

VM 124336

รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชน
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น



นายอนันต์ จำกลาง

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

สำนักวิทยบริการฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
วันรับ.....
วันลงทะเบียน.....
เลขทะเบียน.....
เลขเรียกหนังสือ.....

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม



ใบอนุญาตวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

เรื่อง : รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ผู้วิจัย : นายฉนัต จำกลาง

ได้รับอนุมัติเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาค)

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สนธิ ตีเมืองซ้าย)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาค)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุเทพ เมยไรสง)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิทยา เจริญศิริ)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สัญญา เคนาภูมิ)

ชื่อเรื่อง : รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
จังหวัดขอนแก่น

ผู้วิจัย : นายถนัด จำกลาง

ปริญญา : รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต (รัฐประศาสนศาสตร์)
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิทยา เจริญศิริ
รองศาสตราจารย์ ดร.สัญญา เคนาภูมิ

ปีการศึกษา : 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น 2) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น และ 3) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น วิจัยดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 613 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.78 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 ระยะที่ 2 เป็นการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้คือแนวทางสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 การยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินความเหมาะสมและเป็นไปได้ของรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น การวิเคราะห์ด้วยการหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์

ผลการวิจัยพบว่า 1) ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และความยาวเส้นรอบเอวในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560 อยู่ในระดับต่ำ 2) รูปแบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งพิจารณาจากค่าสถิติ χ^2/df เท่ากับ 3.667 RMSEA เท่ากับ

0.066 SRMR เท่ากับ 0.033 CFI เท่ากับ 0.966 และ TLI เท่ากับ 0.955 ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อ ปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มากที่สุด คือปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล โดยรวมเท่ากับ 0.791 รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล และ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.422, 0.390 และ 0.389 ตามลำดับ ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยประสิทธิผลการจัดการ สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 76.30 3) รูปแบบการ พัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มี 4 ด้าน 14 ประเด็น การพัฒนา ดังนี้ 1) รูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ 1.1) การพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพ 1.2) การพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการ ส่งเสริมสุขภาพ 1.3) การพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ และ 1.4) การ พัฒนาการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ 2) รูปแบบการพัฒนาด้านการจัดการสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ 2.1) การพัฒนาด้านการออกกำลังกาย 2.2) การพัฒนาด้านการควบคุม อาหาร และ 2.3) การพัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด 3) รูปแบบการพัฒนาด้าน ศักยภาพบุคคล ได้แก่ 3.1) การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3.2) การพัฒนาความเชื่อด้าน สุขภาพ 3.3) การพัฒนาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3.4) การพัฒนาด้าน อารมณ์และความเครียด 4) รูปแบบการพัฒนาด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ 4.1) การ พัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว 4.2) การพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข และ 4.3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4.4) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบการ พัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มีความเหมาะสมและ เป็นไปได้ในระดับมากที่สุด (Md. = 5.00) ร้อยละ 96.77

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา, การจัดการสุขภาพ, ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Title : The Development Model of Health Management for Pre-Diabetes People in
Khon Kaen Province

Author : Mr. Thanut Jaklang

Degree : Doctor of Public Administration (Public Administration)
Rajabhat Maha Sarakham University

Advisors : Assistant Professor Dr. Witaya Charoensiri
Associate Professor Dr. Sanya Kenaphom

Year : 2018

ABSTRACT

The purposes of this research were 1) to study the effectiveness of health management for pre-diabetes people in Khon Kaen Province, 2) to examine causal factors influencing the effectiveness of health management among pre-diabetes people in Khon Kaen Province, and 3) to create the development model of health management for pre-diabetes people in Khon Kaen Province. The time frame for carrying out the research was divided into three phrases. The first one was to study the effectiveness of health management for pre-diabetes people and to examine causal factors influencing the effectiveness of health management among pre-diabetes people in Khon Kaen Province. The samples were 613 pre-diabetics people by using Multi-stage sampling. The research instrument was the questionnaire which had the discriminative power of 0.20-0.78 and the total reliability was 0.98. The data were analyzed by making use of the computer software package. In the second phase, it was to create the health management model for pre-diabetes in Khon Kaen Province. The target group consisted of District health officer, physician, pharmacist, registered nurse, public health technical officer, permanent secretary of the Administrative Organization, village health volunteers, pre-diabetes people and relatives of pre-diabetes in Khon Kaen Province. A total of 13 participants were selected. The instrument was used discussion group guideline on the development model of health management for pre-diabetes people in Khon Kaen Province. The data were collected by group discussion and analyzed by content analysis. The third phase, confirmation of health management model of pre-diabetes in Khon Kaen Province. Data were collected by using questionnaire to assess the appropriate and feasible of the

health management model for pre-diabetic people in Khon Kaen province. The statistics used for analyzing data were median (Md.) and interquartile range (IQR).

The results found that 1) The effectiveness of health management for pre-diabetes people in Khon Kaen Province; the rate of decline in blood sugar level (BSL), body mass index (BMI) and waist circumference (WC) in the period of 3 years, 2015 to 2560 was low. 2) The hypothesis model was consistent with empirical data. The ratio of χ^2/df was 3.667, RMSEA was 0.066, SRMR was 0.033, CFI was 0.966 and TLI was 0.955. Factors Influencing overall effectiveness of health management for pre-diabetes in Khon Kaen Province were the administrative factors of the district health office had an overall coefficient of influence was 0.791, followed by the health management factor, the potential factor of person and the social support factor, the coefficients of influence were 0.422, 0.390 and 0.389 respectively. All variables can explain the variance of effectiveness of health management for pre-diabetes people in Khon Kaen Province was 76.30%. 3) There were four aspects of development issues in the health management model for pre-diabetes in Khon Kaen Province 1) The development model of management of the District Health Office were; 1.1) the development of the health promotion policy, 1.2) the development of the health promotion participation, 1.3) the development of the efficiency for health promotion policy, and 1.4) the development of health promotion control. 2) The development model of health management for pre-diabetes people were; 2.1) the development of exercise, 2.2) the development of dietary control, and 2.3) the development of emotional and stress control. (3) The development model of human potential were 3.1) the development of the knowledge about diabetes, 3.2) the development of the health beliefs model, 3.3) the development of the intention to change health behavior, and 3.4) the development of the emotions and stress. 4) The development model of social support were 4.1) the development of the family participation, 4.2) the development of the cooperation among health personnel, and 4.3) development of the community participation. 4) The experts agreed that the development model of health management for pre-diabetes people in Khon Kaen Province were appropriate and feasible at the highest level (Md.= 5.00) was 96.77%.

Keywords : The development model, health management, pre-diabetes people

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิทยา เจริญศิริ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สัญญา เคนาภูมิ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ชูภาส ประธานกรรมการสอบ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุเทพ เมยไธสง กรรมการสอบซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำ เสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยจนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัลยา กุลสุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล วรคำ ดร.ลำพูน เสนาวัง อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญและ อาจารย์ ดร.ประทีป กาลเขว่า ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือให้ถูกต้อง อายุรแพทย์ ทีมสหวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ นายแพทย์อัครชัย บำรุง และนางกมลลา วัฒนา ยิ่งเจริญชัย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นายแพทย์วิบูลศักดิ์ วุฒิชิน โขติ นายสุริยันต์ สุเพ็งคำภา รวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องที่ช่วยประเมินความเหมาะสมและเป็นไปได้ของรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และประสบการณ์ในด้านต่างๆ ที่มีคุณค่าอย่างยิ่งในการศึกษาระดับปริญญาเอก สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่เป้าหมายการวิจัยที่กรุณาให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลอย่างดียิ่งในการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อนักศึกษาปริญญาเอกสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ที่ดูแลและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายสุดที่เป็นกำลังใจสำคัญซึ่งทำให้ผู้วิจัยศึกษาจนสำเร็จคือ คุณประคองลักษณ์ จำกลาง และบุตรสาว ทันตแพทย์หญิงจินดาหรรษา จำกลาง

คุณคำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องสักการบูชาพระคุณบิดา มารดา ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

นายถนัด จำกลาง

สารบัญ

หัวเรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ.....	ก
ABSTRACT	จ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	ซ
สารบัญตาราง	ฎ
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	10
1.7 ประโยชน์ที่ได้รับ	15
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	17
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ	17
2.2 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563	35
2.3 องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ และวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัย เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	37
2.4 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ	66
2.5 บริบทพื้นที่ในการวิจัย.....	144
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผล การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	155
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	193

หัวเรื่อง	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	197
ระยะที่ 1 การศึกษาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น	197
ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น	210
ระยะที่ 3 การยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น	214
บทที่ 4 ผลการวิจัย	219
ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน และปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผล การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ...	219
ระยะที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น	266
ระยะที่ 3 ผลการยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	292
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	309
5.1 สรุปผลการวิจัย	309
5.2 อภิปรายผล	312
5.3 ข้อเสนอแนะ	339
บรรณานุกรม	343
ภาคผนวก	369
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	371
ภาคผนวก ข แนวทางการสนทนากลุ่ม	395
ภาคผนวก ค แบบสอบถามเพื่อวิพากษ์และยืนยันรูปแบบการพัฒนา การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น	413

หัวเรื่อง	หน้า
ภาคผนวก ง รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่อง สันทนากลุ่ม และประเมินรูปแบบพัฒนา.....	429
ภาคผนวก จ ความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ค่าความเที่ยงและค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม และผลการวิเคราะห์ด้วยสมการโครงสร้างเชิงเส้น	435
ภาคผนวก ฉ ค่าความเที่ยง และอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม	457
ภาคผนวก ช ภาพถ่ายการสันทนากลุ่ม	465
ภาคผนวก ซ หนังสือขอความอนุเคราะห์	471
การเผยแพร่ผลงานวิจัย	499
ประวัติผู้วิจัย	500



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	แนวทางดำเนินงานและเป้าหมายผลลัพธ์ของการดำเนินงานบริการใน รพ.สต. และ ศสช. จำแนกกลุ่มเป้าหมาย	50
2.2	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	105
2.3	ข้อเสนอแนะด้านโภชนาการเพื่อรักษาโรคเบาหวาน	118
2.4	ระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกาย	122
2.5	ข้อพึงระวังและพึงปฏิบัติเมื่อออกกำลังกายในภาวะต่างๆ	123
2.6	ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับภาวะโภชนาการ เส้นรอบเอว และภาวะเสี่ยง สำหรับคนเอเชีย	141
2.7	ค่าเป้าหมายการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	143
2.8	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสุขภาพรัฐและเอกชน จังหวัดขอนแก่น ปี 2559	148
2.9	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและข้อเสนอแนวทางในการพัฒนาของจังหวัดขอนแก่น	151
2.10	การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยการจัดการสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	174
2.11	การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการ สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	176
2.12	การวิเคราะห์ปัจจัยการจัดการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการ สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	192
3.1	จำนวนประชากรและตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำแนกรายอำเภอ จังหวัดขอนแก่น	198
3.2	จำนวน รพ.สต.เป้าหมาย หมู่บ้านเป้าหมายและจำนวนตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จำแนกรายอำเภอ	200
3.3	ระดับคะแนนความคิดเห็นและการปฏิบัติจำแนกตามเกณฑ์	207
3.4	ช่วงคะแนนของระดับความคิดเห็นและการปฏิบัติ	208
3.5	ดัชนีความสอดคล้องความตรงของแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย	210
3.6	ระดับคะแนนความเห็นต่อแนวทางการพัฒนาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	215

ตารางที่	หน้า
3.7 ช่วงคะแนนของระดับความเหมาะสมและความเป็นไปได้.....	217
4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	220
4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพสนับสนุน กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ	224
4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย การส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นรายข้อ	225
4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นรายข้อ	226
4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ	227
4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของบุคคล ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ	229
4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความร่วมมือของบุคลากร สาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ.....	231
4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ.....	232
4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบได้ถูกต้องในความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานเป็นรายข้อ	234
4.10 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานในภาพรวม.....	235
4.11 ค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ	236
4.12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ	238
4.13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะอารมณ์และความเครียด ของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ.....	240

ตารางที่	หน้า
4.14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ	241
4.15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ	243
4.16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการควบคุมอารมณ์และความเครียด ของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ.....	244
4.17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านศักยภาพบุคคล และด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน.....	250
4.18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การลดลง และอัตราการดีขึ้นของปัจจัยด้าน ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	252
4.19 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติความโค้ง และ สถิติความเบ้ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	255
4.20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย.....	257
4.21 ดัชนีความสอดคล้องของแบบจำลองสมมติฐานตั้งต้น และแบบสุดท้ายของการวิจัย	260
4.22 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์เส้นตรงของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวมต่อตัวแปรประสิทธิผลการจัดการสุขภาพ.....	264
4.23 ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR.) และระดับความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของกิจกรรมการพัฒนา ในรูปแบบการพัฒนารจัดการ สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น.....	293
ง.1 รายชื่อผู้เชี่ยวชาญร่วมวิพากษ์รูปแบบการพัฒนารจัดการสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น.....	432
ง.2 รายชื่อผู้เชี่ยวชาญยืนยันรูปแบบการพัฒนารจัดการสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น.....	433
จ.1 ความสอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย	437
ฉ.1 คำอำนาจจำแนกรายชื่อของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	459
ฉ.2 คำอำนาจจำแนกรายชื่อของแบบสอบถามที่วัดด้วยมาตรวัดประมาณค่า.....	460
จ.1 ความสอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย	437

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1	วิวัฒนาการของแนวคิดพื้นฐานของการพัฒนา..... 25
2.2	ขั้นตอนการวิจัยการพัฒนารูปแบบ กรณีที่ 1 ร่างรูปแบบจากการวิเคราะห์ เอกสารและการศึกษาจากสภาพจริง 33
2.3	ขั้นตอนการวิจัยการพัฒนารูปแบบ กรณีที่ 2 ร่างรูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย..... 34
2.4	ความสัมพันธ์ของกรอบแนวคิดการจัดการ. 74
2.5	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 84
2.6	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ..... 103
2.7	ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน 107
2.8	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับโรคเบาหวาน 133
2.9	แสดงการวัดเส้นรอบเอว 143
2.10	แผนที่จังหวัดขอนแก่น 145
2.11	กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 195
4.1	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้าง เชิงเส้นของปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวแบบตั้งต้น 259
4.2	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ของปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวแบบสุดท้าย 261
4.3	ผลการวิเคราะห์ตัวแบบจำลองปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผล การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น 262
4.4	รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ก่อนการยืนยันรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 290
4.5	รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ภายหลังจากตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ..... 306
ง.1	ผลการวิเคราะห์ตัวแบบจำลองสุดท้ายปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผล การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น 232

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของทุกประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี สมาพันธ์เบาหวานระหว่างประเทศ (International Diabetes Federation: IDF) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกจะมีอัตราการความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กอายุไม่เกิน 14 ปี 6.85 ต่อประชากรแสนคนและมีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ (อายุ 20-79 ปี) 5,684.93 ต่อประชากรแสนคนซึ่งในกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 2.23 ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และอัตราการพบประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ 4,356.16 ต่อประชากรแสนคนและในกลุ่มนี้จะกลายเป็นโรคเบาหวานในโอกาสต่อไป เมื่อถึงสิ้นปี พ.ศ.2558 จะมีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 68.49 ต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 1.20 และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอยู่ระหว่าง 23.94-42.59 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นร้อยละ 5-20 ของค่าใช้จ่ายต่อสุขภาพโดยรวม และหากไม่ได้รับการแก้ไข คาดว่าจะมีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2583 สูงถึง 7,133.33 ต่อประชากรแสนคน (IDF, 2015, pp. 9-16)

ประเทศไทยสมาพันธ์เบาหวานระหว่างประเทศได้ประมาณการอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึง 6,142.06 ต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 8 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ (IDF, 2015, p. 128) ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 802,217 ครั้ง คิดเป็นอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน 1,233.35 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 11,665 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 32 ราย คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 17.83 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีร้อยละ 38.2 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559, น. 28)

แนวโน้มของอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของรัฐของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2550 มีอัตราอยู่ที่ 795.04 ต่อประชากรแสนคนเป็น 844.90, 879.58, 954.18, 968.22, 1,050.05, 1081.25 และ 1,032.50 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556 และ พ.ศ. 2557 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559, น.14) และเมื่อเปรียบเทียบอัตรา

ผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษา พยาบาลในโรงพยาบาลตามพื้นที่เขตบริการสุขภาพ รวมเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 13 เขตด้วยกันพบว่าในปี พ.ศ. 2557 เขตบริการสุขภาพที่ 7 มีอัตราป่วยในด้วยโรคเบาหวานสูงสุด คือ 1,511.89 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นเขตบริการสุขภาพที่ 8 และเขตบริการสุขภาพที่ 5 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 1,139.87 และ 1,138.98 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ในส่วนเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่าจังหวัดขอนแก่นมีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานสูงสุด คือ 1,709.32 ต่อประชากรแสนคนรองลงมาเป็นจังหวัดกาฬสินธุ์ มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 1,557.29, 1,512.03 และ 1,208.20 รายต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

การจัดการ โรคเบาหวานของจังหวัดขอนแก่นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นหน่วยงานบริหารด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัดและมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัดดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด กำกับดูแลประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมายมีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ส่งเสริมสนับสนุนและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพและการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด รวมถึงการปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย (กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560, 2560, น.12-13) โดยรับผิดชอบในการจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวานครอบคลุมทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.2554-2563 โดยอาศัยกลไกการให้บริการในระดับปฐมภูมิคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) หน่วยบริการทุติยภูมิคือ โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการตติยภูมิ คือโรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยงานตติยภูมิขั้นสูงคือ โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับบริการสุขภาพที่ดีมีคุณภาพ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งถือว่าเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน ภายใต้การควบคุม กำกับ ดูแล โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือ การตรวจคัดผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในพื้นที่รับผิดชอบ เมื่อพบประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน รพ.สต.ก็นำส่งต่อไปวินิจฉัยและรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่วนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจะได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเมื่อโรงพยาบาลขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแล้ว ในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ทางโรงพยาบาลจะส่งกลับไปรักษาที่ รพ.สต. ซึ่ง รพ.สต.จะมีกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในสถานบริการสาธารณสุขและในหมู่บ้านหรือชุมชนในพื้นที่เป้าหมายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในระดับอำเภอนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอ และ รพ.สต. มีกระบวนการประสานการทำงานร่วมกันในรูปแบบคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (CUP board) โดยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ ซึ่งปี พ.ศ. 2559 จังหวัดขอนแก่นได้รับการทดลองนำร่องการดำเนินงานในรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ใน 5 อำเภอได้แก่ อำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอโนนสูง อำเภอชุมแพ อำเภอหนองสูงห้อง และอำเภออุบลรัตน์ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) มีนายอำเภอเป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นรองประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการมีตัวแทนภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและตัวแทนองค์กรวิชาชีพมาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามสภาพปัญหาของแต่ละอำเภอ เน้นกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาขยะ และสิ่งแวดล้อม ให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการของรัฐต่อมามีปี 2560 จังหวัดขอนแก่นได้รับการขยายเพิ่มขึ้นอีก 2 อำเภอ คือ อำเภอซำสูง และบ้านฝาง และกำหนดให้ดำเนินการครอบคลุมทุกอำเภอในปี 2561

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของจังหวัดขอนแก่นยังไม่ประสบผลสำเร็จ ดังเห็นได้จากจังหวัดขอนแก่นมีเป็นอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 1,709.32 ต่อประชากรแสนคนมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7 และเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ รองจากจังหวัดอ่างทองที่มีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานสูงถึง 1,780.01 ต่อประชากรแสนคน(สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และยังมีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2554 มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน 257.81 เป็น 192.02, 911.85, 475.76 และ 539.6 ต่อประชากรแสนคนในปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับและมีอัตราความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสะสม 4,804.9 ต่อประชากรแสนคนในปี 2554 เป็น 5,577.5 ต่อประชากรแสนคนในปี 2558 นอกจากนี้แล้วยังพบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2558 มีอัตราควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ 19.27 เป็นร้อยละ 17.90 ในปี 2559 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, น.216-218) ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ร้อยละ 40 ขึ้นไป และยิ่งไปกว่านั้นคือผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2558 มีสาเหตุการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

อยู่ลำดับที่ 1 ของสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มโรค 10 อันดับแรกของจังหวัดขอนแก่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, น. 109-124)

ในปีงบประมาณ 2559 จังหวัดขอนแก่นทำการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปเพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ โดยมีเป้าหมาย จำนวน 667,204 คน พบว่าได้รับการคัดกรอง 523,026 คน หรือร้อยละ 78.39 พบว่าเป็นกลุ่มปกติ จำนวน 474,322 หรือร้อยละ 90.69 กลุ่มเสี่ยง 43,868 คน หรือร้อยละ 8.39 กลุ่มเสี่ยงสูง 4,836 คน หรือ ร้อยละ 0.92 (เขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2560, ออนไลน์) โดยกลุ่มเสี่ยงสูงนี้จะได้รับการตรวจยืนยันการเป็นเบาหวานที่โรงพยาบาลต่อไป สำหรับกลุ่มเสี่ยงนี้หากไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว อาจมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งแนวทางที่จะป้องกันหรือชะลอการเป็นโรคเบาหวานให้ช้าที่สุดคือผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติเสี่ยงต่อโรคเบาหวานควรได้รับคำแนะนำในการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนักลงร้อยละ 7 ของน้ำหนักตัว และเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น เดินเร็ว ๆ อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ติดตามให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารหรือระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง ภายหลังการทดสอบการทนต่อกลูโคสทุก ๆ ปี เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการเกิดโรคเบาหวาน (ADA, 2009, S26) นอกจากนี้แล้วประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 35 กิโลกรัม/เมตร² อายุน้อยกว่า 60 ปี รวมถึงผู้หญิงที่เคยป่วยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อนควรได้รับยาเมทฟอร์มิน (Metformin) เพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงการใช้เครื่องมือสื่อสารอินเทอร์เน็ตเชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคมหรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ให้เป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน (ADA, 2017)

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของจังหวัดขอนแก่นไม่ประสบผลสำเร็จ คือขาดการพัฒนาหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่เน้น 3 อ. 2 ส. (การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา) เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำตาล ความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการกับระบบสุขภาพอำเภอตำบลจัดการสุขภาพและการติดตามประเมินผล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, น. 121)

ดังนั้นการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นจะทำให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ที่แท้จริงที่เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพเพื่อ

เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในหมู่บ้านหรือชุมชนของประชาชนจังหวัดขอนแก่นให้มีประสิทธิผลต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เป็นอย่างไร

1.2.2 มีปัจจัยเชิงสาเหตุใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

1.2.3 รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ ดังนี้

1.3.1 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

1.3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

1.3.3 เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

1.4 สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงนำมากำหนดเป็นสมมติฐานเพื่อให้ทดสอบความถูกต้องของทฤษฎี ได้ว่า

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล และปัจจัยการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

1.5 ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตไว้ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่เป้าหมายการศึกษาของในครั้งนี้อยู่ที่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย 26 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง น้ำพอง เขาสมนกวาง ชำสูง กระนวน อุบลรัตน์ บ้านฝาง หนองเรือ ภูเวียง ชุมแพ สีชมพู หนองนาคำ ภูผาม่าน บ้านไผ่ พล หนองสองห้อง มัญจาคีรี พระยืน เปือยน้อย แวงน้อย ชนบท แวงใหญ่ บ้านแฮด โนนศิลา โคนโพธิ์ชัย และเวียงเก่า

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

2.1 ตัวแปรอิสระ ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น คือปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประกอบด้วย 4 ตัวแปร ดังนี้

2.1.1 นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

2.1.2 ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

2.1.3 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

2.1.4 การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ

2.2 ตัวแปรคั่นกลางหรือตัวแปรเชิงเหตุและผลประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่

2.2.1.1 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

2.2.1.2 ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข

2.2.1.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน

2.2.2 ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่

2.2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2.2.2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

2.2.2.3 ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.2.4 ภาวะอารมณ์และความเครียด

2.2.3 ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่

2.2.3.1 การควบคุมอาหาร

2.2.3.2 การออกกำลังกาย

2.2.3.3 การควบคุมอารมณ์และความเครียด

2.3 ตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่

2.3.1 อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Blood Sugar Level: BSL) ในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558-2560

2.3.2 อัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ในระยะเวลา 3 ปี คือ พ.ศ. 2558-2560

2.3.3 อัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอว (Waist Circumference: WC) ในระยะเวลา 3 ปี คือ พ.ศ. 2558-2560

3. ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3.1 ประชากร คือ ประชากรที่ได้รับการตรวจเลือดหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงแล้วมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ในจังหวัดขอนแก่น 26 อำเภอ จำนวน 43,868 คน (เขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2560)

3.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่กำหนดขนาดตัวอย่างจากการใช้เกณฑ์จำนวนตัวอย่างที่นำมาศึกษาในลักษณะการวิเคราะห์สมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงนั้นไม่ควรน้อยกว่า 20 หน่วยต่อ 1 ตัวแปร (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, น.54) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 26 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องมีไม่น้อยกว่า 520 คน ซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของจำนวนตัวอย่างแต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้ใช้กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 613 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) คือ สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป้าหมายและหมู่บ้านเป้าหมาย จากนั้นจึงทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านเป้าหมาย

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาในระยะที่ 1 ใช้เวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2560 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ระยะที่ 2 เป็นการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่เป้าหมายการศึกษาของในครั้งนี้ คือ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย 26 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง น้ำพอง เขาสมบวง ชำสูง กระนวน อุบลรัตน์ บ้านฝาง หนองเรือ ภูเวียง ชุมแพ สีชมพู หนองนาคำ ภูผาม่าน บ้านไผ่ พล หนองสองห้อง มัญจาคีรี พระยืน เปือยน้อย แวงน้อย ชนบท แวงใหญ่ บ้านแฮด โนนศิลา โกกโพธิ์ชัย และเวียงเก่า

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ดำเนินการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น โดย

2.1 ใช้ผลการวิจัยจากระยะที่ 1

2.2 ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนา

2.3 ใช้ความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านบริหารจัดการ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญทางปฏิบัติการในพื้นที่

3. ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

3.1 ประชากร ได้แก่ บุคคลที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คือ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านบริหารจัดการ ผู้เชี่ยวชาญทางปฏิบัติการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำหมู่บ้าน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และญาติประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นจำนวน 160 คน

3.2 กลุ่มตัวอย่าง คือตัวแทนผู้เชี่ยวชาญทางด้านบริหารจัดการและผู้เชี่ยวชาญทางปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ อายุรแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล อสม. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และญาติประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 13 คน

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาในระยะที่ 2 เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลา 1 เดือน

**ระยะที่ 3 เป็นการยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
จังหวัดขอนแก่น**

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่เป้าหมายการศึกษาของในครั้งนี้ คือ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย 26 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง น้ำพอง เขาสมนกวาง ชำสูง กระนวน อุบลรัตน์ บ้านฝาง หนองเรือ ภูเวียง ชุมแพ สิชฌมพูน หนองนาคำ ภูผาม่าน บ้านไผ่ พล หนองสองห้อง มัญจาคีรี พระยืน เปือยน้อย แวงน้อย ชนบท แวงใหญ่ บ้านแฮด โนนศิลา โคงโพธิ์ชัย และเวียงเก่า

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นการยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ที่สร้างขึ้นในระยะที่ 2 จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านบริหารจัดการ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญทางปฏิบัติการในพื้นที่

3. ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

3.1 ประชากร ได้แก่ บุคคลที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านบริหารจัดการ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญทางปฏิบัติการในการจัดการสุขภาพระดับจังหวัด ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน และนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น นักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วิทยากรประจำภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นด้านการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 35คน

3.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน และนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วิทยากรที่สอนวิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการ

สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลชุมแพ
สาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลยางคำ
อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงผู้ที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นในด้าน
การจัดการสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นเป็นผู้ให้ข้อมูลคน
สำคัญ จำนวน 8 คน

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาในระยะที่ 3 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลา 1 เดือน

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

“การจัดการสุขภาพ” หมายถึงการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ
เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สามารถอยู่ใน
สังคมได้อย่างปกติสุข

“ประสิทธิผล” หมายถึงความสำเร็จของผลการปฏิบัติงานที่เป็นไปหรือบรรลุเป้าหมายและ
วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

“ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพ” หมายถึงความสำเร็จของหน่วยงานในการจัดการสุขภาพใน
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ไม่ป่วยเป็น
โรคเบาหวาน ซึ่งในที่นี้สามารถวัดได้จาก 1) อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร
อย่างน้อย 8 ชั่วโมง (BSL) ในระยะเวลา 3 ปี คือ พ.ศ. 2558-2560 (การอดอาหาร คือการงด
รับประทานอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด) 2) อัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย (BMI) ในระยะเวลา
3 ปี คือ พ.ศ. 2558-2560 และ 3) อัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอว (WC) ในระยะเวลา 3 ปี
คือ พ.ศ. 2558-2560

“ผู้ป่วยเบาหวาน” หมายถึงประชาชนในจังหวัดขอนแก่นที่ได้รับการตรวจเลือดแล้วมีระดับ
น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป เท่ากับหรือมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

“ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน” หมายถึงประชาชนในจังหวัดขอนแก่นที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
หรือประชากรที่มีญาติป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่ได้รับการตรวจเลือดแล้วมีผลระดับน้ำตาลใน
เลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไปอยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

“ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน” หมายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานป่วยเป็น
โรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2) ปัจจัยด้านสนับสนุนทางสังคม 3) ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลและ 4) ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

“ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ” หมายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนให้หมู่บ้านมีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมเพื่อการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประกอบด้วย 1) นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ 2) ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และ 4) การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ

1. นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลุ่มหรือชมรมจัดการสุขภาพประกอบด้วย 1) การประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวานในหมู่บ้านหรือชุมชน 2) กำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน 3) การประสานขอรับการสนับสนุนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่น ๆ และ 4) การสื่อสารนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน

2. ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถที่ทำให้เกิดผลในการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพของหมู่บ้านหรือชมรมในการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วย 1) การกำหนดโครงสร้างกลุ่ม/ชมรม 2) กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ 3) การคัดเลือกประธานกลุ่ม/ชมรมคณะกรรมการชมรม 4) การพัฒนาคณะกรรมการในการจัดการสุขภาพ 5) การแสดงบทบาทตามที่ได้รับมอบหมาย 6) การได้รับการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุในการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึง 7) การเปิดรับสมัครสมาชิก

3. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมในหมู่บ้านหรือชุมชนในการจัดการสุขภาพเป็นองค์กรนำในมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านหรือชุมชน ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) การเปิดให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน 3) หน่วยงานภาครัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน 4) หน่วยงานภาครัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทเป็นหุ้นส่วนหรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ และ 5) การเสริมอำนาจประชาชนโดยเปิดโอกาส

ให้ประชาชนมีบทบาทเต็มในการตัดสินใจ การบริหารงาน และการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ทดแทนการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐอย่างใดอย่างหนึ่ง

4. การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การควบคุม กำกับ ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มหรือชมรมการจัดการสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านหรือชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมที่เสี่ยง 2) การติดตามผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 3) ประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรวมถึงการแลกเปลี่ยนกับชมรมจัดการสุขภาพที่มีผลงานดีเด่น และ 5) การขยายเครือข่ายชมรมการส่งเสริมสุขภาพ

“ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม” หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนและช่วยเหลือการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่อยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว 2) ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข และ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1. การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว หมายถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การยอมรับนับถือ และความห่วงใย 2) การสนับสนุนด้านการประเมิน เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับและการให้ความเห็นต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน 3) การให้ข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน และการให้คำปรึกษา และ 4) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น การให้แรงงาน เงิน เวลาแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการควบคุมอาหารการออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียด

2. ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข หมายถึงการสนับสนุนช่วยเหลือและร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านหรือชุมชนในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและข้อมูลด้านสุขภาพ 2) การให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียด 3) จัดระบบบริการตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 4) การเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการระหว่างครัวเรือนกับสถานบริการ และ 5) การติดตามเยี่ยมบ้านประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

3. การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึงการมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของ องค์กรชุมชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เช่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และ อสม. ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชน 2) สนับสนุนให้ชุมชนมีการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน 3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 4) การส่งเสริมให้ชุมชนให้มีกิจกรรมการจัดการสุขภาพ และ 5) ส่งเสริมให้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวคิดและข้อมูลในการจัดการสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียดระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและชุมชน

“ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล” หมายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการป้องกันโรคและควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) ความเชื่อด้านสุขภาพ 3) ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) ภาวะอารมณ์และความเครียด

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหมายถึงองค์ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานประกอบด้วย 1) ความหมายโรคเบาหวาน 2) อาการโรคเบาหวาน 3) การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน 4) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 5) การป้องกันและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียดรวมถึง 6) ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. ความเชื่อด้านสุขภาพหมายถึงการรับรู้หรือการแสดงออกถึงความรู้ที่นึกคิดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อโรคเบาหวานประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเองและการได้รับข่าวสารเรื่องโรคเบาหวานจากภายนอกและ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

3. ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงความมุ่งมั่นและสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะคิดต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน 2) การได้รับอิทธิพลจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและ 3) การรับรู้ตนเองในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

4. ภาวะอารมณ์และความเครียดหมายถึงสภาวะทางด้านจิตใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่แสดงออกมาต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองประสบในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 1) การยอมรับสภาพว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 2) ความลำบากใจในการใช้ชีวิตประจำวัน 3) ความโกรธ 4) ความเครียด 5) ความวิตกกังวลและ 6) ความกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

“ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน” หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วย 3 ตัวแปร ดังนี้ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย และ 3) การควบคุมอารมณ์และความเครียด

1. การควบคุมอาหาร หมายถึงการเลือกอาหารและการควบคุมปริมาณอาหารที่บริโภคอย่างเหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ 2) การรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน 3) การควบคุมปริมาณอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล 4) การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน ขนมหวานหรือผลไม้รสหวานจัด 5) การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว 6) การไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็มและ 7) การไม่ดื่มสุรา

2. การออกกำลังกาย หมายถึงการบริหารร่างกายและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานประกอบด้วย 1) การเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การเดินเร็ว การรำไม้พลอง การรำไท้เก๊ก โยคะ การแกว่งแขน หรือการบริหารอื่นใด 2) การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 3) การใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละประมาณ 30 นาที และ 4) การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

3. การควบคุมอารมณ์และความเครียด หมายถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานประกอบด้วย 1) การหลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์ 2) การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมเพื่อไม่ส่งผลกระทบต่อเหตุการณ์หรือสภาพใด ๆ ก็ตามที่ก่อให้เกิดความลำบากใจในการตัดสินใจ ความวิตกกังวลกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือเกิดความกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น และ 3) การมีวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองของประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ การออกกำลังกายคลายเครียดการพักผ่อนการนั่งสมาธิการนวดไทย หรือการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน เป็นต้น

“ปัจจัยคั่นกลาง” หมายถึง ปัจจัยที่ได้เป็นผลมาจากปัจจัยอิสระหรือปัจจัยการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และมีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่ม

เสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) ศักยภาพบุคคล และ 3) การจัดการสุขภาพ

“รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน” หมายถึงรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการให้บริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสร้างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ถูกต้อง การเสริมสร้างความตั้งใจในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานด้วย การควบคุมอาหารการออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียดให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตวิชาชีพด้านสาธารณสุข สมาชิกในครัวเรือน รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.7 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.7.1 ได้สารสนเทศว่าด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

1.7.2 ได้รูปแบบการการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในจังหวัดขอนแก่นให้มีประสิทธิผลต่อไป

1.7.3 ได้แนวทางจากรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไปใช้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยดังต่อไปนี้

1. แนวความคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ
2. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563
3. องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
4. แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ
5. บริบทพื้นที่ในการวิจัย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพ

ประชาชนกลุ่มโรคเบาหวาน

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ

2.1.1 รูปแบบ

คำว่า Model เป็นคำภาษาอังกฤษที่เข้ามามีบทบาทในการทำวิจัยและวิทยานิพนธ์เพิ่มมากขึ้น โดยใช้คำว่ารูปแบบต้นแบบแบบแผนแบบจำลองเป็นต้นในการศึกษาครั้งนี้จะใช้คำว่า “รูปแบบ” เนื่องจากเป็นคำที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในวงการวิจัยและการศึกษา

2.1.1.1 ความหมายของรูปแบบ

มีผู้ให้ความหมายของคำว่ารูปแบบ (Model) ไว้หลากหลายดังนี้

บุญชม ศรีสะอาด (2534) กล่าวว่ารูปแบบหมายถึงโครงสร้างแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ หรือตัวแปรต่าง ๆ สามารถใช้รูปแบบอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ หรือตัวแปรต่าง ๆ ที่มีในปรากฏการณ์ธรรมชาติหรือในระบบต่าง ๆ อธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบหรือกิจกรรมในระบบ

อุทุมพร จามรมาน (2541, น. 22) กล่าวว่ารูปแบบหมายถึงโครงสร้างของความเกี่ยวข้องของหน่วยต่าง ๆ หรือตัวแปรต่าง ๆ ดังนั้นรูปแบบจึงน่าจะมีมากกว่าหนึ่งมิติหลายตัวแปรและตัวแปรต่าง ๆ มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในเชิงความสัมพันธ์และเชิงเหตุและผล

เยาวดี วิบูลย์ศรี (2544, น.27) กล่าวว่ารูปแบบหมายถึงวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิดความเข้าใจตลอดทั้งจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใด ๆ ให้ปรากฏโดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่าง ๆ เช่น ภาพวาดภาพเหมือนแผนภูมิแผนผังต่อเนื่องหรือสมการทางคณิตศาสตร์ให้สามารถเข้าใจได้ง่ายและในขณะเดียวกันก็สามารถนำเสนอเรื่องราวหรือประเด็นต่าง ๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ

ทศนา แคมมณี (2545, น.218) กล่าวว่ารูปแบบหมายถึงรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรมซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเช่นเป็นคำอธิบายเป็นแผนผังไออะแกรมหรือแผนภาพเพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้นรูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย

รัตนะ บัวสนธิ์ (2552, น.124) กล่าวว่าความหมายของรูปแบบจำแนกออกเป็น 3 ความหมายดังนี้

1. แผนภาพหรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริงรูปแบบในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่าโมเดล ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์ โมเดลเสื้อ เป็นต้น

2. แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือสมการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จักกันในชื่อที่เรียกว่ารูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical Model)

3. แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่งรูปแบบในความหมายนี้บางทีเรียกกันว่าภาพย่อส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเช่นรูปแบบการสอนรูปแบบการบริหารรูปแบบการประเมิน เป็นต้น

วโร เฟ็งสวัสดี้ (2553, น.3) กล่าวว่ารูปแบบหมายถึงกรอบความคิดทางด้านหลักการวิธีการดำเนินงานและเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

สรุปแล้วรูปแบบจึงหมายถึงโครงสร้างที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ หรือตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งสามารถใช้รูปแบบอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ หรือตัวแปรต่าง ๆ ที่มีในปรากฏการณ์ธรรมชาติหรือในระบบต่าง ๆ อธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบหรือกิจกรรมในระบบ

2.1.1.2 ประเภทของรูปแบบ

รูปแบบสามารถจำแนกออกได้หลายประเภทซึ่งมีนักวิชาการจำแนกประเภทของรูปแบบดังนี้

Smith, et al. (1980, p.461) จำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) จำแนกออกเป็น

1.1 รูปแบบคล้ายจริง (Iconic Model) มีลักษณะคล้ายของจริงเช่น เครื่องบินจำลองหุ่นไล่กาหุ่นตามร้านตัดเสื้อผ้า

1.2 รูปแบบเสมือนจริง (Analog Model) มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริงเช่นการทดลองทางเคมีในห้องปฏิบัติการก่อนจะทำการทดลองเครื่องบินจำลองที่บินได้หรือเครื่องฝึกหัดบินเป็นต้นรูปแบบชนิดนี้มีความใกล้เคียงความจริงมากกว่าแบบแรก

2. รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Model) จำแนกออกเป็น

2.1 รูปแบบข้อความ (Verbal Model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Model) เป็นการใช้ข้อความปกติธรรมดาในการอธิบายโดยย่อเช่นคำพจน์ลักษณะงาน คำอธิบายรายวิชา เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว เบอร์ทาลานที่ผู้สร้างทฤษฎีระบบกล่าวว่าการมีรูปแบบข้อความนั้นแม้บางครั้งจะเข้าใจยากแต่ก็ยังดีกว่าไม่มีรูปแบบเสียเลยเพราะอย่างน้อยก็เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบประเภทอื่นต่อไป (Lanffy, 1968, p. 24)

2.2 รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) หรือรูปแบบเชิงปริมาณ (Quantitative Model) เช่นสมการและโปรแกรมเชิงเส้น เป็นต้น

Keeves (1988, pp.561-565) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 4 ประเภทได้แก่

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue Model) เป็นรูปแบบเชิงกายภาพส่วนใหญ่ใช้ในด้านวิทยาศาสตร์เช่นรูปแบบโครงสร้างอะตอมสร้างขึ้นโดยใช้หลักการเปรียบเทียบโครงสร้างของรูปแบบให้สอดคล้องกับลักษณะที่คล้ายกันทางกายภาพสอดคล้องกับข้อมูลและความรู้ที่มีอยู่ในลักษณะนั้นด้วยรูปแบบที่สร้างขึ้นต้องมียอดประกอบชัดเจนสามารถนำไปทดสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้และสามารถนำไปใช้ในการหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวางเช่นรูปแบบจำนวนนักเรียนในโรงเรียนสร้างขึ้นโดยเปรียบเทียบกับลักษณะถึงน้ำที่ประกอบด้วยท่อน้ำเข้าและท่อน้ำออกปริมาณที่ไหลเข้าถึงเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่เข้าโรงเรียนอัตราการเกิดอัตราการย้ายเข้าอัตราการรับเด็กอายุต่ำกว่าเกณฑ์ส่วนปริมาณน้ำที่ไหลออกเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่ออกจากโรงเรียนเนื่องจากพันเกณฑ์การศึกษาการย้ายออกการจบการศึกษาสำหรับปริมาณน้ำที่เหลือในถังเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่เหลืออยู่ใน

โรงเรียนเป็นต้นจุดมุ่งหมายของรูปแบบนี้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงจำนวนนักเรียนในโรงเรียน

2. รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษาแผนภูมิหรือรูปภาพเพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิดองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้นและใช้ข้อความในการอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้นแต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้คือขาดความชัดเจนแน่นอนทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบอย่างไรก็ตามได้มีการนำรูปแบบนี้มาใช้กับการศึกษามาก เช่นรูปแบบการเรียนรู้ในโรงเรียน

3. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปรโดยใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษารูปแบบลักษณะนี้ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงข้อความ

4. รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal Model) เป็นรูปแบบที่เริ่มจากการนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์รูปแบบเชิงสาเหตุนี้ทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้คือต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้วรูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรงแต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างตัวแปรจากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบรูปแบบเชิงสาเหตุนี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะได้แก่

4.1 รูปแบบระบบเส้นเคี้ยว (Recursive Model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียวโดยไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ

4.2 รูปแบบระบบเส้นคู่ (Non-recursive Model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรโดยทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในตัวแปรหนึ่งอาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงสาเหตุและเชิงผลพร้อมกันจึงมีทิศทางความสัมพันธ์ย้อนกลับได้

Steiner (1988, อ้างถึงในเสรี ชัดเข้ม, 2538, น.7) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) จำแนกออกเป็น

1.1 รูปแบบของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model of) เช่นรูปแบบเครื่องบินที่สร้างเหมือนจริงแต่มีขนาดย่อ

1.2 รูปแบบสำหรับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model for) เป็นรูปแบบจำลองที่ออกแบบไว้เพื่อเป็นต้นแบบผลิตสินค้าต้องสร้างรูปแบบเท่าของจริงขึ้นมาก่อนแล้วจึงผลิตสินค้าตามรูปแบบนั้น

2. รูปแบบเชิงแนวคิด (Conceptual Model) จำแนกออกเป็น

2.1 รูปแบบเชิงแนวคิดของสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual Model of) เป็นรูปแบบหรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นโดยจำลองมาจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้วเช่นรูปแบบที่สร้างมาจากทฤษฎีการคงอยู่ของนักเรียนในโรงเรียนเป็นต้น

2.2 รูปแบบเชิงแนวคิดเพื่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual Model for) เป็นรูปแบบที่สร้างขึ้นมาเพื่ออธิบายทฤษฎีหรือปรากฏการณ์เช่นรูปแบบที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีการคัดสรรตามธรรมชาติเพื่อนำไปอธิบายทฤษฎีการคงอยู่ของนักเรียนในโรงเรียนเป็นต้น

จากการศึกษาประเภทของรูปแบบสรุปได้ว่าการแบ่งประเภทของรูปแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการอธิบายรูปแบบนั้นๆ

2.1.1.3 องค์ประกอบของรูปแบบ

มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของรูปแบบดังนี้

ชนกนารถ ชื่นเชย (2550, น.179-180) ได้พัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนพบว่ารูปแบบมีองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบได้แก่ 1) ปรัชญาและหลักการของการศึกษาต่อเนื่อง 2) กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาต่อเนื่อง 3) จุดมุ่งหมายของการจัดการศึกษาต่อเนื่อง 4) โครงสร้างระบบบริหารของการศึกษาต่อเนื่อง 5) หลักสูตรการเรียนการสอนของการศึกษาต่อเนื่อง 6) วิธีการจัดการศึกษาต่อเนื่อง 7) สื่อการศึกษาและแหล่งเรียนรู้ของการศึกษาต่อเนื่อง 8) การติดตามและประเมินผลของการศึกษาต่อเนื่องและ 9) การเทียบระดับและเทียบโอนผลการเรียน

อัมพร พงษ์กัสนานันท์ (2550, น.274-275) ได้พัฒนารูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิตพบว่ารูปแบบมีองค์ประกอบ 8 องค์ประกอบได้แก่ 1) ปรัชญาและหลักการจัดการศึกษา 2) หลักสูตร 3) การจัดการเรียนรู้ 4) การประเมินผลการเรียนรู้ 5) การเทียบโอนความรู้และประสบการณ์และการเทียบระดับการศึกษา 6) การบริหารและการจัดการศึกษา 7) กลุ่มเป้าหมายและ 8) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่และชุมชน

ศุริยา ภูย์หาว (2556, น.205) ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในจังหวัดบึงกาฬ พบว่ารูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมการอบรมเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ 3) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด 4) กิจกรรม

การอบรมความรู้เรื่องเจตคติต่อโรคเบาหวาน 5) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพ
 6) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 7) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการใช้ยาสำหรับ
 ผู้ป่วยเบาหวาน 8) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และ
 9) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

สมจิตร พรหมแพน (2557, น.141-142) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มี
 น้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ารูปแบบ ประกอบด้วย
 3 ยุทธศาสตร์ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมพลังจิตกับกลุ่มเป้าหมาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของ
 ครอบครัวและชุมชนมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการ
 “คู่มือรู้ใจ ด้านภัยเบาหวาน” และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สัญจรในประเด็น “แลกเปลี่ยน
 เรียนรู้ผู้ป่วยเบาหวาน” 2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ
 จำนวน 1 กิจกรรม คือ การเยี่ยมบ้าน โดย ผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง
 (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เครือข่ายมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนและนักจัดการเบาหวาน และ
 3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสื่อนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่ความตระหนัก มีกิจกรรมที่
 ต้องดำเนินการ จำนวน 1 กิจกรรม คือ การแจกกระเป๋าผ้าสุขภาพดี

Brown and Moberg (1980, pp.16-17) ได้สังเคราะห์รูปแบบขึ้นมาจากแนวคิดเชิง
 ระบบ (System Approach) กับหลักการบริหารตามสถานการณ์ (Contingency Approach) กล่าวว่า
 องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วย 1) สภาพแวดล้อม (Environment) 2) เทคโนโลยี (Technology) 3) โครงสร้าง (Structure) 4) กระบวนการจัดการ (Management Process) และ 5) การ
 ตัดสินใจสั่งการ (Decision Making) ซึ่ง สมบูรณ์ ศิริสรธริทธิ (2547) ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนา
 คุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดีพบว่ารูปแบบมี 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) คุณลักษณะภาวะผู้นำของ
 คณบดีที่ต้องพัฒนา 2) หลักการและแนวคิดกำกับรูปแบบและวัตถุประสงค์ทั่วไปของรูปแบบ 3)
 กระบวนการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดีซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนเนื้อหาการพัฒนา
 วิธีการและกิจกรรมการพัฒนาวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมและผลที่ต้องการและ 4) แนวทางการนำ
 รูปแบบไปใช้เงื่อนไขความสำเร็จและตัวบ่งชี้ความสำเร็จของรูปแบบ

สรุปได้ว่าการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบว่าจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใด
 มีโครงสร้างและความสัมพันธ์กันอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ ที่กำลัง
 ศึกษาซึ่งจะออกแบบตามแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยและหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้น ๆ
 เป็นหลัก

2.1.1.4 ลักษณะของรูปแบบที่ดี

รูปแบบที่ดีควรมีลักษณะดังนี้ (วาโร เฟิงส์วส์ดี, 2553, น.6)

- 1) รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงธรรมดาอย่างไรก็ตามความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงก็มีประโยชน์ในช่วงของการพัฒนารูปแบบ
- 2) รูปแบบควรนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมาซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์โดยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้วถ้าปรากฏว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิก
- 3) รูปแบบควรอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน
- 4) รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างความคิดรวบยอด (Concept) ใหม่และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรใหม่ซึ่งจะเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ในเรื่องที่กำลังศึกษา
- 5) รูปแบบในเรื่องใดจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับกรอบของทฤษฎีในเรื่องนั้นๆ

2.1.2 การพัฒนารูปแบบ

2.1.2.1 การพัฒนา (Development)

ก่อนที่กล่าวถึงการพัฒนารูปแบบผู้วิจัยขอทำความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาเนื่องจากสภาพ โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องอาศัยรวมกันเป็นกลุ่มเช่น ครอบครัว หมู่บ้าน ชุมชน ตำบลอำเภอ จังหวัด และประเทศ เป็นต้น เมื่อมนุษย์อยู่รวมกันแล้วจะต้องมี ผู้นำและผู้ตามมีการควบคุมดูแลกันภายในกลุ่มซึ่งอาจเรียกว่า การบริหารและการพัฒนาภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบรวมทั้งมีการควบคุมดูแลกับภายนอกกลุ่มด้วยเช่น การติดต่อประสานงาน การทำสงครามกับกลุ่มอื่น ซึ่งสภาพเช่นนี้ได้มีวิวัฒนาการตลอดมาโดยตลอด ผู้นำกลุ่มในระดับประเทศอาจเรียกว่า “ผู้บริหาร” ในขณะที่การควบคุมดูแล เรียกว่า การบริหาร แต่ในมุมมองของนักพัฒนา เรียกว่า นักพัฒนาและการพัฒนาตามลำดับ ด้วยเหตุผลเช่นนี้มนุษย์จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงจากการพัฒนาไปได้ และทำให้กล่าวอย่างมั่นใจว่า “ที่ใดมีกลุ่มที่นั่นย่อมมีการพัฒนา” ในมุมมองของนักพัฒนา สภาพของกลุ่มในยุคเริ่มแรกซึ่งธรรมชาติและทรัพยากรธรรมชาติยังอุดมสมบูรณ์ อิทธิพลของธรรมชาติจะมีต่อมนุษย์ที่รวมกันอยู่ในกลุ่มมาก โดยการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพของมนุษย์จะอยู่ใกล้ชิดกับธรรมชาติ อีกทั้งธรรมชาติและผู้นำเป็นตัวกำหนดแนวทางการพัฒนา ซึ่งครอบคลุมวิธีการประกอบอาชีพด้วย ลักษณะการพัฒนาและการประกอบอาชีพในยุคนี้ไม่ซับซ้อนและจำนวนประชากรก็มีไม่มากต่อมาเมื่อจำนวนมนุษย์ที่รวมตัวกันอยู่ในกลุ่ม

มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลุ่มมีขนาดใหญ่ขึ้น เปลี่ยนเป็นชุมชน และเป็นประเทศ ในเวลาเดียวกัน ทรัพยากรธรรมชาติเริ่มเสื่อมโทรม ผู้นำและผู้ตามคือ ประชาชน พยายามเอาชนะธรรมชาติได้ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน (Folk Wisdom) และการลองผิดลองถูก (Trial and Error) เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาและการประกอบอาชีพเมื่อกลุ่มมีขนาดใหญ่และมั่นคงขึ้นเป็นประเทศ ธรรมชาติและทรัพยากรธรรมชาติได้ถูกนำมาใช้เป็นจำนวนมาก บางส่วนเสื่อมสลาย ถูกทำลายและสิ้นสภาพไปเป็นจำนวนมาก ประกอบกับผู้นำและผู้ตามหรือประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้น มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นนำวิชาความรู้ที่เป็นศาสตร์ (Science) หรือความรู้ที่เป็นระบบ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นจำนวนประชากรได้เพิ่มมากขึ้นเกิดการแข่งขันกันระหว่างกลุ่ม ระหว่างประเทศ หรือหลาย ๆ ประเทศเพื่อเร่งปริมาณและเวลาในการทำงานและการผลิต เป็นต้น เหล่านี้ทำให้ผู้นำประเทศต้องค้นหาแนวทางการพัฒนาต่าง ๆ เพื่อเอาชนะธรรมชาติ พังพาทธรรมชาติน้อยลง หรือไม่ต้องอยู่ภายใต้อิทธิพลของธรรมชาติตัวอย่างเช่น เดิมมนุษย์อยู่ภายใต้อิทธิพลของธรรมชาติทุกปีจะเกิดน้ำท่วม ต่อมา มนุษย์มีวิชาความรู้ มีความสามารถ และมีเทคโนโลยีสูงขึ้น ได้สร้างเขื่อนป้องกันน้ำท่วมและยังนำธรรมชาติไปใช้ประโยชน์มากขึ้น เช่น มนุษย์นำน้ำจากน้ำตกไปผลิตเป็นพลังงานไฟฟ้าและมีหน่วยงานที่คอยเฝ้าระวังและเตือนภัยเกี่ยวกับธรรมชาติ เช่น กรมอุตุนิยมวิทยา เป็นต้น สิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น (Human Component) ถือว่าเป็นการประดิษฐ์คิดค้นหรือสร้างผลผลิตใหม่ (Innovation) เพื่อนำมาใช้แทนสิ่งที่ธรรมชาติสร้างขึ้น (Natural Component) หรือใช้แทนทรัพยากรธรรมชาติ (Natural Resource) ที่นับวันจะลดน้อยลง ที่กล่าวมานี้ถือว่าเป็นวิวัฒนาการของแนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาของมนุษย์ (ผู้นำและผู้ตาม) ที่ล้วนเกี่ยวข้องกับธรรมชาติ โดยเริ่มต้นจากหนึ่ง การพัฒนาในสภาพที่มนุษย์อยู่ภายใต้อิทธิพลของธรรมชาติ และวิวัฒนาการมาเป็นสอง การพัฒนาที่มนุษย์พยายามเอาชนะธรรมชาติจากนั้นจึงเป็นสาม การพัฒนาที่มนุษย์เอาชนะธรรมชาติได้ และนำธรรมชาติมาใช้ประโยชน์ทั้งหมดนี้เป็นการพัฒนาเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น (Better Change) ช่วยเพิ่มอัตราเร่งในการทำกิจกรรมหรือการผลิตให้รวดเร็วขึ้น (Better Speed) และทำให้สภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์ดีขึ้น (Better Life) กว่าเดิมทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ (วิธานิภาวรรณ, น.3-4) ดังแสดงในภาพที่ 2.1

สาม ทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมสลายถูกทำลาย และสิ้นสภาพมากขึ้นผู้นำ + ผู้ตาม (ประชาชน) ใช้การมีส่วนร่วม วิชาความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีและการแข่งขัน กำหนดแนวทางการพัฒนาที่มนุษย์เอาชนะธรรมชาติได้และนำธรรมชาติมาใช้ประโยชน์

สอง ทรัพยากรธรรมชาติเริ่มเสื่อมโทรมผู้นำ + ผู้ตาม (ประชาชน) ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน และลองผิดลองถูกกำหนดแนวทางการพัฒนามนุษย์ที่พยายามเอาชนะธรรมชาติ

หนึ่ง ทรัพยากรธรรมชาติอุดมสมบูรณ์อิทธิพลของธรรมชาติ + ผู้นำกำหนดแนวทางการพัฒนาที่มนุษย์อยู่ภายใต้อิทธิพลของธรรมชาติ

ภาพที่ 2.1 วิวัฒนาการของแนวคิดพื้นฐานของการพัฒนา. ปรับปรุงจาก การจัดการและพฤติกรรมองค์กร. โดย วิรัช สงวนวงษ์วาน, 2550, กรุงเทพฯ : เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่นอิน โด โชน่า.

สำหรับคำว่า การพัฒนา ได้มีนักวิชาการให้ความหมายไว้หลากหลายเช่น พัทธา สายหู (2515, น.586) กล่าวว่าการพัฒนาหมายถึง การทำให้เจริญการทำให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่พึงปรารถนา

อมร รักษาสัตย์และชาติยา วรรณสุด (2515, น.2-8) กล่าวว่าการพัฒนา หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในตัวระบบที่ทำการ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในตัวระบบที่ทำการ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพ (Qualitative Changes) ส่วนการแปลงรูป (Transformation) เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของตัวกระทำ (Environmental Changes) นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพและปริมาณ เช่น การคมนาคมของประเทศไทยเมื่อเริ่มแรกได้มีการใช้รถเทียมม้าแล้วปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยใช้เครื่องจักรไอน้ำมาทำรถไฟ และค่อย ๆ ปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นเรื่อยๆ การเปลี่ยนแปลงจากรถม้ามาเป็นรถไฟหรือเป็นรถยนต์ หรือเครื่องบินจนเป็นจรวดก็ค้นคว้าได้ว่าเป็นการพัฒนา

ทิตยา สุวรรณชฎ (2517, น.187-189) กล่าวว่าการพัฒนาหมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการและได้กำหนดทิศทางและมุ่งที่จะควบคุมอัตราการเปลี่ยนแปลงด้วยสภาวะการพัฒนาเป็นสภาวะสมาชิกของสังคมได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนได้เต็มที่โดยไม่มีสภาวะครอบงำ เช่น ความบีบคั้นทางการเมือง ความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ หรือความไม่สมบูรณ์ในอนามัย ทุกคนสามารถที่จะนำเอาศักยภาพของตนออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์อย่างเต็มที่เช่น การเพิ่มผลผลิตทาง

การเกษตรของไทยไม่สามารถจะใช้รถแทรกเตอร์แบบอเมริกาได้ ม.ร.ว. เทพฤทธิ์ เทวกุล ได้ประดิษฐ์ “ควายเหล็ก” ขึ้นมาใช้ไถนาในสภาพแวดล้อมของสังคมไทย

ยูวัฒน์ วุฒิเมธี (2526, น.10) กล่าวว่า การพัฒนาหมายถึงการกระทำให้เกิดขึ้นคือเปลี่ยนจากสภาพหนึ่งไปสู่อีกสภาพหนึ่งที่ดีกว่า

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2526, น.5) กล่าวว่าพัฒนาหมายถึงการเปลี่ยนแปลงที่มีการกำหนดทิศทาง (Directed Change) หรือการเปลี่ยนแปลงที่ได้วางแผนไว้แน่นอนล่วงหน้า (Planned Change)

วิทยากร เชียงกุล (2527, น.17-18) กล่าวว่าการพัฒนาหมายถึงการทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนมีความสุข ความสะดวกสบาย ความอยู่ดีกินดี ความเจริญทางศิลปวัฒนธรรมและจิตใจและความสงบสันติ ซึ่งนอกจากจะขึ้นอยู่กับ การได้รับปัจจัยทางวัตถุเพื่อสนองความต้องการของร่างกายแล้วประชาชนยังต้องการพัฒนาทางด้านการศึกษา สิ่งแวดล้อมที่ดี การพักผ่อนหย่อนใจ และการพัฒนาทางวัฒนธรรมและจิตใจด้านต่าง ๆ ด้วย ความต้องการทั้งหมดนี้บางครั้งเราเรียกกันว่าเป็นการพัฒนา “คุณภาพ” เพื่อให้เห็นว่าการพัฒนาไม่ได้ขึ้นอยู่กับปริมาณสินค้า หรือการเพิ่มรายได้เท่านั้น หากอยู่ที่การเพิ่มความสุขของประชาชนมากกว่า

ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์ และคณะ (2537, น.8) กล่าวว่าการพัฒนาหมายถึงการหาวิธีและหนทางที่จะกำจัดความทุกข์ยากของมนุษย์ เป็นการแสวงหาหนทางใหม่ที่จะมุ่งไปที่แก้ปัญหาสังคมโดยตรง

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2554) กล่าวว่าพัฒนาการหมายถึงการทำความเจริญการเปลี่ยนแปลงในทางเจริญขึ้นการคลี่คลายไปในทางดี

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2560) กล่าวว่าการพัฒนาหมายถึงการเปลี่ยนแปลงที่มีการกระทำให้เกิดขึ้นหรือมีการวางแผนกำหนดทิศทางไว้ล่วงหน้า โดยการเปลี่ยนแปลงนี้ต้องเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ถ้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดีก็ไม่เรียกว่าการพัฒนา ขณะเดียวกันพัฒนามิได้หมายถึงการเพิ่มของปริมาณสินค้าหรือรายได้ของประชาชนเท่านั้น แต่หมายความรวมถึงการเพิ่มความพึงพอใจและเพิ่มความสุขของประชาชนด้วย

Batten (1959, p.2) ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาชุมชนของอังกฤษ กล่าวว่า พัฒนา หมายถึงการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น

พจนานุกรมเคมบริจ (Cambridge Dictionary, 2560) กล่าวว่าการพัฒนา หมายถึงกระบวนการที่ใครบางคนหรือบางสิ่งบางอย่างเจริญเติบโตหรือการเปลี่ยนแปลงและก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า การพัฒนาหมายถึงการเปลี่ยนแปลงไปทิศทางที่ดีกว่าเดิมเพื่อให้ประชาชนหรือชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีความเจริญก้าวหน้า โดยการเปลี่ยนแปลงนั้นได้มีการกำหนดไว้ก่อนและครอบคลุมทั้งด้านวัตถุและด้านจิตใจ หรืออาจแบ่งเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง นอกจากนี้แล้วการพัฒนาในแง่ที่เป็นกระบวนการ (Process) ประกอบด้วยหลายขั้นตอน (Stages) ที่มีความสัมพันธ์หรือเชื่อมโยง (Relation or Linkage) และสอดคล้องกัน การพัฒนายังเป็นกระบวนการต่อเนื่อง (Continuing Process) คือหลังจากดำเนินกิจกรรมพัฒนากิจกรรมหนึ่งผ่านไปแล้วก็จะนำไปสู่การเริ่มดำเนินกิจกรรมพัฒนาอีกเรื่องอื่นต่อ ๆ กันไป

2.1.1.2 การพัฒนารูปแบบ (Model Development)

การวิจัยในลักษณะการพัฒนารูปแบบ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่นกันกับการพัฒนา ดังนี้

บุญชม ศรีสะอาด (2545) กล่าวถึงกระบวนการวิจัยการพัฒนารูปแบบโดยได้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบและ 2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ

บุญส่ง หาญพานิช (2546, น.112-118) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทยโดยดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวความคิดเกี่ยวกับธรรมชาติความรู้องค์ความรู้และการบริหารจัดการศึกษาของไทยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการความรู้กระบวนการจัดการความรู้โครงสร้างพื้นฐานของการบริหารจัดการความรู้โดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการสัมภาษณ์อธิการบดีและการสอบถามผู้บริหารระดับผู้อำนวยการขึ้นไป 2) การจัดทำร่างรูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทยโดยนำผลสรุปจากการวิเคราะห์สาระจากการสัมภาษณ์อธิการบดีและจากการวิเคราะห์แบบสอบถามนำมาสรุปเป็นข้อค้นพบเพื่อใช้เป็นฐานในการสร้างร่างรูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทยและ 3) การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิหลังจากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการบริหารจัดการความรู้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

วิสุทธิ วิจิตรพัชรภรณ์ (2547, น.73-84) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจสถานศึกษาขั้นพื้นฐานตามแนวทางพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดกรอบความคิดในการวิจัยโดยศึกษาเอกสารและแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานโดยสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษาด้านแบบการปฏิรูปการเรียนรู้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของสถานศึกษาและสำรวจความ

คิดเห็นของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน 3) การสร้างรูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน 4) การศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและ 5) การปรับปรุงและนำเสนอรูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

สมบุรณ์ ศิริสรรหิรัญ (2547, น.171) ได้ทำวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะผู้นำของคณบดีโดยดำเนินการวิจัยเป็น 6 ขั้นตอนได้แก่ 1) การกำหนดกรอบแนวความคิดในการวิจัยโดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ 3) การศึกษาและประมวลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 4) การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดี 5) การตรวจสอบและการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิและ 6) การปรับปรุงรูปแบบและนำเสนอรูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดี

กฤษณผลจันทร์พรหม (2548, น.88) ได้ศึกษารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทยโดยดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงโดยศึกษาหลักการแนวคิดทฤษฎีจากเอกสารตำราบทความวิจัยฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ตทั้งในและต่างประเทศและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยเสมือนจริง 2) การสังเคราะห์รูปแบบองค์ประกอบโครงสร้างของรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงโดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็นรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง 3) การพัฒนารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟายเพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 10 คนจำนวน 3 รอบ และ 4) การทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 3 มาจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบหลังจากนั้นจึงกำหนดรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย

ชนกนารถ ชื่นเชย (2550, น.72-79) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนโดยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) การวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการศึกษาต่อเนื่องสำหรับสถาบันอุดมศึกษาเอกชนโดยศึกษาวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การนำข้อมูลจากการศึกษามาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นกรอบของรูปแบบในการจัดการศึกษาต่อเนื่องของสถาบันอุดมศึกษาเอกชน 3) การศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาจำนวน 19 คนโดยใช้เทคนิคการ

วิจัยแบบเดลฟาย และ 4) การตรวจสอบประสิทธิภาพและความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่พัฒนาขึ้น ในขั้นตอนที่ 3 มาจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้สำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาเอกชนเกี่ยวกับความเหมาะสมขององค์ประกอบของรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องหลังจากนั้นจึงกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องจากองค์ประกอบที่พัฒนาขึ้น

พรจันทร์ พรศักดิ์กุล (2550, น.163-175) ได้ทำการศึกษารูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณแบบใช้โรงเรียนเป็นฐานในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การกำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการงบประมาณ โดยการวิเคราะห์เอกสารและฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต 2) การศึกษากระบวนการงบประมาณและการมีส่วนร่วมในกระบวนการงบประมาณของสถานศึกษาที่ดำเนินการในปัจจุบัน โดยสอบถามความคิดเห็นของผู้อำนวยการสถานศึกษาและรองผู้อำนวยการสถานศึกษาที่รับผิดชอบงานงบประมาณวิเคราะห์เอกสารงบประมาณของโรงเรียนและสอบถามความคิดเห็นของครูผู้ปกครองคณะกรรมการสถานศึกษาประธานคณะกรรมการสถานศึกษา 3) การจัดทำร่างรูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณแบบใช้โรงเรียนเป็นฐาน 4) การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบโดยสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 5) การปรับปรุงรูปแบบและนำเสนอรูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณการใช้โรงเรียนเป็นพื้นฐาน

อัมพร พงษ์กัสนานันท์ (2550, น.108-122) ได้ทำวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต โดยดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้างรูปแบบประกอบด้วยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากทฤษฎีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง (Modified Delphi Techniques) และ 2) การประเมินรูปแบบประกอบด้วยการประเมินรูปแบบเพื่อศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปปฏิบัติในสถานศึกษาและการเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้บริหารสถานศึกษาที่มีต่อการพัฒนารูปแบบจากการศึกษาแนวคิดและกระบวนการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบสามารถสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบและ 2) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องนอกจากนี้ผู้วิจัยอาจจะศึกษารายกรณีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้น ๆ ได้

เป็นอย่างดีซึ่งผลการศึกษานำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบรวมทั้ง ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้นหรือลำดับก่อนหลังของแต่ละ องค์ประกอบในรูปแบบดังนั้นการพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการของเหตุผลเป็น รากฐานสำคัญซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1. การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย

2. การศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการได้หลายวิธีดังนี้

2.1 การศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (StakeHolder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถามการสำรวจการสนทนากลุ่ม เป็นต้น

2.2 การศึกษารายกรณี (Case Study) หรือพหุกรณีหน่วยงานที่ประสบ ผลสำเร็จหรือมีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ศึกษาเพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ

2.3 การศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิวิธีศึกษาอาจจะใช้ วิธีการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นต้น

3. การจัดทำรูปแบบในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้สารสนเทศที่ได้จากการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการศึกษาจากบริบทจริงมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็น กรอบความคิดการวิจัยเพื่อนำมาจัดทำรูปแบบอย่างไรก็ตามในงานวิจัยบางเรื่องนอกจากจะศึกษา ตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัยอาจศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในการพัฒนารูปแบบก็ได้

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบภายหลังที่ได้พัฒนารูปแบบใน ขั้นตอนที่แรกแล้วจำเป็นที่จะต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าวเพราะรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นถึงแม้จะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎีแนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่นและผลการวิจัยที่ ผ่านมาแต่ก็เป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐานซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่การเก็บรวบรวมข้อมูล ในสถานการณ์จริงหรือทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริงจะช่วยให้ทราบอิทธิพลหรือ ความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบผู้วิจัยอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่ โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบซึ่ง จะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นการทดสอบรูปแบบอาจกระทำได้ใน 4 ลักษณะดังนี้

1. การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินตามมาตรฐานที่กำหนดที่พัฒนาโดย คณะกรรมการร่วมประเมินมาตรฐานการศึกษา (The joint Committee on Standards of Educational

Evaluation) ภายใต้การดำเนินงานของ Stufflebeam ได้นำเสนอหลักการประเมินเพื่อเป็นบรรทัดฐานของกิจกรรมการตรวจสอบรูปแบบประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน (สุวิมล ว่องวานิช, 2549, น. 54-56, Stufflebeam, 1994, p. 330) ดังนี้

1.1 มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง

1.2 มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) เป็นการประเมินการสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ

1.3 มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) เป็นการประเมินความเหมาะสมทั้งในด้านกฎหมายและศีลธรรมจรรยา

1.4 มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือและได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง

2. การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิการทดสอบรูปแบบในบางเรื่องไม่สามารถกระทำได้โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยการประเมินค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบหรือการดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีการทางสถิติแต่งงานวิจัยบางเรื่องนั้นต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการได้ตัวเลขแล้วสรุปซึ่งไอส์เนอร์ (Eisner, 1976, pp. 192-193) ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีแนวคิดดังนี้

2.1 การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจะเน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะในประเด็นที่ถูกพิจารณาซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไปแต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่าง ๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจรรณญาณของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

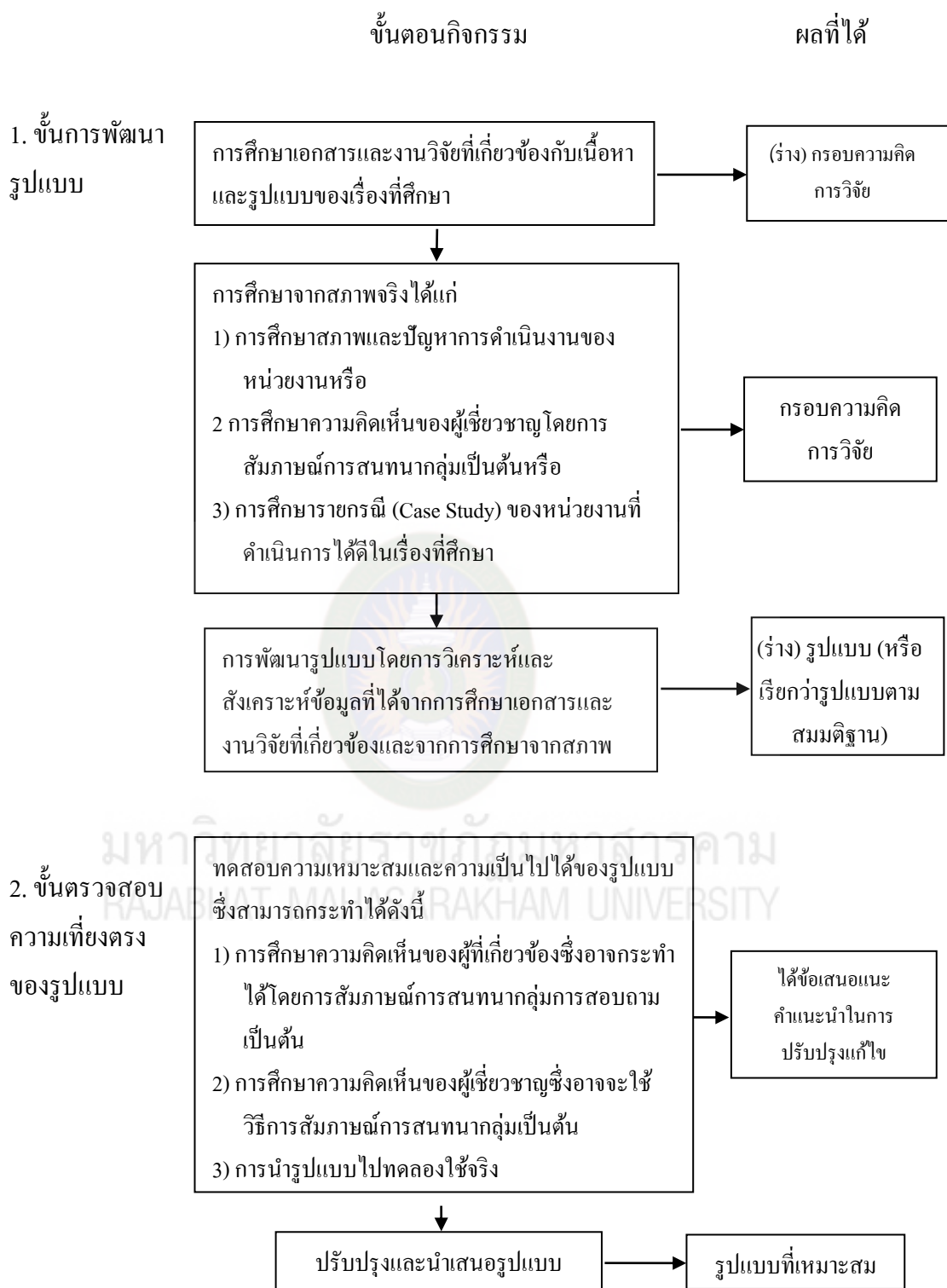
2.2 รูปแบบการประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทางในเรื่องที่จะประเมิน โดยพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art Criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้งและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้นิรนัยเนื่องจากการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริงแนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้นทั้งนี้เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขาผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริง ๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้งดังนั้นในวงการศึกษานิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ

2.3 รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคลคือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยให้ความเชื่อถือว่าผู้ทรงคุณวุฒินั้นเที่ยงธรรมและมีดุลพินิจที่ดีทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ นั้นจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั่นเอง

2.4 รูปแบบที่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตามอรรถาธิบายและความถนัดของแต่ละคนนับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณาการบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูลการประมวลผลการวินิจฉัยข้อมูลตลอดจนวิธีการนำเสนอ

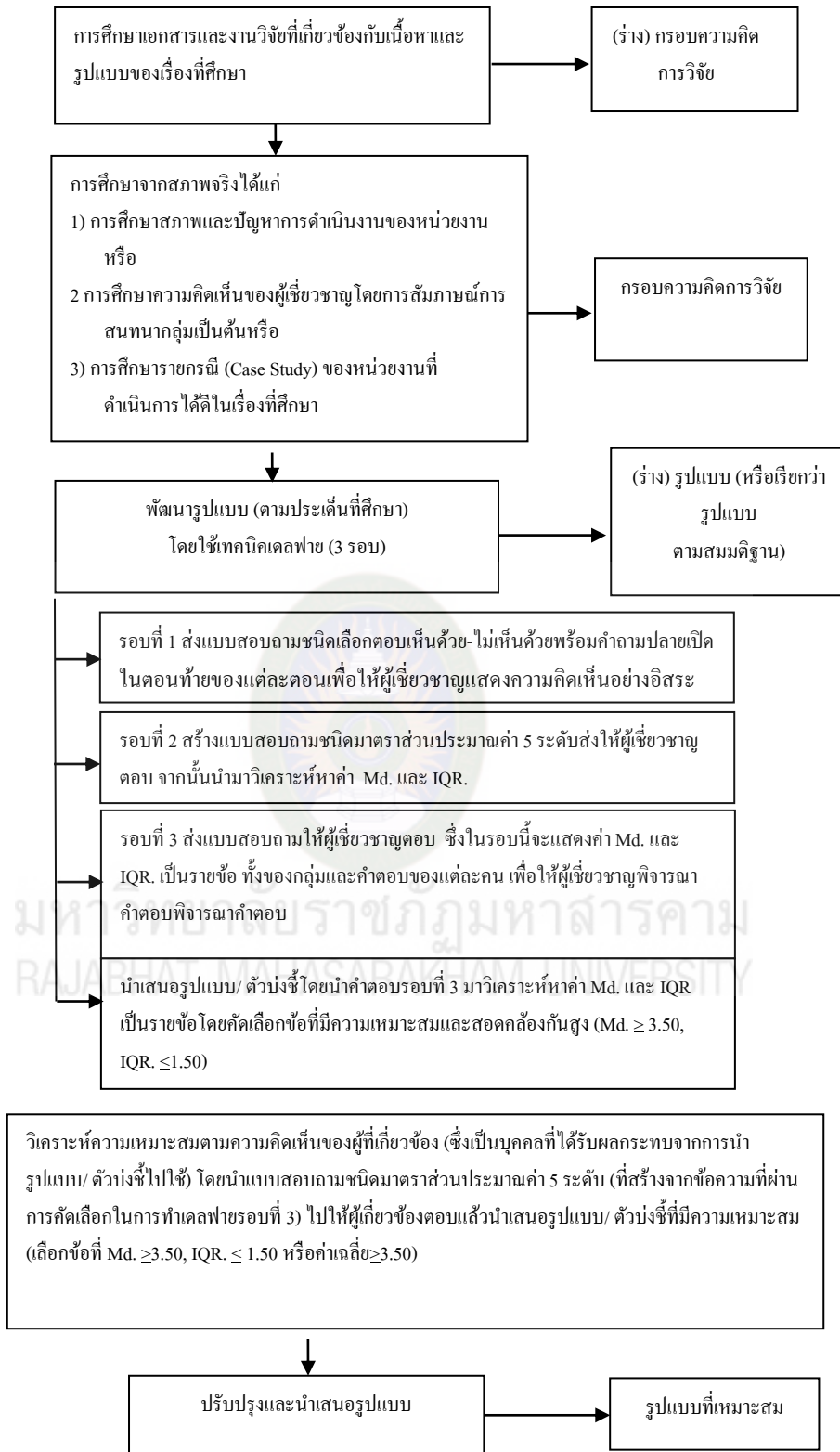
3. การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องมักใช้กับการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายเมื่อผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในรอบสุดท้ายมาจัดทำเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

4. การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบการทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบนี้ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมายมีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วนผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงรูปแบบต่อไปกระบวนการพัฒนารูปแบบสามารถแสดงเป็นภาพที่ 2.2 และ 2.3 ได้ดังนี้



ภาพที่ 2.2 ขั้นตอนการวิจัยการพัฒนาแบบกรณีที่ 1 ร่างรูปแบบจากการวิเคราะห์เอกสารและ การศึกษาจากสภาพจริงปรับปรุงจาก การวิจัยพัฒนาแบบ, โดย วาโร เฟ็งสวัสดิ์, 2553,วารสาร มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2(4), 1 - 15.

1. ขั้นตอนการพัฒนา
รูปแบบ



2. ขั้นตอนตรวจสอบ
ความเที่ยงตรง
ของรูปแบบ

ภาพที่ 2.3 ขั้นตอนการวิจัยการพัฒนารูปแบบกรณีที่ 2 ร่างรูปแบบ โดยใช้เทคนิคเดลฟายปรับปรุง จาก การวิจัยพัฒนารูปแบบ, โดย วาโร เฟ็งสวัสดิ์, 2553, วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2(4), 1 - 15.

Willer (1986, p.83) กล่าวว่าการพัฒนาแบบโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้าง (Construct) รูปแบบและ 2) การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของรูปแบบ

สรุปการศึกษารูปแบบและการพัฒนาแบบนั้นไม่ว่าจะเป็นศาสตร์ทางด้านบริหาร สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ รัฐประศาสนศาสตร์หรือศาสตร์อื่น ๆ ล้วนมีประโยชน์แต่จะมีมากหรือน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับลักษณะของการศึกษาและวิธีการนำไปใช้ซึ่งจะต้องใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องเป็นไปตามหลักเหตุผลและข้อสมมติฐานเบื้องต้นในการศึกษาด้วยเหตุนี้การพัฒนาแบบองค์ประกอบของรูปแบบลักษณะที่ดีของรูปแบบตลอดจนการพัฒนาและการประเมินรูปแบบที่มีคุณภาพซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและความเชี่ยวชาญพิเศษอย่างแท้จริงจึงจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาและก่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินงานในศาสตร์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อองค์การ ซึ่งจะครอบคลุมขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอนคือ 1) การศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์เนื้อหาเพื่อสร้างรูปแบบ 2) การสร้างและพัฒนาแบบและ 3) การยืนยันรูปแบบซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

2.2 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยได้จัดทำขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้หรือเรียกว่าโรควิถีชีวิตซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญลำดับต้น ๆ ที่ระบาดอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตที่คาดว่าจะมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นหากปล่อยให้สถานการณ์ดำเนินไปโดยมิได้ดำเนินการสกัดกั้นปัญหาอย่างจริงจังและได้กำหนดไว้เป็นเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาคุณภาพคนสังคมและสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 และทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 แผนนี้ได้ต่อยอดความคิดเชิงลึกในแต่ละประเด็นปัญหาสานต่อแนวคิดสุขภาพพอเพียงตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติและสร้างภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งให้กับคนไทยและประเทศผ่านมุมมองแบบบูรณาการเป็นองค์รวมในบริบทแวดล้อมที่กว้างขวางการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชนที่มีความชัดเจนของเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งสร้างวิถีชีวิตที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนไทยด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับทั้งในระดับบุคคลครอบครัวชุมชนสังคมและประเทศให้ก้าวไปสู่

ระบบสุขภาพพอเพียงและสังคมอยู่เย็นเป็นสุขและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขสรุปลงสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยได้ดังนี้

2.2.1 สถานการณ์ขอบเขตของปัญหาได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพจากพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานมันเค็มมากเกินไปกินผักและผลไม้ไม่เพียงพอการออกกำลังกายไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดสูบบุหรี่และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิตที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันใน 5 โรคได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง

2.2.2 แนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยได้ยึดแนวคิดการสร้างวิถีชีวิตไทยที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพดีตามแนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและมุมมองการบูรณาการเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพบริบทแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของทั้งสังคมและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรควิถีชีวิต

2.2.3 วิสัยทัศน์พันธกิจเป้าประสงค์สูงสุดและเป้าหมายหลักในการพัฒนาได้กำหนดไว้ตามแนวคิดหลักดังกล่าวข้างต้นดังนี้

วิสัยทัศน์ : ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิตด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการสมดุลยั่งยืนและเป็นสุขบนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

พันธกิจ : สร้างชุมชนท้องถิ่นสังคมที่ตระหนักลดปัจจัยเสี่ยงเสริมปัจจัยเอื้อและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติการค้นหาเฝ้าระวังป้องกันควบคุมจัดการปัญหาและพัฒนาของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบองค์รวมครอบคลุมมีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์สูงสุด : ประชาชนชุมชนสังคมและประเทศมีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้

เป้าหมายหลักในการพัฒนา : ลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค (เบาหวานความดันโลหิตสูง หัวใจหลอดเลือดสมองมะเร็ง) ใน 5 ด้าน (การเกิดโรคภาวะแทรกซ้อนการพิการการตายภาระค่าใช้จ่าย) ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้าน (การบริโภคที่เหมาะสมการออกกำลังกายที่เพียงพอการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม) โดยมีตัวชี้วัดหลักในการพัฒนา 18 ตัวชี้วัดใน 3 ระยะ (ระยะสั้นระยะกลางระยะยาว)

เส้นทางการพัฒนา : ได้กำหนดไว้เป็น 3 ระยะ 1) ระยะสั้น : บูรณาการความคิดสร้างความเชื่อมั่นและการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายร่วม 2) ระยะกลาง : ปฏิบัติการเชิง

รुकู้การวางรากฐานที่มั่นคงเชิงโครงสร้างและระบบ 3) ระยะยาว : สร้างความเข้มแข็งเชิงโครงสร้างและระบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

2.2.4 ยุทธศาสตร์เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ยุทธวิธีและแผนงานในการพัฒนาที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายการพัฒนาในแต่ละช่วงของเส้นทางการพัฒนาไว้ 5 ยุทธศาสตร์ (14 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3 ยุทธวิธีร่วม 11 ยุทธวิธีรายยุทธศาสตร์ 29 แผนงาน) คือ 1) นโยบายสาธารณะสร้างสุข (4 เป้าหมาย 3 ยุทธวิธี 11 แผนงาน) 2) การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (2 เป้าหมาย 2 ยุทธวิธี 4 แผนงาน) 3) การพัฒนาศักยภาพชุมชน(1 เป้าหมาย 2 ยุทธวิธี 3 แผนงาน) 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค (3 เป้าหมาย 3 ยุทธวิธี 7 แผนงาน) 5) การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (4 เป้าหมาย 1 ยุทธวิธี 4 แผนงาน)

2.2.5 แนวทางและกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยได้กำหนดกรอบแนวทางในการผลักดันสู่การปฏิบัติการภายใต้กลไกระดับชาติในการขับเคลื่อนระดับนโยบาย : คณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยระดับบริหาร : คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล (2553, น. 26)

2.3 องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2.3.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2.3.1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

ความหมายของโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) มีผู้ได้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ฉบับ พ.ศ. 2554 กล่าวว่าโรคเบาหวาน หมายถึงชื่อโรคชนิดหนึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2544)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กล่าวว่าโรคเบาหวานหมายถึงความผิดปกติของการเผาผลาญซึ่งมีสาเหตุหลายลักษณะที่แสดงออกคือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างเรื้อรัง ซึ่งมีการรบกวนกระบวนการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรตไขมันและโปรตีน เนื่องจากเกิดข้อบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน การออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง (WHO., 1999, p.2)

Medicine กล่าวว่าโรคเบาหวานหมายถึงความผิดปกติที่เรียกว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงอย่างผิดปกติซึ่งโรคเบาหวานเป็นเพราะหนึ่งในสองกลไก ดังนี้ 1) การผลิตไม่เพียงพอของอินซูลิน(ซึ่งจะทำโดยตับอ่อนและลดระดับน้ำตาลในเลือด) หรือ 2)ความไวของเซลล์ไม่เพียงพอกับออกฤทธิ์ของอินซูลิน (MedicineNet.com. 2560)

สมาพันธ์เบาหวานระหว่างประเทศ (International Diabetes Foundation: IDF) กล่าวว่าโรคเบาหวาน หมายถึงความเกี่ยวข้องกับโรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรงซึ่งส่งผลในการลดคุณภาพชีวิตและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร(IDF, 2012, p.11)

สมาคมต่อมไร้ท่อ ระบบการเผาผลาญและโรคเบาหวานแห่งประเทศแอฟริกา (Society for Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa: SEMDSA) กล่าวว่าโรคเบาหวานหมายถึงโรคซึ่งเกิดความผิดปกติของการเผาผลาญซึ่งมีหลากหลายสาเหตุมีลักษณะระดับน้ำตาลในเลือดสูงแบบเรื้อรัง และการรบกวนกระบวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และ โปรตีนเนื่องจากมีข้อบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน การออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างผลกระทบในระยะยาวของที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจงของโรคเบาหวานรวมถึงการพัฒนาความผิดปกติของจอประสาทตาโรคไต และเส้นประสาทส่วนปลาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังเพิ่มความเสี่ยงของโรคอื่น ๆ รวมถึงโรคหัวใจ หลอดเลือดแดงส่วนปลาย และโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย (SEMDSA, 2012, p.5)

สมาคมเบาหวานแห่งอเมริกา (American Diabetes Association: ADA) กล่าวว่าโรคเบาหวานหมายถึงโรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ซับซ้อน ซึ่งต้องใช้การดูแลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องกับการใช้กลูโคสเพื่อลดปัจจัยหลาย ๆ ด้านที่มีความเสี่ยงลง นอกเหนือจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยต้องได้รับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการจัดการตนเอง และได้รับการสนับสนุนที่มีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา (ADA., 2015, pp.11 - 22)

Evans (2015) กล่าวว่าโรคเบาหวานหมายถึงโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินพอหรือไม่สามารถใช้อินซูลิน และได้รับการวินิจฉัยจากระดับของน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงขึ้น

สรุปแล้วโรคเบาหวานหมายถึงภาวะที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติซึ่งเกิดจากตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอหรือเซลล์ร่างกายไม่สามารถตอบสนองอย่างเหมาะสมต่ออินซูลินที่ผลิตได้อย่างใดอย่างหนึ่ง น้ำตาลที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายจะถูกนำไปเปลี่ยนเป็นพลังงานโดยการควบคุมของอินซูลิน ในเมื่ออินซูลินมีปัญหาทำให้ไม่สามารถดึงน้ำตาลไปใช้ได้จึงทำให้มีน้ำตาลตกค้างในกระแสเลือดมาก ไตจึงขับของเสียออกมาทางปัสสาวะ อันเป็นเหตุให้ปัสสาวะหวาน

นั่นเอง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis) และ โคมาเนื่องจากออสโมลาร์สูงที่ไม่ได้เกิดจากคีโตน (Nonketotic Hyperosmolar Coma) ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่ร้ายแรงรวมถึง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายแผลที่เท้าและความเสียหายต่อตา

2.3.1.2 ความสำคัญและสถานการณ์ของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 90% ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดผู้ป่วยที่มีอาการและที่ไม่มีอาการเริ่มแรกของโรคไม่ได้รับการดูแลรักษาในแรกเริ่มทำให้ผู้ป่วยประมาณ 30-85% ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดไม่ได้รับการวินิจฉัย ในขณะที่การวินิจฉัยในที่สุดแล้วประมาณ 20% ของผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของโรค (SEMDSA, 2012,p.S4) สมาพันธ์เบาหวานระหว่างประเทศประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกมีอัตราการความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กที่อายุไม่เกิน 14 ปี 6.85 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ (อายุ 20-79 ปี) 5,684.93 ต่อแสนประชากร ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ประมาณร้อยละ 2.23 ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และยังมีอัตราการพบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในผู้ใหญ่สูงถึง 4,356.16 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งกลุ่มเสี่ยงนี้จะกลายเป็นโรคเบาหวานในโอกาสต่อไปเมื่อถึงสิ้นปี 2558 จะมีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 68.49 ต่อแสนประชากร หรือร้อยละ 1.20 และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอยู่ระหว่าง 23.94-42.59 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นร้อยละ 5-20 ของค่าใช้จ่ายต่อสุขภาพโดยรวม (IDF, 2015, pp.9-16) และหากไม่ได้รับการแก้ไขคาดว่าจะมีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลกสูงถึง 7,133.33 ต่อแสนประชากร ภายในปี พ.ศ. 2583 สำหรับการเกิดโรคเบาหวานในประเทศไทยนั้นสมาพันธ์เบาหวานระหว่างประเทศได้ประมาณการไว้ว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6,142.06 ต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 8 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ (IDF, 2015,p.128) นอกจากนี้แล้วในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 802,217 ครั้ง คิดเป็นอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน 1,233.35 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 11,665 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 32 ราย คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 17.83 ต่อประชากรแสนคน(สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2560) และพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 38.2 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559, น.28)

การควบคุมภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วยไม่ดื้อมักจะมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งในเรื่องตา ไต หัวใจ และเท้า ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทาง

ตา ทางไต ทางเท้าและหัวใจ สมาพันธ์เบาหวานระหว่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการถูกตัดขามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 25 เท่า ประมาณการร้อยละ 85 ของการสูญเสียจากเบาหวานสามารถป้องกันได้ หากมีการค้นพบโรคเบาหวานและรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ดังนั้นการตรวจประเมินเท้าผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่สามขึ้นไป ประมาณ 1.9 เท่า จากการสำรวจภาวะตาบอดระดับชาติ (National Survey of Blindness) ในปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนมากกว่า 3 ล้านคน แต่มีผู้ป่วยเข้ารับการคัดกรองหาความผิดปกติทางตาเพียง 100,000 คน และพบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) ในผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 23.3 และยังพบว่ามีความชุกของโรคไตตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปประมาณ ร้อยละ 2.9-13 จากประมาณการประชากรของประเทศ 70 ล้านคน (นุชรวิอาบสุวรรณ, 2558, น.1-4)

ประเทศไทยมีแนวโน้มของอัตราผู้ป่วยในโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตราผู้ป่วยในโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2550 มีอัตราป่วย 795.04ต่อประชากรแสนคน เป็น 844.90, 879.58, 954.18, 968.22, 1,050.05, 1081.25, และ 1,032.50 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556 และ พ.ศ. 2557 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559, น. 14) และหากพิจารณาอัตราป่วยจำแนกตามพื้นที่เขตบริการสุขภาพ ซึ่งประเทศไทยมีเขตบริการสุขภาพทั้งสิ้นรวมกรุงเทพมหานครจำนวน 13 เขต พบว่าสถานการณ์โรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2557 เขตบริการสุขภาพที่ 7 มีอัตราผู้ป่วยในโรคเบาหวานสูงสุด คือมีอัตราป่วย 1,511.89 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ เขตบริการสุขภาพที่ 8 เขตบริการสุขภาพที่ 5 เขตบริการสุขภาพที่ 10 เขตบริการสุขภาพที่ 9 เขตบริการสุขภาพที่ 2 เขตบริการสุขภาพที่ 3 เขตบริการสุขภาพกรุงเทพมหานคร เขตบริการสุขภาพที่ 4 เขตบริการสุขภาพที่ 6 เขตบริการสุขภาพที่ 1 เขตบริการสุขภาพที่ 11 และเขตบริการสุขภาพที่ 12 ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 1,139.87, 1,138.98, 1,103.84, 1,035.65, 1,052.28, 1,041.59, 1,012.22, 1,010.82, 899.60, 872.46, 833.21 และ 780.07 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ สำหรับอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ดและกาฬสินธุ์ พบว่าจังหวัดขอนแก่น มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงสุด คือ 1,709.32 ต่อประชากรแสนคนรองลงมาคือ จังหวัดกาฬสินธุ์ มหาสารคาม และร้อยเอ็ด โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 1,557.29, 1,512.03, และ 1,208.20 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

2.3.1.3 อาการของโรคเบาหวาน

ในคนปกติมักมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าอยู่ในช่วง 70-99 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (มก./ดล.) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติไม่มากนักอาจไม่มีอาการชัดเจนจึงต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อการวินิจฉัยถ้าไม่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลานานผู้ป่วยอาจถูกตรวจพบด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติมากอาจมีอาการจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือจากภาวะแทรกซ้อนอาการที่พบในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่

1. ปัสสาวะบ่อยและมากในช่วงกลางคืนคนปกติมักไม่ต้องลุกมาปัสสาวะในกลางคืนหรือปัสสาวะมากกว่า 1 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเกินความสามารถของไตในการสกัดกั้นมิให้น้ำตาลออกมาในปัสสาวะ (พลาสมากลูโคสมากกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) จะมีน้ำตาลออกมากับปัสสาวะซึ่งจะดึงน้ำตามมาทำให้สูญเสียน้ำไปด้วย ผู้ป่วยเบาหวานจึงปัสสาวะมากกว่าคนปกติ ทำให้ต้องลุกมาปัสสาวะกลางคืนหลายครั้ง และอาจพบว่ามีมดมาตอมปัสสาวะ(สนอง อุณากรู, 2545, น.63-75)

2. คอแห้งคิมน้ำมากกระหายน้ำซึ่งเป็นผลมาจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากทางปัสสาวะ

3. หิวบ่อยทานจุแต่น้ำหนักลดและอ่อนเพลียเนื่องจากร่างกายใช้กลูโคสเป็นพลังงานไม่ได้เพราะอินซูลินไม่เพียงพอจึงต้องมีการใช้โปรตีนและไขมันเป็นพลังงานแทน

4. แผลหายยากเนื่องจากมีการติดเชื้อทางผิวหนังซึ่งเกิดแผลได้บ่อยซึ่งน้ำตาลในเลือดที่สูงจะทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง

5. คันตามผิวหนังมีการติดเชื้อตามร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นหญิง สาเหตุของอาการคันเกิดขึ้นได้หลายอย่างเช่น ผิวหนังแห้งเกินไป หรือการอักเสบของผิวหนังซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน (สมจิตร พรหมเพน, 2557, น.16)

6. ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย การที่ตาพร่ามัวในผู้ป่วยเบาหวานมีสาเหตุหลายประการด้วยกัน เช่น อาจเป็นเพราะสายตาเปลี่ยน (สายตาสั้นลง) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและไปคั่งอยู่ในตา หรือตาพร่ามัวอาจเกิดจากต่อกระจก จอตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน

7. ชาปลายมือปลายเท้า เกิดจากเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมเนื่องจากน้ำตาลสูงนาน ๆ ทำให้ลดความรู้สึกเจ็บปวด เทำรู้สึกชาและการบาดเจ็บเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวเพราะว่าไม่มีความรู้สึกเจ็บจึงเกิดบาดแผลที่เท้าได้ง่าย เพราะไม่รู้สึกว่าจะทราบผลที่ถูกลามมากเมื่อเป็นแผลจะหายยากและติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งภาวะเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลายนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศหรือหมดความรู้สึกทางเพศได้

สรุปอาการโรคเบาหวานที่พบบ่อยได้แก่ ปัสสาวะบ่อยและมากเวลากลางคืน คอแห้ง กระหายน้ำมาก หิวบ่อย รับประทานอาหารจุกแต่น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ถ้าเป็นแผลมักหายยาก มีการติดเชื้อตามผิวหนัง เกิดฝีบ่อย คันตามผิวหนังมีการติดเชื้อราง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง ตาพร่ามัวและชาตามมือปลายเท้า (สมจิตร พรหมแพน, 2557, น.16)

2.3.1.4 ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดโรค ดังนี้ (คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557)

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus: T1DM) เป็นโรคเบาหวานที่เกิดจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน พบได้ประมาณ 5-10 % สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผลของเซลล์เบต้า (Beta cell) ที่ตับอ่อนถูกทำลาย ทำให้ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้จากภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยกว่า 20 ปี มีรูปร่างไม่อ้วนมีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรงมักพบในวัยเด็กซึ่งในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (Ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรคหรือมีการดำเนินโรคช้า ๆ จากระดับน้ำตาลที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะ Ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่นซึ่งมักจะพบการดำเนินโรคในกรณีหลังนี้ในผู้ใหญ่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนคือพบระดับซี-เปปไทด์ในเลือดต่ำมากและหรือตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อส่วนของเซลล์ไอส์เล็ตได้แก่ Anti - GAD, Islet Cell Autoantibody และ IA-2 เป็นต้น

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นชนิดที่พบมากที่สุดทั่วโลกคือร้อยละ 90-95 สำหรับคนไทยพบได้ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดเป็นผลมาจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสมซึ่งมักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป มีรูปร่างท้วมหรืออ้วนอาจไม่มีอาการผิดปกติหรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไปมักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อแม่หรือพี่น้อง โดยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้นมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขาดการออกกำลังกายและพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะอื่น ๆ (Other Specific Types of Diabetes) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะเป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจนได้แก่โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น ครบกำหนดอายุที่เริ่มมีอาการโรคเบาหวานของหนุ่มสาว (Maturity-onset Diabetes of the Young: MODY) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อนจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อจากยาจากการติดเชื้อจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันหรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบได้จากการทดสอบการดื้อต่อกลูโคส (Glucose Tolerance Test) ในหญิงมีครรภ์ซึ่งภาวะนี้มักจะหายไปหลังคลอดในกรณีที่มีระดับน้ำตาลที่เข้าได้กับการวินิจฉัยโรคเบาหวานทั่วไปจากการตรวจครั้งแรกที่คลินิกฝากครรภ์จะถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วไป

อย่างไรก็ตามสมาคมเบาหวานระหว่างประเทศ (IDF) ได้จำแนกชนิดของโรคเบาหวานออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ประกอบด้วย โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (IDF, 2015, p.12)

สรุปแล้วโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดโรค ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะอื่น ๆ และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2.3.1.5 สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากหลายประการ (ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น.17-18) ดังนี้

1) สาเหตุจากพันธุกรรม พันธุกรรมเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2

2) สาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานนอกเหนือจากพันธุกรรม ได้แก่

2.1) ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด ทำให้เนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลินไม่ดี

2.2) ผู้สูงอายุ ร่างกายมีการสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง

2.3) โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบหรือการได้รับการผ่าตัดตับอ่อน

2.4) การติดเชื้อมีไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ซึ่งมีผลต่อตับอ่อน

2.5) การได้รับยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิด ทำให้มีการสร้างน้ำตาลมากขึ้น

2.6) การตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิดซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

สาเหตุที่สำคัญของโรคเบาหวาน หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ความอ้วน (ไม่ควบคุมอาหาร หรืออ้วนเกินไป) ขาดการออกกำลังกาย (อยู่อย่างสบาย) ความคุมอารมณ์และความเครียด

(เอาแต่ใจเกิน) และ สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ หรือ 3 อ. 2 ส. (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560, น.10)

ดังนั้นสาเหตุสำคัญที่สามารถป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานได้ ได้แก่ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย อารมณ์และความเครียด สูบบุหรี่ และ ดื่มสุราเป็นประจำ

2.3.1.6 การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน

การคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ (ยกเว้นหญิงมีครรภ์)ทำได้โดยการตรวจคัดกรองในประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานอาจใช้วิธีประเมินคะแนนความเสี่ยง หรือใช้เกณฑ์ความเสี่ยง (คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557, น. 7-8, 2010) ดังนี้

- 1) ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ที่อ้วน (BMI > 25 กก./ม.²และ/หรือมีรอบเอวเกินมาตรฐาน) และมีพ่อแม่พี่หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน
- 3) เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่
- 4) มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่
- 5) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม
- 6) เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็นภาวะที่ทนต่อกลูโคสบกพร่อง (Impaired Glucose Tolerance: IGT) หรือน้ำตาลกลูโคสในเลือดบกพร่อง (Impaired Fasting Glucose: IFG)
- 7) มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD)
- 8) มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic Ovarian Syndrome) ผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งใน 8 ข้อนี้ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานถ้าปกติควรตรวจซ้ำทุกปีหรือตามคะแนนความเสี่ยงที่ประเมินได้

วิธีการคัดกรองโรคเบาหวานนั้นแนะนำให้ใช้การตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป (Fasting Plasma Glucose: FPG, Venous Blood) ถ้าไม่สามารถตรวจ FPG ได้ ให้ทำการตรวจน้ำตาลในเลือดจากการเจาะจากปลายนิ้ว (Fasting Capillary Blood Glucose: FBG) แทนได้ถ้าระดับ FPG \geq 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (มก./ดล.) ให้ตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งในวันหรือสัปดาห์ถัดไปถ้าพบ FPG \geq 126 มก./ดล. ซ้ำอีกก็วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในกรณีที่ FPG มีค่า 100-125 มก./ดล. วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (Pre-diabetes) หรือน้ำตาลกลูโคสในเลือดบกพร่อง (IFG) ควรได้รับคำแนะนำให้มีการป้องกันโรคเบาหวานเช่น การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ติดตามวัดระดับ FPG ซ้ำทุก 1-3 ปีขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงที่มีการคัด

กรองโรคเบาหวานอาจจะใช้การตรวจวัด FBG จากปลายนิ้วโดยที่ไม่ต้องอดอาหารในกรณีที่ไม่สะดวกหรือไม่สามารถตรวจระดับ FPG ถ้าระดับ Capillary Blood Glucose ขณะที่ไม่อดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มก./ดล. ควรได้รับการตรวจยืนยันด้วยค่า FPG เนื่องจากค่า FBG ที่วัดได้มีโอกาสที่จะมีความคลาดเคลื่อนแต่ถ้าระดับ FBG ขณะที่ไม่อดอาหารน้อยกว่า 110 มก./ดล. โอกาสจะพบความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดมีน้อยจึงควรได้รับการตรวจซ้ำทุก 3 ปี

2.3.1.7 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง (คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557) ดังนี้

1) ผู้มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2) การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืน 8 ชั่วโมงขึ้นไป (FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

3) การตรวจความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test: OGTT) โดยการดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัมถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

4) การตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5 % ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานวิธีนี้นิยมใช้ในต่างประเทศเพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่ต้องตรวจในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น

ดังนั้นประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (Pre-diabetes) จึงหมายถึงผู้ที่มีระดับพลาสมากลูโคสยังไม่ถึงเกณฑ์ที่จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในข้อหนึ่งข้อใดในเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อที่กล่าวมา ซึ่งกลุ่มเสี่ยงนี้จะมีโอกาสพัฒนาเป็นผู้ป่วยเบาหวานในอนาคตต่อไป หากไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมเช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลรักษาและควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด การรักษาให้ได้ผลดีนั้นจะต้องได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยเบาหวานและญาติในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาด้วยยาเม็ดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือฉีดอินซูลิน การผ่อนคลายความเครียด และการเรียนรู้ที่จะดูแลรักษาตนเอง

2.3.1.8 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งสามารถสรุปได้ (คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557) ดังนี้

1) ภาวะแทรกซ้อนประเภทเฉียบพลัน เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้รวดเร็วถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันต่วงที่อาจมีอันตรายถึงชีวิต ได้แก่

1.1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ คือต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557, น.51) อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือมีอาการหิวมาก มือสั่น เหงื่อออกตามตัว ใจเต้น หัวใจเต้นเร็ว วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงอยู่นานพอสมควรอาจทำให้ผู้ป่วยหมดสติช็อกและเสียชีวิตได้ขอแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้ายังรู้สึกตัวควรรีบกินน้ำตาลหรือน้ำหวานหรือของหวาน ๆทันที ซึ่งจะช่วยให้อาการต่าง ๆทุเลาลงทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยารักษาเบาหวานอยู่ควรพกน้ำตาลติดตัวไว้กินทุกครั้งเมื่อเริ่มรู้สึกว่ามีอาการ แต่ถ้าหมดสติอย่ากรอกน้ำตาลหรือน้ำหวานเข้าปาก ผู้ป่วยอาจสำลักน้ำหวานดังกล่าวลงปอดได้ ควรรีบนำผู้ป่วยไปหาหมอที่อยู่ใกล้บ้านเพื่อฉีดกลูโคสเข้าเส้นเลือด ผู้ป่วยที่มีอาการเช่นนี้บ่อย ๆ ควรบอกญาติหรือเพื่อสนิทให้รับทราบเพื่อจะได้หาแนวทางในการแก้ไขได้ทันต่วงที่ หากปล่อยไว้จนหมดสติ หรือชกนาน ๆอาจทำให้สมองพิการได้ ในรายที่มีภาวะเช่นนี้บ่อยๆโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดควรให้แพทย์ตรวจหาสาเหตุให้แน่ชัด (สมจิตร พรหมเพน, 2557, น.17)

1.2) ภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวจากน้ำตาลในเลือดสูงแต่ไม่พบสารคีโตนในเลือด (Hyperglycemia Hyperosmolar Nonketonic Coma: HHNC) ความผิดปกตินี้มักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วัยกลางคนหรือผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ค่อยดีอาการจะพบว่กระหายน้ำมากปัสสาวะบ่อยและมากผิดปกติต่อเนื่องหลายวันหรือสัปดาห์อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย น้ำหนักลดตามัวซึมและหมดสติ

1.3) ภาวะกรดคั่งในร่างกายจากสารคีโตน (Diabetic Keto Acedosis: DKA) ความผิดปกตินี้มักจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แต่อาจเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีหรือเกิดการติดเชื้อรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการขาดน้ำ หายใจหอบลึก ลมหายใจมีกลิ่นฉุนฉุนได้้อาเจียนซึมและหมดสติ ไม่รู้สึกตัวในที่สุด

1.4) อาการติดเชื้อ (Infection) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวในการจับเชื้อโรคและการทำลายเชื้อโรคผิดปกติ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้

ง่าย เมื่อผิวหนังมีระดับน้ำตาลในเลือดมากจะทำให้เชื้อโรคและเชื้อราเจริญเติบโตได้ดี จึงอาจมีอาการคันตามผิวหนัง เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและทำให้แผลหายช้า

2) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เกิดหลังจากเป็นเบาหวานมานาน โดยมีการตีบแข็งและอุดตันของหลอดเลือดทั่วร่างกายที่สำคัญได้แก่

2.1) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ (Macrovascular) ความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดใหญ่มีโอกาสเป็นโรคหัวใจได้ 2-4 เท่าของคนปกติทั่วไป ซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary Artery Diseases) โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคหลอดเลือดตีบที่เท้า (Peripheral Arterial Disease) (Fowler, 2008, pp.79-81)

2.2) โรคแทรกซ้อนหลอดเลือดเล็ก (Microvascular) ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทางตา (Diabetic Retinopathy) โรคแทรกซ้อนทางไต (Diabetic Nephropathy) และโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic Neuropathy) ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน (Michael, 2008, pp.77-79)

จากข้อมูลดังกล่าวมาสรุปได้ว่าโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติได้ ดังนั้นการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในด้านต่าง ๆ จึงมีส่วนสำคัญยิ่งในการป้องกันโรคแทรกซ้อน และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

2.3.1.9 ผลกระทบของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ตามมาซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานนั้นทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ (สมจิตร พรหมเพน, 2557, น.18) ดังนี้

1) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเบาหวาน

1.1) ด้านร่างกายโรคเบาหวานก่อให้เกิดปัญหาทางกายของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวและการทำงาน อาจต้องอาศัยความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือครอบครัว รวมทั้งอาจมีอาการที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น อ่อนเพลียง่าย ติดเชื้อง่าย หรืออาการที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำในบางรายมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดภาวะแทรกซ้อนทางตาทางไต หรือเป็นแผลเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยเบาหวานถูกจำกัดกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงเมื่อได้รับการวินิจฉัย

ว่าเป็นโรคเบาหวานก็ยากที่จะทำได้ว่าตนเองจะมีอายุจะสั้นลง 6-8 ปีซึ่งต้องรับประทานยาตลอดชีวิตรวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เคยทำตลอดทั้งต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้

1.2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจทำใจลำบากเมื่อทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวานเนื่องจากโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ บางคนอาจเคยทราบเกี่ยวกับผลเสียของการเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งถ้าไม่สามารถควบคุมโรคได้ อาจมีอาการใจสั่น อารมณ์แปรปรวน วิตกกังวล โกรธ เบื่อหน่าย ท้อแท้หมดหวัง มองไม่เห็นคุณค่าของตน เกิดความเครียดที่ต้องเผชิญกับโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุน้อยอาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความวิตกกังวลจากการเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาวการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและผลกระทบของโรคต่อการทำงานและรายได้ของครอบครัวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและปัญหาจิตเวชอื่น ๆ การดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และกำลังใจจากครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องการกำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลรักษาตัวเองให้ดีที่สุด

1.3) ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน

ถึงแม้ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมค่ายาที่จำเป็นและค่ารักษาการเจ็บป่วย แต่ก็ยังเป็นเพียงส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ไม่ได้รวมถึงค่าดูแลทางอ้อมที่เป็นค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการเดินทางไปรักษาพยาบาลการขาดรายได้จากการขาดงาน และภาวะทุพพลภาพที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับการรักษาโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวานรวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวอาจส่งผลให้ครอบครัวมีฐานะยากจนลง

1.4) ผลกระทบต่อระดับสังคมเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัดไม่สามารถมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติผลกระทบด้านสังคมและอารมณ์ต่อครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจมากกว่าค่าใช้จ่ายโดยตรงอันเกิดจากการรักษาและจากการสูญเสียรายได้ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสในสังคมมักมีปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรังหลายโรคซึ่งต้องการยาหลายชนิดซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีการบริโภคยามากกว่ากลุ่มอื่นดังนั้นความร่วมมือในการรับประทานยาจึงเป็นปัญหาที่ทำลายในประชากรกลุ่มนี้ การแบ่งแยกในสังคมก็มีส่วนที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสได้รับการจ้างงานน้อยกว่าคนอื่นซึ่งยิ่งทำให้ภาพความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนและความเจ็บป่วยชัดเจนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวรู้สึกท้อแท้ไร้ค่าจากการเป็นภาระของผู้อื่น ไม่กล้าเผชิญหน้าทำให้เกิดการแยกตัวของสังคม

1.5) ผลกระทบต่อนายจ้างและเศรษฐกิจของประเทศ

การเสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อยหรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือทุพพลภาพมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อทั้งครอบครัวและสังคม ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของนายจ้างรวมทั้งของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องจากลูกจ้างที่มีสุขภาพไม่ดีส่งผลทำให้ผลการผลิตลดต่ำลงจากการขาดงานบ่อยไม่สามารถทำงานได้เต็มความสามารถเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายและจิต ความเจ็บป่วย การเกษียณอายุก่อนกำหนดเวลารวมทั้งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบด้านเศรษฐกิจของโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัด ภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตก่อนกำหนดที่เพิ่มขึ้นจากโรคเรื้อรังในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยจำเป็นต้องอาศัยการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ต่อทั้งทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ

จากข้อมูลทีกล่าวมาสรุปได้ว่าผลกระทบของโรคเบาหวาน มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจต่อครอบครัวสังคม และยังส่งผลกระทบต่อนายจ้างและเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย

2.3.1.10 การดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยกรมการแพทย์และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2554, น.121-123) ได้กำหนดแนวทางให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่ทำงานบูรณาการประสานกับเครือข่ายบริการสุขภาพ องค์กรส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ป้องกันการเกิดโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง และค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกของโรค ซึ่งช่วยชะลอระยะเวลาการดำเนินโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีลดอัตราความพิการและการเสียชีวิตในที่สุด เพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลและยั่งยืนจึงควรมีการบูรณาการความร่วมมือทั้งในระดับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้ตระหนักและสนับสนุนทรัพยากรเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และให้การสนับสนุนตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับบริการของสถานบริการสุขภาพในท้องถิ่นที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการจัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงการบริการสุขภาพภายในเครือข่ายร่วมกัน มีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายแนวทางดำเนินงานและกำหนดผลลัพธ์ของงานดังในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1

แนวทางดำเนินงานและเป้าหมายผลลัพธ์ของการดำเนินงานบริการ โรคเบาหวานใน รพ.สต. และ ศสช. จำแนกกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	แนวทางดำเนินงาน	เป้าหมายผลลัพธ์ของการดำเนินงาน
ประชากรปกติ ยังไม่ป่วย	สร้างเสริมสุขภาพ ร่วมมือกับชุมชน ให้บริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ประเมินสุขภาพประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	สุขภาพแข็งแรง มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย งดบุหรี่และสุรา
ประชากรที่มี ภาวะเสี่ยง	เฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง ติดตามกลุ่มเสี่ยง และให้สุขศึกษา	มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ เกิดโรค จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลง
ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน	ดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่ จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคเรื้อรัง จัดทำขึ้นและมีการเยี่ยมบ้านกระตุ้น ให้ผู้ป่วยไปรับบริการต่อเนื่อง รวมทั้ง ให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ต่อเนื่องลดภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสามารถปรับ ชีวิตประจำวันได้เหมาะสม
ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะ แทรกซ้อน	คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะ แทรก ซ้อนอย่างมีระบบ	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและดูแล ภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและ การเสียชีวิต

หมายเหตุ. ปรับปรุงจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับวัยทำงาน, โดย กระทรวงสาธารณสุข, 2558, กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

โดยมีแนวทางการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต. และ ศสช. ดังนี้

1. ด้านการพัฒนาระบบลงทะเบียนให้ครอบคลุมผู้เป็นเบาหวานในเขตพื้นที่
รับผิดชอบ

1.1 มีการสำรวจในเชิงรุกโดย รพ.สต. และ ศสช. ร่วมกับ อสม.และแกนนำใน
ชุมชนเข้าไปดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพประชากรที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานในกลุ่มประชาชน
อายุ 35ปีขึ้นไปเพื่อแบ่งกลุ่มประชาชนตามสถานะสุขภาพคือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยทั้ง
ที่มีและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

1.2 จัดทำฐานข้อมูลประชากรเป็นแต่ละกลุ่มตามสถานะสุขภาพโดยจำแนกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

1.3 ลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยทุกราย

1.4 มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านการบริการร่วมกันภายในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

1.5 มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับศูนย์ข้อมูล (Data Center) ในระดับจังหวัด

2. ด้านการให้บริการในสถานบริการ ได้แก่

2.1 การให้บริการตรวจสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป ในกรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงสูงให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัย

2.2 การให้บริการโรคเรื้อรัง ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่จัดทำโดยคณะทำงานระดับเขต/จังหวัด รวมถึงการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวาน มีการลงบันทึกผลการตรวจสุขภาพและข้อมูลการให้บริการในแฟ้มประวัติทุกครั้งที่มาใช้บริการ มีการนัดหมายการตรวจครั้งต่อไปและมีการจัดระบบการติดตามรวมถึงพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน

2.3 ประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน

2.4 ให้สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

2.5 จัดระบบการให้บริการคำปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยเบาหวาน

2.6 เตรียมความพร้อมด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ มีการตรวจมาตรฐานของเครื่องมือทางการแพทย์ จัดให้มีการสอบเทียบหรือส่งสอบเทียบเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต

3. ด้านการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

3.1 ประชาสัมพันธ์และแจ้งเตือนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานให้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

3.2 นัดหมายและประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลในเครือข่าย/จังหวัด เพื่อร่วมให้บริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่จำเป็นอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.3 มีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อรับการรักษา และให้มีการนัดหมายติดตาม

3.4 ติดตามและบันทึกผลการตรวจและการรักษาในรายที่มีการส่งต่อ

สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (Pre-diabetes) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้รพ.สต. และ ศสช. ให้การดูแล (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556, น.16-17) ดังนี้

3.4.1 แนะนำการปฏิบัติตัวได้แก่

3.4.1.1 ควบคุมอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล

3.4.1.2 ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3.4.1.3 ประเมินความเสี่ยงเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงซ้ำที่ระยะ 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี ได้แก่ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพซึ่งน้ำหนักประเมินดัชนีมวลกาย วัตรอบเอวตรวจวัดความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด

3.4.1.4 การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์เช่น ปัสสาวะบ่อยและมากกระหายน้ำดื่มน้ำบ่อย ๆ หิวบ่อยหรือกินจุอ่อนเพลีย เป็นต้น

3.4.2 ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายกรณีเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ในบ้านสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองร่วมกันหาสาเหตุของปัญหาและร่วมวางแผนเพื่อหาแนวทางแก้ไขในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

3.4.3 บันทึกข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของผลการดูแล

2.3.2 พฤติกรรมสุขภาพ

2.3.2.1 พฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายคำว่าพฤติกรรม (Behavior) และสุขภาพ (Health) ดังนี้

1) ความหมายคำว่า พฤติกรรม (Behavior) มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

พฤติกรรมหมายถึง กิริยาอาการหรือปฏิกิริยาที่แสดงออกหรือเกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าซึ่งจะมาจากภายในร่างกายหรือภายนอกร่างกายก็ได้และปฏิกิริยาที่แสดงออกนี้มีได้เป็นพฤติกรรมทางกายเท่านั้นแต่รวมถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวกับจิตใจด้วย คำว่า Behavior ใช้แทนกันได้กับคำว่า การกระทำ (Action) นักจิตวิทยาถือว่าการเคลื่อนไหวของอินทรีย์ทุกชนิดที่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมต้องมีหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ต้องมีมูลเหตุอย่างใดอย่างหนึ่ง (อุทัย หิรัญโต, 2526, น.14)

พฤติกรรมหมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำแม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, น.97)

พฤติกรรมคือ อาการ บทบาท ลีลา ท่าที การประพฤติ การปฏิบัติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสด้วยประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่ง คือ โสตสัมผัส ชิวหาสัมผัส และทางผิวหนัง หรือมีละนั้นก็สามารวัดได้โดยเครื่องมือ (กันยา สุวรรณแสง, 2538, น.92)

พฤติกรรมหมายถึง การแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ของสิ่งมีชีวิตซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งมนุษย์และสัตว์ พืช จุลินทรีย์ ซึ่งเป็นการตอบสนองสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นภายในร่างกายหรือภายนอกร่างกาย พฤติกรรมนี้สามารถสังเกตได้โดยตรงหรือใช้เครื่องมือวัดได้หรืออาจสังเกตได้ในทางอ้อม เช่น การพูด การเคลื่อนไหว การทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย การจำการคิด ตลอดจนความรู้สึก ทักษะคติ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541, น.2)

พฤติกรรมหมายถึง อาการกระทำหรือกิริยาที่แสดงออกมาร่างกายกล้ามเนื้อสมองในทางอารมณ์ ความคิด และความรู้สึก พฤติกรรมเป็นผลจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเมื่อมีสิ่งกระตุ้นมาจะมีการตอบสนองทันที (ลักขณา ศรีวัฒน์, 2544, น.17)

พฤติกรรมหมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554)

พฤติกรรมหมายถึงทุก ๆ สิ่งทีบุคคลทำซึ่งสามารถสังเกตได้โดยตรงหรืออยู่ในกระบวนการทางจิตใจซึ่งได้แก่ความคิดความรู้สึกและแรงขับซึ่งเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ไม่สามารถจะสังเกตได้โดยตรง (Allen and Santrock, 1993, p.8)

จากความหมายข้างต้นนั้นพฤติกรรมของมนุษย์มีความหมายครอบคลุมการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งถ้าเป็นการแสดงออกทางด้านร่างกายก็จะแสดงออกมาให้เห็นได้อย่างชัดเจนเช่นเดินวิ่งนอนหรือกระโดดเป็นต้นแต่ถ้าเป็นการแสดงออกที่อยู่ในกระบวนการของจิตใจก็จะไม่แสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจนซึ่งมีความซับซ้อนอยู่ในจิตใจเช่นความคิดความรู้สึกหรือแรงจูงใจเป็นต้นเมื่อไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรงแล้วก็ต้องอาศัยการคาดเดาสรุปเอาจากการกระทำต่าง ๆ ที่สามารถสังเกตเห็นได้ดังนั้นพอจะสรุปได้ว่าพฤติกรรมหมายถึงการกระทำที่เป็นการแสดงออกถึงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความต้องการ ของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าซึ่งอาจสังเกตเห็นได้โดยตรงหรือทางอ้อม บางลักษณะอาจสังเกตได้โดยไม่ใช้เครื่องมือช่วยหรือต้องใช้เครื่องมือช่วย

2) ประเภทของพฤติกรรมพฤติกรรมแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ได้หลายรูปแบบคือ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์, 2532, น.23)

2.1) ประเภทของพฤติกรรมตามสาเหตุการเกิดแบ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากสิ่งทีกระตุ้นภายในตัวมนุษย์และสิ่งทีเกิดจากสิ่งกระตุ้นภายนอกตัวมนุษย์

2.2) ประเภทของพฤติกรรมแบ่งตามการแสดงออกดังนี้ 1) พฤติกรรมภายนอกหรือพฤติกรรมเปิดเผย (Overt Behavior) หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกที่บุคคลอื่นนอกเหนือจากเจ้าของพฤติกรรมรู้สำหรับพฤติกรรมภายนอกนี้บุคคลอื่นต้องอาศัยการสังเกต (Observation) ไม่ว่าจะใช้ประสาทสัมผัสโดยตรง หรือใช้เครื่องมือช่วยในการสังเกตเพื่อได้ข้อมูล จึงมีการจำแนกพฤติกรรมภายนอกได้อีก 2 ประเภทย่อย ๆ คือ 1.1) พฤติกรรมโมลาร์ (Molar behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตได้โดยใช้ตาสังเกตเพียงอย่างเดียวก็รับรู้ได้ อย่างมีความหมายต่อกระบวนการคิดมากกว่าประสาทสัมผัสอื่น เพราะตาสามารถส่งต่อยังประสาทสัมผัสอื่น ๆ ได้ ทั้งหมด และจุมุกเป็นต้น 1.2) พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นต้องใช้เครื่องมือเพื่อช่วยในการสังเกตจึงจะเห็นได้และทำให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำ เช่น การเต้นของหัวใจ คลื่นสมอง ความดันของโลหิต เป็นต้น 2) พฤติกรรมภายใน หรือ พฤติกรรมปกปิด (Covert Behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่บุคคลอื่นไม่สามารถมองเห็นได้หรืออาจสังเกตเห็นได้ยากเพราะเป็นการกระทำของอวัยวะที่อยู่ภายในร่างกาย เช่น ความคิด (Idea) อารมณ์ (Emotion) และความรูสึก (Feeling) เป็นต้น

2.3) ประเภทของพฤติกรรมแบ่งตามผลการกระทำ คือ 1) พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นผลของการแสดงออกทางความรู้ ความจำ ความคิดเห็น 2) พฤติกรรมด้านเจตนาพิสัย (Affective Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นผลการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความรูสึก ความสนใจ ทศนคติ และค่านิยม 3) พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Skills) หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นการแสดงออกทางด้านลักษณะของการกระทำที่เป็นความชำนาญ เช่น พลศึกษา และศิลปะ เป็นต้น

2.4) ประเภทของพฤติกรรมแบ่งตามการกระทำทางร่างกายและจิตใจ แบ่งเป็น 1) พฤติกรรมทางกาย ได้แก่ การลงมือกระทำหรือไม่กระทำ 2) พฤติกรรมทางวาจา ได้แก่ การพูด 3) พฤติกรรมทางใจ ได้แก่ การคิด และความรูสึกทางจิตใจต่าง ๆ

2.5) ประเภทของพฤติกรรมแบ่งตามความคาดหมายของสังคมแบ่งเป็น 1) พฤติกรรมที่พึงประสงค์และ 2) พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

2.6) ประเภทของพฤติกรรมแบ่งตามลักษณะที่เกิดอีก 2 ลักษณะคือ

2.6.1) พฤติกรรมที่เกิดเองตามธรรมชาติ หมายถึง การกระทำที่เกิดขึ้นเองตั้งแต่แรกเกิดโดยไม่ได้รับการฝึกหรือสั่งสอน เช่น การร้องไห้ การหัวเราะ การดูด การกลืนหรือการไขว่คว้า เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่อยู่ในวัยแรกเกิด

2.6.2) พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ หมายถึง การกระทำที่เกิดขึ้นจากการฝึกหรือได้รับการเรียนรู้ เช่น การพูด การอ่าน การเขียน การชักจูงหลิวตา การเล่นเกมตริกีฬา เป็นต้น

สำหรับพฤติกรรมชนิดนี้จะเกิดขึ้นเมื่อมนุษย์เริ่มเลียนแบบ รับรู้ และเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นจะเป็นพฤติกรรมชนิดใดก็ตามจะเห็นว่ามีความสำคัญต่อมนุษย์มากเพราะสามารถทำให้มนุษย์ได้รับสิ่งที่ต้องการ ทำให้มนุษย์เกิดความพึงพอใจและสามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขและในทางตรงกันข้ามพฤติกรรมของมนุษย์ก็สามารถทำให้เขาประสบความสำเร็จหรือไม่สมหวังดังที่ปรารถนาได้จึงเกิดเป็นพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (ลักษณะ สิริวัฒน์, 2544, น.17-18)

3) การเกิดพฤติกรรมนักจิตวิทยาเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นเป็นผลที่เกิดจากการกระทำปฏิภิกิริยาของมนุษย์หรืออินทรีย์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่มักจะเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการกระตุ้นที่เรียกว่า “พฤติกรรมที่ถูกจูงใจ” ซึ่งลำดับชั้นของพฤติกรรม (ประสาท อิศรปรีชา, 2538, น.13) มีดังนี้

3.1) เมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นก็จะทำให้เกิดความต้องการ

3.2) เมื่อเกิดความต้องการก็จะพยายามแสวงหาทางตอบสนองความต้องการ

3.3) เมื่อได้รับการตอบสนองหรือไม่ได้รับการตอบสนองก็จะแสดงอาการออกมา คือพอใจหรือไม่พอใจ ถ้าหากพอใจความต้องการก็จะลดลง หากไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความต้องการนั้นอยู่แรงขบก็จะไม่ลดลง

4) องค์ประกอบการเกิดพฤติกรรมพฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นเนื่องจากมีองค์ประกอบ (มานี ชูไทย, 2523, น.14) ดังต่อไปนี้

4.1) มีเป้าประสงค์ คือมีความต้องการจะเกิดพฤติกรรม

4.2) มีความพร้อม คือมีความสามารถที่จำเป็นในการทำกิจกรรมนั้นเพื่อสนองความต้องการของตน

4.3) สถานการณ์ คือมีโอกาสที่จะเลือกกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการของตน

4.4) การแปลความหมายคือมีการพิจารณาถึงสภาพการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกลงแวดล้อม และความสามารถของตนแล้วตัดสินใจเลือกวิธีที่คิดว่าดีที่สุด

4.5) การตอบสนอง คือการทำกิจกรรมที่คิดว่าดีที่สุดนั้น

4.6) ผลที่ได้กิจกรรมที่ทำนั้นอาจจะได้รับผลที่ตรง หรือไม่ตรงกับความคาดหมายก็ได้

4.7) ปฏิกริยาต่อความไม่สมหวัง ถ้าผลที่ได้รับไม่สมที่หวังไว้ ก็อาจจะแปลความหมายใหม่ และเลือกวิธีตอบสนองใหม่ หรืออาจจะลดระดับความคาดหวังให้ต่ำลงมา หรืออาจล้มเลิกความคิดก็ได้

5) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสิ่งที่มีอิทธิพล โดยทั่ว ๆ ไปของมนุษย์ คือการแสดงออกถึงอาการกระทำของมนุษย์นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นเองแต่เกิดจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกระทำหรือที่เรียกว่าพฤติกรรมนั้นขึ้นมาสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมมีหลายประการซึ่งจะต้องมีการศึกษาเพื่อให้ทราบและเข้าใจสาเหตุหรือเพื่อทำนายและควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ให้ชัดเจนขึ้น จึงจำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ว่าก่อให้เกิดพฤติกรรมเหล่านั้นได้อย่างไร และปัจจัยดังกล่าวที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมอย่างไรเราจะสามารถนำความรู้ที่ได้มาอธิบายสาเหตุเพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมมนุษย์ได้อย่างไร ด้วยคำถามต่าง ๆ ดังกล่าวจึงนำไปสู่การศึกษาถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่กำหนดพฤติกรรมมนุษย์ (สุชา จันท์ธรม, 2529, น.248-250) ได้แก่

5.1) ความเชื่อ คือการที่บุคคลยอมรับข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งความคิดของเขาอาจจะถูกต้องหรือไม่ถูกต้องตามความเป็นจริงก็ได้ คนเรามีความเชื่อที่แตกต่างกันออกไปบางคนเชื่อว่าทำดีได้ดี บางคนเชื่อโชคลาง เรื่องไสยศาสตร์ เป็นต้น ความเชื่อเป็นสิ่งที่หักห้ามได้ยาก และมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก บุคคลใดมีความเชื่ออย่างใดก็จะมีพฤติกรรมเป็นไปตามความเชื่อของเขา

5.2) ค่านิยม เป็นเรื่องซึ่งแนวทางการปฏิบัติอย่างกว้าง ๆ แก่บุคคลว่าอะไรที่เป็นจุดมุ่งหมายแห่งชีวิต สิ่งใดที่ควรประพฤติปฏิบัติหรือไม่ควร ค่านิยมอาจได้มาจากการอ่านคำบอกเล่า หรือคิดขึ้นมาเองก็ได้ ค่านิยมของแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน แต่โดยทั่ว ๆ ไปแล้วค่านิยมของมนุษย์ส่วนใหญ่ไม่ว่าชาติใด ๆ มักจะคล้ายคลึงกัน เช่น ความรัก ชื่อเสียง เงินทอง สุขภาพ ความรู้ เป็นต้น

5.3) บุคลิกภาพ เป็นคุณลักษณะของแต่ละบุคคลซึ่งมีหลายแบบ เช่นแบบเผด็จการจะเป็นคนที่ชอบบังคับใช้อำนาจ ไม่เชื่อใครง่าย ๆ และมีอคติแบบประชาธิปไตยที่เชื่อในเรื่องสิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาค แบบที่ชอบทำอะไรด้วยตนเอง และอื่น ๆ เป็นต้น

5.4) สิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรม สิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรมนี้จะเป็นอะไรก็ได้ เช่น ความสวย ความหิว อาหาร หนังสือ คำชม เป็นต้น สิ่งทีกระตุ้นพฤติกรรมนี้จะมีเข้มข้นแตกต่างกันไป และสิ่งทีกระตุ้นพฤติกรรมอย่างหนึ่งก็อาจมีพลังที่จะกระตุ้นพฤติกรรมของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน

5.5) ทักษะคิดทัศนคติโดยทั่ว ๆ ไป หมายถึงความรู้สึกรู้สึกหรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกหรือท่าทีนี้จะเป็นทำนองที่พึงพอใจ

หรือไม่พึงพอใจ ชอบหรือไม่ชอบ ทักษะมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางสังคมของบุคคลที่มีพฤติกรรมอย่างไรหรือทำสิ่งใดลงไป ทักษะจะเป็นเครื่องกำหนดให้มีพฤติกรรมเป็นอย่างนั้น

5.6) สถานการณ์หมายถึงสภาพแวดล้อมหรือสภาวะที่บุคคลกำลังจะมีพฤติกรรม ตัวอย่าง เช่น อากาศในเมืองไทยร้อนอบอ้าว ถ้าเราอยู่ในบ้านเราจะถอดหรือนุ่งกางเกงขาสั้นตัวเดียวก็ได้ แต่ถ้าเรากำลังสอนหนังสือหรือเดินกลางถนนถึงจะร้อนมากเพียงใดเราก็ไม่สามารถทำได้เพราะฉะนั้นสถานการณ์นี้จึงเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมที่สำคัญมาก แต่สถานการณ์เปิดช่องให้แล้วพฤติกรรมของคนก็จะแตกต่างกันไปตามลักษณะนิสัยของเขาที่แสดงออกมา

6) แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนักพฤติกรรมศาสตร์ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ (เฉลิมพล ต้นสกุล และจิรัชศักดิ์ เจริญพันธ์, 2549, น.5) คือ

6.1) แนวคิดที่ 1 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากการตัดสินใจของตนเอง(ปัจจัยภายในตัวบุคคล) รากฐานของแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า “สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลอันได้แก่ ความรู้เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น” ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์ที่สนใจแนวคิดนี้จึงมุ่งศึกษาและสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเกี่ยวกับเจตคติและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และทฤษฎีแรงจูงใจ เป็นต้น

6.2) แนวคิดที่ 2 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคลรากฐานของแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า “สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล” ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์กลุ่มนี้จึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยต่างทางด้านสิ่งแวดล้อมระบบสังคม การเมืองเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม เป็นต้น

6.3) แนวคิดที่ 3 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมมาจากปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย รากฐานของแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า “สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยด้วยกันทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล” จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 แนวคิดนี้ได้พัฒนามาจากหลักการวิเคราะห์การเกิดของพฤติกรรมที่ว่า “การแสดงออกของพฤติกรรมหนึ่ง ๆ อาจมาจากหลายสาเหตุก็ได้” ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมจึงต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญมาจากหลากหลายวิชาชีพเพื่อร่วมกันดำเนินงานการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ

7) การวัดพฤติกรรมการวัดพฤติกรรมนั้นมีอยู่ 2 วิธี (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2542, น.131-136) คือ

7.1) การศึกษาพฤติกรรมโดยตรง ดังนี้ 1) การสังเกตแบบผู้ถูกสังเกต รู้ตัว เช่น ครูสังเกตพฤติกรรมนักเรียนในห้องเรียนโดยบอกให้ทราบล่วงหน้า เป็นต้น 2) การสังเกต

แบบธรรมชาติ คือการที่ผู้ถูกสังเกตพฤติกรรม ไม่ได้กระทำตนเป็นที่รบกวนบุคคลที่ถูกสังเกตไม่ทราบว่าคุณถูกสังเกต การศึกษาพฤติกรรมแบบนี้จะทำให้สามารถนำผลที่ได้ไปอธิบายพฤติกรรมในสภาพที่ใกล้เคียงได้แต่ก็มีข้อเสียคือใช้เวลามาก

7.2) การศึกษาพฤติกรรมโดยทางอ้อม ดังนี้ 1) วิธีการสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ต้องซักถามข้อมูลจากผู้หนึ่งหรือกลุ่มหนึ่ง การสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1.1) การสัมภาษณ์โดยตรง 1.2) การสัมภาษณ์ทางอ้อม 2) วิธีการใช้แบบสอบถามเหมาะสำหรับต้องการทราบพฤติกรรมจำนวนมากและไม่สามารถสัมภาษณ์หรือสังเกตได้ เพราะบุคคลเหล่านั้นอาจอยู่ห่างไกลกระจัดกระจาย หรือพฤติกรรมที่ต้องการทราบเป็นเรื่องที่ผ่านมาแล้ว 3) วิธีการทดลองเป็นวิธีที่ใช้ผู้ศึกษาอยู่ในสภาพการณ์ที่ต้องควบคุมแต่ในชุมชนการศึกษาพฤติกรรมควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ได้ยากและเป็นไปได้ได้น้อยมากเพราะวิธีนี้จะใช้ในห้องทดลองหรือห้องปฏิบัติการเป็นส่วนใหญ่ 4) วิธีการบันทึก วิธีนี้ทำให้ทราบพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้บุคคลแต่ละคนบันทึกพฤติกรรมของตนเองซึ่งอาจเป็นการบันทึกพฤติกรรม

8) วิธีการศึกษาพฤติกรรมวิธีการศึกษาพฤติกรรมที่สำคัญกระทำได้ 4 วิธีตามลักษณะของพฤติกรรมที่ศึกษาดังนี้ (จรรยา สุวรรณทัต, 2538)

8.1) จิตวิทยาที่มีความเป็นวิทยาศาสตร์สูงมากมุ่งศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างเหตุการณ์ (Event) สองเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่เป็นเหตุเรียกว่าตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ส่วนเหตุการณ์ที่เป็นผลเรียกว่าตัวแปรตาม (Dependent Variable) การปฏิบัติต่อตัวทดลองต่อตัวแปรอิสระเรียกว่าการจัดกระทำ (Treatment) การทดลองครั้งหนึ่ง ๆ จะต้องเป็นตัวแปรตั้งแต่สองตัวแปรขึ้นไป แต่การทดลองก็มีข้อจำกัดอยู่มากเพราะการควบคุมตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งนั้นอาจจะมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาแทรกแซงจนเกิดความล้มเหลวได้ ในการทดลองส่วนใหญ่จะมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ผู้ทดลองจัดกระทำกับตัวแปรกลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ผู้ทดลองมิได้จัดกระทำกับตัวแปร

8.2) การสำรวจ (Survey Method) เป็นการศึกษาในเชิงวิทยาศาสตร์เช่นกันแม้ว่าจะไม่เข้มข้นนักก็ตาม วิธีการนี้ศึกษาตัวแปรเหมือนการทดลองแต่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจะเป็นเหตุเป็นผลกันไม่ได้ และผู้ศึกษาไม่มีการจัดกระทำต่อตัวแปรกระทำเพียงแค่ศึกษาตัวแปรอย่างมีระบบในสถานการณ์ที่พบ การสำรวจจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือ (Instrument) ที่มีความเชื่อถือได้ (Reliability) และความตรง (Validity) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) ด้วยวิธีการที่เหมาะสมเพื่อเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร (Population)

8.3) วิธีการทางคลินิก (Clinical Method) เป็นการศึกษาพฤติกรรมแบบลึก (In-depth Study) รายใครรายหนึ่งใช้เครื่องมือ (Instrument) หลาย ๆ อย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลหลาย ๆ

ด้านและใช้เวลานานทำให้ทราบสาเหตุของพฤติกรรมบุคคลนั้น ๆ ตลอดจนได้ข้อความรู้ใหม่ ๆ ที่จะนำไปใช้กับกรณีอื่น ๆ ได้ทำนองเดียวกันกับแพทย์รักษาคนไข้รายใดรายหนึ่งนั่นเอง การศึกษาบุคคลเป็นรายกรณี (Case Study) ก็คือวิธีการทางคลินิกวิธีหนึ่ง

8.4) การสังเกตอย่างมีระบบ (Systematic Observation) พฤติกรรมจำนวนมากจำเป็นต้องศึกษาในสถานการณ์ปกติที่พฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้น โดยการเฝ้าสังเกตและบันทึกพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างซึ่งเรียกว่าการสังเกตอย่างมีระบบ วิธีการนี้ต้องนิยามพฤติกรรมที่จะสังเกตได้ชัดเจนและวัดได้เรียกว่านิยามปฏิบัติการ (Operational Definition) รวมทั้งจะต้องทำการสังเกตโดยมิให้กลุ่มตัวอย่างรู้ตัวด้วย

2.3.2.2 ความหมายของคำว่าสุขภาพ

ก่อนที่จะกล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องทำความเข้าใจในความหมายของคำว่าสุขภาพ(Health) หรือสุขภาพดีเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวาง ซึ่งมีนักวิชาการ และหน่วยงานได้ให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพไว้หลากหลายดังนี้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2554 ได้กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความสุขปราศจากโรค ความสบาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546, น.120)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กล่าวว่า สุขภาพหมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550, 2550, น. 1)

สุขภาพ (Health) หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ(สำนักงานราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่แต่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (WHO., 1984)

สถาบันความร่วมมือทางการแพทย์แบบบูรณาการมองความสมบูรณ์ (Wellness) ว่ามีความหมายมากกว่าสถานะของสุขภาพทางกาย ยังครอบคลุมความมั่นคงทางอารมณ์ ความคิดที่ชัดเจน ความสามารถในการที่จะรักการสร้างการเปลี่ยนแปลงสัณฐานการออกกำลังกาย และประสบการณ์การสัมผัสกับความรู้สึกอย่างต่อเนื่องของจิตวิญญาณ (Pacific Northwest Foundation)

ราล์ฟซิสเตอร์แมนอธิการบดีกิตติมคุณมหาวิทยาลัยดุ๊ก ได้กล่าวในการแสดงปาฐกถาพิเศษว่าสุขภาพเป็นพื้นฐานแทบทุกอย่างที่คนทำ และบางทีอาจเป็นเรื่องทรัพยากรที่สำคัญที่สุดของบุคคล (Medicine, 2010, p.13)

สุขภาพ (Health) หมายถึง 1) สภาวะของร่างกาย และระดับที่เป็นอิสระจากการเจ็บป่วย หรือสถานะของการมีสุขภาพดี ได้แก่ การที่จะอยู่อย่างมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีการออกกำลังกายเป็น

ประจำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีของตนเองการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเหตุผลด้านสุขภาพการที่เขาเลิกทำงานเนื่องจากสุขภาพไม่ดี 2) สภาวะของบางสิ่งบางอย่างที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนา เช่น องค์กร หรือระบบ:สุขภาพทางการเงินของธุรกิจ ได้แก่สถานะของสุขภาพพอที่ทำให้ลูกมีความกังวลเราอย่างมาก สุขภาพของคุณ โดยทั่วไปดีแต่คุณยังมีปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ หากคุณคิดว่าคุณสามารถดำเนินการที่เกี่ยวกับการดื่มมากโดยไม่ทำลายสุขภาพของคุณแล้วแสดงว่าคุณมีความเข้าใจที่ผิดพลาดเขาพบว่าแมวที่ได้รับบาดเจ็บและการเลี้ยงดูอย่างระมัดระวังย่อมมีผลต่อสุขภาพเราต้องการทำความสะอาดแม่น้ำและทะเลสาบที่คุณสามารถว่ายน้ำโดยไม่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของคุณ

สุขภาพ (Health) หมายถึง สภาวะความสัมพันธ์ที่สามารถทำงานได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อแสดงเต็มรูปแบบของศักยภาพที่ไม่ซ้ำกันของแต่ละบุคคล ซึ่งอยู่ในสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย ในคำพูดของ René Dubos ที่กล่าวว่า "สุขภาพเป็นหลักวัดความสามารถของแต่ละคนที่จะทำและกลายเป็นสิ่งที่เขาต้องการที่จะเป็น."

สรุปได้ว่าสุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายจิตใจ การปรับตัวอยู่ในสังคมด้วยดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น มีคุณธรรม และจิตวิญญาณที่ตีรวมถึงการปราศจากการเป็นโรค และปราศจากความพิการซึ่งครอบคลุมและกว้างขวางมากเป็นความหมายของสุขภาพในอุดมคติ (Ideal Health) ซึ่งในความเป็นจริงสุขภาพที่เป็นอยู่จริง (Real Health) จะเป็นสภาวะสุขภาพส่วนบุคคลที่สามารถขึ้น ๆ ลง ๆ ได้ และมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับการดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุคคลนั้น

2.3.2.3 ความหมายของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายคำว่าพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายหลายดังนี้

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองในรูปของความรู้ความเข้าใจซึ่งเรียกว่าพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ความรู้สึกนึกคิดเจตคติท่าทีความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อบุคคลสิ่งของหรือเหตุการณ์ซึ่งเรียกว่าเจตพิสัย (Affective Domain) และในรูปของการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งเรียกว่าทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข,2556)

Conner and Norman (1996) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กำหนดให้เป็นกิจกรรมการดำเนินการใด ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันหรือการตรวจสอบโรค หรือเพื่อการพัฒนาสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดี

Gochman (1997) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพหมายถึงรูปแบบพฤติกรรมกระทำ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำรุงรักษาสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพ พฤติกรรมภายในคำนิยามนี้รวมถึงการใช้งานทางการแพทย์บริการ เช่น การไปพบแพทย์ การฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรองการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การบำบัดด้วยอาหารการควบคุมโรคเบาหวานและการใช้ยาลดความดันโลหิต รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การควบคุมอาหารการออกกำลังกายการสูบบุหรี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการโดยบุคคลที่ไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพจริงหรือการรับรู้สถานะสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งเสริมการป้องกัน หรือรักษาสุขภาพ แต่ถึงอย่างนั้นบางพฤติกรรมอาจมีผลกระทบโดยตรงในตอนสุดท้ายหรือไม่ก็ตาม (WHO, 1998, p.8)

Conner (2002) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง กิจกรรมการดำเนินการใด ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันหรือการตรวจสอบโรคหรือเพื่อการพัฒนาสุขภาพและความสุขภาพที่ดี วิธีการทั่วไปของการจำแนกพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น การเสริมสร้างสุขภาพและการบกพร่องของสุขภาพได้มีการตรวจสอบความชุกของพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ สูบบุหรี่การรับประทานอาหารการออกกำลังกายการคัดกรอง พฤติกรรมทางเพศ การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่แตกต่างกันและมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของพวกเขา

ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพมันเป็นเรื่องธรรมดาที่จะแยกแยะการส่งเสริมสุขภาพออกจากพฤติกรรมทำลายสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมทำลายสุขภาพมีผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือเป็นเหตุให้บุคคลที่จะเกิดโรคพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป การบริโภคและการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ในทางตรงกันข้ามการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสุขภาพ พฤติกรรมการถ่ายทอดประโยชน์ต่อสุขภาพหรือการปกป้องประชาชนจากโรค เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคผักและผลไม้ และการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการคุกคามของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Conner, 2002)

พจนานุกรมทางการแพทย์มอสบีกล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงการกระทำที่ดำเนินการโดยบุคคลที่จะรักษา บรรลุหรือฟื้นฟูสุขภาพที่ดี และเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพสะท้อนให้เห็นถึงเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล บางคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่บ่งบอกคือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอรับประทานอาหารที่สมดุล และการได้รับการฉีดวัคซีนที่จำเป็น (Mosby's Medical Dictionary, 2009)

พจนานุกรมทางการแพทย์พจนานุกรมพาร์เล็ก กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การรวมกันของความรู้ การปฏิบัติและทัศนคติที่ร่วมกันนำไปสู่การกระตุ้นการกระทำที่เราใช้เกี่ยวกับสุขภาพ (Farlex Partner Medical Dictionary, 2012)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองในรูปของความรู้ความเข้าใจความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเจตคติทำที่ความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อบุคคลสิ่งของหรือเหตุการณ์และในรูปของการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อเป็นการการคัดกรองโรคการป้องกันการส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพการพัฒนาสุขภาพ และการมีสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมสุขภาพจำแนกได้เป็น 4 ประเภท (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556, น.3) ได้แก่

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยของคนเราจะเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความเชื่อในสาเหตุ อาการ อันตรายที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองจะเป็นตัวกำหนดการรักษาพยาบาล ตัวอย่างเช่นเมื่อเจ็บคอเชื่อว่ามิสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียพฤติกรรมการแสดงออกเมื่อตัวเองป่วย (รับรู้) สิ่งที่แสดงออกถึงอาการเจ็บป่วยคือการรักษาพยาบาล

2. พฤติกรรมการรักษาโรค คือการแสดงออกโดยการกระทำหรือไม่กระทำถ้าพฤติกรรมตัวนี้ไม่ดีก็จะเกิดการเจ็บป่วย เช่น การไม่สวมหมวกนิรภัยเมื่อเกิดอุบัติเหตุจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นการจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคได้ก็ต้องมองเห็นแล้วว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยง่าย

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือสิ่งที่กระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่นการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ปฏิบัติแล้วทำให้ร่างกายตีระบบต่าง ๆ ดีจิตใจดี ทุกองค์ประกอบของร่างกายต้องป้องกันด้วยการส่งเสริมสุขภาพ

4. พฤติกรรมมีส่วนร่วมคือการกระทำเพื่อส่งผลดีต่อส่วนรวม เช่น คนในชุมชนมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมในทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

สรุปได้ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพออกมานั้นเกิดจากการมีความรู้ ซึ่งอาจจะเกิดจากการสังเกต การได้ยินได้ฟังหรือเกิดจากการค้นคว้าจนเกิดความคิด ทัศนคติทางด้านสุขภาพจนแสดงพฤติกรรมออกมาทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค สำหรับผู้ที่ยังไม่เป็นโรคและลดภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ที่เป็นโรคต่าง ๆ แล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงโรคเบาหวาน

2.3.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

ปัจจัยเสี่ยงและลักษณะของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น.20-23) มีดังนี้

2.3.3.1 ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ในประเด็นทางด้านพันธุกรรมในขณะนี้ยังไม่พบความผิดปกติของยีนตัวใดตัวหนึ่งที่สามารถอธิบายการเกิดโรคเบาหวานได้ในผู้ป่วยทุกราย ปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีการค้นพบในปัจจุบันคือ การกลายพันธุ์ (Mutation) ของตัวรับ Insulin Receptor, Glucokinase and Mitochondrial Gens โดยพบว่าเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานในผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ส่วนการกลายพันธุ์ของยีนอื่น ๆ เช่น Glycogen Synthetase and Insulin Receptor Substrate-1 (IRS-1) ก็มีเพียงรายงานผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non insulin Dependent Diabetes Mellitus: NIDDM) หรือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes) บางเชื้อชาติเท่านั้น และไม่ใช่สาเหตุสำคัญในผู้ป่วยส่วนใหญ่ในปัจจุบันจึงไม่อาจชี้ชัดถึงยีนที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ (Diabetogenesis) สมมุติฐานหนึ่งที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศที่กำลังพัฒนาหรือในคนบางเชื้อชาติ เช่น ชาวอินเดีย หรือชาวจีนที่อพยพไปอยู่ประเทศทางตะวันตก คือสมมุติฐานประหยัดยีน (Thrifty Gene Hypothesis) ซึ่งอธิบายว่าคนอาศัยอยู่ในที่ที่อาหารค่อนข้างขาดแคลน ร่างกายจะปรับตัวโดยมีการสะสมไขมันและพลังงานเพิ่มขึ้น เมื่อคนเหล่านี้ไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีอาหารมากเกินไป การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงทำให้มีโอกาสเป็นเบาหวานได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้แล้วสภาพแวดล้อมระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดา (Intrauterine Environment) ก็อาจมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้ภาวะทุพโภชนาการบางช่วงเวลาของการตั้งครรภ์อาจมีผลต่อการทำงานของเซลล์เบต้า (Beta Cell) ของตับอ่อน และหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Insulin) หรืออาจเป็นไปได้ว่าทารกที่น้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่าปกติที่รอดชีวิตมาได้นี้มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากกว่าปกติ

2.3.3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม การศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันที่ในภาคตัดขวางและการศึกษาระยะยาว พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมบางอย่างที่อาจเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ความอ้วน โดยเฉพาะโรคอ้วนของร่างกายส่วนบน (Upper Body Obesity) ขาดการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและมีการบริโภคอาหารบางชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารประเภทไขมันในปริมาณที่สูง

2.3.3.3 ความอ้วน มีการศึกษาหลายรายงานที่แสดงให้เห็นว่า ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความทนต่อกลูโคสที่ผิดปกติ ดัชนีความหนาของร่างกาย มีความสัมพันธ์โดยตรงกับโอกาสเกิดโรคเบาหวานทั้งในเพศชายและเพศหญิงในหลายเชื้อชาติ นอกจากนี้แล้วการกระจายของไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายยังมีความสำคัญต่อโอกาสการเกิด

โรคเบาหวานได้ต่าง ๆ กัน โดยผู้ที่ที่มีไขมันสะสมบริเวณท้องมากจะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้สูงกว่าผู้ที่ที่มีไขมันมากบริเวณอื่น สาเหตุที่การสะสมไขมันในบริเวณนี้ทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด หลักฐานที่มีในขณะนี้คือ ไขมันในช่องท้อง (Visceral fat) นี้เป็นไขมันที่สามารถสลายเป็นกรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) และส่งไปยังตับโดยตรง ไขมันบริเวณนี้ตอบสนองต่อการกระตุ้นโดยระบบประสาทซิมพาเทติก พบว่าความอ้วนชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะการต้านทานต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) และในบางรายงาน พบว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับ 3-adrenergic Receptor Polymorphism ในคนที่อ้วนมากและมีความทนกลูโคสผิดปกติ การลดน้ำหนักตัวสามารถช่วยลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้

2.3.3.4 ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินได้ดีขึ้นและช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นและยังช่วยลดระดับไขมันในเลือดเพิ่มปริมาณไขมันดี (High-density lipoprotein Cholesterol: HDL-C) และช่วยลดปริมาณไขมันที่เลว (Low-density Lipoprotein Cholesterol: LDL-C) ในร่างกาย มีการศึกษาหลายเชื้อชาติแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานสูงขึ้น 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ออกกำลังกายหรือใช้แรงงานสม่ำเสมอ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานที่พบสูงขึ้นในระยะหลังนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนาอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นวิถีชีวิตประจำ (Sedentary Lifestyle) และขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคนที่อยู่ในชนบทและคนที่อยู่ในตัวเมืองในหลายประเทศ เช่น เปรู ตอริโก และหลาย ๆ ประเทศในหมู่เกาะแปซิฟิก เช่น ฟิจิ ซามัวตะวันตก พบว่าโอกาสการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในประชาชนที่อยู่ในตัวเมือง ถึงแม้ว่าจะตัดปัจจัยเรื่องความอ้วนออกไปแล้ว การศึกษาในไต้หวันพบว่าผู้ที่ทำงานในบริษัทจะมีระดับน้ำตาลและอินซูลินสูงในเลือดกว่าผู้ที่ใช้แรงงานเป็นประจำ กลไกการออกกำลังกายที่ช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานน่าจะเป็นผลโดยตรงจากการออกกำลังกายทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้นและผลทางอ้อมของการออกกำลังกายต่อการควบคุมโรคเบาหวานทำให้ร่างกายมีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและมีการกระจายของไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้น

2.3.3.5 ปัจจัยด้านอาหาร อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตตั้งแต่แรกเกิดและผู้ใหญ่จนกระทั่งชราภาพและเสียชีวิต ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าพฤติกรรมบริโภคมีผลกระทบต่อสุขภาพในการเกิดโรคภัยไข้เจ็บตลอดจนความรุนแรงของโรคและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โภชนบำบัดทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคที่รุนแรง สร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นขณะเดียวกันก็ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยลดการใช้จ่าย ความถี่ และระยะเวลาการรักษาตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและลดอันตรายจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่

เกิดขึ้น ผลที่ตามมาคือช่วยผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้นลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดการใช้ยา ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ลดอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นที่สงสัยมานานว่า การบริโภคอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งมากเกินไปเป็นเวลานาน ๆ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ คงเป็นการยากที่จะหาคำตอบที่ชัดเจนในเรื่องนี้ได้ อย่างไรก็ตามหลักฐานทางระบาดวิทยาที่มีอยู่ในปัจจุบันและหลักฐานทางห้องปฏิบัติการ พบว่าการบริโภคไขมันอิ่มตัวในปริมาณมากและบริโภคปริมาณเส้นใยอาหารไม่เพียงพออาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานสูงกว่าคนปกติทั่วไป นอกจากนี้แล้วในผู้ที่อ้วนมักมีการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานที่สูงกว่าคนปกติทั่วไปซึ่งความอ้วนนี้ก็ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การหันไปนิยมบริโภคอาหารแบบตะวันตกซึ่งมีปริมาณไขมันที่สูงและปริมาณเส้นใยอาหารต่ำก็อาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2.3.3.6 ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่

1) ความเครียด ภาวะเครียดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น กลูคากอน (Glucagon) คอร์ติซอล (Cortisol) และแคทีโคลามีนส์ (Catecholamines) ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น สำหรับภาวะเครียดทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ๆ ยังไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าจะเป็ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2) ยา มียาหลายชนิดที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด โดยเป็นผลต่อดับอ่อน ซึ่งทำให้หลังอินซูลินได้น้อยลง หรืออาจเป็นผลต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลินก็ได้ ยาที่สำคัญและมีโอกาสพบได้บ่อย คือ ยาลดความดันโลหิตบางชนิด โดยเฉพาะยับยั้งปั๊สสาวะและยาด้านเบต้าคอร์ติโคสเตียรอยด์และยากุมกำเนิดบางชนิด อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลที่ผิดปกติมักมีขึ้นได้หลังจากการหยุดยาเหล่านี้

2.4 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ

2.4.1 แนวคิดการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ก่อนที่ได้กล่าวถึงการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.4.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการ

การจัดการเป็นกระบวนการนำทรัพยากรการจัดการมาใช้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามขั้นตอนการจัดการ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดการองค์การ (Organizing) การชี้นำ (Leading) การควบคุม (Controlling) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสามารถจัดกลุ่มประเด็นของกรอบแนวคิด 5 มิติ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input Factor) หรือทรัพยากรทางการจัดการ (Management Resources) กระบวนการจัดการ (Management Process) ผลผลิตของการจัดการ (Management output) ผลลัพธ์ของการจัดการ (Management Outcome) และข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) รายละเอียดดังต่อไปนี้ (สัญญา เคนาภูมิ, 2560, น. 246 - 255)

1) ทรัพยากรการจัดการ (Management Resources)

โดยทั่วไปทรัพยากรการจัดการ อันได้แก่ 4 M's ประกอบด้วย คน (Man) เงิน (Money) วัสดุ (Material) และวิธีการ/จัดการ (Method/Management) ถูกนำเข้าไปในระบบเพื่อการประมวลผลหรือการบริการที่เติบโตและพัฒนาก้าวหน้าไปพร้อมกับกระบวนการการผลิตและการบริการที่เติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทำให้ทรัพยากรเพียง 4 ประการเริ่มไม่เพียงพอสำหรับเป้าหมาย และยังก้าวเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) ระบบการสื่อสารไร้พรมแดนที่ติดต่อเชื่อมโยงกันเป็นระบบเครือข่ายครอบคลุมทั่วโลกทำให้การติดต่อสื่อสารรวดเร็วใครไม่รู้หรือไม่มีข้อมูลย่อมเสียเปรียบในเชิงธุรกิจ ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นไปอย่างไม่สิ้นสุด แนวคิดเกี่ยวกับทรัพยากรทางการจัดการ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2553, น. 22 – 26, สัญญา เคนาภูมิ, 2557, น. 35) ดังนี้

1.1) แนวคิดทรัพยากรการจัดการ 3M ได้แก่ Man (การจัดการทรัพยากรมนุษย์) Money (การจัดการงบประมาณ) Management (การจัดการงานทั่วไปหรือการจัดการทั่วไป ตัวอย่างเช่น การวางแผน การบังคับบัญชา และการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น)

1.2) แนวคิดทรัพยากรการจัดการ 4M ได้แก่ Man Money Management และ Material (การจัดการวัสดุอุปกรณ์) หรือ Man Machine Medium และ Mission

1.3) แนวคิดทรัพยากรการจัดการ 5M ได้แก่ Man Money Management Material และ Morality (การจัดการคุณธรรมหรือจริยธรรมของบุคลากรในหน่วยงาน) หรือ Machinery Manpower Material Method และ Measurement

1.4) แนวคิดทรัพยากรการจัดการ 6M ได้แก่ Man Money Management Material Morality และ Market (ตลาดผู้รับบริการหรือประชาชนผู้รับบริการ)

1.5) แนวคิดทรัพยากรการจัดการ 7M ได้แก่ Man Money Management Material Morality Market และ Message (การจัดการข่าวสารหรือข้อมูลข่าวสาร)

1.6) แนวคิดทรัพยากรการจัดการ 8M ได้แก่ Man Money Management Material Morality Market Message และ Method (วิธีการ ระเบียบ แบบแผน หรือเทคนิค)

1.7) แนวคิดทรัพยากรการจัดการ 9M ได้แก่ Man Money Management Material Morality Market Message Method และ Minute (การจัดการเวลา หรือรอบเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน)

1.8) แนวคิดทรัพยากรการจัดการ 10M ได้แก่ Man Money Management Material Morality Market Message Method Minute และ Mediation (การประสานงาน หรือการประนีประนอม)

1.9) แนวคิดทรัพยากรการจัดการ 11M ได้แก่ Man Money Management Material Morality Market Message Method Minute Mediation และ Measurement (การวัดผลหรือการประเมินผลการปฏิบัติงาน)

ดังนั้นทรัพยากรเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่มีต่อการจัดการในทุกกิจการ เนื่องจากทรัพยากรเป็นตัวกลางหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้กิจกรรมขององค์กรหรือหน่วยงานดำเนินไปได้ และทรัพยากรจะมีบทบาทต่อกิจกรรมหรือการดำเนินการกิจขององค์กรหรือหน่วยงาน ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

2) กระบวนการจัดการ (Management Process)

การจัดการเป็นงานของหัวหน้าหรือผู้นำที่จะต้องกระทำเพื่อให้กลุ่มต่าง ๆ ที่มีคนหมู่มากมาอยู่ร่วมกันและร่วมกันทำงานเพื่อวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้จนสำเร็จผลโดยได้ประสิทธิภาพ โดยอาศัยบุคคลอื่น (ธงชัย สันติวงษ์, 2546, น.18) เป็นกลุ่มของกิจกรรมประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดการองค์กร (Organizing) การสั่งการหรือการชี้นำ (Directing/Leading) และการควบคุม (Controlling) (สุรัสวดี ราชกุลชัย, 2547) นอกจากนั้นการจัดการยังเป็นศิลปะในการทำให้กิจการต่าง ๆ ได้รับการปฏิบัติจนเป็นผลสำเร็จ (Simon, 1957, p.10) กระบวนการจัดการ หมายถึงหน้าที่ของการบริหารหรือขั้นตอนของการบริหาร (สัญญา เคนาภูมิ, 2557) หรือภารกิจหรือบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารเป็นสิ่งที่ต้องยึดถือเป็นจุดยืนสำหรับปฏิบัติกิจกรรมซึ่งเป็นลำดับขั้นในการจัดการงานหรือขอบข่ายของงานที่อยู่ในหน้าที่ความรับผิดชอบของนักบริหาร (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2535) อย่างไรก็ตามหน้าที่ของการจัดการโดยทั่วไปหรือหน้าที่หลักที่สำคัญที่นักวิชาการหลายท่าน

เห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (Dubrin, 1994, p.12) ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดองค์การ (Organization) 3) การนำ (Leading) 4) การควบคุม (Controlling) ซึ่งหากกลุ่มคำอื่นนอกจากนี้ก็มีนัยที่สอดคล้องหรือสังเคราะห์เข้ากับหลักการดังกล่าวแล้วนั้นผู้เขียนจึงขอเสนอรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1) การวางแผน (Planning) นักวิชาการต่างประเทศกล่าวว่าการวางแผนคือการตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะต้องทำอะไร ทำเมื่อไร ใครจะเป็นผู้ทำ ถือว่าเป็นกระบวนการปฏิบัติงานอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วยลักษณะงาน ต่อไปนี้

2.1.1) การเลือกภารกิจขององค์การ วัตถุประสงค์ทั้งหมด ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2.1.2) การคัดเลือกวัตถุประสงค์ตามส่วนงานต่าง ๆ รวมทั้งวัตถุประสงค์ส่วนบุคคลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์การ

2.1.3) การเลือกกลยุทธ์และยุทธวิธีเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ (Hartley, 1968) สำหรับนักวิชาการไทย การวางแผนเป็นหน้าที่ทางการจัดการในการกำหนดจุดมุ่งหมายและการตัดสินใจเลือกวิธีการที่ดีที่สุดให้บรรลุจุดมุ่งหมาย อันเป็นกิจกรรมในอนาคตประกอบด้วยหลายขั้นตอนใช้เป็นแนวทางการดำเนินการ มีความเชื่อมโยงระหว่างวิธีการกับเป้าหมาย กำหนดวิธีการที่ยืดหยุ่นได้อย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากทางเลือกหลาย ๆ ทางอย่างมีระบบ (วิโรจน์ สารรัตนะ, 2547, น.59) สรุปได้ว่า การวางแผน หมายถึงการกำหนดเป้าหมาย กำหนดกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการรวบรวมและประสานงานกิจกรรมต่าง ๆ

การวางแผนเป็นกระบวนการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงานสำหรับกระบวนการวางแผนมีขั้นตอน (สนานิจิตร สุคนธ์ทรัพย์, 2544) ดังต่อไปนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การประเมินสถานการณ์ 3) การกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย 4) การพิจารณาและกำหนดสมมติฐาน 5) การกำหนดทางเลือก 6) การประเมินทางเลือก 7) วิเคราะห์ทางเลือกแต่ละทางเลือก 8) การเลือกทางเลือก 9) พัฒนากลยุทธ์ของทางเลือก 10) การลงมือปฏิบัติและสร้างแผนสนับสนุน 11) การจัดทำแผนแบบตัวเลขโดยใช้งบประมาณ 12) การนำไปปฏิบัติและ 13) ขึ้นประเมินผล

2.2) การจัดองค์การ (Organizing) การจัดองค์การเป็นหน้าที่ทางการจัดการที่สืบเนื่องจากการวางแผนเมื่อองค์การจัดทำเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ขององค์การและแผนกลยุทธ์แล้วผู้บริหารต้องออกแบบโครงสร้างองค์การเพื่อให้การจัดการบรรลุเป้าหมาย การจัดองค์การเป็นหน้าที่งานที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ประสานกันทำเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ และกำหนดรูปแบบให้เป็นรูปธรรม เช่น กฎ ระเบียบ แบบแผน วิธีการทำงาน (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545, น. 319, ชงชัย สันติวงษ์, 2546, น.216) และกำหนดความสัมพันธ์พื้นฐานระหว่างความรับผิดชอบ

อำนาจหน้าที่และความพร้อมที่จะให้ตรวจสอบอย่างชัดเจน (วรนาถ แสงมณี, 2544, น.32, กิติมา ปรีดีดิลก, 2545, น.26) ดังนั้นการจัดการองค์การจึงเป็นกระบวนการในการจัดโครงสร้างขององค์การ ซึ่งครอบคลุมเรื่องการแบ่งงานการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้ผู้ปฏิบัติงาน การกำหนดกลุ่มงาน การกำหนดความสัมพันธ์ในสายการบังคับบัญชาและการประสานงานของหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรให้กับหน่วยงานต่าง ๆ การจัดองค์การจึงครอบคลุมการจัดงาน จัดคน และวัตถุประสงค์ของทั้งหมดขององค์การ (Stoner and Wankle, 1986) โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Robbins, 2001, pp.194-205) 1) การแบ่งงานหรือการมอบหมายงาน 2) การกำหนดช่วงการจัดการ 3) การกำหนดกลุ่มงาน 4) การประสานงานและ 5) เอกภาพในการบังคับบัญชา

2.3) การนำ (Leading) การนำซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับความพยายามให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่นให้คิดตาม ปฏิบัติตามและปฏิบัติงานในห้วงบรรลุดูจุดหมายขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประกอบด้วย การจูงใจ ภาวะผู้นำ การติดต่อสื่อสารทางการจัดการ และการจัดการกลุ่ม (วิโรจน์ สารรัตน์, 2547, น.151) และผู้นำเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับของกลุ่มและมีอิทธิพลเหนือพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม โดยอาศัยอำนาจหน้าที่หรือการกระทำของตนในการชักจูงหรือชี้นำสมาชิกให้ปฏิบัติตาม การเป็นผู้นำจึงจำเป็นต้องบทบาทดังต่อไปนี้ (การดี อนันต์นวิ ,2551, น.77) 1) การนิเทศงาน 2) การจูงใจ 3) การนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง 4) การติดต่อสื่อสารและ 5) การขจัดความขัดแย้ง

ดังนั้น สรุปแล้ว การนำ (Leading) เป็นการที่ผู้บริหารใช้ภาวะผู้นำ (Leadership) ในการชักจูงและส่งเสริมให้บุคคลผู้นับปฏิบัติตามที่ตนต้องการ เพื่อให้การปฏิบัติงาน บรรลุดูจุดหมายขององค์การได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.4) การควบคุม (Controlling) การควบคุมเป็นการกระทำเพื่อให้มั่นใจว่าแผนงานที่วางไว้มีการดำเนินการอย่างถูกต้องใช้ได้ผลทางการปฏิบัติและอาจจำเป็นต้องปรับปรุง ทบทวนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ หรือวิธีการและกลไกที่ใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าพฤติกรรม และผลการปฏิบัติงานดำเนินตามวัตถุประสงค์ แผนและมาตรฐานขององค์การ (Hellriegel and Slocum, 1989, p.623) กระบวนการควบคุมมี 4 ขั้นตอน กล่าวคือ 1) การกำหนดมาตรฐาน 2) การวัดผลการทำงาน 3) การเปรียบเทียบการทำงานกับมาตรฐานและ 4) การปฏิบัติการแก้ไข (กิติมา ปรีดีดิลก, 2545, น.36) การควบคุมยังเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งขององค์การ การเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของสมาชิกในองค์การ และยังเป็นวิธีการตรวจตราแผนงาน และกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ว่ามีการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามมาตรฐานที่ระบุไว้หรือไม่ อย่างไร (วิโรจน์ สารรัตน์, 2547, น.254)

นอกจากนี้การควบคุมยังเป็นกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของกิจกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน กล่าวคือ (Robbins and Coulter, 2006, p.229)

2.4.1) การวัดผลการปฏิบัติงาน ผู้บริหารทราบผลการปฏิบัติงานได้จากการสังเกตการณ์ด้วยตนเอง จากรายงานในรูปแบบสถิติ หรือการรายงานด้วยวาจา จากการประชุมปรึกษาหารือทั้งที่เป็นกลุ่มหรือรายงานเป็นรายบุคคลหรือจากรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร

2.4.2) การเปรียบเทียบ เป็นขั้นตอนที่จะทำให้ทราบถึงความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติจริงเมื่อเทียบกับมาตรฐาน ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะพิจารณาว่าความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญหรือไม่ หากมีความแตกต่างมาก ผู้บริหารต้องหาสาเหตุและทำการแก้ไขต่อไป

2.4.3) การจัดการแก้ไข ถือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการควบคุม คือ การดำเนินการโดยผู้บริหารซึ่งมีทางเลือกในการดำเนินการ 3 ทาง คือ ไม่ต้องดำเนินการอะไรเลย ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน และทบทวนมาตรฐาน

ผู้มีบทบาทสำคัญของการขับเคลื่อนกระบวนการก็คือ ตัวผู้บริหาร (Executive) ผู้บริหารจะต้องมีศิลปะทางการจัดการหรือมีทักษะทางการจัดการ (Management Skills) ความสำเร็จของการจัดการขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติงานมากกว่าคุณลักษณะทางบุคลิกภาพ ผู้บริหารที่มีทักษะการปฏิบัติงานได้ดีย่อมจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการจัดการ ทักษะการจัดการ หมายถึง ความสามารถในการจัดการงานของผู้บริหารตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากองค์กรอย่างรวดเร็ว และถูกต้องโดยใช้ทรัพยากรบุคคลและอื่น ๆ ที่มีอยู่โดยผ่านกระบวนการทางการจัดการอย่างมีระบบ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป โดยทักษะที่สำคัญของความเป็นนักบริหาร มีดังต่อไปนี้ (ชัยเสถฐ์ พรหมศรี, 2551, น.10)

1. ทักษะด้านความคิดรวบยอด (Conceptual Skills) หมายถึง ความสามารถในการมองเห็นภาพรวมของกระบวนการทำงาน และความสัมพันธ์ของงานในองค์กร ตลอดจนสามารถคาดคะเนผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในองค์กร

2. ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ (Human Skills) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจธรรมชาติของคน เข้าใจพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานและเหตุผลในการกระทำของบุคคลเหล่านั้น สามารถที่จะใช้ถ้อยคำที่เหมาะสมแก่ผู้ร่วมงานเพื่อชักจูงให้เขาเหล่านั้นปฏิบัติหรืองดเว้นการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ตามที่ผู้นำต้องการ ถือว่าเป็นบทบาทระหว่างบุคคล (Interpersonal Roles) ได้แก่ การเป็นตัวแทนสถานการณ (Figurehead) การเป็นผู้ประสานงาน (Liaison)

3. การเป็นผู้นำ (Leader) หมายถึงผู้ที่มีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบ โดยตรงที่จะต้องวางแผนสั่งการดูแลและควบคุมให้บุคลากรขององค์การปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4. ทักษะด้านเทคนิค (Technical Skills) หมายถึงความสามารถด้านการทำงาน มีความรู้ความเข้าใจในงาน จัดเป็นความสามารถด้านปฏิบัติงานเฉพาะอย่าง ที่ผู้นำในหน่วยงานจะต้องรู้ แม้จะไม่ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ทักษะหรือความสามารถในด้านนี้หาได้ด้วยการศึกษาอบรม การฝึกงาน หรือการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรงของตนเอง

5. ผลผลิตจากการจัดการ (Management Output) ผลผลิตจากการจัดการ คือ เป้าหมาย (Goals) หรือวัตถุประสงค์ (Objectives) ขององค์การที่นำออกมาจากกระบวนการแปรรูป ในขั้นตอนที่สอง เป้าหมายขององค์การสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทด้วยกัน คือ องค์การที่มีเป้าหมายที่มุ่งแสวงหากำไร (Profit) และองค์การที่มีเป้าหมายไม่มุ่งแสวงหากำไร (Non-profit) หรืออาจแบ่งเป็นองค์การที่วัตถุประสงค์เพื่อการผลิตสินค้า (Products) กับองค์การที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการ (Services) ก็ได้ ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างผลงาน (Performance) กับประสิทธิผล (Effectiveness) ทั้ง 2 คำนี้ มักจะใช้สลับกันได้ นักวิชาการก็ใช้ทั้งสองคำนี้แทนกัน โดยเห็นว่าการปฏิบัติงานที่ดีก็คือความมีประสิทธิภาพขององค์การ โดยถือว่าผลงานเป็นเรื่องของกิจกรรมและกระบวนการ ส่วนประสิทธิภาพเป็นเรื่องของการวัดและประเมินผลกิจกรรมและกระบวนการเหล่านั้น กล่าวคือ “องค์การที่มีประสิทธิภาพ วัดได้จากกิจกรรมและกระบวนการซึ่งเป็นผลงาน” (Gary, 2004, p. 95) ส่วนประเภทการวัดและประเมินผลงานสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Radnor and Barness, 2007, p.385) 1) ประสิทธิภาพทางการจัดการ (Managerial Effectiveness) การบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่พึงปรารถนาหรือเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ โดยพิจารณาจากการนำผลของงาน โครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย และ 2) ประสิทธิภาพทางการจัดการ (Managerial Efficiency) ความเหมาะสมของปัจจัยนำออกของกระบวนการหรือเป็นผลสำเร็จที่พิจารณาในแง่ของเศรษฐศาสตร์ซึ่งมีตัวบ่งชี้ได้แก่ ความประหยัด หรือคุ่มค่า (ประหยัดต้นทุน ประหยัดทรัพยากร ประหยัดเวลา) ความทันเวลา และมีคุณภาพทั้งกระบวนการ อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของการจัดการขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ (Factors Relating Organizational Effectiveness) ดังนี้ (Rodsutti and Swelerczek, 2002, p.251) ภาวะผู้นำ (Leadership) เช่น ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการแก้ปัญหาสถานการณ์ยุ่งยาก ความเป็นมืออาชีพ วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture) เช่น การมุ่งเน้นผลงาน การจ้างงานระยะยาว ความเป็นกลุ่มก้อน และแนวทางการจัดการ (Management Style) เช่น การให้

โอกาส การรู้จักบริหารคน การมีส่วนร่วมกับท้องถิ่น และแรงจูงใจผู้บริหาร เช่น ความภาคภูมิใจในความสำเร็จ ความสัมพันธ์ทางสังคม ความต้องการด้านวัตถุ เป็นต้น

5.1) ประสิทธิภาพการจัดการ (Effectiveness) หมายถึงความสามารถขององค์การที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย 4 ประการ คือความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในองค์การ (Integration) การปรับตัวขององค์การให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม (Adaptability) การปรับตัวขององค์การให้สอดคล้องกับสังคม (Social Relevance) และผลผลิตขององค์การ (Productivity) (อรุณ รักธรรม, 2546, น.12) เป็นความสามารถในการผลิตขององค์การ ความยืดหยุ่นขององค์การในรูปของความสำเร็จในการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก (Georgopoulos and Tenenbaum, 1975) หรือประสิทธิภาพขององค์การ สมรรถนะ (Capacity) ขององค์การในการที่จะอยู่รอด (Survival) ปรับตัว (Adapt) รักษาสภาพ (Maintain) และเติบโต (Growth) ไม่ว่าองค์การนั้นจะมีหน้าที่ใดที่ต้องการให้ลุล่วง (Schein, 1970, p.177) ดังนั้นประสิทธิภาพของการจัดการจึงเป็นเรื่องของความสามารถทางการจัดการในการบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรและรักษาไว้อย่างคุ้มค่า สมาชิกเกิดความพึงพอใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบต่อปัญหาหรือข้อยุ่งยากที่เกิดขึ้นและองค์การส่วนร่วมสามารถปรับตัวและพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

5.2) ประสิทธิภาพการจัดการ (Managerial Efficiency) หากพิจารณาจากแนวคิดและทฤษฎีและนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของประสิทธิภาพ ดังนี้

5.2.1) มิตีเชิงเศรษฐศาสตร์ หมายถึงการผลิตสินค้าหรือบริการให้ได้มากที่สุด โดยพิจารณาถึงการใช้ต้นทุนหรือปัจจัยการนำเข้าให้น้อยที่สุดและประหยัดเวลามากที่สุด เช่น Millet (1954, p.4) ให้นิยามว่าเป็นผลการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและได้รับผลกำไรจากการปฏิบัติงาน Stewart (2000, p.11) ระบุว่าความสามารถในการบรรลุจุดมุ่งหมายโดยใช้ทรัพยากรต่ำสุด ส่วน Simon (1972, pp.180-181) การพิจารณาประสิทธิภาพสูงสุดสามารถสังเกตได้จากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า (Input) กับผลิตผล (Output) ประสิทธิภาพเป็นขนาดและความสามารถของความสำเร็จหรือบรรลุผลตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์โดยใช้ทรัพยากรสิ้นเปลืองให้น้อยที่สุดบ่งบอกผลงานในช่วงระยะเวลาหนึ่งซึ่งเป็นเครื่องวัดความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากร (วิทยากร เชียงกุล, 2540, น.173) นอกจากนั้น Rodsutti and Swierczek (2002, p.188) กล่าวว่าประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการงานต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่ ต้นทุน (Cost) คุณภาพ (Quality) ปริมาณ (Quantity) เวลา (Time) วิธีการ (Method) ในการผลิตสรุปได้ว่าประสิทธิภาพตามแนวคิดนี้จึงเท่ากับผลผลิตลบด้วยปัจจัยนำเข้าและถ้าเป็นการจัดการราชการ และองค์การของรัฐก็บวกกับความพึงพอใจของผู้บริหาร (Satisfaction) ด้วย

5.2.2) มิติเชิงสังคมศาสตร์ ปัจจัยนำเข้าซึ่งพิจารณาถึงความพยายาม ความพร้อม ความสามารถ ความคล่องแคล่วในการปฏิบัติงาน โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับผลที่ได้ คือความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ นักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามเอาไว้ เช่น เป็นความสัมพันธ์ในแง่บวกกับสิ่งที่ทุ่มเทให้กับงาน (Ryan and Smith, 1954, p.276) จะเป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าหรือความล้มเหลวขององค์กร (ชิงชัย สันติวงษ์, 2543) ดังนั้นประสิทธิภาพสามารถพิจารณาถึงทรัพยากร เช่น คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ที่เป็นปัจจัยนำเข้าและผลผลิตขององค์กร คือการบรรลุเป้าหมายแล้วองค์กรในฐานะที่เป็นองค์กรระบบเปิดยังมีปัจจัยประกอบอีกหลายประการซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) สภาพแวดล้อมในการทำงานขององค์กรที่มีความแน่นอน (Certainty) มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติในการทำงานขององค์กรอย่างละเอียดถี่ถ้วนแน่ชัดจะนำไปสู่ความ มีประสิทธิภาพขององค์กรมากกว่าองค์กรที่มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีความไม่แน่นอน (Uncertainty) 2) การกำหนดระเบียบปฏิบัติชัดเจน เพื่อเพิ่มผลการทำงานที่มองเห็นได้มีผลทำให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นด้วย 3) ผลการทำงานที่มองเห็นได้สัมพันธ์ในทางบวกกับประสิทธิภาพ 4) หากพิจารณาควบคู่กันจะปรากฏว่าการกำหนดระเบียบปฏิบัติอย่างชัดเจน และผลการทำงานที่มองเห็นได้มีความสัมพันธ์มากขึ้นต่อประสิทธิภาพมากกว่าตัวแปรแต่ละตัวตามลำพังและยังเชื่อว่าความสามารถเห็นผลการทำงานขององค์กรได้มีความสัมพันธ์กับความมีประสิทธิภาพขององค์กรเพราะองค์กรสามารถทดสอบ เลือกระเบียบปฏิบัติ และทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ต่อการบรรลุเป้าหมายได้ ดังนั้น โครงสร้างของงานระเบียบปฏิบัติผลการปฏิบัติงานจึงมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

6) ผลลัพธ์ของการจัดการ (Management Outcome) หมายถึง ผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายของการจัดการหรือเป็นเป้าหมายสูงสุดที่แท้จริงของการจัดการ เช่น เป้าหมายสูงสุดของการจัดการภาครัฐคือผลประโยชน์สุขของพลเมือง (Supreme Happiness of Citizens) ส่วนเป้าหมายของการบริหารธุรกิจคือกำไรสูงสุด (Maximum Profit) ในเรื่องของผลลัพธ์ของการจัดการอาจนำแนวคิด Balance Score Card (BSC) มาเป็นคำสำคัญของการพิจารณาก็ได้ เนื่องจาก BSC คือระบบการบริหารงานและประเมินผลทั่วทั้งองค์กร สามารถวัดและประเมินได้จากการมองผ่านมุมมองของระบบการวัดและประเมินผลใน 4 ด้านหลัก (สัจญา เคนาภูมิ, 2560, น.254) ได้แก่

- 6.1) มุมมองด้านการเงิน (Financial Perspective: F)
- 6.2) มุมมองด้านลูกค้า (Customer Perspective: C)
- 6.3) มุมมองด้านการดำเนินการภายใน (Internal Perspective: I)
- 6.4) มุมมองด้านการเรียนรู้และพัฒนาการ (Learning and Growth: L)

ดังนั้น BSC จึงเป็นเสมือนเครื่องมือหรือกลไกในการวางแผนและการจัดการกลยุทธ์ที่มีการกำหนด

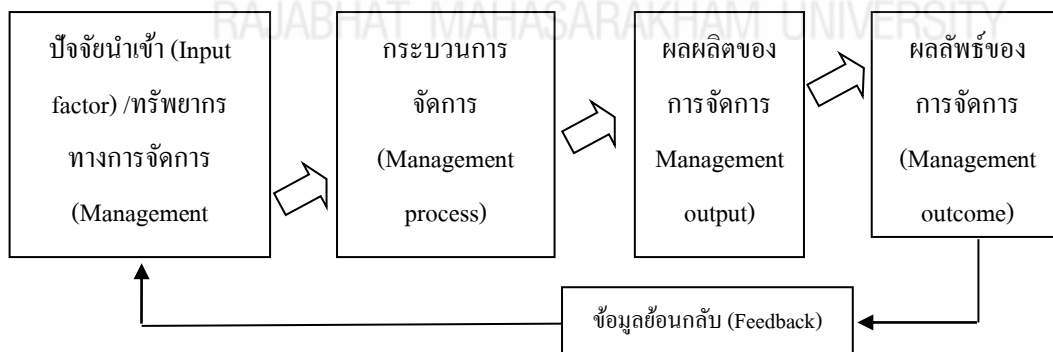
มุมมองทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้เกิดความสมดุลในการพัฒนาองค์กร จนบรรลุแผนกลยุทธ์ที่ได้วางไว้ในที่สุด

7) ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) หมายถึงผลสะท้อนกลับจากกระบวนการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการจัดการ ซึ่งผู้บริหารสามารถนำมาเป็นเครื่องมือรูปแบบหนึ่งในการพิจารณาถึงผลลัพธ์โดยภาพรวมที่เกิดขึ้น โดยรูปแบบการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) มีอยู่ 2 รูปแบบ (สัญญา เคนาภูมิ, 2560, น.254) ได้แก่

7.1) ข้อมูลเชิงบวก (Positive Feedback) เป็นจุดดี/จุดเด่นที่เกิดขึ้น

7.2) ข้อมูลเชิงลบ (Negative Feedback) เป็นข้อมูลที่ยังมีปัญหาหรืออุปสรรคต่อการดำเนินงาน ซึ่งอาจทำให้เกิดผลเสียต่อการจัดการได้ โดยสามารถพิจารณาประเด็นโดยหลักการวิเคราะห์ห้องจักร SWOT มาพิจารณาได้แก่ S: Strengths (จุดแข็งหรือ ข้อได้เปรียบ) W: Weaknesses (จุดอ่อนหรือข้อเสียเปรียบ) O: Opportunities (โอกาสที่จะดำเนินการได้) และ T: Threats (อุปสรรคข้อจำกัด หรือปัจจัยที่คุกคามการดำเนินงานขององค์กร)

ดังนั้นโดยสรุปมิติของการจัดการนั้นสามารถมองได้ 5 มิติ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input Factor) หรือ ทรัพยากรทางการจัดการ (Management Resource) กระบวนการจัดการ (Management Process) ผลผลิตของการจัดการ (Management Output) ผลลัพธ์ของการจัดการ (Management Outcome) และข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ดังภาพที่ 2.4 (สัญญา เคนาภูมิ, 2560, น. 255)



ภาพที่ 2.4 ความสัมพันธ์ของกรอบแนวคิดการจัดการปรับปรุงจาก การสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย และการสร้างกลยุทธ์จากฐานการวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์. โดยสัญญา เคนาภูมิ. 2556. มหาสารคาม: วิทยาลัยกฎหมายและการปกครอง มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

2.4.1.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เป็นหน่วยงานราชการในส่วนราชการภูมิภาค ระดับอำเภอ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นตรงต่อนายอำเภอ และมีโรงพยาบาล อำเภอเป็นหน่วยงานประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และมีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้บังคับบัญชาในสำนักงาน ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามกฎกระทรวง การแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 (2560, มิถุนายน 14) มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ
2. ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ
3. กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
4. ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง
5. พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษาและการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ
6. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

โครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (อ.ก.พ.) กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 18 เดือนพฤษภาคม 2560 ได้กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยบริหารและบริการสาธารณสุข โดยมีการแบ่งงานในสำนักงานออกเป็น 3 งาน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ดังนี้

1. กลุ่มงานบริหาร ประกอบด้วย งานบริหารทั่วไป งานตรวจสอบและควบคุมภายในงานส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรม งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขงานประสานองค์กรภายนอก งานนิติการ งานนโยบายเร่งด่วน งานประกันสุขภาพ งานประกอบโรคศิลปะ และงานกำกับดูแลหน่วยบริการในสังกัด
2. กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการ ประกอบด้วยงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข งานข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ งานนิเทศและติดตามประเมินผล

งานวิจัยนวัตกรรมสุขภาพและสนับสนุนบริการ งานนโยบายเร่งด่วน งานประสานองค์กรภายนอก การจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน/ฝึกอบรม งานเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานควบคุมมาตรฐานหน่วยบริการ งานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ งานอุบัติเหตุและภัยพิบัติ งานสนับสนุน/พัฒนาคุณภาพบริการ งานสนับสนุนหน่วยแพทย์ พอ.สว. งานพัฒนาบุคลากร/พัฒนาหน่วยบริการ งานบริการสาธารณสุขเฉพาะด้าน และการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น

3. กลุ่มงานส่งเสริมและป้องกันโรค ประกอบด้วย งานส่งเสริมสุขภาพ (อนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว โภชนาการ อนามัยโรงเรียน) งานควบคุมโรคติดต่อ งานสุขภาพจิตและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานอาชีพอนามัย งานสุขภาพจิตและยาเสพติด งานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก งานควบคุมและเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ งานระบาดวิทยา และงานกฎหมายสาธารณสุข

การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในมุมมองของการบริหารจัดการตามอำนาจหน้าที่ สรุปได้ว่าการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือ 1) การกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ 2) ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และ 4) การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ

2.4.2 แนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

2.4.2.1 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) (ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น. 46 – 49) มีรายละเอียดดังนี้

1) ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม ได้ถูกนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ต่อมาก็ได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่ให้คนไข้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนไข้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ขยายออกไปอีกในแง่ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้วิจัยและให้ความหมายไว้ดังนี้

Cassel and Gore (1977, pp.50-51) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนว โดยแนวคิดแรกหมายถึงความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่องนับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจและความช่วยเหลือ ซึ่งได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม ส่วนแนวคิดที่สอง หมายถึงความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุน ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น

Cobb (1979, p. 300) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ยกย่องและมองเห็นคุณค่ารู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979, p. 85) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึงการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้คือความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยื่นรับหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

Schaefer (1981, p. 386) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

ดังนั้นจากความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคม ทั้งทางด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ การยอมรับนับถือได้รับความรัก การเอาใจใส่ ดูแลจากบุคคลในครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดหรือเจ็บป่วยได้

2) แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติทางสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือกลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ภาพตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวได้ว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ ครู พระ ผู้นำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

3) หลักการของการสนับสนุนทางสังคมหลักการให้แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

- 3.1) จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
- 3.2) ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 3.2.1) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 3.2.2) ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 3.2.3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
- 3.3) ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ
- 3.4) จะต้องช่วยให้ผู้รับบรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ
- 4) ประเภทของการให้การสนับสนุนทางสังคมการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกได้หลายรูปแบบ ได้แก่
 - 4.1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน
 - 4.2) การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การพ้องเห็น การให้คำรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา
 - 4.3) การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสาร
 - 4.4) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น
- 5) ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ คือ
 - 5.1) ระดับมหภาคหรือระดับกว้าง (Macro Level) คือการวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน
 - 5.2) ระดับกลางหรือระดับกลุ่ม (Mezzo Level) คือการวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ญาติ

5.3) ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Micro Level) คือการวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพื่อเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามิ ภรรยา หรือคนรัก

6) ความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ สามารถแบ่งได้ 3 ด้าน คือ

6.1) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ ผู้ที่มีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มหรือการเข้าร่วมกลุ่มมีการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีอัตราป่วยสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า 2-5 เท่า

6.2) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

6.2.1) ทางด้านพฤติกรรมป้องกันการโรค ผู้ที่มีการติดต่อกับเพื่อนบ้านและมีเพื่อนบ้านมากมักมีการปฏิบัติในการป้องกันการโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับผู้น้อย

6.2.2) ทางด้านพฤติกรรมการรักษาพยาบาล อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม

6.2.3) ผลต่อความเครียด การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เป็นตัวช่วยลดความเครียด มีผลต่อร่างกาย และจิตใจ ช่วยให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น

7) ขั้นตอนการแก้ปัญหาสาธารณสุขด้วยการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมมีขั้นตอนดังนี้

7.1) ขั้นตอนแรก ให้ความรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิดทัศนคติที่ดี

7.2) ขั้นตอนที่สอง กระตุ้นให้เกิดอำนาจการตัดสินใจ โดยหาบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจหรือบุคคลที่กำลังใช้วิธีการ หรือมีพฤติกรรมที่ต้องการและประสบผลสำเร็จมาเป็นแบบฉบับเพื่อให้บุคคลได้เห็นและปฏิบัติตาม

7.3) ขั้นตอนที่สาม นำวิธีสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ โดยให้กลุ่มเพื่อนบ้านหรือผู้ที่ได้ผลดีจากการปฏิบัติมาให้ความรู้เพื่อให้เกิดแรงสนับสนุนและแน่ใจว่าสิ่งที่ตนจะทำนั้นไม่ขัดต่อบรรทัดฐานทางสังคมของชุมชน

สรุปจากแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งจะเห็นว่าการให้การสนับสนุนในทางด้านสื่อสารและประชาสัมพันธ์ โดยให้ข้อมูลข่าวสารด้านความรู้

เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัวและชุมชนซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2.4.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น. 49, สุริยา ภู่อี๋หาว, 2556, น. 79)

1) ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน แบ่งเป็น 2 ความหมาย คือ

1.1) ความหมายอย่างกว้าง เป็นการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจในกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินการ และการใช้ประโยชน์จากโครงการ

1.2) ความหมายเฉพาะเจาะจง เป็นการมีส่วนร่วมที่ให้ประชาชนมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโครงการ ตั้งแต่การคิดริเริ่มด้วยตนเอง การควบคุมทรัพยากร และสร้างระเบียบในสถาบันเพื่อแก้ไขปัญหา ตลอดจนมุ่งเน้นให้ร่วมปฏิบัติอย่างจริงจัง เอาจริงเอาจัง

2) ลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชน มี 4 ลักษณะ คือ

2.1) การร่วมมือเป็นการมีส่วนร่วมในลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลด้วยการระดมกำลังและระดมทุน

2.2) การกระจายความรับผิดชอบให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกัน

2.3) องค์กร เป็นการมีส่วนร่วมต่อจากการกระจายความรับผิดชอบร่วมกันให้มีส่วนร่วมกันในลักษณะจัดตั้งเป็นองค์กร โดยมีการจัดสรรบทบาทหน้าที่ตาม โครงสร้างองค์กร

2.4) การได้มาซึ่งอำนาจและการกระจายอำนาจ เป็นการร่วมกันเพื่อให้ได้อำนาจในการควบคุมและต่อรองทรัพยากรที่จำเป็น พร้อมทั้งมีการกระจายอำนาจให้กับผู้มีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ

3) ปัญหาและอุปสรรค ในการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

3.1) ปัญหาในระหว่างดำเนินการ เช่น การวางแผนอยู่ที่ส่วนกลาง

3.2) ปัญหาในลักษณะเกี่ยวกับวัฒนธรรม ซึ่งเป็นความเข้าใจ และความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง และประชาชนมีพื้นฐานและทัศนคติที่ต่างกัน

ชัยณรงค์ สุระชัยปัญญา (2545, น.10-11) ได้กล่าวถึงกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมว่าเป็นการเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือกลุ่มบุคคลองค์กรในการร่วมคิดร่วมทำร่วมใช้ประโยชน์เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาคืออย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งการออกแบบในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อหาวิธีที่เหมาะสมและการวางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลตลอดจนความคาดหวังของสาธารณชนที่มีต่อกระบวนการหรือการพัฒนานั้น กระบวนการมีส่วนร่วมอาจมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ประเมินความต้องการในการมีส่วนร่วม โดยทำการรวบรวม และประเมินข้อมูลสาธารณะเบื้องต้นเพื่อแยกผลกระทบต่อบุคคลหรือกลุ่มเบื้องต้น หาข้อมูลสภาพสังคมของชุมชนที่ถูกกระทบ ประเมินความต้องการของชุมชนในการเข้าร่วมในแผนงาน โครงการต่าง ๆ จัดตั้งผู้ประสานงานระดับชุมชนเพื่อชี้แจงและสร้างความเข้าใจ การแสวงหาวิธีการมีส่วนร่วมที่ชุมชนเห็นด้วย เป็นต้น

2. จัดสร้างกระบวนการที่มีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ

- 2.1 สร้างความเข้าใจร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ ของการพัฒนาและการมีส่วนร่วม โดยมีการแยกแยะความสนใจความต้องการของบุคคลหรือกลุ่มและความต้องการในการมีส่วนร่วม

- 2.2 กำหนดเป้าหมายและสร้างแนวทางแก้ไขต่าง ๆ ที่อาจเป็นไปได้ร่วมกัน ประเมินแนวทางการพัฒนา ยืนยันแนวทางที่ถูกเลือกโดยวิธีการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม ตัวอย่าง เช่น การสัมภาษณ์และการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างหรือไม่มีโครงสร้าง แล้วแต่กรณี เพื่อหาข้อมูลความคิดเห็นของสาธารณะหรือนำข้อมูลที่มีอยู่แล้วในชุมชนมาประกอบใช้ในการวางแผนการอบรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกันของผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ที่ตกลงจะทำงานร่วมกันในการอบรมนี้ เนื้อหาจะประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ของการมีส่วนร่วม เช่น การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Action Influence Control: A-I-C) (ทรงศักดิ์ จีระสมบัติ, 2559, น.15) หรือวิธีการอื่น ๆ การฝึกอบรมอาจจะทำก่อนหรือหลังจากที่ตกลงการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมก็ได้ เพราะการฝึกอบรมจะมีส่วนช่วยในการปรับปรุงกระบวนการหรือกำหนดกระบวนการใหม่ ๆ การอบรมร่วมกันจะช่วยทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ดีขึ้นด้วย ซึ่งอาจจะเป็นส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาคือ

การสัมมนาเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง โดยเฉพาะผลการสัมมนาจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติต่อไป ตัวอย่างเช่น การจัดสัมมนาหลาย ๆ ครั้ง ต่อเนื่องกันจะช่วยให้มีการกำหนดประเด็น และข้อมูลที่ต้องการ หาสาเหตุ ปัจจัยเพื่อ

นำไปสู่การแก้ไขปัญหา และการพัฒนาที่เหมาะสม อีกทั้งกำหนดประเด็นการติดตามประเมินผลในบางครั้งที่จำเป็นและอาจต้องให้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการสนับสนุนการจัดกิจกรรมสัมมนาอย่างต่อเนื่อง

การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม (Future Search Conference: FSC) การจัดประชุมผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ มาร่วมกันทำงานโดยนำเอาประสบการณ์และบทเรียนของแต่ละกลุ่ม แต่ละคนมาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน และสร้างสำนึกพร้อมกับพันธสัญญา โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่ออนาคตที่ดีร่วมกันภายใต้หลักการดังกล่าว ทุกคนจึงทำงานด้วยความหวัง โดยมีเป้าหมาย ที่สมาชิกทุกคนยอมรับและลดการใช้ปัญหา หรือการแก้ไขปัญหาเป็นตัวตั้งในการทำงานเพราะทำให้เกิดความขัดแย้งและความท้อแท้สิ้นหวังตามมา

ประชาพิจารณ์ การทำประชาพิจารณ์เพื่อให้สาธารณชนและผู้สนใจได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง โดยเฉพาะหรือทั้งโครงการนำไปปฏิบัติและติดตามผล เป็นการติดตามการตัดสินใจในแผนงาน โครงการที่นำไปปฏิบัติ การดำเนินการร่วมกัน เครือข่ายความร่วมมือ การพัฒนาระบบในการทบทวนและปรับปรุงวิธีการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม การประสานแผนและทรัพยากรของแต่ละองค์กรที่จะนำกิจกรรมไปปฏิบัติ ด้งกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Committee) ทำหน้าที่ติดตามผล ประชุมร่วมกับชุมชนที่มีผู้นำกลุ่มต่าง ๆ เข้ามา มีส่วนร่วม ผู้เชี่ยวชาญหรือที่ปรึกษาจะถูกเชิญมาให้ข้อมูลหรือให้ความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะมีการสรุปบทเรียนร่วมกันและปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลภายใต้การมีส่วนร่วม ซึ่งกิจกรรมการพัฒนาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในชุมชนท้องถิ่น อำนวยการตัดสินใจควรรอยู่ที่ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นนั้น ๆ

ดังนั้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลให้กระบวนการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานประสบความสำเร็จ มีประสิทธิผลและมีความยั่งยืนเนื่องจากการที่ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในกระบวนการ การทั้งหมด ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วมรับผลประโยชน์ นอกจากนี้ทุกคนที่เกี่ยวข้องยังจะต้องร่วมประเมินผลว่าวิธีการที่เลือกนั้นส่งผลอย่างไรเพราะ ตัวเขาเองจะต้องเป็นผู้นำแนวทางหรือวิธีการเหล่านั้น ไปปฏิบัติ แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อการปฏิบัติงาน การวิจัย และการพัฒนาคนต่อไป

2.4.2.3 แนวคิดและหลักการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดชีวิต ระบบบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานต้องประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม และการฟื้นฟูสภาพจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งบทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยเบาหวานมีดังนี้ (ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น. 36)

1) บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการบริการผู้ป่วยเบาหวาน

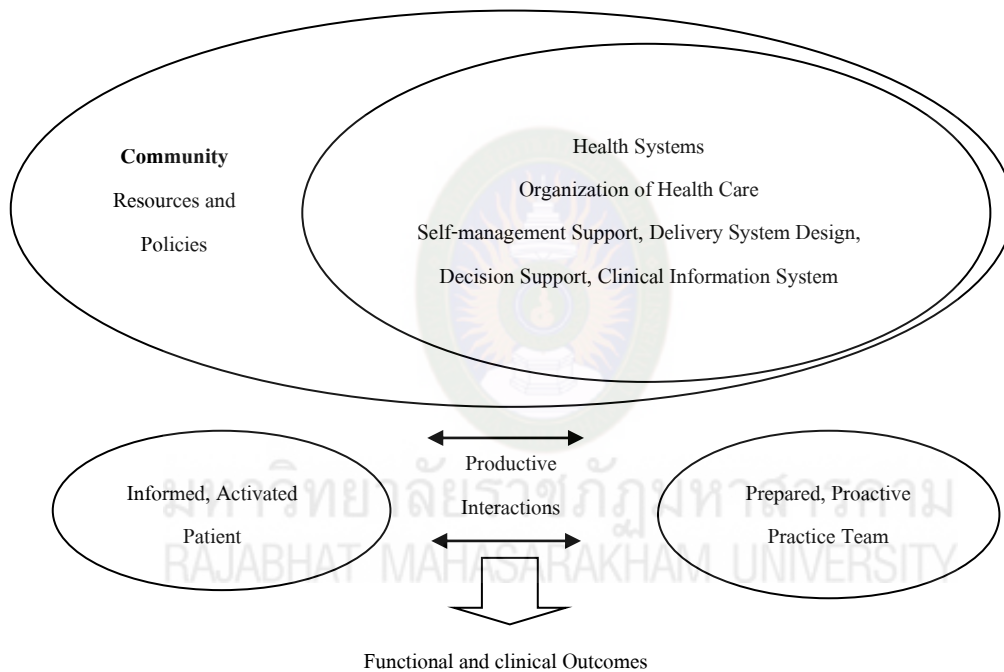
โรงพยาบาลชุมชนมีหน้าที่จัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพทั้งในและนอกสถานที่ให้บริการครอบคลุมทั้งอำเภอ และทำหน้าที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่หรือตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลมีหน้าที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพของอำเภอเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การควบคุมและป้องกันโรคต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และทีมสุขภาพ การกำหนดแนวทางในการป้องกันและรักษาโรคที่มีอยู่ 3 ระดับ คือ ระดับแรก (Primary Prevention) คือการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานโดยเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ระดับสอง (Secondary Prevention) คือ พยายามชะลอการดำเนินของโรคเบาหวานรวมทั้งการวินิจฉัยโรคเบาหวานในผู้ที่ยังไม่มีอาการ เพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ระดับสาม (Tertiary Prevention) คือการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพอันเนื่องมาจากโรคเบาหวานภารกิจของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานต้องครอบคลุม ในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพ

2) มาตรฐานการจัดคลินิกเบาหวาน

การจัดบริการดูแลสุขภาพตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามทฤษฎีการอนามัยโลกได้นำเสนอแนวคิดที่อ้างอิงจาก Chronic Care Model (CCM) มาใช้ในการบริหารการจัดการโรค (Disease Management) ซึ่งหมายถึงการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยรวม การคัดกรองความเสี่ยง การตรวจวินิจฉัย การรักษา และประเมินผลเพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างผลการรักษาคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม เน้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ (ชูชัย ศรีขำนิ, 2550, น.12)เบาหวานเป็นโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง สามารถใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของแวกเนอร์ (Wagner's Chronic Care Model: CCM) and Innovative Care for Chronic Condition Framework (WHO., 2002, pp.43-45) เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือขึ้นพื้นฐานในการดูแลอย่างรอบด้านทั้งการรักษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย และ

จิตใจ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ทั้งนี้บนพื้นฐานของความทัดเทียมในการเข้าถึงบริการ ซึ่งจัดโดยเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบสหวิชาชีพ มุ่งเน้นให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งกายและใจสามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอเพียงอย่างมีเหตุผลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมเพื่อบรรลุเป้าหมายนี้สถานบริการระดับต่าง ๆ จำเป็นต้องมีบทบาทหน้าที่ชัดเจนสามารถจัดเครือข่ายได้เหมาะสมตามทรัพยากรของระดับสถานบริการเพื่อพัฒนาไปสู่กระบวนการการดูแลสุขภาพร่วมกัน รายละเอียดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังภาพที่ 2.5

องค์ประกอบของ Chronic Care Model



The Chronic Care Model (Wagner E. H. 1998: p.3)

Innovative Care for Chronic Condition Framework (WHO. 2002 : p.45)

ภาพที่ 2.5 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. ปรับปรุงจาก *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia*, Form WHO and IDF,2006,Geneva : WHO Document Production Services.

3) แนวคิดการมีส่วนร่วมในการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้วิเคราะห์ระบบการบริการสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าเป็นบริการที่เน้นการรักษาโรคมกกว่าการส่งเสริม ป้องกันโรค

เป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ กิจกรรมในลักษณะนี้ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ ได้อย่างจริงจัง องค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนาแนวทางแก้ไขจนกลายเป็นแนวคิดของการสาธารณสุข (Primary Health Care: PHC) ในคำประกาศ “อัลมาอตา” (Alma Ata Declaration) ในปี ค.ศ. 1978 หมายถึง การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งบุคคล ครอบครัวสามารถได้จากชุมชน การมีส่วนร่วมคือหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่บุคคลครอบครัว ชุมชน มีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง (WHO., 1978, pp. 1-6) ดังนี้

3.1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง คือการกระทำที่เป็นปัจเจกบุคคลบนผลประโยชน์ทางด้านสุขภาพของตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองเป็นรากเหง้าทางวัฒนธรรมสุขภาพของสังคมไทยในชีวิตประจำวัน เมื่อยามเจ็บป่วยจะใช้สมุนไพร การรักษาแบบพื้นบ้าน ซึ่งถือเป็นภูมิปัญญาในการพึ่งตนเอง ธรรมชาติของโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังทำให้ข้อจำกัดของประสิทธิภาพของเทคโนโลยีและรูปแบบการรักษาสสมัยใหม่ที่มุ่งรักษาทางด้านชีวการแพทย์ ละเลยมิติทางจิตใจ และสังคมของการเจ็บป่วย ทำให้การควบคุมโรคไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้อยู่กับโรคเพื่อให้มีชีวิตปกติสุข (Health and Welfare Canada, 1986, p. 176)

3.2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนหลายด้าน โดยเฉพาะด้านอารมณ์ จิตใจและสังคม ปัญหาเหล่านี้จึงต้องได้รับการดูแลมากกว่าการรักษา สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้เช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวาน เข้าใจในตัวผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานวิถีชีวิตของผู้ป่วยมีความเป็นมิติทางสังคม วัฒนธรรม ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินอาการแทรกซ้อน ความกังวลและหวังใยในสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและการให้ความช่วยเหลือ และการให้การสนับสนุนทางสังคม เช่น ด้านค่าใช้จ่าย สิ่งของ ข่าวสารต่าง ๆ และการให้กำลังใจ ซึ่งครอบครัวมีความเห็นว่าเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่ง

3.3) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ ประชาชนที่มีจิตใจเสียสละ อาสาเข้ามาดูแลและรับผิดชอบสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านโดยผ่านขบวนการคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนนั้น เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง การจัดการบริการผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านหรือในชุมชน อสม.จึงมีบทบาทในการคัดกรองประชาชนเพื่อค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่สงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคเบาหวานเพื่อส่งต่อไปคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์สุขภาพชุมชน การ

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้บ้าน เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ดังนั้นจึงควรส่งเสริม อสม. ให้มีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพพื้นฐานแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

4) บทบาทของสถานพยาบาลในการจัดการเพื่อดูแลและป้องกัน โรคเบาหวาน (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552, น. 21) มีดังนี้

4.1) การสร้างทีมร่วมดูแลสุขภาพประชาชน เนื่องจากการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานนั้นจะต้องประกอบไปด้วยความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวานอย่างถ่องแท้ การรู้จักเลือกรับประทาน มีทัศนคติที่ดีต่อโรคที่ตนเป็นอยู่ เป็นต้น จึงต้องอาศัยทีมงานหลายฝ่ายร่วมกันในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จุดเริ่มต้นของการพัฒนาทีมงานอาจเป็นทีมเล็ก ๆ เริ่มที่คนทำงานที่มีน้ำใจ 3-4 คน เช่น แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (Patient Care Team: PCT) พยาบาล เกสซ์กร ทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทีมนำต่าง ๆ สถานบริการปฐมภูมิเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยมีผู้จัดการ โครงการ (Project Manager) เป็นผู้ประสานและวางแผนกำหนดทิศทางการทำงานทีมดูแลสุขภาพประชาชน ดังนี้

- 4.1.1) จัดระบบบริการที่สามารถดูแลประชาชนในทุกมิติ
- 4.1.2) มีระบบเชื่อมโยงโรงพยาบาลกับเครือข่ายและติดตามดูแลถึงบ้าน
- 4.1.3) ทีมงานทำงานกลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกันกับชุมชน
- 4.1.4) วางตัวเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่สามารถติดตามผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่อง
- 4.1.5) ทุกทีมมีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เชื่อมลงสู่สถานบริการปฐมภูมิ

4.2) สร้างระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานภายในโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดระบบบริการเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลและผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการค้นหาปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคอย่างเข้มงวด มีตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทุกด้าน ในการสะท้อนถึงระบบบริการที่ดี เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริการในคลินิกทุก 3 เดือนและมีการพัฒนางานบริการในคลินิกอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับผู้ป่วยเบาหวานจากการคัดกรองในพื้นที่ และสถานบริการปฐมภูมิต้องเตรียมรับรองผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมโรคได้ดีกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่สถานบริการใกล้บ้าน โดยการสร้างและพัฒนารูปแบบใหม่ที่มีลักษณะผสมผสาน เน้นการทำงานเป็นทีม มีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิและชุมชนที่มีประสิทธิภาพตามระดับการรักษา โดย มีการพัฒนาระบบงานที่ทำให้สามารถเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่เพิ่มภาระงานแก่ที่ใดมากเกินไปแต่มีความพอดี

ส่งผลดีทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เกิดประสิทธิผลของงานที่แสดงออกให้เห็นตามตัวชี้วัดของโครงการย่อย ส่งผลให้สามารถควบคุมสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในด้านต่าง ๆ เช่น ควบคุมอัตราการเกิดโรค ควบคุมคุณภาพบริการในกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการทบทวนระบบงาน และนำมาซึ่งการพัฒนาทำให้เห็นผลเป็นรูปธรรมที่วัดผลได้

จากข้อมูลเชิงคุณภาพของคลินิกบริการเบาหวานแบบบูรณาการ พบว่าการออกแบบและจัดระบบบริการที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของทุกระดับบริการ ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี สามารถค้นพบภาวะแทรกซ้อนในระยะเริ่มต้น ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม มีผลทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งอัตราการป่วย และอัตราการตาย

4.3) สร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชนหน่วยต่าง ๆ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ อย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

4.3.1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชน

4.3.2) ชี้แนะและสนับสนุนชุมชนในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการ

สร้างสุขภาพ

4.3.3) ให้ความร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่าง

ๆ ในชุมชน

4.3.4) ร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคล

4.3.5) ส่งเสริมชุมชนให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชน ที่เอื้อต่อการมี

สุขภาพดี

4.3.6) ส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม

4.3.7) มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวคิด และข้อมูลระหว่างบุคลากรสาธารณสุข

และชุมชน

4.4) แนวคิดในการคัดกรองโรคเบาหวาน

ปัจจุบันกลุ่มอายุในการคัดกรองโรคเบาหวานคืออายุ 35 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นกลุ่มประชากรเสี่ยงแต่ยังไม่ป่วย เพราะการเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังจะใช้ระยะเวลาในการเกิดโรคหลายปี ประกอบกับวิถีชีวิตเปลี่ยนไปโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น ดังนั้นต้องค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแต่ยังไม่มีอาการ โดยการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อทำนายโอกาสต่อการเกิดโรคเรื้อรัง การเกิดโรคเรื้อรัง นอกจากพันธุกรรมแล้ว ยังเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งมีอยู่หลายปัจจัยด้วยกัน และโรคเรื้อรังไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดด ๆ อาจเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัย เช่น โรคเบาหวานอาจเกิดจากบุคคลนั้นมีพฤติกรรมการกินอาหารหวาน มีภาวะน้ำหนัก

เกินหรืออ้วน ขาดกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอต่อการลดความเสี่ยง ถ้าสูบบุหรี่ด้วยยังมีโอกาสเสี่ยงสูง และถ้าภาวะความดันเลือดสูงด้วย โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจะมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในการคัดกรองโรคเรื้อรังจึงต้องมองภาพรวมของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลายโรค การป้องกันโรคเรื้อรังต้องดำเนินงานแบบบูรณาการไปพร้อม ๆ กัน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต้องเข้ามามีส่วนร่วม ดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนนำข้อมูลไปตัดสินใจจัดการตนเองและลดความเสี่ยงก่อนการเกิดโรค หรือเมื่อเป็นโรคแล้วควรปฏิบัติตนอย่างไรไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและชุมชน

ในระบบโดยรวมของประชาชน ประชาชนในชุมชนต้องร่วมคิด ร่วมทำและหาแนวทางดำเนินงานป้องกันร่วมกัน เช่น จัดสภาพแวดล้อมชุมชนให้เอื้อต่อการลดความเสี่ยงมีสนามกีฬาของชุมชน มีกฎ ข้อบังคับของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยเสี่ยง เพราะถ้ามีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาก ๆ แสดงว่าชุมชนนั้นป่วยด้วยเช่นกัน

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่มีผลต่อการเกิด โรคเรื้อรัง ได้แก่

4.4.1) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

4.4.2) ภาวะความดันโลหิตสูง

4.4.3) สูบบุหรี่

4.4.4) ดื่มแอลกอฮอล์ที่เสี่ยงต่อร่างกาย

4.4.5) ภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน

4.4.6) บริโภคกินไม่ได้สัดส่วน (หวาน ไขมัน เค็ม ไม่เพียงพอต่อการลดความเสี่ยง บริโภคผักและผลไม้ น้อย)

4.4.7) ภาวะเครียดที่ไม่สามารถรับมือได้

4.4.8) ขาดกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายไม่เพียงพอต่อการลดความเสี่ยง

4.5 การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมซึ่งมีประเด็นในการประเมิน ประกอบด้วย

4.5.1) สภาวะทางด้านคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมันในเลือดและภาวะแทรกซ้อน

4.5.2) สภาวะด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ได้แก่ การประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้าเบื้องต้น

4.5.3) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การกินอาหาร การออกกำลังกาย

4.5.4) ปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วม ได้แก่ ความดันเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง อ้วน การสูบบุหรี่

4.5.5) การใช้ยา

4.5.6) ความร่วมมือในการรักษา

4.5.7) อาการของน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ในช่วงก่อนมารับการตรวจ

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินครบทุกด้านทุกครั้งที่มารับการตรวจรักษา สำหรับข้อมูลบางอย่างที่ไม่ได้ทำการตรวจผู้ป่วยในทุกครั้งที่ผู้ป่วยมา เช่น การตรวจภาวะไขมันในเลือด การตรวจตา คลื่นหัวใจ ที่ต้องอาศัยการตรวจพิเศษ จึงอาจประเมินได้ปีละ 1-2 ครั้ง และสามารถใช้อินโฟลว์ข้อมูลครั้งล่าสุดในการประเมินการมาตรวจครั้งปัจจุบัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและในการสรุปข้อมูลผู้ป่วยประจำปีควรมีข้อมูลการประเมินเหล่านี้ของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

4.6) การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

4.6.1) ประเภททีมสหสาขาวิชาชีพ

ทีมหลัก (Core Team) เป็นทีมหลักที่ต้องให้บริการผู้ป่วยทุกขั้นตอน โดยประกอบด้วย แพทย์ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนหรือศูนย์สุขภาพชุมชน พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เกษีษกร เจ้าหน้าที่ธุรการ ซึ่งต้องทำงานสอดคล้องกันเพื่อให้บริการทั้งในและนอกหน่วยบริการ โดยแต่ละวิชาชีพสามารถทำงานทดแทนกันได้บางอย่าง เช่น แพทย์ควรสามารถให้คำปรึกษา หรือให้คำปรึกษารายกลุ่มได้ พยาบาลควรตรวจรักษาผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนแทนแพทย์ได้

ทีมใหญ่ (Greater Team) ได้แก่ ทีมหลักร่วมกับสหสาขาวิชาอื่น ที่ไม่ได้ประจำอยู่ในหน่วยบริการ เช่น โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น โดยมีการประสานงานเพื่อให้มาร่วมให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้บริการอย่างบูรณาการ สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ทีมเฉพาะกิจ (Ad hoc Team) ได้แก่ ทีมวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม นักจิตวิทยา โดยจะเข้าร่วมให้บริการเฉพาะ เช่น โครงการพิเศษ หรือการตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานประจำปี

4.6.2) บทบาทสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

แพทย์มีบทบาทในการตรวจรักษา ให้คำปรึกษาเชิงลึกทั้งในเรื่องโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาหรือผู้นำทีมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นหนึ่งในการดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน และยังต้องเป็นที่ปรึกษาด้านองค์ความรู้ของการรักษาโรคเบาหวานด้วย

พยาบาลวิชาชีพ ถือเป็นบุคลากรหลักในการจัดบริการคลินิกเบาหวาน มีบทบาทในการจัดระบบบริการ การให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน และยังต้องประสานการดูแลผู้ป่วยกับ สหวิชาชีพสาขาอื่น ๆ ด้วย

นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข เป็นบุคลากรหลักในการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมประสานกับชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

เภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมมีบทบาทหลักในการบริการเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน ในหน่วยบริการที่ยังไม่มีเภสัชกรประจำอาจต้องได้รับนิเทศติดตาม จากเภสัชกรในโรงพยาบาล เพื่อให้บริการเภสัชกรรมได้ตามมาตรฐาน

โภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร จะมีบทบาทช่วยได้อย่างดีในเรื่องการให้ความรู้ ปรับพฤติกรรมกลุ่มในด้านการกินอาหาร และคำปรึกษาเฉพาะรายที่มีปัญหา การควบคุมอาหาร รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน

นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหลักในการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาเพื่อออกแบบการเคลื่อนไหวสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน หรืออ้วนและมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ช่วยในการดูแลเท้า แผลที่เท้า การฝึกเดินในกรณีผู้ป่วยที่ตัดเท้า ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

นักสุขศึกษา มีบทบาทเป็นทีมในการให้ความรู้และจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ติดตาม เยี่ยมในชุมชน ร่วมกระตุ้นการจัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพ

ทันตแพทย์หรือทันตภิบาล มีบทบาทในการคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปาก นักจิตวิทยา มีบทบาทช่วยในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเชิงลึก

นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ สังคม

แพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้านต่าง ๆ เช่น จักษุแพทย์ อายุรแพทย์ (ดูแลด้าน ไต หัวใจ ต่อมไร้ท่อ) และศัลยแพทย์ (ดูแลบาดแผล การผ่าตัดต่าง ๆ)

5) การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพคลินิกควบคุมโรคไม่ติดต่อในปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นไป ซึ่ง NCD Clinic Plus ซึ่งหมายถึงคลินิกศูนย์เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงการบริหารจัดการและการดำเนินการทางคลินิกเพื่อให้เกิดกระบวนการป้องกันควบคุมและดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อแก่

กลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเพื่อการลดปัจจัยเสี่ยงโอกาสเสี่ยงการดูแลรักษาควบคุมความรุนแรงของโรคการเพิ่มความสามารถการจัดการตนเองและส่งเสริมการดูแลรักษาที่จำเป็นในระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการโดยเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560 นี้เพื่อช่วยให้สถานบริการสาธารณสุขโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชนใช้เป็นคู่มือในการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560 ซึ่งแบบประเมินนี้มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การประเมินกระบวนการ การพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus 6 องค์ประกอบ 50 คะแนนและ 2) ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus 15 ตัวชี้วัด 50 คะแนนซึ่งในการผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus นั้นต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, (2559, น. 7, 19-36) ดังนี้

5.1) ส่วนที่ 1 มี 6 องค์ประกอบดังนี้

5.1.1) องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย

5.1.1.1) คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD board)

ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายในและ/หรือนอกกระทรวงสาธารณสุขภายในอำเภอ

5.1.1.2) วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกันและจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ

5.1.1.3) สื่อสารทิศทางนโยบายเป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ

5.1.1.4) ติดตามความก้าวหน้าและทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus

5.1.1.5) บุคลากรสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพียงพอและเอื้อต่อการเข้าถึงการบริการ

5.1.1.6) เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับให้บริการที่เพียงพอมีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งาน

5.1.2) องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ

5.1.2.1) ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ครบถ้วนเป็นปัจจุบันและจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์หรือเอกสาร

5.1.2.2) ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อ
การบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับศูนย์ข้อมูล (Data Center) ระดับอำเภอและศูนย์
ข้อมูลระดับจังหวัด

5.1.2.3) นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน
ควบคุมโรคไม่ติดต่อและออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคลรายกลุ่มและกลุ่ม
ประชากร)

5.1.2.4) การรายงานข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนและตรงเวลาให้ผู้บริหาร
ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย

5.1.3) องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ

5.1.3.1) การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงการ
ประเมินระยะของโรคความเสี่ยง โอกาสเสี่ยงและปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการและนำมาวิเคราะห์
ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน)

5.1.3.2) การวินิจฉัย ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่
สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา

5.1.3.3) การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง

5.1.3.4) ผู้ประสานงาน โรคไม่ติดต่อ (NCDs System Manager/
Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

5.1.3.5) เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน
และนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน

5.1.3.6) ระบบการส่งต่อระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health
Care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงบริการได้ง่าย

5.1.4) องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

5.1.4.1) การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการ
ตัดสินใจและการจัดการตนเองรวมถึงการวางแผนดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

5.1.4.2) กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพ
และการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

5.1.4.3) การสนับสนุนการจัดการตนเองการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย
อารมณ์และสัมพันธภาพทางสังคม

5.1.5) องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกัน และจัดการโรค)

5.1.5.1) แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อที่จัดทำขึ้น ตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ

5.1.5.2) ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิก รวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข

5.1.5.3) การประชุมกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (Chronic Case Conference) / การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค

5.1.6) องค์ประกอบที่ 6 การจัดการเชื่อมโยงชุมชน

5.1.6.1) การจัดการบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ ชุมชน

5.1.6.2) สนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับ สภาพแวดล้อมของชุมชน

5.1.6.3) สนับสนุนการจัดกิจกรรมและ/หรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อ สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5.1.6.4) ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือดการ วัดความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยงหลัก/ ปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยตนเองในกลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยง

5.1.6.5) สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการ ดูแลตนเองของกลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน

5.2) ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus มี 19 ข้อ ดังนี้

5.2.1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่ รับผิดชอบ

5.2.2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C น้อยกว่า 7%)

5.2.3) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl

5.2.4) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจตา (Retinal Exam)

5.2.5) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้า (Complete foot Exam)

5.2.6) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (มม.ปรอท)

5.2.7) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.)/2)

5.2.8) อัตราการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ในผู้ป่วยเบาหวาน

5.2.9) อัตราประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

5.2.10) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง

5.2.11) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

5.2.12) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง

5.2.13) ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท)

5.2.14) อัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต

5.2.15) อัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ตัวชี้วัดที่กำหนดให้มีไว้แต่ไม่นำมาคิดคะแนน(4 ตัวชี้วัด)

5.2.16) อัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

5.2.17) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 30% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.2.18) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 30% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.2.19) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (Fasting Plasma Glucose น้อยกว่า 130 mg/dl)

2.4.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

2.4.3.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ (Learning Theory) เป็นกระบวนการได้รับความรู้ความเข้าใจและทักษะโดยผ่านการมีประสบการณ์หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้น ๆ การเรียนรู้อาจเกิดจากการมีสิ่งเร้าและการตอบสนอง อาจเกิดกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งจะรวมถึงการให้เห็นผล

การสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบนามธรรมและการแก้ปัญหาซึ่งการเรียนรู้เกิดจากองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ผู้เรียน สิ่งที่จะเรียน กระบวนการเรียนรู้และ สิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ, 2534,น.4, ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น.23-24)

ทฤษฎีการเรียนรู้ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่20 เป็นต้นมา (ทิสนา แคมมณี, 2554, น.50-76) มีดังนี้

1. ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) นักคิดในกลุ่มนี้มองธรรมชาติของมนุษย์ในลักษณะที่เป็นกลางคือไม่ดี-ไม่เลวการกระทำต่างของมนุษย์เกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอกพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Stimulus Response) การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองกลุ่มพฤติกรรมนิยมให้ความสนใจกับพฤติกรรมมากเพราะพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดสามารถวัดและทดสอบได้ทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่มนี้ประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ ๆ 3 แนวด้วยกันคือ

1.1 ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์น ไคค์(Thorndike's Classical Connectionism) ธอร์น ไคค์ (ค.ศ.1814-1949) เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ซึ่งมีหลายรูปแบบบุคคลจะมีการลองผิดลองถูก (Trial and Error) ปรับเปลี่ยนไปเรื่อย ๆจนกว่าจะพบรูปแบบการตอบสนองที่สามารถให้ผลที่พึงพอใจมากที่สุดกฎการเรียนรู้ของธอร์น ไคค์คือกฎแห่งความพร้อม (Law of Readiness) กฎแห่งการฝึกฝน (Law of Exercise) กฎแห่งการใช้และไม่ใช้ (Law of use and Disuse) กฎแห่งผลที่พึงพอใจ (Law of Effect)เมื่อเกิดการเรียนรู้แล้วบุคคลจะใช้รูปแบบการตอบสนองที่เหมาะสมเพียงรูปแบบเดียวและจะพยายามใช้รูปแบบนั้นเชื่อมโยงกับสิ่งเร้าในการเรียนรู้ต่อไปเรื่อย ๆการจัดการเรียนการสอนตามทฤษฎีนี้จึงเน้นที่การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนแบบลองผิดลองถูกบ้าง มีการสำรวจความพร้อมของผู้เรียนซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องกระทำก่อนการสอนบทเรียนเมื่อผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แล้วครูควรฝึกให้ผู้เรียนฝึกการนำการเรียนรู้นั้นไปใช้บ่อย ๆ การศึกษาว่าสิ่งใดเป็นสิ่งเร้าหรือรางวัลที่ผู้เรียนพึงพอใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

1.2 ทฤษฎีการวางเงื่อนไข (Conditioning Theory) ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 4 ทฤษฎีดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบอัตโนมัติของพาฟลอฟ (Pavlov's Classical Conditioning) เน้นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไขสรุปแนวคิดตามทฤษฎีนี้ได้ว่าการเรียนรู้ของสิ่งมีชีวิตเกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไข

1.2.2 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบอัตโนมัติของวัตสัน (Watson's Classical Conditioning) เน้นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไขเช่นกัน สรุปแนวคิดตามทฤษฎีนี้ได้ว่าการเรียนรู้จะคงทนถาวรหากมีการให้สิ่งเร้าที่สัมพันธ์กันนั้นควบคู่กันไปอย่างสม่ำเสมอ

1.2.3 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบต่อเนื่องของกัททรี (Guthrie's Contiguous Conditioning) เน้นหลักการจูงใจ สรุปแนวคิดตามทฤษฎีนี้ได้ว่าการเรียนรู้เมื่อเกิดขึ้นแล้วแม้เพียงครั้งเดียวก็นับว่าได้เรียนรู้แล้วไม่จำเป็นต้องทำซ้ำอีก

1.2.4 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนต์ของสกินเนอร์ (Skinner's Operant conditioning) เน้นการเสริมแรงหรือให้รางวัลสรุปแนวคิดตามทฤษฎีนี้ได้ว่าการกระทำใด ๆ ถ้าได้รับการเสริมแรงจะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกการเสริมแรงที่แปรเปลี่ยนทำให้การตอบสนองคงทนกว่าการเสริมแรงที่ตายตัวการจัดการเรียนการสอนตามทฤษฎีนี้จึงเน้นที่การเสนอสิ่งเร้าในการเรียนการสอนการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมีการเสริมแรงหรือให้รางวัลเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจที่จะเรียนรู้

1.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ของฮัลล์ (Hull's Systematic Behavior Theory) มีความเชื่อว่าถ้าร่างกายเมื่อขี้ดการเรียนรู้จะลดลงการตอบสนองต่อการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีที่สุดเมื่อได้รับแรงเสริมในเวลาใกล้เคียงบรรลุเป้าหมายหลักการจัดการเรียนการสอนตามทฤษฎีนี้จึงมักคำนึงถึงความพร้อมความสามารถและเวลาที่ผู้เรียนจะเรียนได้ดีที่สุดการจัดการเรียนการสอนควรให้ทางเลือกที่หลากหลายเพื่อตอบสนองระดับความสามารถของผู้เรียน

ทฤษฎีการเรียนรู้ของพุทนิยม (Cognitivism) กลุ่มพุทนิยมหรือกลุ่มความรู้ความเข้าใจหรือกลุ่มที่เน้นกระบวนการทางปัญญาหรือหรือความคิด นักคิดกลุ่มนี้เริ่มขยายขอบเขตของความคิดที่เน้นทางด้านพฤติกรรมออกไปสู่กระบวนการทางความคิด ทฤษฎีกลุ่มนี้ที่สำคัญมี 5 ทฤษฎีคือทฤษฎีเกสตัลท์ (Gestalt Theory) ทฤษฎีสนาม (Field Theory) ทฤษฎีเครื่องหมาย (Sign Theory) ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา (Intellectual Development theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ที่มีความหมาย (A theory of Meaningful Verbal Learning)

ทฤษฎีสนาม (Field Theory) เคิร์ตเลวิน (Kurt Lewin) เป็นผู้ริเริ่มทฤษฎีนี้ คำว่า Field มาจากแนวคิดเรื่อง Field of Force

1. ทฤษฎีการเรียนรู้

1.1 พฤติกรรมของคนมีพลังและทิศทาง สิ่งใดที่อยู่ในความสนใจและความต้องการของคนจะมีพลังเป็นบวกสิ่งที่อยู่นอกเหนือจากความสนใจจะมีพลังงานเป็นลบในขณะที่หนึ่งคนทุกคนจะมีโลกหรืออวกาศของตน

1.2 การเรียนรู้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีแรงจูงใจหรือแรงขับที่จะกระทำให้ไปสู่จุดหมายปลายทางที่ตนต้องการ

2. หลักการจัดการศึกษา/การสอน

2.1 การช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

2.2 การจัดการเรียนรู้ให้เข้าไปอยู่ใน “โลก” ของผู้เรียน

2.3 การสร้างแรงจูงใจ

ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา (Intellectual Development Theory) ซึ่ง Piaget ได้ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กกว่ามีขั้นตอนหรือกระบวนการอย่างไร เขาอธิบายว่าการเรียนรู้ของเด็กเป็นไปตามพัฒนาการทางสติปัญญา ซึ่งจะมีพัฒนาการไปตามวัยต่าง ๆ เป็นลำดับขั้น พัฒนาการเป็นสิ่งที่เป็นไปตามธรรมชาติไม่ควรที่เร้าเด็กให้ข้ามจากพัฒนาการขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่ง เพราะจะทำให้เกิดผลเสียแก่เด็กแต่การจัดประสบการณ์ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในช่วงที่เด็กกำลังจะพัฒนาไปสู่ขั้นที่สูงกว่า สามารถช่วยให้เด็กพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามเพียงแต่เน้นความสำคัญของการเข้าใจธรรมชาติและพัฒนาการของเด็กมากกว่าการกระตุ้นเด็กให้มีพัฒนาการเร็วขึ้น

ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) นักคิดกลุ่มมนุษยนิยมได้ให้ความสำคัญของความเป็นมนุษย์และมองมนุษย์ว่ามีคุณค่า มีความดีงาม มีความสามารถมีความต้องการและมีแรงจูงใจภายในที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง หากว่าบุคคลมีอิสรภาพและเสรีภาพก็จะทำให้มนุษย์มีความพยายาม และสามารถพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ได้

ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Maslow (1962) มนุษย์ทุกคนมีความต้องการพื้นฐานตามธรรมชาติเป็นลำดับขั้น ก็คือขั้นความต้องการทางร่างกาย (Physical Need) ขั้นความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety Need) ขั้นความต้องการความรัก (Love Need) ขั้นความต้องการยอมรับและการยกย่องจากสังคม (Esteem Need) และขั้นความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ (Self-actualization) หากความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนองอย่างพอเพียงสำหรับคนในแต่ละขั้นมนุษย์เราก็จะสามารถพัฒนาตนเองไปสู่ขั้นที่สูงขึ้น มนุษย์มีความต้องการที่จะรู้จักตนเอง และมีการพัฒนาตนเองตามประสบการณ์ที่เรียกว่า Peak Experience จะเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่อยู่ในภาวะตื่นตัวจากการรู้จักตนเองตรงตามสภาพความเป็นจริง มีลักษณะน่าตื่นเต้น เป็นความรู้สึกดีเป็นช่วงเวลาที่บุคคลเข้าใจเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นสภาพที่สมบูรณ์ มีการผสมผสานกลมกลืนและเป็นช่วงเวลาที่แห่งการรู้จักตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งบุคคลที่มีประสบการณ์แบบนี้บ่อย ๆ จะสามารถพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

Gagne เป็นนักจิตวิทยาและนักการศึกษาในกลุ่มผสมผสานระหว่างพฤติกรรมนิยมและพุทธินิยม (Behavior Cognitivism) เขาอาศัยทฤษฎีและหลักการที่หลากหลายเนื่องจากความรู้มีหลายประเภท บางประเภทสามารถเข้าใจได้อย่างรวดเร็วไม่ต้องใช้ความคิดที่ลึกซึ้ง บางประเภทมีความซับซ้อนมากจำเป็นต้องใช้ความสามารถในขั้นสูง กานเยได้จัดชั้นการเรียนรู้ซึ่งเริ่มจากง่ายไปหายาก โดยผสมผสานทฤษฎีการเรียนรู้ของกลุ่มพฤติกรรมนิยมและพุทธินิยมเข้าด้วยกันกานเยได้จัดประเภทการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นจากง่ายไปหายากไว้ 8 ประเภท ดังนี้

1. การเรียนรู้สัญญาณ (Signal-learning) เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เป็นไปโดยอัตโนมัติ อยู่นอกเหนืออำนาจจิตใจ ผู้เรียนไม่สามารถบังคับพฤติกรรมไม่ให้เกิดขึ้นได้ การเรียนรู้แบบนี้เกิดขึ้นจากการที่คนเรานำเอาลักษณะการตอบสนองที่มีอยู่แล้วมาสัมพันธ์กับสิ่งเร้าใหม่ที่ให้ความใกล้ชิดกับสิ่งเร้าเดิม การเรียนรู้แบบสัญญาณเป็นลักษณะการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขของPavlov

2. การเรียนรู้สิ่งเร้า-การตอบสนอง (Stimulus-response Learning) เป็นการเรียนรู้ต่อเนื่องจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง แตกต่างจากการเรียนรู้สัญญาณเพราะผู้เรียนสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมเนื่องจากได้รับการเสริมแรงเป็นการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบเชื่อมโยงของธอร์นไดค์และการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขของสกินเนอร์ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ผู้เรียนเป็นผู้กระทำเองมิใช่รอให้สิ่งเร้าภายนอกมากระทำพฤติกรรมที่แสดงออกเกิดจากสิ่งเร้าภายในของผู้เรียนเอง

3. การเรียนรู้เชื่อมโยงแบบต่อเนื่อง (Chaining) เป็นการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองที่ต่อเนื่องกันตามลำดับ เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ การเคลื่อนไหว

4. การเชื่อมโยงทางภาษา (Verbal Association) เป็นการเรียนรู้ในลักษณะคล้ายกับการเรียนรู้การเชื่อมโยงแบบต่อเนื่อง แต่เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ภาษา การเรียนรู้แบบการรับสิ่งเร้า-การตอบสนอง เป็นพื้นฐานการเรียนรู้แบบต่อเนื่องและการเชื่อมโยงภาษา

5. การเรียนรู้ความแตกต่าง (Discrimination Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนสามารถมองเห็นความแตกต่างของสิ่งต่าง ๆ โดยเฉพาะความแตกต่างตามลักษณะของวัตถุ

6. การเรียนรู้ความคิดรวบยอด (Concept Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนสามารถจัดกลุ่มสิ่งเร้าที่มีความเหมือนกันหรือแตกต่างกัน โดยสามารถระบุลักษณะที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันได้พร้อมทั้งสามารถขยายความรู้ไปยังสิ่งอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากที่เคยเห็นมาก่อน

7. การเรียนรู้กฎ (Rule Learning) เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการรวมหรือเชื่อมโยงความคิดรวบยอดตั้งแต่สองอย่างขึ้นไปและตั้งเป็นกฎเกณฑ์ขึ้น การที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้กฎเกณฑ์จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถนำการเรียนรู้นั้นไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ กันได้

8. การเรียนรู้การแก้ปัญหา (Problem Solving) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาโดยการนำกฎเกณฑ์ต่าง ๆ มาใช้ การเรียนรู้แบบนี้เป็นกระบวนการที่เกิดภายในตัวผู้เรียนเป็นการใช้กฎเกณฑ์ในขั้นสูงเพื่อการแก้ปัญหาที่ค่อนข้างซับซ้อนและสามารถนำกฎเกณฑ์ในการแก้ปัญหานี้ไปใช้กับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

Kaye ได้แบ่งสมรรถภาพการเรียนรู้ของมนุษย์ไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. สมรรถภาพในการเรียนรู้ข้อเท็จจริง (Verbal Information) เป็นความสามารถในการเรียนรู้ข้อเท็จจริงต่าง ๆ โดยอาศัยความจำและความสามารถระลึกได้

2. ทักษะเชาวน์ปัญญา (Intellectual Skills) หรือทักษะทางสติปัญญาเป็นความสามารถในการใช้สมองคิดหาเหตุผล โดยใช้ข้อมูลประสบการณ์ ความรู้ ความคิดในด้านต่าง ๆ นับเป็นการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นทักษะง่าย ๆ ไปสู่ทักษะที่ยากสลับซับซ้อนมากขึ้น ทักษะเชาวน์ปัญญาที่สำคัญที่ควรได้รับการฝึก คือความสามารถในการจำแนก (Discrimination) ความสามารถในการคิดรวบยอดเป็นรูปธรรม (Concrete Concept) ความสามารถในการให้คำจำกัดความของความคิดรวบยอด (Defined Concept) ความสามารถในการเข้าใจกฎและใช้กฎ (Rules) และความสามารถในการแก้ปัญหา

3. ยุทธศาสตร์ในการคิด (Cognitive Strategies) เป็นความสามารถของกระบวนการทำงานภายในสมองของมนุษย์ ซึ่งควบคุมการเรียนรู้ การเลือกรับรู้การแปลความและการดึงความรู้ ความจำ ความเข้าใจ และประสบการณ์เดิมออกมาใช้ ผู้มียุทธศาสตร์ในการคิดสูงจะมีเทคนิค มีเคล็ดลับในการดึงความรู้ ความจำ ความเข้าใจและประสบการณ์เดิมที่สะสมเอาไว้ออกมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ปัญหาที่มีสถานการณ์ที่แตกต่างกันได้อย่างฉิวเฉียดทั้งสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างสร้างสรรค์

4. ทักษะการเคลื่อนไหว (Motor Skills) เป็นความสามารถ ความชำนาญในการปฏิบัติหรือการใช้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ที่ทักษะการเคลื่อนไหวที่ดีนั้นพฤติกรรมที่แสดงออกมามีลักษณะรวดเร็ว คล่องแคล่วและถูกต้องเหมาะสม

5. เจตคติ (Attitudes) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลนั้นในการที่จะเลือกกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

หลักการจัดการเรียนการสอน

1. กานเย ได้เสนอรูปแบบการสอนอย่างเป็นระบบ โดยพยายามเชื่อมโยงการจัดสภาพการเรียนการสอนอันเป็นสภาวะภายนอกตัวผู้เรียนให้สอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ภายใน ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ภายใน ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในสมองของคนเรา กานเยอธิบายว่าการทำงานของสมองคล้ายกับการทำงานของคอมพิวเตอร์

2. ในระบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ นั้น กานเยเสนอระบบการสอน 9 ขั้น (Kruse, 2016) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สร้างความสนใจ (Gaining Attention) เป็นขั้นที่ทำให้ผู้เรียนสนใจในบทเรียนเป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นทั้งจากสิ่งที่ยั่วยุภายนอกและแรงจูงใจที่เกิดจากตัวผู้เรียนเองด้วยครูอาจใช้วิธีการสนทนา ชักถาม ทายปัญหาหรือมีวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนตื่นตัว และมีความสนใจในการเรียนรู้

ขั้นที่ 2 แจ้งจุดประสงค์ (Informing the Learning of the Objective) เป็นการบอกให้ผู้เรียนทราบถึงเป้าหมายหรือผลที่จะได้รับจากการเรียนบทเรียนนั้น โดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เรียนเห็นประโยชน์ในการเรียน เห็นแนวทางของการจัดกิจกรรมการเรียน ทำให้ผู้เรียนวางแผนการเรียนของตนเองได้ นอกจากนั้นยังสามารถช่วยให้ครูดำเนินการสอนตามแนวทางที่นำไปสู่จุดหมายได้เป็นอย่างดี

ขั้นที่ 3 กระตุ้นให้ผู้เรียนระลึกถึงความรู้เดิมที่จำเป็น (Stimulating Recall of Prerequisite Learned Capabilities) เป็นการทบทวนความรู้เดิมที่จำเป็นต่อการเชื่อมโยงให้เกิดความรู้ใหม่เนื่องจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการต่อเนื่อง

ขั้นที่ 4 เสนอบทเรียน (Presenting the Stimulus) เป็นการเริ่มกิจกรรมของบทเรียนใหม่โดยใช้วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เหมาะสมประกอบการสอน

ขั้นที่ 5 ให้แนวทางการเรียนรู้ (Providing Learning Guidance) เป็นการช่วยให้ผู้เรียนสามารถทำกิจกรรมด้วยตัวเอง ครูอาจแนะนำวิธีการทำกิจกรรม แนะนำแหล่งค้นคว้าเป็นการนำทาง ให้แนวทางผู้เรียนไปคิดเอง

ขั้นที่ 6 ให้ลงมือปฏิบัติ (Eliciting the Performance) เป็นการให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้เรียนสามารถแสดงพฤติกรรมตามจุดประสงค์

ขั้นที่ 7 ให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เป็นขั้นที่ครูให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ผู้เรียนแสดงออกว่ามีความถูกต้องหรือไม่ อย่างไร เพียงใด

ขั้นที่ 8 ประเมินพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้จุดประสงค์ตาม (Assessing the Performance) เป็นขั้นการวัดและประเมินผลว่าผู้เรียนสามารถเรียนรู้ตามจุดประสงค์การเรียนรู้อย่างไร ซึ่งอาจทำการวัดโดยการใช้อุปกรณ์ แบบสังเกตการตรวจผลงานหรือการสัมภาษณ์

แล้วแต่ว่าจุดประสงค์นั้นต้องการวัดพฤติกรรมด้านใด แต่สิ่งที่สำคัญคือเครื่องมือที่ใช้วัดจะต้องมีคุณภาพมีความเชื่อถือได้และมีความเที่ยงตรงในการวัด

ขั้นที่ 9 ส่งเสริมความแม่นยำและการถ่ายโอนการเรียนรู้ (Enhancing Retention and Transfer) เป็นการสรุป การย้ำ ทบทวนการเรียนรู้ที่ผ่านมาเพื่อให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ฝังแน่นขึ้น กิจกรรมในขั้นนี้อาจเป็นแบบฝึกหัด การให้ทำกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ รวมทั้งการให้ทำการบ้าน การทำรายงาน หรือหาความรู้เพิ่มเติมจากความรู้ที่ได้ในชั้นเรียน

การให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งคณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (2557, น.21-22) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการดูแลรักษาโรคเบาหวาน สร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานได้ ผลลัพธ์ของการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังและเพิ่มคุณภาพชีวิตนั้น ในกระบวนการให้ความรู้โรคเบาหวาน โดยแพทย์พยาบาลนักกำหนดอาหารเภสัชกรนักกายภาพบำบัดนักวิชาการสาธารณสุขต้องมีความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานเป็นอย่างดีมีความมุ่งมั่นมีทักษะในการถ่ายทอดความรู้ทั้งด้านทฤษฎีและด้านปฏิบัติเพื่อสร้างทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยให้ผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานควรมีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจ และเสริมพลัง (Empowerment) ให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้โดยมีวิธีการและเนื้อหา ดังนี้

1. วิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองที่ดีควรปรับเปลี่ยนจากการบรรยายเป็นการให้ความรู้แบบผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ซึ่งทำให้ผู้รับความรู้ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งวิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การประเมินมีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพในขณะปัจจุบันทำให้ทราบว่าควรให้ความรู้เรื่องใดก่อนผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะดูแลตนเองเป็นอย่างไรรวมทั้งการประเมินอุปสรรคต่อการเรียนรู้เช่น เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมเป็นต้น

1.2 การตั้งเป้าหมายมีการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพื่อให้ได้รับแรงจูงใจและเพิ่มพูนความสำเร็จของการเรียนรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง

1.3 การวางแผนผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองควรเลือกวิธีการให้ที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

1.4 การปฏิบัติมีการสอนภาคปฏิบัติในการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองเช่นเรื่องอาหาร การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองการแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือดวิธีการดูแลตนเองในภาวะพิเศษเช่นการปรับอาหารหรือยารักษาโรคเบาหวานในการเจ็บป่วยที่บ้าน

1.5 การประเมินผลและการติดตามกำหนดวันและเวลาที่วัดผลการเรียนรู้หรือการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองมีตัวชี้วัดที่แน่นอนวัดได้เช่นค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

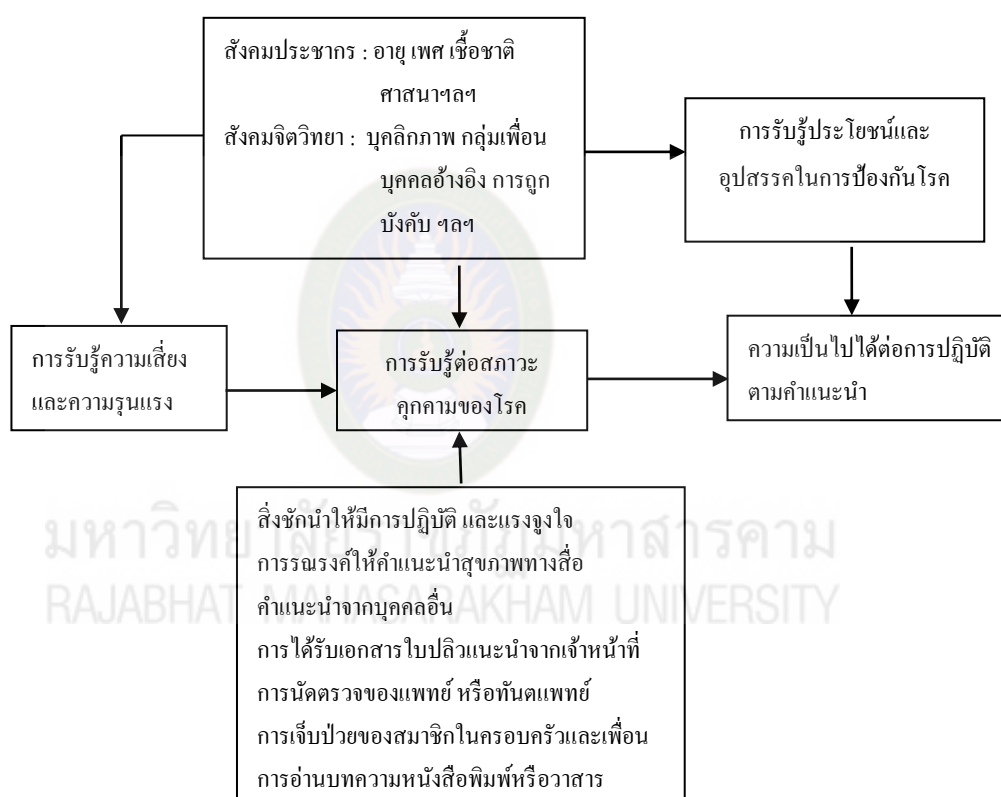
2. เนื้อหาความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่จำเป็นในการให้ความรู้ประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โภชนบำบัด การออกกำลังกาย ยารักษาเบาหวาน การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการแปลผลภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือด และวิธีป้องกันแก้ไขโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปการดูแลรักษาทำการดูแลในภาวะพิเศษเช่นตั้งครรภ์การเดินทาง ไปงานเลี้ยง หรือเล่นกีฬา เป็นต้น

2.4.3.2 แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อคือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจ (อรุณีย์ ศรีนวล, 2548, น.26 , ศิริศักดิ์ พรหมเทพ, 2554,น.26)

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับอวกาศของชีวิต (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกลัวต่อโรคหรือรู้สึกลัวว่าโรคคุกคามตนและจะต้องมีความรู้สึกลัวว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534, 89-90) ซึ่งต่อมา Rosenstock (1974, pp.329-325) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการ

เป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตรวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลด ความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องเช่นค่าใช้จ่ายความไม่ สะดวกสบายความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น ต่อมา Becker (1974, pp. 205-216) เป็นผู้ปรับปรุง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรม อื่น ๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกัน โรค ได้แก่ ปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติดังรายละเอียดตามภาพที่ 2.6



ภาพที่ 2.6 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ. ปรับปรุงจาก *health belief model and personal health behavior*. Form Becker, M.H. 1974. The New Jersey : Chales B. Slack.

ต่อมา Rosenstock (1998, pp.180-182) ได้ปรับปรุงทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพโดยนำเอาปัจจัยด้านความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectations) ในทฤษฎีการเรียนรู้สังคมของแบนดูรา (Bandura's Social Learning Theory) เข้ากับปัจจัยด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) และการรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived Benefits) ในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ

Strecher (1986, p.90) นอกจากนี้แล้ว นักวิชาการได้ประยุกต์ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ปัจจัย เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับการออกแบบกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (National Cancer Institute, 2005, pp.13-14) ซึ่งมีรายละเอียดปัจจัยดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีก จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker (1974, pp.206) ได้กล่าวว่าเพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สถานะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของพวกเขาว่าจะประสบความสำเร็จในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังรายละเอียดในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิด	คำจำกัดความ	กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงที่มีศักยภาพ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค	ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสจะเป็นโรค	- กำหนดสิ่งที่ประชากรที่มีความเสี่ยงและระดับความเสี่ยง - ปรับข้อมูลความเสี่ยงให้เหมาะสมกับลักษณะหรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคล - ช่วยให้บุคคลพัฒนาการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเอง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและผลกระทบของมัน	ระบุผลกระทบของสภาพและแนะนำการดำเนินการ
การรับรู้ถึงประโยชน์	ความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงหรือความรุนแรง	อธิบายวิธี สถานที่และเวลาที่จะดำเนินการ และสิ่งที่เป็นผลในเชิงบวกที่มีศักยภาพจะเป็น

(ต่อ)

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

แนวคิด	คำจำกัดความ	กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงที่มีศักยภาพ
การรับรู้ต่ออุปสรรค	ความเชื่อเกี่ยวกับเอกสารคำแนะนำและค่าใช้จ่ายทางจิตวิทยาของการดำเนินการ	ให้ความมั่นใจ แรงจูงใจ และความช่วยเหลือในข้อมูลที่คิดให้ถูกต้อง
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	ปัจจัยที่กระตุ้นความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง	ให้วิธีการข้อมูล ส่งเสริมความตระหนัก และระบบการแจ้งเตือน
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลง	- ให้การฝึกอบรมและแนวทางในการปฏิบัติ - ใช้การตั้งเป้าหมายความก้าวหน้า - ให้การเสริมแรงด้วยวาจา - แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ต้องการ

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก Theory at a Glance: Application to Health Promotion and Health Behavior. Form National Cancer Institute. 2005. (2nd ed.). from <http://www.sbccimplementationkits.org/demandrnmch/wp-content/uploads/2014/02/Theory-at-a-Glance-A-Guide-For-Health-Promotion-Practice.pdf>

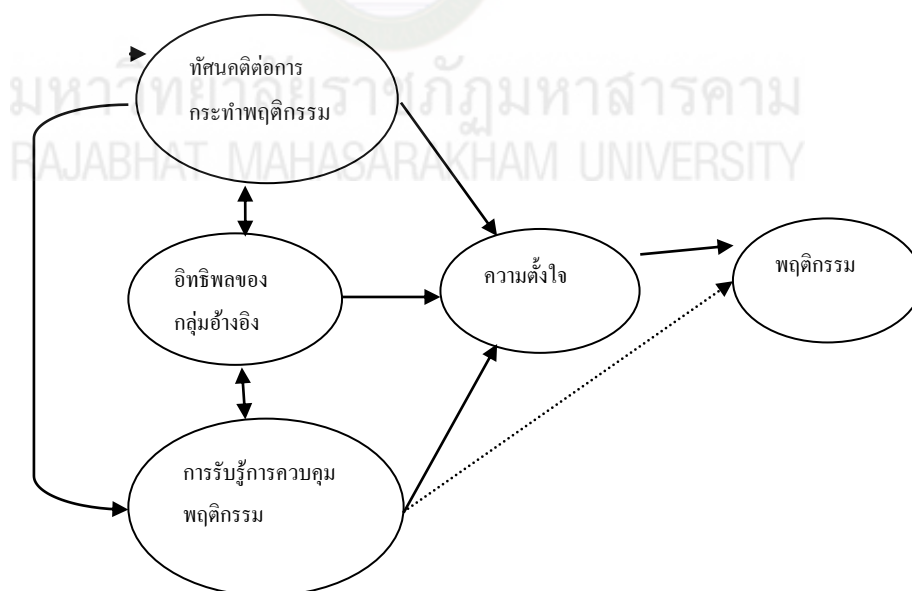
แนวความคิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ของความน่าจะเป็นของพฤติกรรม (National Cancer Institute, 2005, p.17) สามารถอธิบายจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ซึ่ง Ajzen, I. (1991, pp.171-211) ได้เสนอ TPB ขึ้นมาใหม่โดยแยกตัวมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) โดยเพิ่มตัวกำหนดเจตนาอีก 1 ตัว นอกเหนือจากทัศนคติต่อพฤติกรรมอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง คือการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC) ซึ่ง Ajzen อธิบายความหมายการรับรู้ของบุคคลว่าเขามีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้น และความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม TPB กล่าวถึงความเชื่อมี 3 ชนิดคือ

1. ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude Toward to Behavior) หมายถึงการประเมินผลส่วนบุคคลของพฤติกรรม ซึ่งวัดจากความเห็นของแต่ละบุคคลว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้น ดี กลาง ๆ หรือไม่ดี

2. อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) หมายถึงความเชื่อของคนสำคัญที่เห็นด้วยหรือไม่กับพฤติกรรมแรงจูงใจในการปฏิบัติตนในทางที่ได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มอ้างอิง ซึ่งวัดจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ของประชาชนเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

3. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavior Control) หมายถึงความเชื่อที่ว่าบุคคลมีการควบคุมพฤติกรรมและสามารถออกกำลังกายการควบคุมมากกว่าการแสดงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องซึ่งวัดได้จากความเชื่อของแต่ละบุคคลว่าการแสดงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล

ดังนั้นทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสุขภาพจึงร่วมกันมีผลต่อความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งถ้าบุคคลมีทัศนคติเห็นด้วยต่อพฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิงสนับสนุน และเชื่อว่าตนเองควบคุมพฤติกรรมนั้นได้มากเท่าไร บุคคลนั้นยังจะมีเจตนาที่จะทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นเท่านั้น และเมื่อมีเจตนาที่หนักแน่นจะนำไปสู่การทำพฤติกรรมนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบุคคลยังมีระดับของความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ และมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้เขาจะยังมีเจตนาที่จะทำพฤติกรรมเพิ่มขึ้น นำไปสู่โอกาสที่จะทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นรายละเอียดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนดังแสดงในภาพที่ 2.7



ภาพที่ 2.7 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน. ปรับปรุงจาก *Intention to action : The theory of planned behavior*. From [http://www.duluth.umn.edu/~kgilbert/educ5165-](http://www.duluth.umn.edu/~kgilbert/educ5165-31/Readings/Theory%20of%20Planned%20Behavior-%20Ajzen.pdf)

31/Readings/Theory%20of%20Planned%20Behavior-%20Ajzen.pdf.

2.4.3.4 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะอารมณ์และความเครียด

1) ความหมาย ความเครียดเป็นเรื่องของอารมณ์และจิตใจ ซึ่งมีนักวิชาการ นักจิตวิทยา จิตแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกล่าวถึงความหมายของความเครียดไว้ ดังนี้

ความเครียดทางจิตวิทยาหมายถึงการปรับตัวของคนเราที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจแสดงออกมาโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรมด้านสรีระวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545, น.3, ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น.30)

2) สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จำแนกสาเหตุของความเครียดออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

2.1) สาเหตุทางจิตใจเป็นความต้องการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในจิตใจและกลัวว่าจะไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดขึ้น

2.2) สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันสามารถก่อให้เกิดความเครียดในตัวบุคคลได้ เช่น การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การตกงาน การประสบกับเหตุการณ์ร้าย เป็นต้น

2.3) สาเหตุมาจากความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยทั้งเจ็บป่วยทั่วไป และการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็งโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงความพิการที่เกิดจากอุบัติเหตุสามารถทำให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน

3) ความเครียดและการเจ็บป่วยความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจ แต่ร่างกายและจิตใจมีความเกี่ยวเนื่องกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างอิสระ ดังนั้นเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อจิตใจทันที โดยที่ความเครียดนำไปสู่การเจ็บป่วยดังนี้ (ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น.31)

3.1) ความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันและระบบต่อมไร้ท่อ ปฏิกริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของระบบประสาทซิมพาเทติกเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดความเครียดไปกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกสร้างและหลั่งฮอว์โมนแอกทีโกลามีนเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น กระบวนการนี้จะเพิ่มการหดตัวของผนังหลอดเลือด เพิ่มการทำงานของเอนโดธีเลียลเซลล์ของหลอดเลือดแดงการตอบสนองต่อความเครียดของระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติกจะนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

3.2) ความเครียดทำให้เพิ่มแนวโน้มของการเกิดโรค ความเครียดทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยตัวบุคคลใช้วิธีปรับตัวหรือวิธีกำจัดความเครียดที่ไม่เหมาะสมและการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ที่เพิ่มแนวโน้มของการเกิดโรคหรือการบาดเจ็บ เช่น เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นและใช้วิธีจัดการที่ไม่เหมาะสมด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545, น.3)

4) ความเครียดกับโรคเบาหวานมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดไม่ดีในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเผชิญกับความเครียดเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากฮอร์โมนของร่างกายที่หลั่งออกมาเพื่อตอบสนองต่อความเครียดโดยฮอร์โมนบางชนิดมีส่วนไปต่อต้านการตอบสนองต่ออินซูลินทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคทางจิตเวชจะควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดี ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้บ่อย (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545, น. 183)

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเครียด ผู้วิจัยคาดการณ์ว่าอารมณ์และความเครียดจะส่งผลโดยตรงต่อการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2.4.4 แนวคิดการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2.4.4.1 แนวคิดการจัดการสุขภาพ

กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556, น.1-2) ได้ให้แนวคิดการจัดการสุขภาพปัญหาสาธารณสุขทำให้เกิดปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อมและปัญหาด้านสุขภาพซึ่งปัญหาด้านสุขภาพมีสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรม (Non-behavioral Cause) เช่น พันธุกรรม เศรษฐกิจ การเมือง เป็นต้น และสาเหตุมาจากพฤติกรรมโดยตรง (Behavioral Cause) เช่น พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มเป้าหมายซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยใช้กระบวนการดำเนินงานสุศึกษาเนื่องจากการดำเนินงานสุศึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพทั้งในลักษณะของการปลูกฝังการสร้างเสริมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้มากพอที่จะลดปัญหาสาธารณสุขได้

1) ความหมายการจัดการสุขภาพ

การจัดการสุขภาพ (Health Management) มีผู้ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ ดังนี้

การจัดการสุขภาพหมายถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสิ้นเชิงด้วยการออกกำลังกาย การโภชนาการ การพักผ่อนที่พอเพียงและการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบซึ่งแต่ละบุคคลต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญคือ 1) แผนและตัวชี้วัด 2) วินัยตนเอง 3) วินัยกลุ่ม และ 4) กัลยาณมิตร โดยสิ่งที่สำคัญมากที่สุดคือวินัยตนเอง (Self Discipline) เพื่อให้ตัวช่วยตัวอื่นค้ำยันใดแต่ถ้าขาดวินัยตนเองก็จะจืดจางไม่ต้องแจวอยู่ดี ความยากของวินัยตนเองซึ่งผูกติดกับทักษะทางด้านจิตใจสองอย่างคือ 1) ทักษะที่จะระลึก (Recall) ว่าเราคิดหรือรู้สึกอย่างไรเพราะทักษะตัวนี้สำคัญมากในการดึงตัวเรากลับมาจากการหลงทางไปไกลสุดกู่ได้พักใหญ่หรือได้หลายวันแล้วก็ตาม 2) ทักษะที่จะรู้สถานะจิตใจของตัวเอง (Self Awareness) ว่า ณ ขณะนี้ใจเราอยู่ในสภาพไหน หมายความว่าเครียดหรือไม่ เครียด โกรธหรือไม่ โกรธ เผลอใจลอยหรือไม่ เผลอ รู้ไปถึงว่าจะไรดีหรือไม่ดีด้วย คือเป็นทั้งความรู้ตัวทั่วพร้อมอยู่ตลอดเวลาและเป็นทั้งสำนักความรู้สึกผิชอบชั่วดีในกมลสันดานของเราด้วย ทักษะเรื่อง Self Awareness นี้มีพุดถึงกันมากในการพัฒนาเขาวนอารมณ์ และสิ่งที่ขาดไม่ได้ในการสร้างวินัยตนเอง (ศัลย์ หัวใจศิลป์, 2553)

การจัดการสุขภาพหมายถึงการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตเห็นและการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตเห็นไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้นสิ่งที่เป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรมที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่นการเต้นของหัวใจการบีบตัวของลำไส้ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้นซึ่งไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตนจะทราบได้เมื่อแสดงออกมาส่วนการปฏิบัติทางด้านสุขภาพที่เป็นภายนอกเป็นปฏิกริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำ ซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตเห็น เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียงและสีหน้า (กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556, น.20-22)

การจัดการสุขภาพหมายถึงการเพิ่มขึ้นที่เป็นหัวใจหลักของการดูแลสุขภาพในรูปแบบเก่าของการดูแลสุขภาพจะเป็นระบบปฏิกริยาที่จัดการกับโรคภัยอย่างรวดเร็วหลังจากได้รับรู้ข้อเท็จจริงเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะพัฒนาไปอย่างใดอย่างหนึ่งเพิ่มเติมซึ่งเกี่ยวข้องกับข้อกั้นและการจัดการอย่างต่อเนื่องของโรคเรื้อรัง (Sundiatu Dixon Fyle, p.65)

สรุปได้ว่าการจัดการสุขภาพหมายถึงการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior principles) และการบริหารจัดการมาประยุกต์ให้มนุษย์มีสภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ การปรับตัวอยู่ในสังคมด้วยดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น มีคุณธรรมและจิตวิญญาณที่ดี

รวมถึงการปราศจากการเป็นโรคและปราศจากความพิการซึ่งขึ้นอยู่กับ การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยเน้นที่พฤติกรรมสุขภาพสามารถสังเกตและวัดได้เป็นสำคัญ

2) ลักษณะของการจัดการสุขภาพที่มุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556, น.4)

2.1) มุ่งที่พฤติกรรมสุขภาพโดยตรงซึ่งพฤติกรรมนั้นต้องสังเกตเห็นได้และวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัยไม่ว่าการตอบสนองนั้นเป็นภายในหรือภายนอกก็ตาม

2.2) ไม่ใช่คำที่เป็นการตีตราซึ่งนอกจากจะมีความหมายกว้างไม่มีความชัดเจนยากต่อการสังเกตให้ตรงกันและยากต่อการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายได้แล้วการตีตราอาจทำให้ผู้รับบริการและบุคคลที่เกี่ยวข้องเกิดความอับอายแล้วจะส่งผลให้เลือกหรือไม่เลือกที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามที่ถูกตีตราได้

2.3) พฤติกรรมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ปกติหรือไม่ปกติก็ตามย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีตทั้งสิ้นดังนั้นพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยกระบวนการเรียนรู้

2.4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะเน้นสภาพและเวลาในปัจจุบันเท่านั้นเมื่อวิเคราะห์ได้ว่าสิ่งเร้าและผลกรรมใดที่ทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดบ่อยหรือลดลงในสภาพปัจจุบันก็สามารถปรับสิ่งเร้าและผลกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้นเพื่อทำให้พฤติกรรมดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

2.5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเน้นวิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการลงโทษเนื่องจากเป้าหมายของการปรับพฤติกรรมเน้นการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการทางบวกเพราะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพทั้งยังได้ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าวิธีการลงโทษ

2.6) วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นขึ้นกับความสามารถใช้ได้เหมาะสมตามลักษณะของปัญหาแต่ละบุคคลเพราะคนแต่ละคนมีความแตกต่างกันดังนั้นในการดำเนินการปรับพฤติกรรมจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย

2.7) วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรเป็นวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้วว่ามีประสิทธิภาพและได้ผลโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

ดังนั้นการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขจึงต้องมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มีการกระทำหรือการปฏิบัติที่ถูกต้องสำหรับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างยั่งยืนกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพจึงเป็นภาระหน้าที่สำคัญของนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกท่านที่จะต้องเร่งดำเนินการเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป

3) เหตุผลที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(กองสุขภาพศึกษาระดับสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556, น.5)

3.1) พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุขใน 2 ลักษณะด้วยกันคือ

3.1.1) พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยโดยตรงของปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมแล้วทำให้ตนเองครอบครัวหรือบุคคลอื่นในหมู่บ้านหรือชุมชนเจ็บป่วยบาดเจ็บเสียชีวิตหรือมีสุขภาพที่ไม่ดีแล้วทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขตามมา

3.1.2) พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคลต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้น ๆ บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ ในหมู่บ้านหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยบาดเจ็บพิการหรือเสียชีวิตด้วยโรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้

3.2) พฤติกรรมสุขภาพมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข ทั้งในส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลแต่ละครอบครัวและแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชน ดังต่อไปนี้

3.2.1) การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ เองหรือเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวรวมทั้งเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่น ๆ ในหมู่บ้านหรือชุมชนด้วยเช่นการที่บุคคลกินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดซึ่งไม่ได้ปรุงให้สุกดีด้วยความร้อนทำให้ติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

3.2.2) เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรก็ตามแล้วตัวบุคคลนั้นเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้องก็จะทำให้การเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้นหรือเสียชีวิตได้เช่นการซื้อยามารับประทานเองโดยไม่รู้แน่ชัดว่าป่วยเป็นโรคอะไรหรือเมื่อแพทย์ให้ยามารักษาแล้วแต่ไม่ได้รับประทานยาให้ถูกต้องและครบถ้วนก็จะทำให้โรคไม่หาย

3.2.3) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลแต่ละครอบครัวและแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชนต้องอาศัยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของบุคคลต่าง ๆ เป็นสำคัญ กล่าวคือปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลหรือปัญหาสาธารณสุขของชุมชนต่าง ๆ จะแก้ไขได้นั้น บุคคลต่าง ๆ ต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการส่งเสริมสุขภาพอย่างพอเพียงจึงจะมี

สุขภาพที่ดีบุคคลต่าง ๆ ต้องมีการกระทำการปฏิบัติการไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติที่จะทำให้ตนเองไม่เจ็บป่วยบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวไม่เจ็บป่วยหรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนไม่เจ็บป่วยในกรณี que บุคคลใดก็ตามหรือบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมาไม่ว่าจะด้วยโรคอะไรก็ตามบุคคลนั้นหรือบุคคลในครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและสาเหตุของการเจ็บป่วยรวมทั้งมีการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง

4) กระบวนการจัดการสุขภาพ

การจัดการสุขภาพจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่ตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และหมู่บ้านหรือชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2556, น.20-22) ดังนี้

4.1) การจัดการสุขภาพด้วยตนเองเป็นการที่จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีบุคคลนั้นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมีความรู้สึกระหนักจากภายในตนเองก่อนจนรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยบุคคลนั้นต้องรับรู้ความสามารถของตนเองว่าตนเองจะมีความอดทนอดสาหัสไม่ย่อท้อรวมทั้งมีการตั้งเป้าหมายวางแผนและกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้โมเดลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model: TTM) ซึ่งพัฒนาโดย โปแซสกาและไดคลีเมนเต้ (กุลธิดา พานิชกุล และอดิพร สำราญบัว, 255, น.66) ได้อธิบายไว้ว่าบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จากการคิดเพียงครั้งเดียวแต่จะค่อย ๆ พัฒนาความคิดในการปรับเปลี่ยนไปทีละขั้น ประกอบด้วย

4.1.1) ระยะเวลาพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) แบ่งเป็น 5 ขั้นดังนี้ 1) ขั้นก่อนคิด (Precontemplation) 2) ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (Contemplation) 3) ขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (Preparation) 4) ขั้นปฏิบัติ (Action) และ 5) ขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (Maintenance)

4.1.2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)

4.1.3) ความสมดุลในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Decisional Balance)

4.1.4) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Processes of Change)

จากศึกษาพบว่าการศึกษาดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่องการดูแลความสะอาดของเท้า การป้องกันบาดแผลที่เท้าและการสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เห็นว่าพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และจากการวิเคราะห์ข้อค้นพบจะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อพฤติกรรมดูแลเท้าจะพยายามดูแลตนเองตามคำแนะนำและเห็นความสำคัญและสนใจดูแลเท้า

เป็นพิเศษ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องนี้มาก่อนจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เช่น ไม่มีการเตรียมลูกอม ทอฟฟี่และบัตร์ประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานติดตัวไว้เวลาเดินทาง ซึ่งมีข้อมูลว่าการมารับบริการตรวจรักษามักจะไม่ได้รับคำแนะนำที่เพียงพอเนื่องจากผู้ให้การรักษาไม่มีเวลาให้ และเปลี่ยนผู้ให้บริการบ่อย จึงทำให้ความสัมพันธภาพค่อนข้างห่างเหินและมักไม่ค่อยได้รับกำลังใจจากบุคลากรทีมสุขภาพ (ลายอง ทับทิมศรี, 2541, น.171)

4.2) การจัดการสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและหมู่บ้านหรือชุมชน โดยใช้ข้อมูลปัญหาของหมู่บ้านหรือชุมชนเป็นฐานเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นแรงเสริมเพื่อการมีกรปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างยั่งยืนเป็นแนวคิดที่คนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมในการให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนร่วมคิดวางแผนหารูปแบบแนวทางวิธีการกิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดการจัดการสุขภาพที่ถูกต้องร่วมตัดสินใจ สรุปความคิดเห็นกำหนดวิธีการจัดกิจกรรมการใช้ทรัพยากรร่วมทำร่วมดำเนินการร่วมจัดกิจกรรมจัดการสุขภาพในโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองของกลุ่มของหมู่บ้านหรือชุมชนร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตามประเมินผลการจัดกิจกรรมในการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ยั่งยืนนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของหมู่บ้านหรือชุมชน โดยหมู่บ้านหรือชุมชนจะต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเห็นคุณค่าและมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการสุขภาพแต่การที่จะให้ระดับหมู่บ้านหรือชุมชนมีส่วนร่วมและมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการสุขภาพของหมู่บ้านหรือชุมชนจำเป็นต้องอาศัยแกนนำจัดการสุขภาพระดับหมู่บ้านหรือชุมชนด้วยแกนนำจัดการสุขภาพระดับชุมชนจะต้องเป็นบุคคลที่สามารถจัดการสุขภาพของหมู่บ้านหรือชุมชนมีการใช้กลยุทธ์และวิธีการต่าง ๆ ได้เหมาะสมตามความต้องการของหมู่บ้านหรือชุมชนซึ่งกองสุขศึกษากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556, น.25-33) กำหนดไว้ดังนี้

4.2.1) การสร้างทีม การจัดตั้งทีมในการจัดการสุขภาพของหมู่บ้านหรือชุมชนโดยมีแกนนำระดับหมู่บ้านหรือชุมชนเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนและร่วมดำเนินการในพื้นที่ต้องเป็นทีมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐภาคเอกชนและภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น (ทั้งในและนอกชุมชน) ซึ่งโดยทั่วไปในระดับท้องถิ่นภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เกษตรอำเภอ/ตำบลสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนักพัฒนารอสม.และแกนนำชุมชนเป็นต้น มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

4.2.1.1) วางแผนและดำเนินโครงการตามแผนการดำเนินงานให้บรรลุผลสัมฤทธิ์

4.2.1.2) สนับสนุนทรัพยากรเช่นบุคลากรวัสดุอุปกรณ์และอื่นๆเพื่อการดำเนินงานโครงการ

4.2.1.3) สร้างความร่วมมือด้านการบริหารจัดการโครงการให้สามารถดำเนินภารกิจตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

4.2.1.4) ประสานกับหน่วยงานองค์กรเครือข่ายต่าง ๆ ในการดำเนินงานโครงการ

4.2.1.5) ควบคุมกำกับติดตามประเมินผลโครงการและรายงานปัญหาอุปสรรค

4.2.2) การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและการกระทำที่เสี่ยงต่อสุขภาพของหมู่บ้านหรือชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของหมู่บ้านหรือชุมชนจะต้องใช้ข้อมูลของหมู่บ้านหรือชุมชน ได้แก่ ข้อมูลสถานะสุขภาพ/ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลปัจจัยที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเช่นลานกีฬาแหล่งน้ำแหล่งปลูกผักแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพสื่อหรือช่องทางการสื่อสารสุขภาพข้อมูลองค์กรในหมู่บ้านหรือชุมชน เช่น อสม. ผู้นำด้านสุขภาพชมรมหรือกลุ่มต่าง ๆ ข้อมูลความต้องการของประชาชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเป็นต้นการเก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชนทำได้หลายวิธี ได้แก่การประชุมกลุ่มการสังเกตแบบสลับแบบสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลจะต้องทำการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและการกระทำที่เสี่ยงเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแผนและจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4.2.3) จัดทำแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทีมในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหมู่บ้านหรือชุมชนจะต้องร่วมกันจัดทำแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหมู่บ้านหรือชุมชนเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของหมู่บ้านหรือชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน

4.2.4) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องโดยมีการจัดกิจกรรมและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

4.2.4.1) การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดปัจจัยภายในของบุคคลเช่นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลายเช่นการเสวนาความรู้ด้านสุขภาพการสาธิตความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคลและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งการจัดกิจกรรมออกกำลังกายจัดโปรแกรมด้านสุขภาพ ได้แก่ โปรแกรมลดพุงงดบุหรี่สูราลดหวานมันเค็มเพื่อให้ประชาชนได้ฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง

4.2.4.2) จัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดปัจจัยภายนอกของบุคคลเช่นถ้าในแผนงาน/โครงการมีเป้าหมายให้ประชาชนมี

พฤติกรรม การออกกำลังกาย และการบริโภคผักและผลไม้ การจัดการปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องที่สำคัญ ได้แก่ จัดหาสื่อ/ช่องทางการสื่อสารสุขภาพที่ทันสมัยเข้าถึงได้ง่าย ตลอดเวลา มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งอาจเป็นที่ศาลาประชาคมในชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงแหล่งความรู้มีลานกีฬาหรือสถานที่สำหรับออกกำลังกายมีแหล่งปลูกผักรวมของหมู่บ้านหรือชุมชนซึ่งอาจเป็นที่วัดหรือโรงเรียนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.2.5) การประเมินผลการประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหมู่บ้านหรือชุมชนเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาควมมีการประเมิน 3 ระยะ คือ ประเมินก่อนเริ่มดำเนินการประเมินระหว่างดำเนินการและประเมินหลังสิ้นสุดการดำเนินงานซึ่งจะต้องมีการประเมินผล 4 ด้านหลัก ๆ ดังนี้

4.2.5.1) ประเมินการบริหารจัดการการพัฒนาชุมชน ได้แก่ การประเมินว่ามีผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานหรือไม่ มีแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในหมู่บ้านหรือชุมชนหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างและมีอะไรเป็นสาเหตุของปัญหาเหล่านั้นเป็นต้น

4.2.5.2) ประเมินการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการประเมินว่ามีการจัดกิจกรรมครบตามแผนหรือไม่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของประชาชนเป็นอย่างไร

4.2.5.3) ประเมินผลที่เกิดขึ้นกับชุมชน โดยการประเมินว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับหมู่บ้านหรือชุมชน มีการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ เช่น ในแผนกำหนดไว้ว่าในหมู่บ้านหรือชุมชนต้องมีลานกีฬา/สถานที่สำหรับออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายให้กับคนในหมู่บ้านหรือชุมชนในขั้นการประเมินต้องประเมินว่าได้จัดทำสิ่งเหล่านี้หรือไม่

4.2.5.4) ประเมินผลที่เกิดขึ้นกับประชาชน โดยการประเมินความพึงพอใจของประชาชนในชุมชนต่อกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินว่าประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในแผนงาน/โครงการหรือไม่

2.4.4.2 แนวคิดการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

แนวคิดในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นการปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่เหมาะสมร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีคือ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคควรพบแพทย์เป็นประจำ

ระยะเมื่อการควบคุมไม่เป็นไปตามเป้าหมายหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557, น.29) เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถเกิดทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเพศและวัย และการดูแลด้านอารมณ์และความเครียดดังนี้

1) การควบคุมอาหารแนวทางในการให้คำแนะนำการควบคุมอาหารมีจุดประสงค์ (คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557, น.29) ดังนี้

1.1) ให้สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสัดส่วนของสารอาหารได้สมดุลในปริมาณที่พอเหมาะเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับไขมันในเลือดความดันโลหิตและน้ำหนักตัวรวมทั้งป้องกันโรคแทรกซ้อน

1.2) ปรับให้เหมาะกับแบบแผนการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลโดยอิงอาหารประจำวันความชอบค่านิยมและความเคยชิน

1.3) ให้เห็นถึงประโยชน์และผลเสียของอาหารที่จะเลือกบริโภคโดยนำไปปรับเลือกเมนูในแต่ละวันได้อย่างพึงใจไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกบีบบังคับและสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง

การให้คำแนะนำขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยความสนใจและความสามารถในการเรียนรู้ ผู้ป่วยเบาหวานควรมีน้ำหนักตัวและรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนรวมทั้งผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนและเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานการลดน้ำหนักมีความจำเป็นเพื่อลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน โดยมีหลักปฏิบัติ(คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557, น.29-30) ดังนี้

1.3.1) ให้ลดปริมาณพลังงานและไขมันที่รับประทานเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอและติดตามอย่างต่อเนื่องจนสามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อยร้อยละ 7 ของน้ำหนักตั้งต้นสำหรับกลุ่มเสี่ยงหรืออย่างน้อยร้อยละ 5 ของน้ำหนักตั้งต้นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและตั้งเป้าหมายลดลงต่อเนื่องร้อยละ 5 ของน้ำหนักใหม่จนน้ำหนักใกล้เคียงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.3.2) การลดน้ำหนักโดยอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำหรืออาหารไขมันต่ำพลังงานต่ำได้ผลเท่า ๆ กันในระยะ 1 ปี

1.3.3) ถ้าวัดน้ำหนักด้วยอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำควรติดตามระดับไขมันในเลือดการทำงานของไตและปริมาณโปรตีนจากอาหาร

1.3.4) การออกกำลังกายและกลไกสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยในการควบคุมน้ำหนักที่ลดลงแล้วให้คงที่ (Maintenance of Weight Loss) หรือลดลงต่อเนื่องได้

ผู้ป่วยเบาหวานอ้วนที่ไม่สามารถลดน้ำหนักหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับไขมันในเลือดและความดันโลหิตได้การใช้ยาหรือการทำผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

การให้คำแนะนำโดยนักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการที่มีประสบการณ์ในการดูแลโรคเบาหวานสามารถลด HbA1c ได้ประมาณ 0.3-1% ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 0.5-2% ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ข้อแนะนำสำหรับโภชนาบำบัด (Medical Nutrition Therapy) เพื่อรักษาโรคเบาหวาน(คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557, น.30-33)ดังรายละเอียดในตารางที่2.3

ตารางที่2.3

ข้อแนะนำด้านโภชนาการเพื่อรักษาโรคเบาหวาน

กลุ่มผู้ป่วย	ข้อแนะนำด้านโภชนาการเพื่อรักษาโรคเบาหวาน
ผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวม	<p>1. อาหารคาร์โบไฮเดรต</p> <ul style="list-style-type: none"> • ไม่มีข้อกำหนดของปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารที่แน่นอนแนะนำให้บริโภคประมาณร้อยละ 50 ของพลังงานรวมในแต่ละวันโดยให้มีส่วนที่ได้จากผักธัญพืช ถั่วผลไม้และนมจืดไขมันต่ำเป็นประจำเนื่องจากมีใยอาหารและสารอาหารอื่นในปริมาณมาก • การนับปริมาณคาร์โบไฮเดรตและการใช้อาหารแลกเปลี่ยนเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด • เลือกบริโภคอาหารที่มี Glycemic index ต่ำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดการบริโภคอาหารให้มี Glycemic load ต่ำร่วมด้วยอาจได้ประโยชน์เพิ่มขึ้น • ปรุงรสด้วยน้ำตาลได้บ้างถ้าแลกเปลี่ยนกับอาหารคาร์โบไฮเดรตอื่นในมื้ออาหารนั้นแต่ปริมาณน้ำตาลทั้งวันต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของพลังงานรวม(ประมาณ3-6 ช้อนชา) โดยกระจายออกใน 2-3 มื้อไม่นับรวมน้ำตาลที่แฝงอยู่ในผลไม้และผักน้ำตาลหมายถึงน้ำตาลทรายน้ำผึ้งและน้ำหวานชนิดต่าง ๆ เครื่องดื่มรสหวานชนิดต่าง ๆ เนื่องจากมีปริมาณน้ำตาลสูง

(ต่อ)

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

กลุ่มผู้ป่วย	ข้อแนะนำด้านโภชนาการเพื่อรักษาโรคเบาหวาน
ผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวม	<p>5. วิตามินและแร่ธาตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ไม่จำเป็นต้องให้วิตามินหรือแร่ธาตุเสริมในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ขาดสารอาหารเหล่านั้น • ไม่แนะนำให้ใช้สารต้านอนุมูลอิสระเพิ่มเป็นประจำเนื่องจากอาจมีความไม่ปลอดภัยได้ในระยะยาว
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1	<ul style="list-style-type: none"> • แนะนำอาหารตามข้อกำหนดข้างต้น โดยกำหนดพลังงานที่เหมาะสมสำหรับเด็กและวัยรุ่นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่กำลังเจริญเติบโต • ปรับการใช้อินซูลินให้เข้ากับพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกาย • ในคนที่ใช้อินซูลินขนาดคงที่ควรกินอาหารคาร์โบไฮเดรตในปริมาณใกล้เคียงกันในแต่ละวันและในเวลาใกล้เคียงกัน • ถ้าวางแผนออกกำลังกายไว้ อาจปรับลดขนาดยาฉีดอินซูลิน แต่ถ้าไม่ได้วางแผนออกกำลังกาย คาร์โบไฮเดรตเพิ่มก่อนออกกำลังกายขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะนั้น
เบาหวานและ การตั้งครรภ์	<ul style="list-style-type: none"> • กินอาหารให้ได้พลังงานเพียงพอเพื่อให้น้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ในผู้ป่วยที่อ้วนให้ควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตและพลังงานรวมเป็นหลัก • หลีกเลี่ยงภาวะ Ketosis จากการอดอาหารเป็นระยะเวลานานเช่นในช่วงกลางคืนโดยให้อาหารว่างก่อนนอน • เน้นการเลือกชนิดของอาหารให้เหมาะสม • ผู้ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องปรับปรุงพฤติกรรมหลังคลอดโดยการลดน้ำหนักตัวและเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานในอนาคต
ผู้สูงวัย	<ul style="list-style-type: none"> • ความต้องการพลังงานจะน้อยกว่าวัยรุ่นสาวที่มีน้ำหนักตัวเท่ากัน • การกินอาหารอาจไม่แน่นอนต้องเลือกใช้อย่างเหมาะสม • อาจให้วิตามินรวมพร้อมแร่ธาตุเสริมเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะในผู้ที่ควบคุมอาหารหรือกินได้น้อยไม่ครบหมู่ <p>6. โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ที่เป็นโรคไตระยะต้นไม่ต้องปรับลดปริมาณโปรตีนหากไม่มากเกิน 1.3 กรัม/กิโลกรัม/วันในระยะหลังของโรคไต (ระยะ 4-5 หรือ eGFR<30 มล./นาที/1.73 ม.²) จำกัดปริมาณโปรตีนน้อยกว่า 0.8 กรัม/กิโลกรัม/วัน โดยกินโปรตีนจากไข่ขาวปลาไก่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของปริมาณโปรตีนที่กำหนดต่อวันตามแพทย์แนะนำ

(ต่อ)

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

กลุ่มผู้ป่วย	ข้อแนะนำด้านโภชนาการเพื่อรักษาโรคเบาหวาน
ผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคแทรกซ้อน	7. การลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด <ul style="list-style-type: none"> • บริโภคผักผลไม้ทุกมื้อหรือเกือบทุกมื้อในแต่ละวัน ถั่วเปลือกแข็งเช่นเม็ดมะม่วงหิมพานต์ แมคคาดีเมีย อัลมอนต์ พิตาชิโอ และถั่วลิสงมีใยอาหารสูงที่อุดมด้วยแร่ธาตุสารฟีนอลโปรตีนและอื่น ๆ แต่ถั่วเหล่านี้ให้พลังงานสูงเนื่องจากมีไขมันมากถึงร้อยละ 46-76 ส่วนใหญ่เป็นไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง
ผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคแทรกซ้อน	8. การลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(ต่อ) <ul style="list-style-type: none"> • ปริมาณถั่วที่กินไม่เกินวันละ 30 กรัม การบริโภคถั่วเปลือกแข็งหรือถั่วลิสง 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ • ในคนที่มีความดันโลหิตสูงต้องจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมไม่เกิน 2000 มก./วัน • การบริโภคเกลือโซเดียมไม่เกิน 2300 มก./วันช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ป่วยที่มีและไม่มี ความดันโลหิตสูงโดยน้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะมีโซเดียม 1160-1420 มก. ซีอิ๊ว 1 ช้อนโต๊ะมีโซเดียม 960-1420 มก. ผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียม 492 มก. และเกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2000 มก. • การลดน้ำหนักช่วยควบคุมความดันโลหิตได้

หมายเหตุ. ปรับปรุงจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557. โดย คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557, กรุงเทพฯ : อรุณ.

นอกจากนี้แล้วซึ่งองค์การอนามัยโลกและสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้กำหนดให้วันที่ 14 พฤศจิกายน ของทุกปี เป็นวันเบาหวานโลก (World Diabetic Day) กำหนดประเด็น (Theme) การรณรงค์วันเบาหวาน โลกในปี 2558 คือการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Health Eating) ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการต่อสู้กับโรคเบาหวานและเป็นสิ่งที่สำคัญต่อสุขภาพนำไปสู่การพัฒนาประเทศที่ยั่งยืน สำหรับประเทศไทยนั้น สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดประเด็นที่ใช้ในการรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2558 คือ “กิน อยู่ เป็น” โดยใช้ข่าวสารที่สำคัญ (Key Message) (นุชรี อาบสุวรรณ, 2558, น.5-6) ดังนี้

1. การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ได้แก่
 - 1.1 เลือกดื่มน้ำสะอาด หรือเครื่องดื่มน้ำ กาแฟที่ไม่เติมน้ำตาล แทนการดื่มน้ำผลไม้ โซดา หรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลอื่น ๆ
 - 1.2 กินผักอย่างน้อย 3 มื้อต่อวัน

- 1.3 เลือกกินอาหารจำพวกถั่ว ผลไม้สดรสชาติไม่หวาน
- 1.4 จำกัดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในผู้ชายไม่เกิน 2 แก้วมาตรฐานในผู้หญิงไม่เกิน 1 แก้วมาตรฐาน
- 1.5 เลือกกินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย หรือไม่มีไขมัน หลีกเลี่ยงอาหารประเภทสัตว์ปีก อาหารทะเล อาหารแปรรูป หรือเนื้อแดง
- 1.6 เลือกกินเนยถั่วแทนเนยช็อคโกแลต หรือแยมที่ใช้ทาบนขนมปัง
- 1.7 เลือกกินขนมปังที่ทำจากธัญพืช แทนขนมปังขาว เลือกกินข้าวไม่ขัดสี หรือข้าวกล้อง แทนข้าวขัดสีหรือข้าวขาว
- 1.8 เลือกบริโภคไขมันไม่อิ่มตัวแทนไขมันอิ่มตัว

2. การรับประทานอาหารเช้าทุกวัน เพราะการกินอาหารเช้าจะช่วยควบคุมความอยากอาหาร ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ และยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้มีความเสี่ยงอีกด้วย

ลักษณะการบริโภคอาหาร เพื่อการควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดขึ้นอยู่กับ การบริโภคอาหารเป็นหลัก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้ว่าควรดูแลตนเองเรื่องอาหารอย่างไร และพยายามควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาลและไขมัน แต่บางรายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นบางช่วงเวลา ซึ่งเป็นเพราะสังคม สิ่งแวดล้อม เช่น ช่วงเทศกาลต่าง ๆ หรือช่วงฤดูกาลผลไม้ที่ขึ้นชอบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ เมื่อเห็นผลไม้ที่เคยขึ้นชอบทั้ง ๆ ที่รู้ว่าตนเองควรรับประทานอย่างไร (จนิษฐา นันทบุตร, 2546, น.8-11)

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่าทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องมีความรู้ในการรับประทานอาหารทั้งจำนวนมื้ออาหาร ประเภทอาหารและปริมาณอาหารให้เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

3. การออกกำลังกาย(คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557, น.33-35)

ผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพที่ดีและยังได้ประโยชน์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับไขมันในเลือดความดันโลหิตรวมทั้งน้ำหนักตัวนอกจากนี้ยังทำให้ผ่อนคลายลดความเครียดความกังวลได้การมีกิจกรรมทางกาย เช่นทำงานบ้านขุดดินทำสวนเดินอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาทีเท่ากับการออกกำลังกายระดับเบาถึงระดับหนักปานกลางได้ขึ้นกับการใช้แรงในแต่ละกิจกรรมซึ่งวิธีการควรเหมาะสมกับเพศและวัย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือวิธีอื่นใด อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์ (ADA., 2009, p.26)

ในการการออกกำลังกายนั้นผู้ป่วยหรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายและประเมินสุขภาพก่อนเริ่มออกกำลังกายว่ามีความเสี่ยงหรือไม่ กรณีที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจควรทดสอบสมรรถภาพหัวใจก่อนหากไม่สามารถทดสอบได้และเป็นผู้สูงอายุให้เริ่มออกกำลังกายระดับเบาคือชีพจรน้อยกว่าร้อยละ 50 ของชีพจรสูงสุด (ชีพจรสูงสุด = 220-อายุเป็นปี) แล้วเพิ่มขึ้นช้า ๆ จนถึงระดับหนักปานกลางคือให้ชีพจรเท่ากับร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดและประเมินอาการเป็นระยะไม่ควรออกกำลังกายระดับหนักมาก(ชีพจรมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุด) หรือประเมินความหนักของการออกกำลังกายด้วยการพูด (Talk test) คือระดับเหนื่อยที่ยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ถือว่าหนักปานกลาง แต่ถ้าพูดได้เป็นคำ ๆ เพราะต้องหยุดหายใจถือว่าหนักมากแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอร่วมกับออกกำลังกายแบบต้านแรง (Resistance) เช่นยกน้ำหนักออกกำลังด้วยยางยืดหรืออุปกรณ์จำเพาะ 2 ครั้งต่อสัปดาห์เพื่อออกแรงกล้ามเนื้อของขาแขนหลังและท้องประกอบด้วย 8-10 ท่า (หนึ่งชุด) แต่ละท่าทำ 8-12 ครั้งวันละ 2-4 ชุดมีข้อมูลสนับสนุนว่าการออกกำลังกายแบบชิ่งช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้รายละเอียดเป้าหมายและระยะเวลา ดังแสดงในตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4

ระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกาย

เป้าหมาย	ระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกาย
เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดน้ำหนักตัวและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	ออกกำลังกายหนักปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์วันละ 30-50 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้งได้ หรือออกกำลังกายระดับหนักมาก 75 นาที/สัปดาห์ควรกระจายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์และไม่งดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน
เพื่อลดน้ำหนักที่ลดลงไว้ตลอดไป	ออกกำลังกายความหนักปานกลางถึงหนักมาก 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

หมายเหตุ. ปรับปรุงจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557. โดย คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557, กรุงเทพฯ : อรุณ.

การออกกำลังกายสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ถ้ามีอินซูลินในเลือดเพียงพอผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาอินซูลินหรือยากระตุ้นการหลั่งอินซูลินต้องปรับลดอินซูลินและ/หรือเพิ่มคาร์โบไฮเดรตอย่างเหมาะสมตามเวลาที่จะเริ่มออกกำลังกาย

ความหนักและระยะเวลาในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจากการออกกำลังกายการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนออกกำลังกายมีความจำเป็นเพื่อปรับขนาดอินซูลิน ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อหยุดออกกำลังกายและหลังออกกำลังกายหลายชั่วโมงเพื่อตรวจสอบว่าเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดหรือไม่ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำต้องแก้ไขอาจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นสามารถปรับลด/เพิ่มยาก่อนออกกำลังกายและ/หรือเพิ่ม/ลดอาหารคาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมเพื่อป้องกันระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงสำหรับการออกกำลังกายครั้งต่อไปในรูปแบบเดิมอย่างไรก็ตามข้อพึงระวังและพึงปฏิบัติเมื่อออกกำลังกายซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานการออกกำลังกายมีข้อพึงปฏิบัติและพึงระวัง ดังแสดงในตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5

ข้อพึงระวังและพึงปฏิบัติเมื่อออกกำลังกายในภาวะต่างๆ

การป่วยเป็นเบาหวาน	ข้อพึงระวังและพึงปฏิบัติเมื่อออกกำลังกาย
ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มาก (เกิน 250 มก./ ดล. ในเบาหวาน ชนิดที่ 1 หรือเกิน 300 มก./ดล. ใน เบาหวานชนิดที่ 2)	ไม่ควรออกกำลังกายอย่างหนักในขณะที่มีภาวะ Ketosis ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเดียวโดยไม่มี Ketosis และรู้สึกสบายดี สามารถออกกำลังกายหนักปานกลางได้ในผู้ที่ฉีดอินซูลินหรือกินยา กระตุ้นอินซูลินอยู่
ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด	ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนออกกำลังกาย < 100 มก./ดล. ควรกิน อาหารคาร์โบไฮเดรตเพิ่มเติมก่อนออกกำลังกาย
โรคแทรกซ้อนที่ตาจาก เบาหวาน	ถ้ามี Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR) หรือ Severe NPDR ไม่ ควรออกกำลังกายหนักมากหรือ Resistance Exercise
โรคแทรกซ้อนที่ ประสาทส่วนปลาย จากเบาหวาน (Peripheral Neuropathy)	การออกกำลังกายหนักปานกลางโดยการเดินไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อ การเกิดแผลที่เท้าอย่างไรก็ตามผู้ที่มีการเท้าชาควรสวมใส่รองเท้า ที่เหมาะสมในการออกกำลังกายและตรวจเท้าทุกวันผู้ที่มึนแผลที่เท้า ควรเลี่ยงแรงกดกระแทกที่แผลให้ออกกำลังกายโดยไม่ลงน้ำหนักที่เท้า (Non-weight Bearing Exercise) แทน

(ต่อ)

ตารางที่ 2.5(ต่อ)

การป่วยเป็นเบาหวาน	ข้อพึงระวังและพึงปฏิบัติเมื่อออกกำลังกาย
ระบบประสาท	ควรตรวจประเมินระบบหัวใจหากจะออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่าที่เคย
อัตโนมัติผิดปกติ	ปฏิบัติอยู่
ไตเสื่อมจากเบาหวาน	ไม่มีข้อห้ามจำเพาะใด ๆ ในการออกกำลังกาย

หมายเหตุ. ปรับปรุงจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557. โดย คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557, กรุงเทพฯ : อรุณ.

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย หรือออกกำลังกายไปในตัวอยู่แล้วไม่มีเวลา ต้องทำงานนอกบ้าน ไม่อยากออกกำลังกาย ไม่มีสถานที่ อดใจ และสุขภาพไม่เหน็ดเหนื่อย(ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2546, น.8-11)

จากข้อมูลสรุปได้ว่า การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยและประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานมีความสำคัญเนื่องจะมีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับวิธีการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับอายุเพศและวัยรวมถึงสภาพร่างกายและระดับน้ำตาลในเลือดแต่อย่างไรก็ตามควรจะได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์

3) การควบคุมอารมณ์และความเครียด

3.1) ความหมายของความเครียด ซึ่งมีนักวิชาการหลาย ๆ ท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

กิติกร มีทรัพย์ (2541, น.1) กล่าวว่า ใจว่า ความเครียดหมายถึงปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจอันถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวมากกว่าภาวะปกติเพื่อความพร้อมที่จะเผชิญกับสภาพอันยุ่งยากซับซ้อนของชีวิต เช่น การสอบไล่ การถูกสอบสวน การจากไปของคนรัก การแต่งงาน การเดินทางไปต่างประเทศ การแข่งขัน การเผชิญกับภาวะการอันยุ่งยากหรือภาวะอันฝืนใจต่าง ๆ สถานการณ์ดังกล่าวเหล่านั้นทั้งทางบวกและทางลบทำให้คนเราเครียดได้

Lasarus (1971, pp.53-60) กล่าวว่า ใจว่าความเครียดหมายถึงภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดระบบหรือการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่มาคุกคาม (Threat) โดยที่การรับรู้หรือประเมินนี้เป็นผลมาจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอกกับปัจจัยภายในของบุคคล

Selye (1976, p.31) กล่าวว่า ใจว่าบุคคลที่ไม่มีมีความเครียดคือบุคคลที่ตายแล้ว ความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการมีชีวิตอยู่แต่ถ้าบุคคลที่มีความเครียดมากเกินไปจะมีผลต่อทุกระบบใน

ร่างกายและถ้ามีความเครียดสะสมไว้มาก ๆ จะทำให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูงมีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้นและเป็นสาเหตุไปสู่การตายได้

สรุปความเครียด หมายถึงปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจอันถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวมากกว่าภาวะปกติ ทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บป่วยได้ เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูงมีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้นและเป็นสาเหตุไปสู่การเสียชีวิตได้

3.2) ความหมายของการจัดการความเครียด

การจัดการความเครียดหมายถึงความสามารถในการป้องกันและจัดการความเครียดตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์รอบข้างด้วยการที่สามารถเลือกวิธีการจัดการความเครียดวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสมกับสุขภาพสมรรถภาพทางกายและวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลเช่นการออกกำลังกายการพักผ่อนกิจกรรมบันเทิง (ดูหนังฟังเพลง) การนั่งสมาธิกรนวดไทย มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นทั้งในครอบครัวเพื่อนร่วมงานหรือชุมชนอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอจะส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายและป้องกัน โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพได้ซึ่งการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์จะส่งผลที่ดีต่อตนเองครอบครัวและสังคม(กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558, น.14-15) ดังนี้

3.2.1) ผลต่อตนเองทำให้รู้จักและเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงยอมรับตนเองตามความเป็นจริงมีความเป็นตัวของตัวเองไม่ตามสังคมอย่างไม่มีเหตุผลมีความรับผิดชอบซึ่งเป็นผู้มี 1.1) บุคลิกภาพดีโดยมีหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใสควบคุมอารมณ์ตนเองได้ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี 1.2) มีความคิดสติปัญญาดีโดยมีสติมีสมาธิมีการตัดสินใจที่ดีและมีเหตุผลในการทำสิ่งต่าง ๆ ใช้สติปัญญาได้อย่างเต็มที่ 1.3) มีสุขภาพร่างกายดีโดยมีผลต่อการทำงานของระบบร่างกายควบคุมอารมณ์ได้ไม่หงุดหงิดและไม่โกรธง่าย 1.4) มีการเรียนและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและเต็มความสามารถมีความรับผิดชอบมีความกระตือรือร้นใฝ่รู้ใฝ่เรียนมองเห็นว่าชีวิตมีค่าและมีความหมาย

3.2.2) ผลต่อครอบครัวสมาชิกในครอบครัวมีความสุขจิตที่ดีครอบครัวที่มีความสุขสงบสุข ไม่เกิดปัญหาความขัดแย้งต่าง ๆ ตามมา

3.2.3) ผลต่อสังคมคนในสังคมก็จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขมีความปลอดภัยอยู่ร่วมกันด้วยความสงบเรียบร้อยรักใคร่ปรองดองสามัคคีกันนำพาชาติและบ้านเมืองไปสู่ความร่มเย็นเป็นสุขได้การมีภาวะเครียดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากทั้งต่อตนเองผู้อื่นครอบครัวชุมชนและสังคมการที่ประเทศชาติของเราถ้าสมาชิกในสังคมไม่มีภาวะเครียดหรือมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมนำมาซึ่งความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทุกคน

3.3) ทฤษฎีความเครียด

ทฤษฎีความเครียดของ เซลยี (Selye, 1956, p.33, อ้างถึงใน สุวรรณอนุสันติ, 2546, น.18-22) ได้กล่าวว่าเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจากต้นเหตุของความเครียดต่าง ๆ ร่างกายจะตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดนั้น ซึ่งเซลยีเรียกว่า เป็นกลุ่มอาการปรับตัวซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

3.3.1) กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป (General Adaptation Syndrome : GAS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปรับตัวของร่างกายในระบบต่าง ๆ ของร่างกายทั่ว ๆ ไป เช่น ต่อมใต้สมอง ระบบประสาทอัตโนมัติ ต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน โรคของร่างกายจะถูกกระตุ้น การปรับตัวแบบนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

3.3.1.1) ระยะบอเหตุอันตรายหรือระยะเตือน เป็นระยะที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดไม่รู้ตัวเป็นระยะที่ 2 ร่างกายจะถูกกระตุ้นเพื่อสร้างกลไกการต่อต้าน โดยระบบประสาทซิมพาเทติกจะถูกกระตุ้นเพื่อให้ร่างกายเตรียมตัวสู้หรือหนีรวมทั้งฮอร์โมนต่าง ๆ จากต่อมหมวกไตส่วนนอกจะหลั่งฮอร์โมนออกมาร่วมด้วยเพื่อช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงอีกหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้นและนำไปสู่ระยะที่ 2

3.3.1.2) ระยะต่อต้าน เป็นระยะที่ร่างกายปรับภาวะไม่สมดุลของระบบต่าง ๆ เพื่อรักษาภาวะสมดุลไว้ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของร่างกายและความรุนแรงของความเครียด ซึ่งถ้าร่างกายสู้ไม่ได้จะเข้าสู่ระยะที่ 3

3.3.1.3) ระยะหมดกำลังใจเป็นระยะของการปรับตัวถ้าภาวะของความเครียดรุนแรงและมีอยู่นานร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะของสมดุลไว้ได้ ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะอ่อนกำลังลง ในที่สุดจะเป็นอันตรายอาจทำให้เกิดโรคหรือถึงแก่ความตายได้

3.3.2) กลุ่มอาการปรับตัวเฉพาะที่ (Local Adaptation Syndrome: LAS) เป็นอาการปรับตัวเฉพาะที่ได้รับอันตรายเท่านั้น เช่น เมื่อมีบาดแผลหรือบาดเจ็บเกิดขึ้น ร่างกายจะมีอาการร้อน บวม แดง เนื่องจากการอักเสบเฉพาะที่นั้น นอกจากนั้นยังมีทฤษฎีความเครียดที่น่าสนใจเกี่ยวกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดทางด้านสรีรวิทยาอีกทฤษฎีหนึ่ง คือ การตอบสนองทางด้านร่างกายที่ไม่ได้เกิดเพียงในระดับเนื้อเยื่อหรือในระดับอวัยวะต่าง ๆ เท่านั้น แต่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ 2 ระบบใหญ่ คือ ระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ

3.3.2.1) ระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่อมีความเครียดระบบประสาทอัตโนมัติจะส่งไปทั่วร่างกาย โดยการนำกระแสประสาท Sympathetic and Parasympathetic จะทำหน้าที่รักษาชีวิต เรา รู้จักกันในการตอบสนองแบบสู้หรือถอยหนี ซึ่งสามารถทำให้เกิดปฏิกิริยาการ

เปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อใหญ่และลดการไหลเวียนของเลือดในอวัยวะภายในที่ไม่จำเป็น

3.3.2.2) ระบบต่อมไร้ท่อจะคล้ายกับระบบประสาทแต่จะช่วยการทำงานของร่างกาย โดยหลังฮอร์โมนเข้าสู่ระบบการไหลเวียนของเลือดเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น Hypothalamus จะไปมีผลต่อต่อมหมวกไต โดยจะหลั่ง Adrenocorticotrophic Hormone (ACTH) ให้ไปกระตุ้นต่อมหมวกไต ความเครียดทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นความเครียดด้านร่างกายหรือจิตใจจะทำให้ ACTH สูงขึ้น Cortisol มีผลต่อ Glucagon ทำให้ร่างกายมีพลังงานมากขึ้น โดยจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

ทฤษฎีความเครียดของ Slavin (1991, pp.157-158, อ้างถึงในสุวรรณ อานุสันดี, 2546, น.28-31) ได้เสนอรูปแบบกระบวนการของความเครียดพัฒนาตามที่ได้เสนอรูปแบบกระบวนการของความเครียดพัฒนาตามทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ประการ คือ เหตุการณ์ที่จะเกิดความเครียด ประเมินทางปัญญา ประการแรก คือเหตุการณ์ที่จะเกิดความเครียด การประเมินทางปัญญาขั้นต้น การประเมินปัญญาที่สอง การเผชิญปัญหาและผลลัพธ์ของความเครียด

1) เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Occurrence of a Potentially Stressful Event) ความเครียดเป็นผลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมไปถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแก่บุคคลนี้ด้วย ดังนั้นเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นถือเป็นสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดได้จะมีความหมายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประเมินของบุคคล เหตุการณ์ ที่ถือเป็นสิ่งเหล่านี้จะมีลักษณะคุณสมบัติภายในและภายนอกซึ่งคุณสมบัติภายในของสิ่งเหล่านี้หมายถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เฉพาะเจาะจงต่อบุคคลทำให้เกิดความเศร้า โศก เสียใจ โกรธ เช่น เหตุการณ์ของการสูญเสียและคุณสมบัติภายนอกของสิ่งเร้า หมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นข้อมูลที่ไม่เฉพาะเจาะจงที่ได้รับจากการประเมินย้อนกลับในการตอบสนองที่ผ่านมาก็ถือเป็นสิ่งเร้าเช่นเดียวกัน เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ถือเป็นสิ่งเร้านี้จะหมายถึงทั้งเหตุการณ์ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในชีวิต เช่น อาการป่วยเรื้อรัง

2) การประเมินทางปัญญาขั้นต้น (Primary Appraisal) เป็นการประเมินเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ในสภาพแวดล้อมของบุคคลโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงเพื่อจะตัดสินว่ามีเหตุผลคุกคามต่อตนเองหรือไม่ ประเมินจะใช้ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล คือค่านิยมและความเชื่อของบุคคลในการประเมิน เช่น การถามตนเองว่าฉันมีปัญหาหรือไม่และปัจจัยทางสภาวะการณ์คือเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ การประเมินขั้นนี้เป็นการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งลาซาลัสและโพรคแมนได้วิเคราะห์การประเมินเป็นลักษณะ 3 ลักษณะ

- 2.1) ไม่มีความเกี่ยวข้องหรือไม่มีผลต่อภาวะปกติของบุคคล (Irrelevant)
- 2.2) มีประโยชน์และเป็นผลดีต่อบุคคล (Benign/ Positive)
- 2.3) เต็มไปด้วยความเครียด (Stressful) หากในการประเมินว่าสถานการณ์นั้น

เต็มไปด้วยความเครียด อาจเป็นไปได้ 3 ลักษณะ คือ ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียเป็นการคุกคามและเป็นการท้าทาย

2.3.1) อันตรายหรือการสูญเสีย (Harm/Loss) เป็นการประเมินผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในด้านลบหลังเหตุการณ์ผ่านไปแล้วผลของการก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียและเป็นอันตรายต่อบุคคลทั้งทางด้านสัมพันธภาพ สุขภาพหรือความมีคุณค่าในตนเอง

2.3.2) การคุกคาม (Threat) เป็นการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้น โดยการคาดคะเนว่าเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นจะทำให้เกิดอันตรายและการสูญเสียเป็นการคาดคะเนผลของเหตุการณ์ด้านลบ

2.3.3) การท้าทาย (Challenge) เป็นการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลต่อการณ์ที่คาดคะเนว่าจะเกิดขึ้น โดยคาดคะเนว่าผลของเหตุการณ์จะได้รับประโยชน์เป็นการคาดคะเนผลของเหตุการณ์ในด้านบวก

3) การประเมินทางปัญญาขั้นที่สอง (Secondary Appraisal) หลังจากทีเหตุการณ์นั้น ๆ ได้รับการประเมินทางปัญญาขั้นต้นแล้วว่าเป็นเหตุการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด (Stressful) ซึ่งมีการประเมินสถานการณ์ในลักษณะเป็นอันตรายหรือสูญเสียเป็นการคุกคามหรือเป็นการท้าทายนั้น บุคคลจะมีการประเมินปัญญาขั้นที่สองตามมาซึ่งเป็นการประเมินความสามารถของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะแก้ไขอย่างไร เช่น ถามตนเองว่าฉันจะสามารถทำอะไรในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ้าง เป็นการประเมินความสามารถต่อบุคคลและประเมินแหล่งช่วยเหลือมีทั้งแหล่งช่วยเหลือทางกายภาพ เช่น ภาวะสุขภาพของบุคคล ความอดทน การช่วยเหลือทางสังคมที่จะช่วยให้ข้อมูลและการช่วยเหลือด้านอารมณ์แหล่งช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เช่น ความเชื่อ ทักษะในการแก้ปัญหา เห็นคุณค่าในตนเอง

ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น การประเมินทางปัญญาขั้นต้นรับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามในการประเมินทางปัญญาขั้นที่สองหากบุคคลประเมินว่าสามารถที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ด้วยตนเองและยังมีแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ ที่สามารถช่วยได้การประเมินขั้นนี้จึงเป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นี้มีลักษณะท้าทาย ความเครียดจะไม่เกิดขึ้น แต่หากบุคคลประเมินว่าตนไม่มีความสามารถที่จะแก้ปัญหาได้แล้วและยังขาดการช่วยเหลือจากแหล่งอื่นและมองไม่เห็นแนวทางในการแก้ไขอื่น ๆ ความเครียดก็จะเกิดขึ้น

3.4) ปัจจัยแห่งความเครียด

โดยทั่วไปปัจจัยแห่งความเครียดมักเกิดจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพแวดล้อมก่อให้เกิดความกดดันทั้งภายในบุคคล ระหว่างบุคคล ปัจจัยดังกล่าวสามารถจำแนกได้ (สมจิตร พรหมแพน, 2557, น.67-68) ดังนี้

3.4.1) ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการตามวัย (Developmental Stress) เมื่อมีพัฒนาการของร่างกายจากวัยหนึ่ง ไปสู่วัยหนึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่นวัยที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น การมีประจำเดือน หรือร่างกายมีพัฒนาการที่ไม่ปกติ เป็นต้น

3.4.2) ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological Stress) สาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพที่มีผลทำให้เกิดความเครียดได้ดังนี้

3.4.2.1) ด้านชีวภาพ โครงสร้างของร่างกาย ร่างกายที่เจริญเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่มีน้อยทำให้เกิดการแก้ปัญหาไม่ดัดทนต่อภาวะความเครียดไม่ได้

3.4.2.2) ด้านสรีระ องค์ประกอบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ยืนการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อหรือสารพิษต่างๆ

3.4.3) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม (Environmental Stress) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น

3.4.3.1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเราที่สัมผัสได้ด้วยประสาททั้งห้า เช่น สภาพความร้อน หนาว แสงสว่างที่จ้าหรือมืด นอกจากนี้การขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่มเป็นสาเหตุของความเครียดได้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของมนุษย์

3.4.3.2) สิ่งแวดล้อมทางจิตใจโดยทั่วไปมักเข้าใจกันว่าความเครียดทางจิตใจมักเกิดจากเหตุการณ์ที่เลวร้ายแต่ความเป็นจริงแล้ว เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความสิ้นหวัง เช่น การแต่งงานการมีบุตร การเข้างานใหม่ก็เป็นสาเหตุที่สร้างความเครียดทางจิตใจได้เช่นกัน เพราะเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้เรามีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมก่อให้เกิดความเครียด

3.4.3.3) สิ่งแวดล้อมทางสังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ โดยทั่วไปมักเกิดจากการไม่ปรองดองกัน ทะเลาะโต้เถียงกัน รวมทั้งค่านิยม ความเชื่อ ประเพณีที่ขัดแย้งทำให้เกิดความเครียดได้

3.4.4) ปัจจัยจากการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ (Stress From Perception)

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัว โกรธ เกลียด กังวลทำให้เกิดความเครียด การที่มีอารมณ์เหล่านี้ได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ การแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์อย่างหนึ่งอาจทำให้คนรับรู้ได้ไม่เหมือนกันและมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างกัน การรับรู้ความเครียดจากการจินตนาการของตนเองเกิดจากความรูสึกและความคิด ดังนี้

3.4.4.1) เครียดเพราะเสียสมดุลทางความรู้สึก เช่น รักมาก โกรธมาก เครียดมาก ผู้ที่เก็บกดความรู้สึกถึงขั้นรุนแรงจนกลายเป็นความเครียดเรื้อรังมักเป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายอ่อนแอบางรายรุนแรงมาก ๆ อาจถึงขั้นกลายเป็นผู้ป่วยทางจิตใจระดับหนึ่ง

3.4.4.2) เครียดเพราะหลงผิดทางความคิด เช่น คิดว่าตนถูกใส่ร้าย คิดว่าตนไม่สมหวัง คิดว่าต้องเอาชนะให้ได้ อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยแห่งความเครียดนั้นเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทั้งภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและภายนอกบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม สิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้เราทนต่อความเครียดได้ คือ ความสามารถของตนในการปรับตัวต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ เมื่อตนตกอยู่ในภาวะนั้น ๆ รวมทั้งจัดการกับความเครียดอย่างถูกต้อง

3.5) อาการแสดงของความเครียด

กนกรัตน์ สุขตุ่งคะ (2537, น.10-11 , อ้างถึงในกิติกร มีทรัพย์, 2541, น.20-21) ได้กล่าวถึงอาการแสดงออกด้านต่าง ๆ มีดังนี้

3.5.1) ความเครียดด้านร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับกลูโคสมากขึ้น อัตราการเต้นของใจเพิ่มขึ้น ปากคอแห้ง เหงื่อออกมาก แขนขาชา หรือมีการกระตุก กล้ามเนื้อตึงเครียดมีปัญหาด้านการทำงานของระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่าย มือเท้าเย็น

3.5.2) ด้านพฤติกรรม เช่น มักคิดยาต่าง ๆ มีอารมณ์ระเบิดก้าวร้าวง่ายคิดมากไม่ยอมกินอาหาร ดื่มและสูบบุหรี่มากขึ้น หุนหันพลันแล่น มักมีปัญหาเกี่ยวกับการพุดม้กหัวเราะบ่อย ๆ เหมือนพยายามกลบเกลื่อน

3.5.3) ด้านจิตใจ เช่น วิดกกังวล ก้าวร้าว เฉยชา เบื่อ เศร้า คับข้องใจ รู้สึกผิด หงุดหงิดและอารมณ์เสื่อง่าย รู้สึกตนเองด้อยค่า

3.5.4) ด้านความรู้ความเข้าใจ เช่น ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย คิดไม่ออก อ่อนไหวต่อคำวิจารณ์ง่าย

3.5.5) ด้านสังคม เช่น ไม่ค่อยรวมกลุ่มกับใคร การงานขาดประสิทธิภาพ เมื่ออยู่กับคนอื่นจะทำให้บรรยากาศของกลุ่มไม่ดี ต่อต้านที่ทำงาน เป็นต้น

3.6) ระดับความเครียด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541, น.114) ได้แบ่งระดับความเครียดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ระดับความเครียดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกถึงความพึงพอใจกับการดำเนินชีวิต โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตน้อยกว่าบุคคลอื่น
2. ระดับความเครียดเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม
3. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยเป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจที่เกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่อาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไข ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน
4. ระดับความเครียดสูงกว่าระดับปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมาก จากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤติการณ์ในชีวิต โดยสังเกตได้จากอาการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ ความคิด อาจเป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่าบุคคลนั้นกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติและความขัดแย้ง ซึ่งบุคคลพยายามจัดการหรือแก้ไขด้วยความยากลำบาก トラบใดที่ความขัดแย้งยังคงมีอยู่ ลักษณะอาการต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต
5. ระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในภาวะเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยให้ความเครียดระดับนี้ยังคงมีต่อไปโดยไม่ได้นำมาดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด

3.7) ความเครียดและการเจ็บป่วย

สุปราณี ผลชีวิน (2530, น.68-80, อ้างถึงใน กิติกร มีทรัพย์, 2541, น.18-20) กล่าวว่าหากจะแจกแจงถึงโรคทางกายที่สัมพันธ์กับความเครียดจะพบว่ามีความมากมายทีเดียว เช่น

1. โรคภูมิแพ้ที่เกิดจากปัจจัยทางอารมณ์
2. อาการเจ็บหน้าอกและโรคหัวใจเพราะฮอร์โมนแอดรีนาลินและนอร์แอดรีนาลินถูกหลั่งออกมาสู่กระแสโลหิตเป็นปริมาณมากเมื่อเกิดวิกฤติทางอารมณ์จึงทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น เนื่องจากหัวใจเต้นเร็วขึ้นและความเครียดยังทำให้เกิดความแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบ

3. โรคหืด ความเครียดอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหุ้มหลอดลมและเปลี่ยนแปลงลักษณะการหายใจ

4. มะเร็ง เนื่องจากความเครียดไปทำร้ายภูมิคุ้มกันในร่างกายซึ่งมีส่วนป้องกันเซลล์มะเร็ง

5. โรคเบาหวานความเครียดจะไปกระตุ้นให้เกิดอาการโรคเบาหวาน

6. กลุ่มอาการลำไส้ใหญ่บีบตัวมาก รวมทั้งลำไส้อักเสบเป็นแผล โรคโครห์นซึ่งเกิดจากลำไส้เป็นแผล ทำให้ท้องเดินถ่ายเป็นมูกเลือดและความเครียดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการได้

7. โรคความดันโลหิตสูง

8. โรคปวดศีรษะ ไมเกรน

9. อาการปวด เช่น ปวดหลังซึ่งจะเป็นมากขึ้นเมื่อความเครียดทางจิตใจมีความกังวล ได้รับความกดดันทางอารมณ์และความกดดันทางสังคมหรือมีอาการปวดศีรษะปวดบริเวณใบหน้าคล้ายปวดฟันซึ่งมีสาเหตุมาจากที่กล้ามเนื้อหดตัวเป็นเวลานาน

10. แผลเปื่อยในกระเพาะอาหาร เพราะความเครียดทำให้เกิดการหลั่งกรดในร่างกายมากขึ้นและทำให้การหลั่งสารเมือกน้อยลง

11. ความเครียดก่อนมีประจำเดือน อาจเกิดจากอิทธิพลความเครียด คือในระหว่าง 2-3 วันก่อนมีประจำเดือน ผู้หญิงจะมีความรู้สึกแปรปรวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความกังวลฉุนเฉียว และสามารถรับกับสภาวะตึงเครียดได้น้อยลง

12. อาการข้ออักเสบคล้ายรูมาตอยด์ เป็นการงอกขยายของเนื้อเยื่อที่อักเสบ โดยเฉพาะบริเวณข้อมือและข้อเท้า เกิดอาการบวม ซึ่งความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะไปเปลี่ยนกลไกของภูมิคุ้มกันอย่างปกติในร่างกาย

13. โรคผิวหนัง ความเครียดจะทำให้โรคผิวหนังลุกลามมากขึ้น หรือไม่ก็เกิดลมพิษ

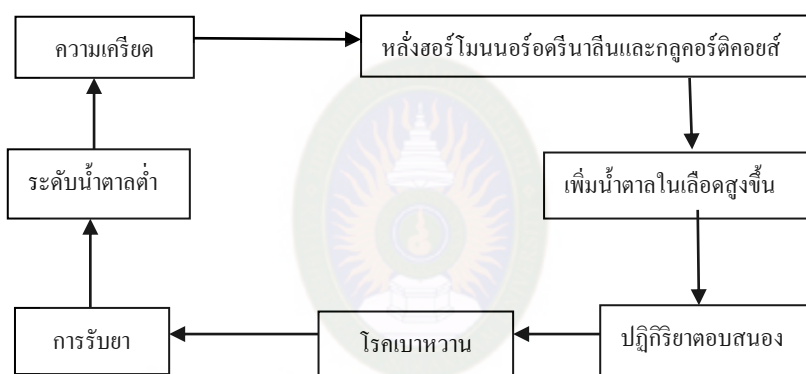
14. ศีรษะล้าน (Alopecia) เป็นโรคศีรษะล้านแบบเฉียบพลัน อาการที่เกิดขึ้นคือผมร่วงเป็นกำมือ ไม่เพียงแต่ร่วงจากหนังศีรษะเท่านั้น ขนตาและขนตามร่างกายก็ร่วงเช่นกัน อาจทำให้ศีรษะล้านเป็นหย่อม ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุของโรค ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจมีคนในระยะเวลาเริ่มแรกเกี่ยวข้องกับความเครียด

3.8) ความเครียดกับโรคเบาหวาน

ความเครียดกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กันเนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งหรือสาเหตุส่งเสริมอย่างหนึ่งทำให้เกิดการหลั่งโมโนฮอว์นอร์อัลดริเนสและกลูโคคอร์ติคอยด์

ฮอร์โมนเหล่านี้จะไปเพิ่มน้ำตาลในเลือดให้สูงขึ้น เมื่อบุคคลมีภาวะเครียดเป็นระยะเวลานาน ๆ ปฏิกริยาการตอบสนองนี้เกิดเป็นประจำทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงอยู่ตลอดเวลาจึงเกิดอาการของโรคเบาหวานขึ้น เมื่อบุคคลเป็นโรคเบาหวานนาน ๆ ต้องรับประทานยาหรือฉีดขาดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาที่ต้องใช้รักษาโรคเบาหวานเป็นประจำอาจนำไปสู่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและเกิดความเครียดหรือภาวะผิดปกติของจิตใจตามมา การศึกษาพบว่าผู้ที่มีการทางจิตจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่แย่ง (สมจิตร พรหมแพน, 2557, น.70-71)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับโรคเบาหวานสรุปได้ดังแสดงในภาพที่ 2.8



ภาพที่ 2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับโรคเบาหวาน. ปรับปรุงจากรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในจังหวัดกาฬสินธุ์, โดย สมจิตร พรหมแพน, 2557, มหาสารคาม :มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

3.9) วิธีการจัดการความเครียดการจัดการกับความเครียดมีวิธีการ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558, 16-17) ดังนี้

3.9.1) การออกกำลังกายคลายเครียดช่วยในเรื่องอารมณ์และลดอาการซึมเศร้า แม้ว่าการออกกำลังกายจะไม่ใช่วิเศษแต่การเพิ่มการขยับกายยืดเส้นยืดสายร่างกายนั้นเป็นผลดี และช่วยให้จัดการกับอารมณ์เศร้าได้ดีขึ้นซึ่งไม่จำเป็นต้องออกแรงอย่างหนักเพื่อให้เหงื่อตกมาก ๆ การออกกำลังกายที่ให้ผลทางสุขภาพจิตนั้นแม้เพียงแค่เดินเร็วเพียงวันละ 10 นาทีก็ได้ผลแล้วหรืออาจเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายตนเองทำให้ตนเองสนุกสนานและเพลิดเพลินเข้ากลุ่มกับคนอื่น ๆ ได้

3.9.2) กิจกรรมการพักผ่อน เป็นการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งกิจกรรมที่จะทำมีอยู่มากมาย โดยต้องไม่เป็นกิจกรรมที่ขัดกับจารีตประเพณี เช่น การเล่นดนตรี กิจกรรมบันเทิงดูหนังฟังเพลง เป็นต้น กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นกิจกรรมนันทนาการได้ โดยมีแนวทางในการเลือกกิจกรรมที่จะปฏิบัติดังนี้ 2.1) ความสนใจการเลือกกิจกรรมที่ตนเองสนใจจะทำให้เกิดความสุขสนุกสนานและเพลิดเพลินเกิดความสุขส่งผลให้จิตใจได้ผ่อนคลายและลดความเครียดได้ด้วย 2.2) สุขภาพในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ จะต้องคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ หากมีร่างกายที่แข็งแรงก็สามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมให้หลากหลายยิ่งขึ้น 2.3) เลือกให้ช่วงเวลาที่ว่าง หากมีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมไม่มากก็อาจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ใช้เวลาน้อยหรือสามารถนำไปปฏิบัติในวันต่อไปได้ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง การร้องเพลงคาราโอเกะกับสมาชิกในครอบครัวหลังเลิกงาน 2.4) เลือกให้เหมาะสมของกิจกรรมกับงานประจำที่ทำ หากงานประจำที่ทำเป็นงานที่ นั่งอยู่กับที่ไม่ค่อยได้ใช้กำลังก็ควรเลือกกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการขาดการออกกำลังกายและร่างกายจะได้แข็งแรงด้วยแต่ถ้างานประจำที่ใช้กำลังมากเช่นเป็นนักกีฬา เกษตรกรผู้ใช้แรงงานก็ควรเลือกกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมากนักเช่น ร้องเพลง ฟังเพลง เล่นหมากรุก เล่นปาล้ำร่างกายจะได้ไม่เหน็ดเหนื่อยเพิ่มขึ้น

3.9.3) การนั่งสมาธิการทำสมาธิถือเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะจิตใจจะสงบและปลอดจากความคิดที่ซ้าซาก ฟุ้งซ่าน วิดกกังวล เสรี โกรธ เป็นต้น หลักของการทำสมาธิคือการเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียวซึ่งในที่นี้จะใช้การนับลมหายใจเป็นหลักและยุติการคิดเรื่องอื่น ๆ อย่างสิ้นเชิง หากฝึกสมาธิเป็นประจำจะทำให้จิตใจเบิกบาน อารมณ์เย็น สมองแจ่มใส หายเครียดจนตัวเองและคนใกล้ชิดรู้สึกถึงความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีนี้ได้ อย่างชัดเจน

3.9.4) การนวดไทยความเครียดเป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งเลือดไหลเวียนไม่สะดวกปวดตื้อคอปวดหลัง เป็นต้น การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทำให้รู้สึกปลอดโปร่งสบายตัว หายเครียดและลดอาการเจ็บปวดได้ การนวดไทยสามารถนวดได้ด้วยตนเองและเหมาะสำหรับผู้มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ บ่า และไหล่ อันมีสาเหตุมาจากความเครียด

3.9.5) การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชนเป็นการรวมตัวกันของคนในชุมชน ในเทศกาลใดเทศกาลหนึ่งเพื่อนำมาเป็นจุดเด่นในการทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชนเพื่อเสริมสร้างอารมณ์ เพราะการที่ได้มีการพูดคุยหยอกล้อกับคนในชุมชนเสมอ ๆ จะช่วยสร้างบรรยากาศของความสนุกสนานในการอยู่ร่วมกันเป็นการจัดการความเครียดได้ ทั้งนี้หากประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ได้ตามเกณฑ์พฤติกรรมที่พึงประสงค์การจัดการความเครียดตามเป้าหมายที่ต้องการได้เป็นผลสำเร็จจะส่งผลดีทั้งทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ

นอกจากนี้แล้ว Ligh (1997, อ้างถึงในสุวรรณ อนุสันติ, 2546, น.49-52) ยังได้เพิ่มเติมทักษะในการจัดการความเครียด ดังนี้

3.9.6) การหายใจลึก ๆ โดยกระทำอย่างช้า ๆ วิธีหายใจที่ถูกต้องควรหายใจนำออกซิเจนเข้าทางจมูก และหายใจเอาคาร์บอนไดออกไซด์ให้ผ่านทางช่องปาก กระทำเช่นนี้หลาย ๆ ครั้ง จะช่วยให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย

3.9.7) การบริหารเวลา สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดคือการที่บุคคลไม่รู้จักระบายเวลา ไม่มีแผนล่วงหน้า ไม่จัดเวลาในการกระทำสิ่งต่าง ๆ การทำอะไรหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกันผลที่ออกมาไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรกำหนดเป็นตารางของงาน และจัดลำดับเวลาและความสำคัญก่อนหลังสังเกตดูว่าสิ่งใดควรทำก่อนสิ่งใดควรทำหลังควรเริ่มต้นทำงานอย่างรวดเร็ว

3.9.8) การระบายออก เมื่อเกิดความเครียดควรหาบุคคลช่วยเหลือโดยการระบายความรู้สึกเบื่อบริวารมณ์เศร้าก็เกิดขึ้น จึงควรหาคนอื่นที่เราไว้วางใจ เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ครูและเพื่อนสนิท เป็นต้น

3.9.9) ควรอยู่ในท่าสบาย ควรอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่ มีความสงบและสุขสบาย อยู่ในห้องที่มีอากาศและอุณหภูมิพอเหมาะ ตำรวจดูว่าเก้าอี้ที่นั่งให้ความสบายหรือเหมาะสมหรือไม่

3.9.10) การหัวเราะ บุคคลควรมีอารมณ์ขันบ้างและต้องหัวเราะให้เป็น อาจทำให้ตนเองหัวเราะโดยการหาหนังตลกมาดู ซึ่งการหัวเราะช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น

3.9.11) การรู้จักข้อจำกัดของตนเองเมื่อมีเหตุการณ์ที่มีความเครียดเข้ามากระทบก็ไม่สามารถเผชิญต่อความเครียดได้วิธีแก้ไขเมื่อมีสถานการณ์ความเครียดเข้ามาให้ถามตนเองว่าปัญหานี้เป็นปัญหาของเราหรือไม่ถ้าไม่ใช่ก็ปล่อยมันไปถ้าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้เดี๋ยวนี้หรือไม่เพราะบางปัญหานั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์เราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเพราะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายประการที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้นจึงควรยอมรับสถานการณ์เหล่านั้นดีกว่าที่จะพยายามต่อสู้หรือพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้น ๆ ควรรองจนกว่าจะถึงเวลาและโอกาสที่เหมาะสม

3.9.12) การทำสิ่งที่ถูกต้องอยู่เสมอ การกระทำควรอยู่บนความถูกต้อง ซึ่งบางครั้งอาจมีคนอื่นไม่เห็นด้วยกับความคิดของเรา จงจำไว้ว่าควรใช้วิธีการโน้มน้าวดีกว่าการทำให้

แตกหักกันไปข้างหนึ่ง วิธีการค่อย ๆ ไล่ความคิดให้เขาทีละน้อยด้วยเหตุและผล ซึ่งทำเช่นนี้จะทำให้สองฝ่ายมีเวลาของการไตร่ตรองถึงเหตุผลได้มากขึ้นด้วย ซึ่งจะส่งผลให้เราทำงานไม่ผิดพลาด

3.9.13) การร้องไห้การร้องไห้ ออกมาเวลาที่เราระสบปัญหาเกี่ยวกับความเครียดมาก ๆ จะเป็นวิธีการที่จะทำให้บุคคลได้ระบายในสิ่งที่อัดอั้นออกมาซึ่งจะทำให้รู้สึกสบายขึ้นแต่ถ้าร้องไห้ทุกวันจะบ่งชี้ว่ามีปัญหาสุขภาพจิตควรปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือนักให้คำปรึกษาเพื่อได้รับการแก้ไข

3.9.14) หลีกเลี่ยงห่างจากยาการพึ่งยาเสพติดหรือการดื่มเหล้า ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ช่วยให้ความเครียดหายได้แต่กลับมีอารมณ์มากขึ้น ถ้าจำเป็นต้องกินยาเพื่อช่วยลดความเครียดแต่ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์

3.9.15) ควรพยายามหาโอกาสทองซึ่งหมายถึงการมองโลกในแง่ดีไม่มีสิ่งใดเลวร้ายจนแก้ไขไม่ได้ พยายามมองหาโอกาสเพิ่มความสุขให้ตนเอง และมีความรู้สึกที่ดีต่อสถานการณ์ชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้น เช่น ไปร่วมงานสังสรรค์กับเพื่อน ฟังเสียงนกร้อง ซื่อสัตย์กับคนที่คุณรัก ดูพระอาทิตย์ตกดิน เป็นต้น

จะเห็นว่าวิธีการจัดการความเครียดทั้ง 15 ข้อ คงจะทำได้ไม่ยากนักถ้าหากว่าผู้ที่กำลังเครียดอยู่นั้นมีความตั้งใจและสนใจที่จะกระทำอย่างจริงจัง เพราะในความคิดเห็นของโลกที่ว่าอยากลำบากเพียงระยะแรกเท่านั้น เมื่อฝึกลบค่อย ๆ เกิดเป็นทักษะอัตโนมัติขึ้นเอง แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการคลายเครียดและประสบความสำเร็จในทุก ๆ ด้านได้นั้นขึ้นอยู่กับตัวของเราเอง

2.4.5 แนวคิดประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2.4.5.1 ความหมายของประสิทธิผล

ความหมายของประสิทธิผล มีนักวิชาการที่ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

รุ่ง แก้วแดง และชัยณรงค์ สุวรรณสาร (2536, น.169) กล่าวว่าประสิทธิผล หมายถึงความสำเร็จของผลการปฏิบัติงานที่เป็นไปหรือบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การ

เปรมสุริย์ เชื้อมทอง (2536, น.9) กล่าวว่าประสิทธิผลหมายถึงผลงานของกลุ่มซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นประสิทธิผลของโรงเรียนคือความสำเร็จของโรงเรียนที่สามารถทำหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้เกิดจากประสิทธิภาพของผู้บริหารโรงเรียนที่สามารถใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการบริหารงานเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติงานให้เกิดผลตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้

ซงชัย สันติวงษ์ (2537, น.22) กล่าวว่าประสิทธิผล หมายถึงการทำงานที่ได้ผลโดยสามารถบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ การวัดผลงานที่ทำได้เทียบกับเป้าหมายหากสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็แสดงว่าการทำงานมีประสิทธิผลสูง

วิทยา ค่านธำรงกุล (2546, น.27) ให้ความหมายว่าประสิทธิผลหมายถึงความสามารถในการเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมและบรรลุเป้าหมายนั้น ๆ ประสิทธิภาพจึงวัดกันที่ว่าองค์การสามารถสนองผู้บริหาร โภคสินค้าหรือบริการที่เป็นต้องการหรือไม่และสามารถบรรลุในสิ่งที่พยายามจะทำมากน้อยเพียงใด

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2552, น.8) กล่าวว่าประสิทธิผล หมายถึงผลการปฏิบัติราชการที่บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนการปฏิบัติราชการตามที่ได้รับงบประมาณมาดำเนินการรวมถึงสามารถเทียบเคียงกับส่วนราชการหรือหน่วยงานที่มีภารกิจคล้ายคลึงกันและมีผลการปฏิบัติงานในระดับชั้นนำของประเทศเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขต่อประชาชน โดยการปฏิบัติราชการจะต้องมีทิศทางยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ที่ชัดเจน มีกระบวนการปฏิบัติงานและระบบงานที่เป็นมาตรฐานรวมถึงมีการติดตามประเมินผลและพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

อาภรณ์ อ่อนคง (2556) กล่าวว่าประสิทธิผลหมายถึงเครื่องมือหรือตัวบ่งชี้ในการตัดสินใจว่าการบริหารของหน่วยงานหรือองค์การใดองค์การหนึ่งสามารถดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่วางไว้มากน้อยเพียงใด เป็นเรื่องเกี่ยวกับผลที่ได้รับและผลสำเร็จของงานมีความเกี่ยวข้องกับผลงานที่องค์การพึงประสงค์

Gibson (1982, p.812) นิยามว่าประสิทธิผลหมายถึง เรื่องของการกระทำใด ๆ ที่มีความมุ่งหมายจะได้รับผลอะไรสักอย่างให้เกิดขึ้น การกระทำหรือความพยายามจะมีประสิทธิผลสูงต่ำเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าผลที่ได้รับตรงนั้นตรงครบถ้วนทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรวมถึงใช้พลังงานน้อยเพียงใด

Hoy and Miskel (1991, p.51) กล่าวว่าประสิทธิผลขององค์การ หมายถึงการที่ผู้บริหารสามารถใช้ภาวะผู้นำ เป็นศูนย์กลางในการจัดการศึกษาทำให้ครูและนักเรียนเกิดความพึงพอใจ เป็นผลทำให้การดำเนินงานของโรงเรียนมีประสิทธิผลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

สรุปได้ว่าประสิทธิผลขององค์การหมายถึงการที่องค์การได้ดำเนินงานใด ๆ โดยการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ จนเกิดผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่องค์การตั้งไว้

2.4.5.2 ประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพ

ประสิทธิผลการจัดการ (Effectiveness) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย 4 ประการ คือความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในองค์กร (Integration) การปรับตัวขององค์กรให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม (Adaptability) การปรับตัวขององค์กรให้สอดคล้องกับสังคม (Social Relevance) และผลผลิตขององค์กร (Productivity) (อรุณ รักธรรม, 2546, น.12) เป็นความสามารถในการผลิต ความยืดหยุ่นขององค์กรในรูปของความสำเร็จในการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก (Georgopoulos and Tenenbaum, 1975) หรือประสิทธิผลขององค์กร สมรรถนะ (Capacity) ขององค์กรในการที่จะอยู่รอด (Survival) ปรับตัว (Adapt) รักษาสภาพ (Maintain) และเติบโต (Growth) ไม่ว่าองค์กรนั้นจะมีหน้าที่ใดที่ต้องการให้ลุล่วง (Schein, 1970, p.177)

ดังนั้นประสิทธิผลการจัดการ จึงเป็นเรื่องของความสามารถทางการจัดการในการบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรและรักษาไว้อย่างคุ้มค่า สมาชิกเกิดความพึงพอใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบต่อปัญหาหรือข้อยุ่งยากที่เกิดขึ้นและองค์กรส่วนร่วมสามารถปรับตัวและพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพโรคหัวใจหรือหลอดเลือดหมายถึงการบรรลุเป้าหมายการบริการสาธารณสุขหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre-DM) (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2556, น.112) มีดังนี้

1. ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
2. น้ำหนักและรอบเอว
 - 2.1 คีชีนิมวตกายอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร²
 - 2.2 รอบเอวน้อยกว่าส่วนสูง (เซนติเมตร) หารด้วย 2
3. ความดันโลหิตต่ำกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท
4. ออกกำลังกายหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์
5. การบริโภคอาหารที่เหมาะสมเช่น ไม่รับประทานอาหารที่มีรสหวานมันเค็ม
เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้รสไม่หวานรวมถึงลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
6. ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติในรายที่มีไขมันผิดปกติ
7. หยุดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

ดังนั้นประเด็นสำคัญของเป้าหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้เป็นโรคเบาหวานการควบคุมน้ำหนักไม่ให้คีชีนิมวตกายเกินกำหนดอยู่ระหว่าง

18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร² และการควบคุมรอบเอวให้ได้ตามมาตรฐาน คือ น้อยกว่าส่วนสูง (เซนติเมตร) หารด้วย 2 ซึ่งมีการตรวจวัดดังได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

1. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

ในการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หรือกลุ่มปกติ นั้นใช้การวินิจฉัยจากผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีวิธีการตรวจที่สำคัญ 2 วิธี ดังนี้การเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป (Fasting Blood Sugar: FBS) และการตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c) ซึ่งการตรวจวินิจฉัยเบาหวานด้วยการตรวจเลือดได้ผลที่แน่นอนกว่าการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ และสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ เพราะการตรวจพบว่ามีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะย่อมแสดงว่ามีระดับน้ำตาลสูงมากแล้วจะทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้าไปด้วย

1.1 การเจาะเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงขึ้นไป

วิธีการคัดกรองโรคเบาหวานแนะนำให้ใช้การตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป (Fasting Plasma Glucose: FPG, Venous Blood) ถ้าไม่สามารถตรวจ FPG ให้ตรวจน้ำตาลในเลือดเจาะจากปลายนิ้ว (Fasting Capillary Blood Glucose) แทนได้ถ้าระดับ FPG ≥ 126 มก./ดล. ให้ตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งในวันหรือสัปดาห์ถัดไปถ้าพบ FPG ≥ 126 มก./ดล. ซ้ำอีกก็ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในกรณีที่ FPG มีค่า 100-125 มก./ดล. วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งควรได้รับคำแนะนำให้ป้องกันโรคเบาหวาน โดยการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอติดตามวัดระดับ FPG ซ้ำทุก 1-3 ปีขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงที่มีการคัดกรองโรคเบาหวานอาจจะใช้การตรวจวัดระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว โดยที่ไม่ต้องอดอาหารในกรณีที่ไม่ว่างหรือไม่สามารถตรวจระดับ FPG ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะจากปลายนิ้วขณะที่ไม่อดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มก./ดล. ควรได้รับการตรวจยืนยันด้วยค่าการตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไปเนื่องจากค่าระดับน้ำตาลในเลือดเจาะจากปลายนิ้วที่วัดได้มีโอกาสที่จะมีความคลาดเคลื่อนแต่ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดเจาะจากปลายนิ้วขณะที่ไม่อดอาหารน้อยกว่า 110 มก./ดล. โอกาสจะพบความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดมีน้อยจึงควรได้รับการตรวจซ้ำทุก 3 ปี (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557, น.8)

1.2 ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c)

ฮีโมโกลบินเอวันซีเป็นค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมภายใน 2-3 เดือนที่ผ่านมา ใช้ตรวจเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีหรือไม่ ซึ่งจะประเมินได้ดีกว่าการเจาะเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานบางรายจะพยายาม

ลดอาหาร 2-3 วัน ก่อนมาพบแพทย์ตามนัดทำให้เวลาเจาะเลือดแล้วน้ำตาลจะลดลง การประเมินน้ำตาลในเลือดจากระดับ HbA1c จึงเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกว่าภายใน 2-3 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมเบาหวานได้ดีเพียงใดในการควบคุมเบาหวานที่ได้ผลผู้ป่วยควรมีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7% อย่างไรก็ตามการวัดระดับ HbA1c นิยมใช้ในต่างประเทศเพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหารแต่ต้องตรวจในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น

2. การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินความอ้วนไม่ได้ประเมินจากการดูด้วยสายตาดังแต่จะประเมินจากดัชนีมวลกายซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกายมีวิธีการประเมินง่าย ๆ แต่ได้ผลดีได้แก่การประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) และการวัดเส้นรอบเอว (Waist Circumference: WC)

2.1 การประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ค่า BMI สามารถประเมินได้โดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง แล้วคำนวณจากน้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งค่านี้มีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกายแต่ค่า BMI ใช้ประเมินปริมาณไขมันในผู้ที่อ้วนมาก ๆ ไม่ได้และประเมินในผู้ที่อ้วนเนื้อลึบจากสูงอายุไม่ได้เส้นรอบเอวจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในอวัยวะภายในช่องท้องหากมีไขมันช่องท้องมากจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าไขมันที่อยู่ตามแขนหรือขาโดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินแต่เส้นรอบเอวไม่เกินกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อโรคไม่มากวิธีการวัดเส้นรอบเอวจะต้องวัดทำขึ้นโดยเท้าควรแยกออกจากกัน 25 ถึง 30 เซนติเมตร วัดรอบเอวระดับกึ่งกลางกระดูกสะโพกส่วนบนสุดและขอบล่างของกระดูกซี่โครงให้ขนานกับพื้นผู้วัดต้องนั่งข้าง ๆ และต้องวัดขณะหายใจออกเท่านั้นส่วนสะโพกให้วัดบริเวณส่วนที่ก้นยื่นออกมามากที่สุด BMI สามารถประเมินภาวะโภชนาการและภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูง สำหรับชาวเอเชียจากผลของการวิจัยพบว่าค่า BMI มากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร² ไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชายจะเกิดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ดังนั้นจึงกำหนดว่าหาก BMI มากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร² จะถือว่าภาวะโภชนาการเกินนอกจากนั้นยังได้กำหนดขนาดเส้นรอบเอวสำหรับคนเอเชียซึ่งไม่สามารถใช้มาตรฐานของประเทศทางยุโรปเนื่องจากโครงสร้างต่างกัน เส้นรอบเอวที่เหมาะสมสำหรับคนเอเชียคือน้อยกว่า 90.0 เซนติเมตร (36.0 นิ้ว) สำหรับผู้ชายและน้อยกว่า 80.0 เซนติเมตร (32.0 นิ้ว) สำหรับผู้หญิง ถ้ามีค่าเกินจากที่กำหนดจะมีภาวะเสี่ยงต่อโรคที่สัมพันธ์กับความอ้วน(นงลักษณ์ เทศนา, 2558, น.14) ดังตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6

ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายระดับภาวะ โภชนาการ เส้นรอบเอวและภาวะเสี่ยงต่อโรค สำหรับคนไทย

BMI (กก./เมตร ²)	ระดับภาวะ โภชนาการ	ภาวะเสี่ยง ต่อโรค	เส้นรอบเอวและภาวะเสี่ยงต่อโรค	
			ชาย < 90.0 ซม. หญิง < 80.0 ซม.	ชาย > 90.0 ซม. หญิง > 80.0 ซม.
< 18.5	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำคนปกติ
18.5-22.9	ปกติ	ต่ำคนปกติ	ต่ำคนปกติ	เพิ่ม
23.0-24.9	เกิน	เพิ่ม	เพิ่ม	ปานกลาง
25.0-29.9	อ้วนระดับที่ 1	เพิ่มมาก	ปานกลาง	สูงมาก
≥ 30.0	อ้วนระดับที่ 2	สูงมาก	สูงมาก	สูงมากๆ

หมายเหตุ. ปรับปรุงจากการพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. โดย นงลักษณ์ เทศนา, 2558, สืบค้นจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4264?show=full>

2.2 เส้นรอบเอว (Waist Circumference: WC) เส้นรอบเอวของคนเรานอกจากจะบ่งบอกถึงสัดส่วน โดยคะแนนด้วยสายตาแล้ว ผลการศึกษายังพบว่าปริมาณไขมันในช่องท้องจะมีความสัมพันธ์กับขนาดเส้นรอบเอว และยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะฉะนั้นคนที่มียูเอวใหญ่จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตก และโรคหัวใจ การที่จะรู้ว่าเรามีไขมันสะสมในอวัยวะช่องท้องมากแค่ไหนรู้ได้จากการวัดเส้นรอบเอว สำหรับผู้ชายที่มีรอบเอวมมากกว่า 36 นิ้ว และผู้หญิงที่มีรอบเอวมมากกว่า 32 นิ้ว ถือว่า "อันตราย" แล้ว

2.2.1 การควบคุมน้ำหนัก และควบคุมรอบเอวได้แก่

2.2.1.1 กินอาหารสมดุล ควบคุมสัดส่วนปริมาณอาหาร กลุ่มข้าวแป้ง ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง นม ผลิตภัณฑ์นม และไขมันให้พอเหมาะในแต่ละวัน โดยผู้หญิงควรได้รับพลังงานวันละ 1,600 แคลอรี ส่วนผู้ชายควรได้รับวันละ 2,000 แคลอรี

2.2.1.2 กินอาหารเข้าทุกวัน เพราะมือเข้าเป็นมือหลักเพื่อกระจายปริมาณพลังงานอาหารให้พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย นอกจากจะช่วยให้ร่างกายไม่หิวมากในช่วงบ่ายแล้วยังควบคุมอาหารมือเย็นให้กินได้น้อยลงได้

2.2.1.3 กินอาหารแต่พออิ่มในแต่ละมื้อ ไม่ควรบริโภคจนอึดมากเกินไป

2.2.1.4 กินอาหารธรรมชาติที่ไม่แปรรูป เช่น เมล็ดธัญพืช กลุ่มข้าว แป้ง ใต้ไก่ ข้าวกล้อง เผือก มัน ข้าวโพด กลุ่มน้ำมัน ใต้ไก่ เมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง ถั่ว งา เป็นต้น เพราะมีวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหารสูง

2.2.1.5 กินผักและผลไม้ไม่หวานให้มากพอ และครบ 5 สี คือ สีน้ำเงิน ม่วง แดง เขียว ขาว เหลืองส้ม และแดง เพื่อเพิ่มวิตามิน เกลือแร่และเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันโรค จากสารเมดิซินในผัก และผลไม้

2.2.1.6 กินอาหารมื้อเย็นแต่วัน เวลา สำหรับอาหารมื้อเย็นควรห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง เพราะในช่วงเวลานอนหลับ ระบบประสาทสั่งงานให้ร่างกายพักผ่อนเกิดการสะสมไขมันในอวัยวะช่องปากมากขึ้น

2.2.1.7 กินเป็น คือ รู้จักหลีกเลี่ยงอาหารมันจัด หวานจัด และเค็มจัด อาหารในรูปไขมัน น้ำมัน มาการีน น้ำตาล แป้ง และเกลือ เช่น เค้ก คุกกี้ มันฝรั่งทอด โรตีสี และของคอง เป็นต้น

นอกจากควบคุมการกินอาหารแล้ว การออกกำลังกายยังเป็นการลดไขมันหน้าท้องได้เป็นอย่างดี โดยควรออกกำลังกายที่ชื่นชอบ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละไม่น้อยกว่า 30 นาที หากเราสามารถลดน้ำหนักตัวได้ 5-10% ของน้ำหนักไขมันในช่องท้อง จะลดลงไปได้ถึง 30%แต่ทั้งนี้ต้องอาศัยความมุ่งมั่น และตั้งใจจริง นอกจากจะส่งผลดีต่อสุขภาพแล้วยังทำให้บุคลิกของเราดูดีขึ้นอีกด้วย

2.2.2 การวัดเส้นรอบเอวผู้ถูกวัดเส้นรอบเอวให้อยู่ในท่ายืน หายใจเบา ๆ ใช้สายวัดรอบเอว ผ่านสะดือ ให้สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น และให้ระดับของสายวัดที่วัดรอบเอววางอยู่ในแนวขนานกับพื้น ดังแสดงการวัดเส้นรอบเอวข้างล่างในภาพที่ 2.9



ภาพที่ 2.9 การวัดเส้นรอบเอว. ปรับปรุงจาก *วัดรอบเอว วัดสุขภาพ*. โดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สืบค้นจาก <http://www.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/advisor/main.php?filename=070304>

กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่าเป้าหมายสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556, น.37) คังตารางที่ 2.7

ตารางที่ 2.7

ค่าเป้าหมายการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หน่วย	ดี
Fasting Blood Sugar (FBS)	mg/dl	<100
Body Mass Index (BMI)	kg/m ²	20-25 (ชาย) 19-24 (หญิง)
Waist Circumference (WC)	cm	90 (ชาย) 80 (หญิง)

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก *คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด*. โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541, นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราลี วงศ์ศรีษา และอรสา กงตาล (2544, น.764) และ นงลักษณ์ เทศนาและคณะ (2558, น.30) ซึ่งศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน โดยใช้ตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ ได้แก่ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Blood Sugar Level : BSL) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) และ เส้นรอบเอว (Waist Circumference: WC) ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ตัวแปรที่ใช้วัดประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง อัตราการลดลงดัชนีชี้วัดมวลกายและอัตราการลดลงความยาวเส้นรอบเอวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ในระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560

2.5 บริบทพื้นที่ในการวิจัย

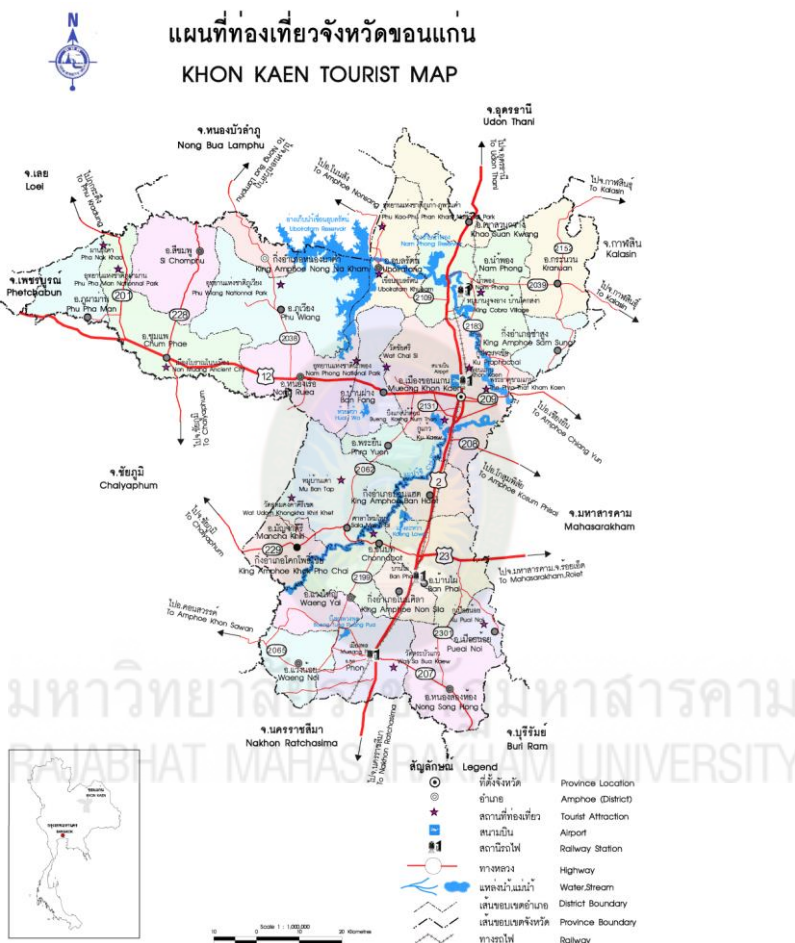
ขอนแก่นเป็นจังหวัดขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และมีประชากรมากที่สุดในจังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และ กาฬสินธุ์) ซึ่งประชากรกลางปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 1,795,943 คน เป็นเพศชาย จำนวน 888,661 คน และเพศหญิง จำนวน 907,282 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559,น.5) จังหวัดขอนแก่นตั้งอยู่ในจุดที่ถนนมิตรภาพ (ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2) ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 12 และทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 209 (ถนนสายเศรษฐกิจตะวันออก-ตะวันตก) ตัดผ่านซึ่งเป็นเส้นทางสำคัญในการเดินทางจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนเข้าไปสู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนไปเข้าภาคเหนือที่อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และเดินทางเข้าสู่ประเทศลาวทั้งทางด้านทิศใต้และทิศตะวันตกของประเทศลาว (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2559)

2.5.1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดขอนแก่น

2.5.1.1 ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดขอนแก่นตั้งอยู่บริเวณตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ห่างจาก กรุงเทพมหานครตามทางหลวงหมายเลข 2 หรือถนนมิตรภาพระยะทาง 445 กิโลเมตร และตามทางรถไฟสายกรุงเทพ-หนองคาย 450 กิโลเมตรมีพื้นที่ 10,886 ตารางกิโลเมตร (6.8 ล้านไร่) หรือประมาณร้อยละ 6.5 ของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียงรวม 9 จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559) ดังนี้

ทิศเหนือ ติดกับ จังหวัดอุดรธานีจังหวัดเลย และจังหวัดหนองบัวลำภู
 ทิศใต้ ติดกับ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดบุรีรัมย์
 ทิศตะวันออก ติดกับ จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดมหาสารคาม
 ทิศตะวันตก ติดกับ จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดเพชรบูรณ์



ภาพที่ 2.10 แผนที่จังหวัดขอนแก่น.ปรับปรุงจาก *KhonKaen Tourist Map*.Form Novabizz. 2011).
 Form <https://www.novabizz.com/Map/img/map-19-KhonKaen.gif>.

2.5.1.2 การปกครอง

จังหวัดขอนแก่นมีส่วนราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น(สำนักงาน
 สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559,น.2-4)ดังนี้

- 1) ราชการส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย
 - 1.1) ส่วนราชการประจำจังหวัด 33 ส่วนราชการ

- 1.2) อำเภอ 26 อำเภอ
- 1.3) ตำบล 199 ตำบล
- 1.4) หมู่บ้าน 2,331 หมู่บ้าน
- 1.5) ชุมชน 387 ชุมชน
- 2) ราชการส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย
 - 2.1) องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง
 - 2.2) เทศบาล 83 แห่ง
 - 2.3) องค์การบริหารส่วนตำบล 140 แห่ง
- 3) ราชการส่วนกลาง และรัฐวิสาหกิจ 227 หน่วยงาน

จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 26 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง น้ำพอง เขาสวนกวาง ชำสูง กระนวน อุบลรัตน์ บ้านฝาง หนองเรือ ภูเวียง ชุมแพ สีชมพู หนองนาคำ ภูผาม่าน บ้านไผ่ พล หนองสองห้อง มัญจาคีรี พระยืน เปือยน้อย แวงน้อย ชนบท แวงใหญ่ บ้านแฮด โนนศิลา โคนโพธิ์ชัยและอำเภอเวียงเก่า

2.5.1.3 หน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นมีโรงพยาบาล จำนวน 35 แห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 26 แห่งมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2 แห่ง กระทรวงกลาโหม 1 แห่ง กรมอนามัย 1 แห่ง กรมสุขภาพจิต 1 แห่ง กรมการแพทย์ 1 แห่ง และเอกชน 3 แห่ง(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, น.6-7)ดังนี้

- 1) สถานบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - 1.1) โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A)โรงพยาบาลขอนแก่น1แห่ง
 - 1.2) โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1)
 - 1.2.1) โรงพยาบาลสิริธร ขนาด 250 เตียง 1 แห่ง
 - 1.2.2) โรงพยาบาลชุมแพ ขนาด 166 เตียง 1 แห่ง
 - 1.3) โรงพยาบาลชุมชน
 - 1.3.1) ระดับ M2 ขนาด 90-120 เตียง 3 แห่ง
 - 1.3.2) ระดับ F1 ขนาด 90 เตียง 1 แห่ง
 - 1.3.3) ระดับ F2 ขนาด 30-60 เตียง 15 แห่ง
 - 1.3.4) ระดับ F3 (เปิดใหม่) จำนวน 4 แห่ง
 - 1.4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 248 แห่ง
 - 1.5) ศูนย์แพทย์/ศูนย์สุขภาพชุมชน (สังกัด รพ.ขอนแก่น) จำนวน 8 แห่ง

- 1.6) ศูนย์อนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ขนาด 60 เตียง 1 แห่ง
 - 1.7) โรงพยาบาลชัยภูมิรักษ์ขอนแก่น ขนาด 140 เตียง 1 แห่ง
 - 1.8) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขนาด 372 เตียง
จำนวน 1 แห่ง
- 2) สถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงอื่น
- 2.1) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ขนาด 1,220 เตียง จำนวน 1 แห่ง
 - 2.2) ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ขนาด 200 เตียง 1 แห่ง
 - 2.3) โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง
 - 2.4) ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น
จำนวน 1 แห่ง
- 3) สถานบริการสาธารณสุขเอกชน
- 3.1) โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 3 แห่ง ได้แก่
 - 3.1.1) โรงพยาบาลขอนแก่นราม ขนาด 199 เตียง
 - 3.1.2) โรงพยาบาลราชพฤกษ์ ขนาด 50 เตียง
 - 3.1.3) โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ขนาด 56 เตียง
 - 3.2) คลินิกเวชกรรม จำนวน 234 แห่ง
 - 3.3) คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง จำนวน 90 แห่ง
 - 3.4) คลินิกทันตกรรม จำนวน 81 แห่ง
 - 3.5) คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง จำนวน 2 แห่ง
 - 3.6) คลินิกกายภาพบำบัด จำนวน 7 แห่ง
 - 3.7) คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ จำนวน 136 แห่ง
 - 3.8) คลินิกแพทย์แผนไทย จำนวน 11 แห่ง
 - 3.9) คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง จำนวน 2 แห่ง
 - 3.10) คลินิกการประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน จำนวน 2 แห่ง
 - 3.11) คลินิกประกอบโรคศิลปะกิจกรรมบำบัด จำนวน 2 แห่ง
 - 3.12) สหคลินิก จำนวน 6 แห่ง
 - 3.13) ร้านขายยาแผนปัจจุบัน จำนวน 381 แห่ง
 - 3.14) ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ จำนวน 66 แห่ง

- 3.15) ร้านขายยาแผนโบราณ จำนวน 52 แห่ง
- 3.16) ร้านขายยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (ขย3) จำนวน 19 แห่ง
- 3.17) โรงงานผลิตยาแผนโบราณ จำนวน 22 แห่ง
- 3.17) ร้านขายส่งยาแผนปัจจุบัน จำนวน 1 แห่ง
- 4) หน่วยงานบริหารและศูนย์วิชาการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- 4.1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 แห่ง
- 4.2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 26 แห่ง
- 4.3) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 1 แห่ง
- 4.4) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น จำนวน 1 แห่ง
- 4.5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จำนวน 1 แห่ง
- 4.6) ศูนย์สุขภาพจิต จำนวน 1 แห่ง
- 4.7) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ขอนแก่น จำนวน 1 แห่ง
- 4.8) สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 7 ขอนแก่น จำนวน 1 แห่ง
- 4.9) สถาบันสุขภาพจิตและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1 แห่ง

2.5.1.4 กำลังคนด้านสาธารณสุข

จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนของจังหวัดขอนแก่น ปี 2559 จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพดังรายละเอียดตามตารางที่ 2.8

ตารางที่ 2.8

จำนวนบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน จังหวัดขอนแก่น ปี 2559

ประเภท	กระทรวง	กระทรวง	เอกชน	รวม	อัตราส่วน : ประชากร
	สาธารณสุข	อื่นๆ			
1. แพทย์	542	713	54	1,309	1:1,372
2. ทันตแพทย์	136	114	2	279	1:6,437
3. เทคนิคการแพทย์	119	57	22	198	1:9,070
4. เภสัชกร	231	58	24	313	1:5,738
5. นักวิชาการสาธารณสุข	480	10	0	490	1:3,665
6. พยาบาลวิชาชีพ	2,686	1,763	284	4,733	1:379
7. พยาบาลเทคนิค	57	520	0	577	1:3,113
8. เจ้าพนักงานสาธารณสุข	365	1	0	366	1:4,907

(ต่อ)

ตารางที่ 2.8(ต่อ)

ประเภท	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง อื่นๆ	เอกชน	รวม	อัตราส่วน : ประชากร
9. ผู้ช่วยทันตแพทย์/ทันต สาธารณสุข	208	66	6	280	1:6,414
10. ตำแหน่งอื่น ๆ	1,141	817	84	2,042	1:880
รวมประเภท 1-10	5,992	4,119	476	10,587	1:170
11. พนักงานราชการ/ กระทรวงสาธารณสุข	2,083	136	0	2,219	1:809
12. พนักงานอื่นๆ	0	195	329	524	1:3,427
13. ลูกจ้างประจำ	298	211	0	909	1:1,976
14. ลูกจ้างชั่วคราว	1,142	1,733	0	2,875	1:625
รวมทั้งหมด	9,915	6,394	805	17,114	1:105

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก สรุปผลการนิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับ
เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559. โดย สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดขอนแก่น, 2559, ขอนแก่น : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.

กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาล
ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลและศูนย์วิชาการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีสถานที่ปฏิบัติงานในจังหวัดขอนแก่น

กระทรวงอื่น ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศรีพัชรินทร ศูนย์หัวใจสิริกิติ์
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่นราม โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น และโรงพยาบาล
ราชพฤกษ์

2.5.1.5 การจัดระบบบริการสุขภาพตามกรอบการจัดระดับขีดความสามารถ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้จัดแบ่งกลุ่มสถานบริการสาธารณสุขตาม
กรอบการจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาล ออกเป็น 5 กลุ่ม (สำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) หมายถึงโรงพยาบาลชุมชนขนาด
เตียง 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวม 1-2 คนมีห้องผ่าตัดขนาด
เล็ก มีห้องคลอด มีตึกผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของ

แต่ละอำเภอไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบมีจำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลโนนศิลา โรงพยาบาลโคกโพธิ์ชัย โรงพยาบาลหนองนาคำ และโรงพยาบาลเวียงเก่า

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) หมายถึงโรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30-90 เตียงที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2-5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอดรองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอมีจำนวน 15 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลชำสูง โรงพยาบาลภูผาม่าน โรงพยาบาลเขาสวนกวาง โรงพยาบาลชนบท โรงพยาบาลมัญจาคีรี โรงพยาบาลภูเวียง โรงพยาบาลหนองสองห้อง โรงพยาบาลแวงน้อย โรงพยาบาลแวงใหญ่ โรงพยาบาลเปือยน้อย โรงพยาบาลอุบลรัตน์ โรงพยาบาลสีชมพู โรงพยาบาลหนองเรือ โรงพยาบาลพระยืน และโรงพยาบาลบ้านฝาง

กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) หมายถึงโรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 90-120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทาง สาขาหลัก คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญี แพทย์เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน รวม 3 - 10 คน มีห้องผ่าตัด ผู้ป่วยใน ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ขึ้นไปที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3-5 คนและแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญีสาขาละอย่างน้อย 2 คน มีผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขา รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอมีจำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลน้ำพอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน โรงพยาบาลพล และโรงพยาบาลบ้านไผ่

กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) หมายถึงโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขาและสาขารองในบางสาขาที่กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลชุมแพ

กลุ่มที่ 5 คือ โรงพยาบาลศูนย์ (Advance - level Hospital: A) หมายถึงโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ

และเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance and Sophisticate Technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลักสาขารองและสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็นกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง มีอยู่ 1 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

2.5.1.6 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นได้วิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้มของปัญหาสุขภาพและผลการดำเนินงานประจำปีเพื่อนำเสนอให้ผู้บริหารใช้ประกอบในการกำหนดนโยบายในการพัฒนางานสาธารณสุขประจำปีและใช้ในการปรับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น รวมถึงนำไปใช้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี สำหรับปีงบประมาณ 2559 นี้การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพ โดยรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ทั้งสถิติชีพ สาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก การป่วยผู้ป่วยใน สาเหตุการตายที่สำคัญ สถานการณ์และแนวโน้มโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อ และโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก ผลการวิเคราะห์พบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนจังหวัดขอนแก่นเรียงตามลำดับ ได้แก่ 1) มะเร็ง มะเร็งตับ และมะเร็งอื่น ๆ 2) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 4) อุบัติเหตุ และ 5) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นต้น พร้อมกับเสนอแนวทางในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวไว้ ได้แก่ 1) การพัฒนาเครือข่ายในชุมชน 2) การพัฒนาบุคลากรแกนนำ และ 3) การสนับสนุนการยกย่องเชิดชูเกียรติตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, น.41-42) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2.9

ตารางที่ 2.9

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและข้อเสนอแนะทางการพัฒนาของจังหวัดขอนแก่น

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	ข้อเสนอแนะทางการพัฒนา
1. มะเร็ง มะเร็งตับ และอื่น ๆ	1. พัฒนาเครือข่ายในชุมชน
2. โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	2. พัฒนาบุคลากรแกนนำ
3. โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	3. สนับสนุนการยกย่องเชิดชูเกียรติตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจ
4. อุบัติเหตุ	4. ใช้แผนชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ
5. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	5. ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มและชมรมด้านสุขภาพ
6. ใช้เลือดออก	6. สร้างแกนนำเยาวชน จิตอาสา และ อสม.

(ต่อ)

ตารางที่ 2.9(ต่อ)

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	ข้อเสนอแนะทางในการพัฒนา
7. กลุ่มครองผู้บริ โภค/ยา	7. ส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน
8. สุขภาพจิต	8. ส่งเสริมการจัดการความรู้ในพื้นที่
9. ยาเสพติด	9. พัฒนาเฝ้าระวัง ตรวจสอบคัดกรองสุขภาพ
10. วัณโรค	10. มีทีมหมอครอบครัวดูแลที่บ้านแบบองค์รวมและต่อเนื่อง
	11. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
	12. พัฒนาระบบสุขภาพศึกษาประสัมพันธ์
	13. เพิ่มช่องทางการสื่อสารด้านสุขภาพ
	14. ส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภค
	15. ใช้กฎหมายในการจัดการและพัฒนาสิ่งแวดล้อม
	16. ส่งเสริมมาตรการทางสังคม
	17. พัฒนาระบบบริการและระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ
	18. พัฒนาห้องปฏิบัติการ
	19. ลดการใช้สารเคมีและตรวจสอบคุณภาพสารที่ใช้ควบคุมโรค
	20. พัฒนาศูนย์เป็นมิตรกับวัยรุ่น

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก *สรุปผลการนิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559*. โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, ขอนแก่น : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.

2.5.2 การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

จังหวัดขอนแก่นมีปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของโรคเบาหวานเช่นเดียวกับจังหวัดอื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ในปี 2557 มีผู้ป่วยในโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐจำนวน 30,526 ราย คิดเป็นอัตราการป่วย 1,709.32 ต่อประชากรแสนคนถือได้ว่ามีผู้ป่วยในโรคเบาหวานเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7 และยังมีอัตราป่วยเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ รองจากจังหวัดอ่างทองที่มีอัตราป่วยสูงถึง 1,780.01 ต่อประชากรแสนคน(สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข,2558)

หากพิจารณาถึงแนวโน้มผู้ป่วยในโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐจังหวัดขอนแก่นในช่วงเวลาที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2550 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ที่ 1,159.94 ต่อประชากรแสนคนเป็น 1,176.00, 1,285.09, 1,480.46, 1,523.35, 1,670.66, และ 1756.63 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2551, 2552, 2553, 2554, 2555,

2556 และ 2557 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ 1.67 เท่า สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ พบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีการตรวจพบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่สูงถึง 16,246 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.91 ของประชากรกลางปี ในปี พ.ศ. 2557 มีการตรวจพบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จำนวน 8,486 ราย หรือร้อยละ 0.48 ของประชากรกลางปี และในปี พ.ศ. 2558 มีการตรวจพบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จำนวน 9,368 หรือร้อยละ 0.54 ของประชากรกลางปี (เขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2559)

ในปี 2559 จังหวัดขอนแก่นได้ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรคการพัฒนาาระบบบริการ เป้าหมายดำเนินการเน้นหนักในประชากรกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ครอบคลุมประชากรกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2554-2558 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2554 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่จาก 257.81 เป็น 192.02, 911.85, 475.76 และ 539.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับสำหรับอัตราความชุก พบว่าปี 2554มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสะสมจาก 4,804.9 เป็น 5,577.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2558และพบว่า อัตราความชุกโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2557 มีอัตราความชุกโรคหัวใจขาดเลือดจาก 162.73 เป็น 296.01 ต่อประชากรแสนคนในปี 2558 ส่วนโรคหลอดเลือดสมองนั้น ในปี 2557 มีอัตราความชุก จาก 349.5 เป็น 452.28 ต่อประชากรแสนคนในปี 2558 ตามลำดับ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มลดลงจากปี 2558 ร้อยละ 19.27 เป็นร้อยละ 17.90 ในปี 2559 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, น.216-218) ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ร้อยละ 40 ขึ้นไปและยิ่งไปกว่านั้นคือผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2558 มีสาเหตุการป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในลำดับที่ 1 ของสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มโรค 10 อันดับแรกของจังหวัดขอนแก่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559,น.109-124)

สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดขอนแก่นมีการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ พบว่ามีเป้าหมายในการคัดกรองจำนวน 667,204 คน ได้รับการคัดกรอง 523,026 คน หรือร้อยละ 78.39 พบว่าเป็นกลุ่มปกติ จำนวน 474,322 หรือร้อยละ 90.69 กลุ่มเสี่ยง 43,868 คน หรือร้อยละ 8.39 กลุ่มเสี่ยงสูง 4,836 คน หรือ ร้อยละ 0.92 (เขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2560) โดยกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการตรวจยืนยันการเป็นเบาหวานที่โรงพยาบาลต่อไป สำหรับกลุ่มเสี่ยงนี้หากไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว อาจมีโอกาasเป็นโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งแนวทางที่จะป้องกันหรือ

ชะลอการเป็นโรคเบาหวานให้ช้าที่สุด คือ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (Pre-diabetes) ควรได้รับคำแนะนำให้ลดน้ำหนักลงร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวและเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น เดินเร็ว ๆ อย่างน้อย 150 นาที ต่อสัปดาห์ และติดตามประเมินผลระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารหรือระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง ภายหลังจากการทดสอบการทนต่อกลูโคสทุก ๆ ปี เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการเกิดโรคเบาหวาน (ADA, 2009, p.26) จากข้อมูลและงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมามีการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปนั้น การส่งเสริมสุขภาพเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด (เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก และคณะ, 2553, น.171)

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งผู้รับผิดชอบงานได้ประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, น.121) ได้แก่

1. ขาดการพัฒนาหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง ที่เน้น 3 อ. 2 ส. (การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา) เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำตาล ความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการกับระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) และตำบลจัดการสุขภาพและการติดตามประเมินผล

2. การบันทึกข้อมูล 43 แฟ้มลงในฐานข้อมูลสุขภาพกลาง (Health Data Center: HDC) ไม่ทันเวลาที่กำหนดในแต่ละไตรมาส ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้องตามรหัส ทำให้ผลการดำเนินงานต่ำกว่าที่เป็นจริงกับกิจกรรมการบริการ

3. โปรแกรมรองรับการประเมิน Thai CV risk score ยังไม่สมบูรณ์ ขาดประเด็นการสูบบุหรี่ซึ่งจะส่งผลให้การประมวลผลและการออกรายงานมีความยุ่งยากในการจัดการฐานข้อมูล เพื่อการประเมินความเสี่ยงส่งผลต่อการจัดบริการตามความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559,น.122)ดังนี้

1. การพัฒนาหลักสูตรรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำตาล ความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการกับระบบสุขภาพอำเภอและตำบลจัดการสุขภาพ

2. การพัฒนาฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เพื่อการออกรายงานครอบคลุมตามกระบวนการดำเนินงาน และตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมตัวชี้วัดของผู้ใช้ข้อมูลเพื่อตอบสนองการนำข้อมูลไปตัดสินใจ

จากการศึกษาบริบทของพื้นที่วิจัย พบว่าจังหวัดขอนแก่นมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบันประมาณ 2559 อันดับที่ 2 คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน

เป็นสาเหตุการป่วยอันดับที่ 1 ของกลุ่มผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดขอนแก่น มีอัตราการป่วยรายใหม่เพิ่มอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดสำหรับการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และอายุ 35 ปี ขึ้น ไปยังไม่ครอบคลุมร้อยละ 90 และมีประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปี 2558 ประมาณร้อยละ 13 ซึ่งจะกลายเป็นโรคเบาหวานในอนาคตสูงถึงร้อยละ 70 หากไม่มีรูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวกลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานเร็วขึ้นรวมถึงประชาชนกลุ่มป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วโอกาสที่จะมีภาวะแทรกซ้อนย่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ดังนั้นการวิจัยรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดให้มีขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและประยุกต์ใช้ในประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ โรคเรื้อรัง อื่น ๆต่อไป

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2.6.1 ปัจจัยด้านบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ปัจจัยด้านบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีผลต่อปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีดังนี้

ลาวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2552, น. 71-73) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลำทหารตำบลบ้านเก่าอำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรีมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอายุ 40 ปีขึ้นไปจำนวน 45 คนซึ่งได้จากการสุ่มแบบเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมโครงการดำเนินงานโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (A-I-C) และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) บูรณาการเข้ากับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้านคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองและแรงจูงใจในด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองและแรงจูงใจในด้านสุขภาพ

ทั้ง 5 ด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง และแรงจูงใจในด้านสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายภายหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองและภายหลังการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงที่ต้องควบคุมลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาจัดทำแผนงาน/โครงการการดำเนินงานตามแผนฯ และติดตามประเมินผลนับเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและรูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาค่าอื่น ๆ ได้

ดวงสมร นิลตานนท์ (2553, น.115-117) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณอำเภอเอราวัณจังหวัดเลยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนและค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสรุปการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคเบาหวานและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยในชุมชนได้

ประภาพรธณ โคมหอม (2554, น.149-152) ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนคู้ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พบว่าในระยะแรกของการดำเนินการ แกนนำชุมชนที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้มีศักยภาพตามกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของประชาชนในพื้นที่ ด้านการค้นพบประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานมีจำนวนมาก (ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป) ซึ่งปัญหาของโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้และมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานยังไม่เหมาะสม ระยะ

ที่สอง เป็นการดำเนินกิจกรรมของแกนนำชุมชน ประกอบด้วย อสม. สมาชิก อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชน เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กิจกรรมประกอบด้วยการอบรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน อาการ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ออกกำลังกายเพื่อลดภาวะเสี่ยง และการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ 7 ขั้นตอนของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการจัดทำแผนงานการปฏิบัติตัวเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน และชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านการปฏิบัติตัว มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ระยะเวลาที่สามเป็นการประเมินผลหลังดำเนินการ พบว่าแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและมีพฤติกรรมในการลดภาวะเสี่ยงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีการจัดสถานที่เพื่อให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง ประชาชนงดดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลที่สำคัญทางศาสนา มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการจัดการความเครียดผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการตามกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น เช่น การส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงควรส่งเสริมให้ชุมชนมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

อลิสสา ศิริเวชสุนทร (2555, น.167-168) ศึกษาแนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าปัญหาและความต้องการของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล ได้แก่ 1) ประชาชนมีปัญหา 3 ด้าน คือ ปัญหาด้านการมีส่วนร่วม ปัญหาด้านทัศนคติ และปัญหาต่อการจัดกิจกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และความต้องการของประชาชนมี 2 ด้าน คือ ความต้องการมีส่วนร่วมและความต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นที่พึ่งทางสุขภาพ 2) เจ้าหน้าที่มีปัญหา 2 ด้าน คือ ปัญหานโยบายไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติและความคาดหวัง และปัญหาการขาดทักษะการประสานงานกับประชาชนและหน่วยงานอื่น ส่วนความต้องการของเจ้าหน้าที่มี 2 ด้าน คือ ความต้องการพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และความต้องการให้ประชาชนมีความสนใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่เพียงพอ 2) แนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วยแนวทางหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การพัฒนา

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การคัดเลือก การอบรม การปรับเปลี่ยน มโนทัศน์เจ้าหน้าที่จากผู้รอบรู้และผู้รักษาเป็นผู้เอื้ออำนวยการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน และการสนับสนุนการทำงานให้เกิดการบริการด้วยหัวใจมนุษย์ ด้านที่ 2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การณรงค์ให้ผู้รับบริการและชุมชนมีส่วนร่วมและด้านที่ 3 การพัฒนาวิธีการทำงานและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เน้นการบริหารจัดการและพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะกับชุมชน แนวทางทั้ง 3 ด้านนี้ ประชาชนและเจ้าหน้าที่ประเมินว่า มีความเหมาะสมมาก (ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.51, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97) และความเป็นไปได้มาก (ระดับคะแนนเฉลี่ย 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70)

นุสรุา บุญทศ (2556, น. 74-75) ศึกษาการสร้างการรับรู้ความสามารถของตน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจาย อำเภอบ้านดู่ จังหวัดยโสธรพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านการรับรู้ความสามารถตนเองและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้เกิดจากการใช้เทคนิคการเรียนรู้ที่เหมาะสมโดยการใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ตัวแบบที่ดีและมีการกำกับติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยการกระตุ้นเตือนและการควบคุมกันเองในกลุ่ม

พุทธิดา จันทร์ดอนแดง (2556, น. 122-128) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้าอำเภอนมบ่อ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย 8 ขั้นตอนได้แก่ 1) แต่งตั้งคณะทำงาน 2) เก็บรวบรวมข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูล 4) วางแผนในการดำเนินงาน 5) ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ 6) การสังเกตติดตามและสัมภาษณ์ 7) สังเคราะห์ข้อมูล และ 8) ประเมินผลถอดบทเรียนซึ่งได้รูปแบบใหม่คือ “NAWA Model” มี 4 องค์ประกอบ (N = Network in the Community, A = Alternative Care, W = Well – Organization, A = Attention to Target Group) มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูงสามารถลดระยะเวลาในการให้บริการได้ถึง 50 นาทีการมีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีการจัดการระบบบริการที่ดีในการดูแลกลุ่มเป้าหมายโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจิต

อาสาช่วยเหลือผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในทุกชั้นตอน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมผ่านเกณฑ์คุณภาพในอนาคต

แสงแข อุพะรัมย์ (2556, น.64-65) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2: บ้านโกรกประดู่หมู่ที่ 6 ตำบลโคกกลางอำเภอ ลำปลายมาศจังหวัดบุรีรัมย์พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองพบว่าการอบรมมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 55.0 หลังการอบรมมีความรู้ระดับมากกว่าร้อยละ 92.5 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 ที่ 95% CI=3.88-6.12) การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองพบว่าการอบรมมีการปฏิบัติถูกต้องระดับปานกลางร้อยละ 100.0 หลังการอบรมมีการปฏิบัติถูกต้องระดับดีร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 ที่ 95% CI =15.13-17.27) และผลการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมทำให้ได้โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาจำนวน 3 โครงการดังนี้ 1) โครงการอบรมให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) โครงการลดเสี่ยงเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยการออกกำลังกาย 3) โครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ได้ดำเนินโครงการเสร็จแล้ว 2 โครงการอยู่ในระยะดำเนินการจำนวน 1 โครงการซึ่งการดำเนินโครงการได้รับความร่วมมือจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตัวแทนชุมชนและตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

พรพิมล พันทะสา (2557, น.59-60) ศึกษาผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาลหนึ่ง อำเภอสว่างแดนดินจังหวัดสกลนคร โดยใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพพบว่าผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังด้วยตนเองหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าลดลงน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสรุปจากการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการเฝ้าระวังด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทำให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีการรับรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคดีขึ้น โดยเน้นการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารการออกกำลังกายและการเฝ้าระวังตนเองอย่างต่อเนื่อง

กรณีการ คลื่นแก้ว (2557) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยครอบครัว ชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาด อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี พบว่าการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีกระบวนการ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวม ข้อมูล 2) ค้นหาแกนนำ 3) การสร้างความตระหนักรู้ 4) จัดเวทีให้แกนนำทุกระดับร่วมกันวิเคราะห์ สถานการณ์ 5) การจัดทำแผนปฏิบัติการและวางแผนการดำเนินงาน 6) การนำแผนงานไปปฏิบัติ 7) การประเมินผล กระบวนการดังกล่าวทำให้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมี การปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการรักษาโรคและด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังการ พัฒนาการปฏิบัติตนได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผู้ป่วยเบาหวาน หลังการพัฒนาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดี (80-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 55 การมีส่วนร่วมของแกนนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลสำเร็จจากการวิจัยครั้งนี้เกิดจากการเข้ามามี ส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของครอบครัว ชุมชน ร่วมกันจัดกิจกรรมแก้ปัญหาในชุมชนทุก กระบวนการอย่างต่อเนื่องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนด้านงบประมาณ

ปภาดา ชมพุนิตย์ (2557, น.147-152) ศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่าประชาชนวัยทำงานมีความเสี่ยงของการ เกิดโรคเรื้อรังสูง เพราะนิยมดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง แต่ในขณะที่เดียวกันชุมชนมีศักยภาพที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อม สร้างสรรค์เพื่อสร้างสรรค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความหลากหลายของพืชสมุนไพรในครัวเรือนและชุมชน ก่อนข้างมีความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่ศึกษา จึงเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการ ดำเนินรูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ รูปแบบการจัดกิจกรรมประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ กิจกรรมจัดทำแผนกลยุทธ์ การพัฒนาสุขภาพของชุมชน กิจกรรม เสริมสร้างศักยภาพชุมชน ในการจัดสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ กิจกรรมสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ และกิจกรรมการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องรูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ สภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ศึกษา ผ่านเวทีการประชาคมและมีการประเมินรูปแบบโดย ผู้เชี่ยวชาญมีความเหมาะสมในระดับมาก

ผลการประเมินจากนำรูปแบบกิจกรรมสร้างสรรค์ไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริม

สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการตรวจระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปกติ 100 เปอร์เซ็นต์ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ทำให้ไม่มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ผลการดำเนินกิจกรรมทำให้เกิดชุมชนและตำบลต้นแบบของการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ มีศูนย์การเรียนรู้และพัฒนาการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ในตำบล มีการขยายผลการนำรูปแบบไปใช้เพิ่มในชุมชนจำนวน 10 หมู่บ้าน ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของรูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ ได้แก่ ชุมชนมีความเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกลไกสนับสนุนในการดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล ตลอดจนกิจกรรมของรูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาที่บูรณาการ กับการทำแผนงานขององค์กรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษาและภาคี

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) ค้นหาแกนนำ 3) การสร้างความตระหนักรู้ 4) จัดเวทีให้แกนนำทุกระดับร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ 5) การจัดทำแผนปฏิบัติการและวางแผนการดำเนินงาน 6) การนำแผนงานไปปฏิบัติ 7) การประเมินผล (พุทธิดา จันทร์ดอนแดง, 2556, น.122 – 128, วรรณิการ์ คลื่นแก้ว, 2557) รวมถึงการถอดบทเรียน หากพิจารณาตามบทบาทหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งต้องมีหน้าที่วางแผน จัดองค์กร การนำองค์กร และการควบคุม และงานวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จึงได้แก่ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ

2.6.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยด้านการสนับสนุนที่มีผลต่อประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีดังนี้

ถ้อยชัย ศรีเงินยวง (2546) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน พบว่าการบริการด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่ผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัวและชุมชน เป็นบริการที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องการมากกว่าการบริการด้าน

การแพทย์ ผู้ป่วยบริการตนเอง โดยการแสวงหาการรักษา ปฏิบัติกิจกรรมที่ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบคลุมไว้ให้บริการด้านการให้ข้อมูลสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยชุมชนให้บริการสนับสนุน ด้านสังคม

บงกช ศุภวิทย์กุล และคณะ (2548) ได้ศึกษากระบวนการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลแม่ไร่ และตำบลจันจ้วง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้สูงอายุในทั้ง 2 ตำบลสามารถดูแลรักษาสุขภาพตนเองได้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือการได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วของโรงพยาบาล สถานีอนามัย และการส่งเสริมกิจกรรมด้านต่าง ๆ จากฝ่ายที่เกี่ยวข้องและได้รับการดูแลปฏิบัติจากครอบครัวทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จุฑามาศ ยอดเรือน (2549) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการประเมินระดับน้ำตาลก่อนและหลังการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองร่วมกับญาติ 3 กิจกรรม คือ การจัดกิจกรรมที่ให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งกิจกรรมการควบคุมอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกาย และการดูแลเท้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการตรวจพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยของญาติส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เสียงสวรรค์ ทิพย์รักษ์ (2549, น.139-143) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน บุคลากรสาธารณสุขญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล พบว่าแนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานคือการใช้ยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยเน้นการเข้าถึงตัวผู้ป่วยเป็นหลักในด้านการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเห็นความสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผลการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คือสามารถจัดกิจกรรมการพัฒนาได้ครบทุกกิจกรรม ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยา โดยส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

ทิพย์ศุภางค์ สุวรรณศรี (2550, น.62) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งการส่งเสริมโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง 2) การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ 3) การพูดชักจูง และ 4) การประเมินความพร้อมของสภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยการเข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง และเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ภายหลังสิ้นสุดโครงการ 4 สัปดาห์สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการให้การพยาบาลตามปกติเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

สุนันทา เป็รื่องธรรมกุล (2550, น. 108 - 115) ได้ศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม และได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม 2 รูปแบบคือ รูปแบบที่ 1 เป็นรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน คือการให้ความรู้สาธิตการออกกำลังกายและกิจกรรมคลายความเครียด รูปแบบที่ 2 เป็นการมีส่วนร่วมในชุมชน คือการเยี่ยมบ้านและการสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้ชุมชนและผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวานสามารถจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ชูชีพ โพชะจา (2550, น.97-105) ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการใช้กระบวนการกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นจึงควรมุ่งนำกระบวนการกลุ่มมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติเพื่อให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพที่ดี

ไพรัช ปัญญาคง (2550) ได้ศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยนำขั้นตอนขององค์การแห่งการเรียนรู้ของ Senge ความรู้เรื่องเบาหวาน แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน แนวคิดการสร้างอนาคตร่วมกัน แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แนวคิดอริยสัจ 4 และกระบวนการกลุ่ม โดยศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วย ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้ต่าง

ๆ ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในทางที่ดีขึ้น เกิดนวัตกรรมในการให้บริการผู้ป่วยและมีการทำงานเป็นทีม

วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2551, น.72-73) ได้ทำการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือระยะแรกเป็นการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ระยะที่สองเป็นการวางแผนและกำหนดแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเอง และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง พบว่าก่อนศึกษาโครงการผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานว่าเป็นโรคเกิดจากกรรมพันธุ์ ความเสื่อมของร่างกายเนื่องจากอายุมาก เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นโรคเรื้อรัง สังคมไม่รังเกียจ มีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ไม่รุนแรง แต่ถ้ารุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซื่อรับประทานเองและหยุดยาเอง และมีภาวะเครียดสูง ผลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี 15 กลวิธี ประกอบด้วย 5 ส. จากฝ่ายพยาบาล ได้แก่ สัมพันธภาพ สื่อสารความรู้และทักษะ สิ่งแวดล้อม สมดุลด้านจิตใจและอารมณ์สนับสนุน และสืบสาน 5 ต. จากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ตระหนัก ตั้งใจ ตั้งมั่น ตั้งสติ ต่อเนื่อง และ 5 อ. จากญาติผู้ป่วย ได้แก่ ื่ออาหาร อ่อนรสชาติ ออกกำลังกาย ออกความคิดเห็น อุเบกขา ภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีการควบคุมชนิดและปริมาณอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่องดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดและสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้มีประสิทธิภาพขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ออกข้อความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เน้นความเป็นหุ้นส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล ภายใต้บรรยากาศของการดูแลแบบองค์รวม

ณัฐชยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยคัดสรร (เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค และปัจจัยกระตุ้น) ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 140 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังอดอาหารมากกว่า

140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในระยะเวลา 6 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล การคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยกระตุ้น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลสูงได้ ร้อยละ 25.9 และปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ ปัจจัยกระตุ้นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และรายได้ตามลำดับ จากผลการศึกษานี้การจัดการบริการคลินิกโรคเบาหวานควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เหมาะสม มีการนัดผู้ป่วยมารับการตรวจต่อเนื่อง บุคลากรในทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตนด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สนับสนุนให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมกระตุ้นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย และคำนึงถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

รัศมี ลือฉาย (2554, น.26) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลได้แก่บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านเพื่อนร่วมงานกลุ่มเสี่ยงเบาหวานด้วยกัน บุคลากรด้านสาธารณสุข สุขและชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.512$ และ 0.502 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับ วรณรธา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนภักดี (2557, น. 116) พบว่าแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันและแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับวินิดาส่างหล้านาง (2557, น.63) และสุวิทย์ชัย ทองกุล (2557, น.171) ที่พบว่าบริการสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องกับประคองลักษณ์ จำกลาง (2557, น.29) ที่พบว่าการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขโดยการตรวจรักษามีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเวียงจันทน์ขอนแก่นนอกจากนี้ยังพบว่าการปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปะคำจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้งในแต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ดีขึ้น(กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ, 2551, น.84) และสอดคล้องกับ นวลอนงค์ ศรีสุกไสย (2554,น.65) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

ศิริศักดิ์ พรหมแพน(2554, น.78-79)พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานนั้น มี 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุน และปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่ง ปัจจัยด้านสนับสนุนมี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน

สมจิตร พรหมแพน (2557, น.141) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านการสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดมากที่สุด คือเจตคติต่อโรคเบาหวานรองลงมาคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข

Dewid et al. (1996, อ้างถึงใน อรุณี ศรีนวล (2548,น.37) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แอฟริกัน-อเมริกัน อยู่ในเขตชุมชนเมือง โรงพยาบาลในท้องถิ่น ทำการศึกษาไปข้างหน้าระยะเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่ไม่ต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่ให้การดูแลขั้นปฐมภูมิโดยพยาบาล นักโภชนาการตัววัดผลคือระดับน้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c)ระดับน้ำตาลในพลาสมา และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องเข้าในการรักษาสามารถใช้หลักการกระบวนกรเผาผลาญอาหารในร่างกาย (Metabolic) ในการควบคุมได้ดีขึ้น ระดับ HbA1cลดลง ในการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมน้ำหนักได้กับผู้ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้

Juliana (2008) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่าร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และร้อยละ 3.6 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ 3 อย่าง คือ ความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แอลดีแอล-คอเลสเตอรอล น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) น้อยกว่า 7% และจากการศึกษาพบว่าในประเทศกำลังพัฒนา ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องเบาหวาน แพทย์รักษาและทีมที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและระบบสุขภาพมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

Bishop (2013) การศึกษาการรับรู้ของผู้เข้าร่วมในวิธีการมีส่วนร่วมเพื่อลดน้ำหนักและโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลจากการสนับสนุนทางสังคม (SSPs) ใช้วิธีการผสมผสานผู้เข้าร่วมการสำรวจเพื่อตรวจสอบอิทธิพลในการรับรู้ SSPs เมื่อเทียบกับระบบควบคุมการเข้าร่วมกิจกรรมแทรกแซง พบว่า SSPs มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ได้รับอิทธิพลทางบวกมากกว่ากลุ่มที่เข้าร่วมการศึกษา และปริมาณของการลดน้ำหนักที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงการรับรู้จาก SSPs นิัยการรับประทานอาหาร รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การเผยแพร่ความรู้ และแรงจูงใจที่เกิดจากการตอบสนองซึ่งในอนาคติวิธีการแทรกแซงการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอาจจะใช้ประโยชน์จากอิทธิพลของผู้เข้าร่วมโครงการบนเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม

การวัดตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคม มี 3 ตัวแปร ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน (ศิริศักดิ์พรหมแพน, 2554, น.87) ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงวัดตัวแปรจากปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 3 ตัวแปร ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.6.3 ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงอารมณ์และความเครียด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.6.3.1 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

วิศิษฐ์ ญิวพจน์กำจร และคณะ (2545) ได้ศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 215 ราย จำแนกเป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 82 ราย และที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 133 ราย พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ขณะที่การดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกกลุ่มตามระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต เป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ โดยทั่วไปทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ยกเว้นปัจจัยด้านเพศ รายได้เฉลี่ยรายครัวเรือนและสถานภาพสมรสเมื่อเปรียบเทียบความรู้โรคเบาหวาน การดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในด้านการป้องกันและคะแนนรวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

และเมื่อพิจารณาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ด้านสาเหตุ อาการ การออกกำลังกาย การรับประทานยา ตามกำหนด พบว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

เสถียรพงษ์ ศิวินา (2546, น.133-134) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อโรคเบาหวานและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาอิทธิพลของตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะทางครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รุ่งทิwa มุกดาสนิท (2547) ได้ศึกษาผลการให้โภชนศึกษาต่อการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าก่อนการได้รับโภชนศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับพอใช้และหลังการได้รับโภชนศึกษาผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี และพบว่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สำหรับด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าก่อนการได้รับโภชนศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ หลังการได้รับโภชนศึกษามีคะแนนการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชนากานต์ แสงสิงห์ชัย (2550, น.64) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลตนเองและความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ พบว่าผู้ที่เป็เบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ มีความรู้ในการดูแลตนเองในระดับปานกลางและยังขาดความรู้ที่เจาะจง โดยเฉพาะความรู้ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายการรับประทานยา ดังนั้นควรมีการพัฒนากลยุทธ์หรือรูปแบบในการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ที่เป็นเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้สามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง และประยุกต์เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันได้ สำหรับความเครียดควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมโรคได้และควบคุมโรคไม่ได้ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นนอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านความรู้เรื่องเบาหวานส่งผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น.107, สุนทรี จินดา มัย, 2552, น.64-65) และในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอำเภอสะเดาจังหวัดสงขลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นิรชร ชูติพัฒนา, 2559, น.112)

การวัดตัวแปรด้านความรู้ มี 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลตนเอง (ชนากานต์ แสงสิงห์ชัย, 2550, น.64) ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ จึงวัดตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จากตัวแปรความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด

2.6.3.2 ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ

โอโณทัย เหล่าเที่ยง (2550, น.80-82) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และปัจจัยร่วมต่าง ๆ สำหรับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประกอบด้วยพฤติกรรมด้านบริโภค พฤติกรรมด้านการรักษา การออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r = 0.186$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้คงอยู่อย่างยั่งยืน

ธนพร รัตนสุวรรณ และคณะ (2551, น.624-626) ได้ประเมินระบบความเชื่อเกี่ยวกับโรคและความตระหนักในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานโดยวิธี Culture Consensus Analysis จากผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 50 รายที่ถูกเลือกโดยการสุ่มจากคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลแต่ละแห่งจำนวน 4 แห่งคือ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลเถลิงเป็นตัวแทน 4 ภาคของประเทศไทยจำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจากจังหวัดสงขลาเท่านั้นที่มีรูปแบบความเชื่อเรื่องโรคเบาหวาน โดยมี Eigenvalue ratio เท่ากับ 3.8 และ Competency Score ที่ 0.72 ± 11 (ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) รูปแบบนี้เกิดขึ้นคาดว่าเนื่องจากสงขลามีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งความรู้เรื่องโรคเบาหวานมากกว่าภาคอื่น ๆ ($p = 0.01$) เมื่อพิจารณาความสามารถในการเกาะกลุ่มที่ทำให้มีรูปแบบความเชื่อพบว่าปัจจัยทางการแพทย์สังคมหรือเศรษฐกิจไม่มีผลต่อการเกาะกลุ่ม ($p > 0.05$) ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานว่าประสบการณ์ในอดีตหรือวัฒนธรรมของกลุ่มอาจจะทำให้เกิดรูปแบบความเชื่อนี้ ความเชื่อเรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยสงขลาได้นำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้อง

และได้อภิปรายการดูแลผู้ป่วยโดยอิงกับระบบความเชื่อเกี่ยวกับโรคความตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยผลของการศึกษานี้ได้นำมาสู่การจัดตั้งกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลผลิตสินจากการศึกษานี้ยังไม่พบระบบความเชื่อเรื่องโรคเบาหวานของประเทศไทยมีเพียงจังหวัดสงขลาที่พบระบบความเชื่อที่เป็นรูปแบบประสบการณ์ในอดีตและวัฒนธรรมของกลุ่มอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดระบบของความเชื่อของผู้ป่วยในจังหวัดสงขลา

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน โรคการรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอำเภอสะเดาจังหวัดสงขลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สมใจ จางวาง เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนา, 2559, น.112) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมี ลือฉาย (2554, น.26) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.356, 0.364$ และ 0.412 ตามลำดับ)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วรรณรา ชื่นวัฒนา และ นิษานากู สอนภักดี, 2557, น.116) สอดคล้องกับ สุวิทย์ชัย ทองกุล (2557, น.171) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประคองลักษณ์ จำกลาง (2557, น.29) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูเวียงจังหวัดขอนแก่นนอกจากนี้แล้ว สุวิทย์ชัย ทองกุล (2557, น.171) ยังพบว่าการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (อโณทัย เหล่าเที่ยง, 2550, น.80-82) สอดคล้องกับศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554, น.78-79) ที่พบว่าปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลต่อประสิทธิผลดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การวัดตัวแปรด้านความเชื่อด้านสุขภาพ มี 6 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน สิ่งชักนำในการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตน (สมใจ จางวาง เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนา, 2559, น.112) ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงวัดตัวแปรด้านความเชื่อด้านสุขภาพจากตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน สิ่งชักนำในการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตน

2.6.3.3 ปัจจัยด้านความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ (2558, น.10) ได้ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อพัฒนาแบบจำลองการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และทดลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย จำนวน 400 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมตามแผนพฤติกรรมควบคุมอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและโปรแกรม LISREL ผลการศึกษาพบว่าโมเดลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และอธิบายพฤติกรรมควบคุมอาหารได้ร้อยละ 30 โดยความตั้งใจและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงบวกกับความตั้งใจในการควบคุมอาหาร การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และเจตคติที่มีอิทธิพลโดยอ้อมกับพฤติกรรมควบคุมอาหารผ่านความตั้งใจ ซึ่งผลการวิจัยสนับสนุนทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน

นอกจากนี้แล้ว ปัทมา สุพรรณกุล และพัชรี ศรีทอง (2558, น.102) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทยพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ ได้แก่ ด้านความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยขนาดอิทธิพลเส้นทาง 0.54 และ 0.04 ตามลำดับ และนอกจากนี้แล้วยังมีงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยด้านเจตคติต่อโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูเวียงจังหวัดขอนแก่น (ประคองลักษณ์ จำกลาง, 2557, น.29)

การวัดตัวแปรด้านความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มี 3 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และทัศนคติต่อพฤติกรรม (สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, 2558) ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงวัดปัจจัยด้านความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากตัวแปรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และทัศนคติต่อพฤติกรรม

2.6.3.4 ปัจจัยด้านอารมณ์และความเครียด

ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550, น.65-67) ได้ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองคายและบริบทชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าจากผู้ป่วย 340 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 87 และมีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 92.8 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ มีความเสื่อมของสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการเป็นโรคเบาหวานต้องเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตคือจำกัดอาหาร การกินยาหรือฉีดยาประจำ การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มักทำให้มีปัญหาทางด้านอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ 2) ปัจจัยทางจิตสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่สามารถควบคุมหรือแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง รู้สึกว่าตนเองถูกกดดัน ต้องอยู่ในสภาพคล้อยตามและหากขาดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากคนในครอบครัว ญาติ และบุคคลอื่นในสังคมจะกลายเป็นคนมองโลกในแง่ร้ายส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ 3) ปัจจัยทางสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองต้องพึ่งพาคนในครอบครัวและรายได้ก็ยังไม่เพียงพอทำให้มีความรู้สึกต่ำต้อย ด้วยคุณค่าและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าอันเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพต้องทำความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยด้านภาวะอารมณ์และความเครียดส่งผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น.107)

การวัดตัวแปรด้านอารมณ์ มี 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านชีวภาพ จิตสังคม และปัจจัยทางสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม (ประอรทิพย์ สุทธิสาร, 2550, น.65-67) ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ จึงวัดตัวแปรด้านอารมณ์จากตัวแปร ด้านชีวภาพ จิตสังคม และปัจจัยทางสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะด้านอารมณ์และความเครียดจะมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และส่งผลโดยอ้อมผ่านปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

ดังนั้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ความร่วมมือของบุคลากรด้านสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานความเชื่อด้านสุขภาพความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและอารมณ์และความเครียดมีอิทธิพลต่อปัจจัยการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และมีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ดังรายละเอียดการวิเคราะห์ในตารางที่ 2.10 และ 2.11

ตารางที่ 2.10

การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ผู้ศึกษา	ปัจจัยเชิงสาเหตุ						
	ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						
	ความรู้เรื่องเบาหวาน	ความเชื่อด้านสุขภาพ	ความตั้งใจ	อารมณ์และ	ความเครียด	ทัศนคติ	การสนับสนุนทาง การบริหารจัดการ ของ สสอ.
สมใจ งามวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูติพัฒนะ (2559)	/						
สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ (2558)	/						
ปัทมา สุพรรณกุล และ พัชรี ศรีทอง (2558)	/					/	
ปภาดา ชมพูนิตย์(2557)							/
ประคองลักษณ์ จำกลาง (2557)	/				/	/	
กรรณิการ์ คลื่นแก้ว (2557)							/
วรรณ ราชันวัฒนาและ ฉิษานาฏ สอนภักดี (2557)	/					/	
พรพิมล พันทะสา (2557)							/
สุวิทย์ชัย ทองกุล (2557)	/						
วนิดา ส่างหญ้านาง (2557)						/	
แสงแข อุพะรัมย์ (2556)							/
พุทธิดา จันทร์คอนแดง (2556)							/
นุสรรา บุญทศ (2556)							/
อลิสา ศิริเวชสุนทร (2555)							/
ศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554)	/	/		/			

(ต่อ)

ตารางที่ 2.10(ต่อ)

ผู้ศึกษา	ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีความสัมพันธ์ปัจจัยการจัดการ สุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน						
	ปัจจัยเชิงสาเหตุ						
	ความรู้เรื่องเบาหวาน	ความเชื่อด้านสุขภาพ	ความตั้งใจ	อารมณ์และความเครียด	ทัศนคติ	การสนับสนุนทางสังคม	การบริหารจัดการของ สตอ.
รัศมี ลือฉาย (2554)	/					/	
นวลอนงค์ ศรีสุกไสย (2554)						/	
ประภาพรธรรม โคมหอม (2554)							/
ดวงสมร นิลตานนท์ (2553)							/
สุนทรี่ จินดามัย (2552)	/						
ลาวรรณ ห้วยหงษ์ทอง. 2552							/
ชนพร รัตนสุวรรณ และคณะ (2551)	/						
ณัฐชยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ (2551)						/	
ชูชีพ โฆษะจา (2550)						/	
อโณทัย เหล่าเที่ยง (2550)	/						
ไพรัช ปัญญาคง 2550	/						
วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2550)	/	/	/	/		/	
เสถียรพงษ์ ศีวินา (2546)	/				/		
ชูชีพ โฆษะจา (2550)						/	
เสียงสวรรค์ ทิพย์รักษ์(2549)	/	/				/	
บงกช สุภวิทย์กุล และคณะ (2548)						/	
ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2546)						/	
Julie, Bishop. (2013)						/	
Juliana, et al. (2008)						/	
Dessler, .(1996)						/	
รวม	6	10	3	2	2	16	10

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอารมณ์และความเครียด และทัศนคติตามลำดับดังนั้นงานวิจัยในครั้งผู้วิจัยจึงนำปัจจัยมาใช้ในการศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและอารมณ์และความเครียด สำหรับทัศนคตินั้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 2.11

การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ผู้ศึกษา	ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน							
	ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ความเชื่อด้านสุขภาพ	ความตั้งใจ	อารมณ์และ	ความเครียด	ทัศนคติ	การสนับสนุนทางสังคม	การบริหารจัดการของ สสอ.
กรรณิการ์ คลื่นแก้ว (2557)							/	/
พรพิมล พันทะสา (2557)							/	/
สุรียา ภูยี่หาวา (2556)	/	/		/	/	/	/	/
ศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554)	/	/		/			/	/
สมจิตร พรหมแพน (2554)		/	/		/	/	/	/
กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ (2551)							/	/
ทิพย์ศุภางค์ สุวรรณสร (2550)	/	/					/	/
สุนันทา เบื้องธรรมกุล (2550)	/	/		/			/	/
ชูชีพ โปชะจา (2550)							/	/

(ต่อ)

ตารางที่ 2.11 (ต่อ)

ผู้ศึกษา	ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน							
	ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ความเชื่อด้านสุขภาพ	ความตั้งใจ	อารมณ์และความเครียด	ทัศนคติ	การสนับสนุนทางสังคม	การบริหารจัดการของ สสอ.	
วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2550)	/	/	/	/		/		
จุฑามาศ ยอดเรือน (2549)						/		
เสียงสวรรค์ ทิพย์รักษ์ (2549)	/	/				/		
Julie, Bishop. (2013)						/		
Juliana, et al. (2008)	/					/		
Dessler, (1996)						/		
รวม	7	7	2	4	2	13	2	

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานความเชื่อด้านสุขภาพ อารมณ์และความเครียด การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และทัศนคติตามลำดับ ดังนั้นงานวิจัยในครั้งผู้วิจัยจึงนำปัจจัยเชิงสาเหตุมาใช้ในการศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ อารมณ์และความเครียด ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2.6.4 ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีดังนี้

วราลี วงศ์ศรีษา และอรสา กงตาล (2544, น.763-763) ได้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของเบนคูรา แบบวัดก่อนและหลังการ

ทดลองกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน และ อสม. จำนวน 11 คน ซึ่งมีส่วนร่วมในการติดตามกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มเป้าหมายได้รับโปรแกรมต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องเบาหวาน ฝึกทักษะการเลือกอาหาร ออกกำลังกาย และคลายเครียด โดยใช้ตัวแบบจดหมายเตือนและการเยี่ยมบ้าน พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และออกกำลังกาย เปลี่ยนแปลงดีขึ้น สามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น สำหรับดัชนีด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายความยาวเส้นรอบเอว และผลน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (วรรณราชิน วัฒนาและ ฉิษานากู สอนภักดี, 2557, น.116) โดยการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ทรยศนีย์ สิริวัฒนพรกุล นงนุช โอบะ และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, 2550, น.63-65) และพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมี 4 ตัวแปร ได้แก่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีผลต่อประสิทธิภาพในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น.107) นอกจากนี้แล้วยังมีผู้ศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานดังนี้

นิภา แสนโยธา, ธัญญา จันทรโท และกาญจนา มารศรี (2550) ได้ศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยวิธีโยคะร่วมกับรำไม้พลองต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและต่อระดับไขมันค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการตรวจ HbA1C และค่า FBS หลังจากทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ (2551, น.83-84) ได้ศึกษาการปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า 1) กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวดีกว่าก่อนการทดลองมีความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวานดีกว่าก่อนการทดลองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ระดับที่ควบคุมได้ (90-130 mg%) ซึ่งลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเบาหวานและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ระดับที่ควบคุมได้ (90-130 mg%) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กัญญา สุขะมั่ง (2551, น.83) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังจากได้รับการสร้างเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสร้างเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่ำกว่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการประเมินรูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 13 กิจกรรม (ศิริศักดิ์ พรหมแพน, 2554, น.136-137) ดังนี้ 1) ด้านการสนับสนุน 9 กิจกรรม ได้แก่ การจัดให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมออกกำลังกายและคลายความเครียดในคลินิกเบาหวานการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การจัดให้มีนักจัดการเบาหวานและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพด้านสาธารณสุขการเยี่ยมทางโทรศัพท์ การแจกกล่องยาเตือนใจ และกระเป๋าพยาบาล และการจัดระบบการให้บริการและสร้างศูนย์ความรู้ชุมชน 2) ด้านบุคคล 2 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานและปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและกิจกรรมผ่อนคลายทางด้านอารมณ์และความเครียดและ 3) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2 กิจกรรม ได้แก่การจัดอบรมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการติดตามและประเมินผลพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังอดอาหาร(FBS) น้ำตาลสะสมที่จับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) คอลเลสเตอรอล (Cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ไขมันเอสดีแอล (SDL) ไขมันเอสดีแอล (SDL) ดัชนีมวลกาย (BMI) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังอดอาหาร(FBS) น้ำตาลสะสมที่จับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) คอลเลสเตอรอล (Cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ไขมันเอสดีแอล (SDL) ไขมันเอสดีแอล (SDL) ดัชนีมวลกาย (BMI) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม สรุปได้ว่ารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าวทำให้ประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น

ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยกลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม จังหวัดมหาสารคาม (ชลิดา ไชยศิริ, 2554, น.47-47) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงตนเองโดยใช้แบบประเมิน 6 ข้อ (1.อายุเกิน 35 ปี 2. ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน 3. ประวัติเป็นคนมีความดันโลหิตสูง 4. น้ำหนักตัวเกิน

หมายถึง ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/ m² 5. เอวเกินหมายถึงหญิงไม่เกิน 80 ซม.และ ชายไม่เกิน 90 ซม. 6) ประวัติการคลอดบุตรมีน้ำหนักเกิน 4 kg) เป็นการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักตนเองทุกสัปดาห์ รวมถึงจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันทุกเดือน2) การสื่อสารเตือนภัยโดยผสม. แกนนำเกาะประตู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทุกสัปดาห์เพื่อเตือนให้มีกิจกรรมทางกาย และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารต้องห้าม (หวาน มัน เค็ม) และส่งเสริมการรับประทานผักผลไม้พื้นบ้าน3)โครงการ “วันนี้ขยับร่างกายกันเถอะ”ด้วยการค้นหาวิธีการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่กลุ่มเสี่ยงมีความถนัดหรือชอบ และให้จัดตั้งกลุ่มกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มเต้นแอโรบิก กลุ่มปั่นจักรยานกลุ่มเดิน/วิ่ง กลุ่มเตะตระกร้อ และจัดให้มีการแข่งขันเพื่อหาที่สุด (The Best) ของการออกกำลังกายและการเรียนรู้สิ่งดี ๆ ซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแจกรางวัลทุกเดือน ทุก 3 เดือน4)โครงการ “บุคคลต้นแบบ”โดยการจัดให้มีการประกวด 3 ครั้งเพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ 5)ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษเพื่อใช้ปรุงอาหารเองในครอบครัวรวมถึงการเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัย (ฉลาดซื้อ)พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าดัชนีมวลกาย น้ำตาลในเลือด ไชมันดี ไตรกลีเซอไรด์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงผลต่างระหว่างหลังและก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านคะแนนความรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (1.09 คะแนน, 95% CI: 1.00 to 1.40, p-value < 0.001) คะแนนกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกายประจำวัน (5.59 คะแนน, 95% CI: 3.38 to 7.91, p-value < 0.001) คะแนนความเครียด (6.38 คะแนน, 9,5% CI: 2.13 to 10.64, p-value < 0.001)และคะแนนแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ (7.62 คะแนน, 95% CI: 2.71 to 12.53, p-value < 0.001)สำหรับภาวะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงผลต่างระหว่างหลังและก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่อง ระดับน้ำตาลในเลือด (7.04 mg%, 95% CI: 4.03 to 10.04, p-value < 0.001) ระดับไขมันในเลือด (31.54 mg/dl, 95% CI: 17.70 to 45.28, p-value < 0.001)และระดับไตรกลีเซอไรด์ (68.71 mg/dl 95% CI: 40.18 to 97.24, p-value < 0.001) สรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วมและประยุกต์ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานได้ ภาครัฐควรสนับสนุนการดำเนินโครงการที่บูรณาการด้านการลดเสี่ยง ลดโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน (ชลิดา ไชยศิริ, 2554,น.82-88)

ศรัณษา เพิ่มศิลป์ และรุจิรา ดวงสงค์ (2554,น.93-96) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์อำเภออุบลรัตน์จังหวัดขอนแก่นหลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงของการมีภาวะแทรกซ้อนการรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการเปลี่ยนแปลงค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุริยา ภูย์หาว (2556, น.204) ได้ศึกษารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าปัจจัยคั่นกลางที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -0.02

ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา จำนวน 9 กิจกรรม ได้แก่

- 1) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
- 2) กิจกรรมการอบรมเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ
- 3) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด
- 4) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องเจตคติต่อโรคเบาหวาน
- 5) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพ
- 6) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
- 7) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
- 8) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และ
- 9) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความเชื่อด้านสุขภาพ มีการผ่อนคลายความเครียด มีเจตคติต่อโรคเบาหวานมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความรู้เรื่องอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทาน มีความรู้เรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และระดับน้ำตาลโดยรวมและดีขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สุริยา ภูย์หาว, 2556, น.205)

สมจิตร พรหมแพน (2557, น.141) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดมากที่สุดคือการจัดการอารมณ์และความเครียด รองลงมา คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยา

ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ (สมจิตร พรมแพน, 2557, น.141-142) ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมพลังจิตกับกลุ่มเป้าหมาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ “คู่มือใจ ด้านภัยเบาหวาน” และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สัจธรรมในประเด็น “แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู้เบาหวาน” 2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 1 กิจกรรม คือ การเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เครือข่ายมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนและนักจัดการเบาหวาน และ 3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสื่อนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่ความตระหนัก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 1 กิจกรรม คือ การแจกกระเป๋าผ้าสุขภาพพิพว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerind) ระดับไขมันแอลดีแอล (LDL) ระดับความดันโลหิต (BP) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของ FBS, Cholesterol, Triglycerind, LDL, BP และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมจึงสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดทำให้ประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น

นัยนา ชนะ นที เกื้อกูลกิจการ และแสงอรุณ อิศระมาลัย (2557, น.25-26) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะพฤติกรรมของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติตามแบบจำลองของไอโอวาโดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือระยะพัฒนาแนวปฏิบัติและระยะประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและนำไปทดลองใช้โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 5 ท่านแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินระยะพฤติกรรมและ 2) การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายตามระยะพฤติกรรมของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยกิจกรรมในระยะก่อนซึ่งใจมีการให้ความรู้และเล่าเรื่องราวที่สะท้อนใจในระยะซึ่งใจมีการให้ประเมินอุปสรรคพร้อมค้นหาสิ่งที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะพร้อมที่จะปฏิบัติมีการให้ทำพันธะสัญญากับตนเองในระยะปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมมีการให้แรงเสริมและใช้กระบวนการกลุ่มซึ่งแนวปฏิบัตินี้ได้ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดเห็นด้วยกับแนวปฏิบัติดังกล่าวเมื่อนำไป

ทดลองใช้พบว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพทุกท่านมีความคิดเห็นว่าจะสามารถนำไปใช้ได้ง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริงยกเว้นกิจกรรมในระยะก่อนซึ่งใจในเรื่องการประเมินผลกระทบของพฤติกรรมเดิมในการรับประทานอาหารที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่นและการบันทึกการรับประทานอาหารซึ่ง 1 ใน 5 ท่านมีความคิดเห็นว่ายากต่อการนำไปใช้เนื่องจากผู้ใช้ต้องมีทักษะเฉพาะในการปฏิบัติจึงได้สร้างเครื่องมือช่วยในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นในขั้นตอนดังกล่าวแนวปฏิบัตินี้จะสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพหากมีการจัดหลักสูตรอบรมผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายซึ่งจะช่วยให้ผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่ยั่งยืนได้

ทิพารัตน์ คงนาวัง และจุฬารัตน์ โสตะ (2557) ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังดำเนินการในเรื่อง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และผู้นำชุมชน การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และผู้นำชุมชน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 32 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์นำเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว จำนวน 32 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 74 คน โดยการเข้าร่วมกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) 4 ขั้นตอน ใน 12 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ มีการปฏิบัติตัว ได้รับการสนับสนุนและมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลเลือดผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้นำชุมชนมีความรู้และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ฉิชาธิ์ ใจคำวัง (2558, น.177-182) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านปากคางอำเภอศรีสะเกษจังหวัดสุโขทัยพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง ($\bar{x} = 2.76$, $SD = 1.89$) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีระดับเสี่ยงมากที่สุด ($\bar{x} = 1.87$, $SD = 1.02$) โดยส่วนมากไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากใช้เวลาส่วน

ใหญ่ในการประกอบอาชีพพฤติกรรมเสี่ยงรองลงมาคือการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ($\bar{x} = 2.45, SD = 0.95$) เนื่องจากบริโภคนิสัยและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปโดยส่วนใหญ่ชอบอาหารรสเค็มหวานเผ็ดนิยมปรุงอาหารด้วยการเติมผงปรุงรสน้ำปลาน้ำตาลมีพฤติกรรมเสี่ยงทางอารมณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การสูบบุหรี่มีระดับเสี่ยงปานกลาง ($\bar{x} = 3.20, SD = 1.09$), ($\bar{x} = 3.13, SD = 1.48$) และ ($\bar{x} = 3.17, SD = 1.62$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นประจำ หลังรับประทานอาหารเพราะเชื่อว่าทำให้ดับกลิ่นคาวปากและช่วยคลายความเครียดดื่มสุราภายหลังจากการทำงานเพื่อให้เจริญอาหารและช่วยให้หายจากการปวดเมื่อยตัวหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรสร้างความตระหนักให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรครวมทั้งส่งเสริมการจัดการความรู้และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

นิยม จันท์แนม สุกัญญา กุลแก้ว และ พงศ์เทพ สุธีรุฒิ (2558, น.7-8) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดน้ำหนักของเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานอำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.05$ และผลของโปรแกรมต่อการลดน้ำหนักพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอันดับที่ของน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอันดับที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นงลักษณ์ เทศนา (2558) ได้พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้หลักการมีเพื่อนช่วยเพื่อน (Buddy) กระตุ้นเตือนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นที่เล็งระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้การศึกษาแบบกึ่งทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังจัดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ (1) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระหว่าง 100–125 มก./ดล. (2) $BMI \geq 25$ กก./ม² (3) เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน คือ ≥ 90 ซม.ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 ซม.ในผู้หญิง (4) มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ดำเนินการที่ตำบลเมืองเพ็ญ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ตัววัดหลักที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ (การรับประทานอาหาร และออกกำลังกาย) ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้าร่วมโปรแกรมผลการศึกษา โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจัดกิจกรรม 7 ครั้ง รวมเวลา 16 สัปดาห์ เนื้อหาประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2) การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ 3) การตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับบุคคลและบริบทชุมชน 5) การเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายที่เหมาะสม 6) การควบคุมกายและใจเพื่อสุขภาพที่ดี “สกิด สะกด สะกิด” และ 7) กัลยาณมิตร “เพื่อนช่วยเพื่อน” จากการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ผู้เข้าร่วมศึกษาจำนวน 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 51.2 ปี BMI เฉลี่ย 28.40 กก./ม²เกือบทั้งหมดมีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 90.0 ระดับน้ำตาลเฉลี่ย 95.3 มก./ดล. หลังสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ผลลัพธ์โดยการควบคุม (Adjusted) ด้วยค่าก่อนจัดโปรแกรม (Baseline) ของตัวแปรนั้น พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด และ BMI ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความต่างเฉลี่ย -5.9 ซม.; 95%CI = $(-9.4, -2.4)$; $p=0.001$) และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความต่างเฉลี่ย 3.6 คะแนน 95%CI = $0.3, 6.9$; $p=0.035$) กลุ่มทดลอง ร้อยละ 96.7 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมระดับมากและมากที่สุด โปรแกรมมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกาย

ใจเพชร กล้าจน (2558) ศึกษาวิจัยเรื่อง จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์วิถีพุทธ จากจดหมายเหตุและสื่อต่าง ๆ ระหว่าง พ.ศ. 2538-2558 ของผู้ใช้การแพทย์วิถีพุทธ สถาบันบุญนิยม 2) ศึกษารูปแบบจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธนานาชาติพันธุ์เพื่อมวลมนุษยชาติ และ 3) วิเคราะห์องค์ประกอบการพัฒนาการแพทย์วิถีพุทธ และสร้างยุทธศาสตร์การขยายผลชุมชนจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติผลการวิจัย พบว่า

1. การแพทย์วิถีพุทธ เป็นการนำเอาจุดดีของการดูแลสุขภาพของแต่ละชาติพันธุ์ ได้แก่ วิทยาศาสตร์การดูแลสุขภาพทั้ง 4 แผน คือ แผนปัจจุบัน แผนไทย แผนทางเลือกและแผนพื้นบ้าน รวมกับหลัก 8 อ. เพื่อสุขภาพที่ดีของสถาบันบุญนิยม มาบริหารจัดการองค์ความรู้ประยุกต์ผสมผสานบูรณาการด้วยหลักธรรมของพุทธศาสนาและปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันได้เผยแพร่องค์ความรู้กระจายไปสู่บุคคล กลุ่มคนหรือหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ โดยมีจุดเด่นที่เน้นการสร้างสุขภาวะ แก่ใจหรือลดปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุ โดยใช้สิ่งที่ประหยัดที่สุด แต่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยวิธีที่เรียบง่าย ได้ผลรวดเร็ว สามารถพึ่งพาตนเองได้ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก ประยุกต์เข้ากับวิถีชีวิตได้และมีความยั่งยืน โดยสามารถสร้างความเป็นพุทธะในตนไป

พร้อม ๆ กับการแก้ปัญหามวลมนุษยชาติด้วยการสานพลังกับหุ้มนิตริติ ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี เหมาะสมอย่างยิ่งกับการสร้างสุขภาวะเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ณ สภาพเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ย่ำแย่ในปัจจุบัน โดยสร้างความเป็นพุทธะในตนไปพร้อม ๆ กับการแก้ปัญหามวลมนุษยชาติ ด้วยการสานพลังกับหุ้มนิตริติ สหายติ ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี แต่ละชาติพันธุ์สามารถพึ่งตนในการสร้างสุขภาวะ และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้เอื้อเพื่อแก้ปัญหาลให้ผู้อื่นได้สร้างสุขภาวะต่อไป เป็นการใช่วิธีการแนวชาติพันธุ์วรรณนาในการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน เพื่อมวลมนุษยชาติ

2. รูปแบบจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธนานาชาติพันธุ์เพื่อมวลมนุษยชาติ จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธจะให้ความสำคัญกับเทคนิคการปรับสมดุลร้อนเย็น หรือเทคนิคการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์วิถีพุทธในอันดับแรก คือ เทคนิคข้อ 8 ใช้ธรรมชาติ ละบาบ บำเพ็ญบุญกุศล ทำจิตใจให้ผ่องใส คบมิตรดี สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี ในประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการเป็นจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธ อันดับแรก คือ การอยากช่วยผู้อื่นให้พ้นทุกข์ อยากทำความดี อยากส่งต่อสิ่งดี ๆ ในส่วนของปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ในการพึ่งตนและช่วยเหลือผู้อื่นให้มีสุขภาวะที่ดี ตามหลักการแพทย์วิถีพุทธ สิ่งสำคัญอันดับแรก คือ การปฏิบัติธรรม ลด ละ เลิกบาบ บำเพ็ญกุศลใจเบิกบาน ไร้กังวล

3. องค์ประกอบการพัฒนาการแพทย์วิถีพุทธมีทั้งสิ้น 11 องค์ประกอบ ซึ่งนำมาสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายขยายผลชุมชนจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธ 11 นโยบาย ดังนี้ 1) การรู้หรือพุทธะโดยตัวอย่างหรือตัวแบบด้วยกระบวนการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุใช้สิ่งที่ประหยัด เรียบง่าย ใกล้ตัวเป็นหลัก ทำเองได้เพื่อดำรงชีวิตประจำวัน ช่วยสร้างศรัทธา พลังของหุ้มนิตริติ สหายติ สังคมสิ่งแวดล้อมดี และพลังแห่งการเสียสละเป็นการต่อยอดการเป็นจิตอาสา 2) หลักปฏิบัติหรือเทคนิคการปรับสมดุล 9 ข้อ (ยา 9 เม็ด) ทำให้อาการเจ็บป่วยทุเลา 3) การใช้ธรรมชาติตามหลักพุทธศาสตร์ ปรับสมดุลร้อนเย็น ละบาบ บำเพ็ญกุศล ทำจิตใจให้ผ่องใส ส่งผลต่อการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ 4) แพทย์วิถีธรรมเป็นศาสตร์แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ 5) สังคมสิ่งแวดล้อมสถานที่ที่มีผลต่อสุขภาพกายใจที่แข็งแรงและผาสุก 6) การสื่อสารผ่านออนไลน์และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อการเผยแพร่ช่วยเหลือผู้คนและสร้างความเชื่อหรือศรัทธาในวิถีธรรมชาติและแพทย์วิถีธรรม คือ หน่วยงานสุขภาพเพื่อคุณประโยชน์แก่พุทธศาสนิกชนเป็นสำคัญ 7) ชื่อ อาหารสูตร “หมอเขียว” ทำให้สบาย เบาอกาย มีกำลัง ทุเลาอาการเจ็บป่วย 8) หมอที่ดีที่สุดในโลกคือตัวคุณเองเป็นการเรียนรู้เพื่อพึ่งตนให้พ้นทุกข์และช่วยเหลือผู้อื่น 9) คุณธรรมความกตัญญูตอบแทนคุณต่อหมอผู้เสียสละด้วยการใช้ความรู้มาเสียสละและแก้ปัญหามวลมนุษยชาติ 10) ความสุขคือเป้าหมายของการแพทย์

วิถีพุทธ 11) อาหารปรับสมดุลมังสวิตรัสชาติจัดถูกใช้ประโยชน์ตั้งแต่เริ่มต้นของผู้ป่วยและอาหารพืชผักหรือสีเขียวรสชาติทั่วไปมีคุณค่าต่อการดูแลสุขภาพเจ็บป่วย

นอกจากนี้แล้ว ใจเพชร กล้าจน (2558, น. 300-301) ยังได้ศึกษาการแพทย์วิถีพุทธกับสุขภาพของมวลมนุษยชาติ พบว่า

1. การบูรณาการองค์ความรู้การแพทย์วิถีพุทธ ผู้วิจัยพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์วิถีพุทธขึ้น ด้วยการวิเคราะห์สังเคราะห์องค์ความรู้โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพตามหลักพุทธศาสนา การสร้างสุขภาพตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง หลักการพัฒนาสุขภาพตามหลักวิทยาศาสตร์สุขภาพแผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์พื้นบ้านทฤษฎีสาระและพลังงาน ทฤษฎีขัดตรงกันข้ามเชิงสุขภาพและแนวคิดความสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมพบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคหรืออาการเจ็บป่วยตามหลักแพทย์วิถีพุทธเกิดจาก 5 ประการใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) ความร้อนเย็นไม่สมดุลด้านวัตถุ 2) ทำบาปหรืออกุศลกรรม 3) การไม่บำเพ็ญบุญกุศล 4) ความกลัว ความใจร้อน ความวิตกกังวล และความเศร้าหมอง และ 5) การคบมิตรที่ไม่ดี การอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมไม่ดีแบ่งเป็นสาเหตุความเจ็บป่วย 9 ข้อย่อย ได้แก่ 1) อารมณ์เป็นพิษ 2) อาหารเป็นพิษและไม่สมดุล 3) พิษจากการไม่ออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายและอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง 4) พิษจากมลพิษต่าง ๆ ในโลกเพิ่มมากขึ้น 5) พิษจากการสัมผัสเครื่องยนต์เครื่องไฟฟ้าหรือเครื่องอิเล็กทรอนิกส์มากเกินไปจนเกินความสมดุล 6) ไม่พึ่งตน ด้วยวิธีที่ประหยัดเรียบง่าย ในการลดความรุนแรงของพิษหรือระบายพิษออกจากร่างกาย 7) การเพียรการพักที่ไม่พอดี 8) บาปหรืออกุศลกรรม 9) การบูรณาการองค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ ณ ปัจจุบันยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอเกิดความเจ็บป่วยหรือกลุ่มอาการร้อนเย็นไม่สมดุล 5 กลุ่มอาการ ดังนี้ 1) กลุ่มอาการของภาวะร่างกายร้อนเกิน 2) กลุ่มอาการของภาวะร่างกายเย็นเกิน 3) กลุ่มอาการของภาวะร่างกายร้อนเกินและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกัน 4) กลุ่มอาการของภาวะร่างกายที่มีสาเหตุเกิดจากร่างกายร้อนหรือร้อนเย็นพันกันเกินติดกลับเป็นอาการเย็นเกิน (เย็นหลอก) 5) กลุ่มอาการของภาวะร่างกายที่มีสาเหตุเกิดจากร่างกายเย็นหรือร้อนเย็นพันกันเกินติดกลับเป็นอาการร้อนเกิน (ร้อนหลอก) ซึ่งแก้ไขได้ด้วยการปรับสมดุลร้อนเย็น ใช้เทคนิค 9 ข้อ (ยา 9 เม็ด) ตามหลักการแพทย์วิถีพุทธ ดังนี้ 1) การรับประทานสมุนไพรปรับสมดุลร้อนเย็น 2) การกัวซาหรือดูดซาหรือดูดพิษหรือดูดลม (การดูดระบายพิษทางผิวหนัง) 3) การสวนล้างพิษออกจากลำไส้ใหญ่ด้วยสมุนไพรที่ถูกสมดุลร้อนเย็น (ดีท็อกซ์) 4) การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายในน้ำสมุนไพร ตามภาวะร้อนเย็นของร่างกาย 5) พอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร ตามภาวะร้อนเย็นของร่างกาย 6) การออกกำลังกายกจุด ลมปราณ โยคะ กายบริหารที่

ถูกต้อง 7) การรับประทานอาหารปรับสมดุล ตามภาวะร้อนเย็นของร่างกาย 8) ใช้ธรรมชาติบำบัดบำบัดเพื่อบำบัดปัญหาสุขภาพ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย คบมิตรดี สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี และ 9) รู้เพียร รู้พักให้พอดี

2. สุขภาวะของผู้ใช้การแพทย์วิถีพุทธ ผลการศึกษาสุขภาวะของผู้ใช้การแพทย์วิถีพุทธ จากการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลความเจ็บป่วยและผลการรักษา ตามบันทึกผลงานวิจัยและเอกสาร และสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์วิถีพุทธทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้เก็บรวบรวมไว้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538-2558 ซึ่งรวบรวมข้อมูล “สุขภาวะของผู้ใช้การแพทย์วิถีพุทธ สถาบันบุญนิยม” พบว่า 1,542 กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีโรคหรืออาการไม่สบายมากกว่า 1 โรคหรืออาการไม่สบาย รวมทั้งหมดเป็น 2,316 โรคหรืออาการไม่สบาย ซึ่งจำแนกแสดงผลของการดูแลสุขภาพโดยใช้การแพทย์วิถีพุทธตามปัญหาความเจ็บป่วยด้านร่างกายแยกตาม โรคอาการและอาการแสดง (ICD 10) พบว่ามีสุขภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปด้านร่างกายในทางที่เป็นประโยชน์ คือ หายจากโรคหรืออาการแสดง ร้อยละ 30.74 หรือจำนวน 712 โรคหรืออาการแสดง มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นร้อยละ 59.67 หรือจำนวน 1,382 โรคหรืออาการแสดง ในส่วนโรคหรืออาการแสดงที่ไม่แสดงผลการเปลี่ยนแปลง (เท่าเดิม) และไม่หาย ร้อยละ 0.13 และ 0.09 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์โดยแยกตาม โรคอาการและอาการแสดง (ICD 10) พบว่าจากกรณีศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 2,316 โรคหรืออาการแสดง พบเป็นมะเร็งชนิดต่าง ๆ (C00-D09) และเนื้องอกที่ผิดปกติไม่ชัดเจน ณ จุดต่าง ๆ (D10-D48) เป็นจำนวนมากที่สุดอันดับแรก รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ) (I10) เป็นอันดับสอง อาการปวดไมเกรนเวียนศีรษะและกลุ่มอาการปวดศีรษะแบบอื่น (G43, G44, R42, R51) เป็นอันดับสาม และโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร (K20-K31, K21, K25, K29.6, K29.7, K40-K46, K50, K50-K52, K59) เป็นลำดับที่สี่ ร้อยละ 6.82, 5.53, 5.14 และ 4.97 ตามลำดับและพบว่าเมื่อปรับสมดุลร้อนเย็นกายใจตามหลักการแพทย์วิถีพุทธทำให้แต่ละชาติพันธุ์สามารถสร้างสุขภาวะด้วยตนเองได้ และสามารถถ่ายทอดความรู้แก่ผู้อื่นให้ได้เรียนรู้ สรุปเป็นผลการปฏิบัติเพื่อสุขภาวะที่ดีได้ทั้ง 4 ด้าน จากผู้ใช้การแพทย์วิถีพุทธ โดยผลจากผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกอย่างเจาะจงศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 170 คน ดังนี้

2.1 สุขภาวะทางกายของผู้ป่วยที่ใช้การแพทย์วิถีพุทธ ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะปกติมากขึ้น อาการเจ็บป่วยทุเลา มีความรู้สึกสบาย มีกำลัง โปร่ง เบากายมากกว่าเดิม ลดการไปพบแพทย์หรือไม่ต้องไปพบแพทย์ ลดปริมาณการใช้ยาเคมีลงได้หรือสามารถเลิกใช้ยาเคมีได้หรือสามารถเลิกทานยาได้ในบางท่าน ลดหรืองดการทานเนื้อสัตว์ได้ ทานอาหารรสจืดลงได้และ

พยายามทานอาหารผักผลไม้มากขึ้น สุขภาวะทางกายในด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ใช้การแพทย์วิถีพุทธส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในปัจจัยสี่ที่เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันได้ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ลดหรืองดการใช้ยา สามารถหลีกเลี่ยงการนำยาเคมีเข้าร่างกายได้ นอกจากนี้แล้วยังช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านอาหารและเครื่องนุ่งห่มได้ ส่งผลต่อสุขภาพกายที่มีพลังมากขึ้น ทำกิจกรรมการงานได้มากขึ้น สุขภาพใจที่เป็นสุขมากขึ้น ต่อยอดพัฒนาสู่การเป็นจิตอาสา

2.2 สุขภาวะทางจิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น บอกเล่าได้ถึงความทุกข์ที่ลดลง ความสุขที่เพิ่มขึ้น ความโปร่งโล่งเบาสบายใจ มีความเข้าใจและวิธีการคิดพิจารณาจัดการความกลัวและความเครียดที่เหมาะสมได้ ไม่กลัวโรค ไม่กลัวตาย ไม่เร่งผล ไม่กังวล พิจารณาวางใจและยกจิตได้สูงขึ้น มีจิตที่อยากช่วยเหลือผู้อื่น มีความเชื่อมั่นและเข้าใจในกฎแห่งกรรมและผลของกรรมที่ชัดเจนมากขึ้น มั่นใจในการมีและการใช้ชีวิตที่เรียบง่ายและพอเพียงและการนำแนวทางการแพทย์วิถีพุทธไปปฏิบัติต่อได้อย่างต่อเนื่อง

2.3 สุขภาวะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเชื่อมั่นในการเป็นหมอดูแลรักษาคนได้ มีทักษะการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเอง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวและครอบครัวลดลงได้ ใช้ชีวิตที่ประหยัดพอเพียงและเรียบง่ายขึ้น มีจิตใจเอื้อเฟื้อเกื้อกูลผู้อื่น ให้คำแนะนำบอกต่อผู้ที่สนใจหลักการแพทย์วิถีพุทธ อย่างเข้าใจสภาพจิตของผู้ที่อยากหรือต้องการได้รับการแนะนำช่วยเหลือ สามารถจัดสรรเวลาช่วยเหลือผู้อื่นได้มากขึ้นอย่างมีความสุข สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นมากขึ้น

2.4 สุขภาวะทางปัญญา (จิตวิญญาณ) ส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ได้ศึกษาและเข้าใจวิธีการลดกิเลสจนสามารถปฏิบัติลดกิเลสอย่างมีความสุขได้จริง มีความเข้าใจชีวิต มีความเชื่อมั่นในเรื่องของกรรมและผลของกรรม การสร้างคุณงามความดี การให้อภัย มีความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น สามารถทำประโยชน์ให้ผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการพัฒนาด้านศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ มีความเข้าใจชีวิต และชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เจริญขึ้น สามารถเห็นและลดความโลภ โกรธ หลงของตนได้อย่างชัดเจน มีความเข้าใจได้ชัดเจนขึ้นและเชื่อมั่นในเรื่องของกรรมและผลของวิบากกรรม มีความเชื่อมั่นในการกระทำและผลของการกระทำเท่านั้นที่จะส่งผลอยู่ตลอดเวลา การสร้างแต่คุณงามความดี การให้อภัย มีความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นด้วยการทำประโยชน์ให้ผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ให้ความสำคัญ

กับพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ โดยมาพัฒนาตนเป็นจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อฝึกฝนความเป็นพุทธะ ผู้รู้ ผู้ตื่น ผู้เบิกบานในตน พร้อมทำประโยชน์ช่วยเหลือมวลมนุษยชาติ

Bibbi (2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัญหาเรื่องเท้าและการรับรู้ตนเองเรื่องสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชาวแทนซาเนีย จำนวน 150 คน และผู้ป่วยเบาหวานชาวสวีดิช จำนวน 150 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชาวแทนซาเนีย ร้อยละ 40 มีความพึงพอใจต่อการดูแลตนเองและเห็นว่าการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ช่วยให้ความรู้สึกลดขึ้น ส่วนชาวสวีดิช ร้อยละ 43 ได้รายงานเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดูแลตนเอง โดยเน้นเรื่องของการลดน้ำหนักตัวและการออกกำลังกาย การขาดยาและการให้การศึกษาเป็นเหตุหนึ่งที่สร้างความไม่พึงพอใจแก่ผู้ป่วยแทนซาเนีย ขณะที่ผู้ป่วยชาวสวีดิชไม่พึงพอใจกับพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยชาวแทนซาเนีย 7 คน และชาวสวีดิช 1 คน มีปัญหาเรื่องเท้าเป็นแผลมีหนอง ผู้ป่วยชาวแทนซาเนีย 20 คน และชาวสวีดิช 103 คน มีปัญหาเกี่ยวกับเท้าเปื่อยพุพอง หลังจากระยะเวลาผ่านไป 2 ปี มีการติดตามผลในกลุ่มผู้ป่วยชาวแทนซาเนีย พบว่าพวกเขามีการปรับปรุงด้านการดูแลดีขึ้น

Xilin Yang (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ทางชีววิทยาระหว่างภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกับภาวะมีโปรตีนในปัสสาวะ ที่จะอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยชาวฮ่องกง จำนวน 6,445 คน โดยตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และระดับไมโคร-แมคโครอัลบูมินในปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c มากกว่า 6.2% และมีภาวะไมโคร-แมคโครอัลบูมินในปัสสาวะจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคภาวะสมองขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น

Jenny-Avital (2008) ได้ศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของ HbA1c ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีค่าเท่ากับ 6.5% ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระดับ HbA1c เท่ากับ 7.3% จากการศึกษาพบว่าการควบคุมให้ปริมาณ HbA1c ต่ำกว่า 6.5% หรือ ไม่ให้เกิน 10% สามารถลดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็กและหลอดเลือดใหญ่ได้

Linmans (2011) ได้ทำการศึกษาผลของการแทรกแซงการดำเนินชีวิตสำหรับคนที่มีโรคเบาหวานหรือ เสี่ยงต่อโรคเบาหวานในการดูแลระดับปฐมภูมิในโลกที่แท้จริง : การวิเคราะห์คะแนนนิตยชอบ ซึ่งโดยทั่วไปมีชุดการแทรกแซงการดำเนินชีวิตจำนวนมากสำหรับผู้เสี่ยงต่อเบาหวานหรือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการตรวจสอบในการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มอย่างไรก็ตามการแปลของโปรแกรมเหล่านี้ในการดูแลระดับปฐมภูมิดูเหมือนว่ามีความท้าทาย และความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่กำลังเพิ่มขึ้นดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับโปรแกรมการ

ดำเนินชีวิตการพัฒนาและการแสดงที่จะมีประสิทธิภาพในการดูแลระดับปฐมภูมิที่แท้จริงของโลก ผู้ศึกษาได้ประเมิน โปรแกรมการดำเนินชีวิตซึ่งสนับสนุน โดยรัฐบาลเนเธอร์แลนด์ โดยดำเนินการวิเคราะห์เปรียบเทียบเวชระเบียนย้อนหลัง ใช้การจับคู่คะแนนนิสัยชอบผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานหรือเบาหวาน ได้รับเลือกจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน 10 แห่ง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการแทรกแซงการดำเนินชีวิต ($n=186$) ถูกนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ตรงกับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($n=2,632$) ข้อมูลที่ดึงจากระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ระดับปฐมภูมิ คะแนนนิสัยชอบจับคู่ถูกใช้ในการควบคุมปัจจัยรบกวน โดยตัวบ่งชี้ การวัดผลอยู่ในรูปของระดับการออกกำลังกาย คำนีมวลกายระดับ HbA1c ระดับน้ำตาลเมื่ออดอาหารเช้า ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบรัดตัวและคลาตัวระดับคอเลสเตอรอลโดยรวม และคอเลสเตอรอลชนิด HDL และไตรกลีเซอไรด์ และใช้ระยะเวลาการติดตามหนึ่งปี ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการติดตามผลในการวัดผลค่าใด ๆ ระหว่างทั้งสองกลุ่มการทดลองที่ติดตามระยะหนึ่งปีของค่าระดับ HbA1c และระดับน้ำตาลเมื่ออดอาหารเช้า เป็นบวกในกลุ่มแทรกแซงเมื่อเทียบกับการควบคุมแม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (-0.12% , $P = 0.07$ และ -0.17 mmol/l ลิตร, $P = 0.08$ ตามลำดับ) สรุปได้ว่าผลของโปรแกรมการดำเนินชีวิตในการดูแลระดับปฐมภูมิที่แท้จริงของโลกสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานหรือเบาหวานมีขนาดเล็กและไม่มีความสำคัญทางสถิติความสนใจของรัฐบาลสำหรับการแทรกแซงการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งสำคัญ แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้จะต้องได้ข้อสรุปว่าการปรับปรุงวิถีการดำเนินชีวิตในการดูแลระดับปฐมภูมิที่แท้จริงของโลกยังเป็นที่ทำ

Tuba (2016, p.46) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายแอโรบิคต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนและหลังการรักษา ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า ออกกำลังกายแบบแอโรบิคแบบเข้มข้น (ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ 4 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลานาน 45 นาที) มีผลในเชิงบวกต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรออกกำลังกายในทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษาได้ผลเด่นชัดสำหรับการป้องกัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียดมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดังรายละเอียดการวิเคราะห์ปัจจัยกั้นกลางที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2.12

ตารางที่ 2.12

การวิเคราะห์ปัจจัยการจัดการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพผู้ป่วย
โรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ผู้ศึกษา	ปัจจัยการจัดการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อปัจจัย ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						
	ควบคุมอาหาร	การออกกำลังกาย	การควบคุมอารมณ์ และความเครียด	การใช้ยา	ดูแลตนเองและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	การตรวจตามนัด	
ใจเพชร กล้าจน (2558)	/	/	/		/		
นงลักษณ์ เทศนาและคณะ (2558)	/	/	/				
ทิพารัตน์ คงนาวังและจุฬารัตน์ โสตะ (2557)	/	/	/		/	/	
สุรียา ภูยี่หวา (2556)	/	/		/	/		
ศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554)	/	/	/	/			
สมจิตร พรหมเทพ (2554)	/	/	/		/		
ชลิตา ไชยศิริ (2554)	/		/				
ศรัณยา เพิ่มศิลป์ และรุจิรา ดวงสงค์ (2554)		/	/		/		
กัญญา สุขะมั่ง (2551)	/						
กอบกุลพันธุ์รัตนอิสระ (2551)	/	/	/	/			/
ทรรศนีย์ สิริวัฒนพรกุล นงนุช โอชะ และ สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา (2550)	/						
นิภา แสนโย และคณะ (2550)	/						
วราลี วงศ์ศรีชา และอรสา กงตาล (2544)	/	/	/				
โคคา พูลา พูบา และคณะ (2016)		/					
รวม	12	11	9	3	5	2	

จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่าปัจจัยการจัดการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การควบคุมอาหารการออกกำลังกายการควบคุมอารมณ์และความเครียด การดูแล

ตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการใช้ยา และการไปตรวจตามนัดตามลำดับ ดังนั้นงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรในปัจจัยการจัดการสุขภาพมาใช้ในการศึกษากับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียดส่วนการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการใช้ยา และการไปตรวจตามนัดนั้นเป็นการจัดการสุขภาพที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งจากการศึกษาของ ชลิตา ไชยศิริ (2554, น.7) ได้กำหนดตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม กิจกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ความเครียดและการจัดการความเครียด นอกจากนี้แล้วจากการศึกษาของศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554, น.78-79) พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ การควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงกำหนดปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ การควบคุมอาหารการออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์และความเครียด

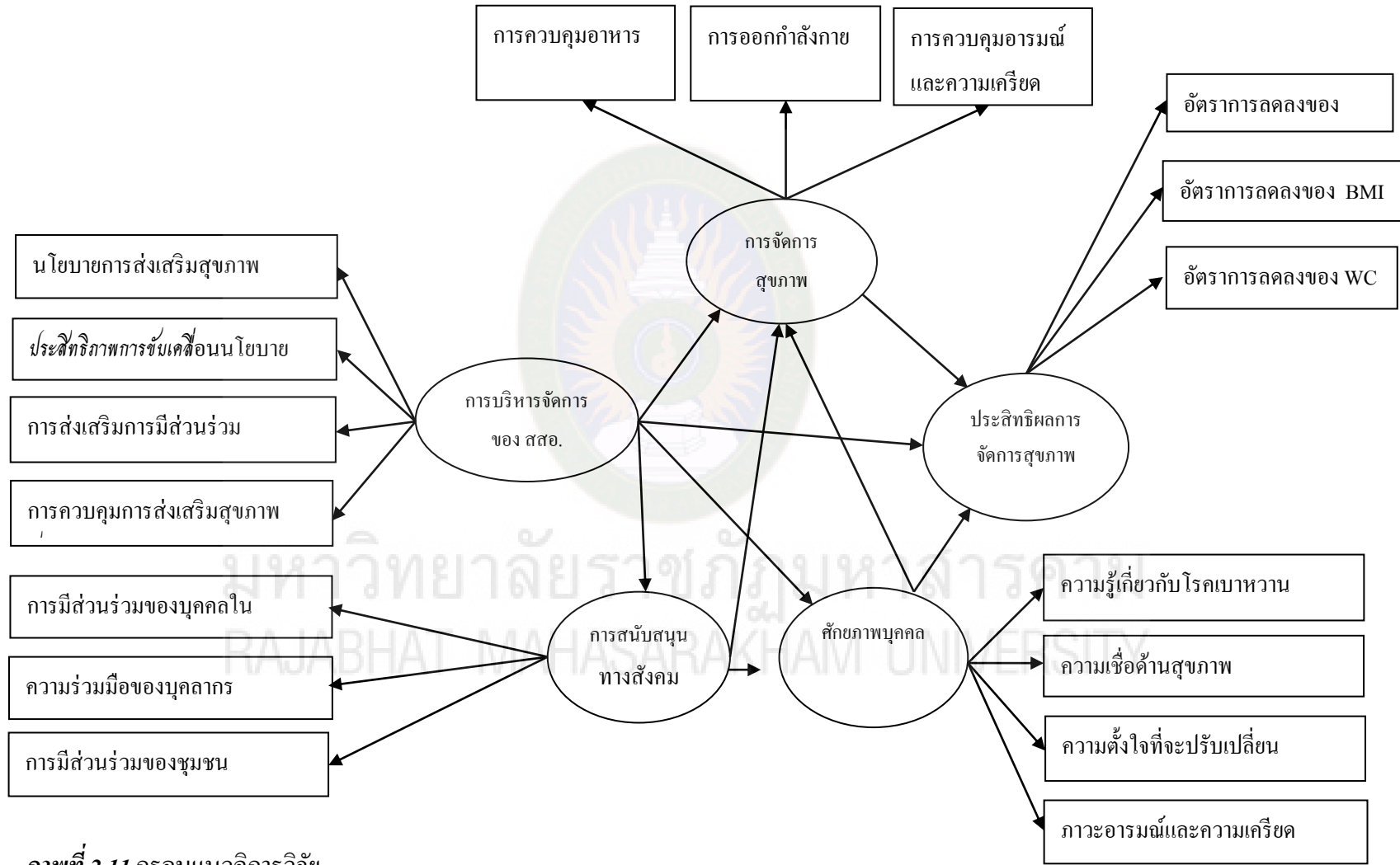
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พบว่าปัจจัยอิสระที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 1 ปัจจัยคือปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มี 4 ตัวแปร ได้แก่ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยคั่นกลางหรือปัจจัยเชิงเหตุผล ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอารมณ์และความเครียดและปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์และความเครียด ส่วนตัวแปรตาม คือปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมี 3 ตัวแปร ได้แก่ อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป อัตราการลดลงของดัชนีมวลกายและอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบวงในช่วงระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558-2560 ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล โดยอาศัยหลักการ

เหตุผลสัมพันธ์ ลำดับการเกิดก่อนหลังของปัจจัยในลักษณะของการมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อม
อ้อมดังแสดงในภาพที่ 2.11



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



ภาพที่ 2.11 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และผู้วิจัยกำหนดวิธีดำเนินการวิจัย เป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นและปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

1. พื้นที่เป้าหมายการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดพื้นที่วิจัย คือ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย 26 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง น้ำพอง เขาสมบวง ชำสูง กระนวน อุบลรัตน์ บ้านฝาง หนองเรือ ภูเวียง ชุมแพ สีชมพู หนองนาคำ ภูผาม่าน บ้านไผ่ พล หนองสองห้อง มัญจาคีรี พระยืน เปือยน้อย แวงน้อย ชนบท แวงใหญ่ บ้านแฮด โนนศิลา โคกโพธิ์ชัย และอำเภอเวียงเก่า

2. แหล่งข้อมูล

2.1 ประชากร การวิจัยครั้งนี้มีหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประชากร คือประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป จังหวัดขอนแก่นที่ได้รับการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือด แล้วถูกวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 43,686 คน (เขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2560)

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

2.2.1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย มีหลักการคำนวณ โดยใช้อัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คนต่อ 1 ตัวแปร (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, น.54, สุกมาส อังสุโชติ, 2551, น. 25 – 26, Anderson and Gerbing, 1988, pp.411-423) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมดจำนวน 26 ตัวแปรดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 520 คน

2.2.2 กลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่าง ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในแต่ละอำเภอ โดยใช้สูตร (สุบงกช จามิกร, 2526, น.10)

$$n_i = n \times N_i / N$$

n_i = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ

n = จำนวนตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 520 คน

N_i = จำนวนประชากรในแต่ละอำเภอ

N = จำนวนประชากรทั้งหมดจำนวน 43,686 คน

ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1

จำนวนประชากรและตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำแนกรายอำเภอ จังหวัดขอนแก่น

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	จำนวนตัวอย่าง
1	เมืองขอนแก่น	3,673	44
2	บ้านฝาง	1,139	13
3	พระยืน	1,114	13
4	หนองเรือ	3,075	36
5	ชุมแพ	3,756	45
6	สีชมพู	2,885	34
7	น้ำพอง	2,904	34
8	อุบลรัตน์	1,670	20
9	กระนวน	1,885	22
10	บ้านไผ่	2,576	31
11	เปือยน้อย	282	3
12	พล	2,609	31
13	แวงใหญ่	1,668	20
14	แวงน้อย	2,163	26
15	หนองสองห้อง	1,506	18
16	ภูเวียง	2,179	26

(ต่อ)

ตารางที่ 3.1(ต่อ)

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน	จำนวนตัวอย่าง
17	มัญจาคีรี	2,157	26
18	ชนบท	1,329	16
19	เขาสวนกวาง	873	10
20	ภูผาม่าน	605	7
21	ซำสูง	157	2
22	โคกโพธิ์ไชย	496	6
23	หนองนาคำ	347	4
24	บ้านแฮด	1,122	13
25	โนนศิลา	1,307	15
26	เวียงเก่า	391	5
	รวม	43,868	520

3. วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 จากอำเภอเป้าหมาย จำนวน 26 อำเภอ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป้าหมายจาก รพ.สต.ทั้งหมดในแต่ละอำเภอ ซึ่งจำนวน รพ.สต. นั้นแปรผันไปตามจำนวนตัวอย่างในแต่ละอำเภอ เช่น อำเภอเมืองขอนแก่นคำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 44 คน ก็ทำการสุ่ม รพ.สต.จำนวน 5 แห่ง โดยเก็บข้อมูลตัวอย่าง รพ.สต.แห่งละ 10 คนในกรณีอำเภอเวียงเก่า ขนาดตัวอย่าง 5 คน ผู้วิจัยได้ทำการสุ่ม รพ.สต. จำนวน 1 แห่งเป็นต้น ทำให้ได้ รพ.สต.เป้าหมายที่เป็นพื้นที่วิจัย จำนวนทั้งสิ้น 62 แห่ง

ขั้นที่ 2 เมื่อได้ รพ.สต.เป้าหมายพื้นที่วิจัยแล้ว ผู้วิจัยก็ทำการสุ่มหมู่บ้านเป้าหมายพื้นที่วิจัย รพ.สต.ละ 1 หมู่บ้าน ทำให้ได้หมู่บ้านเป้าหมายพื้นที่วิจัย จำนวน 62 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 3 เมื่อได้หมู่บ้านเป้าหมายพื้นที่วิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หมู่บ้านละ 10 ตัวอย่าง จากบัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทั้งหมดในหมู่บ้าน ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 613 คน จาก 26 อำเภอ 62 รพ.สต. และ 62 หมู่บ้าน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2

จำนวน รพ.สต.เป้าหมาย หมู่บ้านเป้าหมายและจำนวนตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
จังหวัดขอนแก่น จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน รพ.สต.	จำนวนหมู่บ้าน	จำนวนตัวอย่าง
1	เมืองขอนแก่น	5	5	48
2	บ้านฝาง	2	2	20
3	พระยืน	2	2	20
4	หนองเรือ	4	4	40
5	ชุมแพ	5	5	50
6	สีชมพู	4	4	40
7	น้ำพอง	4	4	37
8	อุบลรัตน์	2	2	20
9	กระนวน	2	2	20
10	บ้านไผ่	3	3	30
11	เปือยน้อย	1	1	10
12	พล	3	3	30
13	เวียงใหญ่	2	2	20
14	เวียงน้อย	3	3	30
15	หนองสองห้อง	2	2	20
16	ภูเวียง	3	3	30
17	มัญจาคีรี	3	3	30
18	ชนบท	2	2	20
19	เขาสวนกวาง	1	1	10
20	ภูผาม่าน	1	1	10
21	ซำสูง	1	1	10
22	โคกโพธิ์ไชย	1	1	10
23	หนองนาคำ	1	1	10
24	บ้านแฮด	2	2	20
25	โนนศิลา	2	2	20
26	เวียงเก่า	1	1	8
รวม		62	62	613

4. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

4.1 ตัวแปรอิสระ ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น คือปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่

4.1.1 นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

4.1.2 ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ

4.1.3 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

4.1.4 การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ

4.2 ปัจจัยกึ่งกลางหรือปัจจัยเชิงเหตุและผล ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้

4.2.1 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่

4.2.1.1 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

4.2.2.2 ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข

4.2.2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน

4.2.2 ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลซึ่ง ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่

4.2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

4.2.2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

4.2.2.3 ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4.2.2.4 ภาวะอารมณ์และความเครียด

4.2.3 ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่

4.2.3.1 การควบคุมอาหาร

4.2.3.2 การออกกำลังกาย

4.2.3.3 การควบคุมอารมณ์และความเครียด

4.3 ตัวแปรตามซึ่งเป็นปัจจัยผลลัพธ์ คือประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่

4.3.1 อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป (Blood Sugar Level: BSL) ในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558-2560

4.3.2 อัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ในระยะเวลา 3 ปี คือ พ.ศ. 2558-2560

4.3.3 อัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอว (Waist Circumference: WC) ในระยะเวลา 3 ปี คือ พ.ศ. 2558-2560

5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในระยะนี้เป็นแบบสอบถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด และแบบทดสอบความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีลักษณะดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป น้ำหนัก ส่วนสูง และความยาวเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ.2558-2560 จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเติมคำ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

1.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ซึ่งมีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

1.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ มีจำนวน 18 ข้อ เป็นแบบสอบถามประเภทมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

1.3 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเฉพาะข้อคำถามในเชิงบวก

1.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับอารมณ์และความเครียด จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

2. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

2.1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือกมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

2.2 แบบสอบถามความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือก มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามเฉพาะเชิงบวก

2.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือก มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามเฉพาะเชิงบวก

3. ปัจจัยด้านบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

3.1 แบบสอบถามนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือก มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามเฉพาะเชิงบวก

3.2 แบบสอบถามประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือก มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามเฉพาะเชิงบวก

3.3 แบบสอบถามการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือก มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามเฉพาะเชิงบวก

3.4 แบบสอบถามการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือก มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามเฉพาะเชิงบวก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร จำนวน 10 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ การควบคุมอารมณ์และความเครียด จำนวน 11 ข้อ เป็นประเภทมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยการเลือกให้คะแนนจากตัวเลือกปฏิบัติมากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายเปิดให้ตอบได้อย่างอิสระ

6. ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

6.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และกระบวนการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดที่ครอบคลุมกับปัญหาการวิจัย

6.2 ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถาม โดยเฉพาะประเภทแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) และปลายเปิด (Opened End)

6.3 ร่างแบบสอบถามให้ครอบคลุมปัญหาการวิจัย

6.4 นำร่างแบบสอบถามไปเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย

6.5 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้เพื่อหาคุณภาพของแบบสอบถาม

6.6 นำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูล

7. การหาคุณภาพเครื่องมือ

7.1 การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นการนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญให้พิจารณาและทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและภาษา โดยพิจารณาความครอบคลุมตามโครงสร้างของเนื้อหา มีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาและคำนิยามศัพท์เฉพาะ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะใช้ดุลยพินิจพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

คะแนน +1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาแล้วเห็นว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

คะแนน 0 เมื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาแล้วไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

คะแนน -1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามแล้วเห็นว่าข้อคำถามนั้น ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือครั้งนี้ มีจำนวน 5 ท่าน ได้แก่

1. ผศ.ดร.กัลยา กุลสุวรรณ วุฒิศึกษา ปรัชญาคุณวุฒิบัณฑิต (ภาษาไทย) ประธานหลักสูตรภาษาไทยและวรรณกรรมไทยคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

2. ผศ.ดร.ไพศาล วรคำ วุฒิศึกษา การศึกษาคณะคุณวุฒิบัณฑิต (วิจัยและประเมินผลการศึกษา)อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ การวัดและประเมินผล

3. ดร.ลำพูน เสนาวัง วุฒิศึกษา ปรัชญาคุณวุฒิบัณฑิต (ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค) สาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

4. ดร.สุทิน ชนะบุญ วุฒิการศึกษา ปรัชญาคุยฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

5. ดร.ประทีป กาลเขว่า วุฒิการศึกษา ปรัชญาคุยฎีบัณฑิต (การวัดและประเมินผลการศึกษา) อาจารย์ประจำวิชาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัยและชีวิตสถิติ ภาควิชาสาธารณสุขชุมชนวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร เป็นผู้เชี่ยวชาญการวัดและประเมินผลผลการประเมินแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน เมื่อนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์และนิยามศัพท์เฉพาะ (IOC) ได้ค่า IOC ของข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ว่าข้อคำถามต้องมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (รังสรรค์สิงห์เลิศ, 2558, น.141) จากนั้นก็นำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นต่อไป

7.2 การนำไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในจังหวัดขอนแก่นซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 คน แล้วในกรณีแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานนั้นนำมาหาความยาก (Difficulty) ได้ค่าความยากในแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.2-0.80 หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ได้ค่าอำนาจจำแนกในแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.20-0.50 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ทั้งฉบับ ด้วยวิธีของ Kuder-Richartson Formula ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.65 สำหรับแบบสอบถามที่เป็นความเชื่อด้านสุขภาพความตั้งใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภาวะอารมณ์และความเครียด ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมปัจจัยด้านบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และปัจจัยการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานนั้นได้นำมาหาอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Item total Correlation) ได้ค่าอำนาจจำแนกในแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.25-0.78 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ทั้งฉบับโดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach) (รังสรรค์ สิงห์เลิศ, 2558, น.141 – 154, บุญชม ศรีสะอาด, 2545, น.100) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.98 ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงมากเมื่อเทียบกับค่ามาตรฐานที่กำหนดค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับนั้นต้องมีค่าตั้งแต่ 0.60 – 1.00 (กรีซแรงสูงเนิน, 2554, น.101) จากนั้นได้จัดพิมพ์เป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์แล้วนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยต่อไป

8. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

8.1 ผู้วิจัยประสานทำหนังสือขออนุญาต ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ถึงสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดขอนแก่น และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย รวมถึงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปส่งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนำส่งแบบสอบถามและหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย เพื่อนำไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แล้วให้บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านเป้าหมายเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในขั้นตอนนี้กำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง 1 สัปดาห์ แล้วผู้วิจัยได้เดินทางไปเก็บแบบสอบถามที่รวบรวมไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป้าหมายจนครบทุกแห่ง

8.2 ผู้วิจัยทำการประชุมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยรวมถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับผู้ประสานงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม สัมภาษณ์ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องสายตา หรือไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ

8.3 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนจากผู้ประสานงานว่ามีความสมบูรณ์ กล่าวคือ ผู้ตอบแบบสอบถามได้ตอบข้อคำถามครบถ้วนทุกข้อหากแบบสอบถามฉบับใดไม่สมบูรณ์ก็จะนำแบบสอบถามฉบับใหม่ไปส่งผู้ประสานเพื่อนำส่งให้ตัวอย่างรายนั้นในการตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนสมบูรณ์ครบทุกข้อ

8.4 ผู้วิจัยติดตามแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบในข้อ 8.3 ตอบและส่งกลับคืนมาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ตามขนาดจำนวนตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

9. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปเป็นเครื่องมือช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 9.1 ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของการตอบแบบสอบถาม
- 9.2 บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
- 9.3 การจัดกระทำข้อมูลเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ ดังนี้

9.3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามประเภทตรวจสอบรายการ (Check List) ทำการลงรหัสข้อมูลตามคุณลักษณะของข้อมูล

9.3.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทำการให้คะแนนจากการตอบข้อสอบ ซึ่งหากตอบถูกจะให้ 1 คะแนน และตอบผิดจะให้ 0 คะแนน แล้วทำการจัดกลุ่มคะแนน โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงกลุ่ม ด้วยการหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (S.D.) ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสุนธิ (2534, น.846-848) และผ่องพรรณ มุริกันนท์ (2557, น.179) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า $\bar{X} - S.D.$ หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในระดับต่ำ (คะแนน ≤ 9 คะแนน หรือ $\leq 60\%$)

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง $\bar{X} - S.D.$ ถึง $\bar{X} + S.D.$ หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับปานกลาง (คะแนน 10 - 13 คะแนน หรือ 61- 90 %)

คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า $\bar{X} + S.D.$ หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในระดับสูง (คะแนน ≥ 13 คะแนน หรือ $\geq 91\%$)

9.3.3 แบบสอบถาม ที่ เป็นความเชื่อด้านสุขภาพความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการสุขภาพ ภาวะด้านอารมณ์และความเครียดการสนับสนุนทางสังคม การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงการจัดการสุขภาพเป็นแบบสอบถาม ประเภทมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ซึ่งมีหลักการให้คะแนนในการวัด ระดับความคิดเห็น/การปฏิบัติตามมาตรวัดแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553, น.85)แบ่งค่าของคำตอบเป็น 5 ระดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3

ระดับคะแนนความคิดเห็นและการปฏิบัติจำแนกตามเกณฑ์

เกณฑ์ระดับความคิดเห็นและการปฏิบัติ	เชิงลบ	เชิงบวก
มากที่สุด	1	5
มาก	2	4
ปานกลาง	3	3
น้อย	4	2
น้อยที่สุด	5	1

จากนั้นทำการรวมคะแนน และแบ่งช่วงระดับคะแนนด้วยวิธีการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น ของคะแนนรวมรายชื่อ รายด้านและภาพรวม โดยการแบ่งช่วงระดับคะแนนด้วยวิธีการหา ความกว้างของอันตรภาคชั้น (สัญญา เคนาภูมิ และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, 2557, น.185, รังสรรค์ สิงห์เลิศ, 2558, น.194) ออกเป็นสามช่วงเพื่อแปลความหมายจากผลคะแนนเฉลี่ยของ ระดับความเห็นและพฤติกรรม ดังแสดงในตารางที่ 3.4 ดังนี้

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

แทนค่าคะแนนที่วัดด้วยมาตราส่วนประมาณค่า

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ตารางที่ 3.4

ช่วงคะแนนของระดับความคิดเห็นและการปฏิบัติ

ระดับความคิดเห็นและการปฏิบัติ	ช่วงคะแนน
ต่ำ	1.00 – 2.33
ปานกลาง	2.34 – 3.67
สูง	3.68 – 5.00

10. สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

10.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) โดยแสดงเป็นจำนวน และค่าร้อยละ (Percentage)

10.2 วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: \bar{X}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)

10.3 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะอารมณ์และความเครียดการสนับสนุนทางสังคม การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และการจัดการสุขภาพด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

10.4 วิเคราะห์ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพ โดยการคำนวณหาค่าอัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง การคำนวณหาค่าอัตราการลดลงของค่าดัชนีมวลกาย และการคำนวณหาค่าอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบวงของปี พ.ศ. 2558 ถึง 2560 ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

10.4.1 อัตราการลดลง ดิตลบ หมายถึง อัตราการลดลงของปัจจัยด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับเลวลง

10.4.2 อัตราการลดลงอยู่ระหว่าง 0-25 % หมายถึง อัตราการลดลงของปัจจัยด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับต่ำ

10.4.3 อัตราการลดลงมากกว่า 25-50 % หมายถึง อัตราการลดลงของปัจจัยด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับพอใช้

10.4.4 อัตราการลดลง มากกว่า 50-75 % หมายถึง อัตราการลดลงของปัจจัยด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับดี

10.4.5 อัตราการลดลงมากกว่า 75-100 % หมายถึง อัตราการลดลงของปัจจัยด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับดีมาก

10.5 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น และประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ด้วยการวิเคราะห์การสร้างโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (กรีซ แรงสูงเนิน, 2554, น.65-79, สุนทรพจน์ คำรงค์พานิช, 2555, น.21-110) ในการตรวจสอบความตรงของแบบจำลอง สมมติฐานการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงของแบบจำลอง และมีการปรับแก้แบบจำลอง จนกว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาความสอดคล้องที่สำคัญ ซึ่งนักวิจัยนิยมใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา สุนทรพจน์ คำรงค์พานิช (2555, น.33), Chou and Bentler (1995), Kaplan (1995), Kline (2004) ดังแสดงในตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5

ดัชนีความสอดคล้องความตรงของแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย

สถิติสำหรับพิจารณา	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา
χ^2/df	< 2 หรือ < 5 (กรณี โมเดลซับซ้อน)
CFI	0.90 ขึ้นไปยอมรับได้, 0.95 สอดคล้องดีมาก
TLI	0.90 ขึ้นไปยอมรับได้, 0.95 สอดคล้องดีมาก
RMSEA	<0.05 สอดคล้องดีมาก , 0.05-0.08 สอดคล้องดี
SRMR	<0.05 สอดคล้องดีมาก, 0.05- 0.08 สอดคล้องดี

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก โปรแกรม *Mplus* กับ การวิเคราะห์ข้อมูลทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. สุนทรพจน์ ดำรงค์พานิช, 2555, มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

10.6 การวิเคราะห์ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เป็นแบบสอบถามปลายเปิด (Opened End) เป็นข้อความที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็น โดยการเขียนเป็นข้อความมา ข้อมูลนี้ถือว่าเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้นำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งเป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดกลุ่มประเด็นสำคัญ แล้ว Coding ถ้อยคำสำคัญ จากนั้นสรุปเรียบเรียงถ้อยคำใหม่ โดยการอธิบายขยายความ เพื่อให้เกิดความชัดเจน รายละเอียดได้เรียงลำดับจากความสำคัญมากไปหาน้อย

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

1. แหล่งข้อมูลการวิจัยในระยะนี้ใช้แหล่งข้อมูล ดังนี้

1.1 ผลงานวิจัยระยะที่ 1 หลังจากทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจในตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่มีความสัมพันธ์กัน และมีอิทธิพลต่อ

ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1.3 ประชากร เป็นอายุรแพทย์ที่มหาวิทยาลัยจากโรงพยาบาลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และญาติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรวมประชากรในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 160 คน

1.4 กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนประชากรซึ่งใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายแบบการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กับบุคคลที่ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Keys Informant) ดังต่อไปนี้

1.4.1 อายุรแพทย์พยาบาลวิชาชีพ เกสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น รวมจำนวน 5 คน

1.4.2 สาธารณสุขอำเภอชำสูง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกม่วง ตำบลขัวเรียง อำเภอชุมแพ และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาหนองทุ่ม อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน รวมจำนวน 5 คน

1.4.3 อสม.ดีเด่นระดับประเทศ สาขาควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอหนองเรือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และญาติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลขัวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3 คนรวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ทั้งสิ้น รวมจำนวน 13 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 คือ แนวทางหรือรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้มาจากการวิจัยในระยะที่ 1 และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มาสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นฉบับร่างในการพิจารณา โดยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ในรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่ม

เสี่ยงโรคเบาหวานวิพากษ์รูปแบบดังกล่าว รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

3. การสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดที่ครอบคลุมกับปัญหาการวิจัย

3.2 ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นหลัก

3.3 ร่างแนวคำถามให้ครอบคลุมกับปัญหาการวิจัย

3.4 นำร่างแนวคำถามเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมว่าสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้หรือไม่

3.5 นำชุดคำถามในการสนทนากลุ่มไปเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานทำหนังสือจากคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมชนแพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชำสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกม่วง ตำบลขัวเรียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลโนนหม่อง อำเภอบ้านฝาง องค์การบริหารส่วนตำบลนาหนองทุ่ม เพื่อขออนุญาตขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ได้แก่ แพทย์ผู้ชำนาญการด้านอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ผู้ชำนาญการด้านอายุรกรรม ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นรวมจำนวน 5 คนสาธารณสุขอำเภอชำสูง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลยางคำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลโนนหม่อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกม่วง และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาหนองทุ่ม อำเภอชุมแพ รวมจำนวน 5 คน อสม.ดีเด่นระดับประเทศ สาขาควบคุมโรคไม่ติดต่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และญาติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน รวมจำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 13 คน โดยใช้วิธีคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายเพื่อเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ และสนทนากลุ่มเกี่ยวข้องกับแนวทางหรือรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลการวิจัยในระยะที่ 2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมจากการวิจารณ์ และการให้ข้อเสนอแนะ โดยการจดบันทึกลงในแบบวิจารณ์

และข้อเสนอแนะ และทำการบันทึกภาพ บันทึกเสียง และทำการสังเคราะห์ข้อมูลการวิจารณ์และข้อเสนอแนะจากการถอดข้อความ ต่อจากนั้นจึงนำไปสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

- 5.1 จัดกลุ่มประเด็นข้อความ (Word Grouping) จากการสนทนากลุ่มตัวอย่าง
- 5.2 ทำการอธิบายขยายความ (Explanation) โดยเรียบเรียงถ้อยคำขึ้นใหม่จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา
- 5.3 ทำการตีความ (Interpretation) บางประโยคหรือบางถ้อยคำที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา จำเป็นต้องตีความหรือแปลความหมายแฝง ผู้วิจัยก็จะทำการตีความถ้อยคำ ดังกล่าวโดยอาศัยบริบทของการสนทนาสนับสนุนการตีความ
- 5.4 การพรรณนาความ (Description) เป็นการร้อยเรียงถ้อยคำ โดยการจัดระบบการเกิดขึ้นก่อน-หลังของเนื้อหาสาระจากการวิเคราะห์พร้อมกับการพรรณนาเชื่อมโยงแต่ละเนื้อหา/เหตุการณ์ให้เกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน

6. การสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 6.1 การสังเคราะห์ผลการวิจัยโดยประยุกต์ใช้หลักการวิเคราะห์ความสอดคล้องกับนโยบาย แนวทาง ประเด็น กิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล และปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
- 6.2 เรียบเรียงแนวทางเพื่อสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น (Development Model Making) เป็นการนำแนวนโยบายและหรือกลยุทธ์ต่างๆ กำหนดแล้วมาเขียนในรูปของผังมโนทัศน์ พร้อมกับการอธิบายกลไกการทำงานของรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

ระยะที่ 3 การยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

การยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยใช้วิธีการยืนยันโดยผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ดังนี้

1. แหล่งข้อมูลการวิจัยในระยะนี้ใช้แหล่งข้อมูล ดังนี้

1.1 ประชากรคือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น คือ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น นักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น อาจารย์ที่สอนวิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ คือ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ คือนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นด้านการจัดการโรคเบาหวานในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 35 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น วิทยาลัยที่สอนวิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ คือนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่นและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงซึ่งเป็นผู้ที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นในด้านการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นเป็นผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ จำนวน 8 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นคำถามในการวิจัยเพื่อยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัด

ขอนแก่น และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาเชิงนโยบาย และแนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์โดยการสอบถามระดับความคิดเห็นต่อแนวทางหรือรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ซึ่งมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนในการวัดระดับความคิดเห็นมาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert Scale) (ชูศรีวงษ์รัตน์, 2553, น.85) แบ่งค่าของคำตอบเป็น 5 ระดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6

ระดับคะแนนความเห็นต่อแนวทางการพัฒนาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ระดับ	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

3. การสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดที่ครอบคลุมกับปัญหาการวิจัย

3.2 ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างข้อคำถามที่ใช้ในการสอบถามโดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นหลัก

3.3 ร่างข้อคำถามให้ครอบคลุมกับปัญหาการวิจัย

3.4 นำร่างข้อคำถามเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมว่าสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้หรือไม่

3.5 นำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานทำหนังสือจากคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ถึงสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองเรือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือเพื่อขออนุญาต ขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น อาจารย์ที่สอนวิชาการสาธารณสุขชุมชนวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลชุมแพ สาธารณสุขอำเภอเมือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่นรวมทั้งสิ้น 8 คน โดยใช้วิธีคัดเลือกตัวอย่างอาสาสมัครที่เต็มใจตอบแบบสอบถามตามจำนวน โควตาที่กำหนด และส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายเพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น โดยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายเพื่อให้ตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนจนครบทั้ง 8 ชุด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากการแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย จำนวน 8 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ แนวทางกิจกรรมการพัฒนา ด้วยการให้คะแนนความเห็นชอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median: Md.) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR) เป็นรายชื่อซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลความหมาย ดังตารางที่ 3.7 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545,น.100, พิรดา มาลาม, 2560, น.112)

ตารางที่ 3.7

ช่วงคะแนนของระดับความเหมาะสมและความเป็นไปได้

ระดับความเหมาะสมและความเป็นไปได้	ช่วงคะแนน
มากที่สุด	4.51 – 5.00
มาก	3.51 – 4.50
ปานกลาง	2.51 – 3.50
น้อย	1.51 – 2.50
น้อยที่สุด	1.00 – 1.50

จากนั้นจึงทำการเลือกรูปแบบกิจกรรมพัฒนาในข้อที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ โดยกำหนดว่าค่ามัธยฐาน (Median: Md.) ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR) ไม่เกิน 1.50 (วาโร เฟ็งสวัสดิ์, 2553, น.13) และทำการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมพัฒนาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยเกณฑ์ยอมรับรูปแบบการพัฒนาในภาพรวมนั้น พิจารณาจากค่ามัธยฐานของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งต้องมีค่ามัธยฐานอยู่ในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 80 ขึ้นไป (เอื้อมจิต พานทองวิริยะกุล, 2560, น.113) จึงจะยอมรับว่าเป็นรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ข้างต้นในประเด็น ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น 2) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นและ 3) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลด้วยตาราง และภาพประกอบการอธิบายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับระยะการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ระยะที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ระยะที่ 3 ผลการยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยกำหนดการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา
2. ผลการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การทดสอบสมมติฐาน
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 613 คน ข้อมูลทั่วไปในที่นี้คือ เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ จำนวนบุคลากรในครัวเรือน ระยะเวลาการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และการมีโรคประจำตัว ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	159	25.94
หญิง	454	74.06
รวม	613	100
อายุ		
<40 ปี	56	9.13
41 – 50 ปี	196	31.97
51 – 60 ปี	222	36.22
>60ปี	139	22.68
$\bar{X} = 53.54$ ปี, S.D = 9.51, Min = 36, Max = 82 ปี		
รวม	613	100
สถานภาพสมรส		
โสด	44	7.18
คู่	484	78.96
หม้าย	61	9.95
หย่าหรือแยกกันอยู่	24	3.91
รวม	613	100

(ต่อ)

ตารางที่ 4.1(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	8	1.30
ประถมศึกษา	380	62.00
มัธยมศึกษา	168	27.41
ปวช./ปวส.	24	3.91
อนุปริญญา	8	1.30
ปริญญาตรี	18	2.94
สูงกว่าปริญญาตรี	7	1.14
รวม	613	100
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	52	8.48
รับจ้าง	97	15.82
เกษตรกรรม	383	62.48
ค้าขาย	37	6.04
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	5.06
ธุรกิจส่วนตัว	9	1.47
อื่นๆ	4	0.65
รวม	613	100
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
< 4 คน	143	23.33
4 – 6 คน	398	64.93
> 6 คน	72	11.74
\bar{X} = 4.53 คน, S.D = 1.56, Min = 1, Max = 10 คน		
รวม	613	100

(ต่อ)

ตารางที่ 4.1(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน		
< 4 ปี	521	84.99
4 – 6 ปี	84	13.70
> 6 ปี	8	1.31
\bar{X} = 2.84 ปี, S.D = 1.12, Min = 1, Max = 10 ปี		
รวม	613	100
มีโรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	165	25.45
ชาปลายมือปลายเท้า	83	13.54
โรคตา	33	5.38
โรคไต	7	1.14
หลอดเลือดหัวใจ	3	0.49
หลอดเลือดสมอง	3	0.49
โรคไต	1	0.16
แผลเรื้อรัง	1	0.16
อื่นๆ	46	5.38
ไม่มีโรคประจำตัว	448	74.55
รวม	613	100

จากตารางที่ 4.1พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 613 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.06 มีอายุเฉลี่ย 53.54 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 36.22 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.96 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.48 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.53 คน ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือนอยู่กลุ่ม 4-6 คน ร้อยละ 64.93 มีระยะเวลาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเฉลี่ย 2.84 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่ำกว่า 4 ปี ร้อยละ 84.99 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 25.45 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.54

1.2 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มี 4 ตัวแปร คือ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมการส่งเสริม

สุขภาพ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มี 3 ตัวแปร คือการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล มี 4 ตัวแปร คือความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะด้านอารมณ์และความเครียดและปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 3 ตัวแปร คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1.2.1.1 นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยการได้รับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในข้อคำถามว่า รพ.สต. มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ย 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ รพ.สต. มีการประชุมประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวานในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 ส่วนค่าเฉลี่ยการได้รับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพน้อยที่สุดในข้อคำถามว่า รพ.สต. มีการประสานขอรับงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย 3.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.89 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ รพ.สต. มีการสื่อสารนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย 3.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85 อยู่ในระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายชื่อ

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. รพ.สต. มีการประชุมประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.82	0.83	สูง
2. รพ.สต. มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.84	0.83	สูง
3. รพ.สต. มีการวางแผนแก้ไขปัญหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.80	0.83	สูง
4. รพ.สต. มีการประสานขอรับงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.76	0.89	สูง
5. รพ.สต. มีการสื่อสารนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.79	0.85	สูง
รวม	3.82	0.71	สูง

1.2.1.2 ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ
กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการ
ขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72 อยู่ในระดับปาน
กลาง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายชื่อ
พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด
ในข้อคำถามว่า รพ.สต. มีการคัดเลือกประธานกลุ่มหรือชมรม คณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพใน
หมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ย 3.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 อยู่ในระดับสูง
รองลงมาคือ รพ.สต. มีกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสร้างสุขภาพในหมู่บ้านของกลุ่ม
เสี่ยงโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ย 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 ส่วนค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการ
ขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพน้อยที่สุดในข้อคำถามว่าชมรมสร้างสุขภาพเปิดรับสมัคร
สมาชิกอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ย 3.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.93 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา
คือชมรมสร้างสุขภาพได้รับงบประมาณและวัสดุที่สนับสนุนอย่างเพียงพอในการส่งเสริมสุขภาพมี
ค่าเฉลี่ย 3.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 อยู่ในระดับ ปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ สนิบสนุนกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายชื่อ

ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. รพ.สต. มีการกำหนดโครงสร้างกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพ ในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.71	0.83	สูง
2. รพ.สต. มีกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสร้าง สุขภาพในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.72	0.84	สูง
3. รพ.สต. มีการคัดเลือกประธานกลุ่มหรือชมรม คณะกรรมการ ชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.73	0.84	สูง
4. รพ.สต. มีการอบรมคณะกรรมการในการจัดการสร้างสุขภาพ ในหมู่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.67	0.88	ปานกลาง
5. คณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพมีการดำเนินงานสร้าง สุขภาพตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	3.56	0.85	ปานกลาง
6. ชมรมสร้างสุขภาพได้รับงบประมาณและวัสดุที่สนับสนุน อย่างเพียงพอในการส่งเสริมสุขภาพ	3.44	0.90	ปานกลาง
7. ชมรมสร้างสุขภาพเปิดรับสมัครสมาชิกอย่างต่อเนื่อง	3.42	0.93	ปานกลาง
8. ชมรมสร้างสุขภาพมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	3.47	0.90	ปานกลาง
9. ชมรมสร้างสุขภาพได้รับการติดตาม ประเมินผลจากรพ.สต. อย่างต่อเนื่อง	3.54	0.85	ปานกลาง
รวม	3.58	0.72	ปานกลาง

1.2.1.3 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยการได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพโดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในการสอบถามว่า รพ.สต. ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ประชาชนมีค่าเฉลี่ย 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74 อยู่ในระดับสูงรองลงมาก็คือ รพ.สต. เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ

จัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ย 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80 อยู่ในระดับสูง ส่วนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในข้อคำถามว่า รพ.สต. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทเต็มที่ในการตัดสินใจจัดการปัญหาสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ย 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ รพ.สต. เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วนของการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ย 3.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 อยู่ในระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. รพ.สต. ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ประชาชน	3.93	0.74	สูง
2. รพ.สต. เปิดโอกาสให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานแสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.83	0.81	สูง
3. รพ.สต. เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน	3.85	0.80	สูง
4. รพ.สต. เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วนของการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน	3.73	0.83	สูง
5. รพ.สต. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทเต็มที่ในการตัดสินใจจัดการปัญหาสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน	3.72	0.83	สูง
รวม	3.81	0.71	สูง

1.2.1.4 การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 3.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72 อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยมากที่สุด ในข้อคำถามว่า รพ.สต. มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมที่เสี่ยงมีค่าเฉลี่ย 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ รพ.สต. มีการติดตามผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 อยู่ในระดับสูง ส่วนค่าเฉลี่ยการควบคุมการจัดการสุขภาพน้อยที่สุดในข้อคำถามว่า รพ.สต. ส่งเสริมให้ชมรมมีการขยายผลการจัดการโรคเบาหวานไปยังเครือข่ายชมรมการจัดการสุขภาพอื่นๆ มีค่าเฉลี่ย 3.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.89 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ รพ.สต. ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการปัญหาโรคเบาหวานกับชมรมจัดการสุขภาพที่มีผลงานดีเด่นมีค่าเฉลี่ย 3.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 อยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายชื่อ

การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. รพ.สต. มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมที่เสี่ยง	3.92	0.74	สูง
2. รพ.สต. มีการติดตามผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.88	0.79	สูง
3. รพ.สต. มีการประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.84	0.83	สูง
4. รพ.สต. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยกัน	3.73	0.86	สูง
5. รพ.สต. ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการปัญหาโรคเบาหวานกับชมรมจัดการสุขภาพที่มีผลงานดีเด่น	3.66	0.88	ปานกลาง
6. รพ.สต. ส่งเสริมให้ชมรมมีการขยายผลการจัดการโรคเบาหวานไปยังเครือข่ายชมรมการจัดการสุขภาพอื่นๆ	3.59	0.89	ปานกลาง
รวม	3.76	0.72	สูง

1.2.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

1.2.2.1 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวเท่ากับ 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวเป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวมากที่สุด ในข้อคำถามว่า สมาชิกในครอบครัวอำนวยความสะดวกในการพากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาล ซึ่งเท่ากันกับสมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ สบายใจ และปลอดภัย มีค่าเฉลี่ย 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 และ 0.76 ตามลำดับ รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาและสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น มีค่าเฉลี่ย 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 ส่วนค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวน้อยที่สุดในข้อคำถามว่าสมาชิกในครอบครัวเคยแสดงท่าทางที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจมีค่าเฉลี่ย 3.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.07 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือเกี่ยวกับการควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และการความเครียดรวมถึงการดูแลสุขภาพทั่วไปมีค่าเฉลี่ย 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 อยู่ในระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ

การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมากขึ้น หลังจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.91	0.84	สูง
2. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การ ออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และการความเครียด รวมถึงการดูแลสุขภาพทั่วไป	3.83	0.87	สูง
3. สมาชิกในครอบครัวอำนวยความสะดวกในการพากลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาล	3.95	0.83	สูง
4. สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเตือนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	3.87	.0.82	สูง
5. สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการ ทำกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน	3.88	0.78	สูง
6. สมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจ ทำให้กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานรู้สึกอบอุ่น มั่นใจสบายใจ และปลอดภัย	3.95	0.76	สูง
7. สมาชิกในครอบครัว สนใจซักถามรับฟังปัญหาเรื่องการ เจ็บป่วย	3.90	0.76	สูง
8. สมาชิกในครอบครัวเคยแสดงท่าทางที่ทำให้กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานรู้สึกท้อแท้ และหมดกำลังใจ	3.45	1.07	ปานกลาง

(ต่อ)

ตารางที่ 4.6(ต่อ)

การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
9. เมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีอาการไม่สบายหรืออาการของโรค กำเริบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีสมาชิกในครอบครัวคอย ช่วยเหลือดูแล	3.90	0.82	สูง
10. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเรื่อง ค่าใช้จ่ายในการรักษาและสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น	3.92	0.79	สูง
รวม	3.83	0.79	สูง

1.2.2.2 ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขเท่ากับ 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78 อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขมากที่สุด ในข้อคำถามว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานทุกปีจากบุคลากรสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานจากบุคลากรสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76 ส่วนค่าเฉลี่ยความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขน้อยที่สุดในข้อคำถามว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับคำชม และการให้กำลังใจจากบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ มีค่าเฉลี่ย 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับคำแนะนำในการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายการควบคุมอารมณ์และความเครียดจากบุคลากรสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 อยู่ในระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายชื่อ

ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานจากบุคลากรสาธารณสุข	4.07	0.76	สูง
2. บุคลากรสาธารณสุขได้จัดหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานในรูปแบบต่างๆ เช่น เอกสาร แผ่นพับ สื่อต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับทราบและปฏิบัติตาม	4.00	0.78	สูง
3. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อก่อนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีปัญหาสงสัย	4.04	0.80	สูง
4. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับความสะดวกในการมารับการตรวจรักษาและได้รับการช่วยเหลือด้านอื่นๆ ที่จำเป็นจากบุคลากรสาธารณสุข	4.05	0.72	สูง
5. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานทุกปีจากบุคลากรสาธารณสุข	4.16	0.76	สูง
6. เมื่อก่อนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีภาวะที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรสาธารณสุข	3.97	0.75	สูง
7. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับคำชม และการให้กำลังใจจากบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติตามคำแนะนำ	3.93	0.75	สูง
8. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข	3.98	0.77	สูง
9. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับคำแนะนำในการควบคุมอาหารออกกำลังกายการควบคุมอารมณ์และความเครียดจากบุคลากรสาธารณสุข	3.95	0.75	สูง
10. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับทราบข้อมูล ด้านภาวะสุขภาพของตนเองอย่างครบถ้วน จากบุคลากรสาธารณสุข	3.98	0.76	สูง
รวม	3.93	0.78	สูง

1.2.2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนเท่ากับ 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนมากที่สุดในการถามว่าบุคคลในชุมชน เช่น อสม. กลุ่มผู้นำต่างๆ มีส่วนช่วยประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการดูแลตนเองให้ดีขึ้นมีค่าเฉลี่ย 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80 อยู่ในระดับสูงรองลงมาคือหน่วยงานในชุมชนคอยอำนวยความสะดวกช่วยเหลือ โดยพาท่านมารับการดูแลที่ รพ.สต. เมื่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ย 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 ส่วนค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนน้อยที่สุดในข้อคำถามว่าหน่วยงานในชุมชนของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น เทศบาล หรือ อบต. มีการจัดกิจกรรมสนับสนุน ส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนมีค่าเฉลี่ย 3.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.89 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือหน่วยงานต่าง ๆ และชุมชนให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร เพื่อจัดกิจกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์และความเครียดให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 อยู่ในระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ

การมีส่วนร่วมของชุมชน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับความเห็นอกเห็นใจ จากบุคคลใกล้ชิดและคนในชุมชน	3.75	.81	สูง
2. หน่วยงานในชุมชนของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น เทศบาล หรืออบต. มีการจัดกิจกรรมสนับสนุน ส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน	3.65	.89	ปานกลาง
3. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับข่าวสาร ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากหน่วยงานในชุมชน	3.80	.82	สูง

(ต่อ)

ตารางที่ 4.8(ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
4. บุคคลในชุมชน เช่น อสม. กลุ่มผู้นำต่างๆ มีส่วนช่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น	3.89	.80	สูง
5. หน่วยงานในชุมชนคอยอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือ โดยพากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมารับการดูแลที่ รพ.สต. เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.81	0.82	สูง
6. หน่วยงานต่างๆ และชุมชนให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์และความเครียดให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.76	0.86	สูง
7. หน่วยงานต่างๆ และชุมชน ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร เพื่อจัดกิจกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์และความเครียดให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.70	0.88	สูง
รวม	3.88	0.77	สูง

1.2.3 ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

1.2.3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเฉลี่ย 12.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.89 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุดในข้อคำถามว่าผู้ป่วยเบาหวานมักจะเป็นแผลที่เท้าและรักษาหายยาก ตอบถูกร้อยละ 92.50 รองลงมาคือระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก ๆ มีโอกาสทำให้เกิดอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ และการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียดสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้โดยตอบถูกร้อยละ 91.68 และ 89.56 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่ตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุด คือผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหารทุกอย่างได้เหมือนคนปกติตอบถูกเพียงร้อยละ 49.43 รองลงมาคือ ประชาชนที่อ้วนไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และโรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ ซึ่งตอบถูกต้องเท่ากับกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยตอบถูกร้อยละ 64.27 และ 73.90 ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบได้ถูกต้องในความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	จำนวนผู้ตอบถูก	ร้อยละ
1. โรคเบาหวาน หมายถึงภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากตับอ่อนผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือ ความผิดปกติของเซลล์ร่างกายในการตอบสนองต่ออินซูลิน	512	83.52
2. อาการของโรคเบาหวาน คือปัสสาวะจำนวนมาก และบ่อยครั้งดื่มน้ำมาก หิวบ่อย และน้ำหนักลด	512	83.52
3. การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยการตรวจเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไปแล้วพบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป	510	83.20
4. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหมายถึงผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไปอยู่ระหว่าง 100 ถึง 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	517	84.34
5. โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติที่ถ่ายทอดได้ทางกรรมพันธุ์	522	85.15
6. ประชาชนที่อ้วน ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	394	64.27
7. การควบคุมอาหารการออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียดสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้	549	89.56
8. เป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญ คือการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	524	85.48
9. ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมากๆ มีโอกาสทำให้เกิดอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้	562	91.68
10. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	453	73.90
11. ผู้ป่วยเบาหวานมักจะเป็นแผลที่เท้าและรักษาหายยาก	567	92.50
12. ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	541	88.25

(ต่อ)

ตารางที่ 4.9(ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	จำนวน ผู้ตอบถูก	ร้อยละ
13. โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้	453	73.90
14. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหารทุกอย่างได้เหมือนคนปกติ	303	49.43
15. การวินิจฉัยโรคเบาหวานได้แต่เริ่มแรกช่วยให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้นและช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน	543	88.58

และเมื่อนำคะแนนรวมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง มาจัดเป็นกลุ่มที่มีระดับความรู้สูง ปานกลาง และต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในภาพรวม

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล ระดับความรู้
1. คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนลงมา ($\leq 60\%$)	50	8.16	ระดับต่ำ
2. คะแนนตั้งแต่ 10 – 13 คะแนน (61-90%)	371	60.52	ระดับปานกลาง
3. คะแนนตั้งแต่ 14 – 15 คะแนน ($> 90\%$)	192	31.32	ระดับสูง
$\bar{X} = 12.17, S.D. = 1.89, \text{Min} = 6$ จำนวน 2 คน, Max = 15 คะแนน จำนวน 66 คน			
รวม	613	100	-

จากตารางที่ 4.10 พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.52 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 31.32 และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 8.16 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากที่สุดคือ 15 คะแนน ร้อยละ 10.77 และมีคะแนนน้อยที่สุดคือ 6 คะแนน ร้อยละ 3.26

1.2.1.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 3.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาความเชื่อเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อสุขภาพที่ถูกต้องมากที่สุด ในข้อคำถามว่า คนที่เป็นโรคเบาหวานเวลาเป็นแผลจะรักษาหายยาก ถ้าเป็นแผลที่เท้าอาจลุกลามจนต้องตัดขาได้ มีค่าเฉลี่ย 4.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำเกินไปจะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80 และคนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานาน ๆ จะทำให้เป็นโรคไตวายได้ ซึ่งเท่ากับกับคนที่เป็นโรคเบาหวานหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี มีโอกาสเป็นโรคจอประสาทตาเสื่อมหรือตาบอดได้มีค่าเฉลี่ยความเชื่อสุขภาพ 4.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80 และ 0.77 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดต้องใช้สมุนไพรร่วมด้วยมีค่าเฉลี่ย 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04 อยู่ในระดับปานกลางรองลงมาคือไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่ม เพราะการทำกิจวัตรประจำวันก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้วมีค่าเฉลี่ย 3.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04 อยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11

ค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. คนอ้วนเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนไม่อ้วน	4.03	0.74	สูง
2. คนที่มีความเครียดเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนที่ไม่เครียด	3.75	0.87	สูง
3. การรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดต้องใช้สมุนไพรร่วมด้วย	3.38	1.04	ปานกลาง
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลทุกวันก็ได้	3.70	1.14	สูง
5. ถ้ารับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้วไม่ต้องควบคุมอาหารก็ได้	3.68	1.07	สูง

(ต่อ)

ตารางที่ 4.11(ต่อ)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
6. ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่ม เพราะการทำกิจวัตรประจำวันก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว	3.51	1.04	ปานกลาง
7. การงดรับประทานขนมหวานจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น	3.87	0.91	สูง
8. การจำกัดอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ผลไม้หวาน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.96	0.84	สูง
9. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถมีชีวิตได้ปกติถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน	4.06	0.78	สูง
10. ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำเกินไปจะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้	4.16	0.80	สูง
11. คนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานๆ จะทำให้เป็นโรคไตวายได้	4.11	0.80	สูง
12. คนที่เป็นโรคเบาหวาน ถ้าไม่ดูแลความสะอาดของผิวหนังให้ดี จะทำให้เกิดการติดเชื้อที่ผิวหนังได้ง่าย	4.05	0.77	สูง
13. คนที่เป็นโรคเบาหวานหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีมีโอกาสเป็นโรคจอประสาทตาเสื่อม หรือตาบอดได้	4.11	0.77	สูง
14. คนที่เป็นโรคเบาหวานเวลาเป็นแผลจะรักษาหายยาก ถ้าเป็นแผลที่เท้าอาจลุกลามจนต้องตัดขาได้	4.26	0.73	สูง
15. คนที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	3.90	0.87	สูง
16. คนที่เป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานๆ มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน	3.94	0.76	สูง
17. คนที่เป็นโรคเบาหวานมีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง	3.76	0.90	สูง
18. โรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	4.02	0.97	สูง
รวม	3.90	0.49	สูง

1.2.1.3) ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่

จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุดในข้อความว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะควบคุมอาหารตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำมีค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะออกกำลังกายตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำมีค่าเฉลี่ย 3.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78 และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะควบคุมอารมณ์และความเครียดตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำมีค่าเฉลี่ย 3.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 ส่วนค่าเฉลี่ยความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่น้อยที่สุดในข้อความว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวางแผนออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ย 3.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.89 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวางแผนควบคุมอารมณ์และความเครียดมีค่าเฉลี่ย 3.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 อยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมั่นใจว่าตนเองสามารถออกกำลังกายเป็นประจำได้ มีค่าเฉลี่ย 3.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.91 อยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ

ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรู้สึกว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย	3.50	0.91	ปานกลาง
2. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรู้สึกว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย	3.63	0.88	ปานกลาง
3. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรู้สึกว่าการควบคุมอารมณ์และความเครียดเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย	3.55	0.85	ปานกลาง
4. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะควบคุมอาหารตามที่สมาชิกในครอบครัวแนะนำ	3.60	0.81	ปานกลาง
5. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะออกกำลังกายตามที่สมาชิกในครอบครัวแนะนำ	3.58	0.86	ปานกลาง
6. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะควบคุมอารมณ์และความเครียดตามที่สมาชิกครอบครัวแนะนำ	3.56	0.86	ปานกลาง

(ต่อ)

ตารางที่ 4.12(ต่อ)

ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
7. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะควบคุมอาหารตามที่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขแนะนำ	3.82	0.74	สูง
8. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะออกกำลังกายตามที่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขแนะนำ	3.77	0.78	สูง
9. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะควบคุมอารมณ์และความเครียด ตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ	3.74	0.75	สูง
10. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวางแผนควบคุมอาหาร	3.58	0.86	ปานกลาง
11. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวางแผนออกกำลังกาย	3.46	0.89	ปานกลาง
12. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวางแผนควบคุมอารมณ์และ ความเครียด	3.47	0.90	ปานกลาง
13. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุม อาหารเป็นประจำได้	3.51	0.89	ปานกลาง
14. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมั่นใจว่าตนเองสามารถออกกำลังกาย เป็นประจำได้	3.48	0.91	ปานกลาง
15. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุม อารมณ์และความเครียดเป็นประจำได้	3.50	0.85	ปานกลาง
รวม	3.58	0.61	ปานกลาง

1.2.1.4 ภาวะอารมณ์และความเครียด

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยภาวะอารมณ์และความเครียดเท่ากับ 3.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาภาวะอารมณ์และความเครียดเป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะอารมณ์และความเครียดที่ถูกต้องมากที่สุด ในข้อคำถามว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรู้สึกเป็นสุขและพอใจในสภาพที่ตนเองเป็นอยู่มีค่าเฉลี่ย 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยอมรับสภาพที่ตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย 3.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานนอนไม่หลับเพราะคิดมาก หรือกังวลใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือเรื่องอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ย 3.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.95 ส่วนค่าเฉลี่ยภาวะอารมณ์

และความเครียดน้อยที่สุดคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความวิตกกังวลเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย 2.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 อยู่ในระดับปานกลางรองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความเครียดเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย 2.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98 อยู่ในระดับปานกลางและเมื่อมีความเครียดหรือเป็นทุกข์ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะมีความเศร้า หรือวิตกกังวลมีค่าเฉลี่ย 3.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97 อยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะอารมณ์และความเครียดของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ

ภาวะอารมณ์และความเครียด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความวิตกกังวลเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	2.81	1.01	ปานกลาง
2. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความเครียดเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	2.94	0.98	ปานกลาง
3. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรู้สึกหงุดหงิด และอารมณ์เสียบ่อยจากการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.15	0.97	ปานกลาง
4. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรู้สึกโกรธเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.29	1.00	ปานกลาง
5. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยอมรับสภาพที่ตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	3.44	0.88	ปานกลาง
6. เมื่อมีความเครียดหรือเป็นทุกข์กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะมีความเศร้าหรือวิตกกังวล	3.07	0.97	ปานกลาง
7. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรู้สึกเป็นสุข และพอใจในสภาพที่ตนเองเป็นอยู่	3.50	0.88	ปานกลาง
8. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานนอนไม่หลับเพราะคิดมาก หรือกังวลใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือเรื่องอื่นๆ	3.39	0.95	ปานกลาง
รวม	3.18	0.68	ปานกลาง

1.2.4 การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคผู้ป่วยเบาหวาน

1.2.4.1 การควบคุมอาหาร

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยการควบคุมอาหารเท่ากับ 3.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62 อยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการควบคุมอาหารเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมอาหารมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในการสอบถามว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ทุกวันมีค่าเฉลี่ย 4.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรับประทานผักชนิดต่าง ๆ ทุกวันมีค่าเฉลี่ย 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 อยู่ในระดับสูง ส่วนค่าเฉลี่ยการควบคุมน้อยที่สุดในข้อคำถามว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรับประทานอาหารทุกครั้งเมื่อรู้สึกหิว มีค่าเฉลี่ย 2.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรับประทานอาหารตามความต้องการโดยไม่จำกัดปริมาณมีค่าเฉลี่ย 3.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03 อยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ

การควบคุมอาหาร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวานหรือผลไม้รสหวาน	3.55	0.88	ปานกลาง
2. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไขมันน้ำมันพืช น้ำมันสัตว์ เนย เป็นต้น	3.58	0.91	ปานกลาง
3. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มจัด	3.63	0.92	ปานกลาง
4. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควบคุมการรับประทานอาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าวขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว หรืออื่นๆ ในปริมาณที่พอเหมาะ	3.45	0.86	ปานกลาง
5. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรับประทานผักชนิดต่างๆ ทุกวัน	3.85	0.84	สูง
6. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.72	1.10	สูง

(ต่อ)

ตารางที่ 4.14(ต่อ)

การควบคุมอาหาร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
7. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ทุกวัน	4.06	0.83	สูง
8. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรับประทานอาหารเช้าทุกครั้งเมื่อรู้สึหิว	2.93	1.03	ปานกลาง
9. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล	3.40	1.11	ปานกลาง
10. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรับประทานอาหารเช้าตามความต้องการโดยไม่จำกัดปริมาณ	3.24	1.03	ปานกลาง
รวม	3.54	0.62	ปานกลาง

1.2.4.2 การออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยการออกกำลังกายเท่ากับ 3.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 อยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการออกกำลังกายเป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการออกกำลังกายมากที่สุดในข้อคำถามว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติมีค่าเฉลี่ย 3.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายของตนเองมีค่าเฉลี่ย 3.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนค่าเฉลี่ยการออกกำลังกายน้อยสุดในข้อคำถามว่าเมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะเลิกออกกำลังกาย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะต้องอบอุ่นร่างกายด้วยการลดความแรงลงโดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที มีค่าเฉลี่ย 3.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.92 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที ได้อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งมีค่าเฉลี่ย 3.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97 อยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ

การออกกำลังกาย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ	3.67	0.90	ปานกลาง
2. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายของตนเอง	3.52	0.86	ปานกลาง
3. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที ได้อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	3.24	0.97	ปานกลาง
4. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายที่กลุ่มต่างๆ ในชุมชนจัดขึ้น	3.25	0.93	ปานกลาง
5. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานขอคำแนะนำจากผู้อื่นเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง	3.25	0.86	ปานกลาง
6. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเริ่มต้นออกกำลังกายทีละน้อยแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น	3.31	0.86	ปานกลาง
7. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว การรำไม้พลอง ปั่นจักรยาน แกว่งแขน หรือกายบริหารอื่นๆ	3.31	0.89	ปานกลาง
8. เมื่อจะเลิกออกกำลังกาย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะต้องอบอุ่นร่างกายด้วยการลดความแรงลงโดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที	3.22	0.92	ปานกลาง
รวม	3.34	0.70	ปานกลาง

1.24.3 การควบคุมอารมณ์และความเครียด

กลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยการควบคุมอารมณ์และความเครียดเท่ากับ 3.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 อยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการควบคุมอารมณ์และความเครียดเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการควบคุมอารมณ์และความเครียดมากที่สุดในข้อคำถามว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานผ่อนคลายความเครียด โดยใช้ยานอนหลับ หรือยาระงับประสาทมีค่าเฉลี่ย 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.07 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือเมื่อมีความเครียดกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนวิถีคิดในแง่ดีเพื่อให้ตนเองผ่อนคลาย

ความเครียดมีค่าเฉลี่ย 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 อยู่ในระดับสูง ส่วนค่าเฉลี่ยการควบคุม อารมณ์และความเครียดน้อยที่สุดในข้อคำถามว่าเมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความเครียดมักพูดคุยปรึกษา กับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานด้วยกัน มีค่าเฉลี่ย 3.37 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.86 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือเมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โกรธหรือโมโหจะ ระบายความรู้สึกกับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจจนอารมณ์ดีขึ้นมีค่าเฉลี่ย 3.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.93 อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการควบคุมอารมณ์และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นรายข้อ

การควบคุมอารมณ์และความเครียด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. เมื่อมีปัญหาด้านจิตใจ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถ แก้ปัญหาได้ด้วยตนเองเสมอ	3.67	0.80	ปานกลาง
2. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานปรึกษาหารือ พุดคุยกับผู้ที่ไว้วางใจ เมื่อ มีความเครียด	3.62	0.82	ปานกลาง
3. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทำจิตใจให้สงบ โดยการเข้าวัดฟังธรรม สวดมนต์ ไหว้พระ หรือนั่งสมาธิ	3.58	0.87	ปานกลาง
4. เมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโกรธหรือโมโห จะระบาย ความรู้สึกกับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจจนอารมณ์ดีขึ้น	3.39	0.93	ปานกลาง
5. เมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความเครียดมักพูดคุยปรึกษากับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานด้วยกัน	3.37	0.86	ปานกลาง
6. เมื่อมีความเครียดกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพูดคุยปรึกษากับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.49	0.90	ปานกลาง
7. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทำงานอดิเรกเช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด	3.71	0.79	ปานกลาง
8. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลีกเลี่ยงการสูบ บุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการกินยานอนหลับ	3.68	1.20	สูง

(ต่อ)

ตารางที่ 4.16(ต่อ)

การควบคุมอารมณ์และความเครียด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
9. เมื่อมีความเครียดกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิดในแง่ดีเพื่อให้ตนเองผ่อนคลายความเครียด	3.75	0.77	สูง
10. เมื่อเผชิญกับข้อขัดแย้งในครอบครัวแล้วทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเครียดมักเดินออกไปจากเหตุการณ์นั้นเพื่อผ่อนคลายความเครียด	3.66	0.81	ปานกลาง
11. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานผ่อนคลายความเครียด โดยใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท	3.81	1.07	สูง
รวม	3.61	0.53	ปานกลาง

1.2.5 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1.2.5.1 ปัญหาในการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

จากแบบสอบถามปลายเปิดกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้กล่าวถึงปัญหาในการจัดการสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียด สรุปประเด็นได้ดังนี้

1) ด้านการควบคุมอาหาร

ปัญหาการไม่ทราบเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบางรายไม่ทราบว่ารับประทานอาหารอย่างไรจึงจะทำให้สุขภาพดีไม่เป็นโรคเบาหวาน

ปัญหาไม่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบางรายไม่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเลยไม่ใส่ใจ หรือตระหนักในการควบคุมอาหาร

ปัญหาการพึ่งพิงอาหารจากตลาด เช่น บางรายอยู่ตามลำพังไม่สามารถทำอาหารทานเองได้ ต้องซื้ออาหารตามสั่งหรือร้านค้ามารับประทาน

ปัญหาการพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัว เช่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบางรายที่เป็นชายเมื่อภรรยาซึ่งเป็นแม่บ้านหรือลูกหลานหาอาหารมาอย่างไรมารับประทานก็ต้องรับประทานตามนั้นเลือกไม่ได้ ซึ่งแหล่งอาหารที่หาได้สะดวกและมีอยู่ในชุมชน เป็นอาหารบรรจุถุงสำเร็จ อาหารทอด อาหารที่มีไขมัน

ปัญหาการประกอบอาชีพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบางรายที่เป็นชายทำงานหนักเหนื่อยมีและอาการหิวทำให้ต้องทานเยอะ ซึ่งในตอนเย็นเป็นมื้ออาหารที่มีเวลามากในการรับประทาน ทำให้ควบคุมการรับประทานอาหารไม่ได้

ปัญหาขาดความตระหนักในการควบคุมอาหาร เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบางรายพยายามควบคุมอาหารแล้ว แต่ทำไม่ได้ เพราะกลับมาจากทำงานตอนเย็นเป็นช่วงที่มีเวลานานที่สุด และตนเองมีอาการหิวด้วย ทำให้ควบคุมอาหารไม่ได้บางรายที่เป็นหญิงควบคุมอาหารไม่ได้เนื่องจากเลี้ยงหลาน หลานทานอาหารไม่หมดจึงต้องทานแทนหลานเพราะเสียดายอาหารที่เหลือบางรายควบคุมความอยากอาหารของตนเองไม่ได้โดยเฉพาะอาหารหวาน มัน หรือเค็ม ได้ เนื่องจากชอบรับประทานอาหารรสจัด เป็นประจำชอบรับประทาน เค้กและผักสดหวาน บางรายชอบรับประทานอาหารตามใจตัวเอง ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารจำพวกหวาน แป้ง อาหารรสเค็ม ผลไม้มีรสหวาน ข้าวเหนียว และอาหารผัดทอดบางรายต้องเร่งรีบไปทำงานและรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ต้องอาศัยการรับประทานอาหารที่ใช้เวลานานในช่วงเวลาเย็นทำให้ควบคุมอาหารไม่ได้บางรายควบคุมไม่ได้เนื่องจากในชุมชนมีการจัดงานบ่อยทำให้ต้องรับประทานอาหารบ่อย บางรายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหารไม่ได้บางคนอ้างว่าไม่มีเงินซื้ออาหารดีๆ มารับประทาน นอกจากนี้แล้ว กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบางคนชอบกินกาแฟ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง โดยให้เหตุผลว่าหากดื่มแล้วจะเหนื่อยและทำงานไม่ได้

2) ด้านการออกกำลังกาย

ปัญหาขาดการออกกำลังกายเนื่องจากสุขภาพไม่ดี ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบางรายที่เป็นผู้สูงอายุออกกำลังกายไม่ได้นานทำงานกลับมาตอนเย็นจึงไม่มีเวลาออกกำลังกาย ไม่รู้ว่าจะออกกำลังกายอย่างไรออกกำลังกายประมาณ 10 นาที ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ออกกำลังกายในช่วงนี้เช้า บางรายที่สุขภาพไม่ดี เช่น มีอาการปวดเข่า ทำให้ออกกำลังกายไม่ได้

ปัญหาขาดความตระหนักในประโยชน์ของการออกกำลังกาย ได้แก่ บางคนออกกำลังกายน้อยหรือมั่วอย่างบางคนไม่มีเวลาไปออกกำลังกายเต็มรูปแบบ เป็นการงานแทนบางรายมีความอาย ไม่กล้าเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายบางคนอ้างว่างานยุ่ง กลับถึงบ้านก็มีดึกทำให้ไม่ได้ออกกำลังกายบางรายอ้างว่าไม่มีเวลา หรือมีจำกัดในการออกกำลังกายเนื่องจากภาระงานที่ค่อนข้างเยอะและบางรายออกกำลังกายได้เป็นบางครั้ง ไม่สม่ำเสมอ

3) ด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด

สาเหตุที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความเครียดได้แก่ บางรายพักผ่อนไม่เพียงพอ บางรายเครียดจากปัญหาครอบครัว บางรายมีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว บางรายมีสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด

ปัญหาการควบคุมอารมณ์และความเครียดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้แก่ บางรายควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ บางรายนั่งสมาธิไม่ได้เนื่องจากสุขภาพไม่ดี บางรายไม่สามารถปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัวได้ทุกครั้ง บางคนระบายอารมณ์ออกมาเลย โดยไม่มีการจัดการความเครียดอย่างถูกต้อง บางรายไม่มีสถานที่ผ่อนคลายอารมณ์

ผลกระทบจากความเครียดต่อสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้แก่ บางรายเมื่อเวลาเครียดมักปวดศีรษะ บางรายนอนไม่หลับ

วิธีการผ่อนคลายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ไม่ถูกต้อง เช่น บางรายเมื่อมีอาการเครียดมักชอบสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า บางรายที่อารมณ์เครียดมักชอบด่าลูกหรือคนรอบข้างแล้วอาการอารมณ์เครียดจะหายไป บางรายต้องพึ่งยานอนหลับที่ รพ.สต. บางรายไปหาหมอให้ฉีดยาแก้ปวดศีรษะ

1.2.5.2 ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการจัดการสุขภาพในการป้องกัน

โรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสรุปประเด็นได้ดังนี้

จากแบบสอบถามปลายเปิดกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการจัดการสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียด สรุปประเด็นได้ดังนี้

1) ด้านการควบคุมอาหาร

ต้องการให้มีหน่วยงานมาให้ความรู้เรื่องอาหาร เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. มาให้ความรู้เรื่องต้องการความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่ถูกต้องอย่างแท้จริง การรับประทานอาหารที่สามารถป้องกันโรคเบาหวานได้ เช่น ประเภทอาหารที่ช่วยระดับน้ำตาลในเลือดที่มีอยู่ในชุมชน สมุนไพรที่ช่วยลดระดับน้ำตาลที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำความรู้เรื่องนี้ไปแนะนำคนในชุมชนและหามารับประทาน

ข้อเสนอแนะในการควบคุมอาหาร ดังนี้ ควรกินอาหารพื้นบ้าน ปลูกผักกินเองรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ ในปริมาณที่เหมาะสมต่อร่างกาย รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงลดอาหารหวาน มัน เค็ม ควรควบคุมอาหารจำพวกแป้ง เช่น

รับประทานข้าวขาวแทนข้าวเหนียวควบคุมอาหารรสหวาน เช่นขนมหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวาน และอาหารที่ไขมันสูง งดไขมันจากเนื้อสัตว์จึงอาหารที่มีรสจัดให้รับประทานอาหารรสจัดแทนงดอาหารที่มีรสเค็มจัดงาดชาหรือกาแฟที่มีส่วนผสมของน้ำตาลในปริมาณที่มากเกินไป และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกไขมันและน้ำตาลสูงงดอาหารหวาน มัน เค็ม และอาหารรสจัดไม่ควรซื้อขนม อาหารหวาน ผลไม้รสหวานมาไว้ที่บ้าน เพราะว่าจะอดกินไม่ได้นอกจากนี้แล้ว รัฐควรประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว เรื่องอาหารที่เกี่ยวกับเบาหวานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และควรให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรมีการนัดกันทำอาหารปลอดหวาน มัน เค็ม รับประทานกันทุกสัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมในหมู่บ้านให้ประชาชนมีส่วนร่วม

2) ด้านการออกกำลังกาย

ต้องการให้มีหน่วยงานภาครัฐรับสมให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบางรายต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดวิทยากรมาให้คำแนะนำในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่ใช้เวลาน้อยแต่ได้ผลดี

ข้อแนะนำของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น ควรออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอเพราะเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ ควรออกกำลังกายที่ละน้อยๆ และค่อยๆ เพิ่มขึ้น ต่อวันเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การเดิน การวิ่ง การเต้นแอโรบิก เล่นสูลาสูปเดิน ปั่นจักรยานยืดเหยียดกล้ามเนื้อเบาๆ เช่น ไร่ไม้พลองหรือทำงานในชีวิตประจำวัน เช่น ขึ้นภูเขาหาหน่อไม้ทุกวันควรออกกำลังกายทุกวัน วันละ 30 นาที หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วงเวลาตอนเช้าคนที่สภาพร่างกายไม่แข็งแรงควรออกกำลังกายวันละนิด เดินรอบบ้านก็ถือว่าได้ว่าเป็นการออกกำลังกายพยายามใช้ทำออกกำลังกายที่ไม่ใช่เข้า และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

นอกจากนี้แล้วกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องการให้ อสม.ประชาสัมพันธ์ และกระตุ้นเกี่ยวกับการออกกำลังกายทางหอกระจายข่าว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ควรจัดกิจกรรมในชุมชนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย

กลุ่มเสี่ยงต้องการให้มีลานเอนกประสงค์ และเครื่องออกกำลังกายประจำหมู่บ้านควรมีกิจกรรมของชมรมออกกำลังกายในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน และให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในชุมชน

3) ด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องการให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. หรือเทศบาล จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายความเครียดอย่างต่อเนื่องและ รพ.สต.ควรจัดกิจกรรมคลายเครียดอย่างสม่ำเสมอให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานควรส่งเสริมให้มีการแก้ปัญหา

การพัฒนาความคิด และการมีคุณธรรม จริยธรรมในชุมชนควรมีการอบรมหรือประชุมเพื่อลดความเครียดควรมีการมีกิจกรรมร่วมกันบ่อยๆ

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรปรึกษา พุดคุยปัญหาเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว ทำกิจกรรมกับครอบครัวและควรให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ควรหางานทำเช่นการปลูกต้นไม้เลี้ยงสัตว์ควรเดินไปนา ไปไร่ ดูแลต้นไม้ควรทำงานอดิเรก ฟังเพลงควรหากิจกรรมเล็กๆ น้อยๆทำเพื่อผ่อนคลายเข้าวัดฟังธรรมเป็นประจำ สวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญ ใ้ส่บาตร ให้อาหารปลาหรือนก พยายามทำจิตใจให้สงบดูโทรทัศน์ดูรายการตลกเพื่อผ่อนคลายความเครียดเมื่อมีความเครียดเดินออกจากสิ่งที่ทำให้ตนเองมีความเครียด ควรลดการคิดเรื่องที่ไม่ทำให้จิตสงบควรมีการระบายอารมณ์โดยการพุดคุยเมื่อ โกรธหลีกเลี่ยงคำพุดไม่ดีเมื่อโกรธควรควบคุมอารมณ์ตนเองให้มากขึ้น ปล่อยตัวตามสบาย ไม่โกรธไม่เครียดนั่งสมาธิ ควรปล่อยวาง อยู่กับปัจจุบัน เช่น ดูลมหายใจเข้า-ออก ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วน มีการพุดคุยกับเพื่อนบ้านเสมอไม่ว่ายุคนเดียวควรเลิกบุหรี่ เลิกดื่มสุรา หรือ ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียด นอกจากนี้แล้วกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยังเสนอให้มีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมนั่งสมาธิ หรือฟังเทศน์อาทิตย์ละ 1 ครั้ง

1.2.6 ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลการสนับสนุนทางสังคม การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และการจัดการสุขภาพของกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการในกรณีวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และวัดด้วยมาตราส่วนประมาณค่าในภาพรวมดังแสดงในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17

ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ การสนับสนุนทางสังคม ศักยภาพบุคคล และการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ปัจจัยด้าน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ			
1.1 นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ	3.82	0.71	สูง
1.2 ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ	3.58	0.72	ปานกลาง
1.3 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ	3.81	0.71	สูง
1.4 การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ	3.76	0.72	สูง
2. การสนับสนุนทางสังคม			
2.1 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว	3.83	0.79	สูง
2.2 ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข	3.93	0.78	สูง
2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน	3.88	0.77	สูง
3. ศักยภาพบุคคล			
3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 15)	12.17	1.89	ปานกลาง
3.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ	3.90	0.49	สูง
3.3 ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.58	0.61	ปานกลาง
3.4 ภาวะด้านอารมณ์และความเครียด	3.18	0.68	ปานกลาง
4. การจัดการสุขภาพ			
4.1 การควบคุมอาหาร	3.54	0.62	ปานกลาง
4.2 การออกกำลังกาย	3.34	0.70	ปานกลาง
4.3 การควบคุมอารมณ์และความเครียด	3.61	0.53	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.17 พบว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่สูง ส่วนด้านประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุนในระดับสูงจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และ

ชุมชน ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องในระดับสูง ส่วนความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะด้านอารมณ์และความเครียดนั้นอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

1.2.7 ปัจจัยด้านประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ตัวแปรคืออัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง อัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย และอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอว ในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558-2560 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.18



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ตารางที่ 4.18

ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การลดลง และอัตราการดีขึ้นของปัจจัยด้านประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ปัจจัยด้านประสิทธิผลการจัดการสุขภาพ	2558		2559		2560		การลดลง (2558-2560)		อัตราการดีขึ้น
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	หน่วย	ร้อยละ	
1. ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./คล.)	107.92	12.16	105.79	11.64	106.51	11.86	1.41	1.31	ระดับต่ำ
2. ดัชนีมวลกาย (ก.ก./ม ²)	25.27	3.70	25.24	3.65	25.22	3.62	0.04	0.16	ระดับต่ำ
3. ความยาวเส้นรอบเอว(ซ.ม.)	85.50	8.27	85.23	7.99	85.08	7.78	0.42	0.49	ระดับต่ำ

หมายเหตุ. ความหมาย อัตราการดีขึ้น

1. อัตราการลดลงคิดลบหมายถึง อัตราการลดลงของปัจจัยด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับเลวลง
2. อัตราการลดลง 0-25% หมายถึง อัตราการลดลงของปัจจัยด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับต่ำ
3. อัตราการลดลง >25-50 % หมายถึง อัตราการลดลงของปัจจัยด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับพอใช้
4. อัตราการลดลง >50-75 % หมายถึง อัตราการลดลงของปัจจัยด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับดี
5. อัตราการลดลง >75-100 % หมายถึง อัตราการลดลงของปัจจัยด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับดีมาก

จากตารางที่ 4.18 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มลดลงจากปี 2558 ที่มีค่า 107.92 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็น 107.92 และ 106.51 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในปี 2559 และ 2560 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายมีแนวโน้มลดลงจาก ปี 2558 ที่มีค่า 25.27 กิโลกรัม/เมตร² เป็น 25.24 และ 25.22 ในปี 2559 และ 2560 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบเอวก็มีแนวโน้มลดลงจาก ปี 2558 ที่มีค่า 85.50 เซนติเมตร เป็น 85.23 และ 85.08 เซนติเมตร ในปี 2559 และ 2560 ตามลำดับ โดยปัจจัยด้านประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการลดลงของระดับดัชนีมวลกาย และอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอว ในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560 เท่ากับร้อยละ 1.31, 0.16 และ 0.49 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการลดลงทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ

2. ผลการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การทดสอบสมมุติฐาน

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ แทนตัวแปรและค่าสถิติต่างๆ ดังนี้

2.1 สัญลักษณ์ใช้แทนตัวแปร

2.1.1 ตัวแปรแฝงภายนอก (Exogenous Latent Variable)

PSF หมายถึง ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

SSF หมายถึง ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

DHOM หมายถึง ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอ

2.1.2 ตัวแปรแฝงภายในแฝง (Endogenous Latent Variable)

HMF หมายถึง ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ

EHM หมายถึง ปัจจัยด้านประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชน

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2.2 ตัวแปรประจักษ์ หรือตัวแปรสังเกต (Manifest or Observe Variable)

KDM หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

HBL หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพ

ITB หมายถึง ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

EAS หมายถึง ภาวะอารมณ์และความเครียด

FMP หมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

HPP	หมายถึง ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข
COP	หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชน
HPP	หมายถึง นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ
EOPD	หมายถึง ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ
POP	หมายถึง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
HMC	หมายถึง การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ
FCT	หมายถึง การควบคุมอาหาร
PSC	หมายถึง การออกกำลังกาย
EASC	หมายถึง การควบคุมอารมณ์และความเครียด
DBSL	หมายถึง อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมงในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558-2560
DBMI	หมายถึงอัตราการลดลงของดัชนีมวลกายในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558-2560
DWC	หมายถึง อัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอว ในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 - 2560

2.3 สัญลักษณ์ที่ใช้แทนค่าสถิติ

N	หมายถึง จำนวนคน
\bar{X}	หมายถึง ค่าเฉลี่ย (Mean)
Md.	หมายถึง ค่ามัธยฐาน (Median)
S.D.	หมายถึง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
IQR	หมายถึง ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range)
Skewness	หมายถึง ค่าความเบ้ (Skewness)
Kurtosis	หมายถึง ค่าความโด่ง (Kurtosis)
r	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product Moment Correlation Coefficient)
R ²	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณกำลังสอง (Square Multiple Correlation) หรือสัมประสิทธิ์การพยากรณ์
S.E	หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error)
χ^2	หมายถึงค่าไค-สแควร์ (Chi - Square)

df	หมายถึง ค่าองศาอิสระ (Degree of Freedom)
RMSEA	หมายถึง ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root mean square Error of Approximation)
SRMR	หมายถึง ค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual)
CFI	หมายถึง ค่าดัชนีการเปรียบเทียบความสอดคล้อง (Comparative Fit Index)
TLI	หมายถึง ค่าดัชนีทักเคอร์-ลีวิส (Tucker-Lewis Index)
DE	หมายถึง ค่าอิทธิพลทางตรง (Direct Effect)
IE	หมายถึง ค่าอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)
TE	หมายถึง ค่าอิทธิพลโดยรวม (Total Effect)

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์สมการ โครงสร้างเชิงเส้นคือ ลักษณะข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ทุกตัวแปรต้องผ่านการทดสอบความเบ้ และความโด่งเป็นไปตามเกณฑ์คือมีค่าบวกหรือลบ (\pm) ไม่เกิน 1 ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าความโด่ง และความเบ้ ดังแสดงในตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19

ข้อมูลเกี่ยวกับค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติความโด่ง และสถิติความเบ้ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ค่าความ โด่ง	ค่าความ เบ้
นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ	3.82	0.71	-0.62	-0.11
ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย				
ส่งเสริมสุขภาพ	3.58	0.72	-0.01	-0.22
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการ				
ส่งเสริมสุขภาพ	3.81	0.71	-0.23	-0.16
การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ	3.76	0.72	-0.56	-0.11

(ต่อ)

ตารางที่ 4.19(ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ค่าความ โค้ง	ค่าความ เบ้
การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว	3.83	0.79	-0.12	-0.02
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข	3.93	0.78	-0.11	-0.12
การมีส่วนร่วมของชุมชน	3.88	0.77	-0.62	-0.27
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน(คะแนน เต็ม 15)	2.17	1.89	-0.45	-0.37
ความเชื่อด้านสุขภาพ	3.90	0.49	0.31	0.12
ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	3.58	0.61	0.60	0.18
ภาวะอารมณ์และความเครียด	3.18	0.68	0.89	0.79
การควบคุมอาหาร	3.54	0.62	-0.30	0.23
การออกกำลังกาย	3.34	0.70	-0.39	0.33
การควบคุมอารมณ์และความเครียด	3.61	0.53	0.11	0.20
อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลใน เลือด (2558-2560)	1.31	0.53	0.64	-0.16
อัตราการลดลงของค่าดัชนีมวลกาย (2558-2560)	0.16	0.09	0.29	0.25
อัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบ เอว (2558-2560)	0.49	0.05	0.18	0.17

จากตารางที่ 4.19 ผลการทดสอบพบว่าตัวแปรทั้งหมด จำนวน 17 ตัวแปร มีค่าความเบ้และความโค้งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน คือไม่เกิน ± 1 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติสามารถนำไปวิเคราะห์ต่อได้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 17 ตัวแปร รายละเอียดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย ดังแสดงในตาราง 4.20

ตารางที่ 4.20

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย

ตัว	KDM	HBL	ITB	EAS	FAP	HPP	COP	HPPO	EOPD	POP	HMC	FCT	PSE	EASC	DBSL	DBMI	DWC
KDM	1																
COP	.658(**)	.513(**)	.520(**)	.416(**)	.787(**)	.807(**)	1										
HPP	.666(**)	.526(**)	.462(**)	.448(**)	.774(**)	.769(**)	.794(**)	1									
EOP	.544(**)	.412(**)	.390(**)	.361(**)	.632(**)	.639(**)	.677(**)	.727(**)	1								
POP	.579(**)	.474(**)	.413(**)	.380(**)	.630(**)	.636(**)	.668(**)	.796(**)	.708(**)	1							
HMC	.572(**)	.460(**)	.378(**)	.340(**)	.634(**)	.651(**)	.657(**)	.766(**)	.650(**)	.813(**)	1						
FCT	.513(**)	.426(**)	.377(**)	.346(**)	.609(**)	.576(**)	.581(**)	.624(**)	.523(**)	.555(**)	.583(**)	1					
PSE	.626(**)	.471(**)	.536(**)	.405(**)	.734(**)	.715(**)	.713(**)	.709(**)	.615(**)	.585(**)	.597(**)	.684(**)	1				
EAS	.474(**)	.434(**)	.403(**)	.351(**)	.593(**)	.569(**)	.567(**)	.575(**)	.489(**)	.539(**)	.547(**)	.604(**)	.660(**)	1			
DBS	.671(**)	.470(**)	.423(**)	.425(**)	.777(**)	.735(**)	.705(**)	.686(**)	.598(**)	.581(**)	.573(**)	.548(**)	.679(**)	.517(**)	1		
DBM	.607(**)	.423(**)	.345(**)	.414(**)	.713(**)	.710(**)	.630(**)	.635(**)	.515(**)	.522(**)	.543(**)	.489(**)	.629(**)	.520(**)	.699(**)	1	
DWC	.609(**)	.431(**)	.383(**)	.425(**)	.704(**)	.695(**)	.616(**)	.618(**)	.517(**)	.512(**)	.516(**)	.486(**)	.637(**)	.456(**)	.713(**)	.779(**)	1

หมายเหตุ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรสังเกตได้ ซึ่งเป็นตัววัดตัวแปรแฝงภายนอก ตัวแปรแฝงภายใน และตัวแปรตามรวมทั้งสิ้น จำนวน 17 ตัวแปร พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกค่า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.340 – 0.864 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตด้วยกันที่มีค่าสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว (FAP) กับความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข (HPP) มีค่าเท่ากับ 0.864 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีค่าต่ำสุดคือ อารมณ์และความเครียด (EAS) กับการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ (HMC) เท่ากับ 0.340

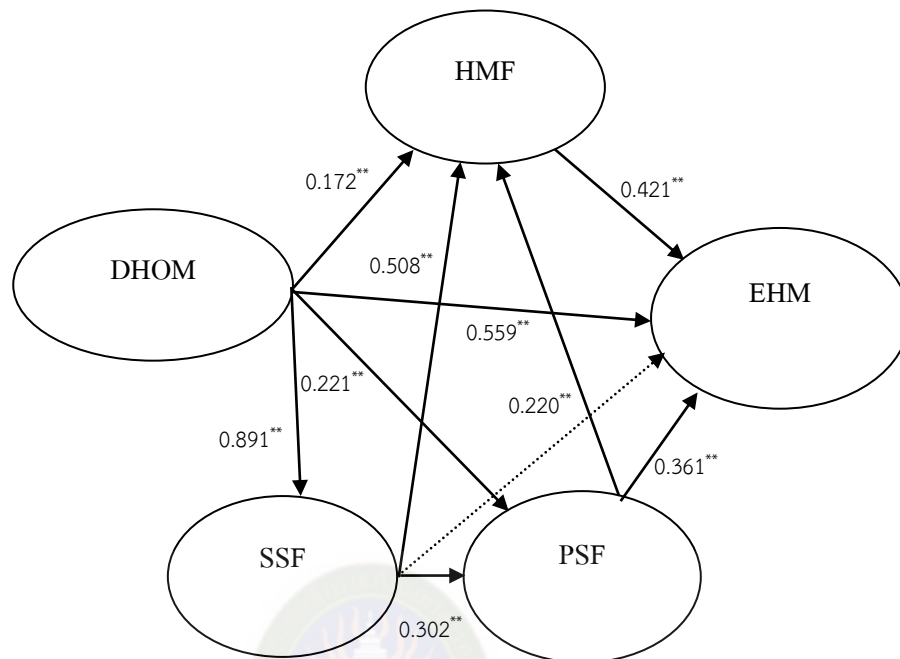
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เป็นตัวแปรสังเกตได้ซึ่งเป็นตัวแปรพยากรณ์ ทั้ง 14 ตัว กับตัวแปรที่สังเกตได้ซึ่งวัดตัวแปรตาม พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.345 -0.777 ซึ่งตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว (FAP) กับอัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด (DBSL) มีค่าเท่ากับ 0.777 และน้อยที่สุดคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ (ITB) กับอัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย (DBMI) มีค่าเท่ากับ 0.345

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ในการตรวจสอบความตรงของแบบจำลอง สมมติฐานการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงของแบบ และมีการปรับแก้แบบจำลอง จนกว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาความสอดคล้องที่สำคัญ ซึ่งนักวิจัยนิยมใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา สุนทรพจน์ ดำรงพานิช (2555, น. 33), Chou and Bentler (1995), Kaplan (1995), Kline (2004)

จากการตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย กับข้อมูลเชิงประจักษ์ครั้งแรก มีค่าสถิติดังต่อไปนี้ $\chi^2 = 591.15$, $df = 110$, $\chi^2/df = 5.374$, $RMSEA = 0.084$, $SRMR = 0.041$, $CFI = 0.941$ และ $TLI = 0.927$ โดยพบว่าค่าสถิติที่เป็นไปตามที่กำหนด คือ $SRMR$, CFI และ TLI ส่วนที่เหลือยังไม่เป็นไปตามที่กำหนด แสดงว่าแบบจำลองสมมติฐานการวิจัยยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

การทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองตามสมมติฐานการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในครั้งแรกผู้วิจัยนำเสนอตามภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นตามตัวแบบตั้งต้น

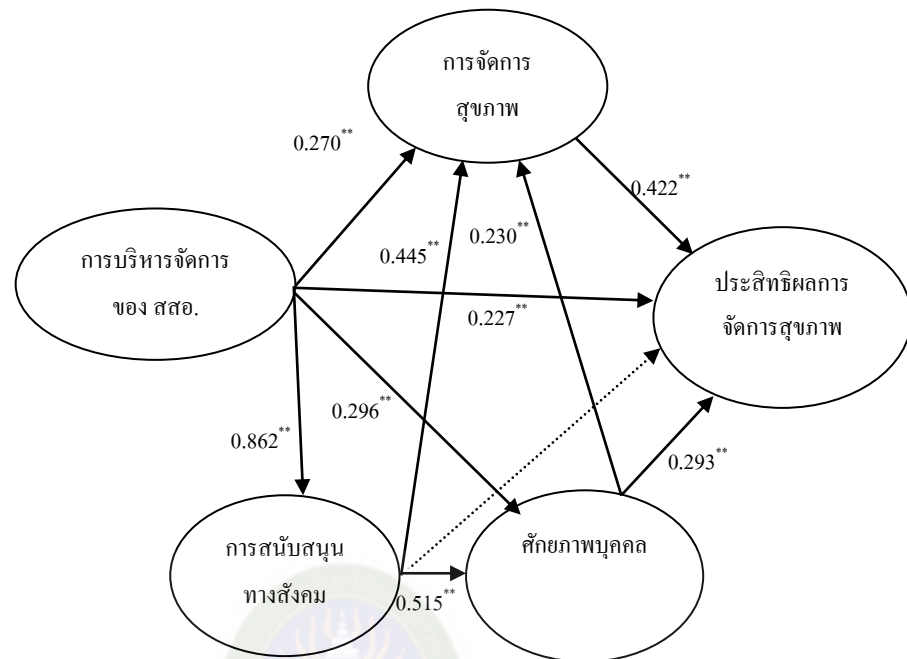
และเมื่อพิจารณา ความสอดคล้องของแบบจำลองสมมติฐานตั้งต้น พบว่าค่าสถิติยังไม่เป็นตามเกณฑ์ คือ $\chi^2/df = 5.374$ มากกว่า 5 และ ค่า RMSEA เท่ากับ 0.084 ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่าตัวแบบยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ปรับแบบจำลองตามคำแนะนำ โดยพิจารณาจากข้อมูลดัชนีการปรับเปลี่ยนแบบจำลอง (Modification indices) และคำนึงถึงเหตุผลเชิงทฤษฎี จากนั้นจึงทำการปรับแต่ละพารามิเตอร์โดยยินยอมให้ผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นให้ความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันได้ และหยุดปรับเมื่อค่าสถิติได้ตามเกณฑ์ ความกลมกลืนของตัวแบบ จนได้ตัวแบบสุดท้าย ซึ่งมีค่าสถิติ $\chi^2/df = 3.667$, RMSEA = 0.066, SRMR = 0.033, CFI = 0.966 และ TLI = 0.955 แสดงว่าตัวแบบมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รายละเอียดในตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21

ดัชนีความสอดคล้องของแบบจำลองสมมติฐานตั้งต้น และแบบสุดท้ายของการวิจัย

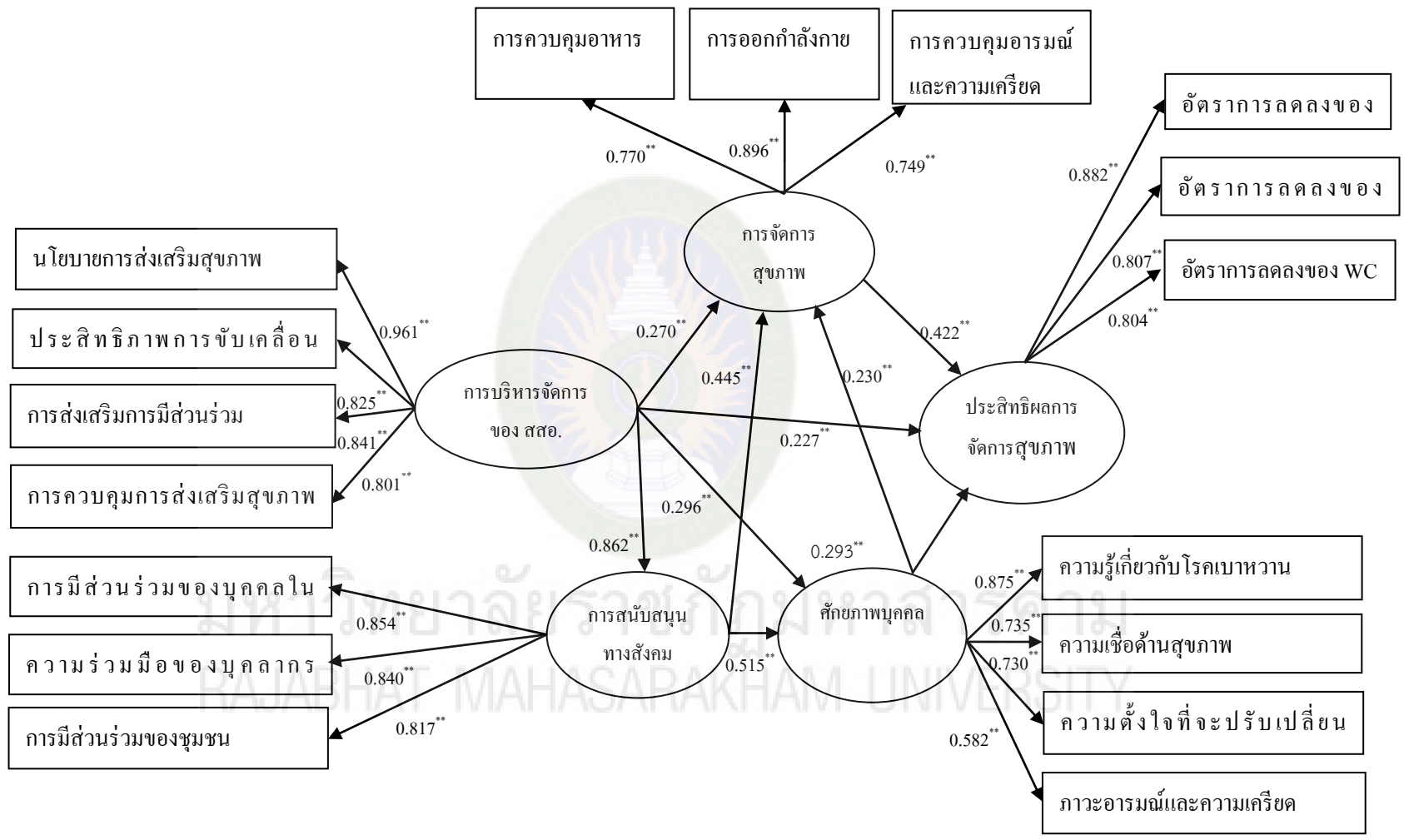
สถิติสำหรับ พิจารณา	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ค่าสถิติใน แบบตั้งต้น	ค่าสถิติในแบบ สุดท้าย	ผลการ พิจารณา
χ^2/df	< 2 หรือ < 5 (โมเดลซับซ้อน)	5.374	3.667 (โมเดลซับซ้อน)	สอดคล้อง
CFI	.90 ขึ้นไป .95 สอดคล้องดีมาก	0.941	0.966	สอดคล้องดี มาก
TLI	.90 ขึ้นไป .95 สอดคล้องดีมาก	0.927	0.955	สอดคล้องดี มาก
RMSEA	< .05 สอดคล้องดีมาก .05-.08 สอดคล้องดี	0.084	0.066	สอดคล้องดี
SRMR	< .05 สอดคล้องดีมาก .05-.08 สอดคล้องดี	0.042	0.033	สอดคล้องดี มาก

การทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองตามสมมติฐานการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในตัวแบบสุดท้ายผู้วิจัยนำเสนอตามภาพที่ 4.2



ภาพที่ 4.2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นตามตัวแบบสุดท้าย (**= $P < 0.01$)

ผลการวิเคราะห์ตัวแบบจำลองปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยนำเสนอตามภาพที่ 4.3



ภาพที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ตัวแบบจำลองปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

จากแผนภาพที่ 4.3 แสดงถึงความสัมพันธ์ทางโครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วยตัวแปร นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 0.227 ปัจจัยด้านศักยภาพของบุคคลซึ่งประกอบด้วยตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอารมณ์และความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 0.293 ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ตัวแปรการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์และความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 0.422 ทั้ง 3 ปัจจัยที่กล่าวมามีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 จึงยอมรับสมมติฐานที่ว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล และปัจจัยการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

สำหรับอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect: IE) ของปัจจัยอิสระ และปัจจัยกึ่งกลางที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(DHOM) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นผ่านปัจจัย 6 เส้นทาง คือ 1) ผ่านปัจจัยการจัดการสุขภาพ 2) ผ่านปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล 3) ผ่านปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลและปัจจัยการจัดการสุขภาพ 4) ผ่านปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ 5) ผ่านปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลและปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพและ 6) ผ่านปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

แทนค่า

$$IE=(0.270)(0.422)+(0.296)(0.293)+(0.296)(0.230)(0.422)+(0.862)(0.445)(0.422)$$

$$(0.862)(0.515)(0.230)(0.422)+(0.862)(0.515)(0.293)=$$

$$0.1139+0.0867+0.0287+0.1618+0.0431+0.1301= 0.564$$

2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (SSF) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นผ่านปัจจัย 3 เส้นทาง คือ 1) ผ่านปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล 2) ผ่านปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ และ 3) ผ่านปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลและปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ

$$\text{แทนค่า IE}=(0.515)(0.293)+(0.445)(0.422)+(0.515)(0.230)(0.422)=$$

$$0.1509+0.1878+0.0499= 0.389$$

3. ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล (PSF) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นผ่านปัจจัย 1 เส้นทาง คือ ผ่านปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ

$$\text{แทนค่า IE}=(0.230)(0.422)= 0.097$$

รายละเอียดค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงอิทธิพลทางอ้อมอิทธิพลรวม และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสอง (R^2) ของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลตัวแปรตามในแบบจำลองที่ปรับปรุงใหม่ได้แสดงในตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์เส้นตรงของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงอิทธิพลทางอ้อมอิทธิพลรวมต่อตัวแปรประสิทธิผลการจัดการสุขภาพ

ปัจจัยสาเหตุ	อิทธิพลทางตรง (Directed Effect)	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)	อิทธิพลรวม (Total Effect)
1. การบริหารจัดการของ สสอ.(DHOM)	0.227**	0.564**	0.791**
2. การจัดการสุขภาพ(HMF)	0.422**	-	0.422**
3. ศักยภาพบุคคล(PSF)	0.293**	0.097**	0.390**
4. การสนับสนุนทางสังคม (SSF)	-	0.389**	0.389**

หมายเหตุ.1.** $P < 0.01$, 2. $\chi^2/df = 3.667$, 3. CFI = 0.966, 4. TLI = 0.955, 5. RMSEA = 0.066, 6. SRMR = 0.033 และ 7. $R^2 = 0.763$

จากตารางที่ 4.22 ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในเกณฑ์ดี โดยพิจารณาจากค่าสถิติต่างๆ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และตัวแปรทั้งหมด ในตัวแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 76.30 และกำหนดเส้นทางอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม ได้ดังนี้

1. อิทธิพลทางตรง พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.422

1.2 ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.293

1.3 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีอิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.227

2. อิทธิพลทางอ้อม พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีอิทธิพลทางอ้อมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.564

2.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.389

2.3) ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลมีอิทธิพลทางอ้อมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.097

3. อธิธิพลรวม พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มากที่สุด เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมเท่ากับ 0.791

3.2 ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมเท่ากับ 0.422

3.3 ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมเท่ากับ 0.390

3.4 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมเท่ากับ 0.389

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเอาปัจจัยเชิงสาเหตุทั้ง 4 ด้าน คือปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยตรงเท่ากับ 0.227 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.564 ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.422 ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.293 และมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.097 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.389 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ของปัจจัยทุกด้านมาสร้างรูปแบบพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ต่อไป

ระยะที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 พบว่าทั้ง 4 ปัจจัยมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นได้แก่ ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อจัดทำรูปแบบการพัฒนาในแต่ละปัจจัย โดยมีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

1. นำเสนอผลการวิจัยระยะที่ 1 ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา

รูปแบบ ได้แก่ ตัวแทนสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข ตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตัวแทนญาติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และ อสม.ดีเด่นระดับประเทศ สาขาควบคุมโรคไม่ติดต่อจำนวน 13 คน โดยผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลผลการวิจัยในระยะที่ 1 และนำเสนอรูปแบบที่ได้จากเอกสารและงานวิจัยบูรณาการกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัย มาสร้างรูปแบบ นำเสนอ และรับฟังข้อเสนอแนะ สรุปอภิปรายผลในการสนทนากลุ่ม เพื่อนำไปสร้างรูปแบบฉบับร่างต่อไป

2. นำรูปแบบฉบับร่างมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นในขั้นตอนที่ 3 ต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงานในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ตัวแทนสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข ตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตัวแทนญาติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และ อสม.ดีเด่นระดับประเทศ สาขาควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 13 คน โดยจัดขึ้นวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมากที่สุดต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คือมีค่าเท่ากับ 0.422 ซึ่งสิ่งที่จะต้องนำไปพัฒนาคือการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียด ส่วนปัจจัยด้านศักยภาพของบุคคลมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.293 และมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.097 ซึ่งมีสิ่งที่จะต้องนำไปพัฒนา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และภาวะอารมณ์และความเครียด ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.227 และมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.564 ซึ่งมีสิ่งที่จะต้องนำไปพัฒนา คือ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประสิทธิภาพ

การขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเท่ากับ 0.389 ซึ่งมีสิ่งที่จะต้องนำไปพัฒนา คือ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการสนทนากลุ่ม พบว่าสิ่งที่ยังเป็นปัญหาของการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นมีดังนี้

1. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1.1 นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีผู้กล่าวถึงปัญหาด้านนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ ให้ความคิดเห็นว่า “...เรื่องนโยบายมีส่วนสำคัญ โดยชาวบ้านยังไม่เล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพตนเอง คือการรักษาฟรี ทำให้ชาวบ้านไม่สนใจดูแลตัวเอง...” “...สิ่งหนึ่งที่จะยังไม่สมบูรณ์และอีกอย่างที่เกิดขึ้น ก็คือในเรื่องของนโยบายของการคืนข้อมูลอาจจะยังไม่สมบูรณ์ คือคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่าย เช่น อปท. หรือกำนัน ผู้ใหญ่บ้านหรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะรับรู้ข้อมูล...”

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมแพ ให้ความเห็นว่า “...ภาคีเครือข่ายเรายังไม่ได้รับรู้เลยในเรื่องของนโยบาย รู้เรื่องยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขมาด้วยเรื่องอะไรอย่างของพี่น้องว่า ยุทธศาสตร์เรื่องอะไร ซึ่งรับรู้อยู่แล้วว่าในเรื่องจัดการกองทุนผ่านในเรื่องขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกลับไม่ได้รับรู้นโยบายที่ถึงแก่น ถึงการปฏิบัติที่ชัดเจน...”

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ กล่าวว่า “...เหมือนกับนโยบายขาดการเชื่อมโยงว่ารณรงค์โรคนี้ แต่เรื่องระยะก่อนเบาหวานได้รับการรณรงค์น้อย ปัจจุบันหน่วยงานมีการรณรงค์ป้องกันเรื่องโรคเส้นเลือดสมอง เส้นเลือดหัวใจ โรคไต แต่ความจริงแล้วการมีภาวะก่อนเบาหวาน และความอ้วนเป็นสาเหตุของการเป็น โรคเบาหวาน ความดัน โรคเส้นเลือดสมอง เส้นเลือดหัวใจ และโรคไต...”

สรุปปัจจุบันนโยบายการรักษาพยาบาลฟรีจึงส่งผลให้ประชาชนไม่ใส่ใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เพราะคิดว่าถ้าตนเองเจ็บป่วยแล้วก็สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ง่ายเลยไม่ใส่ใจในการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้แล้วนโยบายที่มีอยู่ขาดความเชื่อมโยง เช่น การรณรงค์ป้องกันเรื่องโรคเส้นเลือดสมอง เส้นเลือดหัวใจ โรคไต แต่ความจริงแล้วการมีภาวะ

ก่อนเบาหวาน และความอ้วนเป็นสาเหตุของการเป็นโรคเบาหวาน ความดัน โรคเส้นเลือดสมอง เส้นเลือดหัวใจ และโรคไต แต่มีการณรงค์ค่อนข้างน้อย รวมถึงนโยบายการกินข้อมูลไปยังภาคีเครือข่ายยังไม่สมบูรณ์

1.2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีผู้กล่าวถึงปัญหาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจัดการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ ให้ความคิดเห็นว่า “...ในเรื่องนโยบายทั้งในระดับจังหวัดสู่อำเภอสู่ตำบล คือมันจะอยู่ในเฉพาะวงการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ แต่เราไม่ได้ไปในเรื่องของท้องถิ่น ยังไม่ได้อยู่ในเรื่องของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ยังไม่ไปถึงในเรื่องของโรงเรียน ยังไม่ถึงกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ซึ่งการทำงาน NCD จะมาทำเฉพาะในสาธารณสุขมันคงไม่สำเร็จ เพราะว่าการกลุ่มเหล่านี้เราจะต้องดูแลตั้งแต่เด็กที่อยู่ในอนุบาล ในศูนย์เด็กเล็ก ในโรงเรียน คนเหล่านั้นต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องของการมาขับเคลื่อนช่วยเรา อาจจะเป็นหลักสูตรเข้าไปในโรงเรียน ในศูนย์เด็กเล็ก หรือว่าไปท้องถิ่น ท่านจะต้องมีการทำอย่างไรบุคคลต้นแบบในท้องถิ่น ในกลุ่มกำนัน ผู้ใหญ่บ้านจะไม่มีสุรา ไม่มีบุหรี่ ทำอย่างไรกลุ่ม อบต. ถึงจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตรงนั้นเราจะต้องมาช่วยกัน ...”

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมแพ ให้ความคิดเห็นว่า “...คือตัวเองประชุมในลักษณะของ Manager ในส่วนของการจัดการสาธารณสุขระดับอำเภอ ถอดใจหลายครั้ง เพราะระดับ อบต. อบต. มีส่วนร่วมน้อยมาก คือ ผอ.โรงเรียนบ้านโนนอุดมพูดทุกครั้งว่าโรงเรียนควรจะจัดการแบบนี้ วัดบ้านจัดการแบบนี้ ทฤษฎีมาหมด แต่พอถึงเวลาปฏิบัติไม่ถูก เพราะคนมาร่วมน้อย...”

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ กล่าวว่า “...ทางฝ่ายนโยบายก็พูดนโยบายมา แต่ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลก็ทำงานส่วนโรงพยาบาล รพ.สต. ก็ทำส่วน รพ.สต. อสม.ก็ส่วน อสม. คือมีแผนนโยบายมีแบบมีหลักการ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจ...”

สรุปได้ว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชมรมส่งเสริมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยังมีข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาการถ่ายทอดนโยบายไปยังหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย การดำเนินงานที่แยกส่วนระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงการกินข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไปยังภาคีเครือข่ายใน

หมู่บ้านหรือชุมชนขาดความต่อเนื่อง และไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ

1.3 ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพพบว่ามีผู้กล่าวถึงปัญหาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดังนี้

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ กล่าวว่า “...ระบบนโยบายดีหมดแล้ววางอะไรทุกอย่างดีแล้ว แต่ว่าก็อย่างที่พี่แวบบอกว่าขาดการเชื่อมโยงแต่ละส่วน คือทางฝ่ายนโยบายก็พูดนโยบายมา แต่ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลก็ทำงานส่วน โรงพยาบาล รพ.สต. ก็ทำส่วน รพ.สต. อสม.ก็ส่วน อสม. คือมีแผนนโยบายมีแบบมีหลักการ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจ...”

นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น แสดงความคิดเห็นว่า “...ส่วนเรื่องของประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ประสิทธิภาพตรงนี้จะเกิดขึ้นได้ถ้ามีคำว่า NCD clinic คุณภาพ Plus...”

สรุปได้ว่าประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังขาดความรู้ความเข้าใจในการขับเคลื่อนนโยบาย และยังขาดกระบวนการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

1.4 การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีผู้กล่าวถึงปัญหาการควบคุมการจัดการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดังนี้

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนหนึ่ง แสดงความคิดเห็นว่า “...อยากให้มีลานเอนกประสงค์และเครื่องออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา กล่าวว่า “...ต้องการการจัดกิจกรรมในชุมชนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา ให้ทัศนะว่า “...ต้องการการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมนั่งสมาธิ หรือฟังเทศน์อาทิตย์ละ 1 ครั้ง...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมาแสดงความรู้สึกรู้สึกว่า “...ให้ทาง รพ.สต.จัดกิจกรรมคล้ายเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา ให้ความเห็นว่า “...อบต. ต้องจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอ่อนคลายความเครียดอย่างต่อเนื่อง...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมาให้ข้อเสนอว่า “...ควรจัดกิจกรรมในชุมชนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย...”

สรุปได้ว่าชมรมสร้างสุขภาพไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และมีข้อจำกัดในการดำเนินงานของชมรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งการควบคุมการจัดการสุขภาพดังกล่าวยังต้องพึ่งพิงการให้บริการจากภาครัฐทั้งในส่วน รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ

2.1 ด้านการออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่าผู้ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดังนี้

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนหนึ่ง กล่าวว่า “...สูงอายุออกกำลังกายไม่ได้งานกลับมาตอนเย็นจึงไม่มีเวลาออกกำลังกาย ไม่รู้ว่าจะออกกำลังกายอย่างไรออกกำลังกายประมาณ 10 นาที ยึดเหยียดกล้ามเนื้อ ออกกำลังกายในช่วงนั่งข้าว...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา ให้ความเห็นว่า “...ออกกำลังกายน้อยเนื่องจากภาระงานที่ค่อนข้างเยอะ...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา แสดงความรู้สึกว่า “...ไม่มีเวลาไปออกกำลังกายเต็มรูปแบบ เป็นการทำงานแทน...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา ให้มุมมองว่า “...อายุไม่กล้าเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกาย...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมาแสดงความคิดเห็น “...ออกกำลังกายน้อยเนื่องจากภาระงานที่ค่อนข้างเยอะ...”

สรุปได้ว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยังไม่ตระหนักในด้านการออกกำลังกาย โดยเห็นว่าการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยปกติ เช่น การทำไร่ ทำนา ถือว่าเป็นการออกกำลังกายในตัวแล้วจึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย

2.2 ด้านการควบคุมอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่าผู้ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการควบคุมอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดังนี้

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ ให้ความเห็นว่า “...แต่ในทางปฏิบัติคือคนไข้มองว่าอะไรคือหวาน มัน เค็ม คนไข้จะไม่รู้ จากที่ได้พบคนไข้เบาหวานเป็นเบาหวานมา

10 ปี เราก็คบอกปากคุมอาหารนูน นูน นีนะ ปากี่อ้าวอันนี้ก็ห้ามหรือ คือคนไข้เป็นมา 10 ปีแล้วแต่ไม่รู้ว่าจะต้องกินอะไรได้บ้าง โดยหมอห้ามกินหวาน แต่ในขณะที่เดียวกันไม่รู้ว่าจะกินเปรี้ยวคือหวาน นึกว่านมเปรี้ยวคือเปรี้ยว ไม่รู้ว่ามะม่วงคือหวาน คือคิดว่าหวานก็ห้ามกินน้ำตาลอย่างเดียว คือคนไข้ไม่สามารถจะเชื่อมโยงความรู้ได้ว่า ที่หมอบอกว่าห้ามกินหวานคือห้ามกินอะไรบ้าง คือคนไข้ไม่สามารถที่จะวิเคราะห์ สังเคราะห์ได้ เช่น อยู่บ้านมีอะไรก็กินตามนั้น ไม่ทราบว่าจะลากมันอ่านว่ายังมีน้ำตาลเท่าไร ทำให้เค้ามีความรู้ที่โรคเบาหวานห้ามกินหวานแต่คนไข้ไม่สามารถที่จะเอาไปทำได้อาจจริงว่าเค้าควรจะปฏิบัติตัวอย่างไร...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนแรก กล่าวว่า “...อยู่ตามลำพังไม่สามารถทำอาหารทานเองได้ ซื้ออาหารตามสั่งหรือร้านอาหาร...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนที่สอง แสดงความคิดเห็นว่า “...หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกหวาน แป้ง เค็ม ผลไม้มีรสหวาน ข้าวเหนียว ของผัดทอดไม่ค่อยได้...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนที่สาม ให้ความเห็นว่า “...พยายามควบคุมอาหารแล้ว แต่ทำไม่ได้ เพราะกลับมาจากทำงานตอนเย็นเป็นช่วงที่มีเวลานานที่สุดและตนเองมีอาการหิวด้วย ทำให้ควบคุมอาหารไม่ได้...”

สรุปได้ว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยังไม่สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติในการควบคุมอาหาร ได้ถูกต้อง และยังพบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบางรายยังไม่ตระหนักในด้านการควบคุมอาหาร ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น การเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2.3 ด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่า มีผู้ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนี้

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า “...อารมณ์เสียมักชอบสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้าเวลาอารมณ์เสียชอบด่าลูกหรือคนรอบข้าง แล้วอารมณ์เสียจะหายไป...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา กล่าวว่า “...ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา ให้ความคิดเห็น “...การควบคุมอารมณ์เป็นไปได้ยาก...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา ให้ทัศนะว่า “...เวลาเครียดมักปวดศีรษะ ต้องพึ่งยานอนหลับ หรือไปหาหมอให้ฉีดยาให้จึงหายปวด...”

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ อธิบายว่า “...ส่วนในเรื่องอารมณ์ อาจจะควบคุมได้ยาก เพราะว่าอารมณ์ความเครียดของแต่ละคนอาจจะมีหลายปัจจัย...”

สรุปได้ว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีวิธีการควบคุมอารมณ์และความเครียดที่ไม่ถูกต้องเช่น หันไปสูบบุหรี่ หรือดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียด ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานเพิ่มและการควบคุมทำได้ยากเนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

3.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานจากการสนทนากลุ่ม และข้อมูลจากแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิด พบว่า มีผู้กล่าวถึงปัญหาด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนี้

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ กล่าวว่า “...แต่ชาวบ้านไม่ได้เข้าใจว่าลึก ๆ แล้วมันส่งผลกระทบต่อ ซึ่งถ้าเราให้ความรู้ ถ้าทอดความรู้ให้เค้าว่าถ้าเค้ามีภาวะโรคอ้วน ภาวะกลุ่มเสี่ยงเบาหวานนั้นก็ค่อนข้างที่จะเป็นเบาหวานได้ ถ้าเค้าเห็นความเชื่อมโยงได้ว่าถ้าเค้าเป็นโรคเบาหวานก็จะเสี่ยงโรคไต หัวใจ เส้นเลือดสมองได้ เค้าอาจจะตระหนักมากขึ้น...”

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมแพ ให้ความเห็นว่า “...ซึ่งสื่อของโรคเบาหวานยังน้อยถ้าเทียบกับโรคหลอดเลือดสมอง...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงคนหนึ่งกล่าวว่า “...ต้องการทราบวิธีการออกกำลังกายที่ใช้เวลาน้อย แต่ได้ผลดี...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงคนต่อมาให้ความเห็นว่า “...ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่ถูกต้องอย่างแท้จริง...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงคนต่อมาเสนอความคิดเห็นว่า “...ไม่ทราบว่า จะรับประทานอาหารอย่างไรจึงจะทำให้สุขภาพดีไม่เป็นโรคเบาหวาน...”

สรุปได้ว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยังไม่สามารถวิเคราะห์ถึงความเชื่อมโยงการเกิดโรคเบาหวานและผลกระทบที่ตามมา รวมถึงไม่ทราบวิธีการป้องกันโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียด กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะรับทราบมาว่าไม่ให้กินหวาน กินมัน กินเค็ม

แต่ไม่ทราบตนเองสามารถรับประทานอาหารชนิดใดได้บ้าง นอกจากนี้แล้วสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานค่อนข้างน้อย

3.2 ความเชื่อด้านสุขภาพจากการสนทนากลุ่ม พบว่ามีผู้กล่าวถึงปัญหาด้านความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมแพ ให้ความเห็นว่า“...ในเรื่องของความเชื่อด้านสุขภาพ จัดการยากมากเพราะบริบทของคนไข้หรือว่าเศรษฐกิจด้วย และไม่มีคนดูแล...”

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ ให้ทัศนะว่า “...ด้านความเชื่ออีกอย่างหนึ่งซึ่งชาวบ้านมีความเชื่อแปลกๆ เช่น ถ้าเป็นเบาหวานแล้วไม่ยอมมารักษาเพราะกินยาเยอะแล้วไตวาย แต่เราควรจะไปปรับเปลี่ยนความรู้ว่าเนี่ยไม่ได้ไตวายจากยาของหมอหรอก แต่เกิดจากเบาหวาน ความดัน เกิดจากกินเค็มมากกว่าเกิดจากยา...”

สรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยนเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากมีผลมาจากสภาพบริบท สภาพเศรษฐกิจ และการไม่มีคนดูแล และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเชื่อว่าเมื่อตนเองเป็นเบาหวานแล้วไม่ยอมมารักษา เพราะหากกินยาจำนวนมากแล้วจะเกิดภาวะไตวาย

3.3 ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่ามีผู้กล่าวถึงปัญหาเรื่องปัญหาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ ให้ความเห็นว่า“... คนที่เป็นภาวะก่อนเบาหวาน พวกกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่ตระหนักถึงความสำคัญ เช่น เราเป็นเบาหวานแต่พ่อแม่เราก็เป็นไม่เห็นเป็นอะไรเลย ก็อยู่มาได้ไม่เป็นอะไรเลย...”

นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมแพ ให้ข้อคิดเห็นว่า “...ผมในฐานะรับผิดชอบจริงๆ แล้วในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ทำยาก...”

สรุปได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยังไม่ตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากระบบการคืนข้อมูลให้กลับกลุ่มนี้ยังไม่สมบูรณ์เพียงพอที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.4 ภาวะอารมณ์และความเครียดจากข้อมูลจากแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิด พบว่ามีผู้กล่าวถึงปัญหาภาวะอารมณ์และความเครียด ดังนี้

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา ให้ความเห็นว่า “...มีความเครียดกับภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา กล่าวถึงว่า “...มีความเครียดจากการทำงาน...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา แสดงความรู้สึกว่า “...มีความเครียดจากปัญหาในครอบครัว...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา ให้ข้อคิดเห็นว่า “...สภาพแวดล้อมก่อให้เกิดความเครียด...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา เสนอว่า “...เวลานอนไม่หลับก็ไปขอยานอนหลับที่ รพ.สต...”

สรุปแล้วได้ว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีปัญหาด้านความเครียดเนื่องมาจากสภาพแวดล้อม สภาพครอบครัว และสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน

4. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

4.1) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวพบว่า มีผู้กล่าวถึงปัญหาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ดังนี้

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนหนึ่ง แสดงความเห็น ว่า “...ทุกครั้งที่ มีปัญหาไม่สามารถปรึกษาปัญหากับคนในครอบครัวได้...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา กล่าวว่า “...อยู่ตามลำพังไม่สามารถทำอาหารทานเองได้ ซึ่อาหารตามสั่งหรือร้านค้า...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนต่อมา ให้ความเห็นว่า “...ลูกหลานหาอะไรมาให้ทานก็ทานในสิ่งที่เขาหามาให้ เลือกไม่ได้...”

สรุปได้ว่าบุคคลในครอบครัวที่ไม่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานรวมทั้งแนวทางการสนับสนุนทางสังคมจึงไม่สามารถให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และในกรณีที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอยู่คนเดียวแล้วยังไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

4.2 ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขพบว่า มีผู้กล่าวถึงปัญหาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ดังนี้

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ ให้ความเห็นว่า “...ประเทศเราคนไข้ที่ป่วยมากขึ้นทุกวัน แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุขกำลังงานไม่พอ งานล้นมือทุกฝ่าย...”

นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น แสดงความคิดเห็นว่า “...เรื่องของการพัฒนาศักยภาพคน อันที่ 1 นอกจากจะมี System Monitor หรือ Co-manager อันที่ 2 ยังมี Case Monitor เพื่อคุณภาพของอำเภอเกือบทุกโรงพยาบาล แต่ยังไม่ครบ เหลืออีก 7 ที่ถึงจะครบทุกอำเภอ คือ CM ที่คู่ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยในระดับ Cup ส่วนต่อไปเป็น Mini Case Manager ซึ่งเราวางนโยบายไว้ 5 ปีแล้ว แต่ยังคงงบประมาณ...”

นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมแพแสดงความรู้สึกว่า “ปัญหาในเรื่องของการเปลี่ยนมันยากเพราะคนที่มาทำงานในด้านนี้น้อยมาก ไม่ค่อยอยากจะทำปรับเปลี่ยน บางคนอาจจะเป็นวิชาชีพด้านนี้แต่ได้ดูแลในด้านอื่น...”

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคนหนึ่ง ให้ความคิดเห็นว่า “...ไม่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเลยไม่ใส่ใจ ตระหนักในการควบคุมอาหาร...”

สรุปได้ว่าปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีไม่เพียงพอ หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น ยังขาดผู้รับผิดชอบการดูแลระบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาพรวมระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นยังไม่สามารถอบรมนักจัดการผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมของอำเภอ จำนวน 7 อำเภอ รวมถึงยังไม่สามารถอบรมนักจัดการผู้ป่วยเบาหวานได้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการปฐมภูมิเนื่องจากขาดงบประมาณ ในการอบรม การขาดนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีให้ครอบคลุมทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ รพ.สต. และระดับหมู่บ้านรวมถึงปัญหาการคืนข้อมูลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

4.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า มีผู้กล่าวถึงปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ ให้ความคิดเห็นว่า “..เรื่องสำคัญคือเรื่องประชาสัมพันธ์คืนข้อมูลให้กับชุมชน เป็นอยู่ในเรื่องนโยบายทั้งในระดับจังหวัดสู่อำเภอสู่ตำบล คือมันจะอยู่ในเฉพาะวงการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ แต่เราไม่ได้ไปในเรื่องของท้องถิ่น ยังไม่ได้อยู่ในเรื่องของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ยังไม่ไปถึงในเรื่องของโรงเรียน ยังไม่ถึงกลุ่มบุคคลเหล่านี้...”

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนยังมีปัญหาการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในระดับอำเภอ และการคืนข้อมูลให้กับชุมชนยังไม่สมบูรณ์ทำให้ผู้นำ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่รับทราบสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานในชุมชน รวมถึงวิธีการจัดการสุขภาพ

3. ผลการสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

จากการสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้พิจารณารูปแบบการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จากผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่ามีผู้ร่วมสนทนากลุ่มให้ความเห็นต่อรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ว่ามีความเหมาะสมสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ดังนี้

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลห่มแพ แสดงความคิดเห็นว่า “...ก็คิดว่าการวิจัยนี้น่าจะมาช่วยได้หลายอย่าง และองค์ความรู้นี้ก็สามารเอามาใช้ในคนที่เป็นโรคเบาหวานได้ โดยองค์ความรู้มันเชื่อมโยงกัน ต่างกันแค่กลุ่มผู้ป่วย ซึ่งคิดว่าถ้ามองโดยระบบโดยรวมก็สามารถพัฒนาได้อีก...”

และผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้เสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ที่สมบูรณ์ จำนวน 4 ด้าน 14 ประเด็น 93 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1. รูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

จากการสนทนากลุ่ม และผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่าด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 4 ประเด็น 25 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1.1 การพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่ามีกิจกรรมที่ต้องพัฒนา จำนวน 4 กิจกรรม ดังนี้

1.1.1 กำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และประชาชนทั่วไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในทุกหมู่บ้าน และทุกชุมชน โดยใช้การประเมินตามกรอบมาตรฐาน NCD Clinic Plus และการการใช้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทยเป็นตัวขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยกลไกการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) ดังเห็นได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เสนอแนะว่า “...ประเด็นของนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ อันที่ 1 เรื่องที่อยากจะเสริมและเพิ่มเติมคือ การประเมินงานเพื่อให้เกิดกระบวนการในการจัดการ ณ ปัจจุบันกระทรวงใช้ NCD Clinic คุณภาพ Plus ซึ่งไม่ใช้การ

จัดการที่ตัว Clinic แต่เป็นการบริหารจัดการรวมทั้งหมด ทั้งนโยบาย คน เงิน ของ ทั้งการ
จัดการเชื่อมโยงถึงชุมชน...”

1.1.2 ส่งเสริมการประชาคมในหมู่บ้านเพื่อวิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวาน
ในหมู่บ้านหรือชุมชน

1.1.3 การสนับสนุนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์จากองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่นๆ

1.1.4 พัฒนาระบบการสื่อสารนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชน
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน ดังเห็นได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลยางคำ อำเภอนองเรือ ให้ข้อเสนอว่า “...สิ่งหนึ่งที่
อาจจะยังไม่สมบูรณ์และอีกอย่างที่เกิดขึ้น ก็คือในเรื่องของนโยบายของการคืนข้อมูลอาจจะยัง
ไม่สมบูรณ์ คือคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่าย เช่น อปท. หรือกำนัน ผู้ใหญ่บ้านหรือบุคคลที่มี
ส่วนเกี่ยวข้องที่จะรับรู้ข้อมูล...”

1.2 การพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่ามีกิจกรรมที่ต้องพัฒนา จำนวน 7 กิจกรรม ดังนี้

1.2.1 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ ทุกหมู่บ้านและทุกชุมชน

1.2.2 สนับสนุนกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพในการจัดการสุขภาพ
เป็นองค์กรนำในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านและชุมชน

1.2.3 พัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับ
โรคเบาหวาน ผ่านเสียงตามสาย หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน และวิทยุชุมชน ดังเห็นได้จาก
การสนทนากลุ่ม พบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมแพ คำกล่าวที่ว่า “...น่าจะมีสื่อเรื่อง
โรคเบาหวานและความดัน หรือให้เป็นนโยบายที่มีส่วนร่วมของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หรือ
ตำบลจัดการสุขภาพ หรือปฏิทินการออกให้ความรู้ หอกระจายข่าว ความรู้แต่ละสัปดาห์ เปิด
เรื่องอะไร วันไหนและมอบหมายผู้ดำเนินการในเรื่องของการจัดเข้าไป...”

1.2.4 ส่งเสริมการเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นในการ
จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน

1.2.5 ส่งเสริมการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัด
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน ทั้งผู้ใหญ่ เด็ก และ
เยาวชนดังเห็นได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมแพกล่าว

ว่า “...ดังนั้นต้องมีมาตรการใหม่ว่าทำอย่างไรถึงจะเข้าในกลุ่มเสี่ยงได้ เราไม่ต้องไปปลูกฝังในกลุ่มเสี่ยงหรอก เราควรปลูกฝังตั้งแต่เด็ก...”

1.2.6 ส่งเสริมการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทเป็นหุ้นส่วนหรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ

1.2.7 ส่งเสริมพลังอำนาจประชาชน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทเต็มในการตัดสินใจ การบริหารงาน และการดำเนินกิจกรรมใดๆ โดยมีภาครัฐภาครัฐให้การสนับสนุน

1.3 การพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่ามิจิจกรรมที่ต้องพัฒนา จำนวน 7 กิจกรรม ดังนี้

1.3.1 ส่งเสริมการกำหนดโครงสร้างกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้านและชุมชน

1.3.2 ส่งเสริมการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพ

1.3.3 ส่งเสริมการคัดเลือกประธานกลุ่มหรือชมรม และคณะกรรมการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ

1.3.4 พัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1.3.5 ส่งเสริมและสนับสนุนให้คณะกรรมการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพแสดงบทบาทตามที่ได้รับมอบหมาย

1.3.6 สนับสนุนงบประมาณและวัสดุในการส่งเสริมสุขภาพให้กลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพโดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบล

1.3.7 ส่งเสริมการรับสมัครสมาชิกชมรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.4 การพัฒนาการได้รับการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่ามิจิจกรรมที่ต้องพัฒนา จำนวน 7 กิจกรรม ดังนี้

1.4.1 สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพในทุกหมู่บ้าน ทุกชุมชน

1.4.2 พัฒนาระบบการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

1.4.3 พัฒนาระบบการติดตามผลการจัดการสุขภาพ
ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1.4.4 พัฒนาระบบการประเมินความก้าวหน้าและ
ความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1.4.5 ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
ระหว่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1.4.6 ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนกับชมรมสร้างสุขภาพ
ที่มีผลงานดีเด่น

1.4.7 สนับสนุนการขยายเครือข่ายชมรมการจัดการ
สุขภาพออกไปยังหมู่บ้าน และชุมชนใกล้เคียง

2. รูปแบบการพัฒนาด้านการจัดการสุขภาพ

จากการสนทนากลุ่ม และผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่าการจัดการสุขภาพ
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 3 ด้าน 24 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

2.1 การพัฒนาด้านการออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรได้รับการพัฒนา จำนวน 7 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

2.1.1 พัฒนาทักษะการวางแผนออกกำลังกายให้สามารถการออกกำลังกาย
หรือมีกิจกรรมทางกายได้อย่างถูกต้องกับเพศ และวัย อย่างเพียงพอและต่อเนื่องในแต่ละ
วัน และสัปดาห์

2.1.2 พัฒนาทักษะการเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่
การเดินเร็ว การรำไม้พลอง การรำไท่เก๊ก โยคะ การแกว่งแขนหรือกายบริหารอื่นใด

2.1.3 ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

2.1.4 ส่งเสริมการใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละประมาณ 30 นาที

2.1.5 ส่งเสริมการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2.1.6 รมรงค์การออกกำลังกายผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

2.1.7 พัฒนาระบบการติดตามและการประเมินการออกกำลังกายของ
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงและพัฒนาการออก
กำลังกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

2.2 การพัฒนาด้านการควบคุมอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรได้รับการพัฒนา จำนวน 10 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

2.2.1 พัฒนาทักษะการวางแผนการควบคุมอาหาร

2.2.2 พัฒนาทักษะในการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม มีความสมดุล และรับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่

2.2.3 ส่งเสริมการรับประทานอาหารเช้า และการรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ

2.2.4 ส่งเสริมการรับประทานอาหารผักและผลไม้ที่รสไม่หวาน

2.2.5 ส่งเสริมการควบคุมปริมาณอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน ขนมหวาน หรือผลไม้รสหวานจัด และการใช้ภาชนะบรรจุข้าวเหนียวในปริมาณที่เหมาะสม เช่น กระทิบใส่ข้าวขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 6 เซนติเมตร สูง 6.5 เซนติเมตร ทำให้ได้พลังงาน 680 กิโลแคลอรีต่อ 1 มื้ออาหารซึ่งจากสนทนากลุ่ม พบว่า อสม.ดีเด่นระดับประเทศสาขาควบคุมโรคไม่ติดต่อ ให้ความเห็นว่า “...ถ้าชาวบ้านจะลดน้ำตาลก็คือว่าข้าวเหนียวมีน้ำตาลมาก ก็บอกทำให้กินขนาดกำมือตนเอง ก็เลยคิดถึงกระทิบ โดยค้นพบงานวิจัยของ คุณพัชราภรณ์ โรงพยาบาลลำปางทางภาคเหนือ โดยถ้วยตวงที่มีขนาดกว้าง 6 X 6.5 cm. ถ้าอัดข้าวเหนียวเข้าแน่นๆ จะได้ 680 calories จึงเอามาให้ Otop ระดับ 5 ดาว ทำเป็นกระทิบข้าวน้อยๆ ขนาด 6 X 6.5 cm โดยห่อข้าวให้เอาเท่านี้ อาจจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยได้ สถานการณ์เบาหวานก็ดีขึ้น...”

2.2.6 ส่งเสริมการไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวไม่รับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันทอดซ้ำ

2.2.7 ส่งเสริมการไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม

2.2.8 ส่งเสริมการลด ละ และเลิกการดื่มสุรา เช่น ใช้นโยบายงานศพปลอดเหล้าปลอดการพนัน งานบุญปลอดเหล้า เป็นต้น ซึ่งจากสนทนากลุ่ม พบว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ ให้ความคิดเห็นว่า “...เรื่องของการงดเหล้าปลอดการพนันโดยใช้มาตรการทางสังคมที่ท่าอย่างไร เราถึงสามารถลดเรื่องบุญหรือสุราลงได้ทั้งตำบล และประกาศเป็นนโยบายสาธารณะ ก็คือเอาวัฒนธรรมประเพณีไปจับ...”

2.2.9 พัฒนาการประชาสัมพันธ์ และการรณรงค์การรับประทานอาหารที่เหมาะสม สมดุลและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

2.2.10 พัฒนาระบบการติดตาม และการประเมินการรับประทานอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เพียงพอ และเหมาะสมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

2.3 การพัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรได้รับการพัฒนา จำนวน 7 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

2.3.1 พัฒนาทักษะการวางแผนควบคุมอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.3.2 พัฒนาทักษะในการควบคุมอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.3.3 ส่งเสริมการไม่พึ่งพิงยาระงับประสาท ยานอนหลับ บุหรี่ และสุรา

2.3.4 ส่งเสริมการหลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์

2.3.5 พัฒนาการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมเพื่อไม่ส่งผลกระทบต่อเหตุการณ์หรือสภาพใดๆ ก็ตามที่ก่อให้เกิดความลำบากใจในการตัดสินใจ ความวิตกกังวลกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือเกิดความกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น

2.3.6 ส่งเสริมวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ การออกกำลังกายคลายเครียด มีกิจกรรมการพักผ่อน การนั่งสมาธิ การนวดไทย และการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน

2.3.7 พัฒนาระบบการติดตามและประเมินภาวะอารมณ์และความเครียด ภาวะซึมเศร้าของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาวิธีการควบคุมอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

3. รูปแบบการพัฒนาด้านศักยภาพบุคคล

จากการสนทนากลุ่ม และผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่า ศักยภาพบุคคลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 4 ด้าน 20 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

3.1 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรได้รับการพัฒนา จำนวน 5 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

- 3.1.1 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง
- 3.1.2 ส่งเสริมเรียนการรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
- 3.1.3 ส่งเสริมการเรียนรู้อะไรวิธีการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียด การไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา
- 3.1.4 ธารรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง
- 3.1.5 กำหนดนโยบายให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา

3.2 การพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรได้รับการพัฒนา จำนวน 6 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

- 3.2.1 ส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
- 3.2.2 ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน
- 3.2.3 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคเบาหวาน
- 3.2.4 ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน
- 3.2.5 ส่งเสริมการรับรู้สภาพร่างกายของตนเองที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
- 3.2.6 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

3.3 การพัฒนาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรได้รับการพัฒนา จำนวน 3 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

- 3.3.1 พัฒนาทัศนคติต่อที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน

3.3.2 ส่งเสริมการได้รับอิทธิพลจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน

3.3.3 พัฒนารับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม สุขภาพที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเป็นโรคเบาหวาน

3.4 การพัฒนาด้านอารมณ์และความเครียดประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรได้รับการพัฒนา จำนวน 6 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

3.4.1 สร้างการยอมรับสภาพว่าตนเองเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

3.4.2 สร้างการยอมรับความลำบากใจในการใช้ชีวิตประจำวัน เมื่อเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

3.4.3 สร้างการยอมรับความโกรธจากการเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

3.4.4 สร้างการยอมรับความเครียดจากการเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

3.4.5 สร้างการยอมรับความวิตกกังวลจากเป็นประชาชนการกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

3.4.6 สร้างการยอมรับความกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

4. รูปแบบการพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมจากการสนทนากลุ่ม และผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 3 ด้าน 24 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

4.1 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่ามีประเด็นที่ต้องพัฒนา จำนวน 5 กิจกรรม ดังนี้

4.1.1 พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมให้แก่บุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

4.1.2 ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น การให้ความยอมรับนับถือ และการให้ความหวังใจต่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

4.1.3 ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีการสนับสนุนทางด้านการประเมินแก่ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น การให้ข้อมูลผลการคัดกรองเบาหวานแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและการให้ความเห็นต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

4.1.4 พัฒนาระบบการกินข้อมูลข่าวสารให้แก่บุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น การให้คำแนะนำ การดักเตือน และการให้คำปรึกษาประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียด

4.1.5 ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีการสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์แก่บุคคลแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น การให้แรงงาน เงิน เวลาแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียด

4.2 การพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่ามีประเด็นที่ต้องพัฒนา จำนวน 8 กิจกรรม ดังนี้

4.2.1 กำหนดนโยบายในการผลิตผู้ดูแลระบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานอำเภอละ 1 คน และนักจัดการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการสาธารณสุขแห่งละ 1 คน รวมทั้งผลิตนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ดังเห็นได้จากการสนทนากลุ่มที่พบว่า นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ให้ความเห็นว่า “...เรื่องของการพัฒนาศักยภาพคน อันที่ 1 นอกจากจะมี System Monitor หรือ Co-manager อันที่ 2 ยังมี Case Monitor เพื่อคุณภาพของอำเภอเกือบทุกโรงพยาบาล แต่ยังไม่ครบ เหลืออีก 7 ที่ถึงจะครบทุกอำเภอ คือ CM ที่ดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยในระดับ Cup ส่วนต่อไปเป็น Minicase Manager ซึ่งเราวางแผนนโยบายไว้ 5 ปีแล้ว แต่ยังไม่ครบประมาณ...” นอกจากนี้แล้ว นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมแพ ยังกล่าวว่า “...อยากให้สร้างประเด็นเกี่ยวกับนักปรับเปลี่ยนแล้วก็การเข้าใจในเรื่องนี้ เพื่อที่ว่า Model ในชุมชนต้องมีเยอะมากต่อกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่สามารถปรับตัวเป็นคนปกติหมายถึงใช้ชีวิตปกติได้ต้องมีเยอะ เพื่อดึงศักยภาพเข้ามาเป็น Model หรือมาใช้ให้เกิดประโยชน์...”

4.2.2 พัฒนาศักยภาพแก่ผู้รับผิดชอบงานตามข้อ 1) ในด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการโรคเบาหวาน และด้านการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจตามหลักสูตรสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังเห็นได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่าอายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ ให้ความเห็นว่า “...อยากให้ทุกฝ่ายคิดว่าร่วมกันช่วยกันให้เป็นระบบ ก็จะทำให้ดำเนินการไปได้ ทางส่วนตำบลอยากให้รู้สึกว่าคุณไข้ในตำบลเป็นของเรา เพราะเราใกล้ชิดมากกว่า แต่ทาง รพ. ก็อย่ามองว่าคุณไข้เป็นของตำบลเพียงอย่างเดียวก็ควรจะช่วยตำบลด้วยประสานกันทุกหน่วย...”

4.2.3 พัฒนาระบบการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวาน แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน การเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การให้คำแนะนำและชักจูงประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการปฏิบัติตนเองเพื่อการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียดดังเห็นได้จากการสนทนากลุ่มที่พบว่าอายุรแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ กล่าวว่า “...ซึ่งคนไข้ในโรงพยาบาลเยอะหมอไม่สามารถที่จะลงชุมชนได้ก็เลย ต้องใช้ความร่วมมือทั้ง รพ.สต. อสม. ให้มาช่วยในเรื่อง Primary care หรือว่าการส่งเสริมป้องกันสุขภาพมากขึ้น โดยอาจจะให้นักวิชาการไปให้ความรู้มากขึ้นในอนามัย ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มากขึ้น ต้องให้ความรู้ประมาณนี้นะ มีแผนภาพแผ่นพับ บอกว่าเค็มคืออะไร หวานอะไร มันอะไร และอยากจะจัดประชุมมี นักวิชาการสาธารณสุขมีหมอมามีความรู้แก่ตัวแทนและค่อยไปสอนชาวบ้านต่อไปเพื่อให้เชื่อมโยงมากขึ้น ซึ่งพอเค้าตระหนักถึงความเสี่ยงอันนี้มันจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต ก็ทำให้นโยบายเราสามารถดำเนินไปได้มากขึ้น...”

4.2.4 พัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

4.2.5 พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการระหว่างครัวเรือนกับสถานบริการสาธารณสุข

4.2.6 พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และให้คำแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

4.2.7 ประเมินมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ตามเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus ของสำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังเห็นได้จากการสนทนากลุ่มที่พบว่านักวิชาการสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ให้ความเห็นว่า “...คำว่า NCD clinic คุณภาพ plus ที่พูดถึงจะมีอยู่ องค์ที่ 1 ทิศทางนโยบาย ซึ่งจะมีหัวข้อย่อย 5 หัวข้อย่อย ที่จะขับเคลื่อนให้มีภาคร่วมกันในระดับ DHS, DHB ถ้าพูดง่ายๆ คือ NCD board ซึ่งจะเป็น นายอำเภอหรือสาธารณสุขอำเภอที่จะขับเคลื่อนงานเชิงนโยบายประเด็นที่ 2 เรื่องของการวางแผนและทำข้อตกลงร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอหรือตำบล อนามัย ถ้าจะให้ดี ต้องมีการหาข้อตกลงร่วมกันในการที่จะวางแผนและเอานโยบายขับเคลื่อนให้ผู้ปฏิบัติให้ชัดเจน ส่วนเรื่องหัวข้อย่อยในหัวข้อทิศทางและนโยบาย หัวข้อย่อยที่ 3 คือ เรื่องของการสื่อสาร ทำอย่างไรถึงจะประชาสัมพันธ์หรือขอความร่วมมือร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และเรื่องของการติดตาม NCD Clinic Plus ว่าเกิดขึ้นจริงหรือไม่ในการจัดการ ต้องมีคนนั่ง Monitor เช่น อาจจะมี System Monitor หรือ CM Case Manager ที่จะดูงาน โรคเบาหวาน ระบบของอำเภอทั้งหมด ไม่ใช่ต่างอนามัย ต่างโรงพยาบาล ต่าง สสอ. ทำ จะต้องมีคนมานั่ง Monitor ให้เห็นภาพทั้งหมดชัดเจน ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ แต่อาจเป็นพยาบาล แต่ว่าคุณเลงานช่วยระบบตรงนี้ได้ ให้เห็นสถานการณ์ของโรค มีส่วนร่วม เรื่องการบริหารจัดการคน เงิน ของ ทั้งหมด ซึ่งถ้ามีตรงนี้จะถือว่าเป็นการจัดการที่ดี ส่วนเรื่องที่ 5 เป็นเรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมที่จะขับเคลื่อนนโยบายให้มันมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีมีการออกกำลังกายในชุมชนมีมาตรการทางสังคมในการออกกำลังกาย ไม่ว่าจะเป็นมาตรการควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม หรือเรื่องจิตอาสามัน สุดท้ายเรื่องเครื่องมือวัสดุครุภัณฑ์ในการที่จะลงไป Monitor ตรวจสอบและประเมินความเสี่ยง เช่น ค่า FBS รอบเอว น้ำหนัก...”

4.2.8 กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ในการวัดผลของการดำเนินงานตามนโยบาย เช่น ร้อยละของหมู่บ้านและชุมชนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำผลการดำเนินการบรรลุตัวชี้วัดสนับสนุนขวัญกำลังใจสำหรับสำหรับบุคลากรที่มีผลงานดีเด่นมองเห็นได้จาก การสนทนากลุ่ม พบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน แพ้ ให้ความเห็นว่า “...กำหนดไปเลยว่านโยบายของสาธารณสุขอำเภอ อาจจะกำหนดเป็นตัวชี้วัดก็ได้ หรือไปกำหนดในรูปของมาตรการความดีความชอบ...”

4.3 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ามีประเด็นที่ต้องพัฒนาจำนวน 11 กิจกรรม ดังนี้

4.3.1 กำหนดนโยบายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปปฏิบัติในทุกหมู่บ้านและทุกชุมชน โดยมติที่ประชุมของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อนำเสนอให้ท่านนายอำเภอสั่งการเร่งรัดดำเนินงานทุกหมู่บ้าน และให้สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้การดำเนินงาน ในจังหวัดขอนแก่น ให้ประสบผลสำเร็จโดยสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้านและชุมชนดังเห็นได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมแพ ให้ข้อเสนอว่า “...การมีส่วนร่วมของชุมชน นั้นเป็นบทบาทของนายอำเภอ ผ่านมายังสาธารณสุขอำเภอเพื่อให้มีกำลังใจ ที่นี้มาคือการมีส่วนร่วมเค้าจะร่วมเรื่องอะไร ต้องกำหนดเลยว่าพื้นที่นาหนองทุ่มเค้ามีปัญหาในเรื่องสุขภาพเบาหวานเรื่องอะไร เพราะชุมชนต้องมีส่วนร่วมเรื่องอะไร แล้วก็มีด้านเด่นด้านใดด้านหนึ่งไปเลยในแต่ละตำบล มันจะเห็นอะไรที่ชัด...”

4.3.2 ส่งเสริมการสร้างและพัฒนาเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ โดยกำหนดให้ปัญหาโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกอำเภอ จังหวัดขอนแก่น เพื่อแสวงหาความร่วมมือจากทุกส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรเอกชน ภาาติเครือข่าย และประชาชนทุกภาคส่วน กำหนดค่าเป้าหมายการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ครบทุกหมู่บ้านภายในเวลา 4 ปี (พ.ศ. 2564) เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิผล

4.3.3 พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพทุกหมู่บ้าน อสม. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และภาาติเครือข่ายในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและทุกชุมชน ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งจากสนทนากลุ่ม พบว่า อสม.ดีเด่นระดับประเทศสาขาควบคุมโรคไม่ติดต่อ ให้ข้อเสนอว่า “...ในบทบาทของ อสม. โดยการทำงานในตำบล หมู่บ้าน ชุมชนนี้ อสม. เป็นเรื่องที่หนักใจ ยาก โดยเราเป็นชาวบ้านต้องไปพูดกับชาวบ้าน ชาวบ้านไม่เชื่อแต่ อสม. ก็พยายามทำให้ตัวเองน่าเชื่อถือ แต่ว่า อสม.เรามีปัญหาตรงที่ไม่ค่อยมีความรู้เนื่องจาก อสม.จะเปลี่ยนเข้าเปลี่ยนออกในการเข้าไปอบรมเมื่อเข้าไปแล้วก็ออกไป คนใหม่มาอบรมก็เป็นคนใหม่ อย่างเช่นหมู่บ้านก็จะมีการคัดกรอง ทางนโยบายนก็จะส่งรายชื่อคัดกรองมาให้เรา เราก็จะไปประชาสัมพันธ์ บางคนที่จะไม่มา เพราะไม่เชื่อ อสม. แต่ว่าก็อยากให้มี นโยบายนให้ความรู้แก่ อสม...”

4.3.4 ส่งเสริมการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมการวิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวานในหมู่บ้าน และชุมชน เพื่อรับทราบสถานการณ์ปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ปัญหาการเกิดโรคเบาหวาน

4.3.5 ส่งเสริมการวางแผนกลยุทธ์แบบมีส่วนร่วมโดยกำหนดกลยุทธ์หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสาธารณสุขของทุกอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น เพื่อการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานของประชาชนในจังหวัดขอนแก่น ทุก

หมู่บ้านและทุกชุมชน โดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ทุกแห่งดังเห็นได้จากสนทนากลุ่ม พบว่าปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาหนองทุ่ม ให้ความเห็นว่า“... ในส่วนของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของท้องถิ่นก็มีการทำงานเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพไม่ว่าในเรื่องของโรคติดต่อต่างๆ หรือเรื่องโรคเบาหวานก็จะมีการเพิ่มงบที่จัดสรรให้ ในปัญหาเรื่องโรคเบาหวานก็มีการคัดกรอง และในงบปีที่ผ่านมา 59-60 งบประมาณของกองทุนอสม. ก็จะให้ 7,500 ก็มีการเพิ่มงบที่เราจัดสรรให้จัดสรร 40% แต่งบปี 61 ท่านนายกจะตั้งให้เต็มร้อย ก็ได้ถามปัญหา กับ รพ.สต. ว่ามีอะไรบ้าง ซึ่งมีปัญหาโรคเบาหวาน ซึ่งจะมีการคัดกรองยกให้เป็น และมีสื่อประชาสัมพันธ์ มีการทำโปสเตอร์แผ่นพับ ให้ อสม. นำไปให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยง ก็จะมีในส่วนของผู้ป่วยที่จะปรับเปลี่ยน ก็มีทีม Care Giver และ Mini Manager ไปดูแลในส่วนของกลุ่มนี้ด้วย ซึ่งในรอบปีนี้ได้งบประมาณ 6 แสนกว่าบาท ซึ่งจัดสรรให้ทาง Care giver และในส่วน อสม. ก็ใช้งบ อบต. เสริมไปให้ โดยมีการสำรวจสุขภาพ และในชุมชนแพก็มีส่วนของสุขภาพเป็นปัญหาหลัก...”

4.3.6 ส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจในชุมชนโดยการร่วมแรงร่วมใจในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน โดยการกำหนดคกฏกติกามาตรการทางสังคม หรือนโยบายสาธารณะของหมู่บ้านและชุมชนให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.3.7 ส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อเอื้อต่อการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน

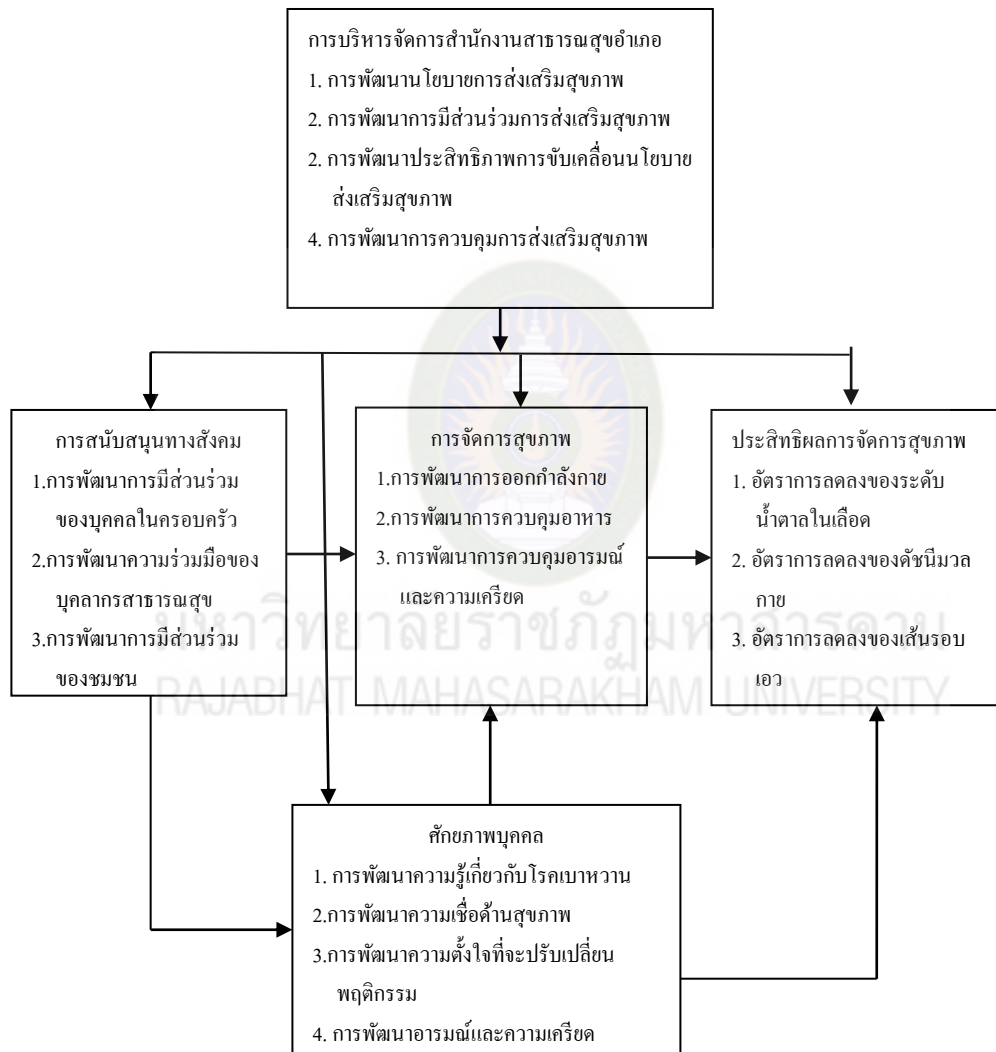
4.3.8 พัฒนาการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยการรวบรวมข้อมูลปัญหาโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

4.3.9 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมการประกวด และประเมินมาตรฐานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการแต่งตั้งทีมลงไปประเมินรับรองมาตรฐานการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหมู่บ้าน และชุมชนเพื่อให้มีต้นแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4.3.10 พัฒนาระบบการกำกับและติดตามผลการดำเนินงาน โดยจัดให้มีระบบการรายงาน ติดตาม และกำกับผลการดำเนินงานในการประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็นประจำทุกเดือน รวมถึงที่ประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นประจำทุก 3 เดือน

4.3.11 ส่งเสริมให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หมู่บ้านที่ประสบผลสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน หรือหมู่บ้านที่มีผลงานดีเด่นด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระะยะที่ 1 และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ข้างต้นผู้วิจัยสามารถแสดงรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ได้ดังภาพที่ 4.4



ภาพที่ 4.4 รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นก่อนการยืนยันรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ

4. ผลการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของรูปแบบจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ของจังหวัดขอนแก่น

จากการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของรูปแบบจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น สรุปประเด็นได้ดังนี้

4.1 ข้อเสนอแนะแก่ภาครัฐ

4.1.1 ภาครัฐควรมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อย่างชัดเจนและจริงจัง

4.1.2 ภาครัฐควรออกกฎหมายควบคุมปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟ โอวัลตินที่บรรจุซอง รวมถึงเครื่องดื่มชนิดผงที่ใช้ชงกับน้ำร้อน สำหรับดื่มไม่ให้เกิน 2 ซ้อนชา

4.1.3 ภาครัฐควรจัดให้มีหลักสูตรการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในหลักสูตรการเรียนการสอนนักเรียนในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา

4.1.4 ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นการจูงใจสำหรับบุคคล หมู่บ้าน หรือชุมชนที่มีผลการดำเนินงานในระดับดีเด่นในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

4.1.5 ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นการจูงใจสำหรับการไปศึกษาต่อของแพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

4.2 ข้อเสนอแนะแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

4.2.1 ควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักจัดการระบบการป้องกันและควบคุมเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภออย่างน้อยหน่วยงานละ 1 คน

4.2.2 ควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ครอบคลุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และ รพ.สต. อย่างน้อยหน่วยงานละ 1 คน

4.2.3 ควรสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้มีแพทย์ลงไปทำงานในชุมชนได้เพิ่มขึ้น

ระยะที่ 3 ผลการยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นที่ได้จากการสังเคราะห์ผลการสนทนากลุ่ม และร่างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้นจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะเวลาที่ 1 การสนทนากลุ่ม แล้วนำรูปแบบพัฒนาฉบับร่างมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นจำนวน 8 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมและพัฒนา) ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ) ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น สาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ที่ประกอบด้วย รูปแบบการพัฒนาด้านการจัดการสุขภาพรูปแบบการพัฒนาด้านศักยภาพของบุคคลรูปแบบการพัฒนาการสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23

ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) และระดับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกิจกรรมการพัฒนา ในรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคนเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบและกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR. (Q3-Q1)	ระดับความ เหมาะสมและ เป็นไปได้
1. รูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ			
1.1 การพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพ			
1.1.1 กำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคนเบาหวานและ ประชาชนทั่วไปเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุม โรคนเบาหวานตามเกณฑ์ คุณภาพ NCD Clinic Plus และยุทธศาสตร์สุขภาพ ดีวิถีไทย	5.00	1.00	มากที่สุด
1.1.2 ส่งเสริมการประชาคมในหมู่บ้านเพื่อ วิเคราะห์ปัญหาโรคนเบาหวานในหมู่บ้านหรือชุมชน	5.00	0.00	มากที่สุด
1.1.3 สนับสนุนงบประมาณ และวัสดุ อุปกรณ์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงาน อื่นๆ	5.00	0.75	มากที่สุด
1.1.4 พัฒนาระบบการสื่อสารนโยบาย ส่งเสริมสุขภาพให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนกลุ่ม เสี่ยงโรคนเบาหวานในหมู่บ้าน	5.00	0.00	มากที่สุด
1.2 การพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการ ส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคนเบาหวาน			
1.2.1 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริม สุขภาพทุกหมู่บ้านและทุกชุมชน	5.00	0.00	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR. (Q3-Q1)	ระดับความ เหมาะสมและ เป็นไปได้
1.2.2 ส่งเสริมกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพในการจัดการสุขภาพเป็นองค์กรนำในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านและชุมชน	5.00	0.00	มากที่สุด
1.2.3 พัฒนาระบบสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผ่านเสียงตามสาย หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน และวิทยุชุมชน	5.00	0.00	มากที่สุด
1.2.4 ส่งเสริมการเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน	5.00	0.00	มากที่สุด
1.2.5 ส่งเสริมการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน ทั้งผู้ใหญ่ เด็กและเยาวชน	5.00	0.00	มากที่สุด
1.2.6 ส่งเสริมการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทเป็นหุ้นส่วนหรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ	5.00	0.75	มากที่สุด
1.2.7 ส่งเสริมอำนาจประชาชนโดยเปิดโอกาสให้ประชาชน มีบทบาทเต็มในการตัดสินใจการบริหารงานและการดำเนินกิจกรรมใดๆ โดยการสนับสนุนจากภาครัฐ	5.00	0.00	มากที่สุด
1.3 การพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
1.3.1 ส่งเสริมการกำหนดโครงสร้างกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้านและชุมชน	5.00	0.75	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR. (Q3-Q1)	ระดับความ เหมาะสมและ เป็นไปได้
1.3.2 ส่งเสริมการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพ	5.00	0.75	มากที่สุด
1.3.3 ส่งเสริมการคัดเลือกประธานกลุ่มหรือ ชมรมและคณะกรรมการดำเนินงานชมรมสร้าง สุขภาพ	5.00	1.00	มากที่สุด
1.3.4 พัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการชมรม สร้างสุขภาพ ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
1.3.5 ส่งเสริมและสนับสนุนให้คณะกรรมการ ดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพแสดงบทบาทตามที่ ได้รับมอบหมาย	5.00	0.75	มากที่สุด
1.3.6 สนับสนุนงบประมาณและวัสดุในการ ส่งเสริมสุขภาพให้กลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพโดย ใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมถึงองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	5.00	1.00	มากที่สุด
1.3.7 ส่งเสริมการรับสมัครสมาชิกชมรม ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	4.50	1.00	มาก
1.4 การพัฒนาการควบคุมการส่งเสริม สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
1.4.1 สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มหรือ ชมรมสร้างสุขภาพในทุกหมู่บ้าน ทุกชุมชน	5.00	0.00	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR. (Q3-Q1)	ระดับความ เหมาะสมและ เป็นไปได้
1.4.2 พัฒนาระบบการรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
1.4.3 พัฒนาระบบการติดตามผลการจัดการ สุขภาพ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
1.4.4 พัฒนาระบบการประเมินความก้าวหน้า และความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
1.4.5 ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและ กันระหว่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
1.4.6 ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนกับชมรมสร้าง สุขภาพที่มีผลงานดีเด่น	5.00	0.75	มากที่สุด
1.4.7 สนับสนุนการขยายเครือข่ายชมรมการ จัดการสุขภาพออกไปยังหมู่บ้าน และชุมชน	5.00	0.75	มากที่สุด
2. รูปแบบการพัฒนาด้านการจัดการสุขภาพ			
2.1 การพัฒนาด้านการออกกำลังกายของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
2.1.1 พัฒนาทักษะการวางแผนออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายได้อย่างถูกต้องกับเพศและวัย	5.00	0.75	มากที่สุด
2.1.2 พัฒนาทักษะการเลือกวิธีการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม	5.00	0.00	มากที่สุด
2.1.3 ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.75	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR.(Q3-Q1)	ระดับความเหมาะสมและเป็นไปได้
2.1.4 ส่งเสริมการใช้เวลาในการออกกำลังกาย ครั้งละประมาณ 30 นาทีหรือวันละอย่างน้อย 30 นาที	5.00	1.00	มากที่สุด
2.1.5 ส่งเสริมการออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	4.50	1.00	มาก
2.1.6 รมรงค์การออกกำลังกายผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง	5.00	1.00	มากที่สุด
2.1.7 พัฒนาระบบการติดตามและการประเมิน การออกกำลังกาย	5.00	0.00	มากที่สุด
2.2 การพัฒนาด้านการควบคุมอาหารของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
2.2.1 พัฒนาทักษะการวางแผนการรับประทานอาหาร อาหารที่ถูกต้องเหมาะสมรวมถึงมีการควบคุมอาหาร	5.00	0.00	มากที่สุด
2.2.2 พัฒนาทักษะการรับประทานอาหารที่ ถูกต้อง เหมาะสม มีความสมดุล ครบ 5 หมู่	5.00	1.00	มากที่สุด
2.2.3 ส่งเสริมการรับประทานอาหาร 3 มื้อ โดย การลดสัดส่วนของอาหารลงตามช่วงเวลาเช้า กลางวัน และเวลาเย็น	4.50	1.00	มาก
2.2.4 ส่งเสริมการรับประทานอาหารผักและผลไม้ที่ ไม่มีรสหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
2.2.5 ส่งเสริมการควบคุมปริมาณอาหาร ประเภทแป้งและน้ำตาล	5.00	0.00	มากที่สุด
2.2.6 ส่งเสริมการไม่รับประทานอาหารที่ทอด ด้วยน้ำมันทอดซ้ำ	5.00	1.00	มากที่สุด
2.2.7 ส่งเสริมการไม่รับประทานอาหารที่มีรส เค็ม	5.00	0.75	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR.(Q3-Q1)	ระดับความเหมาะสมและเป็นไปได้
2.2.8 ส่งเสริมการลด ละ และเลิกการดื่มสุรา	5.00	0.75	มากที่สุด
2.2.9 พัฒนาการประชาสัมพันธ์ และการรณรงค์การรับประทานอาหารที่เหมาะสม สมดุลและเพียงพอผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง	5.00	0.00	มากที่สุด
2.2.10 พัฒนาระบบการติดตาม และการประเมินการรับประทานอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.00	มากที่สุด
2.3 การพัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
2.3.1 พัฒนาทักษะการวางแผนควบคุมอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสม	5.00	0.75	มากที่สุด
2.3.2 พัฒนาทักษะในการควบคุมอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสม	5.00	1.00	มากที่สุด
2.3.3 ส่งเสริมการไม่พึ่งพิงยาระงับประสาท ยาถอนหลับ บุหรี่ หรือสุรา	5.00	1.00	มากที่สุด
2.3.4 ส่งเสริมการหลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์	5.00	0.75	มากที่สุด
2.3.5 พัฒนาการจัดการอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม	5.00	0.75	มากที่สุด
2.3.6 ส่งเสริมวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับสุขภาพ	5.00	0.75	มากที่สุด
2.3.7 พัฒนาระบบการติดตามและประเมินภาวะอารมณ์และความเครียด ภาวะซึมเศร้าของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.75	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR.(Q3-Q1)	ระดับความเหมาะสมและเป็นไปได้
3. รูปแบบการพัฒนาด้านศักยภาพของบุคคล			
3.1 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
3.1.1 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อย่างถูกต้อง	5.00	0.00	มากที่สุด
3.1.2 ส่งเสริมการเรียนรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
3.1.3 ส่งเสริมการเรียนรู้วิธีการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
3.1.4 ณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.75	มากที่สุด
3.1.5 กำหนดนโยบายให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา	5.00	1.50	มากที่สุด
3.2 การพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
3.2.1 ส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
3.2.2 ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
3.2.3 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การป้องกันการโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
3.2.4 ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR.(Q3-Q1)	ระดับความเหมาะสมและเป็นไปได้
3.2.5 ส่งเสริมการรับรู้สภาพร่างกายของตนเองที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
3.2.6 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
3.3 การพัฒนาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
3.3.1 พัฒนาทัศนคติต่อที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	1.00	มากที่สุด
3.3.2 ส่งเสริมการได้รับอิทธิพลจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน	5.00	1.00	มากที่สุด
3.3.3 พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเป็นโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
3.4 การพัฒนาด้านอารมณ์และความเครียดประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
3.4.1 สร้างการยอมรับสภาพว่าตนเองเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
3.4.2 สร้างการยอมรับความลำบากใจในการใช้ชีวิตประจำวัน เมื่อเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
3.4.3 สร้างการยอมรับความโกรธจากการเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR.(Q3-Q1)	ระดับความเหมาะสมและเป็นไปได้
3.4.4 สร้างการยอมรับความเครียดจากการเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
3.4.5 สร้างการยอมรับความวิตกกังวลจากเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
3.4.6 สร้างการยอมรับความกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
4. รูปแบบการพัฒนาการสนับสนุนทางสังคม			
4.1 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
4.1.1 พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการให้การสนับสนุนทางสังคมให้แก่บุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
4.1.2 ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
4.1.3 ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีการสนับสนุนทางด้านการประเมินแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด
4.1.4 พัฒนาระบบการคืนข้อมูลข่าวสารให้แก่บุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
4.1.5 ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีการสนับสนุนเครื่องมือ และอุปกรณ์แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.75	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR. (Q3-Q1)	ระดับความ เหมาะสมและ เป็นไปได้
4.2 การพัฒนาความร่วมมือของบุคลากร สาธารณสุขในการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน			
4.2.1 กำหนดนโยบายในการผลิตผู้ดูแล ระบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน อำเภอละ 1 คน และนักจัดการผู้ป่วยเบาหวานใน หน่วยบริการสาธารณสุข แห่งละ 1 คน รวมทั้ง ผลิตนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ ครอบคลุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุก แห่ง	5.00	0.00	มากที่สุด
4.2.2 พัฒนาศักยภาพแก่ผู้รับผิดชอบงาน ตามข้อ 1) ด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการ โรคเบาหวานและการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ตามหลักสูตรสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวง สาธารณสุข	5.00	0.00	มากที่สุด
4.2.3 พัฒนาระบบการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานและข้อมูลสถานการณ์ แนวโน้ม โรคเบาหวานการให้คำแนะนำและชักจูง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในการปฏิบัติ ตนเองเพื่อการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียด	5.00	0.00	มากที่สุด
4.2.4 พัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย	5.00	0.00	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR. (Q3-Q1)	ระดับความ เหมาะสมและ เป็นไปได้
4.2.5 พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการระหว่างครัวเรือนกับสถานบริการสาธารณสุข	5.00	0.00	มากที่สุด
4.2.6 พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และให้คำแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.00	มากที่สุด
4.2.7 ประเมินมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ตามเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus	5.00	0.00	มากที่สุด
4.2.8 กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ในการวัดผลของการดำเนินงานตามนโยบาย เช่น ร้อยละของหมู่บ้านและชุมชนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำผลการดำเนินการบรรลุตัวชี้วัดสนับสนุนขวัญกำลังใจสำหรับสำหรับบุคลากร ที่มีผลงานดีเด่น	5.00	0.00	มากที่สุด
4.3 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน			
4.3.1 กำหนดนโยบายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปปฏิบัติในทุกหมู่บ้านและทุกชุมชน โดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	5.00	0.00	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

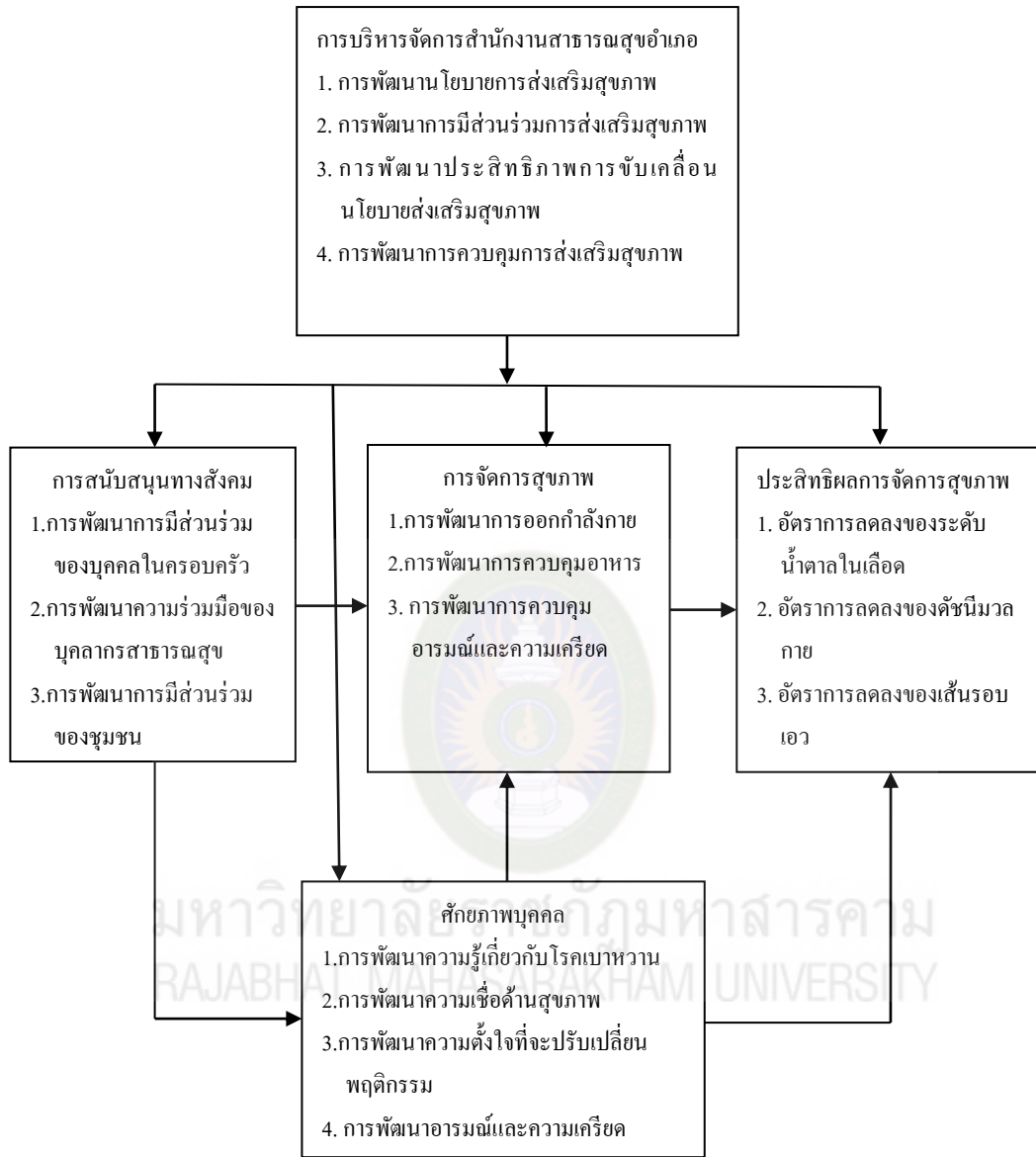
รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR. (Q3-Q1)	ระดับความ เหมาะสมและ เป็นไปได้
4.3.2 ส่งเสริมการสร้างและพัฒนาเครือข่าย ชมรมสร้างสุขภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด
4.3.3 พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพทุก หมู่บ้าน อสม. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานหมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด
4.3.4 ส่งเสริมการเรียนรู้และมีส่วนร่วมการ วิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวานในหมู่บ้าน และ ชุมชน	5.00	0.00	มากที่สุด
4.3.5 ส่งเสริมการวางแผนกลยุทธ์แบบมี ส่วนร่วมโดยกำหนดกลยุทธ์หมู่บ้านปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ในยุทธศาสตร์การพัฒนา ด้านสาธารณสุข ของทุกอำเภอ จังหวัดขอนแก่น	5.00	0.00	มากที่สุด
4.3.6 ส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจใน ชุมชนโดยการร่วมแรงร่วมใจ ในการจัดการ สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดย การกำหนดกฎกติกามาตรการทางสังคม หรือ นโยบายสาธารณะของหมู่บ้านและชุมชน	5.00	0.00	มากที่สุด
4.3.7 ส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการ สิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อเอื้อต่อการจัดการสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
4.3.8 พัฒนาการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ในหมู่บ้าน และชุมชนอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.00	มากที่สุด

(ต่อ)

ตารางที่ 4.23(ต่อ)

รูปแบบ และกิจกรรมการพัฒนา	Median	IQR. (Q3-Q1)	ระดับความ เหมาะสมและ เป็นไปได้
4.3.9 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมการประกวด และประเมินมาตรฐานหมู่บ้านปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	5.00	0.75	มากที่สุด
4.3.10 พัฒนาระบบการกำกับและติดตาม ผลการดำเนินงาน	5.00	0.75	มากที่สุด
4.3.11 ส่งเสริมให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมู่บ้านที่ประสบผลสำเร็จในการป้องกันและ ควบคุมโรคเบาหวาน	5.00	0.00	มากที่สุด
รวม	5.00	0.00	มากที่สุด
ร้อยละ	96.77		มากที่สุด

จากตารางที่ 4.23 พบว่าผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ากิจกรรมการพัฒนาของรูปโดยภาพรวมมีความสอดคล้องกัน (Md. = 5.00, IQR= 0.00) เมื่อพิจารณารายกิจกรรมพัฒนา พบว่ากิจกรรมการพัฒนาที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด (Md. = 5.00) จำนวน 90 กิจกรรมการพัฒนา หรือร้อยละ 96.77 และมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในระดับมาก (Md. = 4.50) จำนวน 3 กิจกรรมการพัฒนา หรือร้อยละ 3.23 ซึ่งในแต่ละข้อของกิจกรรมพัฒนานั้นผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดว่าค่ามัธยฐาน (Md.) ในรายข้อต้องมามีค่ามากกว่า 3.5 ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR.) เท่ากับหรือน้อยกว่า 1.5 ทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาดังแสดงในภาพที่ 4.5



ภาพที่ 4.5 รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นภายหลังการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

จากภาพที่ 4.5 รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นหลังจากได้รับการตรวจสอบยืนยันรูปแบบโดยการใช้เทคนิคการอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญแล้ว อธิบายอิทธิพลโดยรวมของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รongลงมาคือ ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 76.30 ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาในภาพรวมมีความสอดคล้องในระดับมากที่สุด (Md. = 5.00, IQR. = 0.00)กิจกรรมการพัฒนามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 96.77 และมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 3.23



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

บทที่ 5

สรุปผลอภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น และเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น โดยการอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัย ได้สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะตามลำดับดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พบว่าประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น และรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มีดังนี้

5.1.1 ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย และอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอวในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560 ร้อยละ 1.31, 0.16 และ 0.49 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำทั้ง 3 ตัวแปร และพบว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.82$) ได้รับประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.58$) ได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.81$) และได้รับการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ($\bar{X} = 3.76$) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยง

โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น พบว่าการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.83$) ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.93$) และการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.88$) ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (อยู่ในช่วง 10 - 13 คะแนน ร้อยละ 60.52) มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.90$) มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.58$) มีภาวะอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.18$) และปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.54$) มีการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34$) และมีการควบคุมอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.61$)

5.1.2 ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น พบว่ารูปแบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์พิจารณาจากค่าสถิติ χ^2/df เท่ากับ 3.66 RMSEA เท่ากับ 0.066 SRMR เท่ากับ 0.033 CFI เท่ากับ 0.966 และ TLI เท่ากับ 0.955 ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.791 รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.422, 0.390 และ 0.389 ตามลำดับ ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 76.30

5.1.3 รูปแบบการพัฒนากิจการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

5.1.3.1 การสร้างรูปแบบการพัฒนากิจการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จากการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ตรง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 คน ได้รูปแบบการพัฒนากิจการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 ด้าน 14 ประเด็น และ 93 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) รูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 4 ด้าน คือ 1) การพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 4 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 7 กิจกรรมการพัฒนา 3) การพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 7 กิจกรรมการพัฒนา และ 4) การพัฒนาการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 7 กิจกรรมการพัฒนา

2) รูปแบบการพัฒนาด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 3 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาด้านการออกกำลังกาย มี 7 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาด้านการควบคุมอาหาร มี 10 กิจกรรมการพัฒนา และ 3) การพัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด มี 7 กิจกรรมการพัฒนา

3) รูปแบบการพัฒนาด้านศักยภาพบุคคลมีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 4 ด้าน คือ 1) การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 5 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 6 กิจกรรมการพัฒนา 3) การพัฒนาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 3 กิจกรรมการพัฒนา และ 4) การพัฒนาด้านอารมณ์และความเครียดประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 6 กิจกรรมการพัฒนา

4) รูปแบบการพัฒนาด้านการสนับสนุนทางสังคมมีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 3 ด้าน คือ 1) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 5 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 8 กิจกรรมการพัฒนา และ 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 11 กิจกรรมการพัฒนา

5.1.3.2 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มีความสอดคล้องกัน โดยมีค่ามัธยฐาน (Md.) ในภาพรวมเท่ากับ 5.00 คะแนน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR.) เท่ากับ 0.00 กิจกรรมการพัฒนามีความเหมาะสมและเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด (Md. = 5.00) ร้อยละ 96.77 และอยู่ในระดับมาก (Md. = 4.50) ร้อยละ 3.23

5.2 อภิปรายผล

จากผลการวิจัยผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

5.2.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย และอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอว ในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560 ร้อยละ 1.31, 0.16 และ 0.49 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำทั้ง 3 ตัวแปร สอดคล้องกับระดับปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อระดับการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพทั้ง 3 เรื่อง คืออัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย และอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอว ในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560 อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน รวมถึงปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในส่วนของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงตัวแปรภาวะอารมณ์และความเครียดของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สอดคล้องกับประภาพรรณ โคมหอม (2554, น. 149-150) ที่ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนคูน อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่า การค้นพบประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานมีจำนวนมาก (ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป) ซึ่งปัญหาของโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้และมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานยังไม่เหมาะสม สอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2559, น.121) ที่พบว่าจังหวัดขอนแก่นขาดการพัฒนาหลักสูตร

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยงที่เน้น 3 อ.2 ส. (การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา) เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการกับระบบสุขภาพอำเภอและตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้อัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2554 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่จากอัตรา 257.81 เป็น 192.02, 911.85, 475.76, และ 539.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มลดลง จากปี 2558 ร้อยละ 19.27 เป็น ร้อยละ 17.90 ในปี 2559 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, น.218) ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ร้อยละ 40 ขึ้นไป และยิ่งไปกว่านั้นคือผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2558 มีสาเหตุการป่วยเป็นโรคเบาหวาน อยู่ลำดับที่ 1 ของสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มโรค 10 อันดับแรกของจังหวัดขอนแก่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, น.124) ทั้งนี้เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นยังไม่สามารถอบรมผู้จัดการระบบโรคไม่ติดต่อ (System Manager) ได้ครอบคลุมทุกเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตลอดทั้งยังไม่สามารถอบรมผู้จัดการระบบโรคไม่ติดต่อ (Mini System Manager) ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนครอบคลุมทุกแห่ง เนื่องจากขาดงบประมาณ จึงส่งผลให้การจัดการสุขภาพในประชาชน ทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นยังไม่มีประสิทธิผลซึ่งจังหวัดขอนแก่นจะต้องเร่งรัดดำเนินการโดยเร่งด่วนต่อไป

5.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

5.2.2.1 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งพิจารณาจากค่าสถิติ χ^2/df เท่ากับ 3.66 (มีความสอดคล้อง) RMSEA เท่ากับ 0.066 (สอดคล้องดี) SRMR เท่ากับ 0.033 (สอดคล้องดีมาก) CFI เท่ากับ 0.966 (สอดคล้องดีมาก) และ TLI เท่ากับ 0.955 (สอดคล้องดีมาก)

จากการตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย กับข้อมูลเชิงประจักษ์ในครั้งแรก มีค่าสถิติดังนี้ $\chi^2 = 591.15$, $df = 110$, $\chi^2/df = 5.37$, RMSEA = 0.084, SRMR = 0.041, CFI = 0.94 และ TLI = 0.92 โดยพบว่าค่าสถิติที่เป็นไปตามที่กำหนดคือ SRMR, CFI และ TLI ส่วนค่าสถิติ $\chi^2/df = 5.37$ มากกว่า 5 และ ค่า RMSEA มากกว่า 0.05

แสดงว่าตัวแบบยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ปรับแบบจำลองตามคำแนะนำ โดยพิจารณาจากข้อมูลดัชนีการปรับเปลี่ยนแบบจำลอง (Modification Indices) และคำนึงถึงเหตุผลเชิงทฤษฎี จากนั้นจึงทำการปรับแต่ละพารามิเตอร์โดยยินยอมให้ผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นให้ความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันได้ และหยุดปรับเมื่อค่าสถิติได้ตามเกณฑ์ที่มีความสอดคล้องกลมกลืนของตัวแบบ จนได้ตัวแบบสุดท้ายที่ทำให้ค่าสถิติ $\chi^2/df= 3.66$, RMSEA = 0.066, SRMR = 0.033, CFI = 0.966 และ TLI = 0.955 แสดงว่าตัวแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554, น. 105-106) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่าค่าสถิติในตัวแบบครั้งแรกยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์กล่าวคือมีค่าสถิติ $\chi^2/df= 2.49$ มากกว่า 2 ส่วน RMSEA = 0.064 และ SRMR = 0.060 มากกว่า 0.05 ผู้ศึกษาจึงได้ปรับแบบจำลองตามคำแนะนำ โดยพิจารณาจากข้อมูลดัชนีการปรับเปลี่ยนแบบจำลอง และคำนึงถึงเหตุผลเชิงทฤษฎี จากนั้นจึงทำการปรับแต่ละพารามิเตอร์โดยยินยอมให้ผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นให้ความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันได้ และหยุดปรับเมื่อค่าสถิติได้ตามเกณฑ์ มีความสอดคล้องกลมกลืนของตัวแบบ จนได้ตัวแบบสุดท้าย ที่ทำให้ค่าสถิติ $\chi^2/df= 1.62$ (น้อยกว่า 2), RMSEA = 0.039 (น้อยกว่า 0.05), SRMR = 0.044 (น้อยกว่า 0.05), CFI = 0.97 (มากกว่า 0.90), AGFI = 0.94 (มากกว่า 0.90), GFI = 0.97 (มากกว่า 0.90) และ CN = 355.39 (มากกว่า 200) อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ทางด้วยสถิติดังกล่าวผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ต่างชนิดกันทำให้ได้ค่าสถิติที่แสดงผลออกมาไม่เหมือนกันในบางค่าแต่มีความสอดคล้องกันคือผลออกมามีครั้งแรกแบบจำลองเชิงสมมติฐานยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ผู้วิจัยต้องทำการปรับแบบจำลองตามคำแนะนำของโปรแกรมสำเร็จรูปก่อนจนได้ค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์ จึงทำให้แบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

5.2.2.2 ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทุกตัวมีอิทธิพลโดยรวมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เพราะปัจจัยที่นำมาศึกษาทุกตัวเกิดจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นสภาพความเป็นจริงในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งตรงกับแนวคิดการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้ทฤษฎีจากฐานราก (The Research Conceptual Framework Establishment by the Grounded Theory) ของสัญญา เคนาภูมิ (2558, น. 93-103) ที่ต้องรวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องซึ่งเริ่มพัฒนาเนื้อหาสาระเป็นกรอบแนวคิดจากการศึกษาจาก

ปรากฏการณ์ (Phenomena) โดยการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่วิจัย จากนั้นทำการพัฒนาด้วยวิธีการที่หลากหลายเริ่มต้นจากวิธีการคิดเชิงเหตุผล ใช้การศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในพื้นที่วิจัยซึ่งเป็นการพัฒนากรอบแนวคิดจากทฤษฎีฐานราก พร้อมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยวิธีการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) แล้วทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อหาความลงตัวของเนื้อหาสาระ และทำการตรวจสอบกรอบความคิดให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น โดยวิธีการบูรณาการระเบียบวิธีที่หลากหลายให้สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นในด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ในปีวิจัยทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านศักยภาพบุคคล 2) ด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3) ด้านการจัดการสุขภาพ และ 4) ด้านการสนับสนุนทางสังคม ผลการทดสอบสมมติฐานที่กล่าวว่าปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นมากที่สุดคือ ปัจจัยปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ (0.422) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล (0.293) และปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (0.227) ตามลำดับ และตัวแปรทั้งหมดในตัวแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 76.30 สอดคล้องกับการศึกษาของศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554, น.106-109) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 3 ปัจจัยประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล (0.75) ปัจจัยด้านการสนับสนุน (0.49) และปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (0.32) ซึ่งปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานคือ ปัจจัยด้านบุคคล มี 3 ตัวแปร คือ ความรู้เรื่องเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และภาวะอารมณ์ปัจจัยด้านสนับสนุนมี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชนปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มี 4 ตัวแปร ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ตัวแปรทั้งหมดในตัวแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยประสิทธิผลในการป้องกันและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ ร้อยละ 68.00 สอดคล้องกับสมจิตร พรหมแพน (2557, น.116-118) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านการสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดมากที่สุด คือ เจตคติต่อโรคเบาหวาน รองลงมาคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ยา และการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยทั้ง 10 ตัวแปร มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 92.00 เช่นเดียวกับสุริยา ภูย์หาวา (2556, น.204) ที่ศึกษารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปหาน้อยคือ ภาวะอารมณ์และความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.45 รองลงมาคือความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แรงจูงใจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.37, 0.30, -0.19, -0.06 และ -0.02 ตัวแปรทั้งหมดในตัวแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ 69.00 และเมื่อพิจารณาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่าปัจจัยทุกตัวมีอิทธิพลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมจากมากไปหาน้อย คือปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (0.791) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ (0.422) ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล (0.390) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (0.389) ผู้วิจัยได้นำทั้ง 4 ปัจจัยมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นสูงที่สุด (0.791) เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการสุขภาพ

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีส่วนสำคัญที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษาและการสื่อสาร สาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ และ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย (กฎกระทรวง การแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2560, มิถุนายน 14) นอกจากนี้แล้วสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และดูแลประชาชนส่วนใหญ่ของจังหวัด มีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้บังคับบัญชาซึ่งมีบทบาทหน้าเป็นผู้นำองค์กร และยังทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ มีหัวหน้าส่วนราชการ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรวิชาชีพ ผู้นำชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิเป็นคณะกรรมการ รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนตามสภาพปัญหาของแต่ละอำเภอ ที่เน้นกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขยะ สิ่งแวดล้อม ให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการของรัฐ ซึ่งในปี 2560 จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการใน 7 อำเภอ และขยายครอบคลุมทุกอำเภอในปี 2561 (เอชโพกัส, 2017) เมื่อจังหวัดขอนแก่นมีการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอครบทุกอำเภอในกระบวนการบริหารจัดการ ปัจจัยนำเข้า (Input factor) หรือ ทรัพยากรทางการจัดการ (Management Resource) มีกระบวนการจัดการ (Management Process) มีผลผลิตของการจัดการ (Management Output) มีผลลัพธ์ของการจัดการ (Management Outcome) และมีข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (สัญญา เคนาภูมิ, 2560, น.255) แล้วจะทำให้การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับท้าวรรณ ห้วยหงษ์ทอง (2552, น.71-73) ศึกษาแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลำทหาร ตำบลบ้านเก่า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้เทคนิค

กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (A – I-C) และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) บูรณาการเข้ากับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง และแรงจูงใจในด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองและแรงจูงใจในด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายภายหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองและภายหลังการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงที่ต้องควบคุมลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาจัดทำแผนงาน/โครงการการดำเนินงานตามแผนและติดตามประเมินผล นับเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและรูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาอื่นๆ ได้สอดคล้องกับพรพิมล พันทะสา (2557, น.59-60) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาลเนิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่าผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังด้วยตนเองหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าลดลงน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสรุปจากการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการเฝ้าระวังด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทำให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีการรับรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคดีขึ้นโดยเน้นการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารการออกกำลังกายและการเฝ้าระวังตนเองอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับกรณีการ์ คลีนแก้ว (2557) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยครอบครัวชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาล อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีกระบวนการ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การ

รวบรวมข้อมูล 2) ค้นหาแกนนำ 3) การสร้างความตระหนักรู้ 4) จัดเวทีให้แกนนำทุกระดับร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ 5) การจัดทำแผนปฏิบัติการและวางแผนการดำเนินงาน 6) การนำแผนงานไปปฏิบัติ 7) การประเมินผล กระบวนการดังกล่าวทำให้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกายด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการรักษาโรคและด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังการพัฒนามีการปฏิบัติตน ได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี (80-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 55 การมีส่วนร่วมของแกนนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลสำเร็จจากการวิจัยครั้งนี้เกิดจากการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของครอบครัว ชุมชนร่วมกันจัดกิจกรรมแก้ปัญหาในชุมชนทุกระดับอย่างต่อเนื่อง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนด้านงบประมาณสอดคล้องกับสภาพ ภูมิปัญญา (2557, น.147-152) ที่ศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าประชาชนวัยทำงานมีความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังสูง เพราะนิยมดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง แต่ในขณะที่เดียวกันชุมชนมีศักยภาพที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์เพื่อสร้างสรรค์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความหลากหลายของพืชสมุนไพรในครัวเรือนและชุมชนค่อนข้างมีความเข้มแข็ง ในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่ศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินรูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ รูปแบบการจัดกิจกรรมประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ กิจกรรมจัดทำแผนกลยุทธ์ การพัฒนาสุขภาพของชุมชน กิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพชุมชน ในการจัดสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ กิจกรรมสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพและกิจกรรมการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องรูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ศึกษา ผ่านเวทีการประชาคมและมีการประเมินรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญมีความเหมาะสมในระดับมากผลการประเมินจากรูปแบบกิจกรรมสร้างสรรค์ไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) และผลการตรวจระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปกติ 100 เปอร์เซ็นต์ และมีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.01) หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภคและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ทำให้ไม่มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้รูปแบบ พบว่าอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ผลการดำเนินกิจกรรมทำให้เกิดชุมชนและตำบลต้นแบบของการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ มีศูนย์การเรียนรู้และพัฒนาการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ในตำบล มีการขยายผลการนำรูปแบบไปใช้เพิ่มในชุมชนจำนวน 10 หมู่บ้าน ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของรูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ ได้แก่ ชุมชนมีความเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกลไกสนับสนุนในการดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล ตลอดจนกิจกรรมของรูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาที่บูรณาการกับการทำแผนงานขององค์กรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษาและภาคี

จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ก่อให้เกิดประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ในพื้นที่ดำเนินการวิจัย ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่นหากได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมในด้านการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพแล้วจะทำให้ปัญหาโรคเบาหวานในจังหวัดได้รับการแก้ไข บรรลุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

2. ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นเป็นอันดับสอง (0.422) เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นจะประสบผลสำเร็จได้นอกเหนือจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์สอดคล้องกับสัลย์ หัวใจศิลป์ (2553) กล่าวว่าการจัดการสุขภาพ หมายถึง

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสิ้นเชิงด้วยการออกกำลังกาย การโภชนาการ การพักผ่อนที่พอเพียง และการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ ซึ่งแต่ละบุคคลต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญคือ 1) แผนและตัวชี้วัด 2) วินัยตนเอง 3) วินัยกลุ่ม และ 4) กัลยาณมิตร โดยที่สิ่งที่สำคัญมากที่สุด คือวินัยตนเอง (Self Discipline) สอดคล้องกับกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556, น.2) ได้ให้แนวคิดการจัดการสุขภาพปัญหาสาธารณสุขทำให้เกิดปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม เศรษฐกิจ การเมือง (Non-behavioral Cause) เป็นต้น และสาเหตุมาจากพฤติกรรมโดยตรง (Behavioral Cause) เช่น พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งต้องดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ดังนั้นในการจัดการปัญหาโรคเบาหวาน หรือการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจึงต้องควบคุมปัจจัยดังที่กล่าวมา สอดคล้องกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560) ที่กล่าวถึงสาเหตุที่สำคัญของโรคเบาหวานหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ความอ้วน (ไม่ควบคุมอาหาร หรืออ้วนเกินไป) ขาดการออกกำลังกาย (อยู่อย่างสบาย) ไม่ควบคุมอารมณ์และความเครียด (เอาแต่ใจเกิน) การสูบบุหรี่ และดื่มสุราเป็นประจำ หรือ 3 อ. 2 ส. สอดคล้องกับคณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (2557, น.29) ได้กล่าวถึง แนวคิดในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นการปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย และออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีคือ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ควรทบทวนเป็นระยะเมื่อการควบคุมไม่เป็นไปตามเป้าหมายหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเพศและวัย และการดูแลด้านอารมณ์และความเครียด โดยแนวทางในการให้คำแนะนำการควบคุมอาหารเพื่อให้สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ สัดส่วนของสารอาหารได้สมดุลในปริมาณที่พอเหมาะเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต และน้ำหนักตัว รวมทั้งป้องกันโรคแทรกซ้อนปรับให้เหมาะสมกับแบบแผนการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล โดยอิงอาหารประจำวัน

ความชอบค่านิยมและความเคยชินและให้เห็นถึงประโยชน์และผลเสียของอาหารที่จะเลือกบริโภคโดยนำไปปรับเลือกเมนูในแต่ละวันได้อย่างพึงใจไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกบีบบังคับและสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่องสอดคล้องกับ คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (2557, น. 33-35) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อสุขภาพที่ดี และยังได้ประโยชน์ในการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต รวมทั้งน้ำหนักตัว นอกจากนี้ยังทำให้ผ่อนคลายลดความเครียดความกังวลได้ การมีกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน ทำสวน เดินอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาที เท่ากับการออกกำลังกายระดับเบาถึงระดับหนักปานกลางได้ ขึ้นกับการใช้แรงในแต่ละกิจกรรม ซึ่งวิธีการควรเหมาะสมกับเพศ และวัย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือวิธีอื่นใด สอดคล้องกับ ADA. (2009, p.S26) ที่กล่าวถึงระยะเวลาในการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์สอดคล้องกับ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558, น.14-15) ที่กล่าวถึงการจัดการความเครียดหมายถึงความสามารถในการป้องกันและจัดการความเครียดตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์รอบข้างด้วยการที่สามารถเลือกวิธีการจัดการความเครียดวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสมกับสุขภาพสมรรถภาพทางกายและวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน กิจกรรมบันเทิง (ดูหนังฟังเพลง) การนั่งสมาธิ การนวดไทย มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ทั้งในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือชุมชนอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายและป้องกันโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพได้ ซึ่งการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์จะส่งผลที่ดีต่อตนเองครอบครัวและสังคมในด้านการจัดการสุขภาพ ประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานนั้นมิงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ดังนี้

ทรรศนีย์ สิริวัฒนพรกุล นงนุช โอบะ และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสิมา (2550, น.63-65) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า การควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สอดคล้องกับศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554, น.107) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยด้านด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมี 4 ตัวแปร ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา

และการดูแลตนเอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีผลต่อประสิทธิผลการป้องกันและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สอดคล้องกับสมจิตร พรหมแพน (2557, น.117) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดมากที่สุด ได้แก่ การจัดการอารมณ์และความเครียด รองลงมาคือ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ตามลำดับสอดคล้องกับ เดวิดและคณะ (1996, อ้างถึงใน อรุณี ศรีนวล, 2548, น. 37) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แอฟริกัน-อเมริกัน อยู่ในเขตชุมชนเมือง โรงพยาบาลในท้องถิ่น ใช้หลักการกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย (Metabolic) ในการควบคุมได้ดีขึ้น ระดับ HbA1c ลดลง และสอดคล้องกับ โคคา ทูบา ทูเล และคณะ (2016, น. 46) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแอโรบิคต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนและหลังการรักษา ($p < 0.05$) สรุปได้ว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคแบบเข้มข้นสูง (ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ 4 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลานาน 45 นาที) มีผลในเชิงบวกต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียด มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรมีการพัฒนาปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นให้ป็นกลุ่มปกติต่อไป

3. ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลต่อโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เป็นอันดับที่สาม (0.390) เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จะประสบผลสำเร็จได้นอกจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอารมณ์และความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ

สำหรับโรคเบาหวาน (2557, น.21- 22) ได้กล่าวว่าการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานวิธีการดูแลรักษาโรคเบาหวานสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานได้ ผลลัพธ์ของการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง และเพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องมีความเชื่อสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่ง National Cancer Institute (2005, pp. 13 - 14) กล่าวถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเองและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Ajzen (1991, pp. 171 - 211) ได้กล่าวว่างค์ประกอบความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งร่วมกันส่งผลต่อความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม นอกจากนี้แล้วประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องมีภาวะอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสมจึงจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับศิริศักดิ์พรหมแพน (2554, น. 32) และจำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2545, น. 183) ได้กล่าวว่ามีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดไม่ดีในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเผชิญกับความเครียดเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากฮอร์โมนของร่างกายที่หลั่งออกมาเพื่อตอบสนองต่อความเครียด โดยฮอร์โมนบางชนิดมีส่วนไปต่อต้านการตอบสนองต่ออินซูลินทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคทางจิตเวชจะควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดี ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้บ่อย

มีงานวิจัยที่ศึกษาและพบว่าปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดังนี้

ศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554, น.107) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วยความรู้เรื่องเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และภาวะอารมณ์และความเครียด มีผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับ

สุริยา ภูย์หาว (2556, น. 157) ศึกษาารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าปัจจัยภาวะอารมณ์และความเครียดมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในจังหวัดบึงกาฬ สอดคล้องกับ สมจิตร พรหมแพน (2557, น. 117) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด การรับรู้ความสามารถของตน มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอารมณ์และความเครียดมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาปัจจัยด้านศักยภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นกลับกลายเป็นกลุ่มปกติมีสุขภาพที่ดีต่อไป

4. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

จากผลการวิจัยพบว่า ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นเป็นอันดับที่สี่ (0.389) รองจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัจจัยการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จะประสบผลสำเร็จได้นอกจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ และปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลแล้วยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมจากบุคคลในครอบครัว ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554, น.46 - 49) และสมจิตร พรหมแพน (2557, น. 37 - 44) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมได้ถูกนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ต่อมาได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่ผู้คนไปปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนไข้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ขยายออกไปอีกในแง่ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริม

สุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ส่วนการสร้างการมีส่วนร่วมนั้น ชัยณรงค์ สุระชัยปัญญา และคณะ (2545, น. 10 - 11) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมว่าเป็นการเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือกลุ่มบุคคลองค์กรในการร่วมคิดร่วมทำร่วมใช้ประโยชน์ เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาคืออย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งการออกแบบในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อหาวิธีที่เหมาะสม และการวางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่ขึ้นอยู่กับลักษณะการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล ตลอดจนความคาดหวังของสาธารณชนที่มีต่อกระบวนการหรือการพัฒนาขึ้น

มีงานวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดังนี้

จุฑามาศ ยอดเรือน (2549) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการประเมินระดับน้ำตาลก่อนและหลังการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองร่วมกับญาติ 3 กิจกรรม คือการจัดกิจกรรมที่ให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งกิจกรรมการควบคุมอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกายและการดูแลเท้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการตรวจพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยของญาติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับ กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ (2551, น. 84) ที่ศึกษาการปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ทีมสหวิชาชีพ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ในแต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นสอดคล้องกับ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2551, น. 72 - 73) ที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนศึกษาโครงการผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานว่าเป็นโรคเกิดจากกรรมพันธุ์ ความเสื่อมของร่างกาย เนื่องจากอายุมาก เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นโรคเรื้อรัง สังคมไม่รังเกียจ มีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ไม่รุนแรง แต่ถ้ารุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ

รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซ้ำรับประทานเอง หยุคยาเอง และมีภาวะเครียดสูง ผลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี 15 กลวิธี ประกอบด้วย 5 ส. จากฝ่ายพยาบาล ได้แก่ สัมผัสภาพ สื่อสารความรู้และทักษะ สิ่งแวดล้อม สมดุลด้านจิตใจและอารมณ์สนับสนุน และสืบสาน 5 ต. จากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ตระหนัก ตั้งใจ ตั้งต้น ตั้งสติ ต่อเนื่อง และ 5 อ. จากญาติผู้ป่วย ได้แก่ เอื้ออาทร อ่อนรสนชาติ ออกกำลังกาย ออกความคิดเห็น อุเบกขา ภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน มีการควบคุมชนิดและปริมาณอาหาร ได้ถูกต้องและต่อเนื่องดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ มีประสิทธิภาพขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ก่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เน้นความเป็นหุ้นส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล ภายใต้บรรยากาศของการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับศิริศักดิ์ พรมแพน (2554, น.108) พบว่าปัจจัยปัจจัยด้านสนับสนุนมี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับสมจิตร พรมแพน (2557, น. 117) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด สอดคล้องกับ เดวิด และคณะ (1996, อ้างถึงใน อรุณี ศรีนวล, 2548, น. 37) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แอฟริกัน-อเมริกัน อยู่ในเขตชุมชนเมือง โรงพยาบาลในท้องถิ่น ทำการศึกษาไปข้างหน้าระยะเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่ไม่ต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่ให้การดูแลขั้นปฐมภูมิโดยพยาบาล นักโภชนาการ ตัววัดผลคือ ระดับน้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ระดับน้ำตาลในพลาสมา และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องใช้ยาในการรักษาสามารถใช้หลักการกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย (Metabolic) ในการ

ควบคุมได้ดีขึ้น ระดับ HbA1c ลดลง ในการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมน้ำหนักได้กับผู้ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้และสอดคล้องกับ จูเลียนา และคณะ (Juliana, 2008) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่าร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และร้อยละ 3.6 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ 3 อย่าง คือ ความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แอลดีแอลคอเลสเตอรอล น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) น้อยกว่า 7% และจากการศึกษาพบว่า ในประเทศกำลังพัฒนา ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องเบาหวาน แพทย์รักษา และทีมที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและระบบสุขภาพ มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มป่วย และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ได้รับการสนับสนุนในการแก้ไขปัญหา กลับกลายเป็นกลุ่มปกติต่อไป

5.2.3 วัตถุประสงค์ข้อ 3 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

5.2.3.1 การสร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

การสร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกระบวนการสร้างรูปแบบพัฒนา 3 ขั้นตอน เริ่มจากการศึกษาสภาพของพื้นที่ในการวิจัย เป็นการศึกษาสภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น และศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ด้วยการศึกษาดูเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ข้อง และเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 613 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ที่ผ่านการวิเคราะห์ทางสถิติ มาสร้างรูปแบบพัฒนาด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แล้วจึงนำรูปแบบพัฒนาที่ได้ทำการยืนยันรูปแบบด้วยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง (Critical Incident Technique) ซึ่งเป็น

กระบวนการพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับแนวคิดของวโร เฟ็งสวัสต์ (2553, น. 1 - 15) ที่แบ่งการพัฒนารูปแบบออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และการตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบเป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยอาจใช้ศึกษารายกรณีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดีซึ่งผลการศึกษานำมาใช้ในการกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อย ๆ 3 ประการ คือ 1.1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย และ 1.2) การศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการได้หลายวิธี เช่น การศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น การศึกษารายกรณี (Case Study) หรือพหุกรณีหน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จ หรือมีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ และการศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นต้น 1.3) การจัดทำรูปแบบ โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้สารสนเทศที่ได้ในข้อ 1.1) และ 1.2) มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัยเพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ อย่างไรก็ตามในงานวิจัยบางเรื่องนอกจากจะศึกษาตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยยังอาจจะศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) หรือการสนทนากลุ่ม ในการพัฒนารูปแบบก็ได้ และ 2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบหรือการยืนยันรูปแบบเป็นการดำเนินการภายหลังที่ได้พัฒนารูปแบบในขั้นตอนแรกแล้ว จำเป็นที่จะต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ถึงแม้จะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎีแนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่นและผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่การเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงหรือทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริงจะช่วยให้ทราบอิทธิพลหรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปร

ต่างๆ ในรูปแบบผู้วิจัยอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่ามีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งนี้การทดสอบรูปแบบจำเป็นต้องอาศัยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพราะการทดสอบรูปแบบในบางเรื่องไม่สามารถกระทำได้โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยการประเมินค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ หรือการดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีการทางสถิติได้ เพราะงานวิจัยบางเรื่องนั้นต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการได้ตัวเลขแล้วสรุป ซึ่งสอดคล้องกับ Eisner (1976, pp. 192 - 193) ที่ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีแนวคิดดังนี้ 1) การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจะเน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะในประเด็นที่ถูกพิจารณาซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่างๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจรรณญาณของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน 2) รูปแบบการประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมิน โดยพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art Criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้งและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใดๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้น ทั้งนี้เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขาผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริงๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้งดังนั้นในวงการศึกษานิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ 3) รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคลคือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยให้ความเชื่อถือว่าผู้ทรงคุณวุฒินั้นเที่ยงธรรม และมีคุณพินิจที่ดีทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่างๆ นั้น จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั้นเอง และ 4) รูปแบบที่ยอมรับให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตามอรรถาธิบายและความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณาการบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูลการประมวลผลการวินิจฉัยข้อมูลตลอดจนวิธีการนำเสนอ ทั้งนี้จากผลการวิจัยในระยะที่ 2 ได้รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 ด้าน 14 ประเด็น และ 93 แนวทางการพัฒนาโดยเป็นการนำเอาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมา กำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มีจำนวน 4 ด้าน 14 ประเด็น และ 93 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้ 1) รูปแบบการพัฒนาด้านการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 3 ประเด็นคือ 1) การพัฒนาด้านการควบคุมอาหาร มี 10 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาด้านการออกกำลังกาย มี 7 กิจกรรมการพัฒนา และ 3) การพัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด มี 7 กิจกรรมการพัฒนา 2) รูปแบบการพัฒนาด้านศักยภาพของบุคคลมีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 4 ด้าน คือ 1) การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 5 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมี 6 กิจกรรมการพัฒนา 3) การพัฒนาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 3 กิจกรรมการพัฒนา และ 4) การพัฒนาด้านอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 6 กิจกรรมการพัฒนา 3) รูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 4 ด้าน คือ 1) การพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 4 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 7 กิจกรรมการพัฒนา 3) การพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมี 7 กิจกรรมการพัฒนา และ 4) การพัฒนาการได้รับการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมี 7 กิจกรรมการพัฒนา และ 4) รูปแบบการพัฒนาด้านการสนับสนุนทางสังคมมีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 3 ด้าน คือ 1) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 5 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 8 กิจกรรมการพัฒนา และ 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 11 กิจกรรมการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของศิริศักดิ์ พรหมแพน. (2554, น. 136) ที่พบว่าการพัฒนาแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 13 กิจกรรม ดังนี้ 1) ด้านการสนับสนุนทางสังคม 9 กิจกรรม ได้แก่ การจัดให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมออกกำลังกายและคลายความเครียดในคลินิกเบาหวาน การให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การจัดให้มีผู้จัดการเบาหวานและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข การเยี่ยมทาง

โทรศัพท์ การแจกกล่องยาเตือนใจ และกระเป๋าพยาบาล และการจัดระบบการให้บริการและสร้างศูนย์ความรู้ชุมชน สอดคล้องกับ ชลิดา ไชยศิริ (2554, น. 47 - 47) ที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยกลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงตนเองโดยใช้แบบประเมิน 6 ข้อ (1. อายุเกิน 35 ปี 2. ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน 3. ประวัติเป็นคนมีความดันโลหิตสูง 4. น้ำหนักตัวเกิน หมายถึง คำนวณมวลกายมากกว่า 25 kg/m^2 5. เอวเกินหมายถึงหญิงไม่เกิน 80 ซม. และ ชายไม่เกิน 90 ซม. 6. ประวัติการคลอดบุตรมีน้ำหนักเกิน 4 kg) เป็นการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักตนเองทุกสัปดาห์ รวมถึงจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันทุกเดือน 2) การสื่อสารเตือนภัย โดย อสม. แกนนำเกาะประชุมชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทุกสัปดาห์ เพื่อเตือนให้มีกิจกรรมทางกาย และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารต้องห้าม (หวาน มัน เค็ม) และส่งเสริมการรับประทานผัก ผลไม้พื้นบ้าน 3) โครงการ “วันนี้ขยับร่างกายกันเถอะ” ด้วยการค้นหาวิธีการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่กลุ่มเสี่ยงมีความถนัดหรือชอบ และให้จัดตั้งกลุ่มกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มเต้นแอโรบิก กลุ่มปั่นจักรยาน กลุ่มเดิน/วิ่ง กลุ่มเตะตระกร้อ และจัดให้มีการแข่งขันเพื่อหาที่สุดของการออกกำลังกายและการเรียนรู้สิ่งดี ๆ ซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแจกรางวัลทุกเดือน ทุก 3 เดือน 4) โครงการ “บุคคลต้นแบบ” โดยการจัดให้มีการประกวด 3 ครั้ง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ 5) ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ เพื่อใช้ปรุงอาหารเองในครอบครัวรวมถึงการเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัย (ฉลาดซื้อ) สอดคล้องกับ สุริยา ภูยี่หวา (2556, น. 204) ที่ศึกษารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมการอบรมเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ 3) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด 4) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องเจตคติต่อโรคเบาหวาน 5) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพ 6) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 7) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 8) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และ 9) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสอดคล้องกับสมจิตร์ พรหมแพน (2557, น. 141 - 142) ซึ่งศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมพลังจิตกับกลุ่มเป้าหมาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วม

ของครอบครัวและชุมชนมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ “คู่มือรู้ใจ ด้านภัยเบาหวาน” และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สัญจรในประเด็น “แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่เบาหวาน” 2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 1 กิจกรรม คือ การเยี่ยมบ้าน โดย ผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เครือข่ายมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนและนักจัดการเบาหวาน และ 3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสื่อนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่ความตระหนัก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 1 กิจกรรม คือ การแจกกระเป๋าผ้าสุขภาพดี และสอดคล้องกับ ใจเพชร กล้าจน (2558) ศึกษาวิจัยเรื่อง “จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ” นี้เป็นการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พบว่า

1) การแพทย์วิถีพุทธ เป็นการนำเอาจุดดีของการดูแลสุขภาพของแต่ละชาติพันธุ์ ได้แก่ วิทยาศาสตร์การดูแลสุขภาพทั้ง 4 แผน คือ แผนปัจจุบัน แผนไทย แผนทางเลือกและแผนพื้นบ้าน รวมกับหลัก 8 อ. เพื่อสุขภาพที่ดีของสถาบันบุญนิยม มาบริหารจัดการองค์ความรู้ประยุกต์ผสมผสานบูรณาการด้วยหลักธรรมของพุทธศาสนา และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันได้ เผยแพร่องค์ความรู้กระจายไปสู่บุคคล กลุ่มคนหรือหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ โดยมีจุดเด่นที่เน้นการสร้างสุขภาวะ แก่ใจหรือลดปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุ โดยใช้สิ่งที่ประหยัคที่สุดแต่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยวิธีที่เรียบง่าย ได้ผลรวดเร็ว สามารถพึ่งพาตนเองได้ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก ประยุกต์เข้ากับวิถีชีวิตได้ และมีความยั่งยืน โดยสามารถสร้างความเป็นพุทธะในคนไปพร้อม ๆ กับการเกื้อกูลมวลมนุษยชาติ ด้วยการสานพลังกับหมู่มิตรดีในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี เหมาะสมอย่างยิ่งกับการสร้างสุขภาวะ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ณ สภาพเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ย่ำแย่ในปัจจุบัน โดยสร้างความเป็นพุทธะในคนไปพร้อม ๆ กับการเกื้อกูลมวลมนุษยชาติ ด้วยการสานพลังกับหมู่มิตรดี สหายดี ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี แต่ละชาติพันธุ์สามารถพึ่งตนในการสร้างสุขภาวะ และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้เอื้อเพื่อเกื้อกูลให้ผู้อื่นได้สร้างสุขภาวะต่อไป เป็นการใช้วิธีการแนวชาติพันธุ์วรรณาในการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน เพื่อมวลมนุษยชาติ 2) รูปแบบจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธนานาชาติพันธุ์เพื่อมวลมนุษยชาติ จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธจะให้ความสำคัญกับเทคนิคการปรับสมดุลร้อนเย็น หรือเทคนิคการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์วิถีพุทธในอันดับแรก คือ เทคนิคข้อ 8 ใช้ธรรมะ ละบาป บำเพ็ญบุญกุศล ทำจิตใจให้ผ่องใส คบมิตรดี สร้างสังคมและ

สิ่งแวดล้อมที่ดี ในประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการเป็นจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธ อันดับแรก คือ การอยากช่วยผู้อื่นให้พ้นทุกข์ อยากทำความดี อยากส่งต่อสิ่งดี ๆ ในส่วนของ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ในการพึ่งตนและช่วยเหลือผู้อื่นให้มีสุขภาวะที่ดี ตามหลักการแพทย์วิถีพุทธ สิ่งสำคัญอันดับแรก คือ การปฏิบัติธรรม ลด ละ เลิกบาป บำเพ็ญกุศล ใจเมื่อกับาน ไร่กังวล 3) องค์ประกอบการพัฒนาการแพทย์วิถีพุทธมีทั้งสิ้น 11 องค์ประกอบ ซึ่งนำมาสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายขยายผลชุมชนจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธ ทั้งหมด 11 นโยบาย ประกอบด้วย 3.1) การรู้หรือพุทธะโดยตัวอย่างหรือตัวแบบด้วยกระบวนการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ใช้สิ่งที่ประหยัด เรียบง่าย ใกล้ตัวเป็นหลัก ทำเองได้ เพื่อดำรงชีวิตประจำวัน ช่วยสร้างศรัทธา พลังของหมู่มิตรดี สหายดี สังคมสิ่งแวดล้อมดี และพลังแห่งการเสียสละ เป็นการต่อยอดการเป็นจิตอาสา 3.2) หลักปฏิบัติหรือเทคนิคการปรับสมดุล 9 ข้อ (ยา 9 เม็ด) ทำให้อาการเจ็บป่วย ทูเลา 3.3) การใช้ธรรมะตามหลักพุทธศาสตร์ ปรับสมดุลร้อนเย็น ละบาป บำเพ็ญกุศล ทำจิตใจ ให้ผ่องใส ส่งผลต่อการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ 3.4) แพทย์วิถีธรรม เป็นศาสตร์ แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ 3.5) สังคมสิ่งแวดล้อมสถานที่ที่มีผลต่อสุขภาพกายใจที่ แข็งแรงและผาสุก 3.6) การสื่อสารผ่านออนไลน์และสิ่งพิมพ์ต่างๆ มีอิทธิพลต่อการเผยแพร่ ช่วยเหลือผู้คนและสร้างความเชื่อหรือศรัทธาในวิถีธรรมชาดี และแพทย์วิถีธรรม คือหน่วยงาน สุขภาพเพื่อคุณประโยชน์แก่พุทธศาสนิกชนเป็นสำคัญ 3.7) ชื่อ อาหารสูตร “หมอเขียว” ทำให้ สบาย เบากาย มีกำลัง ทูเลาอาการเจ็บป่วย 3.8) หมอที่ดีที่สุดในโลก คือ ตัวคุณเอง เป็นการ เรียนรู้เพื่อพึ่งตนให้พ้นทุกข์และช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น 3.9) คุณธรรมความกตัญญูตอบแทนคุณ ต่อหมอผู้เสียสละ ด้วยการให้ความรู้มาเสียสละและเกื้อกูลมนุษยชาติ 3.10) ความสุขคือ เป้าหมายของการแพทย์วิถีพุทธ 3.11) อาหารปรับสมดุลมังสวิรัตินิสชาติจิต ถูกใช้ประโยชน์ ตั้งแต่เริ่มต้นของผู้ป่วย และอาหารพืชผักหรือสีเขียวรสชาติทั่วไป มีคุณค่าต่อการทุเลาความ เจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าการรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา ประกอบด้วยการพัฒนาด้านศักยภาพบุคคลด้านการ สนับสนุนทางสังคมรวมถึงการให้บริการด้านสาธารณสุขซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่ม รูปแบบของการศึกษาที่ผ่านมา คือ รูปแบบการพัฒนาการบริหารจัดการของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีประเด็น การพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาการ ขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สุขภาพ และการพัฒนาการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้รูปแบบการพัฒนามีประสิทธิผล และประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.3.3.2 การยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ในภาพรวมมีความสอดคล้อง (Md. = 5.00, IQR. = 0.00) มีความเหมาะสมและเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด (Md.= 5.00) ร้อยละ 96.77 และอยู่ในระดับมาก (Md.= 4.50) ร้อยละ 3.23 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นที่สร้างขึ้นในระยะที่ 2 โดยอาศัยผลการวิจัยในระยะที่ 1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วผู้วิจัยได้ยกร่างเป็นรูปแบบการพัฒนาเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 13 คน วิชาภย์ ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมรูปแบบและประเด็นการพัฒนา แล้วผู้วิจัยจึงทำการสังเคราะห์รูปแบบขึ้นเป็นฉบับสมบูรณ์แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 คน ตรวจสอบยืนยัน โดยการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ พบว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในระดับที่มากที่สุด ร้อยละ 96.77 ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ 5 ด้านในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล, 2553) ซึ่งประกอบด้วย 1) นโยบายสาธารณสุขสร้างสุข 2) การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ 3) การพัฒนาศักยภาพ 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค และ 5) การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ และสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน NCD Plus (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559, น. 7, 19 - 36) ที่ประกอบด้วย 1) ทิศทางและนโยบาย 2)ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค) และ 6) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนจึงทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นต่อกิจกรรมการพัฒนาของรูปแบบอยู่ในระดับที่เหมาะสมและเป็นไปได้มากที่สุด (Md. =5.00) ร้อยละ 96.77 ซึ่งมีงานวิจัยที่มีการทดลองการใช้รูปแบบการพัฒนา ดังนี้

ศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554, น. 136) พบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 13 กิจกรรม ดังนี้ 1) ด้านการสนับสนุนทางสังคม 9 กิจกรรม ได้แก่ การจัดให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมออกกำลังกายและคลายความเครียดในคลินิกเบาหวาน การให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน การจัดให้มีนักจัดการ

เบาหวานและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข การเยี่ยมทางโทรศัพท์ การแจกกล่องยาเตือนใจ และกระเป๋ายาพาสุข และการจัดระบบการให้บริการและสร้างศูนย์ความรู้ชุมชน 2) ด้านบุคคล 2 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานและปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และกิจกรรมผ่อนคลายทางด้านอารมณ์และความเครียด และ 3) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2 กิจกรรม ได้แก่ การจัดอบรมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใส่ยา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการติดตามและประเมินผล พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังอดอาหาร น้ำตาลสะสมที่จับกับฮีโมโกลบิน คลอยเลสเทอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันเอสดีแอล ไขมันแอลดีแอล คัชนิมวลกาย และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังอดอาหาร น้ำตาลสะสมที่จับกับฮีโมโกลบิน คลอยเลสเทอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันเอสดีแอล ไขมันแอลดีแอล คัชนิมวลกาย และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม สรุปได้ว่ารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าวทำให้ประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น สอดคล้องกับชลิลา ไชยศิริ (2554, น. 82 - 88) สรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยชุมชน มีส่วนร่วมและประยุกต์ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงตนเอง โดยใช้แบบประเมิน 6 ข้อ (1. อายุเกิน 35 ปี 2. ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน 3. ประวัติเป็นคนมีความดันโลหิตสูง 4. น้ำหนักตัวเกิน หมายถึง คัชนิมวลกายมากกว่า 25 kg/m^2 5. เอวเกินหมายถึงหญิงไม่เกิน 80 ซม. และชายไม่เกิน 90 ซม. 6. ประวัติการคลอดบุตรมีน้ำหนักเกิน 4 kg) เป็นการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักตนเองทุกสัปดาห์ รวมถึงจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันทุกเดือน 2) การสื่อสารเตือนภัย โดย อสม. แกนนำเกาะประตูบ้านกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทุกสัปดาห์ เพื่อเตือนให้มีกิจกรรมทางกาย และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารต้องห้าม (หวาน มัน เค็ม) และส่งเสริมการรับประทานผัก ผลไม้พื้นบ้าน 3) โครงการ “วันนี้ขยับร่างกายกันเถอะ” ด้วยการค้นหาวิธีการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่กลุ่มเสี่ยงมีความถนัดหรือชอบ และให้จัดตั้งกลุ่มกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มเดินแอโรบิก กลุ่มปั่นจักรยาน กลุ่มเดิน/วิ่ง กลุ่มเตะตระกร้อ และจัดให้มีการแข่งขันเพื่อหาที่ดีที่สุด (The Best) ของการออกกำลังกายและการเรียนรู้สิ่งดี ๆ ซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแจกรางวัลทุกเดือน ทุก 3 เดือน 4) โครงการ “บุคคลต้นแบบ” โดยการจัดให้มีการประกวด 3 ครั้ง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่าง

สม่าเสมอ และ 5) ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ เพื่อใช้ปรุงอาหารเองในครอบครัวรวมถึง การเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัย (ฉลาดซื้อ) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือยืด ระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานได้ ภาครัฐควรสนับสนุนการดำเนิน โครงการที่บูรณาการด้าน การลดเสี่ยง ลดโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน สอดคล้องกับ สุริยา ภู่อีหาว (2556, น. 204 - 205) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าผลการประเมินรูปแบบการ พัฒนาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในจังหวัดบึง กาฬ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน 2) กิจกรรมการอบรมเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ 3) กิจกรรมการอบรมความรู้ เรื่องการผ่อนคลายความเครียด 4) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องเจตคติต่อโรคเบาหวาน 5) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพ 6) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน 7) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 8) กิจกรรม การอบรมความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และ 9) กิจกรรมการอบรม ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มี ความเชื่อด้านสุขภาพ มีการผ่อนคลายความเครียด มีเจตคติต่อโรคเบาหวานมีแรงจูงใจด้าน สุขภาพ มีความรู้เรื่องอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทาน มีความรู้เรื่องการใช้ยาสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และระดับน้ำตาล โดยรวมและดีขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับสมจิตร พรหมแพน (2557, น. 141 - 142) พบว่า การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ใน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมพลังจิตกับ กลุ่มเป้าหมาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ “คู่มือใจ ด้านภัยเบาหวาน” และการจัด กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่ผู้รู้ในประเด็น “แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่เบาหวาน” 2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 1 กิจกรรม คือ การเยี่ยมบ้าน โดย ผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เครื่องช่วยมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนและนักจัดการเบาหวาน และ 3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนา สื่อนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่ความตระหนัก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน

1 กิจกรรม คือ การแจกกระเป๋าผ้าพาสุขภาพดีพบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารระดับกลูโคสเดอโรลระดับไตรกลีเซอไรด์ระดับไขมันแอลดีแอลระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่า รูปแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดทำให้ประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น

ดังนั้นรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ที่ได้จากผลการวิจัยจึงเป็นรูปแบบพัฒนาที่ได้จากกระบวนการศึกษาอย่างเป็นระบบผ่านวิธีและขั้นตอนทางการวิจัยทุกประการ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา สมควรนำรูปแบบดังกล่าวไปปรับใช้ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นให้มีประสิทธิผล เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

5.3.1.1 จากผลของการวิจัยพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุ ด้านการจัดการสุขภาพได้แก่องค์ประกอบ อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการลดลงของระดับดัชนีมวลกาย และอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอวในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560 อยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยด้านศักยภาพของบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ องค์ประกอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอารมณ์และความเครียดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ องค์ประกอบ ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ องค์ประกอบควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรมีกระบวนการในการพัฒนา

ปัจจัยและองค์ประกอบดังกล่าวให้มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับที่ดีขึ้นไป

5.3.1.2 จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าอิทธิพลโดยรวมของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นมากที่สุดได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ ปัจจัยด้านศักยภาพของบุคคล และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ ดังนั้นจังหวัดขอนแก่นจึงควรมีการพัฒนาทั้ง 4 ปัจจัยดังกล่าวเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นมีประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไป

5.3.1.3 ข้อเสนอแนะแก่ภาครัฐ

- 1) ภาครัฐควรมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อย่างชัดเจนและจริงจัง
- 2) ภาครัฐควรออกกฎหมายการควบคุมปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน รวมถึงเครื่องดื่มประเภทที่ใช้ชงกับน้ำร้อนสำหรับดื่มไม่เกิน 2 ซองชา
- 3) ภาครัฐควรจัดให้มีหลักสูตรการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ในหลักสูตรการเรียนการสอนนักเรียนในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา เพื่อปลูกฝังการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม
- 4) ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นการจูงใจสำหรับบุคคลหมู่บ้าน หรือชุมชนที่มีผลการดำเนินงานในระดับดีเด่นในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อกระตุ้นให้ประชาชน และหมู่บ้านหรือชุมชนมีการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น
- 5) ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นการจูงใจสำหรับการไปศึกษาต่อของแพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถดูแลสุขภาพในครอบครัวและชุมชนเพิ่มขึ้น

5.3.1.4 ข้อเสนอแนะแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

- 1) ควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักจัดการระบบการป้องกันและควบคุมเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภออย่างน้อยหน่วยงานละ 1 คน

2) ควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ครอบคลุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และ รพ.สต. อย่างน้อยหน่วยงานละ 1 คน

3) ควรสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้มีแพทย์ลงไปทำงานในชุมชนได้เพิ่มขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อทำการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรศึกษาเพิ่มเติมตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ หลักการศีล 5 คำสอนของพระพุทธเจ้า ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวงรัชกาลที่ 9 รวมถึงการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่มีความประหยัดและปฏิบัติได้ง่าย รวมถึงการเพิ่มองค์ประกอบการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราในปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

5.3.2.2 ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่นๆ ในจังหวัดขอนแก่น

5.3.2.3 ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยนำรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นลงไปทดลองปฏิบัติในอำเภอขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. (2537). ความเครียด - คลายเครียด. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 25(1), 7 - 15.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด (พิมพ์ครั้งที่ 2).
นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). วัตรอบเอว วัดสุขภาพ. สืบค้นจาก <http://www.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/advisor/main.php?filename=070304>
- กรรณิการ์ คลื่นแก้ว. (2557). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยครอบครัว ชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560. (2560). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134 ตอนที่ 64 ก. หน้า. 12 - 13.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตและโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556 ก). 7 แนวคิด (Seven Concepts) การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556 ข). คู่มือการดำเนินงาน โครงการศูนย์เด็กเล็กนำอยู่สู่มืองไทยแข็งแรง. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556 ค). คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556 ง). บทเรียนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนที่ประสบความสำเร็จ. สืบค้นจาก https://www.google.co.th/search?dcr=0&ei=HUGeWv_IAcLwvGS4to6IDQ&q H07pe01Twh0
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558 ก). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับวัยทำงาน. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558 ข). คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558 ค) จำนวนและอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคที่สำคัญปี พ.ศ. 2537 - 2557. สืบค้นจาก http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559 ก). รายงานประจำปี 2558 ANNUAL REPORT 2015. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559 ข). คู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ *NCD Clinic Plus*. นนทบุรี : อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559 ค). *ร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)*. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/healthplan12.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560 ก). *จำนวนและอัตราโรคไม่ติดต่อประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2550-2558*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560 ข). *รายละเอียดตัวชี้วัดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระดับกระทรวงและการตรวจราชการ ปี 2560*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=12400&gid=18>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รูปแบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรีซ แรงสูงเนิน. (2554). *การวิเคราะห์ปัจจัยด้วย SPSS และ AMOS เพื่อปัจจัย*. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- กฤษณผล จันทรพรหม. (2548). *การศึกษารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *ประเด็นสารณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2559*. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารณรงค์วันเบาหวานโลก_ปี_2559.pdf
- กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ. (2551). *การปรับปรุงแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กัญญา สุขะมิ่ง. (2551). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันตา เพิ่มผล. (2541). *การพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน*. กรุงเทพฯ : สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.
- กันยา สุวรรณแสง. (2532). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ : รวมสาส์น.
- กันยา สุวรรณแสง. (2537). *แนวคิดหลักการทางพฤติกรรมศาสตร์ ทฤษฎี การวิจัยและประยุกต์ใช้วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 1(1), 17 - 20.
- กันยา สุวรรณแสง. (2538). *จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา.

- กิติกร มีทรัพย์. (2541). งานวิจัยสุขภาพจิตเชิงวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น : ความสุขจากการพนัน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 5(1), 56 - 75.
- กิติมา ปรีดีดีล. (2545). *ทฤษฎีการจัดการองค์การ*. กรุงเทพฯ : ประสานมิตร.
- กุลธิดา พานิชกุล และ อติพร สำราญบัว. (2556). การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม (Transtheoretical Model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 19 (1), 66 - 76.
- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2546). *การศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นอีสาน*. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. (2559). *HDC – Report การคัดกรองเบาหวานในประชากรไทย อายุ 35 ปีขึ้นไป เขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2558*. สืบค้นจาก http://122.154.157.75/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd_screen.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=150edaa99ecbe538378b8150e0776763 2559.
- เขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. (2560). *ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559*. สืบค้นจาก http://kkhdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/screen_risk.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=323a75335033c5976566d99f5ad53b33
- คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557*. กรุงเทพฯ : อรุณ.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2526). การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. ใน *ประมวลบทความทางวิชาการที่บรรยายในโอกาสต่าง ๆ ภายในประเทศ พ.ศ. 2511 - 2526*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2538). *จิตวิทยาทั่วไป*. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จำลอง ดิษขณิข และพริ้มเพรา ดิษขณิข. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ*. เชียงใหม่ : แสดงศิลป์.
- จุฑามาส ยอดเรือน. (2549). *การมีส่วนร่วมของญาติในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารณย์ โสตะ. (2546). *กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.

- ใจเพชร กล้าจน. (2553). ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่านาบุญอำเภอคอนสาร จังหวัดมุกดาหาร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ใจเพชร กล้าจน. (2558 ก). การแพทย์วิถีพุทธกับสุขภาพของมวลมนุษยชาติ *Buddhist Medicine and Health of Humankind*. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 8(2), 298 - 302.
- ใจเพชร กล้าจน. (2558 ข). จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). สุรินทร์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- ใจเพชร กล้าจน. (2560). *ถอดรหัสสุขภาพเล่ม 3 “มาเป็นหมอดูแลตัวเองกันเถอะ”* (พิมพ์ครั้งที่ 23). กรุงเทพฯ : อุกาการพิมพ์.
- เฉลิมพล ต้นสกุล และจิรัชศักดิ์ เจริญพันธ์. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ *Health behavior*. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์.
- ชนกนารถ ชื่นเชย. (2550). รูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาคุณวุฒิปบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชนากานต์ แสงสิงห์ชัย. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ที่มีบริการที่โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน. (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลิดา ไชยศิริ. (2554). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยกลยุทธ์ตลาดเพื่อสังคม จังหวัดมหาสารคาม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ชัชลิต รัตตสาร. (2560). *การระบาดของโรคเบาหวาน และผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย*. สืบค้นจาก http://www.dmthai.org/sites/default/files/briefingbook_38.pdf
- ชัยณรงค์ สุระชัยปัญญา. (2545). การพัฒนากระบวนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยความร่วมมือร่วมของชุมชน : กรณีศึกษานบ้านวังไทร ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. เลย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
- ชัยงค์ พรหมวงศ์. (2532). *เอกสารการสอนชุดวิชาเทคโนโลยีการศึกษาและสื่อสารการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 13). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชัยเสถียร พรหมศรี. (2551). *คู่มือองค์การแห่งความเป็นเลิศ*. กรุงเทพฯ : ปัญญาชน.

- ชิดชไม พยาน้อย. (2546). การลดความเครียดของผู้ป่วยแผลใหม่ ด้วยการฝึกผ่อนคลาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชูชัย ศรีธานี. (2550). แนวทางเวชปฏิบัติ โครงการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี : ศรีเมือง.
- ชูชีพ โพชะจา. (2550). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน. (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2553). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณัฐยานัน ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ. (2551). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารพยาบาลโรงพยาบาลรามารชิบตี, 14(3), 298.
- ณิชาธิย์ ใจคำวัง. (2558). พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 3(2), 173 - 184.
- ดวงสมร นิลदानนท์. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ถนัด จ่ากลาง, สัญญา เคนาภูมิและทรงศักดิ์ จีระสมบัติ. (2559). การบริหารการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ The Development Administration of the village of Health Behavioral Modification. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, 16 (1), 163 - 194.
- ทรงศักดิ์ จีระสมบัติ. (2559). เอกสารประกอบการบรรยายวิชาสัมมนาการบริหารการพัฒนาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ทรรศนีย์ สิริวัฒนพรกุล นงนุช โอบะ และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสิมา. 2550. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยนเรศวร, 1(2), 57 - 67.
- ทิตยา สุวรรณชญ (2517). สังคมวิทยาในวิทยาศาสตร์สังคม. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- ทิพย์ศุภางค์ สุวรรณศร. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง*. (การค้นคว้าแบบอิสระ. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพารัตน์ คงนาวัง และจุฬารัตน์ โสตะ. (2557). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(2), 33 - 42.
- ทิสนา เขมมณี. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เจ้าพระยา.
- ทิสนา เขมมณี. (2554). *ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิสนา เขมมณี. (ม.ป.ป.). *การพัฒนาการวิจัยโดยใช้รูปแบบ*. สืบค้นจาก <http://www.watpon.com/boonchom/development.pdf>
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2548). *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2537). *การบริหารงานบุคคล* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2543). *หลักการจัดการ*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2546). *การจัดการทรัพยากรมนุษย์*. กรุงเทพฯ : บริษัท ประชุมช่าง จำกัด.
- นงลักษณ์ เทศนา. (2558). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง*. สืบค้นจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4264?show=full>
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *การวิเคราะห์อภิมาน*. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลอนงค์ ศรีสุกไสย. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอป่าโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(2), 60 - 69.
- นัยนา ชนะ นที เกื้อกูลกิจการ และแสงอรุณ อิศระมาลัย (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะพฤติกรรมของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34 (1), 25 - 40.

- นิภา แสนโยธา, รัชญา จันทรโทและกาญจนา มารศรี. (2550). ผลการออกกำลังกายด้วยวิธีโยคะร่วมกับรำไม้พลองต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และต่อระดับไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์. นครราชสีมา : สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา.
- นิยม จันทรเนม สุกัญญา กุลแก้ว และพงศ์เทพ สุธีรารุติ (2558). ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพต่อการลดน้ำหนักของเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ มาตรฐาน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สืบค้นจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4380?locale-attribute=th>
- นุชรี อาบสุวรรณ. (2558). ประเด็นสารธรรมจวันเบาหวานโลกปี 2558 (ปีงบประมาณ 2559) สำนักโรคไม่ติดต่อ. สืบค้นจาก [www.thaincd.com/document /.../ประเด็นสารวันเบาหวานโลก2558.doc](http://www.thaincd.com/document/.../ประเด็นสารวันเบาหวานโลก2558.doc)
- นุศรา บุญทศ. (2556). การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจาย อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เนตร์พัฒนา ยาวีราช. (2550). การจัดการสมัยใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เซ็นทรัลเอ็กซ์เพรส. บงกช สุภวิทย์กุล และคณะ. (2548). โครงการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในตำบลแม่ไร่และเทศบาลตำบลจันทวี อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2559). การพัฒนาการวิจัยโดยใช้รูปแบบ. สืบค้นจาก https://www.kroobannok.com/news_file/p61238851032.pdf
- บุญมี แก้วจัน. (2551). ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย. สุขภาพภาคประชาชน, 3(5), 33.
- บุญส่ง หาญพานิช. (2546). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นุปฟา อาศรัยราช. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปกาดา ชมพูนิตย. (2557). รูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). อุดรดิตถ์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์.
- ประคองลักษณ์ จ่ากลาง. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาทรณสุขจังหวัดขอนแก่น, 26(30), 27 - 33.
- ประภาพรรณ โคมหอม. (2554). รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนคู. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (25345). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยา.
- ประสาท อิศรปริษา. (2538). สารัตถะจิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : เจริญพานิช.
- ประเสริฐ สมพงษ์ธรรม. (2538). การวิเคราะห์ภาวะผู้นำของศึกษาธิการจังหวัดที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพองค์กรสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประอรทิพย์ สุทธิสาร. (2550). ภาวะซึมเศร้าและบริบทของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองคาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์ และคณะ. (2537). วิธีวิทยาศึกษาสังคมไทย วิธีใหม่แห่งการพัฒนา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เอ็ดดิสัน เพรสโปรดักส์.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2535). การจัดการงานวิชาการ. กรุงเทพฯ : สหมิตรออฟเซ็ท.
- ปัทมา สุพรรณกุล และพัชรี ศรีทอง. (2558). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 21(1), 95 - 109.

- เปรมสุริย์ เชื้อมทอง. (2536). *จิตลักษณะของผู้บริหารและสถานะของกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของโรงเรียน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ผ่องพรรณ มุริกันนท์. (2557). *รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดร้อยเอ็ด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 “Kick off to the goal” NCD Global Target 9*. นนทบุรี : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- พรจันทร์ พรศักดิ์กุล. (2550). *รูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณแบบใช้โรงเรียนเป็นฐานในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรพิมล พันทะสา. (2557). *ผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านตาลนึ่งอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 124. ตอนที่ 16 ก 1. หน้า 1-17.
- พัทธา สายหู. (2515). *การพัฒนาสังคม. ใน อมร รักษาสัตย์ และชัตติยา วรรณสุด (บรรณาธิการ) ทฤษฎีและแนวความคิดในการพัฒนาประเทศ*. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การขายและการซื้อแห่งประเทศไทย.
- พิรดา มาลาม. (2560). *การพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 24*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- พุทธิดา จันทร์ดอนแดง. (2556). *การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เพชรรัตน์ เกิดดอกแฝก และคณะ. (2553). *การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็นเบาหวาน*. *Rama Nurs J*, 16 (2), 169 - 184.

- ไพรัช ปัญญาคง. (2550). *กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภาวดี อนันต์นาวิ. (2551). *หลักการ แนวคิด ทฤษฎี ทางการจัดการการศึกษา*. ชลบุรี : มนตรี.
- ภาวณา กীরติขุวงศ์. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนคติสำหรับการดูแล*. ชลบุรี : พี.เพรส.
- มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี. (2552). *Human Behavior and Self Development*. สืบค้นจาก http://hbdkru.blogspot.com/2009/10/1_30.html
- มานี ชูไทย. (2523). *วิชาการสุศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ : เจริญผล.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2526). *หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท*. กรุงเทพฯ : ส.ส.น.ไทย
อนุเคราะห์ไทย.
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2544). *การประเมินโครงการ : แนวคิดและแนวปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสรรค์ สิงห์เลิศ. (2558). *ระเบียบวิธีวิจัยและการใช้สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์*.
มหาสารคาม : ทริปเฟลด์ กรุ๊ป จำกัด.
- รัชณีกลิ่นศรีสุข. (2540). *พฤติกรรมและการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน*. (วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล
- รัตนะ บัวสนธ์. (2552). *การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการศึกษา*. กรุงเทพฯ : คำสมัย.
- รัศมี ลือฉาย. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอร่องคำ
จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 2(3), 123 - 134.*
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542*. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คพลิเคชันส์.
- รุ่ง แก้วแดง และชัยณรงค์ สุวรรณสาร. (2536). *แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผลและประสิทธิภาพองค์การ*.
ใน *ประมวลสารชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารการศึกษาหน่วยที่ 9-12*. นนทบุรี :
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- รุ่งทิภา มุกดาสนิท. (2547). *ผลการให้โภชนศาสตร์ต่อการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลกรุงเทพ. (2560). *โรคแทรกซ้อนในผู้เป็นเบาหวานมีอะไรบ้าง*. สืบค้นจาก <https://www.bangkokpattayahospital.com/th/healthcare-services-th/dm-and-endocrinology-center-th/item/1291-diabetes-8-th.html>
- ลักขณา ศรีวัฒน์. (2544). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

- ถาวรรัตน์ ห้วยหงษ์ทอง. (2552). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลำทหาร ตำบลบ้านเก่า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ลำยอง ทับทิมศรี. (2541). *ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลือชัย ศรีเงินขวง และคณะ. (2544). *การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว/ชุมชน. รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสาระบัญญัติ* ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี : [ม.ป.พ.].
- วนิดา ส่างหุ้ยนาง. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณารถ แสงมณี. (2544). *องค์การและการจัดการองค์การ*. กรุงเทพฯ : ระเบียบทองการพิมพ์.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา และ ฉิษานากู สอนภักดี. (2557). *พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6 (3), 163 - 170.
- วราลี วงศ์ศรีชา และ อรสา กงตาล (2544). *ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม*. *Khon Kaen University 2012, Graduate Research Conference. MMP8*, 3(2), 759 – 765.
- วาโร เพิ่งสวัสดิ์. (2553). *การวิจัยพัฒนารูปแบบ*. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 2(4), 1 - 5.
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2559) *จังหวัดขอนแก่น*. สืบค้นจาก <https://th.wikipedia.org/wiki/จังหวัดขอนแก่น>.
- วิทยา ด้านธำรงกุล. (2546). *การบริหาร*. กรุงเทพฯ : เชิร์ดเวฟ เอ็ดดูเคชั่น จำกัด.
- วิทยากร เชียงกุล. (2527). *การพัฒนาเศรษฐกิจสังคมไทย : บทวิเคราะห์*. กรุงเทพฯ : ฉบับกระแส.
- วิทยากร เชียงกุล. (2540). *พจนานุกรมศัพท์เศรษฐกิจ*. กรุงเทพฯ : มติชน.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ. (2551). *รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(1), 72 - 73.

- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2552). การบริหารจัดการของหน่วยงานของรัฐ : การวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัด
Management Administration of State Agencies: Comparative Analysis of. สืบค้นจาก
<http://mgmtsci.stou.ac.th/downloads/การบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐ.pdf>
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2553). เทคนิคการสร้างและการผสมผสานกรอบแนวคิดทางวิชาการ. สืบค้นจาก
<http://mgmtsci.stou.ac.th/downloads/เทคนิคการสร้างและผสมผสาน..pdf>
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2560). ความหมายของการพัฒนา คำที่มีความหมาย ใกล้เคียง และ แนวคิด
 พื้นฐานของการพัฒนา. สืบค้นจาก <http://mgmtsci.stou.ac.th/downloads/ความหมายของการพัฒนา.pdf>
- วิรัช สงวนวงษ์วาน. (2550). การจัดการและพฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ : เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่น
 อินโดไชน่า.
- วิโรจน์ สารรัตนะ. (2547). การจัดการ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร และคณะ. (2545). การควบคุมระดับน้ำตาลด้านตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิด
 ไม่พึ่งอินซูลิน. *เวชเวชสาร*, 46(2), 125 - 132.
- วิสุทธิ์ วิจิตรพัชรภรณ์. (2547). การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจใน สถานศึกษา
 ขึ้นพื้นฐานตามแนวทางพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
 ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรัณยา เพิ่มศิลป์ และ รุจิรา ดวงสงค์. (2554). ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ
 ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
 เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น.
วารสารวิจัย มข. (บศ.), 11(4), 89 - 100.
- ศัลย์ หัวใจศิลป์. (2553). ขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขั้นตอนไหนสำคัญที่สุดเพราะอะไร.
 สืบค้นจาก http://visitdrsant.blogspot.com/2010/08/blog-post_30.html
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2545). ทฤษฎีองค์การ. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2552). การบริหารตลาดยุคใหม่ฉบับปรับปรุงใหม่ปี 2552. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.
- ศิริศักดิ์ พรหมแพน. (2554). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏ
 มหาสารคาม.
- สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข. (2538). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1. กรุงเทพฯ :
 สามเจริญ.

- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. (2552). *การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ*. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สนอง อุณาภุค. (2545). *คู่มือโรคเบาหวาน* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : เลียงเชียง.
- สนานจิตร สุคนธ์ทรัพย์. (2544). *กระบวนการวางแผน*. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2542). *พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง*. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา (หน่วยที่ 1-7)* (พิมพ์ครั้งที่ 16). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สมจิตร พรหมแพน. (2557). *รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในจังหวัดกาฬสินธุ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สมใจ จางวาง เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนา. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3 (1), 110 - 128.
- สมบูรณ์ ศิริสรหรือ. (2547). *การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมยศ นาวิการ. (2546). *การจัดการและพฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพฯ : บรรณกิจ.
- สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์. (2558). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน*. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(2), 10 - 22.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสนธิ. (2534). *เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติวิจัยและการประเมินผลการศึกษา ชุดปรับปรุง หน่วยที่ 9 - 15*. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สัญญา เคนาภูมิ และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. (2557). *ระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์ THE PUBLIC ADMINISTRATION RESEARCH METHODOLOGY*. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2556). *การสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยและการสร้างกลยุทธ์จากฐานการวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์*. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2557 ก). *รูปแบบการเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยทางการบริหารจัดการ*. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 8 (3), 33 - 42.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2557 ข). *การสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณทางรัฐประศาสนศาสตร์จากการทบทวนวรรณกรรม*. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 2(1), 1 - 22.

- สัญญา เคนาภูมิ. (2557 ค). การสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์โดยการคิดเชิงเหตุผล. *ราชภัฏเพชรบูรณ์สารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์*, 16 (1), 1 - 19.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2557 ง). ขอบข่ายของการวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์. *วารสารวิจัยราชภัฏชัยภูมิ*, 2(2), 126 - 132.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2558). การสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้ทฤษฎีจากฐานราก The Research Conceptual Framework Establishment by the Grounded Theory. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 10(3), 93 - 103.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2560). *แนวคิดและทฤษฎีทางรัฐประศาสนศาสตร์ PUBLIC ADMINISTRATION CONCEPT AND THEOROES*. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2526). *การพัฒนาชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ* สืบค้นจาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)*. สืบค้นจาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2559/A/115/1.PDF>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ. (2550). *แนวความคิดเกี่ยวกับการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม*. สืบค้นจาก http://www.opdc.go.th/special.php?spc_id=3&content_id=301
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ. (2552). *คู่มือการจัดระดับการกำกับดูแลองค์การภาครัฐตามหลักธรรมาภิบาล ของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance Rating)*. กรุงเทพฯ : พรีเมียร์ โพร จำกัด.
- สำนักงานควบคุมโรคที่ 6. (2551). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ*. ขอนแก่น : คลังนานา.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. สืบค้นจาก <http://www.royin.go.th/dictionary/>.
- สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7. (2559). *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ถ่ายทอดนโยบายสู่การขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพวิทยากรที่เลี้ยง ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 7 ประจำปีงบประมาณ 2559*. ขอนแก่น : สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพขอนแก่น.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2559). *สรุปผลการนิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559*. ขอนแก่น : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ : บริษัทศรีเมือง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ : หจก.อรุณ.
- สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรค เบาหวาน (E10-E14) ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ.2550 - 2557 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ*. สืบค้นจาก http://203.157.10.8/hcode_2014/query_set.php?p=2
- สุชา จันทร์เอม. (2529). *จิตวิทยาวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชา จันทร์เอม. (2535). *จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคณะ. (2551). *แบบจำลองสมการโครงสร้าง*. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- สุทาทิพย์ สกุลชีพัฒนา. (2536). *จิตวิทยาทั่วไป*. บุรีรัมย์ : คณะวิชาครุศาสตร์มหาวิทยาลัยอีสานใต้.
- สุเทพ สุนทรเกตุ. (2540). *ทฤษฎีสังคมวิทยาร่วมสมัย พื้นฐานแนวคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*. เชียงใหม่ : โกลบอลวิชั่น จำกัด.
- สุนทรพจน์ คำรงค์พานิช. (2555). *โปรแกรม Mplus กับการวิเคราะห์ข้อมูลทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุนทรี จินดามัย. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองและติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต). นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- สุนันทา เป็รื่องธรรมกุล. (2550). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุง จังหวัดเลย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). เลย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ และคณะ. (2547). *โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน*. กรุงเทพฯ : คัลเลอร์ ฮาโมนี.

- สุขบงกช จามิกร. (2526). *สถิติวิเคราะห์สำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุปราณี ผลชีวิน (2530). *อยู่อย่างไรจึงไม่เครียด*. กรุงเทพฯ : ครูสภา.
- สุพัฒน์ สมจิตรสกุล และคณะ. (2544). *การพัฒนาระบบการให้บริการใน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล ปาปาก จังหวัดนครพนม*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุกมาศ อังสุโชติ และคณะ. (2551). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ : เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL*. กรุงเทพฯ : เจริญดีมั่งคั่ง.
- สุกมาศ อังสุโชติ สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชนิภา ภิญโญภาณุวัฒน์. (2554). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ : เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ : เจริญดีมั่นคง.
- สุรัสวดี ราชกุลชัย. (2547). *การวางแผนและการควบคุมทางการบริหาร*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริยา ภู่อีหาว (2556). *รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สุวรรณ ถาวรรุ่งโรจน์. (2554). *ตัวบ่งชี้และช่วงของค่าที่ใช้บ่งชี้โรคอ้วน*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 29(2), 142 – 148.
- สุวรรณ อนุสันติ. (2546). *บริหารความเครียด = Stress management*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ชัย ทองกุล. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2549). “แบบตรวจสอบรายการประเมิน : วิธีวิทยาและเครื่องมือประเมิน” ใน *สุวิมล ว่องวานิช (บรรณาธิการ) การประเมินอภิमान : วิธีวิทยาและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสถียรพงษ์ ศิวินา. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม : สถาบันราชภัฏมหาสารคาม.
- เสริน ปุณณะหิตานนท์. (2537). *พฤติกรรมศาสตร์ : มุมมองของนักสังคมวิทยา*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 1(1), 22 - 50.

- เสรี ชัดเข้ม. (2538). *แบบจำลอง*. มหาสารคาม : สถาบันราชภัฏมหาสารคาม.
- เสียงสวรรค์ ทิพย์รักษ์. (2549). *การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตำบล
ลำนารายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต).
ลพบุรี : มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- แสงเข อุพระรัมย์. (2556). *การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 : บ้าน โกรกประดู่ หมู่ที่ 6 ตำบล โคกกลาง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์*. (วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- อโณทัย เหล่าเที่ยง. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลฮอด
จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)*. เชียงใหม่ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมร รักษาสัตย์และจัตติยา วรรณสุด (บรรณาธิการ). (2515). *ทฤษฎีและแนวความคิดในการพัฒนา
ประเทศ*. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การขายและการซื้อแห่งประเทศไทย.
- อรทัย ก๊กผล (2552). *คู่มือ คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับผู้บริหารท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ :
จรัญสنيทวงศ์. สืบค้นจาก <http://www.mfu.ac.th/nremc/gallery> *คู่มือ %20 สร้างการมีส่วน
ร่วม%20ปชช..pdf*
- อรุณ รักธรรม. (2546). *ทฤษฎีบริหารองค์การสมัยใหม่*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- อรุณีย์ ศรีนวล. (2548). *การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของ
ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อลิสรา ศิริเวชสุนทร. (2555). *แนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศิลปากร.
- อัญชลี ศิริพิยากมคุณกิจ. (2548). *สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. รายงานสำรวจทาง ระบาดวิทยา
ประจำสัปดาห์*, 36 (47). 145 - 150.
- อัมพร พงษ์กั้งสนานันท์. (2550). *การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษา
ขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาคุณวุฒิปริญญา
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อาภรณ์ อ่อนคง. (2556). *ประสิทธิผล (Effectiveness)*. สืบค้นจาก <http://aporn123.blogspot.com/>
2013/06/blog-post_28.html #!/2013/06/blog-post_28.html

- อุทัย หิรัญโต. (2526). *สารานุกรมศัพท์สังคมวิทยา - มนุษยวิทยา*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- อุทุมพร จามรมาน. (2541). โมเดลคืออะไร. *วารสารวิชาการ*, 2(4), 22 - 25.
- เอชโอฟัส. (2017). *เด็กรุ่นใหม่ คกก.สุขภาพครบทุกอำเภอ ภายในปี 2561 หลังขยายผล 200 อำเภอ ในปี 60*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2017/07/14199>.
- เอี่ยมจิต พานทองวิริกุล. (2560). *รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะผู้นำเชิงสร้างสรรค์ของพยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ADA. (2009). Standards of Medical Care in Diabetes-2009 Standards of Medical Care. *DIABETES CARE*, 32 (1), S5-S61.
- ADA. (2010). Position statement. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2010, 33 (1), 62 - 69.
- ADA. (2013). Standards of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care*, 36 (1), 11 - 66.
- ADA. (2014). Standards of Medical Care in Diabetes-2014. *Diabetes Care*, 37 (1), 24 – 80.
- ADA. (2015). Standards of Medical Care in Diabetes-2015. *Diabetes Care*, 38(1), 1 - 93.
- ADA. (2015). Standards of Medical Care in Diabetes-2015 Abridged for Primary Care Providers. *Abridged standards of care*, 32(2), 97 - 113.
- ADA. (2016). Standards of Medical Care in Diabetes-2016. *Diabetes Care*, 39(1), 1 - 112.
- ADA. (2017). Standards of Medical Care in Diabetes-2017. *Diabetes Care*, 40(1), 1 - 128.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Decision Processes*, 50(1), 179 - 211.
- Ajzen, I. (2016). *From Intention to action : The theory of planned behavior*. From <http://www.duluth.umn.edu/~kgilbert/educ5165-31/Readings/Theory%20of%20Planned%20Behavior-%20Ajzen.pdf>
- Allen, R. and Santrock, J. W. (1993). *Psychology : The Contexts of Behavior*. USA. : Wm. C. Brown Communication.
- Almeida F. (2014). Self-care : Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157 - 163.
- Anderson, J.C. and Gerbing, D.W. (1988). Structural Equation Modeling in Practice : A Review and Recommended. *Two-Step Approach*, 103 (3), 411 - 423.
- Batten, T.R. (1959). *Community and Their Development*. London : Oxford University Press.

- Becker, M. H. (1974). A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low - Income Populations. *Explaining Sick-Role Behavior AJPH*, 64(3), 205 -216.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief model and Sick role Behavior*. In Becker, M. H. (Ed.), *The Health Belief Model, and Personal Health Behavior*. New York : Charles
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey : Chales B. Slack.
- Bertalanffy. (1968). *General System Theory Foundations, Development, Applications*. New York : George Braziller, Inc.
- Brown, W.B. and Moberg, D. J. (1980). *Organization Theory and Management : A Macro Approach*. New York : John Wiley and Sons.
- Cambridge, D. (2016). *Meaning of "health" in the English Dictionary*. from <https://www.cambridge.org/core/books/the-cambridge-dictionary-of-english-grammar/CE0A0355C932DAB20A4B48B88CC67BD9>.
- Cambridge, D. (2016). *Retrieved February 5, 2016*, from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/development>
- Chou, C. P. and Bentler, P. M. (1995). Estimates and tests in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling : Concepts, issues, and applications*, 2(3), 37 – 55.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderated of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (1), 300 - 314.
- Conner, M. (2002). *Health Behaviors*. University of Leeds UK. from <http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/foalien/conner2002.pdf>
- Conner, M. and Norman, P. (1996). *Predicting Health Behaviour*. Buckingham, UK : Open University Press.
- Cronbach, L.J. (1970). *Essentials of Phychological Testing*. New York : Harper and Row.
- Dessler, G. (2004). *Management, principles and practices for tomorrow's leaders*. New Jersey : Pearson Education.
- Draft, R. L. (2003). *Management* (6th ed.). Australia : Thomson South-Western.
- Dubrin, A.J. (1994). *Essentials of management*. New York, NY : South-Western College.

- Eisner, E. (1976). "Education Connoisseurship and Criticism: Their Form and Functions in Educational Evaluation," *Journal of Aesthetic Education*, 10(4), 135 - 150.
- Evans, J M, et. al. (2000). Socio-economic status, obesity and prevalence of type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med J Br DiabetAssoc*, 17, 478 – 480.
- Farlex Partner Medical Dictionary. (2012). *Health behavior*. from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+behavior>
- Festinger and Katz, D. (1964). *Research Methods in the Behavioral Science*. New York : Holt, Rinehart and Winston.
- Fowler, M.J. (2008). Microvascular and Macrovascular Complications of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 26(2), 77 - 82.
- Gary, D, (2004). *Management, principles and practices for tomorrow's leaders*. New Jersey : Pearson Education.
- Georgopoulos, B.S. and Tannenbaum, A.S. (1975). The Study of Organizational Effectiveness. *American Sociological Review*, 2(1), 289 - 304.
- Gibson, J.H., John, M.I. and James H.D. (1982). *Organizations : Behavior structure and Processes* (4th ed.), Austin. TX : Business Publications.
- Gochman, D. S. (1997). *Handbook of Health Behavior Research*. New York : Plenum.
- Hartley, H.J. (1968). *Educational planning-programming-budgeting, a systems approach*. New York : Prentice-Hall.
- Health and Welfare Canada. (1986). *Achieving health For all: A framework for health Promotion*. Ottawa : Minister of Supply and Service Canada. Henderson, V.1966 *The nature of Nursing*. New York : Macmilan.
- Heinz, W. and Koontz, H. (2004). *Management : A Global Perspective* (11th ed.). New York : McGraw-Hill College.
- Hellriegel, D.J., and Slocum, W.J. (1989). *Management* (5th ed.). New York : Addison - Wesley.
- Herzberg, F. (1959). *The Motivation to Work*. New York : John Wiley and Sons.
- Hooper, F., Coughlan, I. and Mullen, M.R. (2008). Structural equation modeling : Guidelines For Dertermining model fit. *The electronic journal of business research methods*. 6(1), 53 - 60.
- Hox, J.J. (2010). *Multilevel Analysis : Techniques and Applications* (2th ed). New York : Routledge.

- Hoy, W.K. and Miskel, C.G. (1991). *Educational administrations : theory research and Practice*. (4th ed.). New York : McGraw, Hill Book Company.
- IDF. (2012). *Global Guideline for Type 2 Diabetes*. Brussels : Merck and Co., Inc.
- IDF. (2015). *Diabetes Atlas Seventh Edition 2015*. from <http://www.diabetesatlas.org/2015>.
- Integrative Medicine. (2010). *Improving Health Care for Patients and Health Care Delivery for Providers and Payors*. Minnesota : The Bravewell Collaborative.
- Jackson, D. L. (2003). Revisiting sample size and number of parameter estimates: some support for the N : q hypothesis. *Structural Equation Modeling*, 10(1), 128 - 141.
- Jake, M. (2012). *Theories and models of behavior and behaviour change*. Forestry, sustainable 1 behaviours and behaviour change : Theories.
- Janz, N. K. and Becker, M. H., (1984). The Health Belief Model : A Decade later. *Health Education Quarterly*. 11(1), 1 - 47.
- Jenny-Avital, E. (2008). Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *NEJM*. 358 (12), 2560 - 2572
- Joreskog, K. F. and Sorbom. (1998). *LISREL 8 User's Reference Guild*. Chicago : Scientific Software International.
- Juliana, C.N. (2008). Multitaceted Determinants for Achieving Glycemic. *Diabetes Care* 2009, 32(2), 227 - 233.
- Julie, B. (2013). *Diabetes Prevention, Weight Loss, and Social Support Program Participants' Perceived Influence on the Health Behaviors of Their Social Support System*. *Family Community Health*. from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828626/>
- Kahn, R.L. (1979). *Aging and social support*. In *aging from birth to death : Interdisciplinary perspective*. Coro : Westview.
- Kaplan, B.H., Cassel, T.C. (1977). *Social Support and Health*. *Medical Care*, 15(5), 47 - 58.
- Kaplan, D. (1995). *Statistical power in SEM*. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation Modeling : Concepts, issues, and applications*. Newbury Park, CA : Sage.
- Kast, F. E. and Rosensweig, J.F. (1985). *Organization and Management: A systems and contingency approach* (4th ed.). McGraw - Hillbookcompany.
- Katz, R.L., (1995). Skills of an effective administrator. *Harvard Business Preview*, 33(1), 33 - 42.

- Keeves, P.J. (1988). "Model and Model Building," *Educational Research Methodology and Measurement : An International Handbook*. Oxford : Pergamon Press.
- Kerlinger, F.N. (1973). *Foundations of Behavioral Research* (2th ed). New York : Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Kevin, K. (2016). *Gagne's Nine Events of Instruction : An Introduction*. from <http://modps34.lib.kmutt.ac.th/documents/Ajarn09/8.GagneStyle.pdf>
- Kline, R. B. (2004). *Principles and practice of structural equation modeling* (2th ed.). New York : Guilford Press.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3th ed). New York : The Guildford.
- Lawrence W. G. (1984). Modifying and Developing the behavior. *Rev. Public Health*. 5(1), 215 - 236
- Lazarus, R. S. (1971). The Concepts Of Stress And Disease in L Levi [ed]. *Society, Stress and Disease*, 1(1), 53 - 58.
- Linmans, J. J. (2011). Effect of lifestyle intervention for people with diabetes or pre-diabetes in real-world primary care: propensity score analysis. BMC Family from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3180644/>
- Madaus, G. F., Scriven, M.S. and Stufflebeam, D.L. (1983). *Evaluation Models Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation* (8th ed). Boston : Kluwer- Nijhoff Publishing.
- Maslow, A.H. (1962). *Quoted in Ernest R. Hilgard, Introduction to Psychology* (3rd ed). New York : Harcourt Brace and World.
- Medical Dictionary. (2016). *Health*. from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health>
- Milett, J.D. (1954). *Management in the Public Service : the Quest for Effective Performance*. New York : McGraw-Hill.
- Mosby's Medical Dictionary. (2009). *Health behavior* (9th ed). From <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+behavior>
- National Cancer Institute. (2005). *Theory at a Glance : Application to Health Promotion and Health Behavior* (2th ed.). Retrieved February 03, 2017, from <http://www.sbccimplementationkits.org/demandrnmch/wp-content/uploads/2014/02/Theory-at-a-Glance-A-Guide-For-Health-Promotion-Practice.pdf>

- Novabizz. (2017e). *Khon Kaen Tourist Map*. from <https://www.novabizz.com/Map/img/map-19-KhonKaen.gif>
- Orem, D.E. (1995). *Nursing Concepts of Practice*. Fifth Edition. St. Louis : Mosby Year Book.
- Pacific northwest foundation. (2017). *Definitions of Health*. from http://www.pnf.org/Definitions_of_Health_C.pdf Paulo Joaquim Pina Queirós, Telma Sofia dos Santos Vidinha and António José de
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1983). Stage and Process of self-change of \ Smoking Toward an Integrative model of change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, S1, 390 - 395.
- Robbins, S.P. (2001). *Organization Behavior* (9th ed.). New Jersey : Prentice-Hill.
- Robbins, S.P. (2006). *Management* (4th ed.). Frenchs Forest, NSW : Pearson Education Australia.
- Rodsutti, M. and Swierczek, F. W. (2002). *Leadership and Organizational Effectiveness Of Multinational Enterprises in Southeast Asia*. *Leadership and Organizational Development*, 23(5), 250 - 259.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 327 - 335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. and Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175 - 183.
- Ryan, T. A. and Smith, P. C. (1954). *Principle of Industrial Psychology*. New York : The Mcnald Press Company.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381 - 406.
- Schein, E.H. (1970). *Organizational psychology* (2th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. New York : McGraw-Hill Book.
- Semdsa. (2012). The 2012 SEMDSA Guideline for the Management of Type 2 Diabetes (Revised). *Jemdsa*, 17 (2), 1 - 94.
- Siegel, Linda (Editor) and Lachman, Margie (Guest Editor). (1993). Special Issue on Planning and Control Processes Across the Lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 131 - 143.

- Simon, H.A. (1957). *Administrative behavior, a study of decision-making processes In administrative organization*. (2nd ed.). New York : MacMillan.
- Simon, H.A. (1976). *Administrative behavior*. (3rd ed.). New York : MacMillan.
- Slavin, L. A. (1991). Toward a multicultural model of the stress process. *Journal Of Counseling and Development*, 70,156 – 163.
- Smide, Bibbi. (2000). *Self-care, Foot Problems and Health in Tanzanian Diabetes Patients and Comparisons with Matched Swedish Diabetic Patients*. Dissertation for the Degree of Doctor of Medicine in Caring Sciences presented at Uppsala University in 2000. New York : McGraw-Hill Book.
- Smith, R. H. (1980). *Measurement : Making Organization Perform*. New York : Macmillan
- Steiner. (1988). *EliZabeth Educology*. Sydney : NSW.
- Stephen, R. and Mary, C. (2003). *Management and Organization Behavior*. Bangkok : Pearson Education Indochina Ltd.
- Stewart, J. (2000). The Dynamic of the Corporate Education Market and the Role of Business Schools. *Journal of Business and Industrial Marketing*, 19(2), 207 - 218.
- Stokols, D. (1977). *Perspective on Environment and Behavior : Therory, Research, and Application*. New York : Planum Press.
- Stoner, A.F. and Wankel, C. (1986) .*Management*. (3rd ed.). New Delhi : Prentice-hill Privated.
- Strecher. (1986) The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change, *Health Education Quarterly*, 13(1), 73 - 91.
- Stufflebeam, D. L. (1994). Empowerment Evaluation, Objectivist Evaluation, and Evaluation Standards : Where the Future of Evaluation Should Not Go and Where It Needs to Go. *Evaluation Practice*, 15(3), 321 - 338.
- Sundiati D.F. (2012). Changing patient behavior : the next frontier in healthcare value. *Health International*, 12, 64 - 73.
- Tanaporn, R. (2551). Health Belief Model about Diabetes Mellitus in Thailand: The Culture Consensus Analysis. *Med Assoc Thai*, 88(5), 623 - 631.
- Taro, Y. (1973). *Statistics : An Introductory Analysis*. (3rd ed). New York : Harper and Row Publications.

- The Behavioral and Social Science Survey Committee. (1969). *The Behavioral and Social Science : Outlook and Needs. Report by the Behavioral and Social Science Survey Committee.* Englewood Cliff, New Jersey : Prentice – Hall.
- Wagner E.H. (1998). Chronic Disease Management : What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, *Open Journal of Psychiatry*, 23(1), 2 - 4.
- Wagner, E.H, Austin, B.T, Davis, C. (2001). Improving chronic illness care : translating evidence into action. *Health Aff*, 20(6), 64 - 78.
- WHO and IDF. (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia.* Geneva : WHO Document Production Services.
- WHO. (1978). *Primary Health Care Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.* Geneva : World Health Organization, 1978
- WHO. (1984). *WHO definition of Health.* from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary.* from [http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR %20Glossary%201998.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf)
- WHO. (1999). *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.* Geneva : WHO Document.
- WHO. (2000). *The Asia-Pacific perspective : Redefining obesity and its treatment.* from <http://www.wpro.who.int/nutrition/documents/docs/Redefiningobesity.pdf>
- WHO. (2002). *Innovative Care for Chronic Condition Framework.* Geneva : World Health Organization.
- WHO. (2016). *Global Report on Diabetes.* from <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccmeeting.pdf>
- Willer, D. (1986). *Scientific Sociology : Theory and Method.* Englewood cliff, NJ. : Prentice Hill.
- Xilin Y. (2008). *Additive Interaction of Hyperglycemia and Albuminuria on Risk Of Ischemic Stroke in Type 2 Diabetes.* from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2584184/>
- Zoe J. R. and David, B. (2007). Historical analysis of performance Measurement And management in operations Management. *International Journal of Productivity and Performance Management.* 56(3), 384 - 396.

ภาคผนวก



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่องรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้ มี 5 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป น้ำหนัก ส่วนสูง และความยาวเส้นรอบเอว ในของกลุ่มตัวอย่าง 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2558-2560

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์และความเครียด

ตอนที่ 5 ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2. ในการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ตอนนั้น ขอความกรุณาโปรดตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนและตามความเป็นจริง

3. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ใช้เป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านได้กรุณาตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นายถนัด จำกลาง

นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

แบบสอบถาม

เรื่องรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำชี้แจง ขอความกรุณาให้ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กรอกข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป น้ำหนัก ส่วนสูง ความยาวเส้นรอบเอว ของตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2560 ดังนี้

รหัสกลุ่มตัวอย่าง (สำหรับ รพ.สต.)

รายการ	ข้อมูลจาก รพ.สต.	สำหรับผู้วิจัย
1. ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ปี พ.ศ. 2558	mg./dl	FBS58[]
2. ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ปี พ.ศ. 2559	mg./dl	FBS59[]
3. ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ปี พ.ศ. 2560	mg./dl	FBS60[]
4. น้ำหนักตัว ปี พ.ศ. 2558	กิโลกรัม	BW58[]
5. น้ำหนักตัว ปี พ.ศ. 2559	กิโลกรัม	BW59[]
6. น้ำหนักตัว ปี พ.ศ. 2560	กิโลกรัม	BW60[]
7. ส่วนสูง ปี พ.ศ. 2558	ซม.	BH58 []
8. ส่วนสูงปี พ.ศ. 2559	ซม.	BH59 []
9. ส่วนสูงปี พ.ศ. 2560	ซม.	BH60 []
10. เส้นรอบเอว ปี พ.ศ. 2558	ซม.	WC58[]
11. เส้นรอบเอว ปี พ.ศ. 2559	ซม.	WC59[]
12. เส้นรอบเอว ปี พ.ศ. 2560	ซม.	WC60[]

หมายเหตุ. ตัวแปรทั้ง 4 ตัว หากมีการวัดหลายครั้งใน 1 ปี ให้ใช้ค่าเฉลี่ย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย√ ในช่อง [] หรือเติมข้อความและตัวเลขในช่องว่างตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวของท่านให้ครบถ้วน

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศของท่าน 1. ชาย 2. หญิง SEX []
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี AGE []
3. สถานภาพสมรสของท่าน MART[]
 1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่าหรือแยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด ED []
 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. ปวช./ปวส.
 5. อนุปริญญา 6.ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพหลักของท่าน OC []
 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. รับจ้าง
 3. เกษตรกรรม 4. ค้าขาย
 5. ข้าราชการ/ 6. ธุรกิจส่วนตัว
- รัฐวิสาหกิจ
 7. อื่นๆ (ระบุ)
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่าน..... คน FN []
7. ระยะเวลาที่ท่านเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปี PrT []
(ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไปอยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัม /เดซิลิตร)

8. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ CP[]
- [] 1. ไม่มี
- [] 2. มี ระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- [] 2.1 ความดันโลหิตสูง CP2.1 []
- [] 2.2 หลอดเลือดหัวใจ CP2.2 []
- [] 2.3 หลอดเลือดสมอง CP2.3 []
- [] 2.4 โรคตา CP2.4 []
- [] 2.5 โรคไต CP2.5 []
- [] 2.6 ซาปลายมือปลายเท้า CP2.6 []
- [] 2.7 แผลเรื้อรัง CP2.7 []
- [] 2.8 อื่นๆ ระบุ..... CP2.8 []



ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
จังหวัดขอนแก่น

1. ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

1.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงในช่องด้านขวามือว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับ
ความรู้ และความเข้าใจของท่านในทุกข้อคำถามเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1. โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจาก ตับอ่อนผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือ ความผิดปกติของเซลล์ร่างกายในการ ตอบสนองต่ออินซูลิน			K1 []
2. อาการของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะจำนวนมาก และบ่อยครั้ง คิมน้ำมาก หิวบ่อย และน้ำหนักลด			K2 []
3. การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยการตรวจเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป แล้วพบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป			K3 []
4. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหมายถึง ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไปอยู่ระหว่าง 100 ถึง 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร			K4 []
5. โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติที่ถ่ายทอดได้ทางกรรมพันธุ์			K5 []
6. ประชาชนที่อ้วนไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน			K6 []
7. การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียด สามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้			K7 []
8. เป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน			K8 []
9. ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมากๆ มีโอกาสทำให้เกิดอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้			K9 []
10. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้			K10 []
11. ผู้ป่วยเบาหวานมักจะเป็นแผลที่เท้าและรักษาหายยาก			K11 []
12. ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้			K12 []
13. โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้			K13 []
14. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหารทุกอย่างได้เหมือนคนปกติ			K14 []
15. การวินิจฉัยโรคเบาหวานได้แต่เริ่มแรกช่วยให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น และช่วย ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน			K15 []

1.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านด้านขวามือของทุกข้อความความเชื่อด้านสุขภาพของท่าน

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. คนอ้วนเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนไม่อ้วน						B1[]
2. คนที่มีความเครียดเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนที่ไม่เครียด						B2[]
3. การรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดต้องใช้สมุนไพรร่วมด้วย						B3[]
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลทุกวันก็ได้						B4[]
5. ถ้ารับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้วไม่ต้องควบคุมอาหารก็ได้						B5[]
6. ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่ม เพราะการทำกิจวัตรประจำวันก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว						B6[]
7. การงดรับประทานขนมหวานจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น						B7[]
8. การจำกัดอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ผลไม้หวาน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						B8[]
9. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถมีชีวิตได้ปกติถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่มีการแทรกซ้อน						B9[]
10. ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำเกินไปจะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้						B10[]
11. คนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานๆ จะทำให้เป็นโรคไตวายได้						B11[]

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
12. คนที่เป็นโรคเบาหวาน ถ้าไม่ดูแลความสะอาดของผิวหนังให้ดี จะทำให้เกิดการติดเชื้อที่ผิวหนังได้ง่าย						B12[]
13. คนที่เป็นโรคเบาหวานหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี มีโอกาสเป็นโรคจอประสาทตาเสื่อม หรือตาบอดได้						B13[]
14. คนที่เป็นโรคเบาหวาน เวลาเป็นแผลจะรักษาหายยาก ถ้าเป็นแผลที่เท้าอาจลุกลามจนต้องตัดขาได้						B14[]
15. คนที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน						B15[]
16. คนที่เป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานๆ มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน						B16[]
17. คนที่เป็นโรคเบาหวานมีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง						B17[]
18. โรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้						B18[]

1.3 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
 คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านด้านขวามือ
 ของทุกข้อความความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของท่าน

ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านรู้สึกว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย						11[]
2. ท่านรู้สึกว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย						12[]
3. ท่านรู้สึกว่าการควบคุมอารมณ์และความเครียดเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย						13[]
4. ท่านจะควบคุมอาหารตามที่สมาชิกในครอบครัวแนะนำ						14[]
5. ท่านจะออกกำลังกายตามที่สมาชิกในครอบครัวแนะนำ						15[]
6. ท่านจะควบคุมอารมณ์และความเครียดตามที่สมาชิกครอบครัวแนะนำ						16[]
7. ท่านจะควบคุมอาหารตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ						17[]
8. ท่านจะออกกำลังกายตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ						18[]
9. ท่านจะควบคุมอารมณ์และความเครียดตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ						19[]
10. ท่านวางแผนควบคุมอาหาร						110[]
11. ท่านวางแผนออกกำลังกาย						111[]
12. ท่านวางแผนควบคุมอารมณ์และความเครียด						112[]
13. ท่านมั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุมอาหารเป็นประจำได้						113[]
14. ท่านมั่นใจว่าตนเองสามารถออกกำลังกายเป็นประจำได้						114 []
15. ท่านมั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุมอารมณ์และความเครียดเป็นประจำได้						115 []

1.4 แบบสอบถามภาวะอารมณ์และความเครียด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านด้านขวามือ
ของทุกข้อความภาวะอารมณ์และความเครียดของท่าน

ภาวะอารมณ์และความเครียด	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1. ท่านมีความวิตกกังวลเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						E1[]
2. ท่านมีความเครียดเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						E2[]
3. ท่านรู้สึกหงุดหงิด และอารมณ์เสียบ่อยจากการเป็นกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน						E3[]
4. ท่านรู้สึกโกรธเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						E4[]
5. ท่านยอมรับสภาพที่ตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						E5[]
6. เมื่อมีความเครียด หรือเป็นทุกข์ท่านจะมีความเศร้า หรือ วิตกกังวล						E6[]
7. ท่านรู้สึกเป็นสุข และพอใจในสภาพที่ตนเองเป็นอยู่						E7[]
8. ท่านนอนไม่หลับเพราะคิดมาก หรือกังวลใจเกี่ยวกับ โรคเบาหวานหรือเรื่องอื่นๆ						E8[]

2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

2.1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านด้านขวามือ

ในทุกข้อความการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวของท่าน

การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ท่านมากขึ้นหลังจากท่านเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						FP1[]
2. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และการความเครียด รวมถึงการดูแลสุขภาพทั่วไป						FP2[]
3. สมาชิกในครอบครัวอำนวยความสะดวกในการพาท่านไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาล						FP3[]
4. สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเตือนท่านให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						FP4[]
5. สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนท่านในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน						FP5[]
6. สมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ สบายใจ และปลอดภัย						FP6[]
7. สมาชิกในครอบครัวสนใจซักถามรับฟังปัญหาเรื่องการเจ็บป่วย						FP7[]
8. สมาชิกในครอบครัวเคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้ และหมดกำลังใจ						FP8[]
9. เมื่อท่านมีอาการไม่สบายหรืออาการของโรคกำเริบ ท่านมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือดูแล						FP9[]
10. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือท่านในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาและสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น						FP10[]

2.2 แบบสอบถามความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านด้านขวามือ
ของทุกข้อความการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือแนะนำแก่ท่าน

ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานจากบุคลากรสาธารณสุข						HP1[]
2. บุคลากรสาธารณสุขได้จัดหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานในรูปแบบต่างๆ เช่น เอกสาร แผ่นพับ สื่อต่างๆ เพื่อให้ท่านได้รับทราบและปฏิบัติตาม						HP2[]
3. ท่านได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อท่านมีปัญหาสงสัย						HP3[]
4. ท่านได้รับความสะดวกในการมารับการตรวจรักษาและได้รับการช่วยเหลือด้านอื่นๆ ที่จำเป็นจากบุคลากรสาธารณสุข						HP4[]
5. ท่านได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานทุกปีจากบุคลากรสาธารณสุข						HP5[]
6. เมื่อท่านมีภาวะที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ท่านได้รับการดูแล เอาใจใส่จากบุคลากรสาธารณสุข						HP6[]
7. ท่านได้รับคำชม และการให้กำลังใจจากบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติตามคำแนะนำ						HP7[]
8. ท่านได้รับการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข						HP8[]
9. ท่านได้รับคำแนะนำในการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียดจากบุคลากรสาธารณสุข						HP9[]
10. ท่านได้รับทราบข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของตนเองอย่างครบถ้วนจากบุคลากรสาธารณสุข						HP10[]

2.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
ร่วมของชุมชนของท่าน

ข้อความการมีส่วนร่วมของชุมชน	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านได้รับความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลใกล้ชิดและคนในชุมชน						CP1[]
2. หน่วยงานในชุมชนของท่าน เช่น เทศบาล หรือ อบต. มีการจัดกิจกรรมสนับสนุน ส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน						CP2[]
3. ท่านได้รับข่าวสาร ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากหน่วยงานในชุมชน						CP3[]
4. บุคคลในชุมชน เช่น อสม. กลุ่มผู้นำต่างๆ มีส่วนช่วยท่านในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น						CP4[]
5. หน่วยงานในชุมชนคอยอำนวยความสะดวกช่วยเหลือ โดยพาท่านมารับการดูแลที่ รพ.สต. เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						CP5[]
6. หน่วยงานต่างๆ และชุมชนให้การสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์และความเครียดให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						CP6[]
7. หน่วยงานต่างๆ และชุมชนให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร เพื่อจัดกิจกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์และความเครียดให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						CP7[]

3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

3.1 แบบสอบถามนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านด้านขวามือ
ทุกข้อความเกี่ยวกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)

นโยบายส่งเสริมสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. รพ.สต. มีการประชุมประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวานในหมู่บ้านของท่าน						PO1[]
2. รพ.สต. มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหมู่บ้านของท่าน						PO2[]
3. รพ.สต. มีการวางแผนแก้ไขปัญหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านของท่าน						PO3[]
4. รพ.สต. มีการประสานขอรับงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านของท่าน						PO4[]
5. รพ.สต. มีการสื่อสารนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านของท่าน						PO5[]

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

3.1 แบบสอบถามประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย✓ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านด้านขวามือทุกข้อความเกี่ยวกับประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)

ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. รพ.สต. มีการกำหนดโครงสร้างกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน						EP1[]
2. รพ.สต. มีกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสร้างสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน						EP2[]
3. รพ.สต. มีการคัดเลือกประธานกลุ่มหรือชมรมคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน						EP3[]
4. รพ.สต. มีการอบรมคณะกรรมการในการจัดการสร้างสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน						EP4[]
5. คณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพมีการดำเนินงานสร้างสุขภาพตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย						EP5[]
6. ชมรมสร้างสุขภาพได้รับงบประมาณและวัสดุที่สนับสนุนอย่างเพียงพอในการส่งเสริมสุขภาพ						EP6[]
7. ชมรมสร้างสุขภาพเปิดรับสมัครสมาชิกอย่างต่อเนื่อง						EP7[]
8. ชมรมสร้างสุขภาพมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง						EP8[]
9. ชมรมสร้างสุขภาพได้รับการติดตาม ประเมินผลจากรพ.สต.อย่างต่อเนื่อง						EP9[]

3.3 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านด้านขวามือ
ทุกข้อความเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ (สสอ.) หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. รพ.สต. ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ประชาชน						PP1[]
2. รพ.สต. เปิดโอกาสให้ท่านแสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						PP2[]
3. รพ.สต. เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน						PP3[]
4. รพ.สต. เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วนของการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน						PP4[]
5. รพ.สต. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทเต็มที่ในการตัดสินใจจัดการปัญหาสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน						PP5[]

3.4 แบบสอบถามการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย✓ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านด้านขวามือทุกข้อเกี่ยวกับการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. รพ.สต. มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมที่เสี่ยง						MC1[]
2. รพ.สต. มีการติดตามผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						MC 2[]
3. รพ.สต. มีการประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						MC 3[]
4. รพ.สต. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยกัน						MC 4[]
5. รพ.สต. ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการปัญหาโรคเบาหวานกับชมรมจัดการสุขภาพที่มีผลงานดีเด่น						MC 5[]
6. รพ.สต. ส่งเสริมให้ชมรมมีการขยายผลการจัดการโรคเบาหวานไปยังเครือข่ายชมรมการจัดการสุขภาพอื่นๆ						MC 6[]

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1.แบบสอบถามการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ในช่องด้านขวามือที่ท่านได้ควบคุมอาหารของท่าน
ในแต่ละข้อตามความจริงมากที่สุดเกี่ยวกับการ

ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 6-7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติมาก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 4-5 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 2-3 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติน้อย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 1 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

การควบคุมอาหาร	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวานหรือผลไม้รสหวาน						FC1[]
2. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไขมัน น้ำมันพืช น้ำมันสัตว์ เนย เป็นต้น						FC2[]
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มจัด						FC3[]
4. ท่านควบคุมการรับประทานอาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าว ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว หรืออื่นๆ ในปริมาณที่พอเหมาะ						FC4[]
5. ท่านรับประทานผักชนิดต่างๆ ทุกวัน						FC5[]
6. ท่านหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์						FC6[]
7. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ทุกวัน						FC7[]
8. ท่านรับประทานอาหารเช้าทุกครั้งเมื่อรู้สึกหิว						FC8[]
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล						FC9[]
10. ท่านรับประทานอาหารตามความต้องการโดยไม่จำกัดปริมาณ						FC10[]

3. แบบสอบถามการออกกำลังกาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องด้านขวามือที่ท่านได้ออกกำลังกายของท่าน
ในแต่ละข้อตามความจริงมากที่สุด

ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 6-7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติมาก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 4-5 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 2-3 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติน้อย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 1 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

การออกกำลังกาย	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านสามารถทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ						PE1[]
2. ท่านเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายของตนเอง						PE2[]
3. ท่านออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที ได้อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง						PE3[]
4. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายที่กลุ่มต่างๆ ในชุมชนจัดขึ้น						PE4[]
5. ท่านขอคำแนะนำจากผู้อื่นเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง						PE5[]
6. ท่านเริ่มต้นออกกำลังกายทีละน้อยแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น						PE6[]
7. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว การรำไม้พลอง ปั่นจักรยาน แกว่งแขน หรือการบริหารอื่นๆ						PE7[]
8. เมื่อท่านจะเลิกออกกำลังกาย ท่านจะต้องอบอุ่นร่างกายด้วยการลดความแรงลงโดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที						PE8[]

3. แบบสอบถามการควบคุมอารมณ์และความเครียด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องด้านขวามือที่ท่านมีการควบคุมอารมณ์และความเครียดของท่านในแต่ละข้อตามความจริงมากที่สุด

- ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 6-7 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติมาก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 4-5 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 2-3 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติน้อย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 1 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

การควบคุมอารมณ์และความเครียด	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1.เมื่อมีปัญหาด้านจิตใจ ท่านสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองเสมอ						EC1[]
2. ท่านปรึกษาหรือ พูดคุยกับผู้ที่ไว้วางใจเมื่อมีความเครียด						EC2[]
3. ท่านทำจิตใจให้สงบโดยการเข้าวัด ฟังธรรม สวดมนต์ ไหว้พระ หรือนั่งสมาธิ						EC3[]
4. เมื่อท่านโกรธหรือโมโห ท่านจะระบายความรู้สึกกับ ผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจจนอารมณ์ดีขึ้น						EC4[]
5. เมื่อท่านมีความเครียดท่านพูดคุยปรึกษากับผู้ป่วยโรคนาหวานหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคนาหวานด้วยกัน						EC5[]
6. เมื่อมีความเครียดท่านพูดคุยปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						EC6[]
7. ท่านทำงานอดิเรกเช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด						EC7[]
8. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการกินยานอนหลับ						EC8[]

	ระดับการปฏิบัติ	สำหรับ
--	-----------------	--------

การควบคุมอารมณ์และความเครียด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ผู้วิจัย
9. เมื่อมีความเครียดท่านสามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิดในแง่ดีเพื่อให้ตนเองผ่อนคลายความเครียด						EC9[]
10. เมื่อเผชิญกับข้อขัดแย้งในครอบครัวแล้วทำให้ท่านเครียด และท่านมักเดินออกไปจากเหตุการณ์นั้นเพื่อผ่อนคลายความเครียด						EC10[]
11. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยใช้ยานอนหลับ หรือยาระงับประสาท						EC11[]

ตอนที่ 5 แบบสอบถามปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดการสุขภาพ

1. ท่านมี**ปัญหา**ในการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของท่านอย่างไรบ้าง

1.1 ด้านการควบคุมอาหาร

.....

.....

.....

.....

1.2 ด้านการออกกำลังกาย

.....

.....

.....

.....

1.3 ด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด

.....

.....

.....

.....

2. ท่านมี**ข้อเสนอแนะ**เพื่อพัฒนาการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของท่านอย่างไรบ้าง

2.1 ด้านการควบคุมอาหาร

.....

.....

.....

.....

2.2 ด้านการออกกำลังกาย

.....

.....

.....

.....

2.3 ด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด

.....

.....

.....

.....



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASarakham UNIVERSITY

ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูง

นายถนัด จำกลาง

ภาคผนวก ข

แนวทางการสนทนากลุ่ม



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

**แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการ
สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น**

1. วัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม

1.1 เพื่อระดมสมอง (Brainstorming) ร่วมกันสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

1.2 เพื่อให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเสนอแนะประเด็น แนวทางในการพัฒนาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่ได้จากการผลการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

2. รูปแบบที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย 4 ปัจจัย 14 องค์ประกอบ รวมทั้งสิ้น 70 คุณลักษณะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย 4 ตัวแปร

2.1.1 นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

2.1.2 ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ

2.1.3 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

2.1.4 การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ

2.2 ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ตัวแปร

2.2.1 การควบคุมอาหาร

2.2.2 การออกกำลังกาย

2.2.3 การควบคุมอารมณ์และความเครียด

2.3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ตัวแปร

2.3.1 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

2.3.2 ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข

2.3.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน

2.4 ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล ประกอบด้วย 4 ตัวแปร

2.4.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2.4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

2.4.3 ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.4.4 ภาวะอารมณ์และความเครียด

มีประเด็นในการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

1. รูปแบบพัฒนาด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

องค์ประกอบที่ 1 : นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวบ่งชี้ :

1. การประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวานในหมู่บ้านหรือชุมชน
2. กำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน
3. การประสานขอรับการสนับสนุนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่นๆ
4. การสื่อสารนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัย
ระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

2. นโยบายการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการจัดการสุขภาพประชาชน
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

3. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ใน
การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

องค์ประกอบที่ 2 : ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ

ตัวบ่งชี้ :

1. การกำหนด โครงสร้างกลุ่ม/ชมรมสร้างสุขภาพ
2. กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพ
3. การคัดเลือกประธานกลุ่ม/ชมรม คณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพ
4. การพัฒนาคณะกรรมการชมรมในการจัดการสุขภาพ
5. การแสดงบทบาทของคณะกรรมการชมรมตามที่ได้รับมอบหมาย
6. การได้รับการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุในการส่งเสริมสุขภาพของชมรมสร้างสุขภาพ
7. การเปิดรับสมัครสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

.....

 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
 RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

2. ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

.....

องค์ประกอบที่ 3 : การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวบ่งชี้ :

1. การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. การเปิดให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน
3. หน่วยงานภาครัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน
4. หน่วยงานภาครัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทเป็นหุ้นส่วนหรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ
5. การเสริมอำนาจประชาชนโดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทเต็มในการตัดสินใจ การบริหารงาน และการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ทดแทนการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐอย่างใดอย่างหนึ่ง

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

2. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

3. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการในการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

องค์ประกอบที่ 4 : การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวบ่งชี้ :

1. การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมที่เสี่ยงโรคเบาหวาน
2. การติดตามผลการส่งเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
3. ประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน รวมถึงการแลกเปลี่ยนกับชมรมจัดการสุขภาพที่มีผลงานดีเด่น
5. การขยายเครือข่ายชมรมจัดการสุขภาพ

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

.....
 มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
 RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

2. การควบคุมการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อพัฒนาการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

.....

2. รูปแบบพัฒนาด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

องค์ประกอบที่ 1 : การควบคุมอาหาร

ตัวบ่งชี้ :

1. การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ
2. การรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน
3. การควบคุมปริมาณอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล
4. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน ขนมหวาน หรือผลไม้รสหวานจัด
5. การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว
6. การไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด
7. การไม่ดื่มสุรา

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาด้านการควบคุมอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. การควบคุมอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อพัฒนาการควบคุมอาหาร ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน

.....

.....

.....

องค์ประกอบที่ 2 : การออกกำลังกาย

ตัวบ่งชี้ :

1. การเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การเดินเร็ว การรำไม้พลอง การรำไทเก๊ก โยคะ การแกว่งแขน หรือการบริหารอื่นใด
2. การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
3. การใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละประมาณ 30 นาที
4. การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาด้านการออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. การออกกำลังกาย ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อพัฒนาด้านการออกกำลังกาย ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

.....

.....

.....

องค์ประกอบที่ 3 : การควบคุมอารมณ์และความเครียด

ตัวบ่งชี้ :

1. การหลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์
2. การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมเพื่อไม่ส่งผลกระทบต่อเหตุการณ์หรือสภาพใด ๆ ก็ตาม ที่ก่อให้เกิดความลำบากใจในการตัดสินใจ ความวิตกกังวลกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือเกิดความกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น
3. การมีวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองของประชาชนที่เกี่ยวข้อง โรคเบาหวาน ได้แก่ การออกกำลังกาย คลายเครียด การพักผ่อน การนั่งสมาธิ การนวดไทย และการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน เป็นต้น

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

.....

 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
 RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

2. การควบคุมอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อพัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

.....

2. รูปแบบพัฒนาด้านการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบที่ 1 : การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

ตัวบ่งชี้ :

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การยอมรับนับถือ และความห่วงใย
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับและการให้ความเห็นต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน
3. การให้ข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน และการให้คำปรึกษา
4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น การให้แรงงาน เงิน เวลาแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียด

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาด้านการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

2. การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

3. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

องค์ประกอบที่ 2 : ด้านความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข

ตัวบ่งชี้ :

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและข้อมูลด้านสุขภาพ
2. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุม
อารมณ์และความเครียด
3. จัดระบบบริการตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
4. การเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการระหว่างครัวเรือนกับสถานบริการสาธารณสุข
5. การติดตามเยี่ยมบ้านประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ในการจัดการ
สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1
ควรเป็นอย่างไร

.....
.....
.....

2. ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

.....
.....
.....

3. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการสุขภาพ
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

.....
.....
.....

องค์ประกอบที่ 3 : ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตัวบ่งชี้ :

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชน
2. สนับสนุนให้ชุมชนมีการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน
3. ส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
4. การส่งเสริมให้ชุมชนให้มีกิจกรรมการจัดการสุขภาพ
5. ส่งเสริมให้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวคิดและข้อมูลในการจัดการสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมอารมณ์และความเครียดระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและชุมชน

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

.....

.....

.....

องค์ประกอบที่ 2 : ความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวบ่งชี้ :

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน
5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเองและการได้รับข่าวสารเรื่องโรคเบาหวานจากภายนอก
6. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. ความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อพัฒนาด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

.....

.....

.....

องค์ประกอบที่ 3 : ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวบ่งชี้ :

1. ทักษะติดต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน โรคเบาหวาน
2. การได้รับอิทธิพลจากประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน
3. การรับรู้ตนเองในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคเบาหวาน

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาด้านความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อพัฒนาด้านความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

.....

.....

.....

องค์ประกอบที่ 4 : ภาวะอารมณ์และความเครียด

ตัวบ่งชี้ :

1. การยอมรับสภาพว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. ความลำบากใจในการใช้ชีวิตประจำวัน
3. ความโกรธเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
4. ความเครียดเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
5. ความวิตกกังวลเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
6. การกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาด้านภาวะอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ตามตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. ภาวะอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรเพิ่มเติมในประเด็นใดบ้าง

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อพัฒนาด้านภาวะอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

.....

.....

.....

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามเพื่อวิพากษ์และยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

แบบสอบถาม

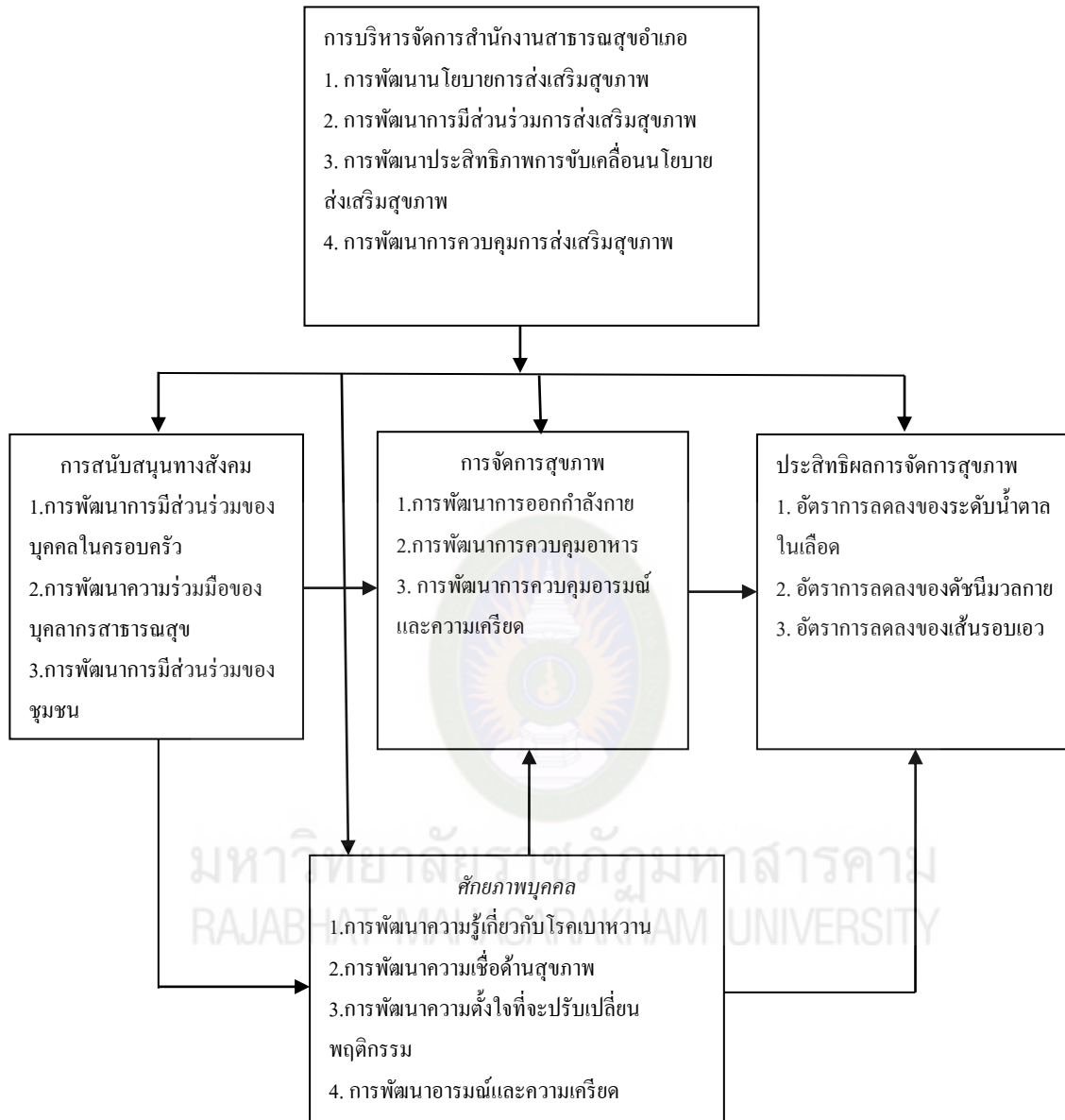
เพื่อวิพากษ์และยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง

- การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
 - รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นที่นำเสนอให้ท่านพิจารณาในครั้งนี้ ได้มาจากผลการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประสบการณ์ตรง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 คน เพื่อระดมสมองในการสร้างรูปแบบพัฒนาดังกล่าว
 - การวิพากษ์และยืนยันรูปแบบพัฒนาครั้งนี้ เป็นการหาระดับความเหมาะสม และเป็นไปได้ของรูปแบบ กิจกรรมพัฒนาตามแนวคำตอบที่ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องแต่ละคนนำเสนอในการสนทนากลุ่มว่าท่านยังคงยืนยันคำตอบของตนเองตามรูปแบบที่ได้จากการสนทนากลุ่มอยู่หรือไม่ แบบสอบถามในรอบนี้เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด
 - เพื่อให้การวิจัยมีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอความกรุณาจากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อตามลำดับในแต่ละตอน แล้วส่งคืนผู้วิจัยโดยตรงหรือส่งทางไปรษณีย์โดยใส่ในซองที่แนบมา
 - ความคิดเห็นของท่านในครั้งนี้มีคุณค่าสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการพัฒนาจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เป็นอย่างยิ่ง คำตอบที่ผู้วิจัยได้รับในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้เพื่อประโยชน์ในการศึกษา และสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นที่สมบูรณ์ต่อไป
- ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านให้ความอนุเคราะห์มา ณ โอกาสนี้

นายณัฐ จำกลาง

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม



ภาพที่ ๑ 1

รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ประเด็นการวิพากษ์และยืนยันรูปแบบ

คำชี้แจง

ขอความกรุณาท่านผู้เชี่ยวชาญพิจารณา รูปแบบพัฒนาข้างต้นว่ามีคุณลักษณะหรือกิจกรรม การพัฒนาสอดคล้อง หรือไม่ โดยเป็นการประเมินระดับความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของ รูปแบบ กิจกรรมการพัฒนา ตามแบบสอบถามว่าคำตอบที่ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องแต่ละคน ตอบมาในขั้นตอนการสนทนากลุ่ม ว่าท่านยังคงยืนยันคำตอบตามรูปแบบการพัฒนาที่ได้จากการ สนทนากลุ่มอยู่หรือไม่ แบบสอบถามนี้เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มาก ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แต่ละระดับกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลเป็น ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
5 คะแนน	ระดับความเหมาะสม และความเป็นไปได้มากที่สุด
4 คะแนน	ระดับความเหมาะสม และความเป็นไปได้มาก
3 คะแนน	ระดับความเหมาะสม และความเป็นไปได้อันกลาง
2 คะแนน	ระดับความเหมาะสม และความเป็นไปได้น้อย
1 คะแนน	ระดับความเหมาะสม และความเป็นไปได้น้อยที่สุด

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงความคิดเห็นตามข้อมูลที่ตรงกับความจริง มากที่สุดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัด ขอนแก่น

ประเด็นกิจกรรมในการพัฒนา	ระดับความเหมาะสม และเป็นไปได้				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. รูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ					
1.1 การพัฒนาโยบายการส่งเสริมสุขภาพ					
1) กำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และประชาชนทั่วไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานตามเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus และยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย					
2) ส่งเสริมการประชามในหมู่บ้านเพื่อวิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวานในหมู่บ้านหรือชุมชน					

ประเด็นกิจกรรมในการพัฒนา	ระดับความเหมาะสม และเป็นไปได้				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3) สนับสนุนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่นๆ					
4) พัฒนาระบบการสื่อสารนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้ภาคีเครือข่าย และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน					
1.2 การพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
1) ส่งเสริมการกำหนดโครงสร้างกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้าน และชุมชน					
2) ส่งเสริมการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพ					
3) ส่งเสริมการคัดเลือกประธานกลุ่มหรือชมรม และคณะกรรมการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ					
4) พัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
5) ส่งเสริมและสนับสนุนให้คณะกรรมการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพแสดงบทบาทตามที่ได้รับมอบหมาย					
6) สนับสนุนงบประมาณและวัสดุในการส่งเสริมสุขภาพให้กลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพโดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					
7) ส่งเสริมการรับสมัครสมาชิกชมรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					
1.3 การพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ ทุกหมู่บ้าน และทุกชุมชน					
2) ส่งเสริมกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพในการจัดการสุขภาพเป็นองค์กรนำในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านและชุมชน					
3) พัฒนาระบบสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับ					

ประเด็นกิจกรรมในการพัฒนา	ระดับความเหมาะสม และเป็นไปได้				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
โรคเบาหวาน ผ่านเสียงตามสาย หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน และวิทยุชุมชน					
4) ส่งเสริมการเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน					
5) ส่งเสริมการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน ทั้งผู้ใหญ่ เด็ก และเยาวชน					
6) ส่งเสริมการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทเป็นหุ้นส่วนหรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ					
7) ส่งเสริมอำนาจประชาชนโดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทเต็มในการตัดสินใจ การบริหารงาน และการดำเนินกิจกรรมใดๆ โดยการสนับสนุนจากภาครัฐ					
1.4 การพัฒนาการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
1) สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพในทุกหมู่บ้าน ทุกชุมชน					
2) พัฒนาระบบการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน					
3) พัฒนาระบบการติดตามผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
4) พัฒนาระบบการประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
5) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
6) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนกับชมรมสร้างสุขภาพที่มีผลงานดีเด่น					
7) สนับสนุนการขยายเครือข่ายชมรมการจัดการสุขภาพออกไปยังหมู่บ้าน และชุมชนอื่น					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมรูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสารสนเทศอำเภอ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ประเด็นกิจกรรมในการพัฒนา	ระดับความเหมาะสม และเป็นไปได้				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2. รูปแบบการพัฒนาด้านการจัดการสุขภาพ					
2.1 การพัฒนาด้านการควบคุมอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
1) พัฒนาทักษะการวางแผนการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการควบคุมอาหาร					
2) พัฒนาทักษะการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม มีความสมดุล					
3) ส่งเสริมการรับประทานอาหารเช้า และการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ					
4) ส่งเสริมการรับประทานอาหารผักและผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน					
5) ส่งเสริมการควบคุมปริมาณอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล					
6) ส่งเสริมการไม่รับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันทอดซ้ำ					
7) ส่งเสริมการไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม					
8) ส่งเสริมการลด ไขมัน และเลิกการดื่มสุรา					
9) พัฒนาการประชาสัมพันธ์ และการรณรงค์การรับประทานอาหารที่เหมาะสม สมดุลและเพียงพอผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง					
10) พัฒนาระบบการติดตาม และการประเมินการรับประทานอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง					
2.2 การพัฒนาด้านการออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
1) พัฒนาทักษะการวางแผนออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายได้อย่างถูกต้องกับเพศ และวัย					
2) พัฒนาทักษะการเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม					
3) ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง					
4) ส่งเสริมการใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละประมาณ 30 นาทีหรือวันละอย่างน้อย 30 นาที					
5) ส่งเสริมการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง					

ประเด็นกิจกรรมในการพัฒนา	ระดับความเหมาะสม และเป็นไปได้				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3. รูปแบบการพัฒนาด้านศักยภาพของบุคคล					
3.1 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
1) พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง					
2) ส่งเสริมการเรียนรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน					
3) ส่งเสริมการเรียนรู้วิธีการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน					
4) รณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง					
5) กำหนดนโยบายให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา					
3.2 การพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
1) ส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน					
2) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน					
3) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การป้องกันการโรคเบาหวาน					
4) ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน					
5) ส่งเสริมการรับรู้สภาพร่างกายของตนเองที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน					
6) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและความคุมโรคเบาหวาน					
3.3 การพัฒนาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
1) พัฒนาทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
2) ส่งเสริมการได้รับอิทธิพลจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน					
3) พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเป็นโรคเบาหวาน					
3.4 การพัฒนาด้านอารมณ์และความเครียดประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					

ประเด็นกิจกรรมในการพัฒนา	ระดับความเหมาะสม และเป็นไปได้				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
4. รูปแบบการพัฒนาการสนับสนุนทางสังคม					
4.1 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
1) พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการให้การสนับสนุนทางสังคมให้แก่บุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
2) ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
3) ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีการสนับสนุนทางด้านการประเมินแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
4) พัฒนาระบบการคืนข้อมูลข่าวสารให้แก่บุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
5) ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีการสนับสนุนเครื่องมือ และอุปกรณ์แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
4.2 การพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
1) กำหนดนโยบายในการผลิตผู้ดูแลระบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานอำเภอละ 1 คน และนักจัดการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการสาธารณสุขแห่งละ 1 คน รวมทั้งผลิตนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง					
2) พัฒนาศักยภาพแก่ผู้รับผิดชอบงานตามข้อ 1) ด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการโรคเบาหวาน และการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจตามหลักสูตรสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข					
3) พัฒนาระบบการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและข้อมูลสถานการณ์ แนวโน้มโรคเบาหวาน การให้คำแนะนำและชักจูงประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการปฏิบัติตนเองเพื่อการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียด					

ประเด็นกิจกรรมในการพัฒนา	ระดับความเหมาะสม และเป็นไปได้				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
4) พัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย					
5) พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการระหว่างครัวเรือนกับสถานบริการสาธารณสุข					
6) พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และให้คำแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง					
7) ประเมินมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาล รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ตามเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus					
8) กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ในการวัดผลของการดำเนินงานตามนโยบาย เช่น ร้อยละของหมู่บ้านและชุมชนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำผลการดำเนินการบรรลุตัวชี้วัดสนับสนุนขวัญกำลังใจสำหรับสำหรับบุคลากรที่มีผลงานดีเด่น					
4.3 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน					
1) กำหนดนโยบายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปปฏิบัติในทุกหมู่บ้านและทุกชุมชน โดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
2) ส่งเสริมการสร้างและพัฒนาเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ					
3) พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพทุกหมู่บ้าน อสม. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					
4) ส่งเสริมการเรียนรู้และมีส่วนร่วมการวิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวานในหมู่บ้าน และชุมชน					
5) ส่งเสริมการวางแผนกลยุทธ์แบบมีส่วนร่วมโดยกำหนดกลยุทธ์หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสาธารณสุข ของทุกอำเภอ จังหวัดขอนแก่น					

ประเด็นกิจกรรมในการพัฒนา	ระดับความเหมาะสม และเป็นไปได้				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
6) ส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจในชุมชน โดยการร่วมแรงร่วมใจ ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการกำหนดกฎกติกามาตรการทางสังคม หรือนโยบาย สาธารณะของหมู่บ้านและชุมชน					
7) ส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อเอื้อต่อการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
8) พัฒนาการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง					
9) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมการประกวด และประเมินมาตรฐานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					
10) พัฒนาระบบการกำกับและติดตามผลการดำเนินงาน					
11) ส่งเสริมให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หมู่บ้านที่ประสบผลสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน					

ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มเติมรูปแบบการพัฒนาด้านการสนับสนุนทางสังคม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณอย่างสูง
นายถนัด จำกลาง

ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่อง สนนากลุ่ม และประเมินรูปแบบพัฒนา



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถามการวิจัย จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1. ผศ.ดร.กัลยา กุลสุวรรณ วุฒิการศึกษา ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต (ภาษาไทย) ประธานหลักสูตรภาษาไทยและวรรณกรรมไทย คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา
2. ผศ.ดร.ไพศาล วรรณคำ วุฒิการศึกษา การศึกษาคุษฎีบัณฑิต (วิจัยและประเมินผลการศึกษา) อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ การวัดและประเมินผล
3. ดร.ลำพูน เสนาวัง วุฒิการศึกษา ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต (ยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค) สาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาการจัดการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
4. ดร.สุทิน ชนะบุญ วุฒิการศึกษา ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
5. ดร.ประทีป กาลเขว้า วุฒิการศึกษา ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต (การวัดและประเมินผลการศึกษา) อาจารย์ประจำวิชาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัยและชีวสถิติ ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร เป็นผู้เชี่ยวชาญการวัดและประเมินผล

**รายชื่อผู้เชี่ยวชาญร่วมวิพากษ์รูปแบบการจัดการจัดการ
สุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น (สนทนากลุ่ม)**

ตารางที่ ๑.1

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญร่วมวิพากษ์รูปแบบการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน
1	นายพิชิต แสนเสนา	สาธารณสุขอำเภอชำสูง สสอ.ชำสูง
2	พญ.คุณันท์ จิรวินุสย์	อายุรแพทย์ รพ.ชุมแพ
3	นางปราณี ธนพงศ์เดชะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ชุมแพ
4	ภญ.อนุสรรา คำพร	เภสัชกรปฏิบัติการ รพ.ชุมแพ
5	นายทรงเดช ยศจำรัส	นักวิชาการสาธารณสุข รพ.ชุมแพ
6	นางอภัยรพร สินจัตุรัส	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
7	นายเรืองฤทธิ์ ทองศรี	ปลัด อบต.นาหนองทุ่ม อ.ชุมแพ
8	นางพิลทอง สุขประเสริฐ	ผอ.รพ.สต.บ้านโคกม่วง ตำบลข้าวเรียง สสอ.ชุมแพ
9	ดร.ประภาพรณ โคมหอม	ผอ.รพ.สต.ตำบลโนนฆ้อง สสอ.บ้านฝาง
10	นางทองใส เอ็นหยอง	ผอ.รพ.สต.ตำบลยางคำ สสอ.หนองเรือ
11	นางยุภารักษ์ พรมนอก	อสม.ดีเด่นระดับชาติสาขาควบคุมโรคไม่ติดต่อ อ.หนองเรือ
12	นายคำรง ขุนน้อย	ประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน อ.ชุมแพ
13	นางทองคูณ ขุนน้อย	ญาติประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน อ.ชุมแพ

(ต่อ)

**รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการจัดสุขภาพประชาชน
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น**

ตารางที่ ง.2

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
จังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง / หน่วยงาน
1	นายแพทย์อัครเดช บำรุง	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
2	นางกมลลา วัฒนา ยิ่งเจริญชัย	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
3	นายแพทย์วิบูลย์ศักดิ์ วุฒิธนะโชติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
4	ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
5	นางอักษรพร สินจตุรัส	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
6	นายสุริยันต์ สุเพ็งคำภา	สาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น
7	ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
8	นางทองใส เอ็นหยอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ

ภาคผนวก

ความสอดคล้องของข้อกำหนดกับวัตถุประสงค์การวิจัย ค่าความเที่ยงและ
ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามและผลการวิเคราะห์ด้วยสมการ
โครงสร้างเชิงเส้น

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. เพศของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. สถานภาพสมรสของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5. อาชีพหลักของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่าน.....คน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ระยะเวลาที่ท่านเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปี (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป อยู่ ระหว่าง100-125 มิลลิกรัม /เดซิลิตร)	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
8. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	1	0	1	1	1	0.8	ใช้ได้

ตอนที่ 3 ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลผลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

3.1 ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

3.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผลประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. เบาหวานเป็นความผิดปกติของตับอ่อนที่สร้างอินซูลินไม่ได้หรือไม่เพียงพอต่อร่างกาย	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. เบาหวานเป็นความผิดปกติที่ถ่ายทอดได้ทางกรรมพันธุ์	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. การวินิจฉัยเป็นเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (8 ชั่วโมงขึ้นไป) เท่ากับหรือมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	1	1	1	1	0	0.8	ใช้ได้
5. อาการของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะจำนวนมากและบ่อยครั้ง คิมน้ำมาก หิวบ่อย และน้ำหนัลด	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
6. จุดประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญ คือการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
7. ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมากๆมีโอกาทำให้เกิดอาการโคม่า ช็อคและถึงแก่ชีวิตได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
8. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาได้ด้วยตนเอง	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
9. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

(ต่อ)

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
10. ผู้ป่วยเบาหวานมักจะเป็นแผลที่เท้าและรักษาหายยาก	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
11. ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
12. โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
13. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหารทุกอย่างได้เหมือนคนปกติ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
14. การวินิจฉัยเบาหวานได้แต่แรกเริ่มช่วยให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น และช่วยชะลอภาวะแทรกซ้อน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
15. ถ้ามีอาการปกติไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้

3.1.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. คนอ้วนเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนไม่อ้วน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. คนที่มีความเครียดเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานมากกว่าคนที่ไม่เครียด	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. การรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดต้องใช้สมุนไพรร่วมด้วย	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลทุกวันก็ได้	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
5. ถ้ารับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้วไม่ต้องควบคุมอาหารก็ได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
6. ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่มเพราะการทำกิจวัตรประจำวันก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
7. การงดรับประทานขนมหวานจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
8. การรับประทานยาโรคเบาหวานตามที่แพทย์สั่งเป็นเวลานานๆ ทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
9. การจำกัดอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ผลไม้หวานเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

(ต่อ)

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
10. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถมีชีวิตได้ปกติถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
11. ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไปจะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
12. คนที่มีเป็นเบาหวานระยะเวลานานๆจะทำให้เป็นโรคไตวายได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
13. คนที่เป็นเบาหวานถ้าไม่ดูแลความสะอาดของผิวหนังให้ดี จะทำให้เกิดการติดเชื้อที่ผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ได้ง่าย	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
14. คนที่เป็นเบาหวานหากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีมีโอกาสเป็นโรคจอประสาทตาเสื่อม หรือตาบอดได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
15. คนที่เป็นเบาหวาน เวลาเป็นแผลจะรักษาหายยากถ้าเป็นแผลที่เท้าอาจลุกลามจนต้องตัดขาได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
16. คนที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
17. คนที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
18. คนที่เป็นเบาหวานนานๆมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
19. คนที่เป็นเบาหวานมีผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
20. โรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

(ต่อ)

3.1.3 ภาวะอารมณ์และความเครียด

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. ท่านมีความวิตกกังวลเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. ท่านมีความเครียดเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. ท่านรู้สึกหงุดหงิดและอารมณ์เสียบ่อยจากการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. ท่านมีความโกรธเมื่อรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	1	0	1	1	1	0.8	ใช้ได้
5. ท่านยอมรับสภาพที่ตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
6. เมื่อมีความเครียด หรือเป็นทุกข์ท่านจะมีความเศร้าหรือวิตกกังวล	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ท่านรู้สึกเป็นสุขและพอใจในสภาพที่ตนเองเป็นอยู่	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
8. ท่านนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือเรื่องอื่นๆ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

(ต่อ)

3.1.4 ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. ท่านรู้สึกว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
2. ท่านรู้สึกว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
3. ท่านรู้สึกว่าการควบคุมอารมณ์และความเครียดเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
4. ท่านจะควบคุมอาหารตามที่สมาชิกครอบครัวแนะนำ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5. ท่านจะออกกำลังกายตามที่สมาชิกครอบครัวแนะนำ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
6. ท่านจะควบคุมอารมณ์และความเครียดตามที่สมาชิกครอบครัวแนะนำ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ท่านจะควบคุมอาหารตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
8. ท่านจะออกกำลังกายตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
9. ท่านจะควบคุมอารมณ์และความเครียดตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
10. ท่านวางแผนควบคุมอาหาร	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
11. ท่านวางแผนการออกกำลังกาย	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
12. ท่านวางแผนควบคุมอารมณ์และความเครียด	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
13. ท่านมั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุมอาหารเป็นประจำได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
14. ท่านมั่นใจว่าตนเองสามารถออกกำลังกายเป็นประจำได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
15. ท่านมั่นใจว่าตนเองในการควบคุมอารมณ์และความเครียดเป็นประจำได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

(ต่อ)

3.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

3.2.1 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. บุคคลในครอบครัวเอาใจใส่ท่านมากขึ้นหลังจากท่านเป็น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารการรับประทานยาการออกกำลังกายและการดูแล สุขภาพทั่วไป	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. บุคคลในครอบครัวอำนวยความสะดวกในการพาท่านไป รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. บุคคลในครอบครัวคอยดูแลเตือนท่านให้ปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนท่านในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
6. บุคคลในครอบครัวคอยให้กำลังใจทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ สบายใจ และปลอดภัย	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
7. บุคคลในครอบครัวสนใจซักถามรับฟังปัญหาเรื่องการ เจ็บป่วย	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
8. บุคคลในครอบครัวเคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหือแค้น และ หมดกำลังใจ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
9. เมื่อท่านมีอาการไม่สบายหรืออาการของโรคกำเริบท่านมี บุคคลในครอบครัว คอยช่วยเหลือดูแล	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
10. บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือท่านในเรื่องค่าใช้จ่ายในการ รักษาและสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

(ต่อ)

3.2.2 ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคลากรสาธารณสุข	1	1	1	1	1	0.6	ใช้ได้
2. บุคลากรด้านสาธารณสุขได้จัดหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานในรูปแบบต่างๆ เช่นเอกสาร แผ่นพับ สื่อต่างๆ เพื่อให้ท่านได้รับทราบและปฏิบัติตาม	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. ท่านได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อท่านมีปัญหาสงสัย	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. ท่านได้รับความสะดวกในการมารับการตรวจรักษาและได้รับการช่วยเหลือด้านอื่นๆที่จำเป็นจากบุคลากรสาธารณสุข	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5. ท่านได้รับการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนด้านต่างๆ เช่นตา, เท้า, ไต, ไขมันในหลอดเลือดจากบุคลากรสาธารณสุข	1	0	1	1	1	0.8	ใช้ได้
6. เมื่อท่านมีภาวะวิกฤติจากอาการของโรคท่านได้รับการดูแล เอาใจใส่อย่างเร่งด่วนจากบุคลากรสาธารณสุข	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ท่านได้รับคำชมและการให้กำลังใจจากบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติตามคำแนะนำ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
8. ท่านได้รับการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
9. ท่านได้รับคำแนะนำและเสนอแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่านจากบุคลากรสาธารณสุข	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
10. ท่านได้รับทราบข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของตนเองอย่างครบถ้วน จากบุคลากรสาธารณสุข	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

(ต่อ)

3.2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. ท่านได้รับความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลใกล้ชิดและคนในชุมชน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. หน่วยงานในชุมชนของท่าน เช่น เทศบาล หรือ อบต. มีการจัดกิจกรรมสนับสนุน ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. ท่านได้รับข่าวสาร ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากหน่วยงานในชุมชน	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
4. บุคคลในชุมชน เช่น อสม. กลุ่มผู้นำต่างๆมีส่วนช่วยท่านในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5. หน่วยงานในชุมชนคอยอำนวยความสะดวกช่วยเหลือพาท่านมารักษาที่ รพ.สต.หรือโรงพยาบาลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน หรือโรคอื่นๆ	1	0	1	1	0	0.6	ใช้ได้
6. หน่วยงานต่างๆ และชุมชน ให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน	1	0	1	1	0	0.6	ใช้ได้
7. หน่วยงานต่างๆ และชุมชนให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากรเพื่อส่งเสริมในการจัดระบบบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน	1	0	1	1	0	0.6	ใช้ได้

(ต่อ)

3.3 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
 3.3.1 นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. สสอ. และ รพ.สต.มีการประชุมประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาโรคเบาหวานในหมู่บ้านของท่าน	1	1	1	1	0	0.8	ใช้ได้
2. สสอ. และ รพ.สต.มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหมู่บ้านของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. สสอ. และ รพ.สต.มีการวางแผนแก้ปัญหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหมู่บ้านของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. สสอ. และ รพ.สต.ประสานขอรับงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหมู่บ้านของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5. สสอ. และ รพ.สต.สื่อสารนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

(ต่อ)

3.3.2 ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. สสอ. และ รพ.สต.มีการกำหนดโครงสร้างกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. สสอ. และ รพ.สต.มีกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสร้างสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. สสอ. และ รพ.สต.มีการคัดเลือกประธานกลุ่มหรือชมรมคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. สสอ. และ รพ.สต.มีการอบรมคณะกรรมการในการจัดการสร้างสุขภาพในหมู่บ้านของท่าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5.คณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพมีการดำเนินงานสร้างสุขภาพตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
6. ชมรมสร้างสุขภาพได้รับงบประมาณและวัสดุที่สนับสนุนอย่างเพียงพอในการส่งเสริมสุขภาพ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ชมรมสร้างสุขภาพเปิดรับสมัครสมาชิกอย่างต่อเนื่อง	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้

(ต่อ)

3.3.3 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมจัดการสุขภาพ

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. สสอ. และ รพ.สต.ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ประชาชน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. สสอ. และ รพ.สต.เปิดให้ท่านแสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	1	1	1	1	0	0.8	ใช้ได้
3. สสอ. และ รพ.สต.เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. สสอ. และ รพ.สต.เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมของการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5. สสอ. และ รพ.สต.มีการเสริมอำนาจประชาชนโดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทเต็มในการตัดสินใจจัดการปัญหาสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน	1	1	1	1	0	0.8	ใช้ได้

(ต่อ)

3.3.4 การควบคุมการจัดการสุขภาพ

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. สสอ. และ รพ.สต.มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมที่เสี่ยง	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. สสอ. และ รพ.สต.มีการติดตามผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. สสอ. และ รพ.สต.มีการประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. สสอ. และ รพ.สต.มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยกัน	1	1	1	0	1	0.8	ใช้ได้
5. สสอ. และ รพ.สต.ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการปัญหาโรคเบาหวานกับชมรมจัดการสุขภาพที่มีผลงานดีเด่น	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
6. สสอ. และ รพ.สต.ส่งเสริมให้ชมรมมีการผลการจัดการโรคเบาหวานไปยังเครือข่ายชมรมการจัดการสุขภาพอื่นๆ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

(ต่อ)

ตอนที่ 4 การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคผู้ป่วยเบาหวาน

1. การควบคุมอาหาร

ตารางที่ จ.1 (ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวานหรือผลไม้รสหวาน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงได้	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มจัด	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. ท่านควบคุมการรับประทานอาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าว ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว หรืออื่น ๆ ในปริมาณที่พอเหมาะ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5. ท่านรับประทานผักชนิดต่าง ๆ ทุกวัน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
6. ท่านหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ทุกวัน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
8. ท่านรับประทานอาหารเช้าทุกครั้งเมื่อรู้สึกหิว	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
10. ท่านรับประทานอาหารตามความต้องการ โดยไม่จำกัดปริมาณ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

(ต่อ)

2. การออกกำลังกาย

ตารางที่ จ.1 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. ท่านสามารถทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2. ท่านเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายของตนเอง	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. ท่านออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาทีได้อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายที่กลุ่มต่างๆ ในชุมชนจัดขึ้น	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5. ท่านขอคำแนะนำจากผู้อื่นเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
6. ท่านเริ่มต้นออกกำลังกายทีละน้อยแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว การรำไม้พลอง การปั่นจักรยาน การแกว่งแขน หรือการบริหารอื่นๆ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
8. ท่านไม่ออกกำลังกายขณะหิวหรืออิม	1	1	-1	1	1	0.6	ใช้ได้
9. เมื่อท่านจะเลิกออกกำลังกายท่านจะต้องอบอุ่นร่างกายโดยการลดความแรงลงให้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที	1	1	1	1	0	0.8	ใช้ได้

(ต่อ)

3. การควบคุมอารมณ์และความเครียด

ตารางที่ จ.1 (ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. เมื่อมีปัญหาที่ท่านสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองเสมอ	1	1	0	1	1	0.8	ใช้ได้
2. ท่านปรึกษาหารือ พุดคุยกับผู้ที่ไว้วางใจเมื่อมีความวิตกกังวล	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
3. ท่านทำจิตใจให้สงบ โดยการเข้าวัด ฟังธรรมสวดมนต์ ไหว้พระ หรือนั่งสมาธิ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
4. เมื่อท่าน โกรธหรือโมโหท่านจะระบายความรู้สึกกับผู้ที่ใกล้ชิดที่ไว้วางใจจนอารมณ์ดีขึ้น	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
5. เมื่อท่านมีความเครียดท่านพุดคุยปรึกษากับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานด้วยกัน	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
6. เมื่อมีความเครียดท่านพุดคุยปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ท่านชอบทำงานอดิเรกเช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลงเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
8. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือการกินยานอนหลับ	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
9. เมื่อมีความเครียดท่านสามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิดในแง่ดีเพื่อให้ตนเองผ่อนคลายความเครียด	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
11. เมื่อเผชิญกับข้อขัดแย้งในครอบครัวแล้วทำให้ท่านเครียดและท่านมักเดินออกไปจากเหตุการณ์นั้นเพื่อผ่อนคลายความเครียด	1	1	1	1	0	0.8	ใช้ได้
10. ผ่อนคลายความเครียด โดยใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

(ต่อ)

ตอนที่ 5 แบบสอบถามปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดการสุขภาพ

ตารางที่ จ.1(ต่อ)

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					IOC	สรุปผล ประเมิน
	1	2	3	4	5		
1. ปัญหาในการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกัน							
โรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง							
1.1 ด้านการควบคุมอาหาร	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
1.2 ด้านการออกกำลังกาย	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
1.3 ด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2 ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการจัดการสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน							
2.1 ด้านการควบคุมอาหาร	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2.2 ด้านการออกกำลังกาย	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้
2.3 ด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด	1	1	1	1	1	1	ใช้ได้

ภาคผนวก ฉ

ค่าความเที่ยงและอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

1. ค่าความเที่ยง และค่าอำนาจจำแนกรายชื่อของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1.1 ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน

ตารางที่ จ.1

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน

ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k1	.25
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k2	.25
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k3	.20
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k4	.40
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k5	.30
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k6	.20
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k7	.20
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k8	.25
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k9	.25
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k10	.50
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k11	.20
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k12	.20
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k13	.20
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k14	.20
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ข้อ k15	.30

2. ค่าความเที่ยง และอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามที่วัดด้วยมาตรวัดประมาณค่า

2.1 ค่าความเที่ยงทั้งชุดของแบบสอบถามที่วัดด้วยมาตรวัดประมาณค่า

2.2. ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามที่วัดด้วยมาตรวัดประมาณค่า

ตารางที่ จ.2

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามที่วัดด้วยมาตรวัดประมาณค่า

ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b1	.396
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b2	.395
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b3	.330
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b4	.362
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b5	.368
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b6	.373
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b7	.345
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b8	.351
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b9	.464
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b10	.463
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b11	.406
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b12	.439
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b13	.452
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b14	.400
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b15	.408
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b16	.443
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b17	.367
ความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ b18	.373
อารมณ์และความเครียด ข้อ e1	.371
อารมณ์และความเครียด ข้อ e2	.427

(ต่อ)

ตารางที่ จ.2 (ต่อ)

ชื่อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
อารมณ์และความเครียด ข้อ e3	.440
อารมณ์และความเครียด ข้อ e4	.467
อารมณ์และความเครียด ข้อ e5	.437
อารมณ์และความเครียด ข้อ e6	.376
อารมณ์และความเครียด ข้อ e7	.443
อารมณ์และความเครียด ข้อ e8	.346
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i1	.564
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i2	.577
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i3	.528
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i4	.505
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i5	.511
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i6	.476
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i7	.524
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i8	.494
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i9	.452
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i10	.478
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i11	.512
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i12	.448
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i13	.419
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i14	.478
ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อ i15	.508
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ข้อ fp1	.749
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ข้อ fp2	.717
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ข้อ fp3	.685
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ข้อ fp4	.692
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ข้อ fp5	.667
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ข้อ fp6	.636

(ต่อ)

ตารางที่ น.2 (ต่อ)

ชื่อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ข้อ fp7	.641
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ข้อ fp8	.365
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ข้อ fp9	.591
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ข้อ fp10	.569
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ hp1	.646
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ hp2	.650
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ hp3	.685
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ hp4	.666
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ hp5	.590
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ hp6	.642
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ hp7	.670
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ hp8	.651
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ hp9	.636
ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข ข้อ hp10	.647
การมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อ cp1	.561
การมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อ cp2	.615
การมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อ cp3	.655
การมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อ cp4	.606
การมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อ cp5	.609
การมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อ cp6	.643
การมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อ cp7	.640
นโยบายส่งเสริมสุขภาพ ข้อ po1	.719
นโยบายส่งเสริมสุขภาพ ข้อ po2	.784
นโยบายส่งเสริมสุขภาพ ข้อ po3	.775
นโยบายส่งเสริมสุขภาพ ข้อ po4	.766
นโยบายส่งเสริมสุขภาพ ข้อ po5	.772
ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ข้อ ep1	.705

(ต่อ)

ตารางที่ ๓.2 (ต่อ)

ชื่อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ข้อ ep2	.682

ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ข้อ ep3	.652
ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ข้อ ep4	.636
ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ข้อ ep5	.614
ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ข้อ ep6	.561
ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ข้อ ep7	.533
ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ข้อ ep8	.580
ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ข้อ ep9	.618
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ pp1	.669
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ pp2	.686
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ pp3	.682
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ pp4	.673
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ pp5	.703
การควบคุมนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ mc1	.650
การควบคุมนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ mc2	.666
การควบคุมนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ mc3	.678
การควบคุมนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ mc4	.665
การควบคุมนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ mc5	.627
การควบคุมนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ข้อ mc6	.610
การควบคุมอาหาร ข้อ fc1	.538
การควบคุมอาหาร ข้อ fc2	.536
การควบคุมอาหาร ข้อ fc3	.574
การควบคุมอาหาร ข้อ fc4	.603
การควบคุมอาหาร ข้อ fc5	.483
การควบคุมอาหาร ข้อ fc6	.453
การควบคุมอาหาร ข้อ fc7	.361
การควบคุมอาหาร ข้อ fc8	.356
การควบคุมอาหาร ข้อ fc9	.315

(ต่อ)

ตารางที่ น.2 (ต่อ)

ชื่อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
การควบคุมอาหาร ข้อ fc10	.427
การออกกำลังกาย ข้อ pe1	.640

การออกกำลังกาย ข้อ pe2	.670
การออกกำลังกาย ข้อ pe3	.615
การออกกำลังกาย ข้อ pe4	.649
การออกกำลังกาย ข้อ pe5	.657
การออกกำลังกาย ข้อ pe6	.668
การออกกำลังกาย ข้อ pe7	.592
การออกกำลังกาย ข้อ pe8	.528
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec1	.571
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec2	.566
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec3	.467
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec4	.437
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec5	.426
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec6	.504
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec7	.410
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec8	.302
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec9	.412
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec10	.410
การควบคุมอารมณ์และความเครียด ข้อ ec11	.249





ภาคผนวก ช

ภาพถ่ายการสนทนากลุ่ม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



ภาพที่ ข.1 สมาชิกสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัย



ภาพที่ ข.2 นำเสนอโครงการอีกมุมหนึ่งนำเสนอผลการวิจัยระยะที่ 1



ภาพที่ ข.3 นำเสนอปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปลตามผู้นำสนทนากลุ่มกล่าววัตถุประสงค์ และนำการและร่างรูปแบบการพัฒนาสนทนา



ภาพที่ ข.4 ประธานกล่าวเปิดการสนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงาน สสจ.ขอนแก่น กล่าวเพิ่มเติมประเด็นในรูปแบบการพัฒนา



ภาพที่ ข.5 ผู้รับผิดชอบงาน รพ.ชุมแพ อภิปรายปัญหาและให้ผอ.รพ.สต.ตำบลยางคำ อภิปรายนโยบาย ส่งเสริมข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในรูปแบบการพัฒนาสุขภาพและการและการขับเคลื่อน นโยบาย



ภาพที่ ข.6 อายุรแพทย์ รพ.ชุมแพ อภิปรายและเพิ่มประเด็น ผอ.รพ.สต.บ้าน โคกม่วง กล่าวถึงการ ปรับเปลี่ยนปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน



ภาพที่ ข.7 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงกล่าวถึงการปฏิบัติตัวเอง อสม.ดีเด่น กล่าวถึงบทบาท อสม.ในการปรับเปลี่ยนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในชุมชนที่ประสบผลสำเร็จ



ภาพที่ ข.8 ปลัด อบต.นาหนองทุ่ม กล่าวถึงการสนับสนุนนักวิชาการสาธารณสุข กล่าวถึงปัญหาและข้อเสนอในงบประมาณในการสร้างสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ภาคผนวก ซ

หนังสือขอความอนุเคราะห์



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



ที่ รศรป. ว ๐๕๗/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๕๐๐๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร.สุทิน ชนะบุญ อาจารย์ประจำภาควิชาสาธาณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธรขอนแก่น

ด้วย นายถนัด จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชา
รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”
เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย คณะรัฐศาสตร์และรัฐ
ประศาสนศาสตร์ จึงขอส่งเอกสารดังกล่าว เพื่อให้ท่าน

- ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา
- ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล
- ตรวจสอบด้านสถิติและการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิ์สิงห์)

รองคณบดี รักษาราชการแทน

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๕๗/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๕๐๐๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร.ประทีป กาลเขว้า อาจารย์ประจำภาควิชาสาธาณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธรขอนแก่น

ด้วย นายณัฐ จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขารัฐ
ประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น” เพื่อให้
การวิจัยดำเนิน ไปด้วยความเรียบร้อยบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย คณะรัฐศาสตร์และรัฐ
ประศาสนศาสตร์ จึงขอส่งเอกสารดังกล่าว เพื่อให้ท่าน

- ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา
- ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล
- ตรวจสอบด้านสถิติและการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน
ด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิ์สิงห์)

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๘๗/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย
เรียน ดร.ลำพูน เสนาวัง สาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วย นายถนิต จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๘๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชา
รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”
เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย คณะรัฐศาสตร์และรัฐ
ประศาสนศาสตร์ จึงขอส่งเอกสารดังกล่าว เพื่อให้ท่าน

- ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา
- ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล
- ตรวจสอบด้านสถิติและการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิ์สิงห์)

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ที่ รศรป. ว๐๒๒ /๒๕๖๐

วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล วรรณคำ

ด้วยนายถนัด จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขา
รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”
เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามจึงขอเรียนเชิญ
ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาการวิจัย

เพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา

ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล

ตรวจสอบด้านสถิติและการวิจัย

อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิ์สิงห์)

รองคณบดี รักษาราชการแทน

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ที่ รศรป. ว๐๒๒ /๒๕๖๐

วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัลยา กุลสุวรรณ

ด้วยนายณัฏ จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๙๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น” เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามจึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาการวิจัย

- เพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษา
- ตรวจสอบด้านการวัดและประเมินผล
- ตรวจสอบด้านสถิติและการวิจัย
- อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิติ โพธิ์สิงห์)

รองคณบดี รักษาราชการแทน

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์



ที่ รศรป. ว ๐๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๕๐๐๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ด้วย นายฉันท จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงขออนุญาตจากท่านให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ในกลุ่มตัวอย่าง ประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ในพื้นที่รับผิดชอบ ของท่าน จำนวน ๕๒๐ คน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน ด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิ์สิงห์)

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๕๕/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๕๐๐๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอ.....

ด้วย นายถนิต จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๕๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงขออนุญาตจากท่านให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ในกลุ่มตัวอย่าง ประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ในพื้นที่รับผิดชอบ ของท่าน จำนวนคน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิ์สิงห์)

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๓๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๕๐๐๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน สาธารณสุขอำเภอชุมแพ

ด้วย นายถนัดจำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงขออนุญาตจากท่านให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทดสอบเครื่องมือวิจัย ในกลุ่มตัวอย่าง ประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ในพื้นที่รับผิดชอบ ของท่าน จำนวน ๔๐ คน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน ด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิ์สิงห์)

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๕๐๐๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ด้วย นายถนิต จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงขออนุญาตจากท่านให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในพื้นที่รับผิดชอบ ของท่าน จำนวน ๑๐ คน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน ด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิ์สิงห์)

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการจัดการจัดการสุขภาพ
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ด้วยนายณัฐ จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงขออนุญาตจากท่าน ให้ นางอักษรพร สีนัจจรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เข้าร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการจัดการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ เวลา ๙.๐๐ -๑๖.๓๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาส)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบเชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการจัดการจัดการสุขภาพ
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาหนองทุ่ม

ด้วยนายณัฏ จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงขอ อนุญาตจากท่าน ให้ นายเรืองฤทธิ์ ทองศรี ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาหนองทุ่ม เข้าร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการจัดการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ เวลา ๙.๐๐ -๑๖.๓๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาส)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมแพ

ด้วยนายถนัด จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงขออนุญาตจากท่าน ให้ผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ ๑) พญ.คณนันท จิรวินุลย์ ตำแหน่ง อายุรแพทย์ ๒) นางปราณี ชนพงศ์เดช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ๓) ภญ.อนุสรฯ คำพร ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ และ ๔) นายทรงเดช ยศจำรัส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข เข้าร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ เวลา ๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาศ)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการจัดการจัดการสุขภาพ
เรียน สาธารณสุขอำเภอชุมแพ

ด้วยนายณัฐ อ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขา
รัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ
ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดการจัดการ
สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึง
ขออนุญาตจากท่าน ให้ผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ ๑) นางพิลทอง สุขประเสริฐ ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต.บ้าน โลก
ม่วง ตำบลข้าวเรียง ๒) นายดำรง ขุนน้อย บ้านเลขที่ 100 ม. 6 ตำบลข้าวเรียง และ ๓) นางทองคุณ
ขุนน้อยบ้านเลขที่ ๑๐๐ ม. ๖ ตำบลข้าวเรียง เข้าร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการจัดการ
จัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ณ ห้องประชุมสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอชุมแพ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ เวลา ๙.๐๐ -๑๖.๓๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยุภาศ)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๓๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ
เรียน สาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง

ด้วยนายณัฐ จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขา
รัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ
ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการ
สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึง
ขออนุญาตจากท่าน ให้ นางประภาพรรณ โคมหอม ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต.ตำบลโนนฆ้อง อำเภอ
บ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ชุมแพ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ เวลา ๙.๐๐ -๑๖.๓๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยุภาศ)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการจัดการจัดการสุขภาพ
เรียน สาธารณสุขอำเภอชำสูง

ด้วย นายณัฐ จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึงขอเชิญท่าน เข้าร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการจัดการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ เวลา ๙.๐๐ -๑๖.๓๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาส)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๓๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ
เรียน สาธารณสุขอำเภอหนองเรือ

ด้วยนายณัฐ จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขา
รัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลาราชการ
ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการ
สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จึง
ขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญจากท่าน ดังนี้ ๑) นางทองใส เอ็นหยอง ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต.ตำบลยางคำ
อำเภอหนองเรือ และ ๒) นางยุภาภรณ์ พรหมนอก ตำแหน่ง อสม.ดีเด่นระดับชาติ สาขาควบคุม
โรคติดต่อ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เข้าร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการ
พัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ณ ห้องประชุม
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ เวลา ๘.๐๐ -๑๖.๓๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาศ)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๕๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพ
เรียน สาธารณสุขอำเภอชำสูง

ด้วย นายถนิต จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา
ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการ
จัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญ ร่วมสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการ
สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอชุมแพ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ เวลา ๙.๐๐ -๑๖.๓๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาศ)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๖๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๘ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นยื่นรูปแบบการวิจัย
เรียน นายแพทย์อัครชัย บำรุง

ด้วยนายณัฏ จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ ทางคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญอย่างยิ่งจึงขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นยื่นรูปแบบการวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปทำการวิจัยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาส)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๖๕/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัย

เรียน นางกมลลา วัฒนายิ่งเจริญชัย

ด้วยนายณัฏ จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ ทางคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญอย่างยิ่งจึงขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปทำการวิจัยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยุภาศ)

คณบดีบัณฑิตยคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๖๕/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัย
เรียน นายแพทย์วิบูลย์ศักดิ์ วุฒิธนะโชติ

ด้วยนายณัฏ จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา
ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการ
จัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ ทางคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ได้พิจารณาเห็นแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญอย่างยิ่งจึงขอเรียนเชิญเป็น
ผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปทำการวิจัยให้บรรลุตาม
วัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี
ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาส)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๖๕/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัย

เรียน นางอักษราพร สิ้นจตุรัส

ด้วยนายณัฏ จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ ทางคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญอย่างยิ่งจึงขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปทำการวิจัยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยุภาศ)

คณบดีบัณฑิตยคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๖๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นยื่นรูปแบบการวิจัย
เรียน ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์

ด้วยนายณัฏ จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ ทางคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญอย่างยิ่งจึงขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นยื่นรูปแบบการวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปทำการวิจัยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาส)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๖๘/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๘ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัย
เรียน อาจารย์ ดร.ประทีป กาลเขว่า

ด้วยนายณัฏ จ่ากลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ ทางคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญอย่างยิ่งจึงขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปทำการวิจัยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยุภาศ)

คณบดีบัณฑิตยคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๖๕/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัย
เรียน นายสุริยันต์ สุเพ็งคำภา

ด้วยนายณัฐ จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา
ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการ
จัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ ทางคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ได้พิจารณาเห็นแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญอย่างยิ่งจึงขอเรียนเชิญเป็น
ผู้เชี่ยวชาญ ในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปทำการวิจัยให้บรรลุตาม
วัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี
ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยุภาศ)

คณบดีบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕



ที่ รศรป. ว ๐๑๖๕/๒๕๖๐

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัย
เรียน นางทองใส เอ่นหนอง

ด้วยนายถนัด จำกลาง รหัสประจำตัว ๕๘๕๒๖๒๐๕๐๒๐๕ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ รูปแบบการศึกษานอกเวลา ราชการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น”

ในการนี้ ทางคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญอย่างยิ่งจึงขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิพากษ์และยื่นข้อเสนอรูปแบบการวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปทำการวิจัยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาส)

คณบดีบัณฑิตยคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
โทรศัพท์, โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๓๕๕๕

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สกุล	นายณัฐ จำกลาง
วัน เดือน ปี เกิด	4 มิถุนายน 2507
ที่อยู่ปัจจุบัน	70 ม. 3 บ้านเมืองเก่า ตำบลเมืองเก่าพัฒนา อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
ตำแหน่ง	สาธารณสุขอำเภอชุมแพ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	วิทยาศาสตรบัณฑิต (วทบ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. 2542	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สม.) สาขาวิชาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. 2546	นิติศาสตรบัณฑิต (นบ.) สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2561	รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต (รป.ด.) สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม