สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย

บทที่ 2
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เน้นการพัฒนารูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคนในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. แนวคิดวัฒนธรรมอีสาน และผู้หญิงอีสานวัยกลางคน
3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ : การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
5. บทเรียนที่ได้จากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
วันที่ - 4 ก.ค. 2555
เลขทะเบียน 246523
เลขเรียกหนังสือ

1. โรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการดำเนินโรคค่อนข้างยาวนาน ตั้งแต่ระยะก่อนการวินิจฉัย หรือในระยะหลังการวินิจฉัยโรคแล้ว ในระยะก่อนการวินิจฉัยอาการแสดงจะยังไม่ชัดเจน เมื่อร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงมีอาการแสดงต่าง ๆ เกิดขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เป็นอันตรายแก่ชีวิต ในที่นี้จะกล่าวถึง คำจำกัดความของโรคเบาหวาน การจำแนกประเภท การวินิจฉัยโรคเบาหวาน พยาธิสภาพของโรค อาการแสดง สาเหตุของการเกิดโรค ผลกระทบของโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน โดยนำเสนอตามแนวคิดของบุคลากรทางด้านสุขภาพและแนวคิดของผู้ป่วยรวมทั้งประชาชนทั่วไป

1.1 คำจำกัดความของโรคเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ ทั้งในภาคส่วนของบุคลากรด้านสุขภาพ และในภาคส่วนของผู้ป่วยรวมทั้งประชาชนทั่วไป ดังนี้

1.1.1 คำจำกัดความของโรคเบาหวานตามแนวคิดของบุคลากรด้านสุขภาพ

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยและการจำแนกประเภทโรคเบาหวาน (The Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ว่า เป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิสมซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ

ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์อินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน (American Diabetes Association [ADA], 2007) ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2006) อนึ่งนักวิชาการบุคลากรทางด้านสุขภาพของประเทศไทยก็ได้ให้คำจัดความไว้ไม่แตกต่างกัน (วิพร เสนารักษ์, 2541; กระทรวงสาธารณสุข, 2547; สุทิน ศรีอัษฎาพร, 2548) คือ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้มีการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ และการล้มเหลวของการทำงานอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท และหลอดเลือด ลักษณะอาการของโรคเบาหวานที่สำคัญ ได้แก่ กระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด ซึม หมดสติและตายได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา

จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานตามคำจำกัดความของบุคลากรสุขภาพนั้นจะมุ่งเน้นที่โรคและพยาธิสภาพของโรค คือ ภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติ ที่เกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้มีกลูโคสออกมาในปัสสาวะทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำ และน้ำหนักลด การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้เกิดความผิดปกติและการทำงานต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด

1.1.2 คำจำกัดความของโรคเบาหวานตามการรับรู้ของผู้ป่วยรวมทั้งประชาชนทั่วไป

ผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้ใหญ่ในชุมชนภาคอีสานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่าเป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและถึงตายได้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2539) เป็นโรคที่มีน้ำตาลในร่างกายมาก เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงว่าเกิดจากอะไร โดยมีอาการคอแห้ง หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะมาก ปัสสาวะมีมดตอม เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย สั่น หิวข้าว มึนชาตามแขน ขา และมีอาการคันตามร่างกาย (ภาณุมาศ พลนาเมือง, 2540) ซึ่งสะท้อนมุมมองด้านความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานการณ์การเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่ได้ให้ความหมายที่ได้รับอิทธิพลทางด้านความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรทางด้านการแพทย์ว่าโรคเบาหวานเป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติที่เกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ ในขณะที่ขนิษฐา นันทบุตร (2546) ศึกษาพบว่าในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มาร่วมประชุมกลุ่มและสนทนาแล้วให้ความหมายโรคเบาหวานว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่มี

ลักษณะการป่วยที่ไม่ได้ล้มหมอนนอนเสื่อโดยใช้คำว่า "ป่วยยืน" คือ การที่ยังสามารถไปไหนมาไหนได้และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานตามมุมมองของผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปจะอธิบายตามประสบการณ์ตรงหรือตามสถานการณ์การเจ็บป่วย ซึ่งจะมีความหลากหลายกันไป ดังนั้นการจะดำเนินกิจการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงจำเป็นต้องคำนึงถึงความแตกต่างนี้ด้วย

1.2 การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน

ปัจจุบันการแบ่งชนิดโรคเบาหวานได้เน้นตามระยะเวลาของการเกิดโรค (clinical stage) และสาเหตุของการเกิดโรคเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานจากสาเหตุอื่น ๆ และโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (WHO, 2006; ADA, 2007) ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1.2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes)

มีลักษณะที่สำคัญ คือ ไอส์เล็ทบีตาเซลล์ถูกทำลายอย่างมากจนทำให้เกิดภาวะขาดอินซูลินอย่างรุนแรง มักเกิดกับเด็กหรือคนอายุน้อย (น้อยกว่า 30 ปี) อาการแรกพบมักจะรุนแรงและเกิดขึ้นกะทันหัน น้ำตาลในเลือดสูงมาก มีอาการปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีการสลายไขมันและโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานและมักเกิดภาวะคีโตอะซิโดสิสได้ง่าย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน โรคเบาหวานชนิดนี้แบ่งเป็น 2 ชนิดย่อย ได้แก่ immune mediated diabetes และ idiopathic diabetes

1.2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes)

มีผลมาจากพยาธิปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ภาวะดื้อต่ออินซูลิน และภาวะขาดอินซูลิน โดยที่ผู้ป่วยอาจมีภาวะใดภาวะหนึ่งเด่นกว่าอีกภาวะหนึ่งก็ได้ ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญได้แก่ ผู้ป่วยมักอ้วนหรือถ้าไม่อ้วนก็มักมีไขมันสะสมที่ท้องมาก ๆ

ในระยะแรก ๆ ภาวะน้ำตาลสูงในเลือดจะไม่รุนแรงและผู้ป่วยมักไม่มีอาการ ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทั้งที่หลอดเลือดแดงใหญ่ โรคหัวใจและหลอดเลือด) และหลอดเลือดแดงฝอย (เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ภาวะแทรกซ้อนที่ไต) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลินเพื่อการดำรงชีวิต ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ พันธุกรรม อายุที่เพิ่มขึ้น ความอ้วน ไม่ออกกำลังกาย ประวัติโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง และมีความผิดปกติของไขมันในเลือด

1.2.3 โรคเบาหวานที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ

มีสาเหตุที่สำคัญได้แก่ พันธุกรรม (เช่น MODY ชนิดที่ 1-ชนิดที่ 6) โรคตับอ่อน โรคต่อมไร้ท่อ ยา และ ภาวะติดเชื้อ

1.2.4 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus)

ในระยะตั้งครรภ์อาจพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หรือความทนต่อกลูโคสผิดปกติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้ต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติได้

1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาได้ประกาศใช้เกณฑ์ปรับใหม่ในปีค.ศ. 2004 (ADA, 2004) พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอยู่ระหว่าง 126-140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และในปัจจุบันเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน (ตารางที่ 1) ไม่แตกต่างจากเกณฑ์ของปี 2004 ดังนี้ (WHO, 2006; ADA, 2007)

1) มีอาการของโรคเบาหวานร่วมกับมีน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ตาม (casual plasma glucose) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (11.1 โมลต่อลิตร) (เวลาใดก็ตาม หมายถึง ระยะเวลาใดก็ได้ของวันนั้นโดยไม่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาหลังมื้ออาหาร) ส่วนอาการของโรคเบาหวาน ประกอบด้วย อาการดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

2) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (7.0 โมลต่อลิตร) โดยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารต้องเป็นระยะเวลาหลังรับประทานอาหารนาน 8 ชั่วโมง

3) ระดับน้ำตาลในเลือดที่ 2 ชั่วโมง หลังการให้กลูโคส 75 กรัมและผลการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test: OGTT) มีค่ามากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (11.1 โมลต่อลิตร)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัย	เกณฑ์การวินิจฉัยโดยใช้ค่า FPG		เกณฑ์การวินิจฉัยโดยใช้ค่า 2-h PG	
	มก./ดล	มิลลิโมล/ลิตร	มก./ดล	มิลลิโมล/ลิตร
ปกติ	100	5.6	140	7.8
ภาวะ IFG	100-125	5.6-6.9	-	-
ภาวะ IGT	-	-	140-199	7.8-11.0
โรคเบาหวาน	126	7.0	200	11.1

(WHO, 2006; ADA, 2007)

โดยในการวินิจฉัยโรคเบาหวานสามารถทำได้ทั้ง 3 วิธี ซึ่งทาง ADA (2007) ได้แนะนำให้ใช้ค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเป็นเกณฑ์ เพราะว่าสามารถทำได้ง่ายทางคลินิก สะดวกกว่า ใช้เวลาไม่นานและเสียค่าใช้จ่ายน้อย และแต่ละวิธีต้องได้รับการยืนยันการวินิจฉัยในวันที่แตกต่าง ถ้าค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมากกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

1.4 พยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เนื่องจากโรคเบาหวานชนิดที่พบมากในประเทศไทยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Aekphakorn, 2003) ดังนั้นในการศึกษานี้จึงขอกล่าวถึงพยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่านั้น

ฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน คือ อินซูลินจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกฤทธิ์โดยการนำน้ำตาลจากเลือดเข้าไปในเซลล์ของร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงาน และยังมีอวัยวะสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ เซลล์เบต้าของตับอ่อน กล้ามเนื้อลาย และตับ ดังนั้นถ้าตับอ่อนหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอ กล้ามเนื้อลายไม่สามารถนำกลูโคสเข้าเซลล์ได้ และตับสร้างกลูโคสออกมามากเกินไป ก็จะเกิดความผิดปกติขึ้นโดยระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้น ซึ่งความผิดปกติที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การหลั่งอินซูลินลดลง และภาวะเนื้อเยื่อดื้อต่ออินซูลิน อาการแสดงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักไม่ทำให้เกิดภาวะคีโตอะสิโดสิส ทั้งนี้เพราะร่างกายยังพอมีอินซูลินอยู่ในระดับที่สามารถนำกลูโคสเข้าเซลล์ได้บ้าง จึงไม่สลายไขมัน และโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน ร่างกายจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่ง แต่เกิดภาวะวิกฤตจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากแทน (Hyperosmolar Non-Ketotic Coma: HHNC) และเมื่อร่างกายเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินคือภาวะที่รีเซ็บเตอร์ต่ออินซูลินที่เนื้อเยื่อมีจำนวนลดลงทำให้มีการใช้

น้ำตาลทางกล้ามเนื้อลดลง หรืออินซูลินจับกับรีเซ็บเตอร์ได้ แต่มีความผิดปกติในการทำปฏิกิริยาในเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ จึงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีการผลิตน้ำตาลจากตับเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากการที่ร่างกายหลั่งอินซูลินลดลง (สารัช สุนทรโยธิน, 2549)

1.5 อาการของโรคเบาหวาน

อาการของโรคที่เกิดขึ้นเป็นผลจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อาการอาจยังไม่ปรากฏ หรือมีความผิดปกติเล็กน้อย จนทำให้ผู้ป่วยไม่ได้นึกถึงว่าเป็นโรคเบาหวาน ต่อเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากจึงแสดงอาการชัดเจนถึงทำให้บุคคลทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน โดยส่วนใหญ่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว อาการที่สำคัญมี 4 ประการ คือ 1) ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก 2) ดื่มน้ำมาก 3) น้ำหนักตัวลด และ 4) หิวบ่อย รับประทานอาหารจุ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2548; ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2544; ADA, 2007) โดยเมื่อร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดความสามารถของไต (160–180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะ ทำให้แรงดันออสโมติกของปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไตจึงไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ผู้ป่วยจึงปัสสาวะออกมาจำนวนมากและบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำมาก หรือเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ทำให้มีอาการกระหายน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก อีกทั้งยังพบว่าเมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักตัวจึงลดลงอย่างรวดเร็ว และเมื่อร่างกายขาดพลังงาน จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ แต่กลับพบว่าผู้ป่วยผอมลง เนื่องจากร่างกายนำสารอาหารที่รับประทานเข้าไปใช้ไม่ได้ นอกจากอาการแสดงที่สำคัญที่ได้กล่าวมาแล้ว อาจมีอาการแสดงอื่น ๆ ที่พบบ่อยได้แก่ ตามัวลง ติดเชื้อง่าย เป็น ๆ หาย ๆ บริเวณผิวหนังอวัยวะสืบพันธุ์หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ (ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2546)

จะเห็นได้ว่าอาการต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงแล้ว และจนกระทั่งระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ซึ่งอาการแสดงของโรคเบาหวานตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน จะเป็นอาการตามประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย โดยอาการที่พบบ่อยได้แก่ คอแห้ง หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะมาก ปัสสาวะมีมดตอม เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย หิวข้าว มึนชา แขน ขา คันตามร่างกาย (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2539; ภานุมาศ พลนาเมือง, 2540; ขนิษฐา นันทบุตร, 2546) ซึ่งเป็นอาการที่มีความตรงกับตำราเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถบอกได้ว่าอาการเหล่านี้ คือ อาการของโรคเบาหวานต้องอาศัยประสบการณ์ตรงในการมีอาการและการรับรู้จากบุคคลอื่น (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2539) เพราะฉะนั้นยังมีผู้ป่วยบางส่วนหรือประชาชนทั่วไปที่ไม่เคยมีประสบการณ์หรือไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะไม่สามารถ

บอกอาการของโรคเบาหวานได้ทำให้ล่าช้าในการที่จะได้รับการตรวจวินิจฉัย ที่สำคัญคือ สูญเสียโอกาสที่จะได้รับการดูแลตนเองเพื่อชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน จากการศึกษาของวรรณภา ศรีธัญรัตน์ (2539) พบว่าผู้ที่สงสัยว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานจะใช้วิธีการเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในร่างกาย หรืออาศัยการสังเกตตนเองหรือบุคคลอื่น เพื่อที่จะวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยการประเมินจากการมีมดตอมปัสสาวะ หรือจากอาการ เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย ผอม นอนไม่หลับ และไปรับการตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือดที่โรงพยาบาล หรือคลินิก ซึ่งถ้าผู้ที่สงสัยว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานสามารถประเมินตนเองได้เร็วจะทำให้สามารถค้นพบโรคเบาหวานในระยะแรกและได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ ซึ่งถ้าระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่สูงมาก สามารถควบคุมโรคได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และการควบคุมน้ำหนัก (ADA, 2007) ซึ่งจะช่วยชะลอหรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ ส่วนทางด้านบุคลากรด้านสุขภาพการวินิจฉัยโรคเบาหวานจะทำได้โดยการซักถามอาการแสดงของโรคเบาหวาน ประกอบกับการใช้วิธีการตรวจเลือดเพื่อดูระดับค่าน้ำตาลในเลือด ซึ่งความแม่นยำในการวินิจฉัยจะขึ้นอยู่กับอาการแสดงที่ชัดเจนของโรคเบาหวาน

1.6 ผลกระทบของโรคเบาหวาน

1.6.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว

1.6.1.1 ผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคเบาหวานทำให้สุขภาพของตนเองไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย รับรู้ถึงอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดปัญหากับอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกาย ดังนี้ (ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2546)

1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด

เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง (glycosylated hemoglobin) ทำให้การปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อต่ำลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจนและเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดง นอกจากนี้โรคเบาหวานทำให้มีภาวะไขมันผิดปกติ คือ มีระดับกรดไขมันอิสระ และไตรกลีเซอไรด์สูง ไขมันชนิด HDL (High Density Lipopotein) ต่ำลงและ LDL (Low Density Lipopotein) สูงขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลอาจปกติหรือสูง ระดับไขมันที่สูงขึ้นมีผลต่อหลอดเลือดแดงใหญ่ทำให้เกิดปัญหาหลอดเลือดแดงแข็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

2) ระบบประสาท

ระบบประสาทส่วนปลาย มีหน้าที่รับความรู้สึกร้อน เย็น การสัมผัส การสั่นสะเทือน และความปวด เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิด

ความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย การนำกระแสประสาทช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีปัญหาสูญเสียการรับความรู้สึก ชาตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดตามแขน ขา มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณขาและเท้า เจ็บเหมือนเข็มแทง อาการมักจะเป็นรุนแรงในตอนกลางคืน และการลงน้ำหนักของเท้าผ่านกระดูกในขณะที่มีอาการชาทำให้เกิดแผลขอบแข็งตรงบริเวณฝ่าเท้าได้

3) ภาวะแทรกซ้อนทางตา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบภาวะจอตาเสื่อร้อยละ 3-4 เมื่อเป็นโรคเบาหวานนาน 2-3 ปี และร้อยละร้อยละ 15-20 เมื่อเป็นโรคเบาหวานนาน 15 ปี สาเหตุการเกิดจอตาเสื่อม เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในจอตา เป็นสาเหตุให้ตาบอดได้

4) ระบบไต

จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรวยไต (glomeruli) เกิดปัญหาที่เรียกว่า diabetic nephropathy มีโปรตีนขนาดเล็กรั่วออกมากับปัสสาวะ (microalbuminuria) โปรตีนจะรั่วออกมาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และขนาดใหญ่ขึ้น (macroalbuminuria) อัตราการกรองลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการบวม มีของเสียคั่ง โปรตีนในเลือดต่ำ จนในที่สุดเกิดภาวะไตวาย

5) ระบบเลือด

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความต้านทานโรคต่ำ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดโพลิมอร์โฟนิวเคลียร์ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคไม่ดี การทำหน้าที่จับกินเชื้อโรคเสื่อมลง ผู้ป่วยจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนทั่วไป และเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปทรง ทำให้การถ่ายออกซิเจนไปสู่เซลล์ลดลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจน และเกล็ดเลือดยึดเกาะรวมตัวกันได้ง่าย ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดแดงใหญ่

1.6.1.2 ผลกระทบต่อชีวิต การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นผลให้ผู้ป่วยต้องปรับกิจกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา หรือการฉีดยาอินซูลิน การควบคุมความเครียด การจัดเวลาสำหรับการตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติมาแต่เดิมและผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถปรับให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

1.6.1.3 ผลกระทบต่อความมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำงานไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลตนเอง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

1.6.1.4 ผลกระทบด้านการงาน การต้องมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอประกอบกับบางครั้งมีอาการของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรงหรืออาการรุนแรงมากจนต้องนอนพักในโรงพยาบาล ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน

1.6.1.5 ผลกระทบด้านการเงิน การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายไปตลอดชีวิต ซึ่งค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องเสียประกอบด้วยค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษา การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ค่าเดินทางเป็นต้น จากการศึกษาของกองโรงพยาบาล ส่วนภูมิภาค (2540 อ้างถึงใน จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) พบว่า รัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มานอนพักรักษาในโรงพยาบาลของรัฐเฉลี่ย 1,670.09 บาท/ครั้ง/ราย และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสูงเป็น 3 เท่าของการดูแลประชาชนที่ไม่ได้เป็นเบาหวานและเจ็บป่วยปกติ

1.6.1.6 ผลกระทบต่อแผนการชีวิตในอนาคต ผู้ป่วยเบาหวานคิดว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อครอบครัวและการมีบุตร เนื่องจากเกรงว่าบุตรจะเป็นโรคเบาหวาน กลัวบุตรจะพิการ ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรแต่งงานและมีบุตร เพราะถ้าแต่งงานไป ผู้ที่แต่งงานด้วยอาจจะไม่ยอมรับทำให้เกิดการหย่าร้างกันในที่สุด (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2539)

1.6.1.7 ผลกระทบต่อพัฒนาการ โรคเบาหวานสามารถเกิดได้กับผู้ป่วยในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อพัฒนาการในแต่ละวัย

1.6.2 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนทำให้ต้องจัดระบบการบริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อที่จะสามารถควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนได้ แต่ยังพบอุปสรรคในการดำเนินงานให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ จำนวนเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอ ศักยภาพของบุคลากร ทำให้การบริการต้องทำในลักษณะเชิงรับ (ขนิษฐา นันทบุตร, 2546)

1.7 ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยที่ทำให้โอกาสเป็นโรคเพิ่มขึ้นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (un-modifiable risk factor) และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (modifiable risk factor) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.7.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (un-modifiable risk factor)

1.7.1.1 พันธุกรรม พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังไม่พบความผิดปกติของยีนตัวใดตัวหนึ่งที่จะสามารถอธิบายการเกิดโรคได้ในผู้ป่วยทุกราย แต่มีปัจจัยทาง

พันธุกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ การมี mutation ของ insulin, insulin receptor, glucokinase และ mitochondrial genes ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุเพียงส่วนน้อย และยังพบว่าในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twin) จะเพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 50-100 ในขณะที่เป็นฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (dizygotic twin) หรือญาติใกล้ชิดมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 10-80 (ธิติ สนับบุญ, 2548) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญทางพันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวาน โดยมีการประมาณการว่า ร้อยละ 25-70 ของการเกิดโรคมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม (สารัช สุนทรโยธิน, 2548) ความสัมพันธ์ของพันธุกรรมกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า การมีญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา พี่น้อง คนใดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวาน โดยทั่วไปปัจจัยทางพันธุกรรมจะเป็นตัวที่ไปเพิ่มความเป็นไปได้ต่อการเกิดโรค (สารัช สุนทรโยธิน, 2549)

1.7.1.2 อายุ เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นตับอ่อนเล็กลงและมีการสะสมไขมันเพิ่มขึ้นในตับอ่อนทำให้จำนวนเบต้าเซลล์ลดลง ส่งผลให้มีการผลิตอินซูลินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2548)

1.7.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (modifiable risk factor)

มักเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและส่วนใหญ่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ความอ้วน โดยเฉพาะการอ้วนบริเวณลำตัว (upper body obesity) มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย หรือไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารบางชนิดโดยเฉพาะอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ไขมันในปริมาณสูง (เด่นหล้า ปาลเดชพงศ์ และสุรจิต สุนทรธรรม, 2550) และยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะเครียด ยาบางชนิด (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2548)

1.7.2.1 ความอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความอ้วนที่สำคัญ คือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคคาร์โบไฮเดรต ไขมันอิ่มตัวในปริมาณมาก และการบริโภคปริมาณเส้นใยอาหารต่ำ ซึ่งอาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ ในคนอ้วนเนื้อเยื่อจะมีการเปลี่ยนแปลงทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง ทำให้การขนถ่ายกลูโคสเข้าเซลล์ลดลง หรือขัดขวางเมตาบอลิสมของกลูโคสภายในเซลล์หรือในกรณีดื้ออินซูลิน เกิดจากจำนวนหน่วยรับอินซูลิน (insulin recepter) ที่เซลล์เป้าหมายลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ โดยพบว่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว สามารถคาดการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และในผู้ที่มี BMI $\geq$ 23-27.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร จะมีอัตราการเกิดโรคเป็น 2 เท่าของกลุ่มที่มี BMI $<$ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร (วิชัย เอกพลากร, 2550)

1.7.2.2 การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ผู้ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอจะ

ช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลิน ดีขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยลดระดับไขมันในเลือด เพิ่ม HDL-cholesterol และช่วยลดไขมันในร่างกาย (วรรณี นิธิยานันท์, 2548)

1.7.2.3 ภาวะเครียด เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น กลูคากอน คอร์ติโซล และแคทีโคลามีน ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นได้ และภาวะเครียดทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ๆ อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2548)

1.7.2.4 การใช้ยา มียาหลายชนิดที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด โดยอาจเป็นผลต่อตับอ่อนทำให้หลั่งอินซูลินได้น้อยลง หรืออาจเป็นผลต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลินก็ได้ ยาที่สำคัญและมีโอกาสพบได้บ่อย คือ ยาลดความดันโลหิตบางชนิด โดยเฉพาะยาขับปัสสาวะ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาต้านเบต้าและยาคุมกำเนิดบางชนิด ระดับน้ำตาลที่ผิดปกติมักดีขึ้นได้หลังหยุดยาเหล่านี้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2548)

1.8 การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ (WHO, 2006; ADA, 2007) โดยมีกลวิธีการป้องกันทั้งในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ที่เน้นในกลุ่มที่ยังไม่เกิดโรคเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสการเกิดโรคเบาหวาน การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) จะเน้นการวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานให้ได้ในระยะแรกเริ่มเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง และการป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) จะเน้นการป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (WHO, 2006) จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่คุกคามภาวะสุขภาพคนไทย การดำเนินงานเชิงรุกยังเป็นแนวทางที่สำคัญในการนำมาใช้แก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเน้นการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน ซึ่งเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูงที่เลือกศึกษาในครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคน ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งแนวทางสำคัญในการควบคุมและป้องกันโอกาสเกิดโรคเบาหวาน คือ การคัดกรองกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.8.1 การคัดกรองกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน

สมาพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA) ได้เสนอข้อบ่งชี้ในการตรวจหาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในบุคคลที่ไม่มีอาการและไม่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานมาก่อน โดยได้กำหนดข้อบ่งชี้ในการตรวจจำแนกขึ้น และจากการที่ได้มีการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยามากขึ้น

จึงกำหนดให้มีการเปลี่ยนแปลงข้อบ่งชี้มาเป็นระยะ และในปี ค.ศ. 2004 ได้กำหนดข้อบ่งชี้เกี่ยวกับค่าดัชนีมวลกายจาก 27 กิโลกรัม/ตารางเมตร ลดลงเป็น 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร และได้เพิ่มข้อบ่งชี้ในการตรวจเพื่อการวินิจแยกโรคเบาหวานอีก 3 ประการ คือ มีการออกกำลังกายน้อย (habitual physically inactive) มีโรคของหลอดเลือด และมีภาวะที่สัมพันธ์กับการดื้ออินซูลิน (เช่น polycystic ovarian syndrome และ acanthosis nigricans) ซึ่งในปัจจุบันยังใช้เกณฑ์เดิมในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ADA, 2007) สำหรับในประเทศไทยได้มีการนำเกณฑ์ดังกล่าวมาปรับให้เข้ากับบริบทคนไทย ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ (ตารางที่ 2)

สำหรับในคนไทย กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งยังมีข้อยุ่งยากในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติว่าจะต้องตรวจเลือดในผู้ที่พบปัจจัยเสี่ยงข้อใดบ้าง ดังนั้นในระยะหลังมีการใช้แบบคัดกรอง (verbal screening) มาใช้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานสำหรับคนไทยของวิชัย เอกพลากร (2550) (Thai diabetes risk score) (ภาคผนวก ค) ซึ่งมีความแม่นยำในการทำนายการเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 75 มาใช้ในการคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานในชุมชนที่ศึกษา หลังจากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มผู้มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ตามความสมัครใจ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (risk factors for type 2 diabetes) จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

สมาพันธ์โรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (ADA) (2007)	**สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย** (2546)	**กระทรวงสาธารณสุข** (2547)	**แนวเวชปฏิบัติจังหวัดขอนแก่น** (2549)
1. อายุ $\geq$ 45 ปี 2. BMI $\geq$ 25 กก./ตรม. 3. มีประวัติสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้องเป็นโรคเบาหวาน 4. เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กก. 5. ความดันโลหิตสูง (BP$\geq$140/90 มม.ปรอทในผู้ใหญ่) 6. ระดับ HDL-C $\leq$ 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับ ไตรกลีเซอไรด์ $\geq$ 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 7. มีประวัติความผิดปกติของความทนต่อกลูโคส หรือความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8. เชื้อชาติ 9. การมีกิจกรรมทางกายน้อย 10. Polycystic ovary syndrome 11. มีประวัติโรคหลอดเลือด	1. อายุ $\geq$ 45 ปี 2. BMI $\geq$ 27 กก./ตรม. 3. มีประวัติสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้องเป็นโรคเบาหวาน 4. เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กก. 5. ความดันโลหิตสูง $\geq$140/90 มม.ปรอท 6. ระดับ HDL-C $\leq$ 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับไตรกลีเซอไรด์ $\geq$ 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 7. มีประวัติความผิดปกติของความทนต่อกลูโคส หรือความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8. ประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น อัฟริกา-อเมริกา, ฮิสพานิค-อเมริกา, เอเชียน-อเมริกา	1. อายุ $\geq$ 40 ปี 2. BMI > 25 กก./ตรม. 3. ญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน 4. เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรหนักเกิน 4 กก. 5. ความดันโลหิตสูง $\geq$140/90 มม.ปรอท 6. ระดับ HDL-C $\leq$ 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับไตรกลีเซอไรด์ $\geq$ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 7. มีประวัติความผิดปกติของความทนต่อกลูโคส หรือความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8. โรคของหลอดเลือดแดงตีบตัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดของขาและแขนตีบตัน	1. อายุ $\geq$ 40 ปี 2. BMI > 25 กก./ตรม. 3. ญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน 4. เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรน้ำหนักตัวเกิน 4 กก. 5. ความดันโลหิตสูง $\geq$140/90 มม.ปรอท 6. ระดับHDL_C < 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับไตรกลีเซอไรด์ > 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 7. ประวัติการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อปีที่แล้ว 100-125 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์อาการที่พบ คือ 1) ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนเกิน 3 ครั้ง/วัน กระหายน้ำบ่อย 2) ผอมลง 3) มีตกขาวและคันในช่องคลอด 2 ครั้ง/ปีขึ้นไป 4) มีเชื้อราในช่องคลอด ครั้ง/ปี ขึ้นไปถ้าอายุ > 40 ปีขึ้นไป และพบร่วมกับปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งหรือมีอาการ ให้เจาะ FPG ทำ 2 ครั้ง โดยตรวจต่างวันและเวลา

(สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2546; กระทรวงสาธารณสุข, 2547; แนวเวชปฏิบัติจังหวัดขอนแก่น, 2549; ADA, 2007)

1.8.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

ปัจจุบันมีหลักฐานทางการแพทย์สนับสนุนว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ (ADA, 2006; WHO, 2006) พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักตัว (Finish Diabetes Prevent Study, 2001; Diabetes Prevention Program USA, 2002) ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านข้างต้น เป็นแนวทางเดียวกันกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะว่าเป็นกิจกรรมเพื่อสุขภาพสำหรับทุกคนในการส่งเสริมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานหรือยังไม่เป็นโรคเบาหวาน (ศรีสมัย วิบูลยานนท์, 2548) ดังมีรายละเอียดดังนี้

1.8.2.1 การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานทุกคน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยต้องคำนึงถึงปริมาณและคุณภาพร่วมกัน อาหารสำหรับกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน คือ อาหารเพื่อสุขภาพ (ศรีสมัย วิบูลยานันท์ และวรรณี นิธิยานันท์, 2548) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน ดังนี้

1) อาหารคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55-60 โปรตีนร้อยละ 12-20 และไขมันไม่เกินร้อยละ 30 และควรจำกัดการรับประทานน้ำตาล เกลือ แอลกอฮอล์ และคาเฟอีนในแต่ละวัน

2) อาหารประเภทไขมันเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ น้ำมันที่ใช้ประกอบอาหารทุกชนิด ไขมันสัตว์ประเภทต่าง ๆ และไขมันที่อยู่ในเนื้อสัตว์ ที่เป็นไขมันอิ่มตัวสูง จะทำให้ระดับกรดไขมันอิสระในเลือดสูงขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลินที่กล้ามเนื้อลายได้ ในแต่ละวันจึงควรรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 7 ไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่งไม่เกินร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง

3) อาหารประเภทโปรตีน คือ เนื้อสัตว์ชนิดต่าง ๆ รวมทั้งเครื่องใน ไข่ และน้ำนม พืชบางชนิดมีโปรตีน เช่น ถั่ว และธัญพืชต่าง ๆ แนะนำในการรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดหนังและมัน เช่น ปลา ไก่ วันละ 100-300 กรัม และไข่วันละครึ่งฟอง ให้จำกัดการรับประทานอาหารทะเลยกเว้นปลา หลีกเลี่ยงหรืองดเครื่องในสัตว์ เนื่องจากส่วนใหญ่มีปริมาณโคเลสเตอรอลและ/หรือไขมันสูง ในแต่ละวัน ควรรับประทานอาหารที่มีกากและใยอาหาร (dietary fiber) ให้มากพอ เพื่อลดหรือชะลอการดูดซึมไขมันและคาร์โบไฮเดรตจากทางเดินอาหาร อาหารที่มีกากใยอาหารมาก ได้แก่ ผักต่าง ๆ ธัญพืชที่ขัดสีน้อยหรือขัดสีไม่หมด ถั่วบางชนิด เช่น ถั่วแดง ถั่วเหลือง ผลไม้ เช่น ฝรั่ง แอบเปิ้ล ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน

1.8.2.2 การมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่กระทำสม่ำเสมอและเป็นพฤติกรรมที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพและสามารถป้องกันโรคได้ กิจกรรมทางกายไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายเท่านั้น แต่รวมถึงการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์, 2549) ซึ่งแบ่งกิจกรรมทางกายเป็น 3 ลักษณะ คือ

1) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการทำงาน (work related physical inactivity) โดยประเมินจากอิริยาบถส่วนใหญ่ที่ใช้ในการทำงาน เช่น ยืน นั่ง หรือ เดิน และประเภทของงานที่ทำเป็นงานที่ต้องออกแรงมากน้อย

2) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการเดินทางในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทางไปซื้อของ ไปจ่ายตลาด ไปทำธุระต่าง ๆ โดยให้ความสำคัญกับการเดินทางที่ใช้การเดินหรือการขี่จักรยานเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป เป็นกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการเดินทาง ส่วนการเดินทางโดยวิธีอื่น เช่น การขับรถยนต์ การโดยสารยานพาหนะอื่น ๆ ไม่รวมอยู่ในกิจกรรมทางกายด้านนี้

3) กิจกรรมทางกายในเวลาว่างจากการทำงาน กิจกรรมเหล่านี้เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในเวลาที่นอกเหนือเวลาทำงานและการเดินทาง เช่น การนอนดูโทรทัศน์ นั่ง ๆ นอน ๆ อ่านหนังสือ หรือทำสวน หรือออกกำลังกายทั้งอย่างหนัก เช่น เต้นแอโรบิก การวิ่ง เล่นเทนนิส และออกกำลังกายปานกลาง เช่น เดินเร็วๆ ว่ายน้ำ เป็นต้น

กิจกรรมทั้ง 3 ลักษณะ จะมีความหนักเบาของการใช้พลังงาน (intensity) ความถี่ของการกระทำกิจกรรมทางกายลักษณะต่าง ๆ และระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมเหล่านี้ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอเสี่ยงต่อการเกิดโรคและระดับของกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามระดับความเสี่ยงดังนี้

ระดับที่ 1 เคลื่อนไหวน้อย (inactive) มีกิจกรรมทางกายน้อยมากหรือไม่มีเลย ไม่ว่าจะเป็นเวลาทำงาน เดินทาง หรือว่างจากการทำงาน

ระดับที่ 2 มีการเคลื่อนไหวที่ไม่เพียงพอ (insufficiently active) คือ กิจกรรมทางกายที่เนื่องมาจากการทำงาน เดินทาง หรือกิกจรรมนอกเวลาทำงานที่เป็นการใช้กำลังระดับปานกลาง (moderate physical activity) น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือการใช้กำลังกายอย่างหนัก (vigorous physical activity) น้อยกว่า 60 นาที/สัปดาห์

ระดับที่ 3 เป็นกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ (sufficiently active) คือ มีการใช้กำลังกายในระดับปานกลางเป็นเวลาอย่างน้อย

150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือการใช้กำลังกายอย่างหนักเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 60 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งการใช้กำลังกายนี้รวมจากการทำงาน การเดินทาง และการใช้กำลังกายในเวลาพักผ่อนเข้าด้วยกัน

ระดับการมีกิจกรรมทางกาย มี 3 ระดับแบ่งตามประเภทกิจกรรม

- ใช้กำลังกายหรือออกแรงอย่างหนัก (vigorous physical activity) ได้แก่ การยกของหนัก งานก่อสร้าง ขุดดิน ทำนา ทำสวน ทำไร่ ฝ่าฟืน ตัดหญ้าโดยไม่ใช่ เครื่องจักร และการออกกำลังกาย เช่น เต้นแอโรบิก วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ฟุตบอล เป็นต้น
- ใช้กำลังกายหรือออกแรงปานกลาง (moderate physical activity) ได้แก่ การทำงาน เช่น เดินไปมาในที่ทำงาน ทำครัว ถูบ้าน ล้างรถ เช็ดกระจก ตัดหญ้าด้วยเครื่องตัดหญ้า การเดินทาง เช่น เดินไปทำงาน หรือขี่จักรยานไม่น้อยกว่า 10 นาที และการออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว ๆ ตีกอล์ฟ ฝึกโยคะ ขี่จักรยาน
- ใช้กำลังน้อย (inactive) คือ กลุ่มที่ในการทำงานมีอิริยาบถส่วนใหญ่ คือ นั่งหรือยืน โดยมีการเดินน้อยกว่า 10 นาทีในแต่ละครั้งในการเดินทางต่าง ๆ ไม่ได้เดินหรือขี่จักรยานไป ในเวลาที่ว่างจากการทำงานจะนั่งหรือนอนเล่น

ดังนั้นการมีกิจกรรมทางกายที่มีเวลาต่อเนื่องและนานพอจะมีผลต่อการใช้คาร์โบไฮเดรตของกล้ามเนื้อ และยังทำให้ภาวะดื้อต่ออินซูลินลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลดีขึ้น ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ดังนั้นในกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานถ้ามีกิจกรรมทางกายไม่ว่ารูปแบบใด หรือกิจกรรมออกแรงในการทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การขึ้นลงบันได เช็ดขัดถู ขุดดินทำสวน ที่ต่อเนื่องและนานพอ จะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยควบคุมหรือลดน้ำหนัก เพราะจะทำให้ร่างกายใช้พลังงานเพิ่มขึ้น และยังให้น้ำหนักตัวที่ลดลงแล้วไม่กลับเพิ่มขึ้นอีก สำหรับปริมาณของกิจกรรมทางร่างกายที่แนะนำ คือ กิจกรรมออกแรงปานกลาง เช่น การเดินอย่างต่อเนื่องครั้งละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง หรืออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หากสามารถเพิ่มเป็น 60-75 นาทีทุกวัน จะทำให้น้ำหนักตัวลดลงและอยู่คงที่ได้ ถ้าเป็นกิจกรรมออกแรงหนัก เช่น วิ่งเหยาะ ๆ วันละ 30 นาที จะได้ประโยชน์เช่นเดียวกัน หากไม่สามารถทำกิจกรรมต่อเนื่องได้นานจนครบระยะเวลาที่กำหนดอาจทำสะสมครั้งละ 10 นาที จนได้วันละอย่างน้อย 30 นาที แต่ประโยชน์ในการเพิ่มสมรรถภาพกล้ามเนื้อและการหมุนเวียนโลหิตจะไม่ดีเท่ากับการทำต่อเนื่องครั้งเดียว ความหนักของการออกแรงหรือออกกำลังกายสามารถวัดจากชีพจรหลังการออกกำลังกายได้ทันที โดยคำนวณจากอัตราชีพจรสูงสุด (maximum heart rate) ซึ่งกำหนดไว้เท่ากับ 220 ครั้ง/นาที อัตราชีพจรสูงสุดของแต่ละคนได้จากการหักจำนวนอายุเป็นปีออกจาก 220 ส่วนการออกกำลังกาย ส่วนเป้าหมายการออกกำลังกาย คือ การออกกำลังกายระดับปานกลางให้ได้ชีพจรเป้าหมายร้อยละ50-70 ของอัตราชีพจรสูงสุด และการออกกำลังกายหนักคือ ชีพจร

เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุด สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย แนะนำให้เริ่มออกกำลังกายโดยการเดินเพียงช่วงสั้น ๆ ก่อนประมาณ 10 นาที แล้วค่อยเพิ่มเวลาและความเร็วขึ้นช้า ๆ ทุก 1-2 สัปดาห์ จนสามารถทำได้เต็มที่ก่อนออกกำลังกายควรมีการอุ่นเครื่อง (warm up) เพื่อยืดเส้นเอ็นและเตรียมกล้ามเนื้อให้พร้อมสำหรับการออกกำลัง หลังออกกำลังกายควรผ่อนคลาย (cool down) เพื่อปรับสภาพก่อนหยุดออกกำลังกาย

1.8.2.3 การควบคุมน้ำหนักตัว น้ำหนักตัวที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเป็นตัวบ่งชี้สุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่ง โดยทั่วไปใช้ค่าดัชนีมวลกาย สำหรับดัชนีมวลกายที่เหมาะสมสำหรับชาวเอเชีย คือ 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถ้าดัชนีมวลกาย $\geq$ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าน้ำหนักตัวเกิน ถ้าดัชนีมวลกาย $\geq$ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร เป็นภาวะอ้วน (WHO expert consultation, 2004) ซึ่งมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันผิดปกติในเลือด และโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วนหากสามารถลดน้ำหนักลงได้ร้อยละ 5 หรือมากกว่าจะทำให้การทำงานของอินซูลินดีขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารลดลง ความดันโลหิตลดลง และระดับไขมันในเลือดเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นคือ ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง การออกกำลังกายที่หนักเพียงพอและต่อเนื่องจะทำให้ เอช ดี แอล โคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น หลักสำคัญในการลดน้ำหนัก คือ ต้องลดปริมาณอาหารลง เพื่อให้จำนวนแคลอรี่ที่ได้รับต่อวันน้อยกว่าที่ร่างกายใช้วันละ 500-1,000 กิโลแคลอรี่ ซึ่งจะทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้ประมาณ 0.45-0.9 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ปริมาณอาหารที่ควรลดในเบื้องต้น คือ อาหารประเภทแป้ง น้ำตาลและไขมัน ดัชนีมวลกายของบางคนมีค่าใกล้เคียงเกณฑ์มาตรฐานหรือสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานเพียงเล็กน้อยแต่มีหน้าท้องโตมาก นั่นคือ มีลักษณะอ้วนลงพุง ซึ่งบ่งชี้ว่ามีปริมาณไขมันในช่องท้อง (intra-abdominal fat) หรือที่เรียกกันว่าไขมันสะสมที่อวัยวะในช่องท้อง (visceral fat) มากเกิน การวัดเส้นรอบเอวสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดทางอ้อมของปริมาณไขมันในช่องท้อง หรือไขมันสะสมที่อวัยวะในช่องท้องได้ (วรรณี นิธิยานันท์, 2547) ส่วนการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักใช้หลักการเดียวกันกับที่กล่าวมาข้างต้น แต่เพิ่มความหนัก ความถี่ ความนานของการออกกำลังกาย (วรรณี นิธิยานันท์, 2548)

1.8.2.4 การลดหรือขจัดความเครียด ในยุคที่สังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีการแข่งขันสูงทำให้ความเครียดเป็นปัญหาของคนในทุกกลุ่มอายุและทุกชนชั้นของสังคม โดยสาเหตุของความเครียดอาจจะแตกต่างกันตามกลุ่มอายุ แต่สาเหตุหลักคล้ายคลึงกัน คือ การที่ต้องเร่งรัดตัวเองให้สามารถแข่งขันกับผู้อื่นได้ ประชากรบางกลุ่มจะมีความเครียดมากกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้อพยพย้ายถิ่น ผู้ประกอบอาชีพที่เสี่ยงอันตราย ผู้ประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ผู้มีรายได้น้อย วิธีการจัดการความเครียดในสังคมไทยมีหลายรูปแบบ เช่น ใช้ศาสนา โหราศาสตร์ (หมอดู)

ไสยศาสตร์ การพักผ่อนหย่อนใจ และการออกกำลังกาย เป็นทางเลือกเมื่อเกิดความเครียด (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ้ตดิกจ์ และคณะ, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับวิภาวรรณ ชอุ่ม เพ็ญสุขสันต์ (2546) ที่ได้เสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดโดยต้องใช้วิธีการปรับความคิดให้มีความคิดในด้านบวก มองโลกในแง่ดี การปรับลดพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดความเครียด การรู้จักสัญญาณเตือนความเครียดของตนเองและรีบจัดการแก้ไขทันที เช่น ออกกำลังกาย มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างมีคุณภาพเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย การรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และสามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ การมีอารมณ์ขัน การมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการรู้จักการบริหารเวลา ซึ่งถ้าสามารถปฏิบัติได้จะทำให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

1.9 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานนั้น ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่บุคคลเป็นโรคเบาหวานทราบกันดีว่า เมื่อปฏิบัติแล้วจะทำให้บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น และเมื่อมีการควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่องนั้นสามารถทำให้มีชีวิตได้อย่างปกติสุขเช่นเดียวกับคนปกติโดยทั่วไป แต่ในการดูแลตนเองนั้นทำได้ยาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยอยู่หลายประการที่ส่งเสริม และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่สำคัญได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ เจตคติ และแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม 3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม และความเชื่อ และ4) ปัจจัยอื่น ๆ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.9.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานมีอยู่หลายประการได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบความสัมพันธ์ ดังนี้

1.9.1.1 เพศ บุคคลที่มีความแตกต่างกันจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยพบว่า เพศชายสูงอายุมีการดูแลตนเองมากกว่าเพศหญิง (อินทราพร พรหมปราการ, 2541) ซึ่งแทนที่น่าจะเป็นเพศหญิงเพราะเป็นเพศที่รักสวยรักงาม อาจเนื่องจากเพศหญิงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวในทุก ๆ เรื่องจึงไม่มีเวลาในการสนใจสุขภาพของตนเอง แต่จากการศึกษาของน้อมจิตต์ สกุลพันธ์ (2535) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

1.9.1.2 อายุ ช่วงอายุที่มีความแตกต่างกันจะมีผลต่อความต้านทานของร่างกาย ผู้สูงอายุจึงมีภูมิต้านทานร่างกายต่ำกว่าเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย การควบคุมโรคเบาหวาน

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจึงยากกว่าในช่วงที่มีอายุน้อยกว่า ประกอบกับช่วงวัยรุ่นมีความสนใจต่อภาวะสุขภาพมากกว่าเพราะว่าเป็นวัยที่ยังรักสวยรักงามอยู่ ต่อพอมาถึงช่วงวัยผู้ใหญ่ อายุไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานมีความสนใจในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเพราะว่าเป็นวัยที่ต้องทำมาหากินเลี้ยงชีพ ซึ่งบางคนควบคุมการดูแลตนเองไม่ค่อยได้เพราะว่าต้องทำงานหนัก รับประทานอาหารให้มากเพื่อทำให้ร่างกายแข็งแรงในการทำงานเลี้ยงตนเอง และครอบครัว แต่มีผลการศึกษาที่พบว่า อายุไม่มีความแตกต่างกันในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน (กัญญาบุตร ศรนรินทร์, 2540; อินทราพร พรมปราการ, 2541)

1.9.1.3 ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมีการใช้เหตุผล และวิธีการในการแก้ไขปัญหาได้ดี Pender (1996) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีการแสวงหาข้อมูล และมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง สามารถที่จะซักถามปัญหา และขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น มีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย มีความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทรา บริสุทธิ์ (2540); มาลี จำนง (2540); อินทราพร พรมปราการ (2541) แต่มีบางการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน (กาญจนา ประสานปราณ, 2535)

1.9.1.4 อาชีพ เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ลักษณะอาชีพที่แตกต่างกันทำให้บุคคลมีระยะเวลาในการให้ความสนใจตนเองแตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของกาญจนา ประสานปราณ (2535) และน้อมจิตต์ สกุลพันธุ์ (2535) กลับพบว่าอาชีพและการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กัน

1.9.1.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วย เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้นจึงมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่มีการเรียนรู้ในเรื่องต่าง ๆ มากขึ้น เพราะว่ามีโอกาสในการรับข้อมูลข่าวสาร ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ และบุคคลอื่น ๆ ได้มากแต่บางครั้งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน เช่น การศึกษาของกัญญา บุตรศรนรินทร์ (2540); จันทรา บริสุทธิ์ (2540) และอินทราพร พรหมปราการ (2541) พบว่าระยะเวลาไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน

1.9.1.6 ด้านเศรษฐกิจ ภาวะเศรษฐกิจมีผลต่อการควบคุมโรคของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ถึงแม้จะเลือกสถานบริการที่สามารถเบิกค่ารักษาหรือใช้สิทธิบัตรต่าง ๆ ได้ แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าเดินทางซึ่งก่อให้เกิดภาระกับผู้ป่วยอย่างมาก ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีรายได้ หรือมีรายได้น้อย และ

บางครั้งส่งผลกระทบต่อการมารับบริการ จากการศึกษาของขนิษฐา นันทบุตร (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานบางรายไม่ไปรับบริการได้เนื่องจากไม่มีเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ถึงแม้ว่าจะไม่ได้เสียเงินค่ายาก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยขาดยา ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นคือการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีโอกาสแสวงหาการรักษาพยาบาลหรือผลิตภัณฑ์ที่ช่วยบำรุงสุขภาพได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า

1.9.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ เจตคติ และแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม

การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานทั้งในแง่บวกและแง่ลบ และถ้ามีการรับรู้ในทางบวกก็จะทำให้เจตนคติที่ดี และมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค การรับรู้จะก่อให้เกิดการดูแลตนเอง 3 ลักษณะ คือ บุคคลจะมีการดูแลตนเองที่สวนทางกับคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เนื่องจากคิดว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรง เป็นความผิดปกติที่ไม่สามารถขจัดออกไปได้ เกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังที่จะรักษาโรคต่อไป ทำให้พยายามใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ตามความพอใจของตน ในขณะที่บางรายพยายามปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด

1.9.3 ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และแบบแผนการดำเนินชีวิต

ด้านวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานด้วย เนื่องจากเป็นสิ่งที่ได้รับการสั่งสมกันมาจนทำให้กลายเป็นความเคยชิน และปฏิบัติสืบทอดกันมาโดยที่ไม่ต้องให้ใครมาชี้แนะ พื้นฐานทางวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของไทยที่ผู้หญิงจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้าน ทำบทบาทของตนเองในฐานะมารดา ภรรยา หรือบุตรสาว แต่เนื่องจากปัจจุบันสภาพของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปผู้หญิงต้องรับผิดชอบงานนอกบ้านด้วยทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองลดลง โดยเฉพาะเรื่องการเตรียมอาหารที่เมื่อก่อนจะเป็นหน้าที่ของผู้หญิงที่เป็นแม่บ้านจะเป็นผู้เตรียมอาหารเอง แต่ในปัจจุบันมีการซื้ออาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ซึ่งเป็นอาหารที่มีเครื่องปรุงรส หรือไขมันสูง ซึ่งไม่สามารถเลือกซื้อให้เหมาะสมกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ได้ (ขนิษฐา ศรีสว่าง, 2549)

ด้านความเชื่อ จากการศึกษาของขนิษฐา นันทบุตร (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริบทอีสานยังมีความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่า ความเจ็บป่วย คือ การล้มหมอนนอนเสื่อ แต่ถ้ายังสามารถปฏิบัติงานได้ถือว่ายังไม่เจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดความเอาใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเนื่องจากคิดว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วย ยังสามารถปฏิบัติงานได้ ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยเชื่อว่าการออกกำลังกายคนเดียวเป็นเรื่องผิดปกติ เกิดความรู้สึกอาย และดูเป็นการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปจากเดิม

ปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิต การมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้ออำนวย การทำงานที่รีบเร่ง และต้องทำต่อเนื่องในแต่ละวันโดยไม่มีเวลาพักผ่อน ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับอาชีพ เนื่องจากเป็นวัยทำงาน อาชีพจึงมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้วย อาชีพขายอาหาร ขายขนม หวานหรือผลไม้ ที่ต้องมีการชิมเพื่อป้องกันไม่ให้ลูกค้าตำหนิได้ โดยเฉพาะอาชีพขายผลไม้ที่ต้องรู้รสชาติของผลไม้แต่ละชนิดเพื่อแนะนำลูกค้า และอาชีพที่มีความรับผิดชอบสูงจะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย เวลารับประทานอาหารไม่แน่นอน บางครั้งส่งผลต่อการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนวิถีชีวิตที่รีบเร่งเพื่อทำงานให้ทันกับเวลาที่กำหนด หรือทำงานที่มีการแข่งขันสูง ทำให้บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานส่วนหนึ่ง เลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานแทนการปรุงอาหารด้วยตนเอง ทำให้ไม่สามารถจำกัดรสชาติอาหารได้ (ขนิษฐา ศรีสว่าง, 2549)

1.9.4 ปัจจัยอื่น ๆ

1.9.4.1 ด้านการสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวสามารถช่วยส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานมีการควบคุมโรคเบาหวานที่ดีขึ้นหรือแย่ลงได้ เพราะว่าการได้รับความรักความเอาใจใส่ของคู่สมรส บุตรหรือมารดา การได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของจากบุตรหลานหรือเพื่อนในเครือข่ายสังคม การมีส่วนร่วมในสังคม การได้พบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำให้บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานรับรู้ถึงความมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีผลต่อการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในทางที่ดี จากการศึกษาของสมยศ ศรีจารนัย (2542) พบว่า ผู้ดูแลมีส่วนช่วยและส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ปัจจัยที่สนับสนุนการดูแลตนเอง ได้แก่ กำลังใจและสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว การชมเชยจากบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อนบ้านแนะนำวิธีการดูแลตนองเพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน รายการธรรมะที่ช่วยให้บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานรู้สึกปล่อยวางและระงับความโกรธ รายการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย รายการอาหาร (ขนิษฐา ศรีสว่าง, 2549) ส่วนปัจจัยสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหารและผลไม้ในครอบครัวที่มีการปรุงอาหารรสชาติเหมือนเดิม เพื่อนบ้านนำอาหาร ขนมหวานมาให้ ในช่วงบุญประเพณี (ขนิษฐา ศรีสว่าง, 2549) และการได้รับการบริการจากบุคลากรทีมสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการของผู้ป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษาของขนิษฐา ศรีสว่าง (2549) พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพมีการให้ข้อมูลเชิงลบ เพื่อทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความกลัว การใช้คำพูดในเชิงตำหนิ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิเสธการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงเพราะว่ากลัวการถูกตำหนิ

1.9.4.2 ความชอบส่วนบุคคล ความชอบของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานจะมีลักษณะที่ทำจนเกิดเป็นความเคยชิน การเปลี่ยนแปลงความชอบจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก หากบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานไม่ตระหนักถึงความสำคัญอย่างแท้จริงโดยเฉพาะความชอบรับประทานอาหารหวาน (ขนิษฐา ศรีสว่าง, 2549) และพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านนิสัยการรับประทานอาหารเป็นเรื่องยากที่สุด (ภาณุมาศ พลนาเมือง, 2540)

1.9.4.3 ฤดูกาล เมื่อถึงฤดูกาลที่มีผลไม้ จะมีผลไม้แต่ละชนิดออกสู่ตลาดพร้อมกัน ราคาผลไม้ถูก ทำให้อยากรับประทานผลไม้มากขึ้น ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ขนิษฐา ศรีสว่าง, 2549)

1.9.4.4 ระบบบริการสุขภาพ การจัดระบบบริการที่เหมาะสมมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยต้องเน้นการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง ผสมผสาน สามารถเข้าถึงได้ง่าย เน้นการให้บริการเชิงรุก และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และมุ่งเน้นในการเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของวิพร เสนารักษ์ (2549) พบว่าการจัดระบบบริการสำหรับค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานและการดูแลกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานในชุมชนชนบทอีสาน ยังพบว่าเป็นการตั้งรับในสถานบริการ ยังไม่มีการดำเนินการในเชิงรุกอย่างจริงจัง

การที่บุคคลเป็นโรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานยังมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล หรือปัจจัยภายนอก ในบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานไม่ได้หมายความว่าทุกคนจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมือนกัน เช่นเดียวกันกับในกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานที่มีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งในด้านระยะเวลาการดำเนินโรค และสภาวะสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อความสนใจหรือความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามมุมมองของกลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคนในบริบทหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

1.10 การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

การพยาบาลเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีกิจกรรมการพยาบาลที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ยกเว้นเรื่องยา เป้าหมายที่สำคัญในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอการพยาบาลที่มีผู้ศึกษาไว้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการ

ดำเนินของโรคเบาหวานทุกระยะ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเกิดโรค จนถึงระยะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ชะลอหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งยังพบการศึกษาการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานในระยะก่อนที่จะเกิดโรคเบาหวานน้อย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2549 พบงานวิจัยที่ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน โดยเน้นการหารูปแบบการพยาบาลที่จะช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปกิจกรรมการพยาบาลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานซึ่งสามารถสรุปประเด็นได้ ดังนี้ 1) การสร้างเสริมพลังอำนาจ 2) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 3) โปรแกรมสุขศึกษา โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ 4) กระบวนการกลุ่ม 5) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม 6) กิจกรรมการให้ความรู้ และ 7) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีส่วนในการค้นหาสาเหตุของปัญหาในการควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้คำชี้แนะหรือแนะนำ มีเพียงการศึกษาของอุรา สุวรรณรักษ์ (2542) ที่ได้นำวิธีการพยาบาลโดยการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ความสามารถ และมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเมื่อนำมาใช้กับบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานจะสามารถเสริมสร้างความสามารถ และพัฒนาศักยภาพของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานให้สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง สามารถลดโอกาสหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน สามารถพัฒนาตนเองไปสู่วิธีการการดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างเต็มศักยภาพ แต่กิจกรรมดังกล่าวยังมีผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย ซึ่งอาจยังไม่สอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริงหรือข้อจำกัดของแต่ละบุคคล

2) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการให้ข้อมูล ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และการฝึกทักษะการปฏิบัติ โดยจากผลการศึกษาของปะราลี โอภาสนันท์ (2542) และอัญชลี แสนอ้วน (2542) พบว่าระดับความรู้ การดูแลตนอง ภาวะสุขภาพ หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีขึ้น ซึ่งการประเมินผลส่วนใหญ่จะประเมินความรู้ผู้ป่วยและการปฏิบัติการดูแลตนเอง กิจกรรมการพยาบาลลักษณะนี้ ผู้วิจัยมีบทบาทเด่นในการสอนและการชี้แนะผู้ป่วย และเป็นผู้สนับสนุน ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองน้อย

3) โปรแกรมสุขศึกษา และโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (health education program and health promotion) จากการพัฒนารูปแบบกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน ได้มีการสร้างโปรแกรมการพยาบาลต่าง ๆ ขึ้น โดยการผสมผสานกิจกรรมการพยาบาลเข้าไว้ด้วยกัน โดยในหนึ่งโครงการจะมีหลายกิจกรรม โดยมีเป้าหมายในการจัดกิจกรรม คือ การสร้างความความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการปฏิบัติ การควบคุมตนเอง โดยการจัดโปรแกรมอาจเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่ม (กาญจนา ใจธรรม, 2541; นฤทธิ์ เซ็นน้อย, 2541; บุปผา อาศรัยราช, 2541; สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541) ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าโปรแกรมการพยาบาลเหล่านี้มีผลต่อการดูแลตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ และเป็นที่ยอมรับว่ากิจกรรมที่หลากหลาย จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร (สมจิต หนุเจริญกุล, 2544) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2546) แต่อย่างไรก็ตามกิจกรรมดังกล่าว ยังอยู่ภายใต้การจัดการของผู้วิจัยเป็นหลัก ซึ่งยังไม่สอดคล้องกับความต้องการ หรือธรรมชาติของผู้ป่วยแต่ละคน

4) กระบวนการกลุ่ม (focus group) การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การศึกษาของบุปผา อาศรัยราช (2541) และธีระ ภักดิ์จรุง (2548) ที่ได้จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น ซึ่งจากลักษณะของกิจกรรมกลุ่มเป็นการนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น แต่ข้อจำกัดของกิจกรรมนี้ยังพบว่า ผู้วิจัยยังมีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรม และจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มต้องมีจำนวนที่เหมาะสม ถ้ามากเกินไปอาจไม่ได้ผลหรือมีประสิทธิภาพ

5) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม (counseling) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้นในกระบวนการพยาบาล โดยวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเบาหวาน อาจจัดเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม เช่นการศึกษาของธัญญาลักษณ์ สถิรเสถียร (2545); นิตยา ภาพสมุทร (2545) และ วีรวรรณ บุญวงศ์ (2546) ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาสามารถทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ

6) การสอน (patient teaching) อาจสอนเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มโดยประสิทธิผลของการสอนจะประเมินที่ความรู้ผู้ป่วย และการปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของอภิรดี ปลอดเมือง (2542) หลังการสอนพบว่า ความรู้ และการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานดี

ขึ้น ผลการวิจัยในระยะต่อมาพบว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (สุภลักษณ์ บุญความดี, 2540; Grazier et al., 2006) ซึ่งเป็นข้อความรู้อย่างหนึ่งที่พบว่าความรู้ไม่ได้นำสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรม

7) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) มีการนำเอาการมีส่วนร่วมทางสังคมมาใช้ในการพยาบาลมากขึ้น เช่น ครอบครัว ผู้ดูแล ญาติ เพื่อให้บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และมีแรงผลักดันในการดูแลตนเองที่คงทนถาวรมากขึ้น จากการศึกษาของธีระ ภักดิ์จรุง (2548) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น

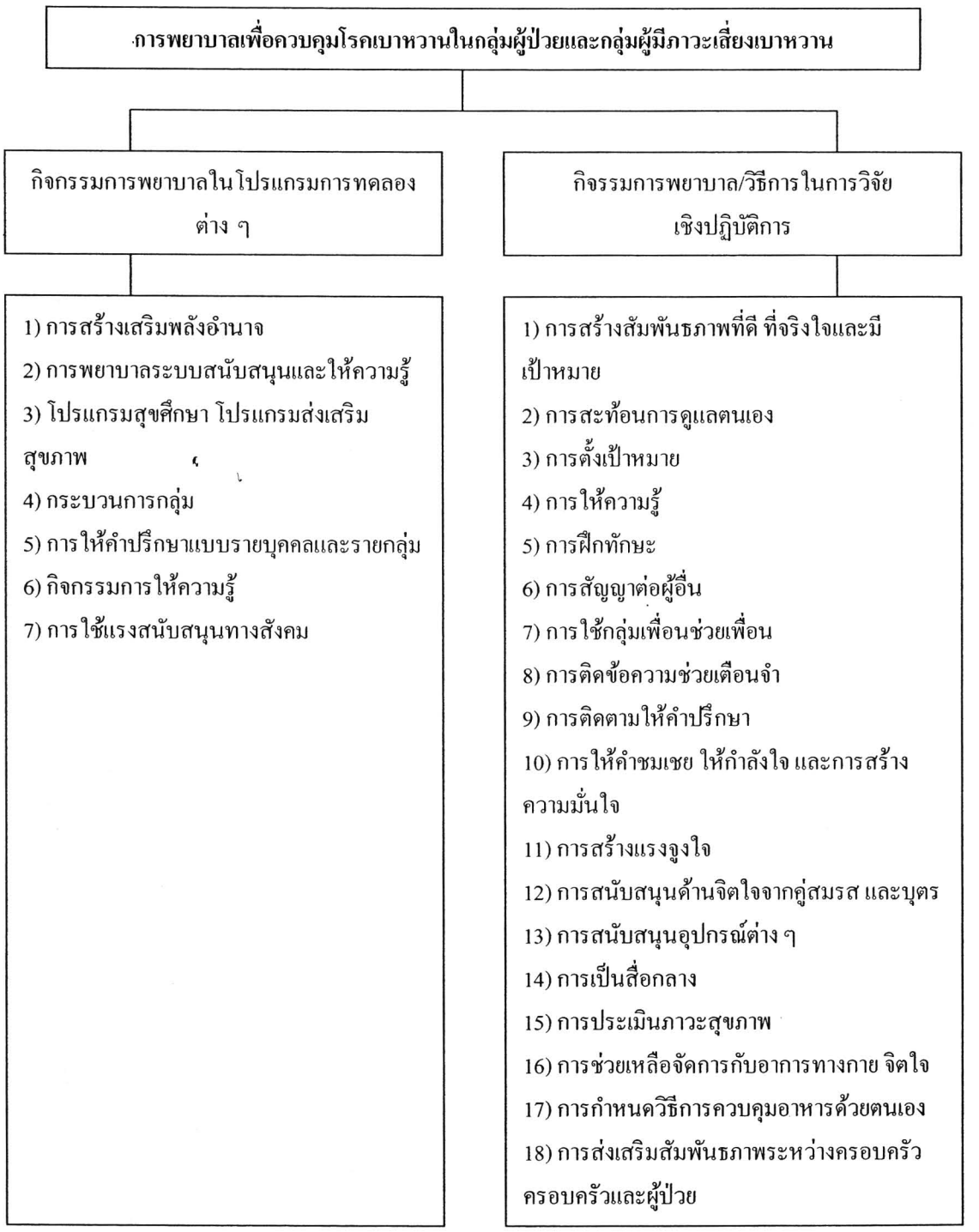
จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลในลักษณะต่าง ๆ ที่กล่าวมา ต่างให้ประโยชน์และแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในแง่มุมต่าง ๆ พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานตามความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ยังค้นพบเทคนิควิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังรายละเอียดตารางที่ 3

จากข้อความรู้ทั้งหมดที่เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลในช่วงที่ผ่านมา (ภาพที่ 2) ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน โดยกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวจะอยู่ในรูปโปรแกรมโดยผสมผสานกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เน้นการสร้างความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติ ผู้วิจัยยังมีบทบาทสำคัญในการกำหนดกิจกรรมเหล่านี้ แต่ยังพบว่ายังไม่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานที่เหมาะสมได้ โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2539; ภาณุมาศ พลนาเมือง, 2540) เนื่องจากยังมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรม เช่น วิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ข้อจำกัดของแต่ละบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง และยังพบว่ายังมีปัญหาและข้อจำกัดในการนำข้อความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของตนเอง เนื่องจากความรู้ที่ให้เป็นทฤษฎี ซึ่งได้มาจากตำราโดยบุคลากรสุขภาพเป็นผู้กำหนด บางครั้งยังมีความไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ได้มีการค้นหากิจกรรมการพยาบาลที่เกิดจากมุมมองความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและมีส่วนร่วมในดูแลตนเอง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น

ตารางที่ 3 เทคนิค วิธีการ กิจกรรมการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กิจกรรมการพยาบาล	ภาวนา กีรติยุตวงศ์ (2537)	วิลาวัล ผลพลอย (2539)	วัลลา ตันตโยทัย (2540)	ภานุมาศ พลนาเมือง (2540)
1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ที่จริงใจและมีเป้าหมาย	√	√		√
2) การสะท้อนการดูแลตนเอง		√		
3) การตั้งเป้าหมาย	√	√		√
4) การให้ความรู้	√	√	√	√
5) การฝึกทักษะ	√	√	√	
6) การสัญญาต่อผู้อื่น		√		
7) การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน		√		
8) การติดข้อความช่วยเตือนความจำ		√		
9) การให้คำปรึกษา	√	√	√	√
10) การให้กำลังใจ คำชมเชย การสร้างความมั่นใจ	√	√	√	√
11) การสร้างแรงจูงใจ	√			√
12) การสนับสนุนด้านจิตใจจากคู่สมรสและบุตร	√	√	√	√
13) การสนับสนุนด้านอุปกรณ์			√	
14) การเป็นสื่อกลาง	√		√	
15) การประเมินภาวะสุขภาพ			√	
16) การช่วยเหลือจัดการกับอาการทางกาย จิตใจ			√	
17) การกำหนดวิธีการควบคุมอาหารด้วยตนเอง				√
18) การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้ป่วย			√	
19) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการ เช่น การมีส่วนร่วม การใช้สื่อต่าง ๆ	√			

(ภาวนา กีรติยุตวงศ์, 2537; วิลาวัล ผลพลอย, 2539; วัลลา ตันตโยทัย, 2540; ภานุมาศ พลนาเมือง, 2540)



ภาพที่ 2 กิจกรรม และวิธีการพยาบาลเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน

ดังนั้นในการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานครั้งนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าการให้บุคคลที่เป็นกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การวางแผน และตัดสินใจเลือกวิธีการในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองจะทำให้สามารถดึงศักยภาพของบุคคลออกมาในการแก้ไขปัญหาได้ เพราะว่าบุคคลย่อมรู้จักปัญหาของตนเองดี และการมีส่วนร่วม จะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อที่จะควบคุมโรคเบาหวาน และเต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วยังเป็นการจูงใจให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและถาวรได้ด้วย

2. แนวคิดวัฒนธรรมอีสาน และผู้หญิงอีสานวัยกลางคน

2.1 แนวคิดวัฒนธรรมอีสาน

มนุษย์ต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่มมีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันจนกลายเป็นวัฒนธรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า วัฒนธรรมไว้หลากหลาย โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ ได้ให้ความหมายของวัฒนธรรมไทย ไว้ว่า คือ วิถีชีวิตที่ไทยได้สั่งสมเลือกสรร ปรับปรุง แก้ไข จนถือกันว่าเป็นสิ่งที่ดีงามเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และได้ใช้เป็นเครื่องมือหรือเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับรัตนา อัตภูมิสุวรรณ์ (2542) ที่ได้สรุปไว้ว่า วัฒนธรรมเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละสังคม ดังนั้นวัฒนธรรมบางส่วนอาจจะแตกต่างกัน คล้ายคลึงกันกับสังคมอื่น ตามแต่สภาพภูมิประเทศและประวัติศาสตร์ของแต่ละสังคม ทั้งวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ อันเกิดจากความคิดสร้างสรรค์ของมนุษย์ และยึดถือปฏิบัติจากชนรุ่นหนึ่งมายังอีกชนรุ่นหนึ่งจนถึงปัจจุบัน ซึ่งวัฒนธรรมเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิเคราะห์พฤติกรรมของมนุษย์ได้ โดยลักษณะวัฒนธรรม มีลักษณะที่สำคัญ คือ 1) วัฒนธรรมเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ เช่น การแต่งกาย การพูด การเขียน กิริยาท่าทางต่าง ๆ 2) วัฒนธรรมเป็นมรดกแห่งสังคม คือเป็นสิ่งที่มีค่าที่ควรแก่การอนุรักษ์ให้มีการสืบทอดจากชนรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง 3) วัฒนธรรมเป็นวิถีชีวิต วัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดรูปแบบหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พบในการดำเนินชีวิตประจำวัน และ 4) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่เหนืออินทรีย์ คือมีการสะสมเพิ่มพูน ไม่มีการสูญเสียสิ่งที่มีอยู่เดิม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละสังคมที่แตกต่างกันไป รัตนา อัตภูมิสุวรรณ์ (2542) ได้แบ่งวัฒนธรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ วัฒนธรรมทางด้านวัตถุ เช่น เครื่องมือ เครื่องใช้ อาคาร บ้านเรือน ถนน สิ่งประดิษฐ์ต่าง ๆ วัฒนธรรมทางด้านความคิด คือ ความเชื่อทางศาสนา สุภาษิต คติชาวบ้าน เป็นต้น และ วัฒนธรรมทางด้านบรรทัดฐาน จะเป็นเรื่องของการประพฤติปฏิบัติตามระเบียบแบบแผนที่ดีที่เขียนเป็นลาย

ลักษณ์อักษร หรือไม่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น กฎหมาย กฎ ระเบียบ ขนบธรรมเนียมประเพณี จารีตประเพณี วิถีประชา และมารยาทสังคม เป็นต้น

สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือภาคอีสาน มีลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นที่ราบสูงโดยส่วนมากประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรมตามฤดูกาล การศึกษาและรายได้อยู่ในระดับต่ำเมื่อมองภาพรวมของประเทศ จึงพบว่ามีการอพยพย้ายถิ่นเพื่อการประกอบอาชีพค่อนข้างมาก ในขณะที่มีการคงคุณค่าทางวัฒนธรรม ประเพณีต่าง ๆ สืบทอดต่อกันมาจากอดีต ซึ่งบุคคลในภาคอีสานยังยึดถือประเพณีฮีตสิบสองกันมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ จะเชื่อมโยงอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่สะท้อนความคิด ประสบการณ์ การเรียนรู้ ที่แสดงออกมาเป็นการดำเนินชีวิตหรือเรียกว่าเป็นวิถีชีวิตของบุคคล (ขนิษฐา นันทบุตร, 2546) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาวัฒนธรรม์ หรือวิถีชีวิตของคนในชุมชนชนบทอีสานในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเกิดโรคเบาหวานที่มีความเชื่อมโยงกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการอธิบายที่ชัดเจนสู่ความเข้าใจในพฤติกรรมภายใต้ความเชื่อของการเกิดพฤติกรรมการแสดงพฤติกรรมที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมนั้น ๆ และผ่านกระบวนการกล่อมเกลาทางสังคมจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนไปตามสภาพเงื่อนไขเวลาและสังคมที่เปลี่ยนแปลง (ยศ สันติสมบัติ, 2544)

2.2 แนวคิดผู้หญิงอีสานวัยกลางคน

วัยกลางคนเป็นวัยที่มีความสำคัญวัยหนึ่ง ถือว่าเป็นช่วงวัยต่อระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับวัยสูงอายุจะมีพัฒนาการไปในทางที่เสื่อมลง แต่เป็นวัยที่เข้าใจชีวิตและมองเห็นสัจธรรมได้ชัดเจนขึ้น เป็นวัยที่ต้องปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน ทั้งในด้านอาชีพ ด้านบทบาทการเป็นพ่อแม่หรือปู่ย่าตายาย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มวัยกลางคน ที่เป็นผู้หญิงอีสานในเขตชนบท ดังนั้นจะกล่าวถึงบริบทของผู้หญิงอีสานวัยกลางคน หรือที่เรียกกันว่า “แม่ใหญ่” ดังนี้

2.2.1 คำจำกัดความของผู้หญิงวัยกลางคน และผู้หญิงอีสานวัยกลางคน

คำจำกัดความของวัยกลางคน หรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (middle age or middle adulthood) ตามมิติอายุ จะมีช่วงอายุระหว่าง 40-60 ปี (จินตนา เลิศไพบูลย์ และทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2543) นับเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของวัยผู้ใหญ่ที่สำคัญ เป็นวัยที่มีช่วงอายุค่อนข้างยาว และเตรียมตัวเข้าสู่วัยชรา ส่วนศรีเรือน แก้วกังวาล (2549) ได้กล่าวไว้ว่า วัยกลางคน นิยมกำหนดอายุอยู่ระหว่าง 40-65 ปี

สำหรับผู้หญิงอีสานวัยกลางคน ซึ่งมักถูกเรียกว่า “แม่ใหญ่” หมายถึง ผู้ที่มีอาวุโสในครอบครัวอีสาน มีอิทธิพลในการชี้นำการปฏิบัติตัวของบุตรหลาน (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2544) ซึ่งบางหมู่บ้านอาจไม่มีคำเฉพาะที่เรียกกลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนอย่างชัดเจน ดังเช่นการศึกษา

ของวิพร เสนารักษ์ (2549) ที่พบว่า กลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนจะถูกเรียกว่า "ซูมแม่ ๆ" หรือ "พวกแม่ ๆ" ซึ่งวัยจะอยู่ในช่วง 45-59 ปี ที่มีการเรียกขานว่า "แม่" เพราะว่าเป็นผู้เลี้ยงดูหลานและทำหน้าที่คล้ายแม่มาตั้งแต่เล็ก หรือบางครั้งก็เรียก "แม่ใหญ่" แทนคำว่า "ยาย" ในภาษาไทยภาคกลาง

ในการศึกษานี้ ผู้หญิงอีสานวัยกลางคน หรือ "แม่ใหญ่" "ซูมแม่ ๆ" หรือ "พวกแม่ ๆ" หมายถึง ผู้หญิงอีสานที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาวุโสในครอบครัวและมีบทบาทในการเลี้ยงดูหลานหรือมีอิทธิพลในการชี้นำบุตรหลาน

2.2.2 เกณฑ์จำแนกกลุ่มผู้หญิงวัยกลางคน

การจำแนกกลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนใช้ช่วงอายุและพิจารณาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงอายุของวัยกลางคน ดังนั้นในปัจจุบันอายุขัยเฉลี่ยของประชากรประเทศไทยสูงขึ้น การกำหนดอายุวัยกลางคนจึงสูงขึ้นตามด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) จะเห็นได้ว่ายังมีความแตกต่างในการกำหนดช่วงอายุของวัยกลางคนที่ยังมีความหลากหลาย แต่การกำหนดว่าเข้าสู่วัยกลางคน จะพิจารณาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงอายุมากกว่าพิจารณาจากอายุจริง (จินตนา เลิศไพบูลย์ และทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2543) จากการศึกษาของวิพร เสนารักษ์ (2549) พบว่ามีการจำแนกกลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคนชนบทตามมุมมองภาคประชาชนโดยใช้สถานการณ์ชีวิตมาเป็นหลักเกณฑ์ในการแบ่ง ซึ่งได้มีการแบ่งตามลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวัน การใช้พื้นที่ และสถานภาพการสมรส โดยกลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคนที่ถูกแบ่งตามลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ แม่ใหญ่แม่ค้า แม่ใหญ่ตำหูก แม่ใหญ่ไปแต่นา แม่ใหญ่เลี้ยงหลาน แม่ใหญ่เฮ็ดแหนม แม่ใหญ่แม่บ้าน แม่ใหญ่เฮ็ดอวน แม่ใหญ่บ่มีเวียก แบ่งตามลักษณะการใช้พื้นที่ ได้แก่ แม่ใหญ่มีแต่ไปหรือแม่ใหญ่ไฮโซ และแม่ใหญ่ไปบ่เป็น และแบ่งตามสถานภาพการสมรส ได้แก่ แม่บ้าน แม่ม่าย แม่ฮ้าง ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ คือ กลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนนั่นเอง โดยส่วนใหญ่อายุจะอยู่ในช่วง 45-65 ปี ในการศึกษาในครั้งนี้ได้กำหนดช่วงอายุของวัยกลางคนอยู่ระหว่าง 40-60 ปี เพื่อให้ครอบคลุมผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในปัจจุบันที่พบมากตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป

2.2.3 คุณลักษณะของวัยกลางคนและผู้หญิงอีสานวัยกลางคน

เมื่อบุคคลก้าวถึงวัยกลางคนจะมีความสุขกับการสร้างครอบครัว สร้างความเจริญให้กับครอบครัวและสังคม อุทิศแรงกายเพื่องาน เป็นวัยที่ใช้ความสามารถของตนเองมากที่สุด ซึ่ง Erikson ได้กล่าวไว้ว่า ปัญหาพื้นฐานของคนในวัยนี้ คือ การเลือกระหว่างการทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม (generativity) กับการทำสิ่งที่เป็นประโยชน์เฉพาะตัวเอง (stagnation or self-absorbtion) จะเห็นได้ว่าวัยกลางคนต้องพยายามพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเอง และพัฒนาความสามารถในการรับผิดชอบต่อโลกภายนอกด้วย ซึ่งคุณลักษณะของวัยกลางคนตามพัฒนาการ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) สามารถแบ่งออก 4 ด้าน คือ พัฒนาการด้านร่างกาย ด้าน

อารมณ์ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา โดยพัฒนาการด้านร่างกายจะพบว่า กำลังของร่างกายจะเริ่มลดลงน้อยลง เหนื่อยง่าย ประสาทสัมผัสต่าง ๆ เริ่มรับรู้ช้า ผิวหนังเริ่มเหี่ยว รูปร่างเริ่มเปลี่ยนแปลง น้ำหนักตัวจะเพิ่มมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะสะสมไขมันใต้ผิวหนังมากขึ้นโดยเฉพาะบริเวณหน้าท้อง สะโพก เนื่องจากวัยนี้จะมีกิจกรรมที่ใช้พลังงานลดลง (จินตนา เลิศไพบูลย์ และทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2543) ถ้ารักษาสุขภาพ ไม่มีนิสัยที่ทำลายสุขภาพก็จะมีชีวิตที่ยืนยาว (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549)

ในด้านพัฒนาการทางอารมณ์จะพบว่าผู้หญิงวัยกลางคนจะมีบุคลิกภาพค่อนข้างคงที่ สามารถปรับอารมณ์ให้เข้ากับบุคคลและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ มีความยืดหยุ่นทางความคิด ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน ผู้หญิงวัยกลางคนที่บรรลุวุฒิภาวะอารมณ์สูงสุดจะมีความเชื่อมั่นในสิ่งที่กระทำ มีความพอใจในสิ่งที่ตนเองกระทำ ยอมรับความผิดพลาดแล้วนำมาเป็นบทเรียนของชีวิต เมื่อเกิดปัญหาจะไม่โทษผู้อื่นแต่จะพิจารณาการกระทำของตนเองเป็นสำคัญ (จินตนา เลิศไพบูลย์ และทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2543) ซึ่งในผู้หญิงอีสานวัยกลางคนที่ผ่านการกล่อมเกลาทางสังคมจะทำให้เป็นคนที่มีความอดทน เสียสละ (วิพร เสนารักษ์, 2549) ซึ่งถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดอารมณ์เครียด เศร้า ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้

ส่วนพัฒนาการทางด้านสังคมจะพบว่าในบุคคลที่สามารถปรับตัวได้ดีจะประสบความสำเร็จเมื่อวัยกลางคน ได้แก่ การมีชีวิตครอบครัวที่มั่นคง การเลี้ยงดูอบรมบุตรจนเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่รับผิดชอบเองได้ มีความสำเร็จในการงานตามสมควรแก่ฐานะและความสามารถ การเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและในสังคม สำหรับสังคมของผู้หญิงอีสานวัยกลางคน หรือที่เรียกว่า “แม่ใหญ่” จะมีความผูกพันกับครอบครัวอย่างมากทั้งที่อยู่ใช้ชีวิตร่วมกันหรือแยกกันอยู่ (วิพร เสนารักษ์, 2549) ในขณะเดียวกันการที่ต้องรับบทบาทของการเป็นลูก เป็นภรรยา เป็นแม่หรือเป็นญาติพี่น้อง ทำให้มีภาระหน้าที่ตามสังคมกำหนดโดยต้องอุทิศทั้งเวลา กำลังกายให้แก่ครอบครัวและสังคม จึงไม่มีเวลาสนใจตนเองเท่าที่ควร สำหรับพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของผู้หญิงวัยกลางคนจะพบว่าเป็นช่วงที่มีความสมบูรณ์ที่สุด ความคิดจะเป็นระบบเนื่องจากความมีประสบการณ์ มีความรู้และมีการมองในแง่มุมใหม่ ลักษณะความคิดจะมีได้หลายแบบ มีทั้งเรียบง่าย พลิกแพลง โดยจะปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากกว่าความเคยชิน (จินตนา เลิศไพบูลย์ และทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2543)

โดยสรุปผู้หญิงอีสานวัยกลางคนมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาที่ไม่แตกต่างจากผู้หญิงวัยกลางคนโดยทั่วไป โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ การมีเกิดภาวะอ้วน หรือมีภาวะเครียดเกิดขึ้นได้ง่ายเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย หรือการมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัวทำให้มีเวลาใส่ใจสุขภาพตนเองน้อยลง ซึ่งจากการศึกษา

ของศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ (2544) พบว่าผู้หญิงอีสานวัยกลางคนไม่ค่อยให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพเป็นพิเศษ เนื่องจากให้ความสำคัญกับการทำมาหากิน จึงทำให้ร่างกายมีแนวโน้มเสื่อมไปตามวัยมากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมทำให้ผู้หญิงอีสานวัยกลางคนมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงลดลง เช่น มีการนำเครื่องทุ่นแรงมาใช้แทนการใช้แรงงาน (วิพร เสนารักษ์, 2549)

2.2.4 จุดเด่น จุดด้อยของการเป็นผู้หญิงอีสานวัยกลางคน

2.2.4.1 จุดเด่นการเป็นผู้หญิงอีสานวัยกลางคน

ผู้หญิงอีสานวัยกลางคน หรือ "แม่ใหญ่" หรือ "ซูมแม่ ๆ" เป็นคำเรียกที่แสดงถึงการให้เกียรติ การเคารพนับถือ เชื่อฟัง (ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ, 2544) แสดงถึงการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อครอบครัว อีกทั้งการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลเรื่องสุขภาพ นอกจากนี้ด้วยประเพณีการแบ่งพื้นที่ทำกินให้กับลูกสาว แม่ใหญ่ส่วนใหญ่จึงเป็นเจ้าของที่ดินที่เป็นแหล่งผลิตข้าวที่เป็นอาหารหลักของคนในครอบครัว (วิพร เสนารักษ์, 2549)

2.2.4.2 จุดด้อยการเป็นผู้หญิงอีสานวัยกลางคน

ด้วยความเป็นหญิงทำให้ผู้หญิงวัยกลางคนต้องมีบทบาทในการดูแลคนในครัวเรือนตั้งแต่ตอนเป็นเด็กจนถึงวัยกลางคน ทำให้มีความคาดหวังจากสังคมว่าต้องอยู่กับเหย้าเฝ้ากับเรือน ต้องมีภาระหน้าที่รับผิดชอบทุก ๆ เรื่องของครอบครัว การที่ต้องรับภาระงานที่ไม่ได้สร้างรายได้ เช่น การเลี้ยงหลาน หรือการทำงานที่แม้จะต้องใช้เวลามากแต่รายได้น้อย เหล่านี้เป็นการทำให้ขาดโอกาสในการที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร ขาดความตระหนักกับการถูกใช้ประโยชน์จากคนรอบข้าง ทำให้ลืมที่จะนึกถึงสุขภาพตนเอง และพบว่าผู้หญิงในวัยนี้ที่หย่าร้างมักจะถูกสังคมมองว่าเป็นความผิดของผู้หญิง (วิพร เสนารักษ์, 2549) จากแนวคิดผู้หญิงอีสานวัยกลางคนทำให้สามารถสะท้อนได้ว่า ชีวิตของ "แม่ใหญ่" ยังคงมีความรับผิดชอบเต็มที่ต่อครอบครัว ภาระในการเลี้ยงดูหลาน การทำงานเพื่อหารายได้เสริมให้ครอบครัว นอกจากนี้ยังต้องรับบทบาทที่สังคมคาดหวัง กิจกรรมเหล่านี้มีผลอย่างยิ่งต่อวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้หญิงอีสานวัยกลางคนไม่มีเวลาสนใจเรื่องสุขภาพของตนเอง ไม่ตระหนักถึงการถูกใช้ประโยชน์จากคนรอบข้าง ซึ่งอาจเกิดจากการที่ถูกสังคมกล่อมเกลามาให้เป็นคนที่ต้องอุทิศ เสียสละจนลืมนึกถึงตนเอง ดังนั้นวิถีชีวิตของกลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อการมีภาวะสุขภาพ

3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ : การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ

3.1 การส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่จะทำให้บรรลุถึงเป้าหมายของการมีสุขภาพดี การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาคส่วนของทีมสุขภาพ และภาคส่วนประชาชนในการที่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ และกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ความหมาย นักวิชาการและองค์กรต่าง ๆ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นการเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้บรรลุถึงความปกติสุข ดำรงไว้ซึ่งสวัสดิภาวะทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะต้องร่วมมือกันเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวา (2529 อ้างถึงใน อำพล จินดาวัฒนะ, 2546) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้คนมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และ Pender (2002) มีมุมมองที่ไม่แตกต่างกัน โดยมองว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มเพื่อมุ่งให้เกิดความผาสุก และการมีสุขภาพดีในระดับสูง ส่วนความหมายการส่งเสริมสุขภาพที่นักวิชาการในประเทศไทยได้ให้ความหมายไว้ ไม่แตกต่างกันจากองค์กรต่าง ๆ ที่ได้ให้ความหมายไว้ ซึ่งหมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในตนเอง มีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพตนเอง (พิสมัย จันทวิมล, 2541; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2545; ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2546) ส่วนเฉลิมพล ตันสกุล (2549) ได้ให้ความหมายที่ครอบคลุมถึง การเป็นกระบวนการทางสังคม และการเมืองแบบเบ็ดเสร็จ ไม่เพียงแต่ครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ที่มุ่งเร่งรัดการเพิ่มทักษะและความสามารถของปัจเจกบุคคล หากรวมถึงกิจกรรมที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เพื่อที่จะบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและปัจเจกบุคคล แต่ความหมายโดยรวมของการส่งเสริมสุขภาพของนักวิชาการของประเทศไทย นั่นคือการเพิ่มสมรรถนะ หรือการเพิ่มพลังอำนาจให้กับประชาชน

กล่าวโดยสรุปความหมายของการส่งเสริมสุขภาพของนักวิชาการ และองค์กรต่าง ๆ มีความคล้ายคลึงกัน สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่เพิ่มขีดความสามารถของบุคคลโดยที่บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง สิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น หรือเป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้กับประชาชนนั่นเอง ซึ่งมุมมองนี้แตกต่างจากแต่ก่อนที่มองว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นเพียงกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกระทำให้กับประชาชนเพื่อให้เกิดสุขภาพดี (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546)

3.1.2 ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหลายระดับ จำเป็นต้องมุ่งเน้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทั้งในระดับบุคคลและส่วนรวม ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การดำเนินกิจกรรมที่มีทั้งทีมสุขภาพ และประชาชนต้องเข้ามารับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งสาระสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรกรุงเทพว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัฒน์ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญไว้ (Bangkok Charter อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังนี้ การสร้างพันธมิตร และสร้างความร่วมมือ (partnership) การลงทุนอย่างคุ้มค่า (invest) การกำหนดกฎเกณฑ์และกฎหมาย (regulate and legislate) การสนับสนุน ชี้แนะ (advocate) และการสร้างสมรรถภาพ (build capacity) ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายหรือการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จ โดยทีมสุขภาพต้องมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ คือการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องสุขภาพ การสนับสนุน ชี้แนะ ให้กับประชาชนในเรื่องสุขภาพและสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีความสามารถประชาชน ส่วนบทบาทประชาชน ต้องตระหนักและเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี ตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพตนเอง โดยรับผิดชอบทั้งสุขภาพตนเอง ครอบครัว และของชุมชน (สมจิต หนุเจริญกุล, 2546)

3.1.3 คุณลักษณะการส่งเสริมสุขภาพ

เนื่องจากมีความหลากหลายเกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ Maben และMacleod Clark (1995 อ้างใน นิตย์ ทัศนิยม, 2545) ได้วิเคราะห์แนวคิด และรวบรวมมุมมองเกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพว่า มีความแตกต่างกันเป็น 5 แบบ ได้แก่ 1) มุมมองในความหมายที่เป็นคำกว้าง ๆ หมายถึง กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่กระทำเพื่อรักษาสุขภาพและป้องกันโรค 2) มุมมองในความหมายของการให้สุขศึกษา โดยให้คำสองคำนี้มีความหมายเหมือนกัน และใช้แทนกันได้ 3) มุมมองในความหมายการตลาดเชิงสังคม (social marketing) โดยเชื่อว่าการที่คนจะปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดีนั้นเกิดจากการที่เขามองเห็นประโยชน์ สุขภาพดีจึงเสมือนสินค้าที่

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

เสนอขายเพื่อให้คนเลือกซื้อ หรือตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 4) มุมมองความหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตในระดับปัจเจก และ 5) มุมมองที่เน้นกิจกรรมในระดับกว้าง ตั้งแต่การให้ข้อมูล การสร้างพลังอำนาจในตนเอง (self-empowerment) ไปจนถึงการสร้างกิจกรรมในระดับสังคม (social action) และการดูแลสิ่งแวดล้อม มุมมองนี้เป็นมุมมองในความหมายว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นค่านิยมใหม่เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่เน้นการสร้างพลังอำนาจ ความเท่าเทียมกันในสังคม และความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมนั้นๆ (collaboration of stake holders) และมุมมองนี้ให้ความสำคัญกับการทำงานแบบล่างขึ้นบน (bottom-up strategy) ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีมุมมองการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของการเพิ่มพลังอำนาจให้กับบุคคลโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหา และ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของวิพร เสน่ารักษ์ (2549) ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้หญิงอีสานวัยกลางคนพบว่ากระบวนการที่ทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในผู้หญิงอีสานวัยกลางคน คือ การเพิ่มพื้นที่ทางสังคมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานเพราะการมีส่วนร่วมคือ การสร้างพลังอำนาจ พื้นที่ดังกล่าวคือ กลุ่มแกนนำผู้หญิงวัยกลางคนที่มีประสบการณ์และวัยใกล้เคียงกัน มีผู้นำที่พากลุ่มดำเนินงาน มีสมาชิกร่วมทำ การดำเนินงานของกลุ่มที่ประกอบด้วยผู้หญิงล้วนเอื้อให้ผู้หญิงสามารถพูดและแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ ส่วนกลวิธีในการขับเคลื่อนความคิดไปสู่การปฏิบัติจริง ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกัน และการเสริมพลังอำนาจ จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการที่จะริเริ่มให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ คือ การเพิ่มพลังอำนาจให้กับบุคคล กลุ่ม โดยกลวิธีการขับเคลื่อนความคิดเน้นการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา สามารถทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3.1.4 ผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมีครอบคลุมทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ กล่าวคือ ถ้าให้ความสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการ สิ่งที่ต้องประเมินคือ การมีส่วนร่วมหรือการทำงานแบบหุ้นส่วนของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนหลังการทำงานการส่งเสริมสุขภาพที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีทักษะ และความสามารถเพิ่มขึ้น หรือสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ การสร้างพลังอำนาจ การดำเนินกิจกรรมที่ทำให้วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่มีผลดีต่อสุขภาพ (Nutbeam, 1998 อ้างถึงใน วิพร เสนารักษ์, 2549) ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพต้องสัมพันธ์กับการให้ความหมายที่ได้ให้ไว้ Nutbeam (1998 อ้างถึงใน วิพร เสนารักษ์, 2549) ได้นำเสนอผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้จากการวิเคราะห์ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก โดยจำแนกเป็น

3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับต่ำสุด คือ การมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีแรงจูงใจที่จะเอาใจใส่ต่อการมีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ มีความพยายามที่จะร่วมมือกันเป็นกลุ่มเพื่อทำงานในกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ 2) ระดับปานกลาง คือ การมีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การมีสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ และมีนโยบายการบริการทางด้านสาธารณสุขที่ทำให้เข้าถึงและใช้แหล่งบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และ 3) ระดับสูงสุด คือ การมีคุณภาพชีวิต ดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีความเท่าเทียมกันทุกด้าน

สำหรับวิธีการที่ทำให้ได้ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลนั้นมี 2 วิธี คือ 1) วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และ2) วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ การที่จะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นกับเป้าหมาย ขั้นตอนการดำเนินงาน เกณฑ์หรือมาตรฐานในการประเมิน เช่น เน้นการประเมินกระบวนการหรือผลลัพธ์ (วิพร เสนารักษ์, 2549)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เน้นการประเมินผลที่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคน โดยประเมินจากจำนวนกิจกรรมและการเข้าร่วมกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาและงบประมาณจึงทำให้ไม่สามารถที่จะติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายสูงสุดของการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในระยะยาว คือ การที่กลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคนสามารถป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคเบาหวานซึ่งต้องอาศัยเวลานาน

3.2 ทฤษฎีและแนวคิดที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพมีความหมายครอบคลุมถึงพฤติกรรมภายนอกต่าง ๆ ที่สามารถสังเกตได้ และพฤติกรรมภายในที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติเพื่อดำรงรักษา ฟื้นฟู ป้องกัน หรือปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งมีทฤษฎีและแนวคิดจำนวนมากที่นำมาใช้ในการอธิบายและทำนายแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้นำทฤษฎีและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมาเป็นกรอบในการอธิบายและมองปรากฏการณ์ในการมีพฤติกรรมเสี่ยง และการส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของผู้หญิงอีสานวัยกลางคนในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น โดยแนวคิดดังกล่าว คือ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model, 2002) และแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ

3.2.1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

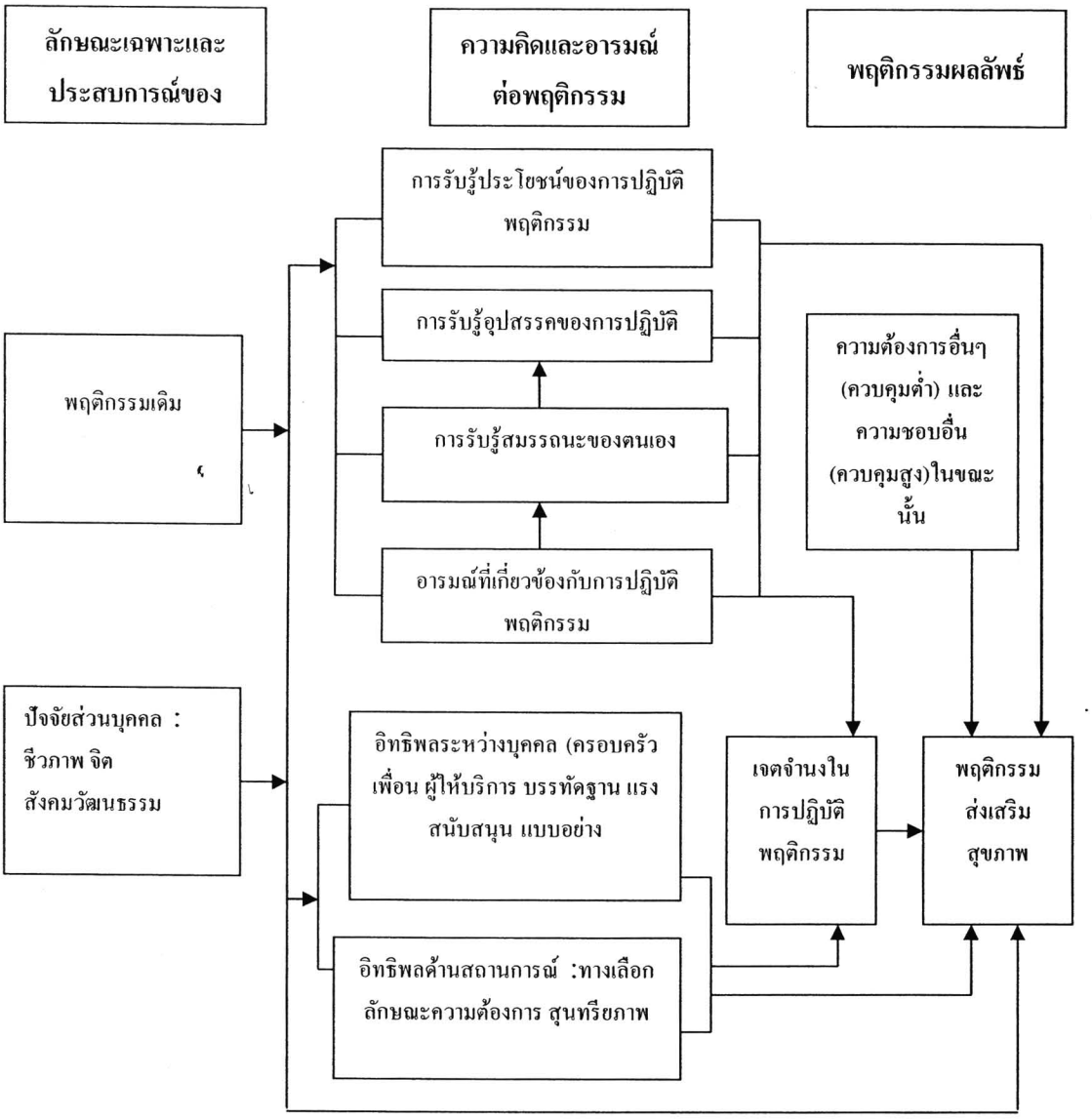
แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender เป็นแบบจำลองที่มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล (competence-or approach-oriented model) และเชื่อว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง โดยแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีความเชื่อพื้นฐานว่า 1) บุคคลพยายามสร้างสรรค์สภาพความเป็นอยู่เพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดของตนเอง 2) บุคคลมีความสามารถในการไตร่ตรองหรือสะท้อนคิดเพื่อรู้จักตนเอง (self-awareness) รวมทั้งสามารถประเมินความสามารถของตนเองได้ 3) บุคคลให้คุณค่ากับการเจริญเติบโตในทางที่ดี และพยายามรักษาดุลยภาพระหว่างความเปลี่ยนแปลง และความคงที่ 4) บุคคลพยายาม และกระตือรือร้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง 5) บุคคลซึ่งเป็นองค์รวมที่มีบูรณาการของกาย จิต สังคมและวิญญาณ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตนเอง และในขณะเดียวกันก็ถูกปรับเปลี่ยนโดยสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา 6) เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล (interpersonal environment) ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลในระยะต่าง ๆ ของชีวิต และ 7) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น บุคคลต้องริเริ่มปรับเปลี่ยนแบบแผนของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและสิ่งแวดล้อม (Pender, 2002) จากความเชื่อพื้นฐานจะทำให้เห็นว่าผู้ใช้บริการเป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างแข็งขันในการกำหนดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ และในการดัดแปลงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับการปฏิบัตินั้น ๆ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (individual characteristics and experience) ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (behavior specific cognitive and affect) และปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม (behavior outcome) ซึ่งทั้งปัจจัยหลักจะอธิบายความเกี่ยวข้องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (prior relate behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) โดยพฤติกรรมเดิมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อน จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงอาจเกิดจากการสร้างเป็นสุขนิสัย ซึ่งทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างอัตโนมัติโดยไม่ต้องสนใจในรายละเอียดของการปฏิบัติ ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) โดยพฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติจริงและผลการป้อนกลับจากพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะหรือทักษะของตนเอง ส่วนประโยชน์ที่คาดไว้ล่วงหน้าหรือที่เกิดขึ้นจริงจากการปฏิบัติพฤติกรรม คือการคาดหวังในผลลัพธ์ ถ้าประโยชน์ในระยะสั้นเกิดขึ้นแล้วบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำ

พฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ นอกจากนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จนั้นจำเป็นต้องเอาชนะอุปสรรคที่เคยประสบและเก็บสะสมไว้ในความทรงจำด้วย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์พบว่า การกระทำพฤติกรรมใด ๆ ก็ตามมักมีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นร่วมด้วย ทั้งที่เป็นอารมณ์ในทางบวกและทางลบ อาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการกระทำพฤติกรรม พฤติกรรมเดิมจึงเป็นปัจจัยที่มีผลทั้งต่อการคิดรู้และอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรม ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ จิต และสังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefits of action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barrier of action) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related affect) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) และอิทธิพลจากสถานการณ์ (situation influence)

ในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลมักคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การคาดการณ์ดังกล่าวเป็นการวาดมโนภาพของผลด้านบวกหรือผลที่เสริมแรง โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลหรือจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ดังกล่าวมีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกตื่นตัว ความอ่อนล้าลดลง และประโยชน์ภายนอก เช่นการได้รับรางวัล การได้ร่วมกลุ่มในสังคม เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงโดยจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน



ภาพที่ 3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model, 2002)

สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลทั้งต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาส

ปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงโดยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมโดยทำให้เจตนาในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง

ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรง กล่าวคือ ถ้ามีอารมณ์ด้านบวกมากจะยิ่งรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้น และถ้าบุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองยิ่งสูงจะยิ่งรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และโดยอ้อมผ่านทางการรับรู้อุปสรรคและเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ในการปฏิบัติพฤติกรรมใดก็ตาม บุคคลจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและลบเกิดขึ้นร่วมด้วย โดยอาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อารมณ์ดังกล่าวจะถูกนิยามตามความรู้ ความเข้าใจและถูกเก็บสะสมไว้ในความทรงจำและจะมีผลต่อความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ๆ ในภายหลัง การตอบสนองทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ การปลุกเร้าอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related) ตัวผู้ปฏิบัติพฤติกรรมเอง (self-related) และสิ่งแวดล้อมในขณะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว (context-related) อารมณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวนี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือการดำรงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืนหรือไม่ ตามปกติพฤติกรรมใดที่ปฏิบัติแล้วเกี่ยวข้องกับอารมณ์บวกมักจะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านลบมักจะถูกหลีกเลี่ยง

อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อและเจตคติของบุคคลอื่น แหล่งที่มีอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และตัวแบบอย่างบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนตัวแบบอย่างสามารถแสดงให้เห็นลำดับขั้นตอนของพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมหรือการกระตุ้น เจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน

อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งสามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน

3) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (behavioral outcome) ประกอบด้วย เจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน (commitment to a plan of action) ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (immediate competing demand and preference) และพฤติกรรมสุขภาพ

เจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่มและปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบ เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ร่วมกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติเพียงลำพัง โดยไม่คำนึงถึงความชื่นชอบอื่นในขณะนั้น

ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งเข้ามาอย่างกะทันหันก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้ โดยความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อน เช่น มีงานด่วนที่ต้องการทำ ต้องการดูแลครอบครัว บุคคลจำต้องปฏิบัติไม่อย่างนั้นจะเกิดผลเสีย ส่วนความชอบอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่า เป็นสิ่งที่สามารถทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ความต้องการและความชอบอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้องในขณะนั้น มีผลกระทบโดยตรงต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเจตจำนงในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งใจไว้

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือผลลัพธ์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพนี้ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน

3.2.2 แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ

การสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้งานส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จ ในการศึกษาครั้งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจมาใช้ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยได้นำเสนอ ความหมาย คุณลักษณะการสร้างพลังอำนาจ และผลลัพธ์ที่เกิดจากการสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

3.2.2.1 ความหมาย

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายการสร้างพลังอำนาจไว้ลักษณะต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน Gibson (1991) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่จะทำให้เกิดความตระหนัก (critical awareness) ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ กระบวนการนี้เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและร่วมมือกันแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในสังคมของตนซึ่งคล้ายคลึงกันนักวิชาการประเทศไทยที่ได้กล่าวไว้ว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มขีดความสามารถของบุคคล หรือกลุ่มให้ได้

มองเห็นปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาได้ (รวมพร คงกำเนิด, 2543; นิตย์ ทัศน์นิยม, 2545; ดารณี จามจุรี, 2545; วิพร เสนารักษ์, 2549) ซึ่งวิพร เสนารักษ์ (2549) ได้เน้นว่า กระบวนการดังกล่าวจะไม่มีผู้ทำหรือผู้ถูกกระทำ แต่จะมีหุ้นส่วนในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สามารถประเมินผลได้ ทั้งนี้การมุ่งเน้นที่กระบวนการหรือผลลัพธ์ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการดำเนินงาน ซึ่งแตกต่างจาก Ellis-Stoll and Popkess-Vawter (1998) ที่มองว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปของการให้ความหมายของ การสร้างพลังอำนาจ คือ กระบวนการที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลหรือกลุ่ม ได้มองเห็นปัญหาของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่แท้จริง มีความตระหนักต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเกิดจากการที่ได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การประเมินผลมุ่งเน้นที่กระบวนการหรือผลลัพธ์ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการดำเนินงาน

3.2.2.2 คุณลักษณะของการสร้างพลังอำนาจ

การสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาวุฒิภาวะที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลหรือกลุ่ม ได้มองเห็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ ปฏิบัติและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีคุณลักษณะในเชิงแนวคิด และเชิงกระบวนการ ดังนี้

1) ลักษณะในเชิงแนวคิด ในการที่จะช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเกิดการสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องมีลักษณะตามความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้ คือ (1) ให้คุณค่าต่อผู้รับบริการในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตนเอง และยอมรับว่าผู้รับบริการมีอำนาจและอิสระที่จะสร้างทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีหน้าที่รับผิดชอบต่อกิจกรรมสุขภาพที่พึงปรารถนาจะทำ (2) เป็นหุ้นส่วนและยอมรับในคุณค่าและความสามารถของผู้รับบริการ การสร้างพลังอำนาจ คือ การสร้างความเป็นหุ้นส่วน ให้ความเคารพและให้คุณค่าในความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะพัฒนาความเชื่อทางบวกให้เกิดขึ้น ด้วยตระหนักว่าอำนาจมีต้นกำเนิดจากการนับถือตนเอง (3) ให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพด้วยตนเอง (4) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วิธีการ และมีอิสระในการตัดสินใจ (5) แสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (6) ปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติจากที่คิดว่าไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจให้เกิดความเข้มแข็งและให้คุณค่า

ต่อตนเอง และมีความเชื่อในความสามารถของตนที่จะไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ (ดารณี จามจุรี, 2545)

2) ลักษณะเชิงกระบวนการสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาวุฒิภาวะ ซึ่งหมายถึงการเรียนรู้ที่เกิดจากการได้ร่วมคิด ร่วมทำ หรือพัฒนาการที่เกิดจากการเข้าไปมีส่วนร่วม ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะที่ทำให้คนเกิดความมุ่งมั่น (commitment) และตระหนักในความสามารถและความรับผิดชอบต่อตนเอง (นิตย์ ทัศนิยม, 2545) ซึ่งดารณี จามจุรี (2545) ได้เสนอกระบวนการสร้างพลังอำนาจไว้ 6 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างความร่วมมือ (2) การค้นหาสภาพการณ์จริง (3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (4) การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร (5) การดำเนินการด้วยตนเอง และ (6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวโดยสรุปว่ากระบวนการสร้างพลังอำนาจของนักวิชาการทั้งสองท่านมีจุดเน้นที่การทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง คือ การเปิดโอกาสให้คนเข้าร่วมกันในกระบวนการคิด วิเคราะห์ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งนิตย์ ทัศน์นิยม (2545) ได้เสนอกลวิธี และเทคนิคที่นำมาใช้ในกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การใช้กระบวนการกลุ่มและหลักการเสวนา (dialogue) เป็นหลักการพื้นฐาน เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal) และกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence and Control) เป็นต้น

3.2.2.3 ผลลัพธ์ของการสร้างพลังอำนาจ

การประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson (1991) ได้สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการ จึงเป็นเรื่องยากในการที่จะมีเครื่องมือในการวัดผลที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ นิตย์ ทัศนิยม (2545) ที่ได้ให้มุมมองและข้อสรุปว่า ในการประเมินการสร้างพลังอำนาจหรือการมีพลังอำนาจนั้นปัจจุบันยังไม่มีแนวทางกำหนดไว้ชัดเจน ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาเพื่อให้ได้องค์ความรู้ในส่วนนี้ ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มประเด็นที่ศึกษา และกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ นอกจากจะต้องพิจารณากรอบแนวคิดดังกล่าวแล้วยังควรประเมินกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ และควรจะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่ไม่สามารถกำหนดมาตรวัดที่ชัดเจนในเชิงปริมาณได้มีมุมมองที่หลายมิติและมีความหมายเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง ต้องใช้เวลานานกว่าจะเห็นผล ค่อนข้างยากลำบาก จำเป็นต้องอาศัยการสังเกตและความชำนาญ เพราะเป็นกระบวนการที่มีในธรรมชาติยากอธิบาย ส่วนดารณี จามจุรี (2545) ได้สรุปไว้ว่า ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการสร้างพลังอำนาจ คือ การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเอง การเปลี่ยนแปลงการรับรู้จะเป็นตัว

บ่งชี้ที่สามารถอธิบายคุณลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนถึงความรู้สึกของการควบคุมตนเองในการตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่ตนเองต้องการ และยังรวมถึงการนับถือตนเอง ซึ่งจะเป็นจุดกำเนิดของการเพิ่มความสามารถของบุคคล และที่สำคัญผลลัพธ์ที่ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ผลของการรับรู้ความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองที่นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี (well being)

นอกจากยังมีผู้ประเมินผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจตาม Zimmerman เป็นรายบุคคลและระดับกลุ่มในการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการกับผู้หญิงอีสานวัยกลางคนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยระดับบุคคลใช้วิธีการศึกษากรณีตัวอย่างดูการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเดิม และในระดับกลุ่มโดยดูจากโครงการต่าง ๆ ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อมีชีวิตที่ดีขึ้นของกลุ่ม แต่ไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ชัดเจนระดับชุมชน (วิพร เสนารักษ์, 2549)

ดังนั้นในการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปปฏิบัติ สิ่งสำคัญ คือ ความเชื่อและเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเชื่อว่าคนทุกคนมีศักยภาพและมีสิทธิ์ที่จะได้รับการพัฒนา มีสิทธิและความรับผิดชอบที่จะตัดสินในแก้ปัญหาตนองเป้าหมายหลักก็คือการสร้างคุณค่าในตนเอง รู้สึกภาคภูมิใจ อันจะเป็นพื้นฐานของความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองคนที่มีความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองจะเข้าใจและสามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้อื่น จะเห็นได้ว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวมา มุ่งเน้นที่การเสริมสร้างความสามารถทั้งในระดับบุคคล และชุมชน เพื่อให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถควบคุมสถานการณ์ ตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีความสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นกระบวนการสนับสนุนให้บุคคลมีสมรรถนะในตนเอง จากการได้มีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เป็นการสร้างพลังอำนาจนั่นเอง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจมาเป็นแนวทางในการเพิ่มสมรรถนะ ความสามารถของกลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคนและเลือกใช้กลวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือดำเนินกิจกรรมโดยใช้สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานมาเป็นแบบฝึกหัดให้บุคคลได้ร่วมกันคิดเพื่อฝึกทักษะการแก้ปัญหา

4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบการวิจัยในการทำความเข้าใจกับปัญหาและเน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ เป็นการพัฒนากิจกรรมโดยทำให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงด้วยบุคคลที่เผชิญปัญหานั้นอยู่ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้เป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคเบาหวาน โดยได้นำเสนอแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการในประเด็น ความหมาย ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และขั้นตอนการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ความหมาย

ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2546) กล่าวว่าเป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจ และปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหาหรือช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับปฏิบัติ นโยบายกับการปฏิบัติ และการวิจัยกับการกระทำ ทำการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มปฏิบัติงานในสังคม ชุมชน หรือองค์กรแห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น ให้สอดคล้องกับสภาวะสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

4.2 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (types of action research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 ชนิดตามวิธีการที่ใช้ในการวิจัย (Holter & Schwartz-Barcott, 1993; Masters, 1995 อ้างถึงใน วิพร เสนารักษ์, 2549) ดังนี้

4.2.1 technical action research (technical collaborative approach)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดนี้เพื่อทดลองวิธีการแก้ปัญหา (intervention) อย่างใดอย่างหนึ่งที่มีพื้นฐานมาจากกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้แล้ว สัมพันธภาพระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติเป็นแบบผู้ที่มีความรู้กับผู้อำนวยความสะดวก เป็นความร่วมมือที่นักวิจัยได้กำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาไว้ก่อนแล้ว จุดมุ่งหมายของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยและนักปฏิบัติคือ ทำให้นักปฏิบัติสนใจการวิจัย ตกลงสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือด้วยการปฏิบัติตามวิธีการแก้ไขปัญหาที่นักวิจัยต้องการทดสอบ โดยทั่วไปแล้วการวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ทันทีที่มีการลงมือปฏิบัติ เปรียบเสมือนการฉีดยาที่เกิดผลเร็ว แต่หลังจากนั้นไม่นาน นักปฏิบัติมักมีความกระตือรือร้นลดลง และกลับไปปฏิบัติเหมือนเดิม

4.2.2 mutual collaborative action research (mutual collaboration approach)

นักวิจัยมีเป้าหมายในการใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดนี้ เพื่อแสวงหาวิธีการปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยการใช้ความรู้หรือประสบการณ์ของนักปฏิบัติ ผู้วิจัย และนักปฏิบัติร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหาหลังจากที่ทั้งสองฝ่ายเสวนากัน (dialogue) จนถึงจุดที่เกิดความเข้าใจร่วมกัน การวิจัยชนิดนี้มีลักษณะยืดหยุ่นซึ่งไม่ค่อยพบในการวิจัยที่ใช้กระบวนทัศน์แบบปฏิบัติฐานนิยม ดังนั้น จึงเอื้อให้นักวิจัยและนักปฏิบัติเข้าใจการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาที่พบในขณะนั้น ในสถานที่แห่งนั้น ในขณะเดียวกันนักปฏิบัติที่มีส่วน

ร่วมในการวิจัยก็เกิดความเข้าใจในมุมมองใหม่ ทำให้เข้าใจการปฏิบัติงานของตนเองเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มว่าจะนำวิธีการเปลี่ยนแปลงไปใช้ต่อไปแม้สิ้นสุดการวิจัย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้นกับหรือเกี่ยวพันกันกับกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงโดยตรง ดังนั้น การปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มว่าจะอยู่ได้ไม่นานเมื่อกลุ่มคนเหล่านี้ออกจากระบบหรือมีคนใหม่อีกจำนวนมากเข้ามาอยู่ในระบบ

4.2.3 participatory action research (enhancement approach)

นักวิจัยมีเป้าหมายในการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดนี้สองประการคือ 1) ลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติในสถานการณ์ที่เป็นจริง และ 2) ช่วยสนับสนุนนักปฏิบัติในการระบุปัญหา ค้นหาและทำความเข้าใจเบื้องหลังหรือที่มาของปัญหาอย่างชัดเจน ด้วยการตั้งคำถามนักปฏิบัติเกี่ยวกับข้อสันนิษฐานหรือการคาดการณ์รวมทั้งคุณค่า (value) ที่มีอิทธิพลหรือเป็นเงื่อนไขของการปฏิบัตินั้น ๆ การที่นักปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วม ในการสะท้อนคิดและวิพากษ์การปฏิบัติของตนเอง ทำให้จุดประกายความคิด เกิดแสงสว่างที่ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติที่ทำอยู่ภายใต้ข้อสันนิษฐานที่มีอยู่เดิมที่เกิดขึ้นจากกฎแห่งความเป็นจริงที่ซ่อนอยู่ ภายใต้กระบวนการกลุ่มที่ทำให้เกิดความรู้แจ้ง (enlightenment) ในสถานการณ์ที่เป็นจริงนี้ นักวิจัย (ผู้สนับสนุน) ต้องไม่พยายามชี้นำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสะท้อนคิดและวิพากษ์ โดยพยายามเชื่อว่านักปฏิบัติมีความรู้แจ้งในปัญหาของตนเองแต่ต้องปล่อยหรือสนับสนุนหรือให้มีการสื่อสารอย่างเท่าเทียมกันระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติที่ทำให้เห็นความรู้แจ้งที่เกิดขึ้นของนักปฏิบัติ การอภิปรายแบบสะท้อนคิดระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติ ทำให้ผุดกำเนิด (emerge) ทฤษฎีเฉพาะพื้นที่ (local theory) จุดเน้นของการเปลี่ยนแปลง คือ บรรทัดฐานของบุคคลและของวัฒนธรรม ทำให้การเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ได้นาน ทั้งนี้เพราะแรงกดดันทางลบที่เกี่ยวกับองค์กรซึ่งนักปฏิบัติแบบใหม่และการมองเห็น (insight) ทฤษฎีใหม่จึงพัฒนาขึ้นจากวัฒนธรรมการปฏิบัติในรูปแบบใหม่ ทำให้ผุดกำเนิดความรู้ 2 ชนิดขึ้นจากการร่วมมือกัน (collaboration) ของทั้งนักวิจัยและนักปฏิบัติ คือ ความรู้เพื่อการอธิบาย (description) และการทำนาย (predictive)

นอกจากนี้ Grundy (1982 อ้างถึงใน วิพร เสนารักษ์, 2549) ได้ให้ข้อสังเกตเพิ่มเติมว่าความแตกต่างของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้งสามชนิด ไม่ได้เกิดจากวิธีดำเนินการวิจัย แต่เกิดจากข้อสันนิษฐานหรือข้อตกลงเบื้องต้นและการมองโลกของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่นำไปสู่ความหลากหลายในการใช้วิธีการ และยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่า ความแตกต่างในสัมพันธภาพระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแหล่งที่มารวมทั้งขอบเขตของการชี้นำความคิด ที่นำไปสู่การตั้งคำถามเกี่ยวกับอำนาจในการวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดแรก ความคิดซึ่งเป็นแหล่งอำนาจของการ

กระทำ มักเกิดจากผู้สนับสนุนหรือผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ดังนั้นผู้สนับสนุนจึงยังคงเป็นผู้คุมอำนาจในโครงการวิจัย ส่วนในการวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดที่สอง กลุ่มที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ใช้อำนาจร่วมกันอย่างเท่าเทียม และให้ความสำคัญกับอำนาจของแต่ละคนที่ใช้สำหรับการปฏิบัติการ ในขณะที่การวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดที่สามที่เสริมสร้างความเป็นอิสระนั้น อำนาจทั้งหมดจะอยู่ในกลุ่มที่มีส่วนร่วม ไม่ใช่อยู่ที่ผู้สนับสนุนหรืออยู่ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง อนึ่งมักพบว่าการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพเชิงอำนาจภายในกลุ่ม เป็นสาเหตุสำคัญของการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัยจากชนิดหนึ่งกลายเป็นอีกชนิดหนึ่ง (วิพร เสนารักษ์, 2549)

4.3 คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

4.3.1 ลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ประการ คือ (พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2540)

4.3.1.1 การร่วมมือประสานงานระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติ (collaboration) หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นที่การปฏิบัติการ เน้นการปฏิสัมพันธ์และการร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติ หรือกลุ่มผู้ปฏิบัติกับนักวิจัยรวมกันขึ้นเป็นทีมวิจัย คำว่า ผู้ปฏิบัติ หมายถึง บุคคลที่รู้จักพื้นที่วิจัยในฐานะเป็น "คนใน" ดังนั้นจึงเท่ากับเป็นผู้เชี่ยวชาญในสถานการณ์และเหตุการณ์ที่กำลังศึกษา บุคคลดังกล่าวมีมุมมองทางประวัติศาสตร์ เกี่ยวกับการพัฒนาองค์กร มีความรู้เกี่ยวกับสมาชิกขององค์กร รวมทั้งมีความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการปฏิบัติของตนด้วย นักวิจัย หมายถึง บุคคลที่อยู่ "ภายนอก"ที่เข้าไปทำงานในพื้นที่นั้น ในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎี และการวิจัย โดยเฉพาะความเชี่ยวชาญพิเศษในประเด็นที่ทำวิจัย แต่นักวิจัยก็เป็นผู้มีความรู้น้อยเกี่ยวกับสถานที่ท้องถิ่น

4.3.1.2 การแก้ไขปัญหาในลักษณะของการลงมือปฏิบัติ (direct experience) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะกำหนดปัญหาในลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์และเหตุการณ์เฉพาะที่ทำวิจัย และระดับของการมีส่วนร่วม ของผู้ปฏิบัติในการกำหนดปัญหาวิจัยจะมีความสำคัญต่อผลการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่จำเป็นต้องมีวิธีการพิเศษในการเก็บข้อมูล เพื่อจะทำการกำหนดปัญหาแต่อย่างใด แต่ทุกวิธีสามารถนำมาใช้ได้ เช่นการสังเกต แบบสอบถาม สัมภาษณ์ บางรูปแบบของวิธีก็อาจสร้างไว้ก่อนล่วงหน้า และบางอย่างก็อาจทำขึ้น ในระหว่างกระบวนการวิจัย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในพื้นที่

4.3.1.3 การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (change in practice) การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการปฏิบัติ จะเกิดขึ้นตามลักษณะธรรมชาติของปัญหาที่กำหนด กระบวนการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับการปฏิบัติการแทรกแซงที่ใส่เข้าไป ลักษณะการเปลี่ยนแปลงก็มีได้ทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่นการเปลี่ยนแผน โครงสร้างกายภาพ การทำหน้าที่และการปฏิบัติของ

องค์กรหรือการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคคล หรือเป็นนามธรรม เช่น การเปลี่ยนค่านิยม ความเชื่อ เป็นต้น

4.3.1.4 การพัฒนาทฤษฎี (Theory development) ซึ่งเป็นเป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นักวิจัยอาจจะสร้างทฤษฎีขึ้นใหม่ หรือขยายทฤษฎีเก่าที่มีอยู่ให้กว้างขว้างออกไปก็ได้ เช่น สร้างความรู้ใหม่เพิ่มเติม หรืออาจเป็นการพัฒนาทฤษฎีใหม่ที่นอกเหนือจากการตั้งเป้าหมายไว้ เช่น บนฐานความรู้ที่ได้ จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงนั่นเอง ผู้วิจัยอาจสร้างทฤษฎีขึ้นมาใหม่ หรืออาจสร้างทฤษฎีใหม่ในระหว่างกระบวนการหาปัญหา แก้ปัญหา หรือนำปฏิบัติการแทรกแซงลงพื้นที่

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะที่สำคัญคือ ต้องมีการร่วมมือกันของผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้น ๆ ระหว่างผู้ปฏิบัติกับนักวิจัย โดยนำปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงมาลองแก้ไขผ่านประสบการณ์จริง ให้ความสำคัญกับการเสวนา การพูดคุย ตั้งคำถาม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคคล เป็นนามธรรมได้แก่ด้านความเชื่อ ทัศนคติ และจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้ก็จะเป็นพื้นฐานสำคัญที่อาจนำไปสู่ทฤษฎีความรู้ใหม่ องค์ความรู้ระหว่างกระบวนการแก้ปัญหา หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงภายใต้บริบทและวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมของการปฏิบัติงาน มีความเหมาะสมที่ปฏิบัติในองค์กรที่ปฏิบัติงานจริง เนื่องจากเป็นการวิจัยที่ช่วยแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน (เกษราวัลย์ นิลวรางกูล, 2546)

4.3.2 กระบวนการวิจัย

นิตย์ ทิศนิยม (2546) กล่าวไว้ว่ากระบวนการของ action research ก็เหมือนกับกระบวนการแก้ปัญหาโดยทั่วไป (problem-solving process) โดยเริ่มต้นจากการประเมินสถานการณ์เพื่อระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข เมื่อได้เป็นปัญหาแล้วก็วางแผนแก้ไข จากนั้นก็ลงมือปฏิบัติตามแผน และประเมินผล แต่ประเด็นที่เป็นความแตกต่างจากกระบวนการแก้ปัญหาโดยทั่วไป คือ แผนที่ได้วางไว้ไม่ใช่กฎเกณฑ์ที่ตายตัว แต่เป็นคล้ายพิมพ์เขียว หรือเป็นเพียงแนวทางในการปฏิบัติเท่านั้น อาจเปลี่ยนแปลงได้แล้วต่อสถานการณ์ โดยกระบวนการวิจัยนี้จะเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (continuous planning-acting-reflecting process) แม้เมื่อกระทำกิจกรรมครบทั้ง 4 ขั้นตอนแล้ว แต่ก็อาจทำเป็นวงจรต่อไป เพราะการประเมินผลในวงจรนี้จะกลายเป็นการประเมินสถานการณ์เพื่อระบุปัญหา ก็จะกลายเป็นขั้นแรกของวงจรถัดไป และเป็นที่มาของขั้นตอนอื่น ๆ ตามมา และตลอดกระบวนการจะต้องมีการเสวนา (dialogue) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้ทราบความคิดเห็นของคนอื่น ๆ ประสบการณ์นี้นอกจากจะเปิดโอกาสให้คิด

วิเคราะห์ยังเป็นเวทีให้ทุกฝ่ายได้เรียนรู้ที่จะเคารพสิทธิเสมอภาคในการทำงานร่วมกัน ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) คือ ขั้นทำความเข้าใจสถานการณ์ หรือวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นดำเนินงาน และขั้นประเมินผล ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

4.3.2.1 ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

ขั้นตอนนี้เป็นการทำความเข้าใจสถานการณ์ที่ต้องการศึกษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และมีเป้าหมายเพื่อพัฒนา โดยวิธีการวิเคราะห์ดังนี้

1) รวบรวมหลักฐานของสถานการณ์ปัจจุบัน ด้วยการสังเกตบริบท บันทึกสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องกล่าวถึง หรือปฏิบัติ พูดคุย หรือสัมภาษณ์เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง พิจารณาแนวนโยบาย รายงานการประชุม หรือข้อปฏิบัติ คำประกาศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาว่าสิ่งที่กำลังศึกษาหรือทำความเข้าใจอยู่นั้น มีใครศึกษาไว้อย่างไรบ้าง

3) รวบรวมหลักฐานภูมิหลังของประเด็นที่ศึกษา เพื่อทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดจึงเกิดสถานการณ์อย่างที่เป็นอยู่เช่นนี้

ในขั้นตอนนี้นักวิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือใช้ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณก็ได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และคำตอบที่ต้องการ แต่ต้องให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันให้ข้อมูล ทำความเข้าใจสถานการณ์และสะท้อนความคิดเห็น และความต้องการ ผลที่ได้จากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 นี้ คือ ภาพของสถานการณ์ปัจจุบันที่สะท้อนให้เห็นความต้องการพัฒนา และการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนแนวทางปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

4.3.2.2 ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ

เป็นขั้นตอนที่ใช้ผลจากขั้นที่ 1 มากำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติการ และปรับการปฏิบัติหากไม่เป็นผล ขั้นตอนนี้จะเป็นวงจรของการดำเนินการพัฒนา ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัยดังนี้ ในช่วงของการวางแผน นักวิจัย และผู้ร่วมวิจัยจะต้องตอบคำถามเหล่านี้ 1) ทำไมต้องการเปลี่ยน 2) ต้องการเปลี่ยนอะไร 3) มีข้อจำกัดอะไรบ้าง 4) จะหาทางออกให้กับข้อจำกัดที่มีได้อย่างไร 5) การดำเนินงานจะมีผลกระทบต่อใครบ้างอย่างไร 6) จะต้องทำงานกับใครบ้าง อย่างไร 7) จะปกป้องสิทธิ์ของผู้เกี่ยวข้องได้อย่างไร 8) จะมีอะไรผิดพลาดได้บ้าง และจะป้องกัน หรือมีแนวทางแก้ไขข้อผิดพลาดนั้นอย่างไร และ9) จะรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เป็นระบบได้อย่างไร เพื่อที่จะทำให้มีการตรวจสอบของการดำเนินงาน หรือการลงมือปฏิบัติได้ เมื่อตอบคำถาม และเตรียมการปฏิบัติแล้ว ในช่วงของการปฏิบัติซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอันเป็นผู้ร่วมวิจัยด้วยนั้นก็จะร่วมมือกับนักวิจัยในการดำเนินงาน หรือลงมือปฏิบัติ สะท้อนกลับ

การปฏิบัติ (reflecting) นักวิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การปฏิบัติจากการสังเกต สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม หรือสำรวจ (ตามความเหมาะสม) นำมาวิเคราะห์ และประเมิน ผลการประเมินจะย้อนสู่การวางแผน ปรับปรุงการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติอีกครั้งเป็นวงจรไป จนกว่าจะได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ในแต่ละวงจรของการดำเนินงานนักวิจัย และผู้ร่วมวิจัยก็จะเรียนรู้ทั้งกระบวนการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาที่เกิดขึ้น

4.3.2.3 ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผล

ในการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ การประเมินผลขั้นที่ 3 จะเกิดขึ้น 2 ระยะ คือ ระยะที่แทรกอยู่ในขั้นตอนที่ 2 และระยะที่สิ้นสุดการดำเนินการ หรือปฏิบัติการโดยเฉพาะขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลจะเกิดขึ้นในวงจรการปฏิบัติ โดยเฉพาะในช่วงของการสะท้อนกลับทุกวงจร เมื่อดำเนินการไปถึงช่วงที่ต้องสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากได้มีการปรับปรุงพัฒนาตามเป้าหมายแล้ว หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่การพัฒนาได้ หรือสิ้นสุดโครงการวิจัย (หมดเวลา หมดงบประมาณ และอื่น ๆ) ก็จะต้องมีการประเมินในภาพรวมอีกครั้งเพื่อสรุปให้เห็นวิธีการที่ใช้ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงใหม่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการเรียนรู้ที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนานั้น

จากปัญหาในการวิจัยครั้งนี้เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์จะพบว่ากลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนจะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มบุคคลอื่น ๆ เนื่องจากในกลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนจะมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เอื้อต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น การมีอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้มีภาวะอ้วนได้ง่าย หรือการมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น เช่น การทำงานที่ต้องนั่งนาน ๆ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายน้อย หรือการมีภาวะเครียดและพฤติกรรมการขจัดความเครียดที่ไม่เหมาะสม สำหรับในกลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคนยังมีปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง การรับบทบาทเป็น “แม่ใหญ่ ทำให้มีภาระหน้าที่ในการดูแลคนในครอบครัว การที่ต้องอุทิศเวลา เสียสละเพื่อครอบครัวและสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้รับการกล่อมเกลาจากสังคมและวัฒนธรรมมาตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยกลางคน (วิพร เสนารักษ์, 2549) ทำให้กลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนอีสานสนใจแต่เรื่องของคนอื่น จนไม่ตระหนักที่จะใส่ใจเรื่องของตนเอง โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพ ซึ่งในการที่จะส่งเสริมให้กลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อที่จะป้องกันการเกิดโรคเบาหวานนั้น ต้องอาศัยวิธีการที่จะต้องทำให้เกิดการตระหนักรู้ การรับรู้ถึงสมรรถนะในการที่จะกระทำหรือปฏิบัติหรือการมีพลังอำนาจเพื่อที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวาน

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เนื่องจากมีความเชื่อว่าจะเป็นเครื่องมือที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีผู้ส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ความต้องการและปัญหา สะท้อนความคิดและไตร่ตรองเกี่ยวกับปัญหาและแผนการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และสามารถเจราจาต่อรองเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเชื่อว่าน่าจะทำให้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้รับการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งผลสุดท้าย คือ การที่สามารถชะลอหรือป้องกันการเป็นโรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ในกระบวนการวิจัยนี้ยังทำให้ได้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคน

5. บทเรียนที่ได้จากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาไว้ในประเด็นต่าง ๆ มากมาย โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งการศึกษาในเชิง กึ่งทดลอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งผลการศึกษามีบทเรียน บทสรุปที่มีสาระสำคัญที่น่าสนใจ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอบทเรียนที่ได้จากทบทวนงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องในประเด็นการส่งเสริมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีเป้าหมายเดียวกันคือ การทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สุวะรา ลิมป์สดใส (2548)ได้ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ที่มีผลการคัดกรองอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง องค์กรที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยจัดให้มีกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น หลังจากนั้นร่วมค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการ AIC นำแผนไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผล จุดเด่นของการศึกษานี้คือ การนำเทคนิค AIC มาใช้ในการค้นหาปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหา ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถวิเคราะห์ปัญหาตนเองได้อย่างชัดเจน และมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมที่จะแก้ไขปัญหาตามความต้องการของตนเอง จนเกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

การศึกษาของภานุมาศ พลนาเมือง (2540) เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 2) โดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยในระยะก่อนปฏิบัติการ ผู้ป่วยและผู้วิจัยจะร่วมค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและวิธีการแก้ไข ในระยะปฏิบัติการจะนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติ โดยผู้ร่วมวิจัยเป็น ผู้ปฏิบัติ ผู้วิจัยมีบทบาทในการสังเกตการณ์ปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ ตลอดจนร่วมปรับปรุงแผนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วย 12 ครั้งต่อ 1 คน รวม 8 สัปดาห์ โดยเยี่ยมวันเว้นวันในสัปดาห์แรกและทุก 3 วันในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ส่วนสัปดาห์ที่ 4-8 เยี่ยมสัปดาห์ละ 1 วันซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้ คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมอาหาร โดยมีวิธีการปฏิบัติ 1) ตั้งเป้าหมายร่วมกัน 2) ให้ความรู้ตามสภาพจริง 3) กำหนดวิธีการควบคุมอาหารด้วยตนเอง 4) เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย 5) ให้ความมั่นใจและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง 6) สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด 7) ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว 8) สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการควบคุมอาหาร และ9) ส่งเสริมแรงจูงใจ จากการศึกษาทำให้ทราบวิธีการพยาบาลที่สอดคล้องกับ วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการจัดระบบบริการที่เอื้อต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญ คือ เป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยและประสานการดูแล การเป็นผู้สนับสนุน เป็นที่ปรึกษา การเอื้ออำนวยความสะดวก และการติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และ

การศึกษาของวิลาวัล ผลพลอย (2539) ได้ศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับการ ลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaborative approach) โดยเน้นการติดตามเยี่ยมบ้าน 10 ครั้งต่อ 1 คน เยี่ยมครั้งที่ 1-3 ห่างกันทุกสัปดาห์ ครั้งที่ 4-8 ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 9-10 ห่างกันทุก 3-4 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะผ่านกระบวนการวางแผน ปฏิบัติและสังเกต สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผน เป็นวงจรต่อเนื่องไปจนได้พฤติกรรมการดูแลตนเองที่พอใจ ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านความรู้ ทักษะ และจิตใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นสะท้อนคิดพิจารณานำไปสู่การแก้ไขปัญหา ขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และขั้นสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีกลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญ 11 วิธี คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจริงใจและมีเป้าหมาย การสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม การตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือด การ ให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลตนเองและเลือกทางปฏิบัติ การให้สัญญาต่อผู้อื่น การติดข้อความช่วยเตือนความจำ การสะท้อนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การให้คำชมเชยและกำลังใจ การกระตุ้นเตือนจากคู่สมรส และการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อค้นพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นจริง มี 4 ระยะ คือ ระยะเข้าใจตนเอง ระยะเริ่มปรับเปลี่ยน ระยะปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา และระยะปรับเปลี่ยนได้ และการที่ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้เป็นอิทธิพลจากวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการสะท้อนการดูแลตนเองตลอดการวิจัยส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย

จะเห็นได้ว่าจากงานวิจัยที่ได้ศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาของกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา มีการนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวกระบวนการวิจัยเอง (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2533) จากบทเรียนที่ได้จากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า กิจกรรมพยาบาลที่นำมาใช้ ได้แก่ การให้ความรู้ การให้สุขศึกษา การสาธิตและฝึกทักษะการปฏิบัติ การกระตุ้นเตือนด้วยการโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมบ้านการอภิปรายกลุ่ม การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม การให้แรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนความเข้มข้น (intensive) ในการดูแลและติดตามประเมินผลอยู่ระหว่าง 6-13 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ศึกษาอยู่ระหว่าง 2-5 เดือน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมมีความเข้มข้นพอสมควร แต่ช่วงเวลาที่ใช้ในการศึกษายังพบว่าเป็นช่วงสั้น ๆ ไม่มีการติดตามผลในระยะยาวที่มากกว่า 6 เดือน ในการจัดกิจกรรมเน้นการจัดที่ชุมชน มีทั้งการจัดกิจกรรมการดูแลแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม เมื่อพิจารณาเฉพาะโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน พบว่า การจัดกิจกรรมจะเน้นการเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา แต่ยังพบว่าอำนาจการจัดการส่วนใหญ่ยังขึ้นอยู่กับผู้วิจัยเป็นหลัก ส่วนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน พบว่า มีจุดเน้นให้ผู้ป่วยและกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาปัญหา การตัดสินใจเลือกปัญหาที่ต้องการแก้ไขและวางแผนในการปฏิบัติ ซึ่งผลการศึกษา พบว่าเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนสามารถทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีข้อค้นพบเกี่ยวกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละบริบทพื้นที่

จากข้อความรู้ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่าแนวทางการแก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานของกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก (ADA, 2007) ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นวิธีการหรือกิจกรรมพยาบาลที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นมากมายจากการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานได้ จากการศึกษาของวิลาวัล ผลพลอย (2539) พบว่า ระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการดำเนินอยู่ 4 ระยะ คือ ระยะเข้าใจตนเอง ระยะเริ่มปรับเปลี่ยน ระยะปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมา และระยะปรับเปลี่ยนได้ แต่ปัญหาสำคัญที่ยังพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การกลับไปมีพฤติกรรมเดิมทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยอาจเกิดจากความไม่สอดคล้องของวิธีการแก้ไขปัญหากับความต้องการของผู้ป่วย ข้อจำกัดต่าง ๆ การไม่มีส่วนในการคิด ตัดสินใจในการดูแลตนเอง ดังนั้นจากปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานแสดงให้เห็นว่าวิธีการพยาบาลที่ผ่านมาไม่สามารถยืนยันได้ว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้ป่วย หรือในกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานที่มีความเฉพาะเป็นรายบุคคลหรือไม่ เนื่องจากยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ข้อจำกัดของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยเชื่อว่าในการแก้ไขปัญหาต้องเน้นให้กลุ่มเป้าหมายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา กำหนดปัญหา และการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองทุกขั้นตอนให้มากขึ้น เพราะว่าบุคคลย่อมรู้จักปัญหาของตนเองดี และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง และเต็มใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วยังเป็นการจูงใจให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและถาวรได้

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยใช้กรอบแนวคิดเชิงกระบวนการคือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาเป็นกรอบแนวคิดหลักที่ใช้เป็นแว่นขยายในการศึกษาปรากฏการณ์ในการศึกษา โดยมีผู้ร่วมวิจัย คือ กลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานที่เป็นกลุ่มผู้หญิงอีสานวัยกลางคน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคเบาหวาน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการวิเคราะห์ความต้องการและปัญหา สะท้อนความคิดและไตร่ตรองเกี่ยวกับปัญหาและแผนการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน การประเมินผลการปฏิบัติและสามารถเจรจาต่อรองเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้วิจัยเชื่อว่าการนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการศึกษาวิจัยนี้จะนำไปสู่คำตอบหรือตอบสนองวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการศึกษาหารูปแบบของกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานในการลดปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การสร้างพลังอำนาจและการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ (Whitehead et al., 2003) โดยบุคคลจะมีการเรียนรู้ร่วมกัน และเกิดการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติ ซึ่งเชื่อว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่า

ตนเองมีพลังอำนาจหรือความสามารถในการปฏิบัติ น่าจะทำให้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้รับการพัฒนา และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ซึ่งเชื่อว่าทุกคนมีความสามารถหรือศักยภาพในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลมีความสามารถในการไตร่ตรองหรือสะท้อนคิดเพื่อรู้จักตนเอง (self awareness) และมีความกระตือรือร้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง โดยต้องพิจารณาที่คุณสมบัติส่วนบุคคลและประสบการณ์ของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรม และอารมณ์และความคิดที่เฉพาะ ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการมองปรากฏการณ์การเกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานซึ่งผลลัพธ์สุดท้าย คือ การเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่สามารถชะลอหรือป้องกันการเป็นโรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ในกระบวนการวิจัยนี้ยังทำให้ได้ทราบถึงกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากมุมมองของกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานที่มีบริบทคล้ายคลึงได้