

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานโดยทีมสุขภาพตำบลวังไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน
4. แนวคิดเกี่ยวกับทีมสุขภาพ
5. ข้อมูลพื้นฐานตำบลวังไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

#### ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ จากการที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการรับประทานอาหารไปใช้ได้ตามปกติ เนื่องจากมีความผิดปกติของระบบการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตที่เกิดจากร่างกายมีอินซูลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือเกิดจากการเสื่อมสภาพของตับอ่อน ความอ้วน โรคของระบบต่อมไร้ท่อ หรือการได้รับยาต้านอินซูลิน พวกรอร์ติโคสเตอโรยด์ (เทพ หิมะทองคำและคณะ, 2544)

#### ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes) หรือโรคเบาหวานในเด็ก ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดนี้เป็นผู้ที่ร่างกายขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ อาจเนื่องมาจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนมีน้อยหรือไม่มีเลย พบในผู้ป่วยอายุไม่เกิน 30 ปี

ทั้งชายและหญิง อาการของโรคมักเป็นรุนแรง ส่วนใหญ่มีรูปร่างผอม น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว (บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี, 2539)

2. โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non - insulin dependent diabetes) มักพบในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป เพศหญิงเป็นมากกว่าเพศชาย มักพบในคนที่อ้วนมาก นอกจากนี้กรรมพันธุ์ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอย่างมาก ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะญาติสายตรงเป็นเบาหวาน มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานชนิดนี้ได้มาก อาการที่เกิดขึ้นมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการแต่ตรวจพบโดยบังเอิญหรือมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจนถึงขั้นแสดงอาการรุนแรง ตับอ่อนของผู้ป่วยเบาหวานประเภทนี้ยังสามารถผลิตอินซูลินได้ตามปกติหรืออาจจะน้อยหรืออาจจะมากกว่าปกติได้ แต่อินซูลินที่มีอยู่ออกฤทธิ์ได้ไม่ดีจึงไม่ถึงกับขาดอินซูลินไปโดยสิ้นเชิงเหมือนคนที่ เป็นเบาหวานประเภทที่ 1 ผู้ป่วยจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2544) ซึ่งความแตกต่างของเบาหวานทั้ง 2 ประเภท แสดงดังตารางที่ 2.3 ดังนี้

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคเบาหวานประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2

รายการ	เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน	เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
กลุ่มอายุ	มักเกิดในคนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี	มักเกิดในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี
น้ำหนักตัว	ผอม	อ้วน
การทำงานของตับอ่อน	ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้หรือผลิตได้เพียงเล็กน้อย	ยังสามารถผลิตอินซูลินได้บ้างหรือเป็นปกติแต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง
อาการแรกพบ	มักเกิดอาการรุนแรง	อาจมีอาการเล็กน้อย รุนแรงหรือไม่มีอาการเลย
การรักษา	จำเป็นต้องใช้อินซูลินฉีด	อาจควบคุมอาหารอย่างดีโดยไม่ต้องใช้อินซูลินหรือใช้ยารับประทาน หรือบางรายอาจต้องใช้อินซูลินฉีดด้วย

ที่มา : เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2544

### ปัจจัยส่งเสริมการเกิดเบาหวาน

ปัจจัยส่งเสริมการเกิดเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ปัจจัยใหญ่ ๆ (Dewit, 1998) คือ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor) สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเป็นเบาหวานได้สูง และพบว่ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นด้วย

2. ปัจจัยทางเมตาบอลิซึม (metabolism factor) พบว่า สภาพของอารมณ์และความเครียดทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วยทางกายชักรุนทำให้เกิดโรค เนื่องจากมีการหลั่งของฮอร์โมนคือ กลูโคคอร์ติคอยด์จากต่อมหมวกไตส่วนนอก ซึ่งมีผลทำให้การสร้างกลูโคสเพิ่มมากขึ้น
3. ปัจจัยทางจุลชีววิทยา (microbiological factor) พบว่า เกิดจากการติดเชื้อไวรัส โดยผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินอาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสมาก่อน เช่น จากเชื้อคางทูม หัด หัดเยอรมัน
4. ปัจจัยทางภูมิคุ้มกัน (immunological factor) เป็นผลมาจากภูมิคุ้มกันของตนเอง (autoantibody) ทำปฏิกิริยากับเซลล์ของตับอ่อนทำให้เบตาเซลล์ถูกทำลาย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมอื่นๆ (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) ได้แก่ ความอ้วน การขาดสารอาหารบางชนิด การรับประทานยาบางชนิด การขาดการออกกำลังกาย

#### พยาธิสภาพของเบาหวาน

การเป็นเบาหวานทำให้เกิดความผิดปกติ โดยมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่หลอดเลือดทั่วร่างกาย เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้มีน้ำตาลไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง ส่งผลให้มีการปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงสู่เนื้อเยื่อลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงตามมาทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็ก โดยทำให้เยื่อหลอดเลือดชั้นในได้รับอันตรายต่อจากนั้นจะมีการซ่อมแซมเกิดขึ้น คือ มีการรวมตัวของเกล็ดเลือด เพื่ออุดรอยที่ได้รับความเสียหายนั้น ทำให้หลอดเลือดเกิดการอุดตัน โป่งพองหรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นมาใหม่ (Lemone & Burke, 1996 : 5)

#### อาการของเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานจะมีอาการสำคัญที่พบดังนี้ (Lemone & Burke, 1996 : 5)

1. ปัสสาวะบ่อย (polyuria) เนื่องจากไตมีความสามารถดูดกลับน้ำตาลไว้ได้ในระดับหนึ่งแต่ในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าไตไม่สามารถดูดน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ ดังนั้นจึงมีน้ำตาลส่วนหนึ่งออกมาในปัสสาวะ ซึ่งเมื่อมีความเข้มข้นของปัสสาวะสูงจึงมีการดึงน้ำตามมามากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยมากขึ้น
2. กระหายน้ำมาก (polydipsia) พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมาก คอแห้ง เป็นผลมาจากการสูญเสียน้ำออกมาทางปัสสาวะ ร่างกายจึงอยู่ในภาวะขาดน้ำ มีการกระตุ้นศูนย์การควบคุมน้ำของร่างกาย เกิดการกระหายน้ำตามมาได้
3. หิวบ่อย และรับประทานจุ (polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้ร่างกายขาดพลังงาน จึงมีการหิวบ่อยและรับประทานจุตามมา
4. น้ำหนักตัวลดลง (weight loss) จากการที่ร่างกายขาดอินซูลิน ทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงานร่วมกับการขาดน้ำจากปัสสาวะบ่อย ร่างกาย จึงมีการนำ

โปรตีนและไขมันที่สะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

### การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเกณฑ์ของการวินิจฉัยเบาหวานในปี พ.ศ.2541 (ภาวนา กิริติยุตวงศ์, 2544) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. มีอาการแสดงของเบาหวาน ร่วมกับค่าของน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dL
2. มีน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและน้ำทางปาก (fasting blood sugar) เป็นเวลา 8 ชม. โดยมีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dL
3. การตรวจ Glucose tolerance test มีระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dL

### ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดการตายได้สูง และยังทำให้เกิดภาวะต่าง ๆ ที่สำคัญ คือ (Black & Jacob, 1993 : 6)

1. ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่
  - 1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) โดยจะพบว่าน้ำตาลในเลือดมักต่ำกว่า 60 mg/dL มักพบในผู้ที่กำลังรักษาโดยใช้อินซูลินหรือยาเม็ดในขณะที่ได้รับยาตามปกติ แต่ในผู้ป่วยที่ออกกำลังกายมากผิดปกติหรือรับประทานอาหารไม่ได้หรือได้รับยาบางชนิด คีโมสุรามากผู้ป่วยจะมีอาการตัวเย็นซีพจรเบาเร็ว อ่อนเพลีย เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม วิงเวียน มึนงง ตาพร่ามัว ถ้าไม่ได้รับน้ำตาลทดแทนจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงและหมดสติในที่สุด
  - 1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) โดยจะพบใน 2 ลักษณะ คือ
    - 1.2.1 ภาวะกรดในเลือดสูง (Diabetic ketoacidosis : DKA) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน หรือในรายที่มีอินซูลินน้อยมาก มีการคั่งต่ออินซูลิน ภาวะเครียด มีไข้ติดเชื้อโดยจะมีอินซูลินน้อยมาก และมีการหลั่งฮอร์โมนกลูคาγον คอร์ติซอล แคลทีโคลามีน ซึ่งออกฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้กลูโคสเป็นพลังงานได้ตามปกติ ร่างกายจึงมีการสลายไขมันออกมาใช้เป็นพลังงานทดแทน จึงเกิดสารคีโตนมากขึ้น ทำให้มีภาวะเป็นกรดในเลือดสูงขึ้น ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบลึก มีกลิ่นอะซิโตน ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงมากกว่า 250 mg/dL มีโซเดียมไบคาร์บอเนตต่ำกว่า 15 mEq/L และมีสารคีโตนในปัสสาวะ มีคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะมากขึ้น เกิดการขาดน้ำถ้าไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยจะซึม สับสน หมดสติลงและอาจจะเสียชีวิตได้

1.2.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรด (Hyperglycemic Hyperosmolar Non-Ketotic Coma : HHNC) มักพบในผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร่างกายยังคงมีอินซูลินพอ ไม่เกิดการสลายของไขมันจนถึงขั้นภาวะกรดในเลือดสูง แต่มีอินซูลินไม่เพียงพอในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงมาก มีอาการซึม สับสน ไม่รู้สึกตัวและมีอาการขาดน้ำอย่างมาก เช่น ผิวแห้งหึ่ง ตาลึก ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเหมือนภาวะกรดในเลือดสูง แต่อาจพบน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 400 mg/dL และมีออสโมลาลิตีในพลาสมาสูงกว่า 315 มิลลิออสโม

## 2. ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง ได้แก่

2.1 ระบบประสาท (diabetic neuropathy) จะพบว่ามีอาการเสื่อมของเส้นประสาท รับความรู้สึก เนื่องจากการทำลาย Axon ของเชื้อหุ้มเส้นประสาทและมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาท ทำให้มีการคั่งของซอร์บิทอล (sorbital) และฟรุกโตส เกิดเซลล์ประสาทเสื่อมสภาพ เกิดการอุดตันของหลอดเลือดเล็ก ๆ ทำให้ขาดออกซิเจนและมีการส่งสัญญาณเข้าออกช้า ได้แก่ เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเท้า เส้นประสาทอัตโนมัติที่ไปเลี้ยงต่อมเหงื่อและหลอดเลือดบริเวณเท้า อาการที่พบคือ การชาที่ปลายเท้าทั้งสองข้าง ปวดแสบปวดร้อน กล้ามเนื้ออ่อนแรง การสูญเสียการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่ต้องใช้ในการทำงานอย่างละเอียด นอกจากนี้จะพบพยาธิสภาพที่เส้นประสาทในส่วนของการควบคุมภายในร่างกาย โดยจะพบว่ามีอาการท้องเดิน การควบคุมการทำงานของต่อมเหงื่อผิดปกติ ท้องผูก ปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังการถ่ายปัสสาวะ และมีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์

2.2 ภาวะแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy) จะพบว่ามีหลอดเลือดที่จอตาเสื่อม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่จอตา ชักนำไปเกิดตาบอดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังมีเลนส์ตาขุ่นเป็นต้อกระจก ในบางรายอาจเป็นต้อหิน ตาพร่ามัว มองไม่เห็น

2.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด จากความผิดปกติของหลอดเลือดใหญ่และขนาดเล็ก ที่ทำให้หลอดเลือดเกิดการอุดตัน โป่งพองหรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นมาใหม่ จึงมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดโรคของหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดหัวใจตีบตัน หลอดเลือดที่ไตผิดปกติและหลอดเลือดสมองผิดปกติโดยผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า และเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น มีการทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติรวมทั้งมีภาวะเป็นลมเมื่อเปลี่ยนท่าเร็ว ๆ ได้ง่าย (orthostatic hypotension)

2.4 ภาวะแทรกซ้อนทางไต (diabetic nephropathy) พบว่า มีหลอดเลือดที่ไตเสื่อมลง มีเลือดไปเลี้ยงไตลดลง การกรองลดลง มีการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ผู้ป่วยมักมีอาการบวม

ถ้ามีอาการที่รุนแรงจะเกิดการคั่งของของเสีย ชักนำให้เกิดภาวะไตวายในที่สุด และมีผลตามมาคือ มีความดันโลหิตสูงขึ้นจากไตวาย

2.5 กระจุก พบว่า ในผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จะมีการหดรั้งของข้อได้ (joint contracture)

2.6 ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune system) พบว่า เม็ดเลือดขาว ชนิด Polymorphonuclear ทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ ความสามารถในการจับกินเชื้อโรคลดลง มีการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ การถ่ายออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อลดลง จึงเกิดการขาดออกซิเจนได้ง่าย

### การควบคุมโรคเบาหวาน

เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ให้ใกล้เคียงกับระดับคนทั่วไป ซึ่งสามารถทำได้ 3 วิธี (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2544) ดังต่อไปนี้

1. การควบคุมอาหาร เป็นเรื่องที่สำคัญมากที่สุด เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญอาหารคาร์โบไฮเดรต ส่งผลให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ดังนั้นจึงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ทั้งเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่จะต้องจัดการหรือควบคุมอาหารด้วยตนเองซึ่งจะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลและช่วยในการทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ผู้ป่วยต้องควบคุมอาหารโดยรับประทานอาหารตรงตามเวลา ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาหารที่ผู้ป่วยต้องได้รับ คือ คาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-60 โปรตีน ร้อยละ 20 และไขมัน ร้อยละ 30 ต้องจำกัดน้ำตาลหรืออาหารประเภท แป้ง ผลไม้หวาน หรือผลไม้แห้ง และควรแบ่งอาหารออกเป็นมื้อ ๆ ตามเวลาหรืออาจแบ่งอาหารออกเป็น อาหารหลักวันละ 3 ครั้ง คือ เช้า กลางวันและเย็น ร่วมกับอาหารเสริมมื้อเล็ก ๆ ก่อนนอน เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในกรณีที่ได้รับยาลดน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การรับประทานอาหารมื้อใหญ่ ๆ จำนวนครั้งละมาก ๆ จะทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มมากกว่ารับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ ควรมีการแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีเส้นใยซึ่งสามารถรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด อาหารพวกนี้จะทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลงและลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ ซึ่งมีการแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารเส้นใย จำนวน 20-40 กรัม/วัน การควบคุมเบาหวานด้วยอาหารนั้นมักจะใช้เกณฑ์ของการควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงกว่า 140 mg/dL

2. การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ โดยสามารถทำให้ระดับน้ำตาลลดลงได้ เนื่องจากขณะออกกำลังกายจะต้องใช้พลังงานและแหล่งพลังงานที่สำคัญที่สุดของร่างกาย คือ น้ำตาล หากออกกำลังกายเพียงพอร่างกายจะใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนไปเป็นพลังงานมากพอที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายทำให้เนื้อเยื่อของร่างกาย

ไวต่ออินซูลินมากขึ้น กล่าวคือ อินซูลินปริมาณเท่าเดิมแต่ร่างกายจะสามารถใช้น้ำตาลได้มากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อหลาย ๆ ส่วนได้เคลื่อนไหวออกแรงพร้อม ๆ กัน และไม่ต้องใช้แรงมาก เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ และการว่ายน้ำ เป็นต้น การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรเป็นครั้งละประมาณ 20-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

3. การใช้ยา ซึ่งอาจให้เป็นยารับประทานหรือยาฉีด แล้วแต่อาการของผู้ป่วย โดยยารับประทาน จะออกฤทธิ์กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินมากขึ้น ทำให้มีการใช้กลูโคสมากขึ้นหรือมีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างน้ำตาลจากขบวนการ Gluconeogenesis ลดการดูดซึมของน้ำตาล ในขณะที่ยาฉีดเป็นการให้เพื่อทดแทนอินซูลินที่ขาดไป เนื่องจากตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่ได้ (วิทยา ศรีดามา, 2541) เนื่องจากโรคเบาหวานที่กล่าวมาทั้งสองชนิดมีความแตกต่างกันดังนั้นการรักษาจะแตกต่างกัน ในเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน การใช้ยารับประทานจะไม่ได้ผลเนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้จึงต้องใช้ยาฉีด ในขณะที่เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินถ้าเป็นในระยะแรก การควบคุมด้วยอาหารอย่างเดียวอาจได้ผลในการรักษา

#### การประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวาน

การควบคุมเบาหวานที่เหมาะสมคือ ต้องมีการประเมินว่าระดับน้ำตาลในเลือดนั้นอยู่ในระดับที่เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งควรมีการประเมินดังต่อไปนี้

1. การวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) เป็นการให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน 8 ชั่วโมงก่อนมาเจาะเลือด เพื่อหาระดับน้ำตาลในเวลาเช้า แต่จะพบว่าระดับน้ำตาลจะขึ้นลงเร็วตามอาหารที่รับประทานเข้าไป ทำให้เปรียบเทียบผลการควบคุมเบาหวานได้ยาก (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2544)

2. การวัดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Hemoglobin A<sub>1c</sub>) จะสามารถบอกถึงระดับของน้ำตาลก่อนการตรวจครั้งนี้ถึง 6-8 สัปดาห์

3. การประเมินภาวะโภชนาการควรมีการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นไม่สามารถที่จะควบคุมน้ำหนักตัวได้ การประเมินนี้เป็นการพิจารณาว่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งเป็นการประเมินที่แสดงถึงภาวะโภชนาการทั้งหมดที่ผ่านมาในอดีต การประเมินลักษณะนี้สามารถประเมินได้จากการวัดสัดส่วนของร่างกาย มีวิธีการประเมินที่หลากหลาย (วินัส ลิพทกุลและอนอมขวัญ ทวีบุรณ, 2541) ได้แก่ น้ำหนักและส่วนสูง คำนวณมวลกาย (BMI)

### หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การจัดกิจกรรมสำหรับส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลควรใช้วิธีการพยาบาลหลายวิธีผสมผสานกันตามความเหมาะสม จากการศึกษาของภาวนา กิริติยุดวงศ์ (2544) ในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบวิธีการช่วยเหลือ 10 วิธี ประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้ในการคิดและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยก่อนว่ามีข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากน้อยเพียงใด มีเรื่องใดที่ผู้ป่วยทราบเป็นอย่างดีแล้ว มีเรื่องใดที่ผู้ป่วยทราบแต่ยังไม่สมบูรณ์ มีเรื่องใดที่ผู้ป่วยเข้าใจผิดและมีเรื่องใดที่ผู้ป่วยไม่ทราบ เพื่อนำมาวางแผนและหาวิธีการที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยในแต่ละเรื่องต่อไป

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย

2.1 สิ่งแวดล้อมในการให้บริการ พยาบาลควรจัดบริการให้ลักษณะที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย เคารพในสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วยซึ่งบางครั้งอาจมีความแตกต่างกับพยาบาล สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน มีความเป็นกันเอง พยาบาลควรมีท่าทีที่เป็นมิตร ยินดีรับฟังประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้อาการดีขึ้นและสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล โดยจัดให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ต่างกันได้มีโอกาสมาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นร่วมกัน

2.2 สิ่งแวดล้อมในด้านสื่อ ช่วยให้ผู้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวานได้ ได้แก่ แผ่นพับ เอกสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นต้น โดยมีพยาบาลเป็นผู้อำนวยความสะดวกและอธิบายเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัย

2.3 เป็นที่ปรึกษาและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรให้ความสนใจและติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะที่เริ่มปฏิบัติเพื่อช่วยเป็นที่ปรึกษาให้แรงสนับสนุนหรือช่วยปรับแก้กิจกรรมการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

2.4 ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการใช้ยา ผู้ป่วยต้องใช้ทั้งร่างกายและจิตใจที่จะทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองนั้นประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรพูดให้กำลังใจ ให้คำชมเชยอย่างสม่ำเสมอ แสดงความเข้าใจและเข้าใจถึงความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.5 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นการสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย พยาบาลแสดงความจริงใจ ห่วงใยและยินดีให้ความช่วยเหลือ จะทำให้

ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยความรู้สึก การรับรู้ของตน วิธีการดูแลตนเองและวิธีการรักษาที่ตนปฏิบัติอยู่ซึ่งในบางครั้งไม่สอดคล้องกับการรักษาแผนปัจจุบัน การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเป็นการช่วยลดช่องว่างระหว่างการให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเบาหวานในทัศนะทางการแพทย์แผนปัจจุบันกับในทัศนะของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจกัน และเกิดความร่วมมือกันหาแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยในการรักษาและการดูแลตนเอง

2.6 ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้เกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมายให้ได้ พยายามควรใช้เวลาผู้ช่วยค้นหาวิธีเพื่อให้บรรลุเป้าหมายซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีวิธีการปฏิบัติไม่เหมือนกัน พยายามควรเป็นผู้คอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษา

2.7 ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่องโรคเบาหวาน เป็นเรื่องเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมาก ในการช่วยสนับสนุนการปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งเป็นผู้ที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยายามควรส่งเสริมให้ญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้เรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองในเรื่องเบาหวาน ไปพร้อม ๆ กับผู้ป่วยด้วย กระตุ้นให้ญาติช่วยสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2.8 สอนทักษะในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน ได้แก่

2.8.1 ทักษะการสังเกตและการประเมินอาการน้ำตาลในเลือดต่ำและอาการน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้แก้ไขอาการได้อย่างถูกต้อง

2.8.2 ทักษะทางการแพทย์ ได้แก่ การฉีดอินซูลิน การทำแผล การตรวจปัสสาวะ

2.9 เป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เพื่อถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาไปสู่แพทย์ พยายามควรเป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมทั้งปัจจัยเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อช่วยแพทย์ประกอบการตัดสินใจในการรักษา และช่วยให้แพทย์เข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น

2.10 ช่วยผู้ป่วยสร้างแรงจูงใจ เนื่องจากพยายามจะทราบแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การรับรู้ ความเชื่อ และการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยายามควรเลือกประเด็นที่ผู้ป่วยสนใจและ

ห่วงใยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือการดำเนินชีวิต เพื่อนำมาเป็นประเด็นใช้เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาแนวคิดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สรุปได้ว่าโรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ จากการทำร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการรับประทานอาหารไปใช้ได้ตามปกติ การควบคุมโรคเบาหวานสามารถทำได้ 3 วิธี ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา และผู้วิจัยได้นำความรู้เรื่องโรคเบาหวานมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดตัวแปรต้นในการวิจัยครั้งนี้

## แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง

### การตรวจคัดกรอง

การคัดกรอง (Screening) คือ กระบวนการคัดแยกบุคคลที่มีความเสี่ยงในสถานะต่าง ๆ ตั้งแต่เสี่ยง เลี่ยงสูง และเสี่ยงสูงมาก หรือเป็นโรค ออกจากคนปกติ เพื่อการสื่อสารและสนับสนุนบริการหรือจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้เกิดการยับยั้งหรือชะลอกระบวนการเปลี่ยนแปลงพยาธิกำเนิดและพยาธิสภาพตั้งแต่ระยะต้น ในที่มีความหมายเชิงปฏิบัติการภายใต้กระบวนการป้องกันควบคุมโรคเน้นการบริการเพื่อคัดแยกทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ที่เป็นโรค เพื่อลดโอกาสการเกิดโรค การรักษาที่ทันทั่วถึง และการลดภาวะแทรกซ้อน (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

การคัดกรองเป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการที่ทำให้เกิดพฤติกรรมจัดการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในบุคคล โดยเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความตระหนัก การตัดสินใจในการเริ่มต้นเรียนรู้และปฏิบัติต่อสถานะความเสี่ยงต่อโรคของบุคคลนั้น การคัดกรองทำให้มีและเข้าถึงกิจกรรมการบริการที่สนับสนุนบุคคลโดยรวมในชุมชน ซึ่งมีสถานะความเสี่ยงในระยะต่าง ๆ ได้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองและเข้าถึงการบริการต่อเนื่องที่จำเป็นหลังการคัดกรองได้อย่างเหมาะสมกับสถานะความเสี่ยง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลบนพื้นฐานข้อเท็จจริงของบริบทไทย

แนวทางการคัดกรองเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน แบ่งลักษณะการจัดบริการคัดกรองเป็น 2 แบบ ตามกลุ่มอายุที่จะต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550 : 16-25)

การจัดบริการแบบตั้งรับ จัดบริการแก่บุคคลทั่วไปที่มารับบริการอื่น ๆ แต่มีความสนใจหรือประเมินตนเองพบว่ามีข้อบ่งชี้โอกาสเสี่ยงมากกว่า 3 ปีจะเพิ่มขึ้น ไปคือ น้ำหนักเกินและอ้วน ประวัติครอบครัวมีพ่อ แม่ พี่ น้องเป็นโรคเบาหวาน รอยพับรอบคอหรือใต้รักแร้ดำ และเคยตรวจพบความดันโลหิตสูง โดยสถานบริการต้องมีการจัดบริการคัดกรอง โดยตรวจวัดวัดความดันโลหิต

ตามมาตรฐาน ชักประวัติและคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานด้วยวาจา (verbal screening) ลงทะเบียนคัดกรอง และประเมินปัจจัยโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ถ้าไม่พบความเสี่ยงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและการเสริมสร้างสุขภาพที่บ้าน

การจัดบริการแบบเชิงรุก การคัดกรองของโรคเบาหวานชนิดที่สองในบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองพบมากและมักจะวินิจฉัยไม่ได้ในระยะแรก การที่มีภาวะน้ำตาลสูงเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตา หัวใจ ไต เส้นประสาท เส้นเลือด นอกจากนี้ยังพบว่า มีโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในโลหิตสูงร่วมด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการวินิจฉัยให้เร็วที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน การตรวจคัดกรองเบาหวานในผู้ใหญ่ที่ไม่มีอาการ ผู้ที่สมควรได้รับการเจาะเลือดตรวจหาเบาหวาน คือ ผู้ที่มีอาการเป็นโรคเบาหวาน ประวัติครอบครัวพ่อแม่ พี่ หรือน้อง เป็นเบาหวาน อ้วน ดัชนีมวลกายมากกว่า 25% หรือน้ำหนักเกิน 20% ของน้ำหนักที่ควรเป็น อายุมากกว่า 40 ปี หากปกติให้ตรวจทุก 3 ปี ผู้ที่ตรวจพบ IFG หรือ IGT ความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mmHg ระดับไขมัน HDL น้อยกว่า 35 mg% และหรือ TG มากกว่า 250 mg% ประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือน้ำหนักเด็กแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวควรที่จะได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดทุก 3 ปี

### วิธีการตรวจ

วิธีการตรวจเบาหวาน มีดังนี้ (รัฐภาพร รุณเจริญ และคณะ, 2546 : 17)

1. การวัดระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose : FPG) แนะนำให้ใช้วิธีซึ่งสะดวกและแม่นยำ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) สูงกว่า 126 mg% (7.0 mmol/L)
2. การวัดความทนทานน้ำตาลกลูโคส (oral glucose tolerance test : OGTT) วัดระดับน้ำตาลกลูโคส 2 ชั่วโมง หลังได้กินน้ำตาล 75 กรัม จะให้การวินิจฉัยเมื่อวัดน้ำตาลสูงกว่า 200 mg% (11.1 mmol/L)
3. การสุ่มวัดระดับกลูโคสในพลาสมา (random plasma glucose : RPG) โดยไม่กำหนดเวลาอดอาหาร ใช้ค่ามากกว่า 160 mg% เนื่องจากมีความแม่นยำต่ำจึงไม่นิยม
4. การใช้ระดับโปรตีนไกลโคซัยเลต ได้แก่ glycosylate hemoglobin : HbA1c และ glycosylate albumin (fructosamine) ไม่นิยมเนื่องจากมีความไวและความแม่นยำต่ำ
5. การตรวจหากกลูโคสในปัสสาวะไม่นิยมเพราะผิดพลาดได้ง่าย

ตารางที่ 2.2 ค่าของกลูโคสในการตรวจหาน้ำตาลในเลือด

ปกติ	IFG OR IGT	เบาหวาน
FPG < 100 mg/dL	FPG > 100 mg/dL < 126 mg/dL IFG	FPG > 126mg/dL
2-Hr PG < 14 mg/dL	2-Hr PG > 140mg/dL < 200 mg/dL IGT	2-hr PG > 200 mg/dL
		RPG > 200 mg/dL with symptoms

ที่มา : ราชภาพร รุณเจริญ และคณะ, 2546 : 18

ในการตรวจหาผลของกลูโคสในกระแสเลือดควรคำนึงถึงยาที่ทำให้น้ำตาลสูงขึ้น เช่น steroid, thiazide, nicotinic acid, beta-block ยาคุมกำเนิด

การตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes : GDM) เด็กที่เกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์มักพบความผิดปกติได้หลายแบบ เช่น เด็กตัวโตมีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (macrosomia) หรือพบความพิการแต่กำเนิด แบ่งผู้หญิงขณะตั้งครรภ์เป็น 3 กลุ่มดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550 : 10-11)

1. กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ได้แก่ ความอ้วน เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) พบน้ำตาลในปัสสาวะ และมีประวัติเบาหวานในครอบครัว
2. กลุ่มที่เสี่ยงปานกลาง
3. กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ อายุน้อยกว่า 25 ปี น้ำหนักของหญิงก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนปกติ ไม่พบความผิดปกติในการตรวจน้ำตาล ไม่พบผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวสายตรง พบ (GDM) ในชุมชนต่ำ

ในกลุ่มเสี่ยงสูงให้ตรวจหาผลของกลูโคสในเลือดให้เร็วที่สุด หากปกติให้ตรวจอีกครั้งเมื่อตั้งครรภ์ 24-48 สัปดาห์ ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางให้ตรวจหาผลของกลูโคสเมื่อตั้งครรภ์ 24-48 สัปดาห์ ในกลุ่มเสี่ยงต่ำไม่ต้องตรวจหาผลของกลูโคส

**วิธีการตรวจ** ให้เจาะวัดระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose : FPG) >126 mg% หรือการสุ่มวัดระดับกลูโคสในพลาสมา (random plasma glucose : RPG) โดยไม่กำหนดเวลาอดอาหาร > 200 mg% ให้วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน หากน้ำตาลต่ำกว่านี้ให้ทดสอบว่าเป็น GDM หรือไม่มีสองวิธี

1. ทดสอบความทนทานกลูโคส (oral glucose tolerance test : OGTT) โดยการกินกลูโคส 100 กรัม แล้วเจาะหาผลของกลูโคสที่ 1, 2, 3 ชั่วโมง

ตารางที่ 2.3 ค่ากลูโคสในเลือดแต่ละช่วงเวลา

	mg%	mmol/l
กลูโคสหลังงดอาหาร 8-14 ชม.	95	5.3
1 ชั่วโมงหลังกินกลูโคส	180	10.0
2 ชั่วโมงหลังกินกลูโคส	155	8.6
3 ชั่วโมงหลังกินกลูโคส	140	7.8

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, 2550 : 11

ต้องงดอาหาร 8-14 ชั่วโมง และกินอาหารไม่จำกัด (glucose > 150 gram/day) เป็นเวลา 3 วัน ผู้ป่วยนั่งและไม่สูบบุหรี่ตลอดการทดสอบ และระดับน้ำตาลต้องเท่ากับหรือเกินค่าในตารางอย่างน้อย 2 ค่า

2. การทดสอบความทนทานกลูโคส (glucose challenge test : GCT) โดยการกินกลูโคส 50 กรัม แล้วเจาะหากลูโคสถ้าพบว่า สูงกว่า 140 mg% ให้ทำตามข้อต่อไป

3. การคัดกรองของโรคเบาหวานชนิดที่หนึ่งไม่นิยมเนื่องจากราคาแพงและยังไม่เป็นที่ยอมรับ

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง สรุปได้ว่า การคัดกรองทำให้มีและเข้าถึงกิจกรรมการบริการที่สนับสนุนบุคคลโดยรวมในชุมชน ซึ่งมีสถานะความเสี่ยงในระยะต่าง ๆ ได้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองและเข้าถึงการบริการต่อเนื่องที่จำเป็นหลังการคัดกรองได้อย่างเหมาะสมกับสถานะความเสี่ยง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลบนพื้นฐานข้อเท็จจริง วิธีการตรวจเบาหวาน ทำให้การวัดระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 การวัดความทนทานน้ำตาลกลูโคส การสุ่มวัดระดับกลูโคสในพลาสมา การใช้ระดับโปรตีนกลัยโคซัลเลต และการตรวจหา กลูโคสในปัสสาวะไม่นิยมเพราะผิดพลาดได้ง่าย

## แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

แนวคิดและวิวัฒนาการของการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) การมีส่วนร่วม เกิดจากแนวคิดสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2545)

1. ความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจและความห่วงกังวลส่วนบุคคล ซึ่งมาตรงกัน กลายเป็นความสนใจและห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม
2. ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกัน ที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น ผลักดันให้พุ่งไปสู่การรวมกลุ่ม วางแผน และลงมือกระทำร่วมกัน
3. การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่พึงปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันจะทำให้เกิดความริเริ่มกระทำการที่สนองตอบตามความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้อง

### ความหมายและความสำคัญของการมีส่วนร่วม

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People's Participation) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชนบท ทั้งนี้ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ.2545 และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 จึงต่างให้ความสำคัญต่อการบริหารราชการอย่างโปร่งใส สุจริต เปิดเผยข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ การตัดสินใจทางการเมือง รวมถึงการตรวจสอบ การใช้อำนาจรัฐในทุกระดับ ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมากกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้พยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top - down) มาเป็นจากระดับล่างขึ้นบน (Bottom - up) แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของโอคเลย์ (Oakley, 1984 : 17) ได้กล่าวว่า แนวทางจากระดับล่างขึ้นบนนี้ เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหาย (Missing ingredient) ในกระบวนการพัฒนา การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้มากมาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากล่าวไว้เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการวิจัย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) (World Health Organization, 2008) ได้ให้ความหมายไว้ 3 แนวทาง ดังนี้

1. การมีส่วนร่วม หมายถึง ความร่วมมือ (participation) ของประชาชนที่มีให้ด้วยความสมัครใจด้วยตนเองโดยไม่มีใครบังคับหรือชักชวนจูงใจแต่อย่างใด ตกลงที่จะให้ความร่วมมือในโครงการพัฒนาใด ๆ ซึ่งจะออกมาในรูปของการให้ความร่วมมือโดยอุทิศแรงงานหรือทรัพยากรอื่น

เท่าที่จะหาได้หรือเท่าที่มีเพื่อให้เกิดประโยชน์ตามที่คาดหวัง ในลักษณะนี้จะเป็นลักษณะที่เห็นได้ว่าองค์กรภายนอกเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

2. การมีส่วนร่วม หมายถึง เป้าหมายเฉพาะของผลประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ (participation specific targeting of project benefits) ในการมีส่วนร่วมตามความหมายนี้มุ่งหวังที่จะครอบคลุมถึงกลุ่มที่ถูกละเลย หรือกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การมีส่วนร่วมนี้จะเป็นการมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลการได้รับผลประโยชน์ (beneficiary assessment)

3. การมีส่วนร่วม หมายถึง การสร้างพลัง (participation as empowerment) กล่าวว่าการมีส่วนร่วมคือ การสร้างพลังประชาชน ซึ่งได้รับการสนับสนุนอย่างมากมาจากสาธารณชน จนเป็นที่ยอมรับและใช้อย่างแพร่หลาย เป็นเสมือนคืนอำนาจคืนกลับสู่ประชาชนในรูปแบบการมีส่วนร่วม

โอคลีย์และมาร์สเดน (Oakley & Marsden, 1998 อ้างถึงในรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2538) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมจะต้องประกอบไปด้วยลักษณะ 3 ประการ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมต้องมีลักษณะกระตือรือร้น (participation must be active) ในความหมายนี้จะไม่รวมการเข้ารับบริการหรือการเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างเป็นการมีส่วนร่วม แต่มีความเกี่ยวข้องกันเท่านั้น

2. การมีส่วนร่วมจะต้องเกี่ยวข้องกับทางเลือก (participation involves choice) การมีส่วนร่วมใด ๆ ก็ตาม ประชาชนต้องมีสิทธิที่จะเลือกหรือตัดสินใจเลือกที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุด เพราะการตัดสินใจเลือกจะมีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของเขาเอง

3. ทางเลือกของการมีส่วนร่วมต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดประสิทธิผล (participation's choice must have the possibility of being effective)

นั่นคือ ทางเลือกของการมีส่วนร่วมต้องมีความเป็นไปได้สูงว่าเมื่อประชาชนเลือกแล้วจะก่อให้เกิดประสิทธิผล คือ เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือสิ่งที่ประชาชนต้องการให้เกิดขึ้นในที่สุด

โอคลีย์และคาห์สแซย์ (Oakley & Kahssay, 1999 อ้างถึงในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2545) ได้สรุปแนวทางกว้าง ๆ ว่า การมีส่วนร่วมมีความหมาย 2 แนวทาง ใหญ่ ๆ คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นวิธีการ (participation as a mean) การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความร่วมมือ หรือร่วมประสานงานกันในโครงการพัฒนาต่าง ๆ โดยการมีส่วนร่วม มีบทบาททำให้การดำเนินการใด ๆ ตามโครงการเกิดประสิทธิผล แนวคิดนี้ต้องอาศัยองค์การภายนอกเข้ามาสนับสนุนเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าของโครงการ แนวคิดนี้รู้จักกันทั่วไปคือการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (participation delocement)

2. การมีส่วนร่วมเป็นจุดหมายปลายทาง (participation as a end) เป็นการมีส่วนร่วมโดยมีเป้าประสงค์ในตัวของมันเอง การสร้างพลังให้ประชาชนในรูปแบบของการสร้างให้เกิดทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ที่จะมีความรับผิดชอบมากขึ้นเพื่อการพัฒนาตนเอง

#### ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1981 : 6) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
2. การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
3. การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาคองค์การสหประชาชาติ (United Nation, 1981 : 5) และรีเดอร์ (Reeder, 1974 : 39) ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วม ว่าการมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

นอกจากนี้ สุชาติ จักรพิสูทธิ์ (2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษาสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคมองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

2. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำที่บรรลุมวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

จากแนวคิดและทัศนคติที่ได้กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด สามารถแยกประเด็นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นจากเป้าหมายที่ต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ความผูกพัน

การเสริมแรง โอกาส ความสามารถ การสนับสนุน ความคาดหวังในสิ่งที่ต้องการ โดยมีพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของเหตุผล
2. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของค่านิยม
3. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของประเพณี
4. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความผูกพัน ความเส่นหา

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ซึ่งการรื้อให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ผู้ดำเนินงานจะต้องมีความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

#### ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

คูฟแมน (Koufman, 1949 อ้างถึงในนอร์ตัน สุวรรณผ่อง, 2546 : 21) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

นอกจากนี้ ประยูร ศรีประสาธน์ (2542 : 5) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วม ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ
2. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม
3. ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปปัจจัยต่อการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมได้ ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ
2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้
3. การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร

#### ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ฟอร์นารอฟ (Fornaroff, 1980 : 104) เสนอว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตามประเมินผล

2. การดำเนินงาน
3. การใช้บริการจากโครงการ
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

นอกจากนี้ อภิญา กังสนารักษ์ (2544 : 14-15) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ
2. การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยากรที่จะใช้ในโครงการ
3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวก็ได้

ส่วน อकिन รพีพัฒน์ (2547 : 49) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข
2. การตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา
3. การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน
4. การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

ขั้นตอนการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2546) ได้สรุปและนำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมใน 2 ลักษณะ ได้แก่

ลักษณะที่ 1 มีขั้นตอน ดังนี้

1. การคิด
2. การตัดสินใจ
3. การวางแผน
4. การลงมือปฏิบัติ

ลักษณะที่ 2 มีขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดปัญหา

2. การวางแผน
3. การดำเนินงาน
4. การประเมินผล
5. การบำรุงรักษา และพัฒนาให้คงไว้

จากแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งหมดสรุปได้ว่า ขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมี 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไข
2. ตัดสินใจกำหนดความต้องการ
3. ลำดับความสำคัญ
4. วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน ทรัพยากร
5. วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน ทรัพยากร
6. ดำเนินงานตามโครงการ และ/หรือ สนับสนุนการดำเนินงาน
7. ประเมินผล

#### รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษา

จากขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการร่วมทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น บนพื้นฐานของการเข้ามามีส่วนร่วม ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (2547) ได้นำเสนอความคิดเห็นผ่านบทความ “แลหน้าเศรษฐกิจสังคมไทย” สรุปการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนได้ใน 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่รัฐเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้เป็นการมองมาจากเบื้องบนหรือมาจากรัฐ ประชาชนเป็นเพียงผู้คอยรับนโยบายและปฏิบัติตาม
2. การมีส่วนร่วมที่เกิดจากความต้องการของประชาชนด้วยความสมัครใจโดยที่รัฐคอยช่วยเหลือให้คำแนะนำหรือคอยอำนวยความสะดวกเท่านั้น

ทั้งนี้ จากการที่กฎหมายได้กำหนดบทบาทของท้องถิ่นกับการจัดการศึกษาในสาระมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ที่ระบุไว้ว่า องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่นมีสิทธิจัดการศึกษาในระดับใดระดับหนึ่งหรือทุกระดับตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการภายในท้องถิ่น ทั้งนี้ วิจิต นันทสุวรรณ และจ้านงค์ แรกพิณิจ (2541 : 21-29) ได้นำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาไว้ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง การจัดการศึกษาในลักษณะนี้ เกิดจากความสามารและความต้องการของคนในชุมชน ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและตอบสนองความต้องการของสมาชิกในชุมชน โดยยึดหลักให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างไม่มีการบังคับของ

ระยะเวลา สถานที่ เพศ และอายุ เป็นการเปิดโอกาสให้คนได้เรียนรู้ตามอัธยาศัยที่แท้จริง ชุมชนได้เข้ามา มีบทบาทหลักในการจัดการศึกษา ทั้งนี้ รูปแบบการมีส่วนร่วมตามแนวทางนี้ ต้องอาศัยองค์ประกอบ 3 อย่างที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ คน ความรู้ และทรัพยากร โดยมีกระบวนการดำเนินการ คือ

- 1.1 การวิเคราะห์ - สังเคราะห์ ปัญหาชุมชน
- 1.2 หาทางออกที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต
- 1.3 ดำเนินการสร้างกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนได้แก้ไขปัญหามีอยู่
- 1.4 ประเมินผลกิจกรรม

โดยการกำหนดเนื้อหาหรือกิจกรรมการเรียนรู้ จะเริ่มจากจุดเล็ก ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันแล้วขยายออกไปสู่เนื้อหาหรือกิจกรรมที่ซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทั้งหมด

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของโรงเรียน ชุมชนมีส่วนร่วมกับโรงเรียน ในการสร้างหลักสูตรท้องถิ่นที่สัมพันธ์ และสอดคล้องกับความเป็นจริงของสภาพชุมชน สนองความต้องการ และวิถีชีวิตของชุมชนในท้องถิ่น โดยบุคคลในท้องถิ่น เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้รู้ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง มาจัดทำหลักสูตรท้องถิ่นและประเมินผล

3. รูปแบบการเชื่อมประสานการจัดการศึกษาระหว่างโรงเรียนกับชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบนี้จะเกิดขึ้นเฉพาะกับชุมชนที่มีกระบวนการเรียนรู้ที่เข้มแข็ง มีองค์กรชุมชน เพื่อจัดการเรียนรู้ร่วมกัน มีเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชนอื่น

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษา ตามที่ได้กล่าวมานั้น สรุปได้ว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษานั้น นอกจากจะเป็นการมีส่วนร่วมกับโรงเรียนในการพัฒนา การจัดการเรียนการสอนแล้ว นอกจากจะเป็นการมีส่วนร่วมกับโรงเรียนในการพัฒนาการจัดการเรียน การสอนแล้ว ยังเป็นไปในลักษณะของการร่วมกันจัดการศึกษาให้แก่คนในชุมชน เพื่อสร้างความ เข้มแข็งให้แก่ชุมชนนั้น ๆ ด้วยบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมในระดับสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะพัฒนาความรู้ ทักษะ ของเกษตรกร ซึ่งเป็นประชาชนนอกระบบโรงเรียนในชุมชน จึงกำหนดใช้รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง โดยมุ่งหมายให้กลุ่ม ประชากรในชุมชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสามารถนำความรู้ ที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และชุมชนได้ต่อไปอย่างยั่งยืน

จากการศึกษาทฤษฎี หลักการ แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด สรุปได้ว่าการมี ส่วนร่วมของชุมชน เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อ ความต้องการของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ทั้งนี้ในการที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม อย่างแท้จริงนั้น การจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมต้องคำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี

ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เพราะกลุ่มคนในชุมชน มีความแตกต่างกัน ในลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางเศรษฐกิจ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนโดยสรุปมีขั้นตอนทั้งสิ้น 5 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์ - สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน 2) การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต 3) การกำหนดกิจกรรม 4) การดำเนินกิจกรรม และ 5) การประเมินผลกิจกรรม ซึ่งเป็นขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีหน่วยงานภาคภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น

### การมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นหลักการสากลที่อารยประเทศให้ความสำคัญ และเป็นประเด็นหลักที่สังคมไทยให้ความสนใจเพื่อพัฒนาการเมืองเข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ตามหลักการธรรมาภิบาลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของภาครัฐให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุก ๆ ฝ่าย

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐการนี้ International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาครัฐจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การตีพิมพ์ และ การให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2. การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

4. ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธาณะมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5. การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธาณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้าน ที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน อาจทำได้หลายระดับและหลายวิธี ซึ่งบางวิธีสามารถทำได้ง่าย ๆ แต่บางวิธีก็ต้องใช้เวลา ขึ้นอยู่กับความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ค่าใช้จ่ายและความจำเป็นในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน การรับฟังความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาทักษะและศักยภาพของข้าราชการทุกระดับควบคู่กันไปด้วย

จากหลักการและความจำเป็นดังกล่าวทำให้การพัฒนาระบบราชการที่ผ่านมามีได้รับการพัฒนากระบวนการบริหารราชการที่สนับสนุนการปรับกระบวนการทำงานของส่วนราชการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น หรือที่เรียกว่า “การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม” ในส่วนภาคราชการ การส่งเสริมการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ถือได้ว่าเป็นเงื่อนไข และเป็นกฎเกณฑ์ที่สำคัญของความสำเร็จของการพัฒนาระบบราชการให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนและเอื้อต่อประโยชน์สุขของประชาชน เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุน และส่งเสริมให้ระบบราชการมีพลังในการพัฒนาประเทศอย่างสร้างสรรค์ อันเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาราชการยุคใหม่ที่เป็นราชการระบบเปิด การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคราชการที่มาจากทุกภาคส่วนของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และชุมชนท้องถิ่น จะช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีความใกล้ชิดกับประชาชนได้รับทราบความต้องการและปัญหาที่แท้จริง ลดความขัดแย้งและต่อต้าน ทั้งยังเป็นการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ที่เสริมสร้างให้ประชาชน ร่วมคิดร่วมตัดสินใจในประเด็นสาธาณะ ซึ่งเป็นบทบาทที่หน่วยงานภาคราชการจะต้องดำเนินการให้เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและเครือข่ายภาคประชาสังคมทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นหุ้นส่วน จะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับหน่วยงานราชการต่าง ๆ จะสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมากน้อยเพียงใด รวมทั้งต้องอาศัยกระบวนการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคมที่เป็นพันธมิตรของภาคราชการ ซึ่งถึงเวลาแล้วที่ภาคราชการจะต้องร่วมมือกันเปิดระบบราชการให้ประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อทำให้เกิดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เกิดการแบ่งสรรทรัพยากรอย่างยุติธรรม และลดความขัดแย้งในสังคม

และที่สำคัญที่สุด คือ การสร้างกลไกของการพัฒนาระบบราชการที่ยั่งยืน เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนนั่นเอง

### **ระดับของการมีส่วนร่วม**

การแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมมีแนวคิดที่สอดคล้องกัน แตกต่างกันในรายละเอียดดังนี้ ริฟกิน มัทเลอร์ และบิทแมน (Rifkin, Muller & Bichman, 1988 : 193) ได้จัดระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ประชาชนมีส่วนร่วมในประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ

ระดับที่ 2 ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการ

ระดับที่ 3 ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม

ระดับที่ 4 ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับและประเมินผลกิจกรรม

ระดับที่ 5 ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของชุมชน

ระดับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของสมาคมสาธารณสุขของอเมริกา (American Public Health Association, 1983) แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับของการร่วมตัดสินใจ (decision - making) ในระดับนี้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาด้วยตนเอง จึงถือได้ว่าเป็นระดับการรับผิดชอบตนเอง (level of responsibility by themselves)

2. ระดับความร่วมมือ (cooperation) ในระดับนี้องค์กรภายนอกจะมีบทบาทในการชี้แนะชุมชนต้องมีการเสียสละในเรื่องเวลา แรงงาน และบางครั้งในเรื่องทรัพย์สินเพื่อช่วยให้โครงการสำเร็จ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ถือได้ว่าเป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้ (acceptable level of participation)

3. ระดับการใช้ประโยชน์ (utilization) ชุมชนยอมและใช้ประโยชน์จากการบริการที่ได้วางโครงการไว้ ถือเป็นการมีส่วนร่วมในระดับการยอมรับบริการเท่านั้น หรือระดับที่ร่วมรับผลประโยชน์

### **การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ**

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนเริ่มมีมาตั้งแต่ พ.ศ.2524 โดยมีการบรรจุการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - พ.ศ.2524) การพัฒนาสุขภาพจึงได้เป็นจริงมากขึ้น โดยเกิดกลุ่มขององค์กรพัฒนาเอกชนที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น มูลนิธิหมอชาวบ้าน สมาคมทำหมัน มูลนิธิสาธารณสุขเพื่อการพัฒนา ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย เป็นต้น องค์กรเหล่านี้ได้ช่วยผลักดันและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในหลายรูปแบบ

บทเรียนในอดีตของการพัฒนาสุขภาพ ทำให้สังคมไทยเกิดการเรียนรู้เกิดเป็นแนวคิดใหม่ โดยเน้นการพัฒนาที่ยั่งยืน(sustainable devolvment) เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา โดยการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายหลัก คือ มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (social transformation) เพื่อให้สังคมและคนในสังคมมีคุณภาพชีวิต (quality of life) ขจัดความยากไร้ มีความยุติธรรมในสังคม เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพอย่างแท้จริง ซึ่งทำให้เกิดแนวคิดในเรื่องของ กระบวนการประชาสังคม (civil society) ซึ่งเป็นแนวคิดของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

สรุปได้ว่าการพัฒนาสุขภาพโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ต้องมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. การมีจิตสำนึกของคนในชุมชนและการเกิดอุดมการณ์ร่วม ทำให้คนมารวมตัวกัน เป็นชุมชนยึดเหนี่ยวให้อยู่ร่วมกัน
2. มีการบริหารจัดการที่เหมาะสม มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทำงานร่วมกัน
3. มีการจัดตั้งในรูปเครือข่าย เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน ประสานงาน และร่วมพลังกัน ระหว่างภาครัฐ-เอกชน-ประชาชน ภายใต้ค่านิยมพื้นฐานของความเป็นชุมชนที่ดี คือ มีความไว้วางใจ ความช่วยเหลือเกื้อกูล การอดทนต่อความขัดแย้ง และการเปิดกว้างยอมรับต่อความแตกต่าง องค์ประกอบสำคัญดังกล่าว ทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนมีวิวัฒนาการโดยลำดับ ในรูปแบบที่เรียกกันในปัจจุบันว่า ประชาสังคม

#### การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน คือ การดำเนินการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ผู้ชุมชนอย่างมีลำดับขั้นตอน โดยใช้เทคโนโลยีและวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้รับรู้ เรียนรู้และตระหนักในเรื่องสุขภาพ (ปรีชา อุปโยคิน, 2548 : 17)

ระบบการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน มีส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ

1. องค์ประกอบของการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน
  2. ขั้นตอนการดำเนินงานการสื่อสารด้านสุขภาพ
1. องค์ประกอบของการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน การสื่อสารด้านสุขภาพสู่ประชาชนในชุมชนนั้น มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 แหล่งข้อมูล หมายถึง หน่วยที่มีหรือให้การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพ ในชุมชนจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ได้หลายแหล่ง ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขในชุมชน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สื่อมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เอกสาร วารสาร แผ่นพับความรู้ด้านสุขภาพ

1.2 บุคคลที่มีบทบาทในการสื่อสารด้านสุขภาพ บุคคลที่มีบทบาทในการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นักเรียน ผู้นำและสมาชิกกลุ่มในชุมชน สื่อมวลชนในพื้นที่ ผู้ดูแลหอกระจายข่าว อาสาสมัครอื่นในชุมชน บุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง บุคคลในชุมชนกลุ่มต่าง ๆ เป็นเครือข่ายที่ดีในการสื่อสารด้านสุขภาพคือบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน โดยทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข่าวสาร

1.3 สถานที่ที่เป็นแหล่งสื่อสารด้านสุขภาพ หมายถึง สถานที่ที่สามารถจัดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนในชุมชน ได้ทราบถึงเรื่องราวทางสุขภาพได้ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ลานออกกำลังกาย ศาลาหมู่บ้าน บ้านผู้นำ สถานศึกษา ที่อ่านหนังสือพิมพ์ ประจำหมู่บ้าน ร้านค้าในชุมชน ที่สาธารณะในชุมชน การที่จะเลือกใช้ก็จะต้องเลือกให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายและวิธีการสื่อสาร รวมถึงการเลือกใช้สื่ออย่างเหมาะสม

1.4 สื่อในชุมชน นอกจากการรับข่าวสารจากสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ แล้ว สื่อที่ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลในชุมชนกันค่อนข้างมาก คือ เสียงตามสาย หอกระจายข่าว และวิทยุชุมชน นอกจากการใช้สื่อแล้วการใช้ตัวบุคคลเป็นสื่อโดยเป็นตัวอย่างและบอกกล่าว และยังมีการใช้ป้ายประชาสัมพันธ์ ป้ายประกาศต่าง ๆ แผ่นโปสเตอร์ แผ่นปลิว และแผ่นเอกสารความรู้ต่าง ๆ ที่นำมาแจกในชุมชน ก็ล้วนเป็นการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชน

1.5 ผู้รับสาร หรือประชาชนผู้รับข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ประชาชนทุกคนรอบครัวที่อยู่ในชุมชนที่มีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ อาจมีลักษณะการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม

2. ขั้นตอนการดำเนินงานการสื่อสารด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

2.1 การรู้ชุมชน คือ การศึกษาและวิเคราะห์ให้ทราบถึงสถานการณ์ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาพของประชาชนภายในชุมชน การรู้ชุมชนเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการวางแผนและดำเนินการสื่อสารให้เข้าถึงประชาชนในชุมชนให้มากที่สุด โดยมีประเด็นที่สำคัญดังนี้

2.1.1 รู้สถานะสุขภาพของประชาชน โดยการศึกษาถึงสถานะและค้นหาปัญหา ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนว่ามีปัญหาอะไรบ้างที่ควรแก้ไข เข้าใจถึงปัญหา รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นต่อไป

2.1.2 รู้ศักยภาพทางการสื่อสารภายในชุมชน ว่ามีการสื่อสารหรือเผยแพร่ข้อมูลกันด้วยวิธีใด วิธีใดบ้างที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ดี รวมถึงปัญหาและปัจจัยที่ทำให้คนในชุมชนยอมรับ

สื่อและมีส่วนร่วมในการสื่อสาร การได้วิเคราะห์ศักยภาพของชุมชนในการสื่อสารจะเป็นประโยชน์ในการใช้สื่อให้เหมาะสมกับชุมชน

2.1.3 รู้ลักษณะของประชากรและกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ซึ่งจำแนกได้หลายกลุ่มตามเพศ อายุ รายได้ ศาสนา อาชีพ การศึกษา ซึ่งต้องมีการวิเคราะห์ถึงลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้รู้ถึงลักษณะการรับรู้ของแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไร การแยกกลุ่มให้ชัดเจนจะทำให้การสื่อสารทำได้เหมาะสมและตรงกับปัญหาความต้องการของกลุ่ม

2.1.4 รู้วัฒนธรรมและโครงสร้างของชุมชน การรู้ถึงประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อ การคมนาคม รวมถึงลักษณะภูมิประเทศ โครงสร้างของชุมชนที่เอื้อต่อการติดต่อสื่อสารหรือการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เช่นการรวมตัวกันของคนในชุมชนเพื่อประกอบกิจกรรมใด ๆ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้การสื่อสารด้านสุขภาพได้เกิดการยอมรับและรับรู้ข้อมูลได้มาก

2.1.5 รู้แหล่งทรัพยากร ที่จะมาสนับสนุนการดำเนินการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน เช่นแหล่งข้อมูล ที่จะสนับสนุนสื่อที่จะนำมาเผยแพร่ รู้ตัวบุคคลที่มีบทบาทในการสื่อสารเพื่อเป็นเครือข่ายกระจายข่าวสาร รวมถึงแหล่งงบประมาณสนับสนุนเพื่อให้มีการจัดทำสื่อเผยแพร่

2.2 การวางแผน คือ การคิดและกำหนดไว้ล่วงหน้าว่าในการสื่อสาร จะทำอะไรบ้าง ทำเพื่อใคร กับใคร เมื่อไหร่ ที่ไหน และทำอย่างไร โดยการนำข้อมูลต่างๆของชุมชนมาวิเคราะห์ ซึ่งจะช่วยให้รู้จักชุมชนมากขึ้น ทำให้งานมีประสิทธิภาพ เกิดผลดี มีการประสานงาน ร่วมกันคิด และวางแผนร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

2.3 การเตรียมการ คือ การเตรียมความพร้อมขององค์ประกอบและขั้นตอนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร เพื่อให้การสื่อสารด้านสุขภาพไปสู่ประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการ มีขั้นตอนสำคัญดังนี้

2.3.1 เตรียมผู้สื่อสารและคณะทำงานหรือทีมงานให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องราวและเนื้อหา มีการอบรมชี้แจงปัญหาของการดำเนินงานและข้อมูลแก่ทีมสุขภาพ ประชุมมอบหมายหรือมีการแบ่งงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2 เตรียมสถานที่ ที่จะให้ความรู้ ควรมีการเลือกสถานที่ที่เหมาะสม สะอาด เป็นระเบียบ ไม่ร้อน ไม่มีเสียงรบกวนจนเกินไป เหมาะที่จะให้บริการความรู้ด้านสุขภาพ

2.3.3 เตรียมอุปกรณ์ในการให้บริการด้านความรู้ครบถ้วนเหมาะสมกับกลุ่มและสถานที่

2.3.4 เตรียมสื่อสำหรับให้ข้อมูลข่าวสารให้เพียงพอ

2.3.5 เตรียมประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการแจ้งให้ประชาชนได้ทราบข่าวสารและกำหนดการล่วงหน้า

### 2.3.6 เตรียมแผนแก้ปัญหาล่วงหน้า

2.4 การดำเนินการสื่อสาร คือ การทำกิจกรรมตามที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ มีการปรับแผน โดยทีมงานเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์และเหมาะสมกับชุมชน ข้อสำคัญ คือการสื่อสารต้องให้ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน จัดกิจกรรมการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ และสร้างกระแสให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข่าวสารและแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยชุมชนเอง การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนมีเทคนิคและวิธีการต่างๆ ที่สามารถนำไปเลือกใช้ได้ตามนี้

2.4.1 การสร้างโอกาสพบปะและพูดคุยเรื่องสุขภาพ เป็นการสื่อสารในชีวิตประจำวันซึ่งไม่ต้องเตรียมสื่อหรืออุปกรณ์ใด ๆ การให้ข้อมูลข่าวสารนั้นผู้พูดต้องเป็นผู้พูดที่ดี หยิบยกประเด็นสุขภาพที่ต้องการสื่อสารมาพูดคุย ชวนให้คิดถึงประเด็นปัญหาด้านสุขภาพ โน้มน้าวใจให้เกิดการเปลี่ยนความคิด พูดด้วยเหตุด้วยผล ชักชวนให้ลองปฏิบัติด้วยตนเอง เป็นตัวอย่างที่ดี พาไปดูแบบอย่างที่ดี เชิญผู้รู้มาแนะนำ

2.4.2 การพูดหรือการให้ข้อมูลข่าวสารในที่ชุมชน เป็นการให้ข่าวสารเมื่อโอกาสที่ประชาชนมารวมกลุ่มกัน โดยมีการเตรียมเรื่องที่จะพูด 3 ส่วน คือส่วนนำ เป็นคำทักทาย คำพูดที่จูงใจให้ทุกคนฟัง และมีประโยชน์กับทุกคน ส่วนเนื้อหา เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับรายละเอียดของเรื่องที่เป็นประโยชน์ด้านสุขภาพ และส่วนสรุป ทบทวนส่วนที่สำคัญๆ อีกครั้งหนึ่ง และเปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้พูดต้องได้ศึกษาเรื่องที่จะพูดมาเป็นอย่างดี เพื่อจะได้ถ่ายทอดให้กับประชาชนได้อย่างครบถ้วน

2.4.3 จัดกลุ่มเสวนาเป็นการชักชวนประชาชนมาร่วมพูดคุยกัน แสดงความคิดเห็น โดยประชาชนสามารถแสดงความคิดเห็นออกมาได้อย่างอิสระ เวลาที่ใช้ประมาณไม่เกิน 2 ชั่วโมง

2.4.4 ประชุมกลุ่ม เป็นวิธีการที่ทำให้ได้ความรู้ ความคิดและประสบการณ์ โดยอาศัยการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ โดยมีบุคคลในถิ่นทำหน้าที่เป็นประธานในที่ประชุม และต้องมีการสรุปผลจากการประชุมให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนทราบ

2.4.5 เวทีประชาคม เป็นการจัดประชุมโดยใช้โครงสร้างที่กำกับไปด้วยปัญญา และการเรียนรู้ ไม่ต้องมีประธานอย่างเป็นทางการ รูปแบบการประชุมเป็นเรื่องที่เป็นสาธารณะ เป็นเรื่อง que ทุกคนมีส่วนร่วมได้ ส่วนเสียการมีจิตสำนึกร่วมกันจะทำให้ชุมชนนั้นดี

2.4.6 ป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นสื่อที่สามารถให้ข้อมูลข่าวสารแก่คนในชุมชนได้ดี ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยป้ายจะต้องน่าสนใจ ข้อมูลเป็นประโยชน์ อ่านแล้วเข้าใจง่าย เอื้อต่อการเข้าไปอ่าน มีข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจุบัน ทันสมัย

2.4.7 มุมความรู้ เป็นแหล่งความรู้ที่รวบรวมสื่อหรือเอกสารต่าง ๆ ไว้โดยจัดไว้เป็นหมวดหมู่ โดยมีหลักการจัดมุมความรู้ คือ การจัดพื้นที่ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ใช้สอยอย่างเต็มที่

เป็นระเบียบเรียบร้อยและสะอาด และการจัดบริเวณภายในและสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ให้เกิดบรรยากาศน่ารื่นรมย์และน่าสนใจ

2.4.8 หอกระจายข่าว เสียงตามสายเป็นสื่อที่สามารถให้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างกว้างขวางในชุมชน ข้อดีคือ ผู้รับสามารถรับฟังข่าวสารได้ในเวลาที่กำลังทำกิจกรรมการทำงาน ส่วนข้อจำกัดคือต้องดูช่วงเวลาในการให้ข้อมูลข่าวสารว่าผู้รับฟังจะมีความสนใจในช่วงเวลาไหนมากน้อย โดยต้องขอความคิดเห็นจากชุมชน

2.4.9 วิทยุชุมชน เป็นการเผยแพร่ข่าวสารของคนในชุมชนเป็นเรื่องในชุมชน โดยคนในชุมชนนำมาเผยแพร่ให้ทุกคนรับรู้ และเป็นประโยชน์แก่ทุกคน

2.4.10 รมรงค์และจัดกิจกรรมในชุมชน เป็นการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การป้องกันโรค สิ่งแวดล้อม และรวมถึงการจัดกิจกรรมหลาย ๆ อย่างที่ดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชนได้เกิดความตระหนักในกิจกรรมนั้น ๆ

2.4.11 ศูนย์เทคโนโลยีการสื่อสารด้านสุขภาพ หรือศูนย์สื่อชุมชน ในชุมชน จะมีแหล่งที่เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชนได้ โดยต้องมีการจัดการในด้านวัสดุครุภัณฑ์ การปฏิบัติงาน เครื่องมือสื่อ รวมทั้งสารสนเทศเพื่อรองรับความต้องการของประชาชน

2.5 ประเมินผล คือ การวัดผลจากการทำงานว่าสิ่งที่ได้ไปนั้นเกิดผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง ในการประเมินผล ควรมีการกำหนดว่าใครจะเป็นผู้ประเมิน ประเมินอย่างไร มีการกำหนดวิธีการ เครื่องมือรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสำรวจ แบบสอบถาม และกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์ กำหนดกลุ่มที่จะเก็บข้อมูลและช่วงเวลาที่เก็บ ดำเนินการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนในชุมชนเพื่อให้ทราบถึงผลจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปนั้นประชาชนได้รับรู้มากน้อยเพียงใด (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

#### **เจตคติและการวัดเจตคติ**

##### **ความหมายของเจตคติ**

เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกที่แสดงออกมาในทางบวก หรือทางลบ เช่น พอใจ ไม่พอใจ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบต่อบุคคลหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกโน้มเอียงของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือ เรื่องใด เรื่องหนึ่ง หรือแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ เชิงนิมาน และเชิงนิเสธ

ลิตธิโชค วรานุสันติกุล (2546) ได้สรุปความหมายของเจตคติจากนักวิชาหลายท่านว่า “เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และแนวโน้มของพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งของ

หรือความคิดใดก็ตามในลักษณะของการประเมินค่า ความรู้สึก ความเชื่อ และแนวโน้มของพฤติกรรมนี้  
ต้องคงอยู่นานพอสมควร”

ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร (2545) เจตคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวกับความคิด  
ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของและสถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทิศทางใด  
ทิศทางหนึ่ง และสภาวะความพร้อมทางจิตนี้จะต้องอยู่นานพอสมควร

ลักขณา ศรีวัฒน์ (2544) เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก (อารมณ์) ความคิดเห็น (ปัญญา) หรือ  
ท่าที (พฤติกรรม) ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

นพมาศ ชีรเวคิน (2542) เจตคติ เป็นความเชื่อที่คงทนซึ่งมนุษย์เรียนรู้มาเกี่ยวกับบางสิ่ง  
บางอย่าง

พัชนี วรกวิน (2542) เจตคติ คือ ความรู้สึก ความเชื่อหรือแนวโน้มที่พร้อมจะกระทำต่อ  
สิ่งแวดล้อมในการตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

#### ลักษณะของเจตคติ

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2548 : 25-26) ได้กล่าวถึงลักษณะที่สำคัญของเจตคติ  
สรุปได้ดังนี้

1. เจตคติเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ของบุคคลที่ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด
2. เจตคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
3. เจตคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งภายนอกและภายใน เราจะสังเกตได้ว่าบุคคลมีเจตคติในทางยอมรับหรือไม่ยอมรับ โดยสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา
4. เจตคติเป็นสิ่งซับซ้อน มีที่มาสลับซับซ้อน เพราะเจตคติขึ้นอยู่กับหลายประการ เช่น ประสบการณ์การรับรู้ ความรู้สึก ความคิดเห็น อารมณ์ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ฉะนั้นจึงผันแปรได้
5. เจตคติเกิดจากการเลียนแบบ สามารถถ่ายทอดไปสู่บุคคลอื่นๆ ได้
6. ทิศทางของเจตคติ มี 2 ทิศทาง คือ สนับสนุนหรือต่อต้านและปริมาณของเจตคติ มีตั้งแต่พอใจอย่างยิ่ง ปานกลาง จนถึงไม่พอใจอย่างยิ่ง เจตคติของบุคคลแต่ละคนจะมีความรุนแรงต่างกันไป
7. เจตคติอาจเกิดขึ้นมาจากความมีจิตสำนึกหรือจากจิตไร้สำนึกก็ได้
8. เจตคติมีลักษณะคงทนถาวรพอสมควร กว่าบุคคลจะมีเจตติต่อสิ่งใดได้ต้องใช้เวลาาน ใช้ความคิดลึกซึ้ง พิจารณาละเอียดรอบคอบแล้วจึงเกิดเจตคติต่อสิ่งนั้น เจตคติอาจเกิดเปลี่ยนแปลงได้ แต่ไม่ได้หมายความว่า จะเปลี่ยนได้ในเวลาอันรวดเร็ว

9. บุคคลแต่ละบุคคลย่อมมีเจตคติต่อบุคคล สถานการณ์สิ่งเดียวกัน แตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลนั้น

9.1 องค์ประกอบของเจตคติ มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ (นพมาศ ชีรเวทิน, 2542)

9.1.1 ความเชื่อและความคิด (cognitive component) หมายถึง ความเชื่อหรือความไม่เชื่อ ความคิดและความรู้ โดยบุคคลจะต้องมีความรู้ความเชื่อ หรือความเข้าใจต่อสิ่งเร้าก่อน จึงจะเกิดเจตคติได้ (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2544)

9.1.2 ความชอบหรือความรู้สึก (affective component) จะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ เช่น ความรัก ความชอบ หรือความไม่ชอบและความเกลียดชัง ในขั้นนี้จะเป็นเจตคติที่ที่ทิศทางแล้ว ทำให้เปลี่ยนแปลงค่อนข้างยาก (ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร, 2545) องค์ประกอบด้านนี้จัดเป็นองค์ประกอบที่นักจิตวิทยานิยมมากที่สุดในการวัดเจตคติของบุคคล (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2544)

9.1.3 การกระทำหรือการแสดงพฤติกรรม (action component) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรม ซึ่งเป็นแนวโน้มที่บุคคลจะมีพฤติกรรมโต้ตอบสิ่งเร้า โดยทั่วไป มักจะมีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับสององค์ประกอบแรก (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2544)

องค์ประกอบทั้งสามนั้น หากมีความสอดคล้องกัน ลักษณะต่าง ๆ เกิดจากการตอบสนองจะเป็นไปด้วยดี แต่หากไม่สอดคล้องกัน จะเกิดความขัดแย้งขึ้นหรือไม่สบายใจ การลดความขัดแย้งก็ต้องลดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งให้สอดคล้องกัน (พัชรี วรรกวิณ, 2542)

#### ลักษณะเด่นชัดของเจตคติ

ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร (2545) ได้กล่าวถึงลักษณะของเจตคติได้ดังนี้

1. เจตคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้
2. เจตคติดีมีลักษณะที่คงทนยาวนานพอสมควร แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าบุคคลได้รับการเรียนรู้หรือมีประสบการณ์ใหม่ (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2544)
3. เจตคติดีมีลักษณะของการประเมินค่าอยู่ในตัว เช่น ลักษณะดี-ไม่ดี ชอบ-ไม่ชอบ เป็นต้น
4. เจตคติทำให้บุคคลที่เป็นเจ้าของพร้อมที่จะตอบสนองต่อที่หมายของเจตคติ
5. เจตคติดีมีที่หมาย โดยบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับสิ่งของ และบุคคลกับสถานการณ์

#### เจตคติของบุคคลเกิดขึ้นมาได้อย่างไร

อัลพอร์ท (Allport, 1962 อ้างถึงในพัชรี วรรกวิณ, 2542) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดเจตคติของบุคคล ว่า เจตคติเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล ภายใต้เงื่อนไข 4 ประการ คือ

1. การเพิ่มพูนหรือการบูรณาการ (integration) ของการตอบสนองซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ในแนวคิดต่าง ๆ

2. ความแตกต่างของบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน
3. อิทธิพลของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน หรือความตกใจจะเป็นผลทำให้จดจำประสบการณ์นั้นได้นาน ๆ ซึ่งก่อให้เกิดเจตคติต่อสิ่งเหล่านั้น
4. การถ่ายทอดเจตคติได้มากจากการเลียนแบบเจตคติของบุคคลอื่น ๆ ที่ตนพอใจ

#### เจตคติกับพฤติกรรม

นักจิตวิทยาสังคมจำนวนมากเชื่อว่า เจตคติเป็นสาเหตุของพฤติกรรม (ลักษณะ สรีรวัฒน์, 2544) ตามปกติ องค์ประกอบด้านพฤติกรรมมักจะสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ และองค์ประกอบด้านความรู้สึก เพราะเจตคติสามารถพยากรณ์ทิศทางของพฤติกรรมดังกล่าว เฟสติงเจอร์ (Festinger) เชื่อว่า เมื่อคนมีพฤติกรรมขัดกับเจตคติของตน จะเกิดความไม่สอดคล้องทางความคิดขึ้น ทำให้ต้องลดสถานะนี้ด้วยการเปลี่ยนทัศนคติให้สอดคล้องกับพฤติกรรม หรือการแสดงออกของตน (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2544)

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2546) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของเจตคติกับพฤติกรรม ดังนี้

1. เจตคติทำนายพฤติกรรมได้หรือไม่ คนเราเชื่อว่าเจตคติเป็นตัวทำนายที่ดีสำหรับทำนายพฤติกรรม คือ ถ้ารู้เจตคติต่อสิ่งใดของเขาของเขาแล้ว เราจะทำนายพฤติกรรมต่อสิ่งนั้นของเขาได้อย่างถูกต้อง ผลการวิจัยทางด้านเจตคติที่อาศัยทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Reasoned Action Theory) ของฟิชไบน์และไอเซน (Fishbein & Ajzen, 1980) พบว่า เจตคติสามารถทำนายพฤติกรรมได้ขอเพียงแต่ในการวัดเจตคติและพฤติกรรมนั้นต้องเป็นไปตามเงื่อนไขบางอย่าง นั่นคือแบบทดสอบสำหรับวัดเจตคติต่อพฤติกรรมใด ๆ ต้องวัดอย่างเฉพาะเจาะจง โดยมีแนวทางในการวัดพฤติกรรมคือ

- 1.1 บอกการกระทำ (action) อันเป็นการแสดงออกที่ผู้ตอบแบบวัดจะเข้าใจได้อย่างชัดเจน เช่น วิ่ง ทำกับข้าว อ่าน ฯลฯ

- 1.2 มีเป้าหมายการกระทำ (target) คือ อะไร เช่น วิ่งขึ้นรถเมล์ ทำแกงไก่ อ่านนิยาย ฯลฯ

- 1.3 กำหนดบริบทซึ่งเป็นที่เกิดของการกระทำ (context) เช่น วิ่งขึ้นรถเมล์ที่ตลาดทำแกงไก่ในครัว อ่านนิยายในห้องเรียน ฯลฯ

- 1.4 กำหนด เวลาที่การกระทำเกิดขึ้น (time) เช่น การกระทำนั้นเกิดตอนเช้า หรือวันขึ้นปีใหม่ ฯลฯ

ดังนั้นพฤติกรรมที่เจาะจงจึงควรเป็นเช่นนี้คือ เขาคคนหนึ่งทำแกงไก่เมื่อวันขึ้นปีใหม่ หรือชายคนหนึ่งวิ่งขึ้นรถเมล์ที่ตลาดเมื่อเช้านี้ เป็นต้น

ซิมบาร์โด (Zimbardo, 1980) นักจิตวิทยาสังคมผู้มีชื่อเสียงคนหนึ่งในปัจจุบันได้สรุปว่าเงื่อนไขที่จะทำให้เราสามารถใช่เจตคติทำนายพฤติกรรมได้อย่างค่อนข้างถูกต้องมี 3 ประการคือ

ประการที่หนึ่ง เจตคติและพฤติกรรมนั้นต้องเป็นเรื่องเดียวกัน เช่น เจตคติที่มีต่อการรักษาสิ่งแวดล้อมให้เป็นธรรมชาติไม่อาจจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการเข้าร่วมโครงการปลูกต้นไม้ของหน่วยงานราชการ แต่เจตคติต่อโครงการปลูกต้นไม้ของหน่วยงานราชการแห่งหนึ่งสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการเข้าร่วมปลูกต้นไม้ดังกล่าวได้

ประการที่สอง เจตคติเป็นแนวคิดที่จะทิศทางของพฤติกรรมในวงกว้างเช่น เจตคติต่อพุทธศาสนาอาจจะไม่สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมการไปวัดเป็นประจำได้ แต่สามารถจะนำแบบแผนของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าวัดโดยรวม ๆ ได้ เช่น การทำบุญบ้าน การร่วมกิจกรรมที่วัดจัดขึ้น เป็นต้นว่า งานรื่นเริง งานกุศล ฯลฯ ถ้ามีเจตนาที่ดีต่อพุทธศาสนา ก็หมายความว่ามีโอกาสสูงที่จะต้องมีส่วนร่วมต่าง ๆ ที่กล่าวไปแล้ว

ประการที่สาม เจตคติต่อสิ่งใดที่เด่นชัดและหนักแน่นสามารถที่จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ เช่นเจตคติของคนที่มีต่อนักการเมือง มีบ่อยครั้งที่เราจะได้พบว่า คนบางคนมีเจตคติด้านบวกต่อนักการเมืองบางคนเป็นอย่างมาก พวกเขาจะเห็นด้วยทั้งนั้นไม่ว่านักการเมืองคนนั้นจะทำอะไร

พฤติกรรมสามารถกำหนดเจตคติได้หรือไม่ นักจิตวิทยาสังคมได้หันมาศึกษาว่า เมื่อคนเรากระทำพฤติกรรมใดไปแล้วเขาจะมีเจตคติสอดคล้องไปกับการกระทำของเขาหรือไม่ เท่ากับว่า ถ้าเรารู้พฤติกรรมของบุคคลเราก็ย่อมจะรู้เจตคติของเขาด้วย

ในการวิจัยของลิเบอร์แมน (Lieberman, 1999) ได้ใช้แบบทดสอบวัดเจตคติของคนงานในโรงงานแห่งหนึ่งเกี่ยวกับการจัดการโรงงานก่อนและหลังจากการเลื่อนตำแหน่งงาน ผลการวิจัยพบว่าหัวหน้างานระดับต้นและเจ้าหน้าที่สหภาพคนงานที่ได้รับแต่งตั้งใหม่มีเจตคติแตกต่างกัน โดยที่หัวหน้างานระดับต้นหันมาเห็นด้วยกับฝ่ายบริหารมากขึ้น แต่เจ้าหน้าที่สหภาพที่ได้รับแต่งตั้งใหม่ก็มีความเห็นที่สอดคล้องกับผู้ทำงานในสหภาพมากขึ้นเช่นกัน แสดงว่าเมื่อคนเราได้แสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกไปแล้ว เราอาจจะพอทำนายได้ว่าเขามีเจตคติเป็นอย่างไร เพราะเขาต้องแสดงเจตคติเห็นด้วยกับการกระทำที่เขาได้ทำไปแล้ว มิฉะนั้นจะทำให้เกิดความขัดแย้งในตัวเองว่าทำไมไม่ถ้าหากไม่เห็นด้วย

การเปลี่ยนแปลงทางเจตคติ แม้ว่าโดยทั่วไปเจตคติที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้าจะเป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงทนไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ แต่เจตคติก็เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ เพราะเจตคติไม่ใช่ลักษณะที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด แต่เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นหากบุคคลได้รับข้อมูลใหม่หรือเกิดการเรียนรู้ใหม่ เจตคติในเรื่องนั้น ๆ ของเขาก็อาจเปลี่ยนแปลงไปได้ (กึ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2544)

พัชนี วรกวิน (2542) กล่าวถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติว่าสามารถแบ่งออกได้ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 สร้างความเอาใจใส่ (attention) เป็นความสนใจความใส่ใจในการรับฟังถ้าบุคคลไม่ให้ความสนใจที่จะฟังแล้ว กระบวนการขั้นต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้น และจะไม่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติสาเหตุที่ทำให้คนสนใจฟังได้แก่ ผู้สื่อความและเนื้อหาของสารนั้น ๆ

ขั้นที่ 2 ความเข้าใจ (comprehensive) เป็นความเข้าใจในความหมายของสารนั้น ความยากหรือง่ายเกินไปจะทำให้ผู้ฟังไม่สนใจ และไม่เข้าใจ ดังนั้นเราจะสังเกตเห็นได้จากการโฆษณา ซึ่งจะใช้เวลาให้น้อยที่สุดแต่ทำให้ผู้ฟังรับฟังได้มากที่สุด

ขั้นที่ 3 การยอมรับ (acceptance) เป็นผลมาจากขั้นที่ 1 และ 2 หากบุคคลตั้งใจฟังเกิดความเข้าใจแจ่มแจ้งก็จะทำให้เกิดการยอมรับ แต่ที่ไม่ได้สนใจฟัง ไม่มีความเข้าใจก็จะยกเลิกไม่เกิดการยอมรับ

ขั้นที่ 4 การเก็บเอาไว้ (retention) เป็นความคงทนหรือเป็นการจำ อาจจะเก็บไว้ระยะหนึ่งเมื่อเวลาผ่านไปอาจจะเปลี่ยนไป หรืออาจจะยังอยู่ ถ้าตัวผู้สื่อมีความน่าเชื่อถือมาก การเก็บเอาไว้ก็จะคงทนและอยู่ได้นาน

ขั้นที่ 5 การกระทำ (action) บุคคลเมื่อเปลี่ยนเจตคติก็จะเปลี่ยนด้านการกระทำด้วยซึ่งมีผลต่อส่วนร่วมและสังคม ถ้าเราเปลี่ยนความเชื่อแล้ว แต่ไม่ได้ลงมือกระทำก็จะไม่มีผลกระทบกระเทือนกับใคร

กระบวนการทั้ง 5 ขั้นตอนนี้จะเกิดต่อเนื่องกัน มิได้เกิดขึ้นขั้นใดขั้นหนึ่ง และโดยทั่วไปเรามักจะได้ใช้เสมอ เช่น จะพิจารณาอะไร เรามักจะถามตัวเองว่า ใคร ทำอะไร หรือพูดอะไรกับใครและมีผลอะไรเกิดขึ้นบ้าง ใครก็คือแหล่งข่าว พูดอะไรก็คือสาร พูดอย่างไรก็คือวิธีการ พูดกับใครก็คือ ผู้ฟังผลที่เกิดขึ้นอย่างไรก็คือการเปลี่ยนในองค์ประกอบทั้งห้าที่กล่าวแล้วข้างต้น

จากการศึกษาสรุปแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล รวมทั้งมีปัจจัยเกี่ยวกับเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในการรักษาสุขภาพ และผู้วิจัยได้นำการมีส่วนร่วมของประชาชนมากำหนดตัวแปรตาม และนำเจตคติและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากำหนดตัวแปรต้น และกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

## แนวคิดเกี่ยวกับทีมสุขภาพ

ทีมสุขภาพ เมื่อลงไปทำงานในชุมชน ต้องเป็นบุคคลที่ทำงานสร้างสุขภาพได้ดี สามารถเข้าร่วมทำงาน กับประชาชนในพื้นที่ได้ และดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทีมสุขภาพ จนประชาชนเป็นผู้ที่อยู่ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวยุวมชนได้ และมีแนวคิด มุมมองการเป็นทีมสุขภาพ ที่ต้องทำงานร่วมกัน สร้างเครือข่ายในชุมชน และนอกชุมชน และสามารถมองสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชน โดยแท้จริง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548 : 5)

ในระยะของการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทุกคนให้ความสำคัญในการดำเนินงาน และพยายามมองหาไปที่กลุ่มเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย แต่ยังไม่พบว่า ใคร ควรเป็นทีมสุขภาพที่ต้องดูแลการกลุ่มเหล่านี้จริงๆ แล้วในสถานบริการผู้ที่ให้บริการ คือ ทีมสุขภาพ แต่การที่มีทีมที่ดี ต้องให้ผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วม จะโดยวิธีอย่างไร แล้วแต่กิจกรรมที่จัดขึ้น แต่ทีมสุขภาพเราไม่มองแต่ในสถานบริการ เพราะเรื่องของการสร้างสุขภาพ บุคลากรที่ดูแลประชาชนที่ชุมชน หรือหมู่บ้าน สอนสุขศึกษา ให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ที่จะให้คำปรึกษา สอนสุขศึกษา ให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยมีอาสาสมัคร องค์กรท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วม ชาวบ้าน โรงเรียน วัด ก็เป็นทีมสุขภาพที่ร่วมกันดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพได้ แม้แต่ทีมเยี่ยมบ้านก็ต้องลงไปเยี่ยม ทั้งผู้สูงอายุ หลังคลอด การลงไปเยี่ยมผู้ป่วยเราก็ให้ทีมที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ซึ่งมีการศึกษา เป็นกรณีศึกษาที่ใช้เวลาให้กับผู้ป่วย ดูแลไปถึงองค์กรวม โดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ จนผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อยๆ แล้วทีมสุขภาพต้องมีหลักในการ Empowerment ประชาชนในชุมชน ให้พึ่งพาตนเองได้ โดยทีมนั้นจะเป็นผู้ประสานให้การสนับสนุน และสุดท้ายคือ ส่วนท้องถิ่นก็ต้องดูแลเขาเองในมุมมองปัจจุบัน การสร้างเสริมสุขภาพต้องมีทีมสุขภาพที่ต้องสร้างขึ้นมาให้ได้ และเป็นเรื่องของทุกคนด้วย ทั้งนี้ เพื่อทำงานร่วมกับกลุ่มต่างๆ ในสังคมนั่นเอง และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน ต้องสร้างความเสถียรของความสัมพันธ์ระหว่างเรื่องส่วนตัว และการงานการสร้างทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ต้องกำหนดบทบาทของประชาชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชน หมู่บ้าน ได้มีบทบาทในการดูแลตนเอง เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน เป็นผู้นำข้อมูลการสื่อสารต่างๆ ได้รวดเร็ว และช่วยเหลือเจ้าหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวได้อย่างดี (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548 : 6-7)

### ความสำคัญกับทีมสุขภาพ

ความสำคัญกับทีมสุขภาพที่เป็นประชาชนทีมสุขภาพส่วนที่เป็นเจ้าหน้าที่ ต้องเข้าใจ และมีบทบาทร่วมกัน แนวคิดที่ตรงกัน ร่วมกันวางแผนในการออกปฏิบัติงานแต่ละครั้ง จะต้องศึกษาชุมชน และองค์กรในชุมชนอย่างดี มีวิธีสร้างสัมพันธภาพ ทั้งใน และนอกรูปแบบ เข้าใจแนวทางการพัฒนา

ชุมชน และแกนนำชุมชน และร่วมปฏิบัติด้วยได้ หลักการทำงานในชุมชน ทีมงานต้องเข้าใจการสร้างมากกว่าซ่อม ประชาชนส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลมาก เพราะมีความเข้าใจว่าเมื่อป่วยต้องไปหาหมอ ต้องกินยาโรงพยาบาล ฉะนั้น ทีมสุขภาพต้องสร้างนำซ่อม หรือที่อีกอย่างเรียกว่า สร้างไปซ่อม คือ ใช้การซ่อมสุขภาพเป็นสะพานเชื่อม ไปสู่การสร้างสุขภาพ นั่นเองจะเห็นได้ว่า ทีมสุขภาพ เมื่อลงไปทำงานในชุมชน ต้องเป็นบุคคลที่ทำงานสร้างสุขภาพได้ดี สามารถเข้าร่วมทำงานกับประชาชนในพื้นที่ได้ และดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในทีมสุขภาพ จนประชาชนเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวยุวมชนได้ และมีแนวคิด มีมุมมองการเป็นทีมสุขภาพ ที่ต้องทำงานร่วมกัน สร้างเครือข่ายในชุมชน และนอกชุมชน และสามารถมองสุขภาพ เป็นเรื่องของประชาชน โดยแท้จริง (สุริย์ ชันธรัชกษวงษ์, 2550)

ทีมสุขภาพ หมายถึง บุคลากรทีมสุขภาพในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ให้บริการด้านสุขภาพมาจากหลายวิชาชีพทำงานร่วมกันเป็นทีม เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ

ทีมสุขภาพตำบลวังไผ่ หมายถึง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังไผ่ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนในการร่วมกันตรวจคัดกรองโรคให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ซึ่งทีมสุขภาพตำบลวังไผ่ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ เวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และแกนนำครอบครัว

#### หน้าที่ของทีมสุขภาพ

1. สืบสวนกลุ่มเป้าหมายในชุมชน
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
3. จัดทำแผนการออกให้บริการตรวจคัดกรอง
4. ออกดำเนินการคัดกรองและให้ความรู้แก่ประชาชน
5. สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค

จากการศึกษาแนวคิด ทีมสุขภาพ สรุปได้ว่า ความสำคัญกับทีมสุขภาพที่เป็นประชาชนทีมสุขภาพส่วนที่เป็นเจ้าหน้าที่ ต้องเข้าใจ และมีบทบาทร่วมกัน แนวคิดที่ตรงกัน ร่วมกันวางแผนในการออกปฏิบัติงานแต่ละครั้ง จะต้องศึกษาชุมชน และองค์กรในชุมชนอย่างดี มีวิธีสร้างสัมพันธภาพ ทั้งใน และนอกกรอบแบบ เข้าใจแนวทางการพัฒนาชุมชน และแกนนำชุมชน และร่วมปฏิบัติด้วยได้ และทีมสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน เพราะทุกคนสามารถทำงานสร้างสุขภาพได้ และทุกคนที่อยู่ในทีมสุขภาพได้ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

## ข้อมูลพื้นฐานตำบลวังไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

### ประวัติสถานีนอนามัย

สถานีนอนามัยตำบลวังไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ตั้งอยู่เลขที่ 47/3 หมู่ที่ 6 บ้านหนองคล้า ตำบลวังไผ่ ใน พ.ศ. 2525 สร้างเป็นสถานีนอนามัยขนาดเล็ก บ้านพัก 2 หลัง บนเนื้อที่ 1 ไร่ 2 งาน 4 ตารางวา โดยได้รับบริจาคจาก นางง้วน พุทธคำ เริ่มเปิดดำเนินการให้บริการประชาชน เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2525

พ.ศ. 2534 ได้รับงบประมาณก่อสร้างบ้านพักเพิ่มเติม อีก 1 หลัง

พ.ศ. 2543 สร้างเป็นสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ โดยได้รับงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข ในการก่อสร้างเพื่อทดแทนสถานีนอนามัยหลังเก่า และให้บริการตลอดมาจนถึงปัจจุบัน

พ.ศ. 2546 คณะกรรมการบริหารสถานีนอนามัยจัดงานเลี้ยงน้ำชา ได้รับเงินบริจาคทั้งสิ้น 42,000 บาท ได้ใช้ปรับปรุงกระเบื้องใต้อาคารสถานีนอนามัย

พ.ศ. 2552 ได้รับงบประมาณโครงการไทยเข้มแข็งต่อเติมอาคารชั้นล่าง เป็นเงิน 416,000 บาท

พ.ศ. 2554 ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### โครงสร้างพื้นฐาน

การคมนาคม มีถนนลาดยางทอดผ่านเป็นถนนสายหลักของตำบล ในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นถนนคอนกรีตเสริมเหล็ก และในหมู่บ้านถนนบางส่วน ยังคงเป็นถนนลูกรัง

การสื่อสาร ในพื้นที่ใช้การสื่อสารโดยโทรศัพท์/อินเทอร์เน็ตในพื้นที่

การไฟฟ้า ประชาชนมีไฟฟ้าใช้ประมาณร้อยละ 97

อาชีพ ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

การศึกษา ประชาชนได้รับการศึกษา จำนวน 100%

ศาสนา ประชาชน นับถือศาสนาพุทธ 99% ศาสนาอื่น 1%

### ขนาดและที่ตั้ง

ตำบลวังไผ่ อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร ตั้งอยู่บริเวณด้านทิศเหนือของอำเภอเมืองชุมพร พื้นที่ของตำบลวังไผ่เป็นเขตชุมชนเมือง และชุมชนเกษตร ห่างจากตัวเมืองชุมพรประมาณ 8 กิโลเมตร และห่างกรุงเทพฯ ตามทางหลวงหมายเลข 4 (ถนนเพชรเกษม) เป็นระยะทางประมาณ 500 กม.

### สภาพภูมิประเทศ

สภาพภูมิประเทศ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ พื้นที่ด้านทิศตะวันตกเป็นที่ราบสูง มีแม่น้ำสำคัญคือ แม่น้ำชุมพร พื้นที่ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม ได้แก่ สวนผลไม้ สวนยาง สวนปาล์ม ด้านตะวันออก เป็นที่ราบลุ่ม มีลำคลองคือ คลองม้ายัง คลองวังทอง

### การปกครองและประชากร

ตำบลวังไผ่มี 13 หมู่บ้าน มีเขตการปกครอง แบ่ง เป็น 3 เขต ดังนี้ เขตเทศบาลเมืองชุมพร เทศบาลตำบลวังไผ่ และเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังไผ่ ประชากรในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลวังไผ่ จำนวน 2,780 คน ชาย 1,381 คน หญิง 1,399 คน

### โครงสร้างพื้นฐาน

#### ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

#### สถานบริการสาธารณสุข

##### 1. กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) จำนวน 1 แห่ง

##### 2. ข้อมูลทรัพยากร

องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 แห่ง

โรงเรียน จำนวน 2 โรงเรียน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 แห่ง

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 4 แห่ง

ร้านจำหน่ายสุรา/บุนหรี จำนวน 18 แห่ง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิทักษ์ศิลป์ ศรีโซ้ง (2539) ศึกษา ความรู้และการปฏิบัติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยบ้านหนองจอก ตำบลเหล่าน้อย อำเภอเสถภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

วิมล วันยะมาพร และคณะ (2540) ศึกษาเจตคติต่อการตรวจคัดกรองโรคและเจตคติต่อทีมสุขภาพ พบว่า ความต้องการพยาบาลชั้นพื้นฐานผู้ป่วยเรื้อรัง หอผู้ป่วยพิเศษในโรงพยาบาลอุดรดิตต์ ด้านทัศนคติที่มีต่อพยาบาลโดยภาพรวม มีทัศนคติดีมาก

วิสันต์ วันยะมาพร และคณะ (2540) ศึกษาเรื่องเจตคติต่อการตรวจคัดกรองโรคและเจตคติต่อทีมสุขภาพ พบว่า ทัศนคติต่อพยาบาลและโรงพยาบาลโดยรวมส่วนใหญ่ระดับดีมาก

ไพลิน สุนทรเสน (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานของประชาชนจังหวัดระยอง พบว่า การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

สุมาลี สังข์ศรี (2543) ได้วิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยด้านการศึกษา ความรู้ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะรับความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเห็นว่า ข่าวสารมีความจำเป็นมากต่อผู้สูงอายุ

สุนีย์ เก่งกาจ (2544) ทำการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวม และรายด้านสูง และพบว่า การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

พระปลัดเสนาห์ ธรรมวโร และคณะ (2544) ได้ศึกษาทักษะการใช้ชีวิตในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่น พบว่า พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับปานกลาง คือ เชื่อข้อมูลข่าวสารที่มาจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิดมากกว่า สื่อมวลชน

จริยวัตร คมพยัคฆ์ และชฎาภา ประเสริฐทรง (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร พบว่า ครอบครัวได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจากโทรทัศน์มากที่สุด ความรู้ที่ครอบครัวนำไปปฏิบัติ คือ เกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี

รัชฎาพร รุณเจริญ และคณะ (2546) ได้ศึกษาชุมชนกับการคัดกรองโรคเบาหวาน พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานคือ ขาดความตระหนัก เนื่องจากการรับรู้ และความเข้าใจต่อโรคเบาหวานไม่เพียงพอ หรือไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของคนในชุมชนส่วนหนึ่งว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ ด้านทัศนคติ พบว่า รักษาไม่หาย บางส่วนเชื่อว่า การใช้สมุนไพรบางชนิด สามารถรักษาเบาหวานได้ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน คือ การให้บริการไม่ต่อเนื่อง การสนับสนุนแถบตรวจไม่เพียงพอ ผู้รับบริการขาดความเชื่อต่ออาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ตรวจ

คารินวรรณ เศรษฐีธรรมและคณะ (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ พบว่า การศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ ระดับรายได้ อาชีพ มีผลต่อภาวะสุขภาพ

ปรีชา อุปโยคิน (2548) ได้ศึกษาการรับรู้และการเข้าถึงสื่อสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย พบว่า การรับรู้สื่อด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากมากไปหาน้อย ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ สื่อบุคคล นิตยสาร/วารสาร หอกระจายข่าว แผ่นพับ ใบปลิว และโปสเตอร์ โดยแสดงความคิดเห็นว่าสื่อจะต้องมีความชัดเจน มีปริมาณข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มาก ซึ่งข้อมูลข่าวสารมีผลต่อความเข้าใจ และการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยกลุ่มเป้าหมาย

มีความเชื่อถือส่วนบุคคลมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเมื่อมีการเจ็บป่วย หรือมีปัญหา ด้านสุขภาพ ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกปรึกษาแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือเพื่อนหรือญาติ และหาเอกสาร ข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ การสื่อสารผ่านสื่อมวลชนมีข้อจำกัด และมีผลต่อการรับรู้ การสร้างความตระหนักด้านสุขภาพ โดยอิทธิพลที่มีผลต่อความเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ทักษะคิด ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมท้องถิ่น ปัจจัยสภาวะ สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ด้านสุขภาพ

สุรภี พรหมแสง (2548) ได้ศึกษาเรื่อง การรณรงค์เพื่อการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองบัวลำพู พบว่า สาเหตุที่ประชาชนไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโรค มาจากสาเหตุความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความสนใจในการดูแลสุขภาพ ในบางเรื่อง และมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองโรค เจตคติต่อทีมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

สำเนียง วงศ์วาน(2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ระดับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับต่ำ และระดับการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับสูง

กรรณิการ์ โง่นสุข (2550) ศึกษาสภาวะสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในตำบลเวียงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2550 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการส่งเสริมสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่า ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นประจำ บ่อยครั้งที่สุด คือ การตรวจสุขภาพและการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นประจำทุกปี

สุรีย์ ชันธรัชกษวงษ์ (2550) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างภาวะโภชนาการ ในเด็กวัยเรียน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ลิปอร์แมน (Lieberman, 1999) ได้ใช้แบบทดสอบวัดเจตคติของคณงานในโรงงานแห่งหนึ่ง เกี่ยวกับการจัดการ โรงงานก่อนและหลังจากการเลื่อนตำแหน่งงาน ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้างานระดับต้น และเจ้าหน้าที่สหภาพคณงานที่ได้รับแต่งตั้งใหม่มีเจตคติแตกต่างกัน โดยที่หัวหน้างานระดับต้นหันมาเห็นด้วยกับฝ่ายบริหารมากขึ้น แต่เจ้าหน้าที่สหภาพที่ได้รับแต่งตั้งใหม่ก็มีความเห็นที่สอดคล้องกับผู้ทำงานในสหภาพมากขึ้นเช่นกัน แสดงว่าเมื่อคนเราได้แสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกไปแล้ว

เราอาจจะพอทำนายได้ว่าเขามีเจตคติเป็นอย่างไร เพราะเขาต้องแสดงเจตคติเห็นด้วยกับการกระทำที่เขาได้ทำไปแล้ว มิฉะนั้นจะทำให้เกิดความขัดแย้งในตัวเองว่าทำไปทำไมถ้าหากไม่เห็นด้วย

## สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานโดยทีมสุขภาพตำบลวังไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิด ตามตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ได้ดังนี้

### ตัวแปรต้น

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวานที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้มาไม่ว่าจากที่ใดก็ตาม เช่น จากสื่อต่าง ๆ จากการสอนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการรับฟังข่าวสารจากวิทยุ จากการดูโทรทัศน์
2. เจตคติต่อการตรวจคัดกรอง เป็นปัจจัยเกี่ยวกับความพร้อมที่จะตอบสนองหรือแสดงความรู้สึกต่อการมารับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน เป็นความรู้สึก ทั้งทางบวกและทางลบ
3. เจตคติต่อทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยเกี่ยวกับความพร้อมที่จะตอบสนองหรือแสดงความรู้สึกต่อการมารับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานโดยทีมสุขภาพ เป็นความรู้สึก ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเข้าตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้
4. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน เรื่องโรคเบาหวาน สถานที่ที่ออกไปให้บริการ ในช่วงที่มีการออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชน

### ตัวแปรตาม

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจ เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาโรคเบาหวาน และมีการวางแผนในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง
2. การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินกิจกรรมเป็นปัจจัยเกี่ยวกับการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานและมีการตัดสินใจทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการมีส่วนร่วมโดยสละแรงกาย ทรัพย์สิน เวลาเพื่อให้งานสำเร็จ
3. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการรับผลประโยชน์ เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการที่ประชาชนมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมในเรื่องการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและมีการแก้ปัญหาร่วมกัน

4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการประเมินผล เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ประเมินผลว่าการตัดสินใจร่วมกัน การดำเนินกิจกรรมร่วมกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน นั้นประชาชนมีส่วนร่วมในระดับใด

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและได้สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยดังกล่าวมาประยุกต์ในการวิจัย โดยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติต่อทีมสุขภาพ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากำหนดเป็นตัวแปรต้นในการวิจัย และนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนมากำหนดเป็นตัวแปรตามและกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยรวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบในการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล