



การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง : กรณีศึกษาชุมชนพุดศิริ

อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี



วัชรศักดิ์ ทิพย์เลิศชัย

วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน

2558

ลิขสิทธิ์ของสถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน



การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง : กรณีศึกษาชุมชนพุดศิริ

อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี



วัชรศักดิ์ ทิพย์เลิศชัย

วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน



**THE CHANGING OF HEALTH BEHAVIOR OF DIABETES - RISKY  
GROUP ACCORDING TO THE PHILOSOPHY OF SUFFICIENT  
ECONOMY : A CASE STUDY AT POONSIRI COMMUNITY  
BANNASAN DISTRICT, SURATTHANI PROVINCE**

**BY**

**WATCHARASAK TIPLERTCHAI**

**THE THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT  
OF THE DEGREE OF MASTER OF ARTS  
IN THE PROGRAM OF  
INTEGRATED LOCAL DEVELOPMENT  
FACULTY OF GRADUATE STUDY  
LEARNING INSTITUTE FOR EVERYONE (LIFE)**

**2015**

วิทยานิพนธ์เรื่อง (Title)	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อ การเป็นโรคเบาหวานตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง :กรณีศึกษา ชุมชนพุดศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ผู้วิจัย	วัชรศักดิ์ ทิพย์เลิศชัย
สาขาวิชา	การพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รศ.วิฑูรย์ เวชประสิทธิ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.ไมตรี อินทรีย์ยะ

คณะกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์

- ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สุวรรณทัต)
- ลงชื่อ.....กรรมการ (ผู้ทรงคุณวุฒิ)  
(ดร.ศรีปริญญา ฐปกระจ่าง)
- ลงชื่อ.....กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก)  
(รศ.วิฑูรย์ เวชประสิทธิ์)
- ลงชื่อ.....กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)  
(ดร.ไมตรี อินทรีย์ยะ)
- ลงชื่อ.....กรรมการ (ผู้แทนบัณฑิตศึกษา)  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เสรี พงศ์พิศ)
- ลงชื่อ.....กรรมการ (ผู้แทนบัณฑิตศึกษา)  
(ดร.สุรเชษฐ เวชพิทักษ์)
- ลงชื่อ.....เลขานุการ  
(อาจารย์บุญมาก ปุราสะเก)

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน อนุมัติให้วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

## บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์เรื่อง	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง :กรณีศึกษา ชุมชนพุดศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ชื่อผู้เขียน	วัชรศักดิ์ ทิพย์เลิศชัย
ชื่อปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา	การพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ
ปีการศึกษา	2558
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รศ.วิฑูรย์ เวชประสิทธิ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.ไมตรี อินทรีย์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในชุมชนพุดศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2) เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และ 3) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Participatory action research) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในชุมชนพุดศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) การสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสังเกตและการให้คำปรึกษา

ผลการวิจัย พบว่า ในด้านสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวเป็นหญิงมากกว่าชาย อายุ 61 ปีขึ้นไป น้ำหนักระหว่าง 61 – 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 – 165 เซนติเมตร รอบเอว 31 – 35 นิ้ว ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ประวัติครอบครัวพี่น้องสายตรงมีประวัติเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน สำหรับผลของการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่า คนกลุ่มเสี่ยงได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามคำแนะนำของวิทยากร ในด้านการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน มีการออกกำลังกายด้วยการเดินวันละ 30 – 45 นาที ร่วมกับการทำงานในชีวิตประจำวัน และในด้านการปฏิบัติตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ได้นำหลักความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันมาใช้ปฏิบัติในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ มีการทำเกษตรอินทรีย์ ปลูกผักปลอดสารพิษไว้รับประทานและปลูกพืชสมุนไพร ทำให้อัตราเสี่ยงต่อโรคเบาหวานลดลง ผลการวัดความดันโลหิตลดลงสู่ภาวะปกติร้อยละ 90 ค่าน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ระหว่าง 120 – 130 เดซิลิตร

สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ คือ ในด้านการบริหารควรจัดตั้งฐานการเรียนรู้และบริการตรวจสุขภาพคนกลุ่มเสี่ยงอย่างครบวงจร เพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ส่วนข้อเสนอแนะในด้านวิชาการ ควรให้เจ้าหน้าที่เข้าไปแนะนำวิถีปฏิบัติตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง การทำเกษตรตามทฤษฎีใหม่ การดำเนินชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง 4 แผน คือแผนชีวิต แผนเศรษฐกิจ แผนอาชีพและแผนสุขภาพ สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้แนวทางการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงในโรคอื่น ๆ ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเหล้า หรือโรคอื่น ๆ



## Abstract

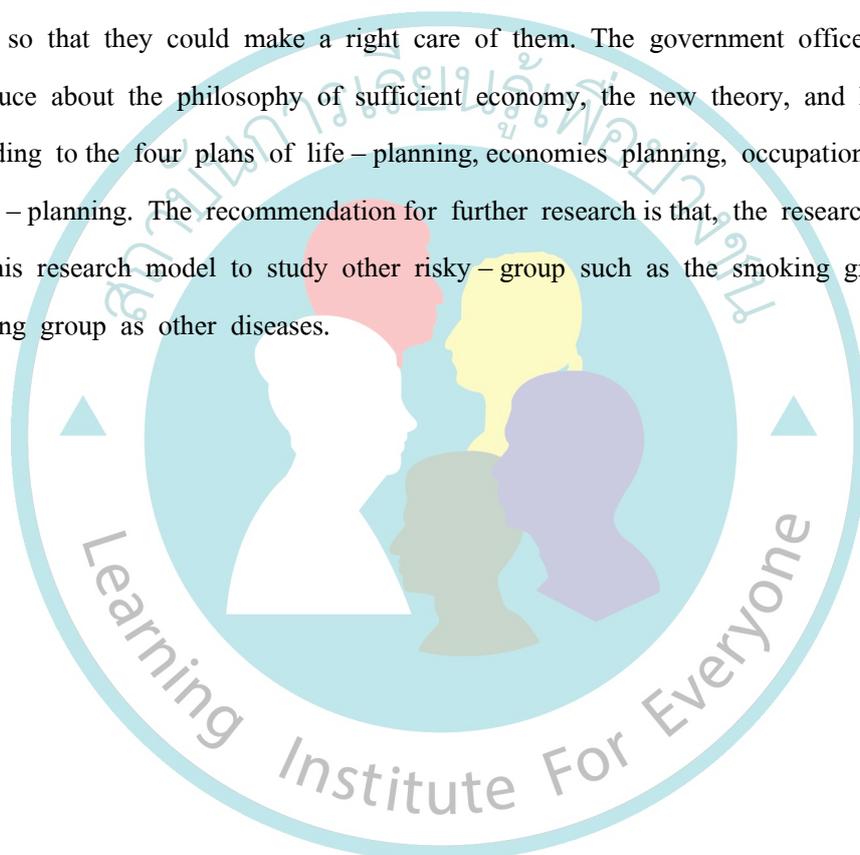
Thesis Title	Thechangingofhealth behavior of diabetes – risky group according to the philosophy of sufficient economy : A case study at Poonsiri community, Bannasandisteict, Suratthani province
Researcher	Watcharasak Thipleidchay
Degree	Master of Arts
In the Program of	Integrated Local Development
Year	2015
Principal Thesis Advisor	Assoe.Prof.Vitoon Vechprasit
Associate Thesis Advisor	Dr. Mitree Intria

The purposes of this research were to 1) Study the wholistie health problems of the diabetes – risky group at Poonsiri community, BannasarnDistrict, SuratThani Province 2) Organize the participatory learning process for the risky group of diabetes and 3) Evaluate the changing of health behavior by practicing after the philosophy of sufficient economy. This is a qualitative research. The sampling population were 30 diabetes-risky group at Poonsiri community, BannasanDistrict, SuratThani Province.The data were collected by the indepth – interview, the focus group, the observation and the health counseling.

The result of the studied revealed that the wholistic health of the risky group were more female than male, the average age was more than 61 years, the weight was 61 – 65 kilogram, the height was 150 – 165 centimeter, the length around the waist was 31 – 35 inches. Most of them were high-blood pressure. The biodataof the family showed that their counsin have got diabetes. The result of the learning process of the risky group showed that they have changed the health behavior according to the recommendations of the health advisors. They practice better in eating and nutrition rule of the diabetes. They exercise by walking about 30 – 45 minutes each day. They also practice after the philosophy of sufficiency economy by following the tree rules of moderation, reasonableness and adequated immunity in health practice. The risky group also grew

organic vegetables and medical herbs to use in the household. The evaluation of the blood pressure showed that 90 percent of the risky have normal pressure and sugar in the blood decrease to 120 – 130 deciliter.

The recommendations of this research for the health administrator is that the concerned departments should set up a diabetes service base to give information of diabetes prevention to reduce the risky behavior of the people in all districts throughout the country. Moreover, the health services should give knowledge about diabetes to the cousins of the risky, so that they could make a right care of them. The government officer should introduce about the philosophy of sufficient economy, the new theory, and how to live according to the four plans of life – planning, economies planning, occupational planning and health – planning. The recommendation for further research is that, the researcher should use this research model to study other risky – group such as the smoking group, the drinking group as other diseases.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ เพราะได้รับความกรุณาคำแนะนำปรึกษา ตลอดจน คำสั่งใจอย่างดียิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 3 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์วิฑูรย์ เวชประสิทธิ์ ดร.ไมตรี อินทรีย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์สุริยัน สุวรรณราช

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบ ความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ของขอบพระคุณ คุณฉวีวรรณ ทองสาร หัวหน้าผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนาสาร คุณวนาลี วิชัยดิษฐ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขเทศบาลเมืองนาสาร เจ้าหน้าที่ อสม.คุณจิตติพร ลิขิตขอม และ ประธานชุมชนพุดศิริ คุณธรรมรงค์ ทันสมัย ที่ได้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในขั้นตอน การดำเนินการ การตรวจและการแปลผลระดับน้ำตาลที่เกาะโปรตีนในเม็ดเลือดของคนกลุ่มเสี่ยงต่อ การเป็นโรคเบาหวานที่ศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ ข้อมูลจนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงลงได้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่ออนุภาพและคุณแม่ห้วน ทิพย์เลิศชัย ผู้ให้กำเนิด เลี้ยงดูและสนับสนุนการศึกษาของลูกอย่างดียิ่งมาโดยตลอด คุณยายน้อม เลิศไกร ผู้มีพระคุณผู้ให้ กำเนิด และที่ลืมไม่ได้ คือ พี่ๆน้องๆนักศึกษาปริญญาโทรุ่นที่ 1 ศูนย์การเรียนรู้เพื่อปวงชน นครศรีธรรมราช ที่มีส่วนสำคัญในการเติมเต็มกำลังใจ และมอบประสบการณ์แห่งมิตรภาพอันมี ค่ายิ่งให้กับผู้วิจัย มาตลอดระยะเวลาการศึกษา

วัชรศักดิ์ ทิพย์เลิศชัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ซ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
คำนิยามศัพท์.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	8
แนวคิดทฤษฎีของเศรษฐกิจพอเพียง.....	23
แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.....	37
แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	60
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73

4 ผลการวิจัย	
สุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยง .....	74
ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการ .....	81
การประเมินผลสุขภาพ.....	86
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	88
การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ .....	90
ผลของการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ.....	90
การประเมินผลกลุ่มตัวอย่าง.....	91
การประเมินผลสุขภาพ.....	92
การอภิปรายผล.....	92
ข้อเสนอแนะ.....	94
บรรณานุกรม.....	96
ภาคผนวก.....	103
ภาคผนวก ก ภาพกิจกรรม.....	104
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้การวิจัย.....	118
ประวัติผู้วิจัย.....	124



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ตารางที่ 2.1 เกณฑ์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในโรคเบาหวาน.....	14
2. ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	77
3. ตารางที่ 4.2 แสดงผลการประเมินสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชุมชนพลศิริ.....	86



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2. ภาพที่ 2.1 ประชาชนเศรษฐกิจพอเพียง.....	25
3. ภาพที่ 2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้.....	40



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคเมอริ่งโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ บางคนเป็นหลายโรคพร้อมกันซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยประชาชนจะต้องใส่ใจและดูแลตนเองด้วยการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง ควบคุมน้ำหนักควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และควบคุมความเครียด นอกจากนี้ประชาชนต้องเฝ้าระวังสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดโรคและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ด้วยการตรวจสุขภาพประจำ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อตรวจวัดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) วัดรอบเอววัดความดันโลหิต และวัดระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันจะส่งผลให้ประชาชนมีการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน และมีสุขภาพดีตลอดไปถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ปี 2550 พบผู้ป่วยเบาหวานถึง 246 ล้านคน โดยผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชียในประเทศไทยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปีพ.ศ. 2556 – 2557 ประชากรที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 3.5 ล้านคน ([http://beid.ddc.moph.go.th/th\\_2011/news.php?items=1485](http://beid.ddc.moph.go.th/th_2011/news.php?items=1485))

การเกิดโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ วิถีชีวิต รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของผู้คนในสังคม ฉะนั้นหากยังมีการแก้ปัญหาในวงจำกัด เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหรือญาติพี่น้อง รวมทั้งสถานพยาบาลเท่านั้นย่อมไม่เพียงพอในการส่งผลให้เกิดผลในวงกว้าง และแนวทางที่จะแก้ปัญหาให้ได้ในระยะยาว ความจำเป็นที่ต้องสร้างแนวคิดและมุมมองใหม่จากปัจเจกบุคคล เป็นปัญหาของสังคมจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ภาคส่วนต่างๆ ในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมดังตัวอย่าง การเกิดโรคเบาหวาน/ความดันที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหารหวาน อาหารมันและอาหารเค็มจัดมากเกินไป ประกอบกับขาดการออกกำลังกาย และความเครียดจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบต่างๆ เหล่านี้เป็นต้นหากได้รับความช่วยเหลือจากสังคมและภาคส่วนต่างๆ ย่อมก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ต่างคนต่างอยากเข้ามามีส่วน

ร่วมก่อให้เกิดพลัง เพื่อมองเห็นปัญหาและเหตุของปัญหาอย่างเป็นเอกภาพร่วมกันด้วย การจัดเวทีของการพูดคุยปรึกษาหารือในการสร้างความเข้าใจและความตระหนักของโรคจากการจัดฐานเรียนรู้ในชุมชน การศึกษาคุณงาม รวมทั้งการสร้างเครือข่ายเรียนรู้ทั้งในชุมชนตนเองและต่างชุมชน รวมทั้งการวิเคราะห์ปัญหาและการแก้ปัญหาในระยะยาวร่วมกันให้เกิดความยั่งยืนที่มีพื้นฐานจากการคิดเอง ทำเองของชุมชน (เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2544. หน้า 38)

เป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพคนตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550 – 2554) ให้คนไทยได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพและมีความมั่นคงในการดำรงชีวิตครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเองที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชนและสังคมไทย ควบคู่กับการลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วย โรคที่ป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งนำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงานและลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลในระยะยาว

นอกจากนั้นเป้าหมายงานสาธารณสุขมูลฐานที่องค์การอนามัยโลก คู่มือหลักสูตร อสม.(2555) ได้กำหนดไว้คือ ประชาชนแสดงบทบาทในการดูแลตนเองหรือให้ประชาชนอื่นได้ด้วยตัวเอง โดยการทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นเรื่องของประชาชนทั้งหมด ไม่ใช่เพียงการมีอาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้น เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเพียงกระบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมายสูงสุด คือ การให้“ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน ด้วยความตั้งใจเต็มใจ มีจิตสำนึกที่ดีและมีศรัทธาในการพัฒนา”มาตั้งแต่ปี 2520 จึงได้เพียรส่งเสริมการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนให้บังเกิดขึ้น(กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2546)

อย่างไรก็ตามในกระบวนการกิจกรรมและแนวทางสำหรับดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและเกื้อหนุนให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพของตนเองครอบครัวและชุมชนในทุกด้านแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบนั้น ควรจะประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ หลายประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อมระบบบริการสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลเพื่อสนับสนุนยับยั้ง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติจึงต้องอาศัยความร่วมมือและระดมพลังจากทุกฝ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองและการปรับปรุงสังคมด้านต่างๆเช่นสิ่งแวดล้อมเศรษฐกิจการเมืองการศึกษาและอื่นๆโดยใช้กลยุทธ์การถ่ายโอนอำนาจจากรัฐมาสู่ประชาชนให้มีพลังอำนาจที่จะดูแลสุขภาพและจัดการกับชุมชนของตนเองอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและความเป็นไปได้ในแต่ละท้องถิ่น โดยคำนึงถึงระบบสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันของชุมชนและเน้นการทำงานร่วมกันทั้งภาคีรัฐภาคเอกชนและประชาชนอย่างเต็มที่

ตามที่รัฐบาลได้มีนโยบายการสร้างสุขภาพภายใต้กลยุทธ์ “สร้างนำซ่อม” เพื่อให้องค์กรหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ได้รับรู้ ตระหนักใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้มีสุขภาพดี ซึ่งถือเป็นการสร้างต้นทุนทางสภาวะสุขภาพนั้นในปี 2548 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขมีความตั้งใจสูงสุดที่จะให้คนไทยทุกคนแข็งแรงทั้งในด้านมิติทางกาย จิตใจ ปัญญาดี/ จิตวิญญาณ สัจจคติ และเศรษฐกิจพอเพียงในการสร้างสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อโรกยา อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข วัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุในระดับรากหญ้า ตั้งแต่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัดจนถึงระดับประเทศ มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ดังนั้นกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการจัดทำแนวทางปฏิบัติ 6 อ. สร้างสุขภาพคนไทย โดยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ คู่มือ ตำรา เอกสารทางวิชาการจากกรม กองต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข และเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องนำมารวบรวมและเรียบเรียงให้เนื้อหาข้อมูลที่ทันสมัยและทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการปรับปรุงเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม มีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและทุกชุมชนในพื้นที่นั้นๆ ให้มีอายุยืนยาวอันจะนำมาสู่การบรรลุเป้าหมาย “คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง”

([http://base.bcnpy.ac.th/family/web\\_link/002.htm](http://base.bcnpy.ac.th/family/web_link/002.htm))

จากนโยบายชุมชนลดเสี่ยงลดโรค มีจุดมุ่งหมายหลักอยู่ที่การลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้มาตรการและกลวิธีเชิงรุกในการบูรณาการ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการดูแลรักษาพยาบาล การสร้างเครือข่ายให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน การถ่ายทอดความรู้ การศึกษาดูงานแก่ อสม. แก่นนำสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ทักษะของบุคคลต้นแบบที่ควรยกย่องชมเชย และเป็นตัวอย่างที่ดีของการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพัฒนางานวิจัยชุมชนอย่างง่ายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในพื้นที่การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้/โรงเรียน อสม. และมีความพร้อมในการเป็นโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชนต่อไปนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ร่วมดำเนินและขับเคลื่อนไปด้วยกัน

ชุมชนพุลศิริ เป็นชุมชนขนาดใหญ่ ซึ่งตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นชุมชนที่น่าอยู่อาศัย มีลักษณะภูมิศาสตร์เป็นบ้านสวน อาชีพของคนในชุมชนทำการเกษตร ทำสวนผลไม้ ทำสวนยางพาราเป็นหลัก มีสภาพแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ มีวิถีชีวิตอยู่แบบเรียบง่ายอยู่กับธรรมชาติ ซึ่งเหมาะแก่การน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต เนื่องจากปัจจุบันสังคมได้ขยายความเจริญออกสู่สังคมชนบท ดังนั้น

ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคแบบสังคมเมืองมากขึ้น มีการทานอาหารนอกบ้านมากขึ้น มีร้านสะดวกซื้อเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนในชุมชนมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ แบบสังคมเมือง ตลอดจนเป็นเหตุให้คนในชุมชนเปลี่ยนไปจากวิถีชีวิตแบบเดิมจนล้มเลิกแห่งของตัวเองจนเป็นเหตุให้คนมีสุขภาพที่ไม่สมดุลในด้านสุขภาพจากการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นเวลานานและต่อเนื่อง มีการทานอาหารประเภทขนมของขบเคี้ยวมากขึ้น อาหารสำเร็จรูป ทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทานอาหารที่ซื้อจากตลาดอาจมีสารปนเปื้อน ทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ เกิดโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน

จากการลงพื้นที่คัดกรองสุขภาพของคนในชุมชนพลศิริ พบข้อมูลพื้นฐานสามารถจำแนกจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 304 หลังคาเรือน มีประชากรอาศัยอยู่ทั้งหมด 1,135 คน แบ่งเพศชาย 537 คน เพศหญิง 598 คน ในจำนวนประชากรทั้งหมดนั้น แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังโดยการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนมีผู้ป่วย 131 คน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 78 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำการศึกษาสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่สุขภาพทางกาย ประกอบด้วย อาหาร การออกกำลังกาย และโรคภัย ด้านจิตใจ คือ อารมณ์ด้านสังคม ได้แก่ การมีจิตอาสาด้านอบายมุข และอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านภูมิปัญญา ซึ่งประกอบด้วย อาชีพหลัก อาชีพเสริมและอาชีพนอกรีต (ความปลอดภัยในการประกอบอาชีพ) จากนั้นจะทำการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และโภชนาการการออกกำลังกายและการปฏิบัติตนตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง หลังการฝึกอบรมปฏิบัติการแล้วจะมีการติดตามผลโดยการประเมินสุขภาพทุกๆ 2 เดือน ทำการประเมินโดยการวัดความดันโลหิตวัดค่าน้ำตาลในเลือดและสังเกตพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคลจากการประเมินผลจะทำให้ทราบว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างไรและความเสี่ยงลดลงหรือไม่เพียงไร

ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาในเรื่องของสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยกลุ่มเสี่ยงมีจำนวน 78 คน โดยการแบ่งแยกและคัดกรองคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานของคนในชุมชนพลศิริเพื่อให้โรคเบาหวานลดลงหรือหมดไป

## คำถามวิจัย

1. สุขภาพแบบองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในชุมชนพลศิริที่ผ่านมามีสภาพอย่างไร

2. การจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมีการปฏิบัติอย่างไร
3. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในชุมชนพลศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ด้านเนื้อหาเป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน พร้อมกับการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นการบูรณาการในแต่ละด้าน หลักการและแนวคิดนำมาสู่การปฏิบัติจริงกับคนกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตผิดปกติ เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงให้รู้จักความพอดีพอมิพอกินพอใช้ ให้เหมาะสมกับตนเองเป็นองค์ความรู้ที่มีเหตุและผลเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนเป็นตัวอย่างต่อไป
2. ด้านพื้นที่คือชุมชนพลศิริซึ่งตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองนาสารอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. ด้านประชากรคือคนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนพลศิริจำนวน 30 คน
4. ระยะเวลาดำเนินการ เริ่ม 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2556

## คำนิยามศัพท์

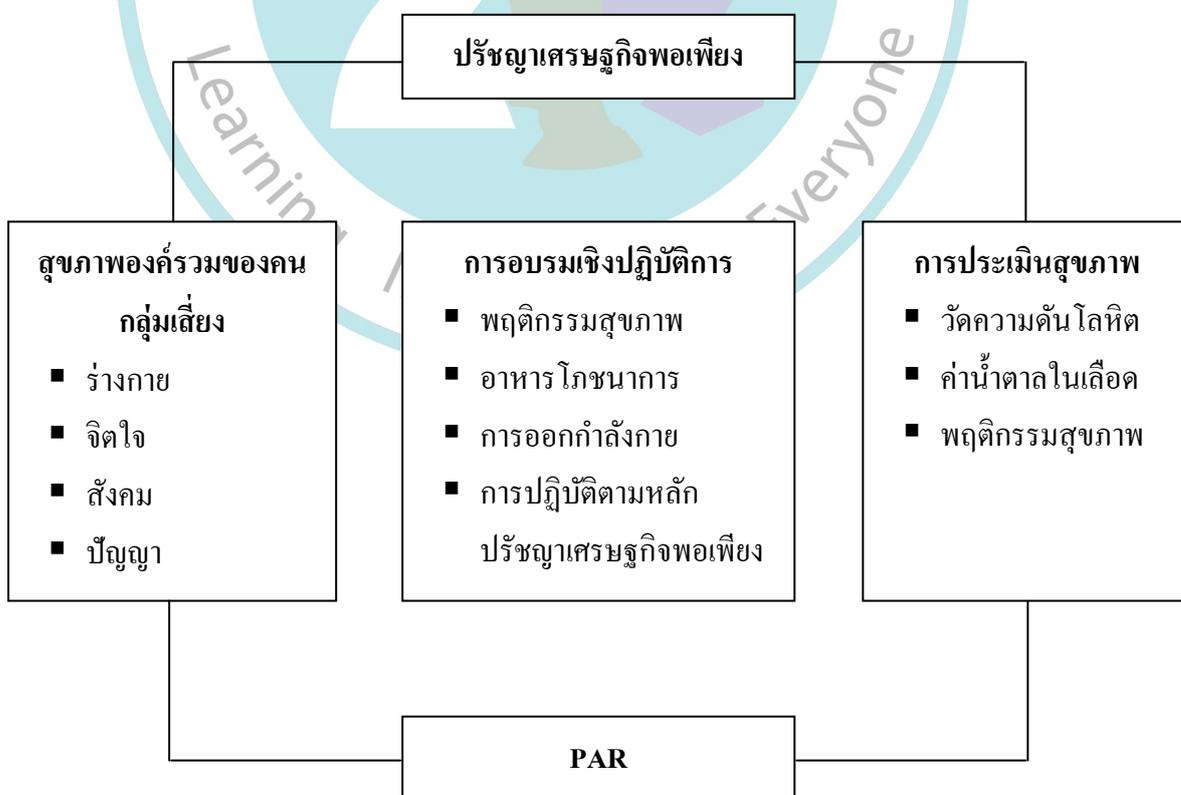
1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การปฏิบัติหรือกระทำใดๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพในการป้องกันการสร้างเสริมหรือการรักษาฟื้นฟูสุขภาพไม่ให้เกิดกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
2. พฤติกรรมการบริโภคหมายถึง การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มต่อเนื่องเป็นเวลานานและขนมขบเคี้ยว อาหารประเภทที่มีไขมันสูง อาหารทอด อาหารสำเร็จรูป
3. คนกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนพลุกซิวในเขตเทศบาลเมืองนาสาร จำนวน 78 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไปที่มีพฤติกรรมในด้านการกินอาหารหวาน มัน เค็มเป็นเวลานาน ๆ จนทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
4. หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงหมายถึงแนวทางการดำเนินชีวิตและแนวทางการปฏิบัติตนที่เป็นทางสายกลางเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยยึดหลักความพอเพียงการมีเหตุผลและการมีภูมิคุ้มกันที่ดี ในที่นี้หมายถึง แนวทางปฏิบัติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลในการรับประทานอาหารเช้า ความพอดี พอเหมาะ หรือพอเพียง และเป็นทางสายกลางของแต่ละบุคคลในการป้องกันหรือการสร้างเสริมการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพไม่ให้เกิดกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
5. การมีส่วนร่วมหมายถึงขบวนการและกิจกรรมแนวทางการดำเนินงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร สาธารณสุขมูลฐานและผู้นำชุมชน ประชาชนคนกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเบาหวานให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันปัญหาและการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชนในทุกด้านอย่างเป็นระบบ
6. การปลูกผักอินทรีย์ หมายถึง การทำการเกษตรด้วยหลักธรรมชาติบนพื้นที่การเกษตรที่ไม่มีสารพิษตกค้างและหลีกเลี่ยงจากการปนเปื้อนของสารเคมีทางดิน ทางน้ำ และทางอากาศเพื่อส่งเสริมความอุดมสมบูรณ์ของดินความหลากหลายทางชีวภาพในระบบนิเวศน์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมให้กลับคืนสู่สมดุลธรรมชาติโดยไม่ใช้สารเคมีสังเคราะห์หรือสิ่งที่ได้มาจากการตัดต่อพันธุกรรม ใช้ปัจจัยการผลิตที่มีแผนการจัดการอย่างเป็นระบบในการผลิตภายใต้มาตรฐานการผลิตเกษตรอินทรีย์ให้ได้ผลผลิตสูงอุดมด้วยคุณค่าทางอาหารและปลอดภัยโดยมีต้นทุนการผลิตต่ำเพื่อคุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจพอเพียงแก่มวลมนุษยชาติและสรรพชีวิต

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รับข้อมูลพื้นฐานสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่ของชุมชนพลศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันรักษาโรคเบาหวาน
3. ได้รับข้อมูลกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นจริงของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
4. นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนอื่นๆ ที่มีปัญหาสุขภาพหรือเป็นกลุ่มคนกลุ่มเสี่ยงที่ใกล้เคียงกัน ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการอธิบายเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในชุมชนพลูศรี ตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวปฏิบัติภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง
3. แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมแสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินและ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรังทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด

เบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ เกิดจากความผิดปกติของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน ทำให้เกิดการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรืออินซูลินมีมากเพียงพอแต่ไม่สามารถออกฤทธิ์บริเวณเนื้อเยื่อได้ ดังนั้นร่างกายจึงไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้

ปกติอินซูลินจะหลั่งวันละประมาณ 40-50 ยูนิต โดยจะหลั่งออกมามากหลังจากรับประทานอาหารหน้าที่ของอินซูลินประกอบด้วย 5 ประการ ดังนี้คือ ประการแรกทำหน้าที่ส่งเสริมการเก็บสะสมกลูโคสที่ตับและกล้ามเนื้อในรูปของไกลโคเจน ยับยั้งการเปลี่ยนไกลโคเจนไปเป็นกลูโคส ประการที่สองทำหน้าที่กระตุ้นการสังเคราะห์ไขมัน โดยกระตุ้นการเก็บสะสมอาหารประเภทไขมันไว้ที่เนื้อเยื่ออะดิโพส (adipose tissue) ประการที่สามทำหน้าที่กระตุ้นการ

สังเคราะห์โปรตีนโดยเป็นตัวเคลื่อนย้ายกรดอะมิโนเข้าเซลล์ ประการที่สี่ทำหน้าที่ป้องกันการสลายไขมันมาเป็นพลังงาน และประการสุดท้ายทำหน้าที่นำกลูโคสเข้าเซลล์ จากหน้าที่ของอินซูลินทั้งห้าประการข้างต้น ดังนั้นหากร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอหรือไม่สามารถออกฤทธิ์ได้หรือทั้งสองประการ จึงทำให้เกิดป่วยเป็นโรคเบาหวานในที่สุด

กล่าวโดยสรุป โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อแต่เป็นโรคเรื้อรังหรืออาจมีโรคอื่นแทรกซ้อนได้ง่ายปัจจุบันมีคนไทยเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมขาดการออกกำลังกาย หรือโรคอ้วน โรคเครียด มีอายุมากขึ้น เกิดจากการทำงานผิดปกติของตับอ่อน หรือ พันธุกรรม ดังนั้นในการรักษาและป้องกันโรคเบาหวานจะต้องรักษาทั้งทางกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เป็นการรักษาสุขภาพแบบองค์รวมจึงจะเกิดการรักษาป้องกันโรคได้ยั่งยืน

### 1.1 ประเภทของเบาหวาน (Classification of Diabetes Mellitus)

องค์การอนามัยโลก โดย Expert committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus ปี พ.ศ. 2543 ได้แบ่งประเภทของเบาหวานตามลักษณะทางคลินิก (Clinical classes) โดยแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

**1.1.1 โรคเบาหวานประเภทที่1 (Type1 Diabetes) หรือประเภทพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus, IDDM)** ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานในเด็ก (Juvenile onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนมีจำนวนน้อยหรือเกือบไม่มีเลย ทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่นผู้ใหญ่ที่อายุไม่เกิน 40 ปี พบได้ทั้งเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน อาการของโรคจะเกิดขึ้นกะทันหันและรุนแรง ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว และพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ HLA ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด (diabetic Ketoacidosis, DKA)

**1.1.2 โรคเบาหวานประเภทที่2 (Type2 Diabetes) หรือประเภทไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM)** ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานผู้ใหญ่ (Maturity onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 95-97 ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักอ้วน มีประวัติเป็นเบาหวานในครอบครัว อายุมากกว่า 40 ปี ตับอ่อนยังพอผลิตอินซูลินได้บ้างแต่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินในระยะแรกอาจรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือยาเม็ดลดระดับน้ำตาล แต่เมื่อเป็นนาน ๆ ในผู้ป่วยบางรายมีเบต้าเซลล์เสื่อมหน้าที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อาจจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน

**1.1.3 โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ (Other specific type)** ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ (Genetic defects of  $\beta$ -cell function) โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมจากการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Genetic defects of insulin action) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน (Diseases of the exocrine pancreas) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคทางต่อมไร้ท่อ (Endocrinopathies) โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี (Drug - or chemical - induced) โรคเบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อ (Infection) โรคเบาหวานที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย (Uncommon forms of immune-mediated diabetes) และโรคเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางพันธุกรรมอื่นๆ (Other genetic syndromes sometimes associated with diabetes)

**1.1.4 โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus : GAM)** โรคเบาหวานชนิดนี้ผู้ป่วยจะไม่เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์จะมีฮอร์โมนจากรกซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลินเป็นผลให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลิน ถ้าไม่สามารถเพิ่มการสร้างอินซูลินให้เพียงพอ จะทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้ หลังคลอดมักจะพบว่าอาการโรคเบาหวานหายไปแต่จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้มาก จึงควรมีการตรวจเช็คเป็นระยะและมีพฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดเบาหวาน

## 1.2 สาเหตุของโรคเบาหวาน

**1.2.1 สาเหตุจากพันธุกรรม** เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเบาหวานทั้งชนิดพึ่งพาอินซูลิน (Insulin dependent diabetes, IDDM) และชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน Non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

1.2.1.1 พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว (Human leukocyte antigen, HLA) HLA ที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ HLA-B , BLA-DR ผู้ที่มี HLA มีแนวโน้มเกิดการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อน ภายหลังการติดเชื้อไวรัสบางตัวทำให้  $\beta$ -cell ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

1.2.1.2 พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไม่มีความสัมพันธ์กับ HLA แต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วน อายุที่เพิ่มขึ้น และการรับประทานอาหารรสหวานจัด

**1.2.2 สาเหตุอื่นที่มีโอกาสทำให้เกิดโรคเบาหวาน** เบาหวานสืบทอดทางพันธุกรรมได้ก็จริง แต่ผู้ที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้องเป็นเบาหวาน) ไม่จำเป็นต้องเป็นโรคเบาหวานทุกคน มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้แก่

1.2.2.1 ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด ทำให้การตอบสนองของเนื้อเยื่อร่างกายต่ออินซูลินไม่ดี

1.2.2.2 ผู้สูงอายุ การสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง

1.2.2.3 โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ ได้รับการผ่าตัดตับอ่อน

1.2.2.4 การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ซึ่งมีผลต่อตับอ่อน

1.2.2.5 การได้รับยาบางชนิด สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิด ทำให้มีการสร้างน้ำตาลมากขึ้น หรือการตอบสนองของอินซูลินไม่ดี

1.2.2.6 การตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิดซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

### 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

คนปกติก่อนรับประทานอาหารเข้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือด (Plasma glucose) 70-110 มก./ดล. และหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชม. ระดับน้ำตาลจะไม่เกิน 140 มก./ดล. ผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลไม่สูงมาก อาจไม่มีอาการอะไร การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะทำได้จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน ๆ สามารถทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังได้

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานมีทั้งส่วนที่เป็นผลจากภาวะน้ำตาลสูงโดยตรง และส่วนที่เป็นอาการเนื่องมาจากโรคแทรกซ้อน ได้แก่

1.3.1 ปัสสาวะบ่อยและมาก ปัสสาวะกลางคืน คนปกติถ้าไม่ดื่มน้ำมาก่อนนอนมักจะไม่ต้องลุกมาปัสสาวะกลางดึกหรือปัสสาวะอย่างมาก 1 ครั้ง ในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลสูงมากเกินความสามารถของไตในการกั้นมิให้น้ำตาลออกมาในปัสสาวะ (พลาสมากลูโคสในเลือดสูงมากกว่า 180 มก./ดล.) จะมีน้ำตาลออกมากับปัสสาวะซึ่งจะดึงน้ำตาลมาทำให้สูญเสียน้ำไปด้วย จึงมีปัสสาวะมากกว่าคนปกติ ทำให้ต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะกลางดึกหลายครั้ง และอาจพบว่าปัสสาวะมีมดตอม

1.3.2 คอแห้ง กระจายน้ำ ดื่มน้ำมาก ซึ่งเป็นผลจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากทางปัสสาวะ

1.3.3 หิวบ่อย รับประทานจุ แต่น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เนื่องจากร่างกายนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานไม่ได้เพราะอินซูลินไม่เพียงพอจึงมีการสลายพลังงานออกมาจากไขมันและกล้ามเนื้อ

1.3.4 ถ้าเป็นแผลจะหายยาก มีการติดเชื้อตามผิวหนัง เกิดฝีบ่อย เนื่องจากน้ำตาลสูงทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคลดลง

1.3.5 มีคันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อราโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้ป่วย เพศหญิงสาเหตุของอาการคันเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น ผิวหนังแห้งเกินไปหรือการอักเสบของผิวหนัง ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน

1.3.6 ตาพร่ามัว การที่ตาพร่ามัวในผู้ป่วยเบาหวาน มีสาเหตุหลายประการเช่น อาจเป็นเพราะสายตาเปลี่ยน (สายตาสั้นลง) มีน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลไปคั่งอยู่ในตาอาจเกิดจากต่อกระจก หรือจอตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน

1.3.7 ชาปลายมือปลายเท้า หย่อนสมรรถภาพทางเพศเนื่องจากน้ำตาลที่สูงมากๆทำให้เส้นประสาทเสื่อม เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เพราะไม่รู้สึกรู้ว่าเท้าจะทรบแผลก็ลุกลามมาก ติดเชื้อได้ง่ายรวมทั้งสมรรถภาพลดลง

## 1.4 การเลี้ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

### กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

1.4.1 ญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา พี่น้อง คนใดคนหนึ่งเป็นเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานจะได้รับยีนส์ผิดปกติจากพ่อแม่ ตั้งแต่เชื้ออสุจิของพ่อและไข่ของแม่ผสมกัน เมื่อคลอดลูกออกมาผู้นั้นก็มียีนส์ผิดปกติพร้อมที่จะเป็นเบาหวานอยู่แล้ว แต่การที่จะเป็นช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับภาวะแวดล้อมของผู้นั้น คือ กรรมพันธุ์และปัจจัยแวดล้อมจะช่วยให้เกิดเบาหวานได้เท่า ๆ กัน และแม้จะยังไม่เป็นเบาหวานในระยะแรกของชีวิต เมื่อมีลูกยอมถ่ายทอดความผิดปกติอันนั้นไปให้ลูกได้เสมอ ลูกของคนที่เป็นเบาหวานจึงได้รับพันธุกรรมของโรคเบาหวานไปทุกคนไม่ว่าลูกคนนั้นจะเกิดก่อนหรือหลังที่ผู้นั้นมีอาการของโรคเบาหวานและบุตรที่เกิดขึ้นในชั้นหลัง ๆ ของกรรมพันธุ์มักจะเป็นโรคเบาหวานเร็วขึ้นเรื่อย ๆ บางรายพบว่าบุตรเป็นโรคเบาหวานก่อนพ่อแม่ (วิทยา ศรีคามา, 2545)

ทฤษฎีเกี่ยวกับกรรมพันธุ์ของโรคเบาหวานในปัจจุบัน เข้าใจว่าเป็นการสืบทอดแบบด้อยออกโตโซมัลที่เรียกว่า (Recessive trait) คือ โรคเบาหวานจะต้องเป็นโฮโมไซโกตของยีนส์ฮเทอโรซัยโกต จะไม่เป็นเบาหวานแต่สามารถถ่ายทอดยีนส์ผิดปกติไปให้ลูกหลานตามทฤษฎีนี้คนที่ เป็นพาหะของยีนส์เบาหวาน 2 คน แต่งงานกันลูกย่อมมีโอกาสเป็นเบาหวานร้อยละ 25 ถ้าคนเป็นเบาหวานแต่งงานกับคนที่ เป็นพาหะ ลูกจะมีโอกาสเป็นเบาหวานร้อยละ 50 ถ้าคนเป็นเบาหวานทั้งคู่ แต่งงานกันลูกจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อ้อยละ 100 แต่ส่วนใหญ่ขึ้นกับสิ่งแวดล้อมช่วยส่งเสริมการเกิดโรคด้วย

1.4.2 ปัจจุบันอายุเกิน 40 ปี และอ้วน ลูกหลานของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะแสดงอาการของโรคนี้ชัดเจน ส่วนมากมักตายหลังอายุ 40 ปีล่วงไปแล้ว เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ช่วยสนับสนุนให้เกิดเบาหวานได้ซึ่งสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญและป้องกันได้ (วิทยา ศรีดามา, 2545) โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบได้ในคนอ้วนถึงร้อยละ 80 ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์ไขมันของคนอ้วนขยายใหญ่ขึ้น ทำให้เกิดความต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของนายแพทย์ร็وثและคาน (Roth and Kahn) พบว่าเซลล์ไขมันของคนอ้วนมีตัวรับอินซูลินน้อย ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น ทำให้อาการของโรคเบาหวานปรากฏขึ้น โรคอ้วนจึงเป็นสิ่งแวดล้อมและปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้

1.4.3 เคยมีประวัติคลอดบุตรที่มีน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม หรือมีประวัติตั้งครรภ์ผิดปกติ และ/หรือเคยมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากในหญิงมีครรภ์อาจมีการทำงานผิดปกติในการผลิตฮอร์โมนบางชนิด และจากสถิติพบว่าโรคเบาหวานเกิดได้ง่ายกับหญิงที่ตั้งครรภ์บ่อย ๆ เช่น สถิติโรงพยาบาลศิริราช พบว่าโรคเบาหวานเกิดในหญิงมีครรภ์ที่มีบุตรตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปร้อยละ 44.6 (วิทยา ศรีดามา, 2545) ทั้งนี้เนื่องจาก การตั้งครรภ์เป็นความเครียดอย่างหนึ่งทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิด ได้แก่ โกร๊ธฮอร์โมน ไทร็อกซิน และกลูโคคอร์ติโคอยด์ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

1.4.4 บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดนาน ๆ ความกังวลหรือเคร่งเครียดในงานมากก็อาจทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ เนื่องจากมีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนพรินมากผิดปกติทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

1.4.5 กลุ่มบุคคลที่ใช้ยาบางชนิดนาน ๆ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาจำพวกสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น ยาเหล่านี้มีผลต่อการต้านฤทธิ์ของอินซูลิน

## 1.5 หลักการดูแลรักษา และควบคุมโรคเบาหวาน

### 1.5.1 หลักการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด การรักษาเบาหวานให้ได้ผลดีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การรักษาประกอบด้วย

1.5.1.1 การควบคุมอาหาร

1.5.1.2 การออกกำลังกาย

1.5.1.3 การรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลและ/หรืออินซูลิน

1.5.1.4 การผ่อนคลายความเครียด และการเรียนรู้ที่จะดูแลรักษาตนเอง

### 1.5.2 เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน

ในการดูแลรักษาเบาหวานมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะโรคแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังน้อยที่สุด จากการศึกษาวิจัย มีข้อมูลสนับสนุนว่า ในการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด มีผลป้องกันและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ควรให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดด้วย เช่น ระดับไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิต ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เกณฑ์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆในโรคเบาหวาน

การตรวจ	ดี	ต้องปรับปรุง
1. Fasting plasma glucose (มก./ดล.)	80-120	> 140
2. Postprandial glucose	80-160	> 180
3. HbA <sub>1c</sub> (%)	< 7	> 8
4. Total cholesterol (มก./ดล.)	< 200	> 250
5. LDL cholesterol (มก./ดล.)	<100	> 130
6. HDL cholesterol (มก./ดล.)	> 45	< 35
7. Triglyceride	<200	>400
8. Body mass index (Kg./m <sup>2</sup> )	20-25	> 27
9. ความดันโลหิต	< 130/80	> 160/90

ที่มา : อภิชาติ วิชญาณรัตน์, 2546

### 1.6 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเกิดได้ทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนี้

**1.6.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน** หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการผิดปกติรุนแรงรวดเร็วต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตราย ผู้ป่วยอาจมีระดับน้ำตาลต่ำเกินไป หรือสูงมากเกินไป ได้แก่

1.6.1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

1.6.1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากจนมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงมากโดยที่ไม่มีกรดคีโตนคั่งภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีกรดคีโตนคั่งในเลือด

1.6.1.3 ภาวะการฉีดยา

### 1.6.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วย

เบาหวาน มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและระดับการควบคุมโรคเบาหวาน กล่าวคือ ยิ่งเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานเท่าใดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการอะไรในระยะแรก แต่ถ้าได้รับการตรวจค้นวินิจฉัยและรักษา รวมถึงการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก ก็จะช่วยลดและชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่และการขาดการออกกำลังกาย

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นระยะเวลานาน จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกายหลายระบบได้แก่

ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงน้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง (glycosylated hemoglobin) ทำให้การปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อต่ำลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจน และเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงตามมา ทั้งหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (macroangiopathy) และขนาดเล็ก (microangiopathy) อาจเกิดการอุดตัน ไปงพองหรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นมา ทำให้เกิดปัญหาที่ตาและที่ไต นอกจากนี้เบาหวานจะทำให้เกิดภาวะไขมันผิดปกติ คือ มีระดับกรดไขมันอิสระและไตรกลีเซอไรด์สูง ทำให้มีผลต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่เกิดปัญหาผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ

ระบบประสาท เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย การนำกระแสประสาทช้าปกติ ผู้ป่วยจะมีปัญหาสูญเสียการรับความรู้สึกตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดตามแขนขา มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณขาและเท้าเจ็บปวดเหมือนเข็มแทง อาการมักจะรุนแรงในเวลากลางคืน และการลงน้ำหนักของเท้าผ่านกระดูกในขณะที่มีอาการชาทำให้เกิดแผลขอบแข็งที่ตรงฝ่าเท้าได้ นอกจากนี้อาจจะทำให้กล้ามเนื้อขนาดเล็กบริเวณฝ่าเท้าฝ่อ (atrophy) เสียสมดุลของการยึด และการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ฝ่าเท้า การลงน้ำหนักผิดปกติ ระยะยาวจะทำให้เกิดผิดรูป บางรายอาจพบปัญหาเกี่ยวกับระบบการย่อยอาหาร เกิดอาการอาหารไม่ย่อย ท้องผูก ถ่ายอุจจาระบ่อย หรือระบบการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติได้ ความรู้สึกทางเพศลดลง

ทางตา เมื่อเป็นเบาหวานผู้ป่วยมีโอกาสจะเกิดจอตาเสื่อม เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็กในจอตา เป็นสาเหตุให้ตาบอดได้ การเสื่อมของจอตามี 2 ชนิด คือ ชนิดแรก จะตรวจพบหลอดเลือดขนาดเล็กโป่งพอง ทำให้เลือดออกภายในจอตา การมองเห็นพร่า

มัว และความสามารถในการมองเห็นลดลงอีก เมื่อมีการซึมผ่านของพลาสมาออกมานอกผนังหลอดเลือด หากมิได้รับการรักษาตาจะบอดในที่สุด และชนิดที่สองจะมีการสร้างหลอดเลือดขึ้นใหม่ที่จอตา หลอดเลือดจะบอบบางฉีกขาดง่ายและจะเกาะติดกับจอตาทำให้เกิดการดึงรั้งเกิด vitreous hemorrhage หรือ จอตาหลุดออก (retinal detachment)

ระบบไต การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรวยไต โปรตีนขนาดเล็กรั่วออกมากับปัสสาวะ โดยจะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ และขนาดใหญ่ขึ้น อัตราการกรองของไตลดลงทำให้ผู้ป่วยจะมีอาการบวม มีการกั่งของของเสีย โปรตีนในเลือดต่ำ จนเกิดภาวะไตวายในที่สุด

ระบบเลือด ผู้ป่วยเบาหวานจะมีความต้านทานโรคต่ำ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี การทำหน้าที่กำจัดเชื้อโรค และสิ่งแปลกปลอมในกระแสเลือดเสื่อมลง ผู้ป่วยจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนทั่วไป การติดเชื้อที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ช่องคลอด ผิวหนังบริเวณขาหนีบ ใต้วงาม มักเกิดจากเชื้อรา ส่วนการติดเชื้อบาดแผลมักเป็นเชื้อแบคทีเรีย เกิดเซลล์อักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด

## 1.7 การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2541 มีรายละเอียดดังนี้

1.7.1 มีอาการแสดงของโรคเบาหวาน ร่วมกับค่าระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

1.7.2 ระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) โดยระยะเวลาในการอดอาหาร และเครื่องคี่ที่ให้พลังงานเป็นเวลาต่อเนื่องกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

1.7.3 การตรวจความทนต่อกลูโคสมีระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 ในการตรวจความทนต่อกลูโคส มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

1.7.4 เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานกลูโคส 2 ชั่วโมงต่อมา การแปรผล ถ้าระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 น้อยกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรถือว่าปกติ ถ้าระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 อยู่ระหว่าง 140-199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่ามีความผิดปกติของความทนต่อกลูโคส และถ้าระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีอาการถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

## 1.8 ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบันอยู่ในภาวะวิกฤติและมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นในอนาคต จากสถิติจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 50 ล้านคนในปี พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็นกว่า 170 ล้านคนในขณะนี้ และมีการทำนายว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 300 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 จึงเป็นความท้าทายของงานสาธารณสุขยุคศตวรรษที่ 21 นี้เป็นอย่างยิ่ง ในการควบคุมป้องกันภาวะโรคนี้ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ตั้งแต่ปี 2003 ถึง 2005 ประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 71 และในปลายปี 2007 จะมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากถึง 344 ล้านคน สำหรับประเทศไทย แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยเบาหวานปีละ 2 หมื่นคน ความชุกของเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 9.6 และร้อยละ 50 ของผู้เป็นเบาหวานเหล่านี้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน ดังนั้นกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการวินิจฉัยจึงสูญเสียโอกาสในการทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องรีบดำเนินการป้องกันและรักษา (วิชัย เอกพลากร, 2549:14 )

## 1.9 เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน

- |                |                               |
|----------------|-------------------------------|
| 1. FBS         | 80-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร   |
|                | HbA1C<7%                      |
| 2.ความดันโลหิต | < 130/85 มิลลิเมตรปรอท        |
| 3.ไขมัน        | LDL <100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร |
|                | HDL <35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร  |
|                | TG <200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร  |

## 1.10 การควบคุมอาหาร

การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาหารเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ถูกต้อง สามารถควบคุมเบาหวานได้ดี อาหารผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 อาหารที่รับประทาน ได้แก่ อาหารน้ำตาล ขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอดฝอยทอง น้ำผลไม้

ประเภทที่ 2 อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผักกาด ผักบั้งถั่วฝักยาว อาหารพวกนี้ให้พลังงานต่ำ และยังมีกากอาหารที่เรียกว่า ไฟเบอร์ ลดการดูดซึมน้ำตาลลดระดับน้ำตาล ในเลือดหลังอาหารได้

ประเภทที่ 3 อาหารที่รับประทานได้แต่เลือกชนิด ได้แก่ อาหารแป้ง คาร์โบไฮเดรต ควรเลือกอาหารคาร์โบไฮเดรต ที่มีปริมาณไฟเบอร์มาก และมีไกลซีมิกอินเดกซ์

### 1.11 อาหารที่ควรรับประทาน เพื่อให้ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.11.1 ลดหรืองดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง สมอหมู ปลาหมึก กุ้ง เครื่องในสัตว์

1.11.2 ลดไขมันจากสัตว์ เช่น หมูสามชั้น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู

1.11.3 เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลาเนื้อขาวนึ่ง ปลาทะเล

1.11.4 งดอาหารจำพวกกะทิ เนื่องจากเป็นกรดไขมันอิ่มตัว

1.11.5 ควรใช้น้ำมันพืชชนิดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด หลีกเลี่ยงน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม

1.11.6 ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณไขมันมาก แม้จะมีโคเลสเตอรอลต่ำ ซึ่งจะเปลี่ยนเป็นโคเลสเตอรอลในร่างกาย เช่น ถั่ว เนย

1.11.7 ไขมันจากปลาทะเล ช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้

1.11.8 อาหารที่มีไฟเบอร์สูง ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลได้

### 1.12 การออกกำลังกาย

ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีหลายประการ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมัน ความดันโลหิต การเพิ่มสมรรถนะของหัวใจและหลอดเลือด การลดน้ำหนักการออกกำลังกายจะเสริมฤทธิ์อินซูลินเพิ่ม insulin sensitivity ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ลดระดับ Triglyceride-rich VLDL ลดความดันโลหิต ลดน้ำหนัก โดยลด Intra abdominal fat ควรออกกำลังกายแบบ Aerobic อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

### 1.13 การรักษาด้วยอินซูลินชนิดฉีด

แบ่งออกตามชนิดระยะเวลาการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ได้เป็น 4 ชนิด คือ

1.13.1 ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ

กลุ่มแรก เป็น First Generation ได้แก่ โทลบูทาไมด์ คลอโพรพาไมด์อะเซทาเซชาไมด์ และโทลาซีไมด์

กลุ่มที่สอง เป็น Second Generation ได้แก่ โกลเบนคลาไมด์ โกลคลาไซด์ และไกลฟิซต้ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นเบต้าเซลล์ให้หลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น ช่วยให้เนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินได้ดีขึ้น โดยเพิ่มหน่วยรับอินซูลิน ทำให้เกิดกระบวนการกลูโคเนโอจีนิสลดลง

1.13.2 ยากลุ่มไบทัวไนด์ ได้แก่ เมตฟอร์มินและเฟรนฟอร์มิน ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้เล็ก กระตุ้นการใช้กลูโคสของเนื้อเยื่อส่วนปลาย และยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ ยานี้ไม่ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะไต ตับ หัวใจ เนื่องจากอาจมีภาวะกรดแลคติกกั่งได้

1.13.3 ยากลุ่มอัลฟาไกลูโคซิเดส อินฮิบิเตอร์ ได้แก่ อะคาโบส โวจิลโบส มีผลในการลดระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหารออกฤทธิ์โดยยับยั้งการทำงานของ *alpha*-glucosidase enzyme บริเวณผนังลำไส้ ลดการดูดซึมกลูโคส ยากลุ่มนี้ไม่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายแต่ยับยั้งการดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่ร่างกายพร้อมอาหาร เพื่อให้ยาคลุกเคล้ากับอาหารทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ดี

1.13.4 ยากลุ่มไทอะโซลิดิโคนิดิโอน ได้แก่ โทรจิตทาโซน และโรซิกลิทาโรน มีผลลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนอาหาร และหลังอาหารออกฤทธิ์โดยลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เพิ่มความไวต่ออินซูลิน โดยเพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อ และลดการสร้างกลูโคสจากตับ

#### 1.14 ผลกระทบต่อประเทศชาติ

การเพิ่มขึ้นของประชากรที่เป็นโรคเบาหวาน ทำให้งบประมาณค่าใช้จ่ายของประเทศเพิ่มขึ้น โรคเบาหวานจัดเป็นโรคที่มีราคาแพง เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีค่าใช้จ่ายสูง

ประมาณกันว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 12 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพทั่วโลก ซึ่งแน่นอนว่ามีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในแต่ละประเทศ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประมาณ 53 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย ตัวเลขดังกล่าวในประเทศสหรัฐอเมริกาสูงถึง 7,900 ดอลลาร์สหรัฐ

มีข้อมูลไม่มากนัก ในปี พ.ศ.2552 จากการประมาณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาลของรัฐขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่งในภาคอีสานพบว่าประมาณ 28,200 บาทต่อคนต่อปี

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่าค่าใช้จ่ายรวมของประเทศที่สูญเสียไปกับโรคเบาหวานสูงมากถึง 50,000 ล้านบาท 144 ค่าใช้จ่ายของโรคเบาหวานที่เห็นได้ชัด เช่น ค่ารักษาพยาบาลหรือค่ายา คิดเป็นหนึ่งในสี่หรือน้อยกว่าของค่าใช้จ่ายทั้งหมดต่อปีเกือบครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมดเกิดจากการรักษาโรคแทรกซ้อนในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

ค่าใช้จ่ายตรงที่ไม่ได้เกิดจากการรักษาคิดเป็นร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด โดยเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปร้อยละ 28 ค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการมีภาวะทุพพลภาพถาวรคิดเป็นร้อยละ 19

ตัวเลขนี้น่าจะประเมินต่ำกว่าความจริงถึงร้อยละ 60 เพราะใช้ตัวเลขค่าจ้างต่ำสุดในการคำนวณ ไม่ได้คิดจากรายได้ต่อคนของประชากร (GDP per capita) อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังควรได้รับการแก้ไข เพราะส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจทั้งครอบครัวและสังคม จากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาด้านในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มภาระด้านการเงินอย่างมาก ดังกล่าวข้างต้นเกือบครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมดเกิดจากการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกถึงเกือบ 10 เท่า ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางไตหรือมีปัญหาเรื่องเท้าจากโรคเบาหวานมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนดังกล่าว

เนื่องจากโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรค จึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจนักว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรค ในช่วง 5 ปีแรกของโรค ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีเท่ากับ 3,400 บาทตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 6 เท่าถ้าผู้ป่วยมีระยะเวลาการเป็นโรคมักกว่า 20 ปีซึ่งนับเป็นภาระด้านการเงินในอนาคตที่น่าเป็นห่วง การลงทุนเพื่อป้องกัน โดยให้การวินิจฉัยและรักษาโรคตั้งแต่นั้นๆ อาจช่วยลดภาระด้านการเงินหรือประหยัดค่าใช้จ่ายจากโรคเบาหวานในอนาคตได้

เป็นที่เข้าใจกันดีว่า การลดระดับน้ำตาลในเลือดช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนและอาจช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในอนาคต แต่อุปสรรคสำคัญคือการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือด ผู้ป่วยมักกังวลกับระดับน้ำตาลต่ำในเลือดพอๆกับกังวลเรื่องโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ตาบอดผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ปรับลดขนาดของอินซูลินลงเองหลังจากเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือด ทำให้การควบคุมโรคเบาหวานแย่งระดับน้ำตาลต่ำในเลือดนอกจากจะทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงแล้วยังส่งผลโดยตรงต่อค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือดชนิดรุนแรงซึ่งจำเป็นต้องรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลข้อมูลการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือดของผู้ป่วยไทยมีค่อนข้างจำกัด มีการศึกษา 1 การศึกษาพบว่าผู้ป่วยอย่างน้อย 2 รายต่อเดือนที่รักษาในโรงพยาบาลจากการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือดชนิดรุนแรง ในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งหมดสติขณะนำส่งโรงพยาบาลจำนวนวันเฉลี่ยที่รักษาในโรงพยาบาล 6 วัน โดยมีค่าใช้จ่ายตรงเกือบ 22,000 บาทต่อการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือด 1 ครั้ง

([http://www.changingdiabetesthailand.com/upload\\_images/file/DiabetesBookTHAI.pdf](http://www.changingdiabetesthailand.com/upload_images/file/DiabetesBookTHAI.pdf))

โดยวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ และศูนย์เบาหวานศิริราช จัดกิจกรรมรณรงค์งานวันเบาหวานโลก 2556 พร้อมกันทั่วประเทศ ขณะนี้ประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานแล้วกว่า 3.5 ล้านคน เกือบร้อยละ 70 คุมน้ำตาล

ไม่ได้ทำให้ค่ารักษาพุ่งสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ขณะที่ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคนี้มากกว่า 371 ล้านคน และเพิ่มเป็น 552 ล้านคนในอีก 17 ปี

### 1.15 ผลจากการเป็นเบาหวาน

ผลจากการเป็นเบาหวาน มีผลกระทบต่อผู้ป่วยสามารถจำแนกได้เป็น 6 ด้านได้แก่ ผลกระทบด้านแรกต่อชีวิต และสุขภาพ เบาหวานทำให้สุขภาพผู้ป่วยอ่อนแอลง ไม่แข็งแรง เหนื่อยง่ายความสามารถในการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป และเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และเฉียบพลัน ผลกระทบด้านที่สองต่อวิถีชีวิต ผู้ป่วยต้องปรับตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยาหรือการฉีดยา การควบคุมความเครียด การใช้เวลาสำหรับการมาพบแพทย์ตามนัด หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดความเครียดตามมา และทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลกระทบด้านที่สามต่อความมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองลดลง เนื่องจากภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำงานไม่ได้ ผลกระทบด้านที่สี่ต่อการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้การที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีผลทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรงหรืออาการรุนแรงมากจนอาจต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลต่อการทำงาน และความก้าวหน้าในการทำงาน ผลกระทบด้านที่ห้าต่อการเงิน ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายตลอดชีวิต ค่าใช้จ่ายเหล่านี้เกิดขึ้นทั้งจากทางตรงและทางอ้อม รวมถึงค่าใช้จ่ายที่จับต้องไม่ได้ด้วย ผลกระทบด้านที่หกต่อแผนการใช้ชีวิตในอนาคต การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการมีบุตร เนื่องจากเกรงว่าบุตรจะป่วยเป็นเบาหวานด้วย กลัวบุตรจะพิการและผลกระทบด้านสุดท้ายต่อพัฒนาการเบาหวานสามารถเกิดขึ้นได้กับวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงมีผลกระทบต่อพัฒนาการในแต่ละวัย

กล่าวโดยสรุปผลจากการเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นได้ทุกเพศ ทุกวัย ทุกช่วงอายุ ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในหลายๆด้าน เช่น ส่งผลการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งต่างจากบุคคลอื่นที่ไม่เป็นจะต้องปรับตัวทั้งอาหารการกินและการเป็นอยู่ส่งผลให้สุขภาพไม่แข็งแรง ความสามารถเปลี่ยนไป ทำให้คุณค่าหรือภาพลักษณ์ลดลงในการปฏิบัติงาน และส่งผลกระทบต่อการเงิน เพราะจะต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงหรือทางอ้อมหรือส่งผลในระยะยาว เป็นแผนการดำเนินชีวิต ในอนาคตที่ควรจะเป็น หรือความเหมาะสม ที่กล่าวมาทั้งหมดส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ชุมชน สังคม ตลอดจนส่งผลกระทบต่อแผนพัฒนาประเทศในระยะสั้นและระยะยาว

## 1.16 กลวิธีในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต จากข้อมูลกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2537) พบว่า มีเพียงร้อยละ 37.4 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่านั้นที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้อยู่ และรับการรักษาอยู่ ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญโดยเฉพาะทางหลอดเลือด ตา ไต ระบบประสาท โรคเบาหวานยังมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนที่สูง การพยายามหาทางป้องกันการเกิดโรคการชะลอการดำเนินของโรค และการป้องกันภาวะทุพพลภาพ จึงเป็นวิธีการที่คุ้มค่าในการดูแลรักษาโรคนี้อยู่ โดยแบ่งได้ดังนี้ (King H, Dowd JE. 1990 อ้างใน พงศ์อมร บุญนาค, 2542)

### 1.16.1 การป้องกันระดับที่หนึ่ง

แนวทางในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานควรพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูง และเลือกวิธีการที่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอว่าได้ผลในการป้องกันการเกิดโรคในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้แก่ (WHO, 1994)

- ผู้ที่มีประวัติครอบครัวของโรคเบาหวานที่ชัดเจน รวมทั้งพวกที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคตั้งแต่อายุน้อย
- ผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตจากดั้งเดิมเป็นแบบตะวันตกจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง
- ผู้ที่มีประวัติโรคเบาหวานหรือความทนกลูโคสผิดปกติ ขณะตั้งครรภ์
- ผู้ที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง

อ้วนข้อแนะนำที่จะให้กับกลุ่มนี้คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัย

เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การพยายามควบคุมน้ำหนักตัว การลดการบริโภคอาหาร อาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานใยอาหารให้มากขึ้น การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงยาบางอย่างที่อาจจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จึงเป็นแนวทางสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเกิดโรคเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้อยู่

### 1.16.2 การป้องกันระดับสอง

เป้าหมาย คือ การวินิจฉัยผู้ที่เป็โรคเบาหวานให้ได้ในระยะแรกเริ่ม เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องเพราะระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีอาการอื่นร่วมผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวาน จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น การคัดกรอง (Screening) ทำในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จะทำการวัดระดับ Fasting Plasma Glucose

สรุปการป้องกันในระยะที่สองนี้ มุ่งเน้นการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มของโรค เพื่อทำการรักษา และควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

### 1.16.3 การป้องกันระดับสาม

เป็นการรักษาเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดความพิการและการสูญเสียชีวิต ทำได้โดยการพยายามควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่ การดูแลรักษาเท้า

การป้องกันในระยะที่สาม เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ยาลดระดับน้ำตาล การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการลดภาวะเครียด

กล่าวโดยสรุป จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานเกิดจากร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเกิดขึ้น เนื่องจากขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ตามปกติหรือความบกพร่องของการหลั่งของอินซูลินจากการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารนานถึง 8 ชั่วโมง มากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรอย่างน้อย 2 ครั้งในเวลาที่แตกต่างกัน อาจเกิดจากการทำงานของตับไม่มีประสิทธิภาพในการทำงานก็เป็นได้

## 2. แนวคิดทฤษฎีของเศรษฐกิจพอเพียง

### แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง

#### พระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

เศรษฐกิจพอเพียงเปรียบเสมือนรากฐานของชีวิตรากฐานความมั่นคงของแผ่นดิน เปรียบเสมือนเสาเข็มที่ถูกต้องรองรับบ้านเรือนตัวอาคารไว้นั่นเอง สิ่งก่อสร้างจะมั่นคงอยู่ได้ก็อยู่ที่เสาเข็ม แต่คนส่วนมากมองไม่เห็นเสาเข็ม และลืมเสาเข็มเสียด้วยซ้ำไป เศรษฐกิจพอเพียงจะทำความเจริญให้แก่ประเทศได้แต่ต้องมีความเพียรแล้วต้องอดทน ต้องไม่ใจร้อน ต้องไม่พุดมาก ต้องไม่ทะเลาะกัน ถ้าทำโดยเข้าใจกันเชื่อว่าทุกคนจะมีความพอใจได้ (วารสารชัยพัฒนา, 2542)

## 2.1 หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

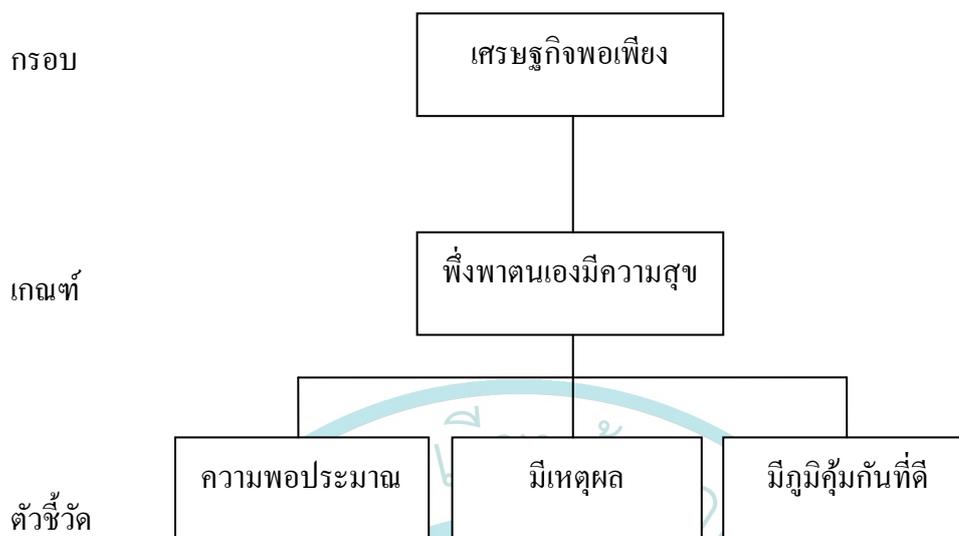
“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทยมาโดยตลอดนานกว่า 25 ปี ตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจและเมื่อภายหลังได้ทรงเน้นย้ำแนวทางการแก้ไขเพื่อให้รอดพ้นและสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลง

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนี้ถูกใช้เป็นกรอบแนวความคิดและทิศทางการพัฒนาระบบเศรษฐกิจมหภาคของไทย ซึ่งบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาที่สมดุลยั่งยืน และมีภูมิคุ้มกัน เพื่อความอยู่ดีมีสุข มุ่งสู่สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน หรือที่เรียกว่า “สังคมสีเขียว” ด้วยหลักการดังกล่าว แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 นี้จะไม่เน้นเรื่องตัวเลขการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจแต่ยังคงให้ความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจแบบทวิลักษณ์ หรือระบบเศรษฐกิจที่มีความแตกต่างกันระหว่างเศรษฐกิจชุมชนเมืองและชนบท (พิสิฐลีอักษร, 2549)

การที่ประเทศไทยจะสามารถก้าวไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนได้นั้น จะต้องมาจากการมี “เศรษฐกิจชุมชน” ที่เข้มแข็ง เพื่อให้ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมลดลงหรือหมดไปจากชุมชนนั้น ๆ โดยหันมาใช้หลักพิจารณาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งมีหลักพิจารณาอยู่ 5 ประการคือ กรอบแนวคิด คุณลักษณะ คำนิยาม เงื่อนไข และแนวทางปฏิบัติ/ผลที่คาดว่าจะได้รับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548)

ดังนั้น เศรษฐกิจชุมชนจึงเป็นภาพซ้อนอยู่ในเศรษฐกิจมหภาคของทุกสังคม เป็นส่วนฐานของความเจริญรุ่งเรืองข้างบนของคนเพียงหยิบมือเดียว ในเงื่อนไขที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเศรษฐกิจอยู่ในช่วงตกต่ำระบบเศรษฐกิจชุมชนก็จะแสดงศักยภาพในตัวออกมาว่าเป็นทางออกของการจะอยู่รอดร่วมกัน เป็นพลังทางศีลธรรม มนุษยธรรม ไม่ใช่ความมั่งคั่งของปัจเจกชน และกระจายความเจริญออกตามแนวอน บ่งบอกนัยแห่งความมีอิสระเสรีและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาร่วมกัน (ฉัตรทิพย์ นาถสุภา, 2548)

การลดพฤติกรรมเสี่ยงการบริโภค การปฏิบัติตนตามกรอบแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงทำแล้วพึ่งพาตนเองได้ ไม่มีการเจ็บป่วย ช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ชีวิตมีความสุขภายใต้การมีความพอประมาณ การมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกัน 3 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย



ภาพที่ 2.1 ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

### พอประมาณ

การปรับวิธีคิดให้หาทาง “รอด” ก่อนหาทาง “รวย” เป็นสิ่งที่เกิดได้ถ้าหากคนเริ่ม “ตั้งหลัก” ใหม่ ตั้งหลักโดยกลับไปหา “หลัก” เดิมที่พ่อแม่ ปู่ย่าตายาย บรรพบุรุษของเราเคยยึดและเอาตัวรอดมาได้ เกิดเรา เลี้ยงเรามาจนโตเป็นผู้เป็นคน

หลักแรก คือ คุณธรรม สิ่งที่สำคัญชีวิตให้อยู่ได้ด้วยความดีงาม ความซื่อสัตย์ ความเมตตา กรุณา รวมทั้งความกล้าหาญในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และมีความเพียร แสวงหาทางออกด้วยสติ และปัญญา

หลักที่สองคือ ภูมิปัญญา เมื่อกลับไปหาคุณธรรม ดันกำเนิดของชีวิตและมีความสุขที่แท้จริงแล้ว ควรกลับไปหารากเหง้าด้วย กลับไปค้นหาคุณค่าดีงามของบรรพบุรุษ ความรู้ภูมิปัญญาในการทำมาหากิน การอยู่ร่วมกันกับธรรมชาติกับคนอื่น กลับไปเรียนรู้ “เคล็ดลับ” ของปู่ย่าตายายว่าท่านทำอะไรจึงอยู่รอดได้ในสภาวะที่ยากลำบาก บางปีอดอยากยากแค้นเพราะฝนแล้ง น้ำท่วม มีภัยพิบัติทางธรรมชาติบ้าง ทางสังคมบ้าง เกิดโรคระบาดบ้าง สงครามบ้าง แต่ท่านก็เอาตัวรอดมาได้

หลักที่สามคือ ความเรียบง่าย รากฐานและพื้นฐานของชีวิต หมายความว่า มีสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตอย่างพอเพียง และมีความสุขสบายพอสมควร แต่ก็ไม่ได้ถึงขั้นฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็นและความสะดวกสบายจนเกินพอดี

ความพอเพียงมีความหมายรวมถึงความสมดุล ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวพันเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นปฏิสัมพันธ์ (interactive) เป็นความสัมพันธ์สองด้าน ไป – กลับ ได้ –

ตอบ เกื้อกูลกัน ก่อให้เกิดพลัง และนี่คือความหมายของระบบ ระบบชีวิต ระบบธรรมชาติ ระบบนิเวศ

กล่าวโดยสรุป ความพอประมาณ หมายถึงการปรับวิธีคิดให้หาทางรอดก่อน เช่น เต็กทาร์กแรกเกิดห้วงมีชีวิตให้รอดก่อนเจริญเติบโตตามวัย และหาทางรวยโดยประกอบด้วยสามหลักการดังนี้

1. หลักคุณธรรม ความซื่อสัตย์ เป็นวิถีของชาวพุทธ ความเมตตากรุณาและความกล้าหาญในการแก้ปัญหาหาทางออกด้วยสติและปัญญา ใช้สติปัญญาประสบการณ์มาแก้ปัญหาให้ตรงจุด
2. หลักในการทำมาหากิน การดำรงอยู่ระหว่างคนกับธรรมชาติ หรือคนกับคนในการประกอบสัมมาอาชีพที่ไม่ทำลายระบบธรรมชาติให้อยู่ได้ในภาวะการณ์ต่าง ๆ โดยนำหลักภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปรับใช้ด้วย
3. ความเรียบง่ายของการดำเนินชีวิตบนพื้นฐานความพอเพียงในปัจจุบันต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ความสมดุล และมีความสัมพันธ์ระหว่างพึ่งพาในระบบชีวิต ระบบธรรมชาติ สอดคล้องและกลมกลืนกัน

#### มีเหตุมีผล

องค์ประกอบประการที่สองของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง คือ การมีเหตุผล แปลความได้ว่าทำอะไรควรใช้ข้อมูล ความรู้ วิชาการ ควรทำงานอย่างมีแบบมีแผน ไม่ใช่คิดจะทำอะไรก็ทำ ใช้ความรู้ดีกว่าความรู้ ใช้ความเห็นมากกว่าการพิจารณา

ความมีเหตุมีผลไม่ได้หมายถึงแต่เพียงความคิดเท่านั้น แต่สิ่งที่ทำก็ควรมีเหตุมีผล มีขนาดพอเหมาะพอควร ทำเป็นขั้นเป็นตอนที่ละเล็กทีละน้อย จากเล็กไปหาใหญ่ ไม่ใช่ตรงกันข้าม ทำกินทำใช้จนเก่งกล้าสามารถจนค่อยผลิตเพื่อนำออกสู่ตลาดภายนอก ทำให้เกิดความมั่นคงในครัวเรือนในชุมชน แล้วค่อยขยายออกไปสู่เครือข่ายและสู่ตลาดใหญ่

ความมีเหตุมีผลมาจากการเรียนรู้ ซึ่งมีทั้งการค้นหาค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อเป็นฐาน การเรียนรู้ภูมิปัญญาสากล เทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อนำมาประกอบประยุกต์ในการจัดการชีวิต จัดการทรัพยากร จัดการผลผลิต จัดการสุขภาพ จัดการทุน จัดการการพัฒนาท้องถิ่น

ความมีเหตุมีผลแปลว่ามีข้อมูล มีความรู้ มีความสามารถรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม ของโลกที่ซับซ้อนนี้ อย่างน้อยก็ยังสามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ตัดสินใจว่าจะกินจะอยู่อย่างไร ไม่ใช่ใครว่าดีก็ดีด้วย ใครสวาก็สวดยด้วย เขาบอกว่าความสุขดีมีได้ ก็อยากมีความสุข

การมีเหตุมีผล คือการไม่ถูกครอบงำจากสังคม คิดได้ คิดเป็นเลือกเดินทางที่ตนเองเห็นว่าถูกต้อง ไม่ใช่ปล่อยให้คนอื่นชี้นำหมด ผลผลิตก็ให้พ่อค้า การศึกษาก็ให้ครู สุขภาพก็ให้หมอ การพัฒนาก็ให้ข้าราชการและนักการเมือง

การมีเหตุผล จึงหมายถึงการเรียนรู้ ไม่ว่าจะเรียนในระบบ นอกกระบบตามอัธยาศัย ขอให้แสวงหาความรู้ ซึ่งวันนี้ทำได้ง่ายกว่าสมัยก่อนมากนัก วันนี้มีกล้องวิเศษส่องกล้องอยู่กล้องเดียว (คอมพิวเตอร์) ถามอะไรมันก็ตอบได้ จากซากกะเบือยันเรือรบ จากเรื่องขี้หมูขี้หมาไปถึงเรื่องความเป็นความตายอะไรได้ทั้งนั้น อยู่ที่ว่าอยากรู้หรือไม่ และพูดจาภาษาไอทีที่เป็นหรือไม่

คนทั่วไปวันนี้มีดิน มีเงิน แต่ไม่มีความรู้ก็อยู่ไม่ได้ เพราะสุดท้ายก็เอาดินไปขายกิน เงินที่มีอยู่ เมื่อไม่รู้จักใช้ก็หมด เหลือแต่หนี้

กล่าวโดยสรุปการตัดสินใจทำกิจกรรมอะไรควรใช้เหตุผลที่มีฐานข้อมูลความรู้ หรือวิชาการมาปฏิบัติอย่างมีแบบแผน ใช้ความรู้ควบคู่กับการพิจารณา โดยแบ่งเป็นขั้นเป็นตอน ตามความเหมาะสม โดยการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นฐานของการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนนั้น ๆ

### มีภูมิคุ้มกันที่ดี

องค์ประกอบที่สามของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงคือ การมีภูมิคุ้มกันที่ดี นับเป็นพระปรีชาอันล้ำลึกของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงเล็งเห็นประเด็นนี้ เพราะที่ผ่านมาและเป็นอยู่คือปัญหาใหญ่สุดของชีวิตชาวบ้าน

พระองค์ทรงใช้คำว่า “ภูมิคุ้มกัน” ทำให้เราเห็นภาพชัดเจน เพราะเหมือนร่างกายที่ขาดภูมิคุ้มกันที่ดี ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เห็นได้ชัดที่สุดคือ โรคเอดส์ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งรับเชื้อโรคอะไรก็ป่วยไข้ได้หมด เพราะไม่มีอะไรไปต้านทานเชื้อโรคเหล่านั้น ขณะที่คนแข็งแรงธรรมดา ๆ ไม่เป็นอะไร

ปัญหาสำคัญของชาวบ้านวันนี้คือ การขาดความมั่นคงในชีวิต ไม่มีระบบสวัสดิการ ไม่มีหลักประกัน ยามแก่เฒ่าก็ไม่มีบำเหน็จบำนาญ บางคนมีลูกมีหลานอาจจะพอพึ่งพาอาศัยได้ แต่หลายคนต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย เผชิญชีวิตที่โหดร้ายตามลำพัง แรงกายก็ค่อย ๆ หายไปตามอายุขัย ไม่มีวิชาความรู้อะไร สิ่งที่ได้มาในชีวิตก็แลกมาด้วยหยาดเหงื่อแรงกาย

ชีวิตในชุมชนซึ่งเคยพึ่งพาอาศัยกันก็เปลี่ยนไปเป็นต่างคนต่างอยู่ต่างคนต่างก็ดิ้นรนปากกัดตีนถีบเพื่อแก้ปัญหาการทำมาหากิน ปัญหาหนี้สิน ชีวิตไม่มีระบบระเบียบอะไรไปมากกว่าการหาเงิน หาที่บ้านไม่ได้ก็ไปหาในเมือง ไปต่างที่ต่างถิ่น พ่อไปทาง แม่ไปทาง ลูกไปทาง ชีวิตที่แยกกันอยู่แยกกันเดินเช่นนี้จะเหลือภูมิคุ้มกันอะไร ในเมื่อครอบครัวอันเป็นสถาบันขั้นพื้นฐานต้องอยู่ในสภาพเช่นนี้

ในวิถีดั้งเดิมของชุมชน มีระบบชีวิต มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน ระหว่างคนกับธรรมชาติ สะท้อนออกมาในระเบียบต่าง ๆ ในจารีตประเพณี วิถีปฏิบัติอย่างยึดถือสืบสองคลองสืบสี่ในอีสาน

และที่ปรากฏในการทำมาหากิน การจัดการทรัพยากร ดิน น้ำ ป่า เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นระบบ ภูมิคุ้มกันของชุมชน ภูมิคุ้มกันของสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ

เมื่อสังคมเปลี่ยนไป การพัฒนาสมัยใหม่ได้ทำลายความสัมพันธ์ดังกล่าวลงไปเกือบหมด เป็นการพัฒนาที่คล้ายกับโรคชนิดหนึ่งที่ทำลายภูมิคุ้มกันของตนเอง ของคนและทำให้คนตายไปในที่สุด

ชีวิตทุกชีวิตล้วนสัมพันธ์กัน สรรพสิ่งในจักรวาลล้วนสัมพันธ์กันจน “เด็ดดอกไม้ดอกเดียว กระเทือนถึงดวงดาว” การพัฒนาสมัยใหม่ทำลายล้างดอกไม้หลายร้อยดอกหลากสีที่เบ่งบานในทุ่งนาไปจนหมด ทำลายด้วยยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า ใช้สารเคมีกระตุ้น เร่งดิน พีช สัตว์ ตัดแต่งยีนเพื่อให้ได้ใหญ่กว่า มากกว่า เพื่อผลทางเศรษฐกิจ โดยไม่สนใจว่าจะทำลายระบบความสัมพันธ์ทางธรรมชาติและระบบนิเวศ

ในวิถีดั้งเดิมนั้นการทำมาหากิน หาเช้ากินเช้า หาเช้ากินค่ำ หาคำกินเช้าที่ภาคอีสาน เรียกว่าเฮ็ดอยู่เฮ็ดกิน เป็นเศรษฐกิจยังชีพ (Subsistence Economy) ผากชีวิตไว้กับธรรมชาติ กับแม่ธรณี แม่โพสพ เจ้าป่าเจ้าเขา เจ้าที่เจ้าทาง

ก่อนทำอะไรไม่เคยละเลยการบอกกล่าว ขออนุญาต ผู้คนอยู่อย่างอ่อนน้อมถ่อมตน ไม่เคยคิดว่าตนเองเป็นใหญ่ มีอำนาจไปควบคุมธรรมชาติ อันเป็นความรู้สึกหลงตัวเองที่มาพร้อมกับการพัฒนากับวิทยาการ กับวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีตะวันตก อันเป็นที่มาของการทำลายล้าง ก่อให้เกิดความทันสมัยที่ไม่พัฒนา ระบบชีวิตและธรรมชาติซำรุดเสียหายจนยากจะเยียวยา

นี่เป็นการทำลายระบบภูมิคุ้มกันที่ดีที่มีอยู่ในสังคม ที่ปู่ตายายบรรพบุรุษได้สร้าง สะสม สืบทอด ถ่ายทอดต่อ ๆ กันมา น่าจะเป็นคำอธิบายว่าทำไมครอบครัวจึงไม่อบอุ่น ชุมชนจึงไม่เข้มแข็ง และน่าจะช่วยให้เราหาหนทางฟื้นฟูสภาพป่วยไข้ และช่วยกันสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมอีกครั้งหนึ่ง

ระบบเป็นหลักประกันความมั่นคงยั่งยืน ระบบเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีให้ชุมชน ระบบเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ผนึกพลังหรือสนธิพลังกันจนให้ผลลัพธ์มากกว่าบวก อาจเป็นคุณที่เป็นคุณเพราะผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับจิตใจ ความเชื่อมั่นที่เกิดความสามัคคี ความสัมพันธ์ที่ดี ความมีเมตตาต่อกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และหลักประกันด้านอาหารและปัจจัยสี่ที่ไม่มีวันขาดแคลนเป็นเรื่องที่วัดไม่ได้ คำนวณไม่ได้

นี่คือความหมายของคำว่า “ทวีคุณ” เป็นอะไรที่ประมาณการมิได้ คนเราเมื่อเจอปัญญาที่เกิด เมื่อเกิดปัญญา คนก็อยู่กับร่องกับรอย ชีวิตมีระบบระเบียบ มีแบบแผน คนเช่นนี้มีอดีต มีปัจจุบัน และมีอนาคต ไม่ใช่อยู่ไปวัน ๆ กับปัจจุบัน ไม่มีทั้งอดีต ไม่มีทั้งอนาคตตามยถากรรม (เสรีวงศ์พิศ, 2554)

กล่าวโดยสรุปภูมิคุ้มกัน หมายถึง การเข้าใจระบบต่าง ๆ เป็นเครือข่ายเชื่อมโยง มีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกส่วนต่าง ๆ ออกจากกันเพื่อความมั่นคงในการดำเนินชีวิตในรูปแบบต่าง ๆ เช่น หลักประกันสุขภาพหรือสวัสดิการ รูปแบบการออมเพิ่มเป็นภูมิคุ้มกันอย่างหนึ่ง เป็นการพึ่งพาตนเองได้ในอนาคตอย่างมีความสุข

## 2.2 ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง

เศรษฐกิจพอเพียง (หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงตัวอย่างกระทรวงมหาดไทย, 2549) เป็นปรัชญาชี้ถึงแนวการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัวระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์

ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผลรวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควรต่อการกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอก ทั้งนี้จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการ ทุกขั้นตอนและขณะเดียวกัน จะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎีและนักธุรกิจในทุกระดับ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติปัญญาและความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งด้านวัตถุสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี (คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

เศรษฐกิจพอเพียงเป็นเศรษฐกิจที่พอเพียงกับตัวเองทำให้อยู่ได้มีสิ่งจำเป็นที่ทำได้ด้วยตัวเองไม่ต้องแข่งขันกับใครและมีเหลือเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ไม่มียังนำไปสู่การแลกเปลี่ยนในชุมชนและขยายไปจนสามารถที่จะเป็นสินค้าส่งออกเศรษฐกิจพอเพียงเป็นเศรษฐกิจระบบเปิดที่เริ่มจากตนเองและความร่วมมือ วิธีการเช่นนี้จะดึงศักยภาพของประชากรออกมาสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งมีความผูกพันกับจิตวิญญาณ คือ คุณค่าในระบบเศรษฐกิจพอเพียงจะจัดลำดับความสำคัญของ “คุณค่า” มากกว่า “มูลค่า” มูลค่านั้นจะขาดจิตวิญญาณ เพราะเป็นเศรษฐกิจภาคการเงิน ที่เน้นจะตอบสนองต่อความต้องการที่ไม่จำกัดซึ่งไร้ขอบเขต ถ้าไม่สามารถควบคุมได้การใช้ทรัพยากรอย่างทำลายล้างจะรวดเร็วขึ้นและปัญหาจะตามมา เป็นการบริโภคที่ก่อให้เกิดความทุกข์หรือพาไปหาความทุกข์ และจะไม่มีโอกาสบรรลุวัตถุประสงค์ในการบริโภคที่จะก่อให้เกิดความพอใจและความสุข (Maximization of Satisfaction) ผู้บริโภคต้องใช้หลักขาดทุน

คือกำไร (Our loss is our gain) อย่างนี้จะควบคุมความต้องการที่ไม่จำกัดได้และสามารถลดความต้องการลงมาได้ ก่อให้เกิดความพอใจและความสุขเท่ากับได้ตระหนักในเรื่อง “คุณค่า” จะช่วยลดค่าใช้จ่ายลงได้ ไม่ต้องไปหาวิธีทำลายทรัพยากรเพื่อให้เกิดรายได้มาจัดสรรสิ่งที่เป็น “ความอยากที่ไม่มีที่สิ้นสุด” และขจัดความสำคัญของ “เงิน” ในรูปรายได้ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการบริโภคลงได้ในระดับหนึ่ง แล้วยังเป็นตัวแปรที่ไปลดภาระของกลไกของตลาดและการพึ่งกลไกของตลาด ซึ่งบุคคลโดยทั่วไปจะไม่สามารถควบคุมได้ รวมทั้งได้มีส่วนในการป้องกันการบริโภคเลียนแบบ (Demonstration Effects) จะทำให้ไม่เกิดการสูญเสีย จะทำให้ไม่เกิดการบริโภคเกิน (Over Consumption) ซึ่งก่อให้เกิดสภาพเศรษฐกิจดี สังคมไม่มีปัญหาการพัฒนาที่ยั่งยืน

เสรี พงศ์พิศ (2554 : 8) กล่าวว่า เศรษฐกิจพอเพียงเกิดขึ้นได้ด้วยปัญญาเท่านั้น ปัญญาเกิดจากการเรียนรู้ที่ครบวงจร มีข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลเป็นความรู้ นำความรู้สู่การปฏิบัติได้ข้อสรุปที่เป็นหลักในการดำเนินชีวิต เป็นปัญญานำพาชีวิตไปสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนา อันเป็นความสงบ ความสุข ความสมดุลหรือเป็นธรรมชาติของชีวิต

เศรษฐกิจพอเพียงเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยความรู้ วิชาการ การวางแผนเป็นขั้นเป็นตอน มีหลักการที่ได้ไม่ใช้คิดทำอะไรก็ทำ

เศรษฐกิจพอเพียง ไม่ใช่แค่เรื่องการจัดการทรัพยากร ทรัพยากร แรงงาน เงินทอง การผลิต การบริโภค เรื่องข้าวของในการดำเนินชีวิต แต่เป็นความพอเพียงทางจิตใจ ความพอเพียงทางสังคม ทางสิ่งแวดล้อมและทางปัญญาพร้อมกันหมด

เศรษฐกิจพอเพียงเริ่มจากวิถีคิด คิดถูก คิดดี คิดชอบ เป็นสัมมาทิฐิอันเป็นข้อแรกของมรรคมีองค์ 8 เมื่อเริ่มด้วยคิดชอบแล้วปฏิบัติชอบก็ตามมา ประกอบอาชีพชอบก็ตามมา

มาฆะ จิตตะสังคม (2537) กล่าวว่า เศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง การให้ความสำคัญในการผลิตเพื่อยังชีพให้เพียงพอต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลในสังคมนั้นๆ

ประเวศ วะสี (2542) ได้สรุปว่า เศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง การที่มนุษย์มีความพอเพียงอย่างน้อย 7 ประการด้วยกัน ได้แก่ 1. ปัจจัยสี่พอเพียง 2. จิตใจพอเพียง 3. สิ่งแวดล้อมพอเพียง 4. ครอบครัวหรือชุมชนเข้มแข็งพอเพียง 5. การศึกษาหรือปัญญาพอเพียง 6. วัฒนธรรมพอเพียง 7. รายได้มั่นคงพอเพียง ซึ่งเมื่อทุกอย่างเกิดความพอเพียง ก็จะเกิดความสมดุลเป็นปกติและยั่งยืน

นิคม มุสิกคามะ (2542) เศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางพัฒนาทฤษฎีใหม่ คือ การผลิตทรัพยากรได้ตามภูมิปัญญา และเทคโนโลยีแบบไทย มีความพอเพียงในครอบครัว ชุมชน มีความเข้มแข็ง วิถีชีวิตสอดคล้องกับหลักธรรมคำสอนในศาสนา มีสังคมที่สงบสุข กินคืออยู่ดี ขึ้นกับการผลิตอุดมสมบูรณ์พอเพียงที่จะค้าขายไปยังต่างประเทศ

สุรเกียรติ์ เสถียรไทย (2542) เสรยธุรกิจพอเพียง เป็นปรัชญาของการพัฒนาโดยให้ความสำคัญที่การพัฒนาคนชุมชน ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมควบคู่ไปกับการจรรโลงรักษาวัฒนธรรมโดยเริ่มที่การพัฒนาความคิดและจิตใจของคนให้รู้จักกิน รู้จักใช้ตามอัตภาพและความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

สุเมธ ตันติเวชกุล (2548)สรุปว่า เสรยธุรกิจพอเพียงมี 3 ประการ ดังนี้

- ประการที่หนึ่ง ให้ใช้เหตุผลอย่าใช้กิเลสค้นหาเป็นเครื่องนำทาง อย่าเอาแต่กระแสต้องมีความกล้าหาญเพียงพอที่จะเลือกหนทางว่าประเทศไทยต้องการจะพัฒนาไปทางไหน ไม่จำเป็นต้องตามกระแสโลก
- ประการที่สอง ทำอะไรพอประมาณ การพอประมาณคือการตรวจสอบศักยภาพของตนเองก่อน ฐานของตนอยู่ที่ไหน การจะพัฒนาอะไรต้องดูจากศักยภาพที่มีความเข้มแข็งก่อน
- ประการที่สาม ทำอะไรให้มีความคุ้มกันตลอดเวลา เพราะจะไม่มีพุงนี้จะมีอะไรเกิดขึ้นปัจจุบันสถานการณ์ต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้การวางแผนพัฒนาทำได้ยาก มีปัจจัยความเสี่ยงอยู่ตลอดเวลา จึงต้องมีวิสัยทัศน์

### 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียง

หนังสือพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเรียบเรียง “ทฤษฎีใหม่”ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (สำนักงานคณะกรรมการจัดระบบจรรยาบรรณ, 2541)

2.3.1 ผลิตอาหารบริโภคเอง เหลือจึงนำไปขาย ทำให้มีกินอิ่ม ไม่มีหนี้สิน และมีเงินออม

2.3.2 รวมตัวเป็นองค์กรชุมชน ทำเศรษฐกิจชุมชนรูปแบบต่างๆ เช่น การเกษตร หัตถกรรม อุตสาหกรรม ศูนย์การแพทย์แผนไทย กองทุนชุมชน หรือธนาคารหมู่บ้าน

2.3.3 มีการเชื่อมโยงกับบริษัทที่ประกอบธุรกิจขนาดใหญ่ รวมถึงการส่งออก  
มหาตมะ คานธี (Galtung et al., 1980 : 48 อ้างถึงใน ปราณี หมอนทองแดง, 2534 : 18) กล่าวว่า การพึ่งตนเอง คือ กระบวนการพลวัตที่เคลื่อนไหวอยู่ ทุกระดับจากระดับปัจเจกชน ชุมชนท้องถิ่น ภูมิภาคและประชาชาติ เปรียบเสมือนการที่ชุมชนมีความเป็นเอกภาพ มีอิสรภาพในการดำเนินชีวิต สามารถยืนหยัดได้ด้วยความสามารถของตน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2542) ได้สรุปว่า เศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาชี้แนะการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชนจนถึงระดับรัฐ ในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจให้ก้าว

ทันต่อยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความมี  
ภูมิคุ้มกันต่อผลกระทบใดๆ จากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก ทั้งด้านวัตถุ สังคม  
สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม

วิชิตวงศ์ ณ ป้อมเพชร์ (2551: 86) กล่าวว่า เศรษฐกิจพอเพียง เป็น แบบจำลองทาง  
เศรษฐกิจที่อธิบายรูปแบบและแนวทางการบริหารนโยบายเศรษฐกิจและสังคมที่เหมาะสมสำหรับ  
ประเทศซึ่งยังมีขีดความสามารถในการพึ่งตนเองทางเทคโนโลยีในระดับที่ต่ำ ที่เรียกว่า ประเทศที่  
ยังต้องการพัฒนา หรือประเทศที่กำลังพัฒนา โดยมุ่งที่จะรักษาความมั่นคงและสันติสุขในสังคม อีกทั้ง  
ทั้งสร้างสมดุลทางเศรษฐกิจให้ราษฎรในพื้นที่ชนบทที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามควรแก่ศักยภาพ โดย  
ประกอบด้วยสาระสำคัญรวมทั้งสิ้น 5 ประการดังต่อไปนี้

1) พยายามพึ่งตนเองในการผลิตตามขีดความสามารถทางเทคโนโลยีที่มีอยู่ โดยให้  
การพึ่งพาต่างประเทศอยู่ในขอบเขตอันสมควร

2) ให้เศรษฐกิจของประเทศในภาพรวมมีแนวโน้มในการเจริญเติบโตขยายตัวอย่าง  
ค่อยเป็นค่อยไปตามขีดความสามารถในการพึ่งตนเองทางเทคโนโลยีโดยดำเนินกิจการทาง  
เศรษฐกิจด้วยความรอบคอบ ไม่ประมาท

3) ให้รู้จักประมาณตนในการบริโภค โดยไม่ใช้จ่ายเกินรายได้และรู้จักมัธยัสถ์และ  
อดออมโดยยึดหลักการพอมีพอกิน ไม่ฟุ่มเฟือย

4) พยายามปรับปรุงและพัฒนาเทคโนโลยีที่มีอยู่ทั้งในด้านการผลิต การจัดการ  
และการตลาดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้งพิจารณาความเหมาะสมในการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่  
ก้าวหน้า เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งตนเองทางเทคโนโลยีให้มูลค่าเพิ่มที่เกิดจากการผลิต  
สูงขึ้น อันเป็นแนวทางการเติบโตขยายตัวของเศรษฐกิจในภาพรวม แนวทางการเพิ่มรายได้และ  
คุณภาพชีวิตสำหรับราษฎร

5) ในกรณีที่เป็นไปได้ ราษฎรในพื้นที่ชนบทอาจรวมกลุ่มในลักษณะของสหกรณ์  
อเนกประสงค์ ซึ่งสมาชิกร่วมกันผลิต ร่วมกันจำหน่าย และร่วมกันดูแลสวัสดิการและชีวิตความเป็น  
อยู่ให้มั่นคง ปลอดภัยและมีสันติสุข

สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2550 : 60 - 61) กล่าวว่า  
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชทานแนวทาง “ทฤษฎีใหม่” ให้กับประชาชนเพื่อเป็นฐานทาง  
ความคิดไปสู่หลักคิดเศรษฐกิจพอเพียงคือพอประมาณมีเหตุผลและสร้างภูมิคุ้มกันได้เป็นกระแส  
การพัฒนาที่สำคัญยิ่งในหมู่ประชาชนระดับรากแก้วของสังคมไทยทั้งเศรษฐกิจพอเพียงทฤษฎีใหม่  
และวิสาหกิจชุมชนมีเป้าหมายใกล้เคียงกันคือการพึ่งพาตนเองได้ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้านคือ

- 1) พึ่งตนเองทางเศรษฐกิจมีผลผลิตเพื่อยังชีพและนำส่วนที่เหลือเข้าร่วมกับการพัฒนาเศรษฐกิจของชุมชนและของชาติตามลำดับ
- 2) พึ่งตนเองทางสังคมช่วยเหลือเกื้อกูลกันเรียนรู้แลกเปลี่ยนความรู้และทำในสิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและมีคุณธรรมทางสังคมเป็นเครื่องกำกับ
- 3) พึ่งตนเองด้านทรัพยากรธรรมชาติพัฒนาคุณภาพของคนค้นหาทรัพยากรในชุมชนและพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุดบนฐานของภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อให้ประโยชน์ตกอยู่กับคนไทยด้วยกัน
- 4) พึ่งตนเองด้านเทคโนโลยีเช่นระบบการท่อน้ำในอ่างเก็บน้ำโดยไม่ต้องใช้เครื่องสูบน้ำสมุนไพรรทดแทนผงซักฟอกเคมีและกั้นน้ำขังพัฒนาประดิษฐ์กรรมของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ได้รับรางวัลระดับโลกล้วนเป็นตัวอย่างของเทคโนโลยีท้องถิ่นที่ช่วยให้ไม่ต้องซื้อหาเครื่องใช้ราคาแพงและทำให้ประเทศไทยไม่เสียดุลการค้า
- 5) พึ่งตนเองทางด้านจิตใจยึดหลักธรรมทางศาสนาหล่อหลอมการดำเนินชีวิตอย่างสม่ำเสมอเพื่อยกระดับจิตใจให้เกิดความสงบรู้จักสามัคคี

การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในชีวิตประจำวันมีหัวใจสำคัญอยู่ที่การเชื่อมโยงคุณค่าเศรษฐกิจพอเพียงให้เข้ากับคุณค่าทางศาสนาและวัฒนธรรมของคนและสังคม โดยต้องนำมาปฏิบัติจริงเป็นรูปธรรมเท่านั้นจึงจะนำสังคมและตนเองให้เจริญรอยตามเบื้องพระยุคลบาทได้อย่างแท้จริง

อำพลเสนานรงค์ (อ้างถึงในเอกอนันต์ 2550 : 26-27) กล่าวว่าเศรษฐกิจพอเพียงทรงมีกระแสพระราชดำรัสเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2540 และตรัสซ้ำเมื่อปี 2541 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของประชาชนทุกหมู่เหล่าทุกอาชีพทุกฐานะทุกเพศทุกวัยไม่ว่าคนจนคนรวยคนชนบทหรือคนเมืองกรุงเทพฯสามารถน้อมรับเหนือเกล้าเหนือกระหม่อมและนำไปปฏิบัติได้ หลักการสรุปได้ดังนี้พึ่งตนเองให้พอกินกินอยู่ตามอัตภาพไม่ให้เกินฐานะ

มีชีวิตที่เรียบง่ายอย่าฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือยมีความพอใจในสิ่งที่ได้รับมาด้วยความชอบธรรมอย่าให้รายจ่ายเกินรายได้หากจะแลกหรือซื้อของกินของใช้มาจากภายนอกควรเลือกที่ผลิตได้ในท้องถิ่นรวมทั้งการท่องเที่ยวควรท่องเที่ยวในประเทศอย่างภูหนี่มาใช้ในสิ่งที่ไม่มียาได้อย่าลงทุนให้เกินตัวอย่าโลกมากมีความพอเพียงและเพียงพอเบียดเบียนคนอื่นอย่างสุดโต่งเดินสายกลางขอมถอยหลัง (หนึ่งก้าว) เพื่อก้าวหน้าที่มั่นคงต่อไป (หลายก้าว)

เสนห์จามริก (2550: 51-52) กล่าวว่า ทักษณวิสัยเศรษฐกิจพอเพียงควรต้องมีการวางเป้าหมายต้นทางและเป้าหมายปลายทางให้เป็นหลักการและแนวทางปฏิบัติไว้เพื่อจะได้มีทิศทางพัฒนาที่เป็นที่เข้าใจและอยู่ในสำนึกร่วมกันในแง่เศรษฐกิจพอเพียงจึงไม่ใช่เป็นเพียง

ต้นแบบหรือแบบพิมพ์เขียวสำเร็จรูปหากแต่มีความหมายเป็นกระบวนการสังคมอันเป็นพลวัต เป้าหมายต้นทางก็ได้แก่การเกษตรขั้นพอดูอยู่พอกินอย่างที่กล่าวขวัญถึงกันมากในยามวิกฤตการเงิน แต่นั่นก็ไม่ควรจะยึดมั่นถือมั่นเอาเป็นจุดจบอยู่ในตัวเองหากควรต้องเปิดช่องทางโอกาสให้ได้มีการเรียนรู้พัฒนาตนเองต่อไปสู่การเกษตรกรรมที่ยั่งยืนจนถึงเป้าหมายปลายทางคือเศรษฐกิจชุมชน สองสามระดับเศรษฐกิจนี้ยังจะได้ขยายความต่อไปข้อที่เห็นควรเน้นถึงในที่นี้ก็คือเรื่องของ หลักการพึ่งตนเองและนิเวศที่กล่าวไว้ข้างต้นซึ่งจะต้องมีระบบและกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทั้ง ในระดับการสร้างจิตสำนึกและระดับปฏิบัติจริงความจริงทั้งสองด้านของหลักการคือการพึ่งตนเอง กับนิเวศสัมพันธ์เชื่อมโยงเสมือนสองด้านของเหรียญอันเดียวกันนั่นเองเพราะนิเวศเป็นรากฐาน สร้างเสริมให้การพึ่งตนเองได้สัมฤทธิ์ผลและยั่งยืน

สมพรเทพสิทธา (2549: 29-32) กล่าวว่าเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริมีขอบเขต กว้างขวางกว่าเศรษฐกิจระบบทุนนิยมซึ่งเกี่ยวกับเรื่องวัตถุเป็นรูปธรรมเช่นเงินทรัพย์สินกำไรไม่ เกี่ยวกับเรื่องจิตใจซึ่งเป็นนามธรรมแต่เศรษฐกิจพอเพียงมีขอบเขตกว้างขวางครอบคลุมถึง 4 ด้าน คือ

- 1) มิติด้านเศรษฐกิจเศรษฐกิจพอเพียงเป็นเศรษฐกิจแบบพอดูอยู่พอกินให้มีความ ขยันหมั่นเพียรประกอบสัมมาอาชีพเพื่อให้พึ่งตนเองได้ให้พ้นจากความยากจนการปฏิบัติตาม ทฤษฎีใหม่ตามแนวพระราชดำริเป็นตัวอย่างของการปฏิบัติตามเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งได้ช่วยให้ เกษตรกรจำนวนมากมีรายได้เพิ่มสูงขึ้นมีชีวิตที่เป็นสุขตามสมควรแก่อัตภาพพ้นจากการเป็นหนี้ และความยากจนสามารถพึ่งตนเองได้มีครอบครัวที่อบอุ่นและเป็นสุข
- 2) มิติด้านจิตใจเศรษฐกิจพอเพียงเน้นที่จิตใจที่รู้จักพอคือพอดีพอประมาณและพอใจใน สิ่งที่มียินดีในสิ่งที่ได้ไม่โลภเศรษฐกิจพอเพียงจะต้องเริ่มที่ตัวเอง โดยสร้างรากฐานทางจิตใจที่ มั่นคง โดยเริ่มจากใจที่รู้จักพอเป็นการปฏิบัติตามทางสายกลางหรือมัชฌิมาปฏิปทา
- 3) มิติด้านสังคมเศรษฐกิจพอเพียงมุ่งให้เกิดสังคมที่มีความสุขสงบประชาชนมีความ เมตตาเอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกันและกันไม่ใช่ต่างคนต่างอยู่มุ่งให้เกิดความสามัคคีร่วมมือกันเพื่อให้ ทุกคนอยู่ร่วมกันได้โดยปราศจากการเบียดเบียนกันการเอาตัวเอวเปรียบกันการมุ่งร้ายทำลายกัน
- 4) มิติด้านวัฒนธรรมเศรษฐกิจพอเพียงมุ่งให้เกิดวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตที่ประหยัดอด ออมมีชีวิตที่เรียบง่ายไม่ฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือยไม่ตกเป็นทาสของวัตถุนิยมและบริโภคนิยมซึ่งทำให้ กลายเป็นหนี้เป็นสินเกิดการทุจริตคอร์รัปชันซึ่งเป็นปัญหาสังคมที่ร้ายแรงที่สุดปัญหาหนึ่งที่บ่อน ทำลายความมั่นคงของชาติ

พลเอกเปรมติณสูลานนท์ (อ้างถึงในสมพรเทพสิทธิ 2549 : 34 - 35) กล่าวว่าเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงจะต้องถือหลัก 3 ประการคือ 1) คนเราทำอะไรต้องรู้จักประมาณเช่นประเมินว่าศักยภาพของเรานั้นเป็นอย่างไรมีเงินเท่าไรและนอกจากมีเงินแล้วมีอะไรอีกบ้าง 2) ต้องมีเหตุผลต้องตั้งตรงข้อดีข้อเสียว่ามีอะไรดีบ้างอะไรเสียบ้าง 3) สิ่งที่ตัดสินใจลงมือทำต้องมีภูมิคุ้มกันความเสี่ยงถ้าจะประเมินว่ามีปัญหาขึ้นมาจะแก้ไขให้เสียน้อยที่สุดอย่างไรต้องคิดเรื่องเวลาปัจจัยและความเสี่ยงคืออะไรความรู้ทั้ง 3 ประการนี้ไม่ได้นำไปใช้เฉพาะเรื่องเศรษฐกิจเท่านั้นเรื่องการศึกษาเรื่องวัฒนธรรมก็นำไปใช้ได้

สุวิทย์เมษินทรีย์ (2549: 172-174) กล่าวว่าเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาสากลที่สามารถประยุกต์ใช้ในทุกระดับจากระดับมหภาคสู่ระดับจุลภาคจากระดับนโยบายสู่ระดับปฏิบัติจากระดับประเทศสู่ระดับโลกจากภาคประชาชนสู่ภาคเอกชนและจากมิติเชิงโครงสร้างสู่มิติเชิงพฤติกรรมเศรษฐกิจพอเพียงมี 3 หลักการคือ

1) ความพอประมาณหมายถึงการทำให้ประชาชนเดินทางสายกลางมีความพอดีไม่เบียดเบียนทั้งตัวเองและผู้อื่น ไม่ใช่จ่ายกู้หนี้ยืมสินหรือลงทุนที่เกินกำลังถ้าศักยภาพของตัวเองสามารถไปสู้โลกได้แล้วก็ไปถ้ายังน่าจะอยู่ระดับภูมิภาคก็อยู่ในระดับนั้นก่อนอย่างนี้เรียกว่าความพอประมาณ

2) การใช้ความรู้และเหตุผลในการตัดสินใจสิ่งที่สำคัญคือความรอบคอบรู้จักปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมภายนอกเพราะเราอยู่ในระบบเปิดบางคนยังเข้าใจว่าเศรษฐกิจพอเพียงอยู่ในระบบปิดความจริงแล้วพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงมองทุกอย่างแบบพลวัตประเด็นคือในพลวัตการเปลี่ยนแปลงเราจะปรับวิธีการทำงานของภาครัฐยุทธศาสตร์การแข่งขันของภาคเอกชนตลอดจนวิถีชีวิตของชุมชนให้เข้ากับกระแสโลกาภิวัตน์ได้อย่างไร

3) การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในระดับครอบครัวจะอย่างไรให้ครอบครัวอยู่กันได้อย่างแน่นอนในระดับชุมชนภายในชุมชนและระหว่างชุมชนจะอยู่กันอย่างสมานฉันท์ได้อย่างไรในภาคเอกชนจะสร้างจิตความสามารถพร้อมๆกับการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อเสริมสร้างพลังในการแข่งขันได้อย่างไร

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) (อ้างถึงในอภิชาติรักษ์ 2551: 168) ได้ให้ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียงว่าอาจมองได้เป็นสองด้านคือมองอย่างวัตถุนิยมและมองแบบจิตนิยม

1) มองอย่างวัตถุนิยมมองภายนอกคือต้องมีเงินมีใช้มีปัจจัยสี่เพียงพอที่เราพูดว่าพอสมควรกับอัตภาพซึ่งใกล้เคียงกับคำว่าพึ่งตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ

2) ด้านจิตนิยมหรือจิตใจภายในคือคนจะมีความรู้สึกเพียงพอไม่เท่ากันบางคนมีเป็นล้านก็ไม่พอบางคนมีนิดเดียวก็พอเป็นการเพียงพอทางจิต

นิธิเอียวศรีวงศ์ (2544: 25) ได้ให้ความหมายโดยนัยแห่งวัฒนธรรมว่าเศรษฐกิจพอเพียง ไม่ใช่เทคนิคมีความหมายกว้างว่านั่นเพราะรวมเอา 1) อุดมการณ์บางอย่าง 2) โลกทัศน์บางอย่าง 3) ความสัมพันธ์บางอย่าง 4) ค่านิยมบางอย่างอยู่ในนั้นด้วยทั้งหมดนี้คือวัฒนธรรมนั่นเองถ้าไม่เข้าใจตามความหมายนี้เศรษฐกิจพอเพียงจะเป็นไปได้แค่เกษตรกรที่มีที่ดินของตนเองในปริมาณเพียงพอจะผลิตเพื่อบริโภคหรือทำรายได้พอสำหรับครัวเรือนเท่านั้นละนั่นเศรษฐกิจพอเพียงจึงนิยามกันไปเพียงว่าเศรษฐกิจพอเพียงคือวัฒนธรรม ไม่ใช่เทคนิคการเพาะปลูกหรือศีลธรรมความไม่ละโมภและการประหยัดเท่านั้นแม้ว่าเป็นส่วนที่ขาดไม่ได้ของเศรษฐกิจพอเพียง

อภิชัยพันธเสน (2549: 15-16) กล่าวว่า การสร้างขบวนการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียงต้องมีเป้าหมายการขับเคลื่อนที่ครอบคลุมการดำเนินงานมี 4 ด้านคือสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง การพัฒนากระบวนการเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ในระดับชุมชน การเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนาชุมชนพอเพียงของภาคประชาสังคมทั้งนี้งานทั้งสี่ด้านจะต้องมีความเชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการนอกจากนั้นแล้วยังจำเป็นต้องมีฐานความรู้กำกับ

#### 2.4 องค์ประกอบการดำเนินชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียง

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การดำเนินชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง รูปแบบการปฏิบัติบนพื้นฐานการได้รับปัจจัยสี่พอเพียง การศึกษาถ้วนทั่ว ครอบครัวเข้มแข็ง และมีรายได้พอเพียงสำหรับสมาชิกในครอบครัว ตามความต้องการจำเป็นพื้นฐานของบุคคล โดยปฏิบัติอยู่บนทางสายกลางประกอบด้วยความพอประมาณ ความมีเหตุผล ความมีภูมิคุ้มกันที่ดี โดยต้องอาศัยเงื่อนไขความรู้ และเงื่อนไขคุณธรรม

#### 2.5 ระดับของความพอเพียง

ความพอเพียง อาจแบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้ (คณะกรรมการการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548)

2.5.1 ความพอเพียงในระดับบุคคลและครอบครัว โดยเฉพาะเกษตรกร เป็นเศรษฐกิจพอเพียงแบบพื้นฐานเทียบได้กับทฤษฎีใหม่ขั้นที่ 1 ที่มุ่งแก้ปัญหาของเกษตรกรที่อยู่ห่างไกลแหล่งน้ำ ต้องพึ่งน้ำฝนและประสบความเสี่ยงจากการที่น้ำไม่พอเพียงจากการแก้ปัญหาความเสี่ยงเรื่องน้ำ จะทำให้เกษตรกรสามารถมีข้าวเพื่อการบริโภคยังชีพในระดับหนึ่งได้ และใช้ที่ดินส่วนอื่น ๆ สนองความต้องการพื้นฐานของครอบครัวรวมทั้งขายในส่วนที่เหลือเพื่อมีรายได้ที่จะใช้เป็นค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่สามารถผลิตเองได้ทั้งหมดนี้เป็นการสร้างภูมิคุ้มกัน ในตัวให้เกิดขึ้นในระดับครอบครัว

2.5.2 ความพอเพียงในระดับชุมชนและระดับองค์กร เป็นเศรษฐกิจพอเพียงแบบก้าวหน้า ซึ่งครอบคลุมทฤษฎีใหม่ขั้นที่2 เป็นเรื่องของการสนับสนุนให้เกษตรกรรวมพลังกัน ในรูปกลุ่มหรือสหกรณ์หรือการที่ธุรกิจต่าง ๆ รวมตัวกันในลักษณะเครือข่ายวิสาหกิจ

2.5.3 ความพอเพียงในระดับประเทศ เป็นเศรษฐกิจพอเพียงแบบก้าวหน้า ซึ่งครอบคลุมทฤษฎีใหม่ขั้นที่3 ซึ่งส่งเสริมให้ชุมชนหรือเครือข่ายวิสาหกิจ สร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆ ในประเทศ เช่น บริษัทขนาดใหญ่ ธนาคาร สถาบันวิจัย เป็นต้น

การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในลักษณะเช่นนี้จะเป็ประโยชน์ในการสืบทอดภูมิปัญญา แลกเปลี่ยนความรู้ เทคโนโลยี และบทเรียนจากการพัฒนา หรือร่วมมือกันพัฒนา ตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้ประเทศอันเป็นสังคมใหญ่อันประกอบด้วยชุมชน องค์กรและธุรกิจต่าง ๆ ที่ดำเนินชีวิตอย่างพอเพียง กลายเป็นเครือข่ายชุมชนพอเพียงที่เชื่อมโยงกันด้วยหลักไม่เบียดเบียน แบ่งปัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้ในที่สุด(คณะกรรมการการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,2548)

### 3 แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

#### 3.1 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ปัญหาสาธารณสุข ทำให้เกิดปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อมและปัญหาด้านสุขภาพซึ่งปัญหาด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากพันธุกรรมเศรษฐกิจการเมืองฯลฯ(Non-Behavioral Cause) และสาเหตุมาจากพฤติกรรม โดยตรง (Behavioral Cause) เช่นพฤติกรรม การไม่ออกกำลังกายพฤติกรรม การบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มเป้าหมายซึ่งต้องดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยใช้กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาดังนั้นการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินงานสุขภาพเพราะการดำเนินงานสุขภาพเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพทั้งในลักษณะของการปลูกฝัง การส่งเสริม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้มากพอที่จะลดปัญหาสาธารณสุข

กระบวนการดำเนินงานสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพัฒนาสาธารณสุขซึ่งเป้าหมายของการดำเนินงานสุขภาพเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิด

1. การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะต้องดำเนินการสุศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งพฤติกรรมที่ต้องการใน2ลักษณะคือ1) การกระทำในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ2) การไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะต้องดำเนินการสุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้มาจาก 2 ลักษณะคือ 1) การกระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ 2) การไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ(กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

### 3.2 ลักษณะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.2.1 มุ่งที่พฤติกรรมสุขภาพโดยตรงโดยที่พฤติกรรมนั้นต้องสังเกตเห็นได้และวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัยไม่ว่าการตอบสนองนั้นเป็นภายในหรือภายนอกก็ตาม

3.2.2 ไม่ใช่คำที่เป็นการตีตราซึ่งนอกจากจะมีความหมายกว้างไม่มีความชัดเจนยากต่อการสังเกตให้ตรงกันและยากต่อการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายได้แล้วการตีตราอาจทำให้ผู้รับบริการและบุคคลที่เกี่ยวข้องเกิดความอับอายแล้วจะส่งผลให้เลิกหรือไม่เลิกที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามที่ถูกตีตราได้

3.2.3 พฤติกรรมสุขภาพไม่จำเป็นพฤติกรรมที่ปกติหรือปกติก็ตามย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีตทั้งสิ้นดังนั้นพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยกระบวนการเรียนรู้

3.2.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะเน้นสภาพและเวลาในปัจจุบันเท่านั้นเมื่อวิเคราะห์ได้ว่าสิ่งเร้าและผลกรรมใดที่ทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดบ่อยหรือลดลงในสภาพปัจจุบันก็สามารถปรับสิ่งเร้าและผลกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้นเพื่อทำให้พฤติกรรมดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

3.2.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเน้นวิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการลงโทษเนื่องจากเป้าหมายของการปรับพฤติกรรมเน้นการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการทางบวกเพราะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพทั้งยังได้ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าวิธีการลงโทษ

3.2.6 วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะของปัญหาแต่ละบุคคลเพราะคนแต่ละคนมีความแตกต่างกันดังนั้นในการดำเนินการปรับพฤติกรรมจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย

3.2.7 วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรเป็นวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้วว่ามีประสิทธิภาพและได้ผลโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ดังนั้นการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขจึงต้องมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มีการกระทำหรือการปฏิบัติที่ถูกต้องสำหรับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างยั่งยืนกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นภาระหน้าที่สำคัญของนักปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพทุกท่านที่จะต้องเร่งดำเนินการเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป(กองสุขภาพ  
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

### 3.3 ทำไมต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.3.1 พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุขใน2ลักษณะ  
ด้วยกันคือ

3.3.1.1 พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยโดยตรงของปัญหาสาธารณสุข

กล่าวคือการทำที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมแล้วทำให้ตนเองครอบครัว  
หรือบุคคลอื่นในชุมชนเจ็บป่วยบาดเจ็บเสียชีวิตหรือมีสุขภาพที่ไม่ดีทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข

3.3.1.2 พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

กล่าวคือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของ  
บุคคลต่างๆซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นๆบุคคลอื่นๆในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆในชุมชนมีสุขภาพที่ดี  
ไม่เจ็บป่วยบาดเจ็บพิการหรือเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆที่สามารถป้องกันได้

3.3.2 พฤติกรรมสุขภาพมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพหรือปัญหา

สาธารณสุขทั้งในส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลแต่ละครอบครัวและแต่ละชุมชน  
ดังต่อไปนี้คือ

3.3.2.1 การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมเป็น

สาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆเองหรือเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของ  
บุคคลอื่นๆในครอบครัวรวมทั้งเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นๆในชุมชนด้วย  
เช่นการที่บุคคลกินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดโดยไม่ได้ปรุงให้สุกดีด้วยความร้อนทำให้  
ติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

3.3.2.2 เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรก็ตามแล้วตัวบุคคลนั้นเองหรือ

บุคคลอื่นในครอบครัวให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้องก็จะทำให้การเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้น  
หรือเสียชีวิตได้เช่นการซื้อยามารับประทานเองโดยไม่รู้แน่ชัดว่าป่วยเป็นโรคอะไรหรือเมื่อแพทย์ให้ยา  
มารักษาแล้วแต่ไม่ได้รับประทานยาให้ถูกต้องและครบถ้วนก็จะทำให้โรคไม่หาย

3.3.2.3 ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลแต่ละครอบครัวและ

แต่ละชุมชนต้องอาศัยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของบุคคลต่างๆเป็นสำคัญกล่าวคือปัญหา  
สุขภาพของแต่ละบุคคลหรือปัญหาสาธารณสุขของชุมชนต่างๆจะแก้ไขได้นั้นบุคคลต่างๆต้องมี  
พฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการส่งเสริมสุขภาพอย่างพอเพียงจึงจะมีสุขภาพที่ดีบุคคลต่างๆ

ต้องมีการกระทำการปฏิบัติการไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติที่จะทำให้ตนเองไม่เจ็บป่วยบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวไม่เจ็บป่วยหรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชนไม่เจ็บป่วยในกรณีที่บุคคลใดก็ตามหรือบุคคลใน ครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมาไม่ว่าจะด้วยโรคอะไรก็ตามบุคคลนั้นหรือบุคคลในครอบครัว จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและสาเหตุของการเจ็บป่วยรวมทั้งมี การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง(กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

### 3.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ที่นิยมนำมาใช้ในการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้



ภาพที่ 2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้

#### 3.4.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยตามทฤษฎีของ Bloom (Bloom's

##### Taxonomy)

- 3.4.1.1 ความรู้ที่เกิดจากความจำ (knowledge) ซึ่งเป็นระดับต่ำที่สุด
- 3.4.1.2 ความเข้าใจ (Comprehension)
- 3.4.1.3 การประยุกต์ (Application)
- 3.4.1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) สามารถแก้ปัญหาตรวจสอบได้
- 3.4.1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) สามารถนำส่วนต่างๆ มาประกอบเป็นรูปแบบใหม่ได้ให้แตกต่างจากรูปเดิมเน้น โครงสร้างใหม่

3.4.1.6 การประเมินค่า(Evaluation)วัดได้และตัดสินได้ว่าอะไรถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและเกณฑ์ที่แน่ชัด

### 3.4.2 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำ (Operant Conditioning)

Burrhus F. Skinner กล่าวว่า “แรงเสริม” เป็นตัวแปรสำคัญในการเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพหรือการเรียนรู้ของบุคคล “สิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์” จะเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมสุขภาพและ “การเรียนรู้” จะเกิดขึ้นเมื่อมีการเชื่อมโยงระหว่าง “สิ่งเร้า” กับ “การ ตอบสนอง”

### 3.4.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Learning Theory)

การเรียนรู้ในแนวทฤษฎีนี้คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้น ภายใน โดยไม่จำเป็นต้องแสดงออกมาให้เห็นแต่ถ้ามีการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกก็เป็นการ ยืนยันว่าเกิดการเรียนรู้ซึ่งบ่งชี้ว่าเน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตตัวแบบทำให้บุคคลเรียนรู้ ทั้งพฤติกรรมการแสดงออกทางความคิดอารมณ์และอื่นๆพร้อมๆกันตัวแบบที่บุคคลเห็นจะช่วยให้ บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่เสริมพฤติกรรมให้ดีขึ้นและยับยั้งการแสดงพฤติกรรมบางอย่างทั้งนี้ กระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตมีทั้งหมด4อย่างคือกระบวนการใส่ใจ (Attention) กระบวนการ จดจำ(Retention)กระบวนการแสดงพฤติกรรมเหมือนกับตัวแบบ (Visual Imagery)และ กระบวนการจูงใจ (Motivation)(กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

## 3.5 เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เทคนิคที่จะนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามบริบทและ เงื่อนไขของกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะของสภาพปัญหาและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันแต่ ทั้งนี้ผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก็จะต้องกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการ จัดทำแผนงาน/โครงการให้ชัดเจนว่าต้องการให้เกิดการปรับเปลี่ยนในสิ่งใดเป็นสำคัญหากต้องการ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับของการวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรมทางสุขภาพ ที่เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเองการบรรยายหรือแค่การสาธิตคงจะไม่เป็นการเพียงพอหากแต่จะต้อง ใช้การระดมสมองการอภิปรายการจัดทำโครงการร่วมด้วยจะเหมาะสมกว่าและสามารถบรรลุ เป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในที่สุด

### 3.5.1 ดำเนินการจัดการวางเงื่อนไขการกระทำตามแบบการวิเคราะห์พฤติกรรม

3.5.1.1 การกำหนดพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย (Defining the Target Health Behavior) โดยจะต้องกำหนดให้เฉพาะเจาะจงสังเกตได้และวัดได้แต่ไม่อยู่ในรูปแบบของ การตีตราหรือบอกถึงลักษณะของบุคลิกภาพมากกว่าเป้าหมาย

### 3.5.1.2 การรวบรวมและบันทึกข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

สุขภาพ(Collecting and Recording Health Behavior Data Baseline) คือการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทำให้แน่ใจว่าพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายนั้นเป็นปัญหาจริงเพื่อประเมิน โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเป็นข้อมูลป้อนกลับและช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### 3.5.1.3 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Analysis)

3.5.1.4 การกำหนดสิ่งที่มีศักยภาพเป็นตัวเสริมแรง (Identifying Potential Reinforces) ซึ่งจะต้องระลึกเสมอว่าคนเราทุกคนแตกต่างกันความต้องการก็ย่อมแตกต่างกัน

3.5.1.5 วางแผนและดำเนินการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขพฤติกรรม (Planning and Implementing the Intervention) การวางแผนจะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายที่กำหนด

3.5.1.6 ประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(Evaluating the Effects of Intervention) เป็นการรวบรวมข้อมูลหลังจากการดำเนินการปรับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว

## 3.5.2 การจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ

3.5.2.1 ในการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพมีเป้าหมายสำคัญที่สุดคือการจัดการให้ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตนเองสามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นต้นเหตุของปัญหาดังกล่าว

3.5.2.2 ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองให้บรรลุเป้าประสงค์ตามกำลังหรือศักยภาพของแต่ละคน

3.5.2.3 ผู้รับบริการแต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งด้านความต้องการความสนใจความถนัดและยังมีทักษะพื้นฐานอันเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันก่อให้เกิดการแสดงผลของการเรียนรู้ด้านสุขภาพออกมาในลักษณะที่ต่างกันจึงควรมีการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในลักษณะที่แตกต่างกันตามเหตุปัจจัยของผู้รับบริการแต่ละคน

3.5.2.4 การดำเนินการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรมีความเชื่อพื้นฐานอย่างน้อย

3 ประการคือเชื่อว่าทุกคนมีความแตกต่างกันเชื่อว่าทุกคนสามารถเรียนรู้ได้เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดได้  
ทุกที่ทุกเวลา

3.5.2.5 การจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงต้องเป็นการ  
จัดการบรรยากาศจัดกิจกรรมจัดสื่อจัดสถานการณ์ฯลฯ ให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ได้เต็มตาม  
ศักยภาพผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องรู้จักผู้รับบริการให้ครอบคลุม  
อย่างรอบด้านและสามารถวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปเป็นพื้นฐานในการออกแบบ  
หรือวางแผนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้สอดคล้องกับผู้รับบริการ

ข้อควรคำนึงคือในการจัดการเรียนรู้เปิดโอกาสให้กับผู้รับบริการเป็นผู้เลือกหรือตัดสินใจ  
ในเนื้อหาสาระที่สนใจเป็นประโยชน์ต่อตัวเองมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้

#### การประยุกต์โมเดลชิปปา ( CIPPA Model ) ในการจัดการเรียนรู้

C มาจากคำว่าConstruct หมายถึงการสร้างความรู้ตามแนวคิดการสรรค์สร้างความรู้

I มาจากคำว่าInteraction หมายถึงการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

P มาจากคำว่าPhysical Participation หมายถึงการมีส่วนร่วมทางกาย

P มาจากคำว่าProcess Learning หมายถึงการเรียนรู้กระบวนการต่างๆที่เป็นทักษะ  
สุขภาพที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

A มาจากคำว่า Application หมายถึงการนำความรู้ทางสุขภาพที่ได้เรียนรู้ไป  
ประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆในวิถีชีวิตประจำวัน

#### 3.5.3 การประยุกต์ใช้เทคนิคการจัดการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เทคนิคการจัดการเรียนรู้ในทางการศึกษาที่นิยมใช้ในปัจจุบันซึ่งสามารถนำมา  
ประยุกต์ใช้ในกระบวนการจัดการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีด้วยกันหลากหลายเทคนิค  
ซึ่งเทคนิคการจัดการเรียนรู้ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ  
บุคคลอย่างได้ผลดังเทคนิคต่อไปนี้

3.5.3.1 เทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (Co-operative Learning) เป็น  
การจัดมวลงประสพการณ์เรียนรู้ทางสุขภาพที่เน้นการให้ผู้รับบริการทำงานร่วมกันและช่วยเหลือกัน  
ในกลุ่มของตนเองซึ่งก็จะแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ดำเนินงาน

3.5.3.2 เทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบระดมพลังสมอง (Brainstorming  
Method) มีลักษณะสำคัญคือมีการแบ่งผู้รับบริการเป็นกลุ่มเล็กๆช่วยกันคิดหาคำตอบหรือทางเลือก  
สำหรับปัญหาสุขภาพที่กำหนดให้มากที่สุดและเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้แล้วช่วยกันพิจารณาเลือก  
ทางเลือกที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มของตนเอง

3.5.3.3 วิธีการจัดการเรียนรู้โดยการลงมือปฏิบัติ (Practice Method) เน้นให้ประสบการณ์ตรงกับผู้รับบริการเป็นการจัดการเรียนรู้ที่มุ่งให้เกิดการผสมผสานระหว่างทฤษฎีและภาคปฏิบัติโดยลักษณะสำคัญที่พบคือการลงมือปฏิบัติมักดำเนินการภายหลังการสาธิตการทดลองหรือการบรรยายทางสุขภาพมาแล้วการเรียนรู้โดยการปฏิบัติจึงเป็นการฝึกฝนความรู้ความเข้าใจจากทฤษฎีสู่สภาพที่เรียนมาโดยเน้นการฝึกทักษะสุขภาพให้เกิดขึ้น

3.5.3.4 วิธีการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation Method) เป็นการจำลองสถานการณ์จริงมาไว้ในบรรยากาศของการเรียนพยายามทำให้เหมือนจริงที่สุดมีการกำหนดกติกาหรือเงื่อนไขแล้วแบ่งผู้รับบริการเป็นกลุ่มให้เข้าไปเล่นในสถานการณ์จำลองนั้นๆ ด้วยกิจกรรมนี้ผู้รับบริการจะเกิดการเรียนรู้จากการเผชิญกับปัญหาจะต้องมีการตัดสินใจและใช้ไหวพริบ

3.5.3.5 วิธีการเรียนรู้แบบสาธิต (Demonstration Method) มีการแสดงหรือการกระทำให้ดูเป็นตัวอย่างผู้รับบริการจะเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตการฟังการกระทำหรือการแสดงและอาจเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมบ้าง

3.5.3.6 วิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงการ (Project Method) เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ให้ผู้รับบริการเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลก็ได้ได้มีการจัดทำโครงการสุขภาพและดำเนินงานให้สำเร็จตามโครงการนั้น

3.5.3.7 วิธีการเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่างเป็นวิธีการที่มุ่งช่วยให้ผู้รับบริการฝึกฝนการเผชิญและแก้ปัญหาทางสุขภาพโดยไม่ต้องรอให้เกิดปัญหาจริงเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการคิดวิเคราะห์และเรียนรู้ความคิดของผู้อื่นช่วยให้ผู้รับบริการมีมุมมองทางสุขภาพที่กว้างขึ้น

3.5.3.8 วิธีการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นการเรียนรู้โดยใช้แนวคิดของ Play and Learnช่วยให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้เรื่องต่างๆอย่างสนุกสนานและท้าทายความสามารถโดยผู้รับบริการเป็นผู้เล่นเองทำให้ได้รับประสบการณ์ตรง

3.5.3.9 การจัดการเรียนรู้โดยใช้แผนที่ความคิด (Mind Map) การเขียนแผนที่ความคิดเกิดจากการใช้ทักษะทั้งหมดของสมองสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการจัดการเรียนรู้สุขภาพได้อย่างหลากหลายทั้งในส่วนของนำไปใช้กับกิจกรรมสุขภาพในชีวิตส่วนตัวการวางแผนปัญหาสุขภาพการตัดสินใจแก้ปัญหาการนำเสนอ ฯลฯ

### 3.5.4 การบูรณาการกับการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.5.4.1 ลักษณะของการบูรณาการการบูรณาการเชิงเนื้อหาสาระการบูรณาการเชิงวิธีการการบูรณาการความรู้กับกระบวนการเรียนรู้การบูรณาการความรู้ความคิดกับคุณธรรมการบูรณาการความรู้กับการปฏิบัติการบูรณาการความรู้เข้ากับวิถีชีวิตจริงของผู้รับบริการ

3.5.4.2 รูปแบบของการบูรณาการในการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.5.4.2.1 การบูรณาการการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายในหน่วยงานในส่วนนี้เป็นการบูรณาการตัวของ “งาน” เข้าด้วยกันโดยสามารถดำเนินการใน 2 ลักษณะคือแบบเชื่อมโยง (Connected Model) เป็นการบูรณาการเนื้อหาสาระทางสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องกันเข้าด้วยกันและแบบคาบเกี่ยว (Shared Model) เป็นการบูรณาการระหว่างเนื้อหาสาระการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเนื้อหาสาระนั้นมีสาระความรู้ทักษะเจตคติหรือความคิดรอบยอดที่คาบเกี่ยวหรือเหลื่อมล้ำกันอยู่ส่วนหนึ่ง

3.5.4.2.2 การบูรณาการการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างหน่วยงาน(กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

กล่าวโดยสรุป แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น สิ่งหนึ่งที่แกนนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีหลากหลายวิธีการ และมีขั้นตอน/กระบวนการใช้ที่แตกต่างกันออกไปการเรียนรู้วิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละระดับ จะทำให้สามารถเลือกใช้ได้อย่างถูกต้องและเกิดประสิทธิผลสูงสุด แต่ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น การจัดกิจกรรมการสอน/ให้ความรู้อย่างเดียวไม่ใช่สิ่งที่เพียงพอ จำเป็นที่จะต้องมีการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ดังกล่าวด้วย และนอกจากนั้นในกระบวนการของการเรียนให้เกิดความตระหนัก รับรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น การสื่อสารสุขภาพนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งหากมีการใช้ประกอบกับสื่อที่เหมาะสม ก็จะยิ่งเป็นการเสริมแรงให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นไปในทิศทางที่แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องการได้ง่ายขึ้น

## 4. แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำแม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536)

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของสุขภาพว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ โดยภาวะนี้มีลักษณะเป็นพลวัต กล่าวคือ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับปัจจัยของชีวิต แบ่งสุขภาพออกเป็นสุขภาพกาย และสุขภาพจิต สุขภาพกาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่มีการเจริญเติบโต มีพัฒนาการสมวัย แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และทุพพลภาพ มีภูมิต้านทานโรคและสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันอดีต และอนาคตได้เป็นอย่างดี อาจกล่าวได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มากระทบร่างกาย

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ของบุคคลที่ปฏิบัติเป็นประจำในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เพียงพอ การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพยังมีความหมายรวมถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือละเว้นที่จะกระทำการใดที่จะมีผลต่อสุขภาพ ภายใต้ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพจึงหมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลเพื่อคงไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน โดยสภาวะสุขภาพดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติของแต่ละบุคคล

#### 4.1 ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

การดำเนินงานด้านสาธารณสุข แบ่งพฤติกรรมสุขภาพลักษณะต่างๆ จำนวน 6 ลักษณะได้แก่

4.1.1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติ ของบุคคลที่ ทำให้สภาวะของตนเอง หรือครอบครัวดีขึ้น

4.1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลที่ช่วย ป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน มิให้เกิดการเจ็บป่วย ทั้งจากโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ

4.1.3 พฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำ หรือปฏิบัติของบุคคล เมื่อตนเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัว หรือชุมชน มิให้เกิดการเจ็บป่วย หรือการแสวงหาการรักษาพยาบาล จากสถานพยาบาล

4.1.4 พฤติกรรมการรักษาพยาบาล ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลตาม คำแนะนำของแพทย์ หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาล เมื่อตนเองเจ็บป่วยหรือบุคคลที่ตนเองดูแลเกิดเจ็บป่วย

4.1.5 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติ เพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหา หรือการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน และปัญหาของส่วนรวม

4.1.6 พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง หรือครอบครัวในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ด้านการป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ ตามระดับหรือขีดความสามารถที่ดูแลพึ่งพาตนเองได้

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพข้างต้น เป็นเป้าหมายของการดำเนินงานสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ย่อมจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นคนกลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง และขาดการออกกำลังกาย หรือใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ จึงอาจจะส่งผลให้คนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานได้ในที่สุด การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงควรจะเน้นการอบรมสั่งสอนตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยเริ่มจากครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และสังคม

## 4.2 ประเภทของพฤติกรรม

4.2.1 พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจโดยการมองเห็น ได้ยิน ได้สัมผัส เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเป็นเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นมาจากการศึกษาค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่ได้จากการสังเกต ตรวจสอบหรือรายงานซึ่งต้องอาศัยความชัดเจนและระยะเวลาในการศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยจัดเป็นวิทยาศาสตร์สุขภาพและการปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นและเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ที่มีสุขภาพที่ดี ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยนั้นเป็นความรู้ระดับขั้นต้นความสามารถในการนำไปใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์และประมาณค่า เป็นระดับความรู้ขั้นที่จะสามารถกระตุ้นเตือนให้บุคคลรู้จักสำรวจตรวจสอบตนเองและสามารถเกิดการกระทำได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสววิ สุวรรณ, 2536)

4.2.2 พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective domain) ทัศนคติเป็นความเชื่อของบุคคล การกระทำ สถานการณ์หรืออื่น ๆ รวมทั้งท่าทีแสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่ง พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม และค่านิยม 5 ขั้นตอน คือ การยอมรับ การตอบสนอง การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม การจัดระบบหรือจัดกลุ่ม คุณค่าแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ

4.2.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่แสดงออก พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นส่วนต่อมาจากพฤติกรรมความรู้และพฤติกรรมด้าน

ทัศนคติ พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกมาในสถานการณ์หนึ่ง ๆ พฤติกรรมด้านนี้ต้องอาศัยความรู้ ความคิด และทัศนคติเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่ประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีความสุข

#### 4.3 สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

4.3.1 ความเชื่อ (Belief) เป็นการยอมรับข้อเท็จจริงต่างๆ ของบุคคล ซึ่งอาจจะถูกต้องตามความจริงก็ได้ ความเชื่อเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อบุคคลมาก การมีความเชื่ออย่างไรก็มักจะแสดงพฤติกรรมออกมาเช่นนั้น

4.3.2 ค่านิยม (Value) เป็นเครื่องชี้แนวทางปฏิบัติของบุคคลบุคลิกภาพ (Personality) เป็นคุณลักษณะของบุคคล แต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

4.3.3 สิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรม (Stimulus Object) สิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรมเป็นอะไรก็ได้ เช่น ความหิว อาหาร เป็นต้น สิ่งกระตุ้นพฤติกรรมอย่างหนึ่งมีพลังกระตุ้นพฤติกรรมของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน

4.3.4 ทัศนคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกหรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของหรือสถานการณ์ต่างๆเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคล ทัศนคติของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ๆของบุคคลที่ได้รับ

4.3.5 สถานการณ์ (Situation) หมายถึง สภาพแวดล้อมหรือสถานะของบุคคลที่กำลังจะเกิดพฤติกรรม

#### 4.4 แนวคิดยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพ

เพื่อสร้างจินตนาการของสังคมเกี่ยวกับสุขภาพเน้นการมีสุขภาพดีและมียุทธศาสตร์ทางครอบครัวโดยการสร้างความเข้าใจระหว่างพ่อ แม่ ลูกส่วนยุทธศาสตร์ชุมชนต้องสร้างให้ชุมชนมีพลังที่สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ การปฏิรูปการเรียนรู้ในโรงเรียนโดยอาจจะมีการปรับเปลี่ยนหลักสูตรการเรียนการสอน สุขศึกษาและยุทธศาสตร์การเรียนรู้ในโรงเรียน สื่อมวลชน ที่มีอิทธิพลในการกระตุ้นสร้างกระแสสังคม การวิจัย และการบริหารจัดการ

#### 4.5 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการพัฒนาชนบท หลักการสำคัญหรือหัวใจของการมีส่วนร่วมของประชาชนคือ จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในทุก

ขั้นตอนของกระบวนการร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในผลการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งในการพัฒนาปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชน ถูกกระทบจากสิ่งต่างๆเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสภาพเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลง ทำให้เกิดสภาพการต่างคนต่างอยู่ มุ่งหวังที่จะแก้ไขปัญหาของตนให้อยู่รอดไปในแต่ละวัน ไม่มี ความสนใจต่อสังคมรอบข้าง ทำให้มีปัญหามาหลายด้าน ที่นับวันจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นที่ จะต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันเพื่อที่จะช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่าง ตรงกับความต้องการของคนส่วนใหญ่เพื่อให้ได้ให้แนวทางในการพิจารณาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ของประชาชนผู้ทำการศึกษาจึงขอเสนอแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านที่ได้ศึกษาและรวบรวม ไว้ ดังนี้

สุเมธ ทรายแก้ว (2536, หน้า 15-16) กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมว่าการมีส่วนร่วม โดยทั่วไป หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นการตัดสินใจแต่เพียงอย่างเดียว ยังใช้การตัดสินใจควบคู่ไปกับการปฏิบัติการ (implementation) ด้วย เช่น ในการจัดองค์กร การกำหนดกิจกรรมพัฒนา เป็นต้น การตัดสินใจยังมีความเกี่ยวข้องกับ ประชาชนในเรื่องของผลประโยชน์ (benefits) และการประเมินผล (evaluation) ในกิจกรรมพัฒนา ด้วยซึ่งจะเห็นว่า การตัดสินใจนั้นเกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติการ แต่ก็เกี่ยวข้องับผลประโยชน์ และการประเมินผลด้วยเหมือนกัน กล่าวคือ ผลประโยชน์นั้นเป็นผลมาจากการปฏิบัติการ และ ผลประโยชน์จะมาเป็นตัวกำหนดให้มีการประเมินผล ซึ่งต่างก็ได้รับผลมาจาก ขั้นตอนการ ตัดสินใจแล้วทั้งสิ้นนั่นเองนอกจากนี้ยังมีผลสะท้อนกลับ (feedback) จากการประเมินผลและการ ปฏิบัติการกลับไปสู่การตัดสินใจอีกด้วยดังนั้นตามแนวคิดนี้สามารถแบ่งลักษณะของการมีส่วนร่วม ได้ 4 ลักษณะ คือ 1)การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2)การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3)การมี ส่วนร่วมในผลประโยชน์ 4)การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ปรัชญา เวสารัชช์ (2538, หน้า 8) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการซึ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆของกิจกรรมของส่วนรวมซึ่งมี วัตถุประสงค์ในการพัฒนาชนบท โดยในการเข้ามาเกี่ยวข้องนี้ ผู้เข้าร่วมได้ใช้ความพยายามและ เสียสละทรัพยากรบางอย่างเช่น ความคิด วัตถุ แรงกาย และเวลา

เมธี จันทร์จารุภรณ์ ( 2539 หน้า 8-10) ได้สรุปว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจ สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถอย่างแท้จริง ในการ กำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชนที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมอย่างเป็นฝ่ายกระทำเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน (mass movement) เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนได้

อคินรพีพัฒน์ (2527 หน้า 107-111) ได้กำหนดขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้ 1) การค้นปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนาการแก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน 4) การประเมินผลกิจกรรมพัฒนา

กล่าวโดยสรุปแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน คือการเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยสมัครใจเข้าร่วม ทั้งร่างกาย เวลา ความคิด ทุนทรัพย์ ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผลกระทบ ผลประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ในการกำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชน โดยไม่มีใครมากำหนดกรอบที่มาจากบุคคลภายนอก

#### 4.6 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กองโภชนาการ กรมอนามัย ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่าเป็นการกระทำใดๆ ของบุคคลที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เช่น การบริโภคอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร และการปรุงอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีผู้ให้ความหมายรวมไปถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่แสดงออกทางกาย และทางความนึกคิด ซึ่งหากมีการปฏิบัติถูกต้องตามหลักโภชนาการ ก็จะส่งผลให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดี สำหรับในทางตรงกันข้ามหากมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ หรือรับประทานอาหารเฉพาะบางชนิด เป็นต้น ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะโภชนาการตามมาได้ พฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์มักเกิดจากการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่มเกณฑ์ทางสังคม ครอบครัว ผู้เลี้ยงดู การเรียนรู้รสชาติอาหาร นอกจากนี้ความรู้จากโรงเรียน สื่อมวลชน วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ต่างๆ ประกอบกันไปสู่พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคน หากการรับรู้ที่ได้มาถูกต้องก็จะส่งผลให้คนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ตรงกันข้ามหากคนได้การเรียนรู้ การส่งเสริมประสบการณ์ที่ไม่ถูกต้องก็ย่อมจะส่งผลให้คนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องตามไปด้วย และส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็กตามมา

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน สื่อมวลชนต่างๆ ทำให้เกิดตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหารประเภทใด อาหารชนิดใด หรือช่วงระยะเวลาของการรับประทานอาหาร ตลอดจนความถี่ของการรับประทานอาหาร ภายใต้อารมณ์ ความคิดถึงประโยชน์ หรือโทษจากการรับประทานอาหาร ที่จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายได้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เกี่ยวกับประเภท และปริมาณของอาหารที่รับประทานแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ คือ

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เกี่ยวกับประเภทอาหารที่รับประทาน แบ่งได้เป็น

### 3 กลุ่มดังนี้ คือ

- 1.1 พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่มีผลดีต่อภาวะโภชนาการ เกิดจากความเชื่อผิดๆ เช่น การห้ามรับประทานอาหารบางชนิด
- 1.2 พฤติกรรมกลางๆ ไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการ
- 1.3 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามวัยและความต้องการของร่างกาย

### 2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เกี่ยวกับปริมาณของอาหารที่รับประทาน แบ่งออกเป็น

#### 2 กลุ่ม ดังนี้ คือ

2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารน้อยเกินไป ทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารต่างๆ โรคขาดธาตุเหล็ก โรคขาดวิตามินเอ โรคคอหอยพอกจากการขาดสารไอโอดีน โรคปากนกกระจอกจากการขาดวิตามินบีสอง เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน โรคอ้วน โรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด เป็นต้น

### 4.7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภค

4.7.1 ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) คือ สภาพแวดล้อมของชุมชนเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหาร และการมีอาหารบริโภค ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ อากาศ อุณหภูมิ และทรัพยากรอื่นๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการผลิตอาหารตลอดจน ทางคมนาคมติดต่อกับภายนอก

4.7.2 สุขภาพ และสรีระภาพ (Health and Physiological condition) คือ นิสัยการบริโภคที่ดี และสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมักจะไปด้วยกัน

4.7.3 ภาวะเศรษฐกิจ (Economic Status) รายได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารชนิดต่างๆ อย่างไรก็ตาม คนมีฐานะทางเศรษฐกิจดีอาจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่พึงประสงค์ได้ หากขาดความรู้ความเข้าใจในการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม

4.7.4 ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม (Cultural factor) คือ วัฒนธรรมอาหารของแต่ละสังคม ที่ต่างวัฒนธรรมก็จะรับประทานอาหารที่แตกต่างกันไป

4.7.5 ปัจจัยด้านสังคม (Social factor) เป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดบริโภคนิสัย เกิดขึ้นตามขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ แต่ละสังคมอาจมีการบริโภคที่ไม่เหมือนกันได้ เพราะข้อจำกัดเกี่ยวกับเพศ วัย ฐานะ เป็นต้น

4.7.6 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factor) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดในสังคมนั้น

4.7.7 ปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อน จะมีอิทธิพลมากต่อคนเรา

4.7.8 ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นการถ่ายทอดการปฏิบัติในการรับประทานอาหารมาจากครอบครัวนับตั้งแต่ในวัยเด็ก ทำให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะคิด การยอมรับ ปฏิเสธ หรือความชอบ เป็นต้น

4.7.9 ปัจจัยด้านความสามารถในการรับรส สัมผัสรู้สึกเกี่ยวกับ รสชาติอาหารทำให้เกิดความนิยมในอาหารแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล

4.7.10 สื่อสารมวลชน มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อ

4.7.11 อิทธิพลของการศึกษา ผู้มีการศึกษาย่อมทราบถึงประโยชน์ คุณค่าดีกว่าผู้ไม่มีความรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่ง การที่คนมีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นนำไปสู่การก่อให้เกิดทัศนคติในการกระทำสิ่งนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระทำสิ่งนั้นแล้วก่อให้เกิดผลดีกับตัวเองก็จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้นๆ

4.7.12 ศาสนา ข้อกำหนดแต่ละศาสนาเกี่ยวกับอาหาร อาจแตกต่างกันไป ผู้เคร่งครัดศานาย่อมปฏิบัติ ตามความเชื่อของศาสนาที่ตนนับถือ

กล่าวโดยสรุป จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมหมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรม เช่น คุณค่า ความคิด ความเชื่อ รสนิยมและสภาพจิตใจ ตลอดจนประเพณีและวัฒนธรรมหรือสิ่งแวดล้อมของบุคคลสามารถสังเกตได้จาก การแสดงออกด้วยกิริยา เช่น การกิน การนอน การเดิน แสดงความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น เป็นต้น

#### 4.8 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการดูแลสุขภาพที่มีการบูรณาการความรู้ดั้งเดิมเข้ากับการบำบัดเสริม เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีและป้องกันรักษาโรค ในปัจจุบันมีการนำการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมใช้ในการบำบัดรักษาคนไข้หรือผู้ที่มีความไม่สบาย ทำให้เกิดเป็นการแพทย์แบบองค์รวมขึ้น (Holistic Medicine) การแพทย์แบบองค์รวมได้รับความนิยมน้อยแพร่หลายในหลายประเทศ เปรียบเสมือนปรัชญาการสร้างสุขภาพและการรักษาโรค ซึ่งจะพิจารณาองค์ประกอบทุกอย่างของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นไปที่การให้ผู้เข้ารับการรักษาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา หรือปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรคร้ายด้วยตนเอง จะเห็นได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทพฤติกรรมสุขภาพจาก “เชิงรับ” มา

เป็น “เชิงรุก” ในบางครั้งเรียกการแพทย์แบบองค์รวมว่าเป็นการแพทย์ทางเลือก(Alternative Medicine) โดยไม่ได้จำกัดอยู่ที่วิธีหนึ่ง หากแต่ครอบคลุมถึงการวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามของสุขภาพ (Health) หมายถึงความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ส่วนคำนิยามสุขภาพะ (Well - Being) คือ การที่สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณอยู่กันอย่างสมดุล (ดวงกมล สักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน ปรถ ปรุพิทอง, 2547 และ Mathai, 2005)

สุขภาพะ (Well - Being) คือการมีความสุขที่ดี มีความรู้สึกเป็นสุข ความสมดุล ความเป็นองค์รวมของ 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณ ที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคม เพื่อสร้าง “ความอยู่เย็นเป็นสุข” (ดวงกมล สักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงในกองบรรณาธิการ โกลด์หมอ, 2547)

สุขภาพะทางจิตใจ (Mental Health) หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่มี ความเครียด มีสติสัมปชัญญะ และความคิดอ่านตามควรแก่อายุ (ดวงกมล สักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงในประเวศ ะสี, 2543 และสันต์ หัตถิรัตน์, 2548)หรือกล่าวได้ว่าจิตใจเป็นตัวเชื่อมระหว่าง ภายในและภายนอกตัวอย่างเช่น การทำสมาธิ เทคนิคการ Deep Relaxations เพื่อเป็นการเพิ่มสมาธิ และช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ การทำสมาธิและการใช้น้ำสมุนไพร Mass therapy และการกดจุดซึ่งเป็นการทำให้มีการเคลื่อนไหวของพลังงานภายใน (ดวงกมล สักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงในMathai, 2005)

สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย(Physical Health) หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่วมีกำลังไม่เป็นโรคไม่พิการมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ (ดวงกมล สักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงในประเวศ, 2543) โดยในการแพทย์แบบองค์รวมจะเน้นไปที่การคลายความตึงของ กล้ามเนื้อ โดยการถ่ายทอดพลังงานผ่านทางการนวด ได้แก่ วารีบำบัด การพอกหน้าด้วยผักและ โคลนพอก การบำบัดโดยการสัมผัส (Touch Therapy)

สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางสังคม (Social Health) เป็นความสุขที่เกิดจากการเข้าใจธรรมชาติ เข้าใจความจริงแห่งชีวิตและสรรพสิ่งจนเกิดความรอบรู้

สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางจิตปัญญา (Spiritual Health) เป็นความสุขที่เกิดจากการเข้าใจ ธรรมชาติเข้าใจความจริงแห่งชีวิตและสรรพสิ่งจนเกิดความรอบรู้(ดวงกมล สักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน สันต์ หัตถิรัตน์, 2548)

สมาคมการแพทย์แบบองค์รวมของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวม 2 แบบ(ดวงกมล สักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน Walter, 2005)ดังนี้

1. สุขภาพแบบองค์รวม คือ ทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ หรือร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ หรือร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เมื่อนำไปประยุกต์ใช้กับการรักษาจะเรียกว่า การรักษาแบบองค์รวม (Holistic Medicine) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 อย่าง คือ สาเหตุของการเกิดโรค การเพิ่มความเกี่ยวข้องของผู้ป่วย และการพิจารณาการรักษาแผนปัจจุบัน (Allopathic) และการรักษาแบบทางเลือก (Alternative)

2. สุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลสุขภาพแบบทางเลือก เป็นการเปลี่ยนการรักษาจากการแพทย์แผนปัจจุบันและใช้การรักษาแบบทางเลือก

ดังนั้นสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นปรัชญาของการมีสุขภาพที่ดี โดยพิจารณาถึงทุก ๆ องค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาจากปฏิริยาความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ วิญญาณและสภาพแวดล้อม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีที่สุด

สำหรับคำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวมของไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า เป็นสุขภาพที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้หมายถึงความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น โดยพระราชบัญญัติสุขภาพได้จำแนกภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ระบบการแพทย์แผนไทย เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยอาศัยความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาตั้งแต่ในอดีต เช่น รักษาด้วยการใช้สมุนไพร การนวด ประคบ การใช้ธรรมชาติบำบัด การนั่งสมาธิ
2. ระบบแพทย์พื้นบ้าน คือ ระบบการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน จนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำรงชีวิต
3. การแพทย์ทางเลือก หมายถึง ระบบการแพทย์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทยหรือใช้แพทย์พื้นบ้าน เช่น โยคะ ชี่กง หรือการฝังเข็ม

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้เปิดให้บริการสุขภาพที่เน้นการให้บริการแบบองค์รวมหรือไทยสัปปายะ โดยสัปปายะเป็นคำมาจากภาษาบาลี แปลว่า สภาพเอื้อเกื้อหนุน ช่วยให้ความเป็นอยู่ทำกิจกรรมหรือดำเนินกิจกรรมได้ผลดี ไทยสัปปายะจะเป็นการรวมภูมิความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งองค์ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรไทย หัตถบำบัดด้วยการนวดแผนไทย และสปาแบบไทยที่มีการรักษาด้วยอาหาร การบำบัดด้วยน้ำ การบำบัดด้วยกลิ่น การสร้างความแข็งแรงให้กับจิตใจด้วยการนั่งสมาธิ การทำฤๅษีตัดตน รวมทั้งกายบริหารแบบต่าง ๆ โดยทั้งหมดอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างถึงใน กองบรรณาธิการไก่ล้อม, 2547)

กล่าวโดยสรุป สุขภาพองค์รวม เป็นการดูแลสุขภาพในทุกด้าน โดยการนำความรู้เดิมมาบูรณาการเพื่อบำบัดเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีและการป้องกันรักษาโรคคนที่ไม่สบายเป็นการดูแลในทุก ๆ ด้านของมนุษย์ทั้งทางกาย จิตใจหรือจิตวิญญาณทางสังคมอย่างสมดุล จนบางครั้งเรียกแพทยองค์รวมว่าแพทยทางเลือก

#### 4.9 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงาน หรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัว เพื่อให้ร่างกาย หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน กระโดด การวิ่ง การทำงาน หรือการเล่นกีฬา การออกกำลังกายในแต่ละกิจกรรม ร่างกายต้องใช้กำลังงานมากน้อยแตกต่างกันไป ตามลักษณะของงานนั้นว่า จะมากน้อยหรือหนักเบาเพียงใด

การออกกำลังกายเป็นปัจจัยหนึ่งในการดำรงชีวิต ที่จะทำให้มีการพัฒนาร่างกาย ให้แข็งแรงสมบูรณ์และทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายเคลื่อนไหวได้ดี สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4.10 หลักของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นประจำ จะให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง จะต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามหลักการ และวิธีการดังต่อไปนี้คือ

4.10.1 ควรเริ่มการออกกำลังกายอย่างเบาๆ ก่อน จึงค่อยๆ เพิ่มความหนักของการออกกำลังกายในวันต่อๆ ไปให้มากขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน

4.10.2 ผู้ที่เพิ่งฟื้นจากไข้ หรือมีโรคประจำตัว ต้องปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

4.10.3 ผู้ที่ประสงค์จะออกกำลังกายหนักๆ โดยเฉพาะมีอายุต่ำกว่า 40 ปี จะต้องปรึกษาแพทย์ก่อน

4.10.4 ในระหว่างการออกกำลังกายรู้สึกมีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด หอบมาก และชีพจรเต้นเร็ว ต้องหยุดการออกกำลังกายทันที และถ้าต้องการออกกำลังกายใหม่ ควรจะได้รับการคำแนะนำจากแพทย์ก่อน

4.10.5 การออกกำลังกาย แต่ละครั้ง ควรเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับตัวเอง

4.10.6 การออกกำลังกาย ที่จะให้ได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง ควรจะต้องออกแรงโดยให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายทุกส่วนทำงานมากกว่าปกติหรือให้รู้สึกเหนื่อย เช่น หายใจเหนื่อยขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น

4.10.7 ผู้มีภารกิจประจำวันที่ไม่สามารถแบ่งเวลาเพื่อการออกกำลังกายได้ ควรเลือกกิจกรรมที่ทำงานกระทำได้ในบริเวณบ้าน ใช้เวลาสั้นๆ เช่น เดินเร็วๆ ภายบริหาร วิ่งเหยาะๆ กระโดดเชือก ชกกลม เป็นต้น

4.10.8 เครื่องมือที่ช่วยในการออกกำลังกาย เช่น เครื่องเขย่า สัน ดิ่ง ดัน เพื่อให้ร่างกายไม่ต้องออกแรงนั้น มีประโยชน์น้อยมาก เพราะว่าการออกกำลังกาย จะมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์หรือไม่เพียงใด นั้นขึ้นอยู่กับว่าร่างกายได้ออกกำลังกายแรงแมกน้อยเพียงใด

4.10.9 การออกกำลังกายควรทำให้สม่ำเสมอทุกวัน อย่างน้อยวันละ 15-20 นาที หรือทุกสองวัน หรือทุกสามวัน แล้วแต่เหตุการณ์ หรือความสะดวก แต่ควรทำอย่างสม่ำเสมอ ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกครั้ง อาจจะเป็นตอนเช้า หลังตื่นนอน ตอนบ่าย หรือตอนค่ำก็ได้

4.10.10 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ จะเกิดผลดี ต้องควบคู่ไปกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อนที่เพียงพอ

#### 4.11 สารหลักการสำหรับการออกกำลังกาย และกีฬาเพื่อสุขภาพ

4.11.1 การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา เป็นสิ่งจำเป็นตามธรรมชาติ เพื่อสนองตอบความต้องการเคลื่อนไหว ในชีวิตประจำวัน

4.11.2 การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา เป็นกิจกรรมจำเป็นตลอดชีวิต ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต

4.11.3 การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา เป็นกิจกรรมจำเป็นสำหรับคนทุกเพศ ทุกวัยและทุกอาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและคนพิการ

4.11.4 การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา ต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติที่ดีจึงจะทำได้ถูกต้องและเหมาะสม

4.11.5 การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา ต้องเป็นไปตามขั้นตอน คือ ต้องเข้าใจประโยชน์และโทษของการออกกำลังกาย รู้หลักของการออกกำลังกาย และเล่นกีฬาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

4.11.6 การออกกำลังกายและการเล่นกีฬามีประโยชน์หลายด้านการฝึกจึงต้องเลือกให้เหมาะสมกับจุดประสงค์ เช่น เพื่อสุขภาพ เพื่อทรวดทรง เพื่อบุคลิกภาพหรือเพื่อการแข่งขัน

4.11.7 การออกกำลังกายและการเล่นกีฬาควรเป็นไปตามกระบวนการจิตวิทยาการเรียนรู้ คือ ต้องฝึกตามความถนัด ความสนใจและมีการพัฒนาตนเอง

4.11.8 การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา จะได้ผลดีถ้าฝึกด้วยความรู้ ความเข้าใจ เห็นความก้าวหน้า และผลสัมฤทธิ์ของการฝึก

4.11.9 ไม่มีแบบฝึกการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาอย่างหนึ่งอย่างใดที่เหมาะสมสำหรับทุกคนในทุกโอกาส จึงต้องกำหนดแบบฝึกหัดเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

4.11.10 การออกกำลังกายจะเห็นผล เมื่อฝึกไปได้ 6-8 สัปดาห์ ในทางเดียวกันถ้าเลิกฝึกสมรรถภาพร่างกายจะลดลงภายใน 6-8 สัปดาห์ เช่นกัน ดังนั้นจึงต้องฝึกฝนร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาสภาพความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายไว้ตลอดไป

#### 4.12 ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย และการเล่นกีฬา มีประโยชน์ต่อบุคคลในแต่ละด้านดังนี้ คือ

4.12.1 ด้านร่างกาย อวัยวะต่างๆ ในร่างกาย สามารถทำงานประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีบุคลิกภาพที่ดีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างกระฉับกระเฉง มีภูมิคุ้มกันสูง สมรรถนะทางกายดีโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน สรีรวิทยา ดังนี้

4.12.1.1 กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้นส่งผลให้การสูบฉีดเลือดดีขึ้นปริมาณเลือดที่สูบฉีดแต่ละครั้งมีปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ขณะที่ออกกำลังกายขณะเดียวกันกล้ามเนื้อหัวใจหดตัวและคลายตัว โดยหลอดเลือดดำนำเลือดกลับไปเลี้ยงหัวใจได้ดีขึ้น

4.12.1.2 ระบบไหลเวียนดีขึ้น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นการเพิ่มปริมาณเลือดให้แก่ร่างกาย ปรับปรุง

4.12.1.3 ปอด ทำให้อากาศในปอดมีมากขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ช่วยในการขยายกระบังลมทำงานได้ดีขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน กับ คาร์บอนไดออกไซด์ดีขึ้น

4.12.1.4 เซลล์และกล้ามเนื้อ การสันดาปที่ระดับเซลล์ดีขึ้นทำให้ไขมันสลายได้อย่างรวดเร็ว มีการสะสมของคาร์โบไฮเดรต (กลัยโคเจนในกล้ามเนื้อและตับ) ทำให้สามารถออกกำลังกายได้นานขึ้น โดยไม่รู้ล้าเมื่อยล้าเนื่องจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดจะมีเพียงพอต่อความต้องการ เพราะการผลิตน้ำตาลในตับเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ น้ำย่อยที่ช่วยในการเผาผลาญไขมันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพฮอร์โมนต่างๆ ปรับสภาพได้ดี

4.12.1.5 น้ำหนักของร่างกายที่เหมาะสม ทำให้การออกกำลังกายได้ใช้พลังงานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากการออกกำลังกายนานๆ ทำให้พลังงานถูกใช้ไปได้มาก ทำให้

ไขมันสะสมในร่างกายลดน้อยลง นอกจากนี้สมองส่วนที่สั่งความรู้สึกอยากอาหาร ปรับตัวในการรับอาหารและการใช้พลังงาน ให้เกิดความเหมาะสมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นการควบคุมน้ำหนักของร่างกาย ให้ปริมาณอาหารที่รับประทานเท่ากับปริมาณพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน

4.12.1.6 กระดูก กระดูกอ่อนและเอ็น ข้อต่างๆแข็งแรงขึ้น คือเอ็นต่างๆ มีความสามารถในการยืดและหดได้ดี ข้อต่อการเคลื่อนไหวตลอดการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวได้มากกว่าปกติ กระดูกอ่อนแข็งแรงเมื่อองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยในการเคลื่อนไหวนี้แข็งแรง อัตราการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬาหรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจะลดน้อยลงและส่งเสริมให้สมรรถภาพของร่างกายดีขึ้น

4.12.1.7 ป้องกันโรคที่เกิดจากความบกพร่องของระบบไหลเวียนเลือดได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากคลอเลสเตอรอล สะสมที่ผนังหลอดเลือดแดง เป็นต้น

4.12.2 ด้านจิตใจ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และจิตใจ ร่าเริง แจ่มใส เบิกบาน นอกจากนี้การเล่นกีฬาเป็นทีมหลายคนจะทำให้ความเอื้อเฟื้อ มีเหตุมีผล อุดหนุนสุขุม รอบคอบ มีน้ำใจนักกีฬา รู้จักแพ้รู้จักชนะ

4.12.3 ด้านอารมณ์ ทำให้อารมณ์เยือกเย็น ช่วยลดความเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวันสามารถดำเนินวิถีชีวิตประจำวัน และออกกำลังกายได้เป็นอย่างดี

4.12.4 ด้านสติปัญญา การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำให้ความคิดปลอดโปร่ง มีไหวพริบ มีความคิดสร้างสรรค์

4.12.5 ด้านสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับผู้ร่วมงานและผู้อื่นได้ เกิดความเข้าใจ เรียนรู้พฤติกรรม มีบุคลิกภาพที่ดี มีความเป็นผู้นำ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ฉะนั้นการออกกำลังกายในเด็กวัยเรียน ก็จะช่วยส่งผลให้เด็กได้รับการพัฒนาทางด้านร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ สมวัย ปราศจากโรคต่างๆ มีภูมิคุ้มกันโรค อารมณ์ร่าเริงแจ่มใส จิตใจมีน้ำใจ มีเหตุผล สังคม สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้และสติปัญญา เฉลียวฉลาดเช่นเดียวกัน

#### 4.13 โทษของการขาดการออกกำลังกาย

สังคมปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์มีเครื่องทุ่นแรง และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ มากมาย ส่งผลให้การใช้ร่างกาย การออกกำลังกาย หรือการเล่นกีฬาลดน้อยลงจนก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย ดังนี้

4.13.1 โรคอ้วนและโรคเบาหวาน การขาดการออกกำลังกายมีผลให้การเผาผลาญอาหารเป็นพลังงานลดน้อยลงเกิดการสะสมอาหารส่วนเกินไว้ในรูปของไขมัน การมีไขมันเกิน

ร้อยละ 15 ถือว่าป่วยเป็นโรคอ้วน ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากภาวะอ้วนทำให้ฮอร์โมนอินซูลิน มีประสิทธิภาพน้อยลง

4.13.2 โรคความดันโลหิตสูง จากความเสื่อมของหลอดเลือดทั่วไป ประกอบกับสภาพจิตใจ และการเสียคุณภาพของระบบประสาทจากการขาดการออกกำลังกาย

4.13.3 โรคหลอดเลือดหัวใจเสื่อมสภาพ การขาดการออกกำลังกายร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การกินเกิน ความเครียด การสูบบุหรี่ เป็นต้น ทำให้หลอดเลือดต่างๆ เสียความยืดหยุ่น และมีธาตุหินปูนไปพอกพูน ทำให้หลอดเลือดตีบและเกิดอุดตันได้ง่าย โดยเฉพาะที่หัวใจ

4.13.4 โรคประสาทเสียคุณภาพ ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น ระบบทางเดินอาหาร เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ท้องผูกเป็นประจำ ระบบประสาทอื่น ๆ เช่น เป็นลมบ่อย เหงื่อออกตามฝ่ามือฝ่าเท้า ใจสั่น นอนไม่หลับ เป็นต้น

4.13.5 กระดูกเปราะ หักง่าย การออกกำลังกายทำให้ข้อต่อต่างๆ ใช้งานน้อยจึงเกิดการเสื่อมได้เร็ว โดยเฉพาะเยื่อที่บุและเอ็นหุ้มข้อต่างๆ จะมีการอักเสบและมีหินปูนมาเกาะ ทำให้เกิดการติดขัด และเจ็บปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหว นอกจากนี้มีการเคลื่อนย้ายหินปูนออกจากกระดูก ทำให้กระดูกบางลงเปราะแตกหักได้ง่าย

4.13.6 ทำให้กล้ามเนื้อลีบ มีกำลังน้อย เกิดการชดยอก และปวดกล้ามเนื้อได้ง่าย การขาดการออกกำลังกายจะส่งผลให้ ร่างกายไม่แข็งแรงสมบูรณ์เกิดโรคต่างๆ ตามมา ทำให้ประสิทธิภาพทางกายเสื่อมลง และขาดประสิทธิภาพในการทำงาน การขาดการออกกำลังกายส่งผลเสียให้กับทุกเพศ ทุกวัย แต่ความรุนแรงแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความมากน้อยของการขาดการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น และเริ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือเบาหวานที่เกิดจากความอ้วนในเด็กมากขึ้น สาเหตุเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีอาหารการกินมากมาย หาได้ง่าย ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องกล่าวคือ ชอบรับประทานอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล ไขมันสูง อาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วนเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง การขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ โดยใช้เวลานานหลายชั่วโมงในการดูโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์ ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ทำให้เกิดโทษต่างๆ ตามมา

ดังนั้นบุคคลกลุ่มเสี่ยง จึงควรส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจเกิดประโยชน์แก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญคือ พัฒนาความเจริญเติบโต สร้างกล้ามเนื้อ ลดไขมัน ควบคุมน้ำหนัก ลดความดันโลหิต เพิ่มไขมันชนิดดี ลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็งบางชนิด และพัฒนาบุคลิกภาพ ผ่อนคลาย

ความเครียด เพิ่มความเชื่อมั่น ยกย่องตนเอง ท้ายที่สุดเติบโตเป็นพลเมืองที่แข็งแกร่ง เป็นกำลังของสังคมและประเทศชาติในอนาคต

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2547) ได้กล่าวว่า โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) คือ ความผิดปกติเรื้อรังที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลกลูโคสที่ได้จากอาหารที่ร่างกายรับประทานเข้าไป เนื่องจากร่างกายไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินหรือร่างกายไม่สามารถใช้ฮอร์โมนที่สร้างขึ้นได้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และเมื่อสูงเกินขีดจำกัดของไตก็จะถูกขับออกมาในปัสสาวะ

ยุพินเบญจสุรรัตน์วงศ์ (2550) ได้กล่าวว่า โรคเบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดตามปกติ ถ้าน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานจะเกิดโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ เช่น ตา ไต และระบบประสาท

ชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (2543, อ้างถึงใน ลักษณะ ทรรศน์สมบุรณ์, 2551) ได้กล่าวว่า โรคเบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยการตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน คือ ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (polyuria) ดื่มน้ำมาก (polydipsia) น้ำหนักลด (weight loss) และการรับประทานอาหารจุ (polyphagia) ถ้าน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น ตา ไต หัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท

เทพ หิมะทองคำ (2540, อ้างถึงใน อุดมพร ยอดภูมิรินทร์, 2553) ได้กล่าวว่า โรคเบาหวาน คือ ภาวะร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติ หรือเกิดจากร่างกายสามารถนำน้ำตาลในเลือด ที่ได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน โดยมีการตรวจพบระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้งในวันที่ต่างกัน หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับอาการสำคัญของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลด หิวบ่อย รับประทานจุโดยไม่ทราบสาเหตุ

สนอง อุณางกุล(2545) ได้กล่าวไว้ว่า โรคเบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือด ซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งสารอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดเหลือค้างอยู่มากและมีระดับสูงกว่าปกติ เมื่อมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ไต จะขับน้ำตาลปนออกมากับปัสสาวะทำให้ปัสสาวะมีรสหวาน จึงเป็นที่มาของชื่อว่า “เบาหวาน” ซึ่งแปลว่า ปัสสาวะหวานนั่นเอง

ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535) ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาเชิงมานุษยวิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง จำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตอย่างมีส่วนร่วมที่บ้านผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร และการใช้ยารักษา ความเชื่อในเรื่องการไม่หายจากโรค การรับรู้ถึงประโยชน์อุปสรรคในการรักษาและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการใช้ยารักษา การรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรค มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร และยังพบว่าผู้ป่วยไม่ออกกำลังกาย นอกจากออกแรงในที่ทำงานเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้ว่าการออกกำลังกายจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวนา กิริติยติวงศ์ (2537) ศึกษาวิจัยเรื่อง การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการในผู้ป่วย จำนวน 30 ราย ในระยะเวลา 4 เดือน พบว่าหลังจากการส่งเสริมการดูแลตนเองครบ 4 เดือนแล้ว ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบิน ที่มีน้ำตาลเกาะต่ำกว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีปัจจัยซึ่งมีปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ แบบแผนการดำรงชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ภาวะสุขภาพ นิสัยประจำตัว ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบครอบครัวสภาพสังคม และทัศนคติของคนในสังคมต่อโรคเบาหวาน และระบบบริการสุขภาพ

นันทวันหมื่นทองอาทิตย์ปีทุมและศศิวรรณทัศนเยี่ยมวิจัยเกี่ยวกับความรู้การรับรู้และการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่าประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.2) มีความรู้อยู่ในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 14.51(S.D=0.79) ด้านการรับรู้ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.70) มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 40.12 (S.D = 24.54) และการดูแลตนเองส่วน

ใหญ่ (ร้อยละ 59.8) มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 50.54 (S.D = 4.16)

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเกณฑ์ของการวินิจฉัยเบาหวานในปี พ.ศ.2541(ภวานา กิรติ ยุตวงศ์,2544) โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) มีอาการแสดงของเบาหวานร่วมกับค่าของน้ำตาลในเลือด เวลาใดก็ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl 2) มีน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารและน้ำทางปาก (Fasting blood sugar) เป็นเวลา 8 ชม. โดยมีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl3) การตรวจ Glucose tolerance test มีระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl จากที่ได้ศึกษางานวิจัยโรคเบาหวานสามารถสรุปได้ดังนี้ มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประชากรส่วนใหญ่มีความรู้ค่อนข้างมาก สามารถดูแลตนเองได้บางส่วนมีการตรวจ Glucose tolerance test มีระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl

สุนีย์ เก่งกาจ (2544 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 100 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมและรายด้านในระดับสูง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมและรายด้านสูงทุกด้านยกเว้น ด้านการออกกำลังกายมีพฤติกรรมป้องกันในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก, บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, อูมาพร อุดมทรัพย์ากุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ(2550:บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็นเบาหวาน จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานตามเกณฑ์และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็นเบาหวานกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 400 รายเป็นกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานจำนวน 200 รายและกลุ่มประชาชนทั่วไปจำนวน 200 รายทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลรามาริบัติและพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริบัติเก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามในช่วงปีพ.ศ. 2551 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยไคสแควร์พบว่าการเป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานส่วนระดับ

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการเป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการทดสอบด้วย t-test พบว่ากลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่เป็นที่สังเกตว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปมีความเสี่ยงต่อเบาหวานตามเกณฑ์ในระดับสูงถึงร้อยละ 39 นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ไม่มีความสัมพันธ์กันเมื่อเปรียบเทียบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือความรับผิดชอบต่อสุขภาพการออกกำลังกายโภชนาการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลการพัฒนาทางจิตวิญญาณการจัดการกับความเครียดระหว่างสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันจากผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทีมบุคลากรสุขภาพควรปรับปรุงหรือค้นหากลยุทธ์ใหม่ในการที่จะทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและประชาชนทั่วไปที่ยังไม่เกิดโรคเบาหวานมีความตระหนักถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานให้มากยิ่งขึ้นทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต

### 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

อูระณี รัตนพิทักษ์, สุธิดา นิรพิพัฒน์, วชิรา เตชะทวีกิจกุล และ สาธิต วรรณแสง (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อระดับน้ำตาลในเม็ดโลหิตแดงของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย ให้กลุ่มทดลองได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิคตามใจชอบ เช่น การวิ่งอยู่กับที่บนสายพานเลื่อนการปั่นจักรยานอยู่กับที่ด้วยเครื่องกายบริหารตามเสียงเพลง ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของคณะผู้วิจัยโดยออกกำลังกายนาน 30 นาทีจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์สม่ำเสมอรวม 16 สัปดาห์พบว่าในช่วง 3 เดือนแรกยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเม็ดโลหิตแดงที่แน่ชัดแต่มีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในผลการเจาะเลือดครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ( $P < .05$ ) และในการตรวจครั้งที่ 5 ( $P < .01$ )

อุไรวรรณ โพรงพนม (2545) ศึกษาผลของการรำมวยจีนซึ่งต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย โดยให้กลุ่มทดลองออกกำลังกายโดยการรำมวยจีนซึ่ง ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลาง ใช้เวลานานประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์นาน 9 สัปดาห์พบว่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองที่ออกกำลังกายโดยการรำมวยจีนซึ่งมีค่าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ซุคา จิตพิทักษ์ (2551: 25) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของบุคคล ไม่เฉพาะที่แสดงปรากฏออกมาภายนอกเท่านั้น แต่รวมถึงสิ่งที่มีอยู่ในจิตใจของบุคคล สังเกตไม่ได้โดยตรง เช่น คุณค่าที่เขายึดถือเป็นหลักในการประมาณสิ่งต่างๆ ทศนคติหรือเจตคติที่เขามีต่อสิ่งต่างๆ ความคิดเห็น ความเชื่อ รสนิยม และสภาพจิตใจ ซึ่งถือได้ว่าเป็นลักษณะของบุคลิกภาพของบุคคลที่กำหนดพฤติกรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ(2526:87) ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้คล้ายคลึงกันอาจสรุปได้ว่า หมายถึงการกระทำหรือกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์หรือสิ่งมีชีวิตกระทำการลงไปหรือแสดงออกด้วย กิริยา ความคิด เช่น การกิน การนอน การเดิน การพูด แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น เป็นต้น สิ่งที่ได้แสดงออกมานั้น สามารถสังเกตและใช้เครื่องมือทดสอบได้

ชัยยง พรหมวงศ์ (2542, อ้างถึงใน เฉลิมพล ดันสกุล, 2541: 1) กล่าวว่าพฤติกรรมเป็นการกระทำกิจกรรมทางกาย ทางวาจาและทางใจ ที่มนุษย์แสดงออกที่สามารถสังเกตหรือเห็นได้จากการกระทำ กิจกรรมของคนมีรูปแบบต่าง ๆ กัน บางอย่างเราสามารถเห็นได้ด้วยตาหรือได้ยินด้วยหู บางอย่างเป็นความรู้สึกภายในจิตใจที่ไม่สามารถสังเกตได้แต่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ หรือตัวชี้ และมีกิจกรรมหลายอย่างที่คนแสดงออกมาทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว

Schiffman and Kanuk (1987) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมของผู้บริโภคว่าเป็น พฤติกรรมที่ผู้บริโภคแสดงออกไม่ว่าจะเป็นการเสาะหา ซื้อ ใช้ ประเมินผลหรือการบริโภคผลิตภัณฑ์ บริการและแนวคิดต่าง ๆ ซึ่งผู้บริโภคคาดว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการของตนได้ เป็นการศึกษาการตัดสินใจของผู้บริโภคในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งเงิน เวลาและกำลัง เพื่อบริโภคสินค้าและบริการต่าง ๆ อันประกอบด้วย ซื้ออะไร ทำไม่จึงซื้อ ซื้อเมื่อไร อย่างไร ที่ไหน และบ่อยแค่ไหน

Engel Kollat and Blackwell (1968) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมผู้บริโภคว่า หมายถึง การกระทำของบุคคลโดยบุคคลหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดหาให้ได้มาและการใช้ซึ่งสินค้าและบริการ ทั้งนี้หมายรวมถึงกระบวนการตัดสินใจซึ่งมีมาอยู่ก่อนแล้ว และซึ่งมีส่วนในการกำหนดให้มีการกระทำดังกล่าว

อดุลย์ จาตุรงค์กุล(2539) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมของผู้บริโภคไว้ว่า “ปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการได้รับและใช้สินค้าและบริการทางเศรษฐกิจ รวมทั้งกระบวนการต่างๆ ของการตัดสินใจ ซึ่งเกิดก่อนและเป็นตัวกำหนดปฏิกิริยาต่างๆ เหล่านั้น”

องค์การอนามัยโลก (1972) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารหมายถึงการประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ชนิดของอาหารที่กินรูปแบบการกินหรือกินอะไร กินอย่างไรจำนวนมือที่กินและอุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังกิน

### 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมพลังอำนาจและรูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยง

อารีย์วรรณ, 2552 ได้ให้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ สรุปได้ว่า

1. การสร้างเสริมพลังอำนาจ คือ การเพิ่มศักยภาพของบุคคล : ผู้บังคับบัญชาถ่ายโอนอำนาจ ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้บังคับบัญชา
2. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน
3. ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ปัญหาต่างๆ ได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร
4. มีความสำคัญต่อองค์กรทั้งในระดับบุคคลผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารและระดับองค์กร

วิชัย เอกพลากรและคณะ (2009) พฤติกรรมสุขภาพที่ควรปรับเปลี่ยนเพื่อการลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน คือ การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมน้ำหนัก ควบคุมความเครียด ควบคุมอาหารบางประเภท เช่น หวานจัด มันจัด เค็มจัด

วิฑูรย์โล่ห์สุนทรและวิโรจน์ เจริญศรีสร้างศรี(2551)การศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีการดำรงชีวิต (Lifestyle modification) ที่กล่าวถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่จะช่วยให้คนกลุ่มเสี่ยง สามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานหรือโรคแทรกซ้อน เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคไต ตา ระบบประสาท อัมพฤกษ์ อัมพาต

คารณิ บุญยไพศาลเจริญ (2548) ที่ได้ศึกษาค้นหาและเฝ้าระวังบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้กับญาติและบุคคลทั่วไปในการดูแลตนเองในคนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของตนเองและครอบครัว

### 5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

พระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ความว่า “เศรษฐกิจพอเพียงเป็นเสมือนรากฐานของชีวิตรากฐานความมั่นคงของแผ่นดินเปรียบเสมือนเสาเข็มที่ถูกตอกรองรับบ้านเรือนตัวอาคารให้มั่นคง สิ่งก่อสร้างจะมั่นคงได้ก็อยู่ที่เสาเข็ม แต่คนส่วนมากมองไม่เห็นเสาเข็มและลืมเสาเข็มเสียด้วยซ้ำ” “เศรษฐกิจพอเพียงแปลว่า Sufficiency Economy คำว่า Economy นี้ไม่มีในตำราเศรษฐกิจจะมีได้อย่างไรเพราะว่าเป็นทฤษฎีใหม่ Sufficiency Economy

นั้นมีในตำรา เพราะหมายความว่าเรามีความคิดใหม่ และโดยที่ท่านผู้เชี่ยวชาญสนใจก็หมายความว่าเราก็สามารถที่จะไปปรับปรุงหรือไปใช้หลักการ เพื่อที่จะให้เศรษฐกิจของประเทศและของโลกพัฒนาดีขึ้น”

ประเวศ วะสี (2542) ได้ให้ความหมายเศรษฐกิจพอเพียง คือ พอเพียงอย่างน้อย

7 ประการ คือ

1. พอเพียงสำหรับทุกคน ทุกครอบครัวไม่ใช้เศรษฐกิจแบบทอดทิ้งกัน
  2. จิตใจพอเพียง ทำให้รักและเอื้ออาทรคนอื่นได้ คนที่ไม่พอจะรักคนอื่นไม่เป็นและทำลายมาก
  3. สิ่งแวดล้อมพอเพียง การอนุรักษ์และเพิ่มพูนสิ่งแวดล้อมทำให้ยังชีพและทำมาหากินได้ เช่น การทำเกษตรผสมผสาน ซึ่งได้ทั้งอาหาร ได้ทั้งสิ่งแวดล้อมและได้ทั้งเงิน
  4. ชุมชนเข้มแข็ง พอเพียง การรวมตัวเป็นชุมชนที่เข้มแข็งทำให้สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ เช่น ปัญหาสังคม ปัญหาความยากจน หรือปัญหาสิ่งแวดล้อม
  5. ปัญหาพอเพียงมีการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติและปรับตัวได้อย่างต่อเนื่อง
  6. อยู่บนพื้นฐานวัฒนธรรมพอเพียง วัฒนธรรม หมายถึง วิถีชีวิตของกลุ่มคนที่สัมพันธ์อยู่กับสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย ดังนั้นเศรษฐกิจจึงควรสัมพันธ์และเติบโตขึ้นจากรากฐานทางวัฒนธรรมจึงจะมั่นคง
  7. มีความมั่นคงพอเพียง ไม่ใช่ชั่วคราว เดี่ยวจนเดี๋ยวรวยแบบกะทันหัน ปรับตัวไม่ทัน แต่เศรษฐกิจพอเพียงที่จะมั่นคงทำให้สุขภาพจิตดี เมื่อทุกอย่างพอเพียงก็เกิดความสมดุล
- ณรงค์ โชควัฒนา (2542) เศรษฐกิจพอเพียงพึ่งตนเองตามพระราชดำริ หมายความว่า การพัฒนาอย่างบูรณาการ โดยไม่มองเศรษฐกิจแต่เพียงอย่างเดียว ต้องมองสังคมด้วย และมองสิ่งแวดล้อมไปพร้อมๆ กับการพัฒนา

สุเมธ ตันติเวชกุล (2542) เศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง ความสามารถของชุมชนเมือง รัฐ ประเทศ หรือภูมิภาคหนึ่งๆ ในการผลิตสินค้าและบริการทุกชนิดเพื่อเลี้ยงสังคมนั้นๆ ได้โดยพยายามหลีกเลี่ยงที่จะพึ่งพาปัจจัยต่างๆ ที่เราไม่ได้เป็นเจ้าของ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาชี้ถึงแนวการดำรงอยู่ และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและการบริหารประเทศให้ดำเนินไปใน “ทางสายกลาง” โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจ เพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์

ทศมนพร พุทธจันทร์(2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความคิดเห็นในการดำเนินชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง : กรณีศึกษาข้าราชการในจังหวัดราชบุรี ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างข้าราชการที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย จำนวน 185 คน พบว่า ข้าราชการกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย

มากกว่าหญิงมีระดับความคิดเห็นในการดำเนินชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจแบบพอเพียงด้านการรับรู้เนื้อหาสาระด้านการนำมาใช้ประโยชน์และด้านการนำไปประยุกต์ใช้โดยภาพรวมอยู่ระดับค่อนข้างมากโดยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียงจากหนังสือพิมพ์มากที่สุด

ชาญชัย เพ็ชรประพันธ์กุล (2550 : 50) ได้กล่าวถึงความเป็นมาของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง iva ดังนี้ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชมหาราช ได้ทรงวางรากฐานการแก้ไขปัญหาอันเกิดจากการพัฒนาประเทศตามแนวทางเศรษฐกิจแบบทุนนิยม ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมืองไว้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2517 โดยพระองค์ได้พระราชทานมโนทัศน์ด้าน “ความพอเพียง” ไว้เป็นครั้งแรกเมื่อคราวเสด็จพระราชทานปริญญาบัตรที่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วันที่ 18-19 กรกฎาคม 2517 แต่สังคมไทยก็ยังเข้าไม่ถึงหลักการของแนวคิดดังกล่าวเมื่อประเทศไทยต้องประสบกับปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจการเงินในปี 2540 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรวมทั้งบรรดานักเศรษฐศาสตร์และนักวิชาการต่าง ๆ ได้ทูลเกล้าขอพระบรมราชวินิจฉัยอีกครั้งหนึ่ง พระองค์จึงได้พระราชทานวินิจฉัยเรื่องมโนทัศน์ “ความพอเพียง” แก่สังคมไทยอีกครั้งหนึ่ง โดยทรงสรุปไว้ในรูป ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency economy) เมื่อ 29 พฤศจิกายน 2542 จากนั้นเป็นต้นมา หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้พยายามนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550 : ฐ) ได้ให้คำอธิบายเศรษฐกิจพอเพียงไว้ว่า หมายถึง ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาชี้ถึงแนวการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชนจนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อยุคโลกาภิวัตน์ความพอเพียงหมายถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผลรวมถึงความจำเป็นที่ต้องมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควรต่อการมีผลกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายในทั้งนี้จะต้องอาศัยความรอบรู้ความรอบคอบและความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่างๆมาใช้ในการวางแผนและการดำเนินงานทุกชั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎีและนักธุรกิจในทุกระดับให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริตและให้มีความรู้ที่เหมาะสมดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติปัญญาและความรอบคอบเพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี

การประชุมทางวิชาการระดับชาติ (2550 : 1) ได้กล่าวถึง เศรษฐกิจพอเพียงไว้ว่า เศรษฐกิจพอเพียง เป็น ปรัชญา หรือ แนวปฏิบัติที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้ทรงพระราชทานแก่ประชาชนระดับรากหญ้า โดยเฉพาะที่อยู่ในชนบท ท้องถิ่นห่างไกล ก้นดง ค่อนข้างยากจนให้เป็นแนวทางดำรงชีวิตให้ประหยัดพึ่งพาตนเอง เป็นคนดีมีศีลธรรม เพื่อความกิน คือผู้ดีมีความสุขตลอดมาตั้งแต่ พ.ศ. 2494-2532 (38 ปี) คือเมื่อเสด็จนิวัตเมืองไทยเป็นการถาวรจนถึง เมื่อทรงเริ่มงานเกษตรทฤษฎีใหม่หรือ 46 ปี (พ.ศ.2494-2540)เมื่อพระราชทานแนวเศรษฐกิจ พอเพียง

มาฆะ จิตตะสังคะ (2537: 204-205) ได้กล่าวถึง เศรษฐกิจพอเพียงไว้ว่า เศรษฐกิจพอเพียง เป็นการให้ความสำคัญในด้านการผลิตเพื่อการยังชีพ และให้พอเพียงต่อความต้องการจำเป็นขั้น พื้นฐานของบุคคลในสังคมนั้น ๆ เป็นสำคัญ ให้ประชาชนรู้จักพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ไม่ฟุ้งเฟ้ออยาก ได้ออกมีในสิ่งที่เกินแก่กำลังของตน

ไพเราะ เลิศวิราม (2550 : 43) ได้กล่าวถึงความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง ไว้ว่าเศรษฐกิจ พอเพียงเป็นหลักปรัชญาที่ต้องปรับจิตใจและสภาพตัวเองเสียก่อน ถ้าหากยังหลงในกิเลสตัณหา ความมีเหตุมีผลก็หายไป ให้จำคำหลัก ๆ ไว้ 3 คำคือ ที่พระองค์ท่านตรัสไว้ยี่สิบกว่าพอประมาณ มี เหตุมีผลและให้มีภูมิคุ้มกัน

เสรี พงศ์พิศ (2552: 47) ได้กล่าวถึง บทเรียนจากบ้านหนองกลางดง ต.ศิลาทอง อ.เขาสาม ร้อยยอดจ.ประจวบคีรีขันธ์ ดังนี้

- 1) ผู้นำที่ดีไม่ใช่คนที่ใช้อำนาจสั่งการแต่เป็นผู้ประสานการเรียนรู้ของผู้คน สร้างแรงบันดาลใจ สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผู้คนอยากเข้าไปร่วมประชุม ร่วมเรียนรู้
- 2) การประชุมเนืองนิตย์ทุกเดือนไม่เคยขาดเป็นปัจจัยสำคัญ ประการหนึ่งของความสำเร็จ
- 3) การมีส่วนร่วมของประชาชน ร่วมประชุม ร่วมกิจกรรม ร่วมใจกัน ทำงานเพื่อส่วนรวมก่อให้เกิดพลังอันยิ่งใหญ่ที่นำไปสู่ความสำเร็จ
- 4) การทำแผนแม่บทชุมชน การวิจัยชุมชนโดยชุมชนเองทำให้ได้แผนพัฒนาที่มีฐานข้อมูลจริง เกิดโครงการและกิจกรรมที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่น โดยอาศัยทุนของท้องถิ่นเป็นหลัก
- 5) การเริ่มต้นจากตนเองจากชุมชน ทำให้สามารถขยายแผนพัฒนาไปสู่ระดับตำบลได้

เสรี พงศ์พิศ(2552: 57) ยังได้กล่าวถึงบทเรียนจากบ้านท่าข้าม ต.ท่าข้าม อ.หาดใหญ่. สงขลา ได้แก่

- 1) การเรียนรู้เป็นหัวใจของการพัฒนาถ้าไม่มีความรู้ก็ไม่อาจทำแผนพัฒนาที่ดีเพราะขาดข้อมูลขาดความรู้ทั้งผู้นำ และชุมชนก็จะใช้ความรู้สึกความอยากและเลียนแบบโดยไม่เรียนรู้
  - 2) การทำแผนแม่บทชุมชนมานานหลายปีเป็นฐานสำคัญ ประการหนึ่งของการทำแผนและการสร้างระบบ
  - 3) การพัฒนาระบบไม่สามารถทำได้ในเวลาอันสั้น ต้องค่อยๆ พัฒนาจากฐานคิดที่คิดเชิงระบบ ไม่ใช่คิดเป็นโครงการแบบ จิ๊กซอว์ที่ต่อไม่ติด
  - 4) ผู้นำที่ดีคือผู้มีวิสัยทัศน์มองกว้าง มองไกล มองใหญ่มองเล็กและมองลึกได้มองการพัฒนาที่รอบด้าน ไม่ใช่เน้นที่การสร้างโครงสร้างพื้นฐาน แต่ตอบสนองชุมชนในทุกๆ ด้าน
  - 5) การมีเป้าหมายที่ชัดเจนเรื่องการพัฒนาตนเองการสมมติว่า ทำข้ามเป็นประเทศหนึ่ง เป็นกลยุทธ์เพื่อวางระบบเศรษฐกิจสังคมเพื่อการพึ่งตนเองที่มีธรรมาภิบาลที่ดีและมีประสิทธิภาพ
- นอกจากนั้น เสรี พงศ์พิศ ได้กล่าวถึงบทเรียนจากบ้านหนองบัวระเหวด.หนองบัวระเหว อ.หนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ ว่าผู้นำที่ดี พร้อมทั้งจะปรับตัว ปรับวิถีคิด ปรับแผนเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนที่ตนเองอาสาเข้าไปปรับใช้ การแก้ปัญหาโครงสร้างพื้นฐานเป็นเรื่องที่ทำได้ถ้าสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างแท้จริง การพัฒนาคนเป็นหัวใจของยุทธศาสตร์การพัฒนาการมีธรรมาภิบาล การเป็นมืออาชีพ การบริหารจัดการด้วยวิญญาน เอกชนที่คำนึงถึงรายละเอียดการประหยัด โปร่งใส ประสิทธิภาพ รับผิดชอบและช่วยเหลือประชาชน การพัฒนาท้องถิ่นที่เปิดกว้างสร้างเครือข่ายแสวงหาพันธมิตรทางยุทธศาสตร์ ทำให้เกิดภาคีความร่วมมือทั้งกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน

### 5.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

อรุณีผุยปุ้ย และ วันเพ็ญ ปันราช (2556) ได้ศึกษาผลของการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการมีส่วนร่วมในการดูแลของชุมชน โดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ให้บริการสุขภาพ รวมทั้งหมดจำนวน 63 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงฯ และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานทางการดูแลจากชุมชนพบว่า มีการดูแลตามหน้าที่ของตนเอง แต่เป็นต่างคนต่างทำ จะมีเพียงกลุ่มอสม. และผู้ให้บริการสุขภาพเท่านั้นที่มีการทำงานร่วมกันในบางกิจกรรม ผู้ให้บริการสุขภาพควรนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการออกแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

## บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้เป็น การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ใช้การเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและการสังเกตแบบเครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่อาศัยในชุมชนพุลศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวน 1,135 คน มีคนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานจำนวน 78 คน และมีจำนวน 30 คนจากการสมัครใจเข้าร่วมโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้คือ คนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานที่มีครัวเรือนอยู่ในชุมชนพุลศิริ มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 30 คน ได้มาจากการลงพื้นที่โดยคัดกรองสุขภาพจากการร่วมกันของเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขเทศบาลเมืองนาสาร และเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร(อสม.)ชุมชนพุลศิริทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติคนที่ให้ความร่วมมือเท่านั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการจัดกิจกรรมเดินทางสายกลางเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีขึ้น ด้วยการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวปฏิบัติใช้กับคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ลงได้ ควบคู่กับกิจกรรมปลูกผักสวนครัวพืชผักสมุนไพร ไร่กินในครัวเรือน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การเก็บข้อมูล คือ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สร้างความเข้าใจ การสังเกต การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่มย่อย ให้คำแนะนำ

**การอบรมเชิงปฏิบัติการ** เชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญชำนาญการพิเศษให้ความรู้กับคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในการบูรณาการด้านสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายการให้ความรู้กับคนกลุ่มเสี่ยงในด้านต่าง ๆ

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย อาหารและโภชนาการที่ถูกต้องครบ 5 หมู่และพอประมาณ 2) ควบคุมและป้องกัน เช่น ลงพื้นที่คัดกรองสุขภาพของประชาชนในชุมชน
- 3) รักษาหลักธรรมชาติบำบัด เช่น บริโภคพืชผักสมุนไพรที่ต้านทานโรคเบาหวานและโรคอื่น ๆ ได้
- 4) การฟื้นฟูสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงในทุกมิติ ร่างกาย จิตใจ ปัญญา สังคม แบบสุขภาพองค์รวม โดยการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในระดับบุคคล โดยการยึดหลักทางสายกลางหรือพอดีกับตนเอง เช่น พอดีพอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย ยึดหลักมีเหตุผล เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างมีเหตุผลไม่เข้าข้างตนเองหรือความอยาก

**การแลกเปลี่ยนเรียนรู้** หมายถึง การถ่ายทอดวิชาในกิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนโดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.ควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคอื่น ๆ และการรักษาเบื้องต้นและฟื้นฟูสุขภาพของคนในชุมชนพลศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**การสังเกต** นำประสบการณ์ในอดีตที่เป็นฐานข้อมูลเก่าจนถึงปัจจุบันมาวิเคราะห์เชื่อมโยงเพื่อหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

**การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก** ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต รอบเอว ประวัติของครอบครัว บทบาทในการทำงาน สถานภาพบทบาททางสังคมในปัจจุบัน สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว สิทธิในการเสียค่ารักษาพยาบาลประสบการณ์เกี่ยวกับเบาหวานและการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

**การจัดสนทนากลุ่มย่อย** เพื่อระดมความคิดจากกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชนพลศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**การให้คำแนะนำ** วิทยากรเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน หรือบุคคลในครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สภาพบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษานามัยของร่างกายการให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขภาพบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขภาพอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำท้องถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษและเป็น

ภัย การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข การจัดหาจำเป็นไว้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพร และแพทย์แผนไทย

## วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลเมืองนาสาร และเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร(อสม.) ลงปฏิบัติการในพื้นที่ของชุมชนพุดศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อตรวจสอบและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละครั้ง 1 ปี มี 6 ครั้ง พร้อมสรุปผลและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ จนสิ้นสุดการปฏิบัติภายใน 1 ปี ตามขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

**ขั้นที่ 1** การศึกษาสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยงผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลเมืองนาสาร และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) ลงไปปฏิบัติการในพื้นที่ของชุมชนพุดศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานีเพื่อคัดกรองสุขภาพของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และมีความสมัครใจเพื่อเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อลดการเป็นโรคเบาหวานศึกษาประวัติ และภูมิหลัง ในด้านการดำรงชีวิตในชุมชนที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

**ขั้นที่ 2** การอบรมเชิงปฏิบัติการนำคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานดังกล่าวไปจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในด้านการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย เพื่อการลดต่อการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมให้ออกกำลังกาย 30 – 45 นาที ทุกวัน
2. การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยจำกัดประเภทอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอด อาหารสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม
3. ควบคุมอาหารมีใยอาหารในปริมาณที่เหมาะสม
4. พักผ่อนอย่างเพียงพอ
5. ฝึกสมาธิหรือฟังธรรมะ

6. ให้นำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตน เป็นแนวทางของการดำรงอยู่และปฏิบัติตนที่ควรจะเป็นพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย สามารถประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติตน ในการดำเนินชีวิตประจำวันในทุกระดับ

**ขั้นที่ 3** การประเมินสุขภาพผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลเมืองนาสาร และเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร(อสม.)ควบคู่กับการสัมภาษณ์เจาะลึก คนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เป็นรายบุคคลเพื่อการค้นหาและรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบแล้วนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้การติดตามและตรวจสอบของผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ภาครัฐและอาสาสมัครดังกล่าว

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์มาตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ บันทึกคำตอบในคอมพิวเตอร์ และนำมาวิเคราะห์ดังนี้

1. เพื่อวิเคราะห์หาค่าร้อยละของเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต รอบเอว ประวัติครอบครัว บทบาทในการทำงาน บทบาททางสังคม สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว สิทธิในการเสียค่ารักษาพยาบาล ระยะเวลาเป็นคนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อโรคเบาหวาน
2. เพื่อเปรียบเทียบหลังจากอยู่ในคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้นได้อย่างไร
3. วิเคราะห์หลังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงแล้วดีขึ้นอย่างไรบ้าง เช่น ค่าน้ำตาลในเลือดลดลงได้จริงหรือไม่เพียงใด จากการติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย

## บทที่ 4 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในชุมชนพลูศิรีตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กรณีศึกษาชุมชนพลูศิรีมีผลของการศึกษาดังนี้

### ผลการวิจัย

#### 1. สุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยง

จากการสัมภาษณ์คนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานจำนวน 30 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.3 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 46.7 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 45 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.3 และอายุ 51 - 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 และช่วงอายุระหว่าง 56 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 และกลุ่มที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า โสดและแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 16.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.3 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 6.7 และไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 61 - 65 กก. คิดเป็นร้อยละ 23.3 รองลงมา 45 - 50, 51 - 55, 56 - 60 กก. ช่วงละเท่าๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 20 เท่าๆ กัน และ 66 - 70 กก. คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีส่วนสูงระหว่าง 150 - 155 เซนติเมตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา 156 - 160 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 36.7 และ 166 - 170 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 13.3 น้อยสุดคือ 161 - 165 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ ส่วนความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความดันเป็นปกติจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมามีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 30 และมีความดันโลหิตต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 6.7 รอบเอวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรอบเอวอยู่ระหว่าง 31 - 35 นิ้ว คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมา มีรอบเอวอยู่ระหว่าง 25 - 30 นิ้ว คิดเป็นร้อยละ 40 และรอบเอว 36 - 40 นิ้ว คิดเป็นร้อยละ 6.7 ส่วนค่าน้ำตาลในเลือดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าน้ำตาลอยู่ระหว่าง 140 - 199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาต่ำกว่า 140 มิลลิกรัม

ต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 16.7 และที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 3.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติครอบครัว มีบิดา มารดา พี่ น้อง สายตรงที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาไม่มีความดันโลหิตสูงมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 30 ไขมันคิดเป็นร้อยละ 26.7 ไม่เป็นร้อยละ 73.3 โรคหัวใจ หลอดเลือด อ้วน คิดเป็นร้อยละ 23.3 ไม่เป็นร้อยละ 76.7 มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้คิดเป็นร้อยละ 90 และไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้ คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานร้อยละ 90 และมีบางส่วนที่ไม่ได้ทำงาน คือ เป็นแม่บ้าน-พ่อบ้าน ข้าราชการบำนาญหรืออยู่เฉยๆ ร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำสวนผัก ทำสวนผลไม้ ทำสวนยางพารา สวนไม้ดอก เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น ร้อยละ 80 รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย ได้แก่ ขายผักสด ขายน้ำดื่ม แปรรูปผลไม้ ขายเสื้อผ้า เป็นต้น ร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมีบทบาททางสังคมในปัจจุบันต้องรับผิดชอบ คือ บทบาทเป็น อสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน สมาชิกกลุ่มแม่บ้านสมาชิกผู้สูงอายุ เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 26.7 ไม่มีคิดเป็นร้อยละ 73.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีสภาพเศรษฐกิจที่มีรายได้แบบพอเพียงกับรายจ่ายทุกเดือนร้อยละ 83.3 รองลงมา คือ มีรายได้ ปานกลาง ร้อยละ 16.7

สิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ใช้สิทธิผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาใช้บัตรประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท คิดเป็นร้อยละ 30 และใช้สิทธิ อสม. คิดเป็นร้อยละ 20 และสิทธิเบิกต้นสังกัดของข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 13.3 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่เบิกการรักษาพยาบาลได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 73.3 ส่วนน้อยอยู่ระหว่าง 7 – 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.7 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงจากการเป็นโรคเบาหวานจากบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถึงร้อยละ 90 โดยจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นคำแนะนำอย่างไม่เป็นแบบแผนซึ่งได้รับจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ อสม. ลงคัดกรองสุขภาพในพื้นที่ และระหว่างการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้รับจากญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 30 ไม่เคยได้รับความรู้ในการปฏิบัติต่อการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาเป็นกลุ่มที่เคยได้รับคำแนะนำหรือการบอกเล่าจากเพื่อนฝูง จากเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนที่ป่วยเป็นเบาหวานมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 60 และไม่เคยร้อยละ 40 และได้รับจากสื่อต่างๆ เช่น

เอกสารที่ได้รับการแจกจากโรงพยาบาล โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 40 ไม่เคยได้รับจากสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จากการแนะนำของวิทยากร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อสม. โดยเข้าโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและมีเพียงส่วนน้อย เนื่องจากเป็นรายที่มีค่าน้ำตาลในเลือดเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 3.3 จากการส่งตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร และแพทย์พิจารณาว่า จำเป็นต้องใช้ยาควบคุมโรคเบาหวานชั่วคราว กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนรับรู้ว่าการมีอาการของโรคเบาหวานที่คนกลุ่มเสี่ยงเป็นอยู่นั้นในระดับที่ไม่รุนแรง คือ เท่ากับร้อยละ 96.7 รุนแรงร้อยละ 3.3 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.1



ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	14	46.7
หญิง	16	53.3
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>อายุ</b>		
45 – 50	4	13.3
51 – 55	8	26.7
56 – 60	3	10
61 ปีขึ้นไป	15	50
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>สถานภาพ</b>		
<b>โสด</b>		
สมรส / คู่	25	83.3
หม้าย / หย่า/แยกกัน	5	16.7
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>อยู่</b>		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	3.3
ประถมศึกษา	20	66.7
มัธยมศึกษา	7	23.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	6.7
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>น้ำหนัก</b>		
45 – 50	6	20
51 – 55	6	20
56 – 60	6	20
61 – 65	7	23.3
66 - 70	5	16.7
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>ส่วนสูง</b>		
150 – 155 ซม.	12	40
156 – 160 ซม.	11	36.7
161 – 165 ซม.	3	10
166 – 170 ซม.	4	13.3
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>ความดันโลหิต</b>		
ปกติ	19	63.3
ต่ำ	2	6.7
สูง	9	30
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>รอบเอว</b>		
25 – 30 นิ้ว	12	40
31 – 35 นิ้ว	16	53.3
36 – 40 นิ้ว	2	6.7
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>ค่าน้ำตาลในเลือด</b>		
ต่ำกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	5	16.7
140 – 199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	24	80
200 ขึ้นไป มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	1	3.3
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติครอบครัว</b>		
บิดา – มารดา ฟีน้องสายเลือด		
โรคเบาหวาน	24	80
ไม่เป็น	6	20
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>		
ไม่เป็น	21	70
ไม่เป็น	9	30
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>โรคไขมัน</b>		
ไม่เป็น	8	26.7
ไม่เป็น	22	73.3
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>โรคหัวใจ หลอดเลือด อ้วน</b>		
ไม่เป็น	7	23.3
ไม่เป็น	23	76.7
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>ไม่มีประวัติเจ็บป่วย ด้วยโรคเหล่านี้</b>	3	10
<b>มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้</b>	27	90
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>บทบาทการทำงาน</b>		
ทำงาน	27	90
ไม่ทำงาน	3	10
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรกรรม	24	80
ค้าขาย	6	20
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>บทบาททางสังคมในปัจจุบัน</b>		
มี	8	26.7
ไม่มี	22	73.3
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว</b>		
รายได้แบบพอเพียง	25	83.3
รายได้ปานกลาง	5	16.7
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>สิทธิในการรักษาพยาบาล</b>		
ใช้สิทธิผู้สูงอายุ	11	36.7
ใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท	9	30
ใช้สิทธิ อสม.	6	20
ใช้สิทธิต้นสังกัด	4	13.3
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b>		
1 - 6 เดือน	22	73.3
7 - 12 เดือน	8	26.7
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>การได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวการเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานแพทย์-เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</b>		
อสม.		
เคย	27	90
ไม่เคย	3	10
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
<b>ญาติ - พี่น้อง</b>		
เคย	9	30
ไม่เคย	21	70
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน		
เพื่อนผู้ป่วยเบาหวาน		
เคย	18	60
ไม่เคย	12	40
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
สื่อต่างๆ		
เคย	12	40
ไม่เคย	18	60
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>
การรับรู้อาการของโรคเบาหวาน		
รุนแรง	1	3.3
ไม่รุนแรง	29	96.7
<b>รวม</b>	<b>30.0</b>	<b>100.0</b>

## 2. ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คนกลุ่มเสี่ยงทั้ง 30 คน ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำจากวิทยากรจาก โรงพยาบาลบ้านนาสารซึ่งเป็นพยาบาล วิชาชีพชำนาญการด้านโรคเบาหวาน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ชำนาญการสาธารณสุขเทศบาลเมืองนาสาร และ อสม.ทุกท่าน ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภค ซึ่งเป็นคนกลุ่มเสี่ยง โดยการเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อย่างเหมาะสมและพอเหมาะพอเพียง

ด้านอาหารและโภชนาการ มีการงดอาหารหวานมันเค็ม ขนมขบเคี้ยว แม้แต่น้ำอัดลมก็หลีกเลี่ยงไม่บริโภค หันมาทานอาหาร เช่น ข้าวกล้อง ผักพืชที่จัดว่าเป็นสมุนไพรที่ต้านทานโรคเบาหวานและโรคอื่นๆได้มากขึ้น

ด้านการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มเสี่ยงทั้ง 30 คน ได้มีการออกกำลังกายแบบให้เหมาะสมกับตนเองและบริบทของตนเป็นหลัก โดยส่วนใหญ่เดินและทำกิจกรรมทำความสะอาดบ้านที่อยู่อาศัยของตนมีเพียงไม่กี่คนที่ออกมาวิ่งทุกวันในเวลา 17.00 น. ของแต่ละวันใช้เวลาในการออกกำลังกาย 30 -45 นาที ขึ้นไปโดยสม่ำเสมอด้านการปฏิบัติตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงพบว่าในจำนวนคนกลุ่มเสี่ยง 30 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการลดเสี่ยงลด

โรคเบาหวานตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงมี 25 คน ได้ปลูกพืชผักสมุนไพรที่ด้านทานโรคไว้กับบ้าน เช่น สะเดา มะยม มะเขือพวง มะรุม เตยหอม ผักตำลึง ย่านาง หญ้าหวาน ชาขาว เป็นต้น มีเพียงบางส่วนที่ไม่ได้ปลูกแต่เข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนในกลุ่มเดียวกันเนื่องจากบริบทไม่เหมาะสม

หลังจากอยู่ในคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน แล้วท่านได้ปรับเปลี่ยนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีอย่างไร หลังจากการประชุมปฏิบัติการ

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่าการปฏิบัติตน และฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และวิทยากรที่มาให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ในเรื่องของการรับประทานอาหาร โดยการลดอาหารประเภท หวาน มัน เค็ม และรับประทานอาหารอย่างมีเหตุผลมีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ทานข้าวกล้อง และรับประทานผักพื้นบ้านที่ด้านทานโรคได้ เช่น สะเดา ช่วยล้างไขมัน และลดเบาหวาน ใบมะยมต้มกับเห็ดพื้นบ้าน 3 อย่าง ลดเบาหวานและโรคปวดข้อ ได้ด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 25 คน ได้ปลูกพืชผักสมุนไพรที่ด้านทานโรคไว้รับประทาน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยการเดินและทำกิจกรรมกวาดขยะ บริเวณบ้าน เนื่องจากคนกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีอายุมาก มีเพียงส่วนน้อยที่ออกมาวิ่งในช่วงเวลา 17.00 น. และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรในการรักษาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงหากมีการเจ็บปวดด้วยโรคทั่วไปกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐที่ตนเองมีสิทธิสังกัดอยู่รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยไปรับการรักษาที่ศูนย์ สาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านด้วยอาการที่ไม่รุนแรง ส่วนในการเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยงเดียวกันพบว่าคนกลุ่มเสี่ยงให้ความสำคัญในการลดเสี่ยงลดโรคโดยการบริโภคอาหารมือเช้า เป็นการลดเสี่ยงลดโรคได้ เพราะถ้าไม่รับประทานอาหารเช้า เป็นเหตุพื้นฐานที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่เรามองข้ามไปคนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา แต่สำหรับคนกลุ่มเสี่ยงแล้วต้องปฏิบัติตนให้เป็นกิจวัตรประจำวันที่สำคัญที่สุด ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มย่อย แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพกับคนปกติ พบว่ามีการเข้าร่วมสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลทั่วไป และญาติ บุคคลในครอบครัว ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับคนกลุ่มเสี่ยงเพื่อสร้างความเข้าใจ ความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันในการรักษาบุคคลกลุ่มเสี่ยงในเรื่องของการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการฝึกสมาธิ ฟังธรรม เป็นการปฏิบัติร่วมกับคนในครอบครัวได้อย่างมีความสุขโดยให้บุคคลในครอบครัวผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความสุข โดยการแนะนำและควบคุมอาหารมือเย็นในปริมาณที่เหมาะสม และควรรับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่ พอประมาณ และพบว่าคนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 คน เลือกปฏิบัติตามข้อปฏิบัติที่มีความสำคัญ 5 อันดับดังต่อไปนี้

1. ฟังคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. และวิทยากรที่มาให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง
2. ลดอาหาร หวาน มัน เค็ม
3. ปลูกพืชผัก สมุนไพร ที่ต้านทานโรค ไว้รับประทานเอง
4. รับประทานอาหารอย่างมีเหตุผล มีประโยชน์ต่อร่างกายที่มีความพอดีต่อความต้องการของร่างกาย และป้องกันโรคเบาหวาน หรือโรคอื่นๆ ได้
5. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

**ท่านคิดว่าการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานจะเข้าสู่ภาวะปกติ หรือจะหายหรือไม่ เพราะเหตุใด**

พบว่าคนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 คน เชื่อว่าจะเข้าสู่ภาวะปกติได้เมื่อมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รู้ เช่น วิทยากรของโรงพยาบาล ประชาชนชาวบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มาให้ความรู้ในการลดเสี่ยงโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค เช่น ลดอาหารประเภท หวาน มัน เค็ม อาหารที่มีรสจัดลดจมนมขมขี้เี่ยว ขนมหองหยิบ ขนมหองหยอด น้ำอัดลม เป็นต้น ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นประเภทที่ควรหลีกเลี่ยงของคนกลุ่มเสี่ยง และจะหายขาดจากเป็นคนกลุ่มเสี่ยงโดยการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำของแพทย์โดยการดูแลสุขภาพตนเองโดยการตรวจสุขภาพประจำปี จากเจ้าหน้าที่ที่มาคัดกรองสุขภาพ และให้ความร่วมมือโดยการปฏิบัติตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รู้จักความพอเพียงของครัวเรือน และมีเหตุผลของครัวเรือน พร้อมทั้งมีภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับครอบครัวและตัวเอง โดยการรับประทานอาหารอย่างมีเหตุผลและสิ่งที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย มีความพอดีต่อร่างกาย ทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และพอประมาณเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันสุขภาพให้ปลอดโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ลดลงได้

**ความคาดหวังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้หายจากการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน**

พบว่ากลุ่มตัวอย่างในจำนวน 30 คน จากการสัมภาษณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนกลุ่มเสี่ยงพบว่า มีความคาดหวังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และเป็นการน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการประยุกต์ และนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องตามหลักการปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพองคร่วม โดยการปรับกระบวนการทัศน คือวิถีคิด ความเชื่อ ความศรัทธา การให้คุณค่าในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมของคนกลุ่มเสี่ยงขึ้นอยู่กับปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน เช่น การดูแลสุขภาพต้องคำนึงถึงการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางกาย ทางจิตใจ

คือความรู้สึกและความคิดต่างๆ ของคนในครอบครัว เพื่อให้การดำเนินชีวิตของคนกลุ่มเสี่ยงปฏิบัติตัวอย่างมีสติทำให้อยู่เย็นเป็นสุข โดยการเลือกการดำเนินชีวิตที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งทางกายและใจ สิ่งแวดล้อม สังคม อาหาร และด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคาดหวังในด้านปัจจัยสี่อย่างพอเพียงและมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่ อาศัยยารักษาโรค ด้านจิตใจพอเพียง สิ่งแวดล้อมพอเพียงครอบครัว หรือชุมชนเข้มแข็งพอเพียง การศึกษาหรือปัญญาพอเพียง วัฒนธรรมพอเพียง รายได้มั่นคงพอเพียง

### แบบสังเกตการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงพบว่าพฤติกรรมของคนกลุ่มเสี่ยง จากการสังเกต รูปร่าง และการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของแต่ละคนในแต่ละเดือน พบว่าจำนวนคนกลุ่มเสี่ยงทั้ง 30 คน มีน้ำหนักปกติและลดลงบ้างเล็กน้อย ส่วนการสังเกต การออกกำลังกายของแต่ละคน จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย โดยการเดิน และทำกิจกรรมทำความสะอาดบ้านเรือน มีความถี่มากขึ้น และมีระยะเวลาในการออกกำลังกายของแต่ละครั้ง 30 – 45 นาที และยังพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพกับคนต่างๆ กับกลุ่มต่างๆ พบว่า มีมากขึ้น เนื่องจากเห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพ เพราะสุขภาพดีหรือไม่ดี มีผลกระทบต่อการดำรงชีพในการทำงานต่างๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต จากการสังเกตการรับประทานอาหาร พบว่ามีการปรับเปลี่ยนจากเดิมทานอาหารอย่างมีเหตุและผล มีความพอประมาณ ไม่เข้าข้างตัวเองโดยเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ใช้เหตุและผลรู้จักความพอประมาณเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันเป็นตัวตั้งในการเลือกรับประทาน เช่น เลือกข้าวกล้องที่มีประโยชน์ทางด้านโภชนาการพร้อมทั้งทานพืชผักพื้นบ้านมากขึ้นจากเดิมจากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างมีการทานผักตำลึง ทานกระเทียม ทานผักสะเดาซึ่งผักทั้งหลายเหล่านี้ช่วยลดอาการของโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไ้ขมนลงได้ และในบางรายยังพบว่านำรากเตยกับมะตูมมาต้มน้ำดื่มเพื่อลดเบาหวานจากการสังเกตกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการดูแลสุขภาพให้เป็นที่พอใจเพิ่มขึ้นถี่ขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน ได้ให้ความสำคัญในการเข้ารับการอบรมการปฏิบัติตน ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและน้อมนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาวะทั้งร่างกายและจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ในการปฏิบัติจริงของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

จากการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างคนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 คน ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในเรื่องการปลูกผักที่ช่วยป้องกันโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปลูกผักจำพวก ผักบุ้ง ผักกาด ผักกวางตุ้ง เป็นผักที่ปลอดสารพิษปลูกมะยม ปลูกสมุนไพรร เช่น เตยหอม หญ้าหวาน มะรุ้ม ใบบัวบกและอนุรักษ์ผักพื้นบ้านที่ต้านทานโรค เช่น ผักตำลึง ใบย่านาง มะเขือพวง ที่มีอยู่ในพื้นที่ที่คนกลุ่มเสี่ยงทำการเกษตรในพื้นที่ของตนและยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไปพบ

หมอหรือการปฏิบัติตามหมอสั่งมากขึ้น จากการสังเกตคนกลุ่มเสี่ยงและบุคคลในชุมชนให้ความร่วมมือในการคัดกรองสุขภาพประจำเดือนทุกวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยมี อสม. เป็นคนคัดกรองสุขภาพและทุก 6 เดือน จะมีเจ้าหน้าที่จากศูนย์สาธารณสุขร่วมคัดกรองสุขภาพด้วย ส่วนการเข้าโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้เข้าไปรักษาที่โรงพยาบาลเพราะเหตุว่า มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ลงพื้นที่คัดกรองสุขภาพอยู่บ่อยๆ และคนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 คน ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของวิทยากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ประชาชนชุมชน ซึ่งเป็นบุคลากรที่ลงพื้นที่ร่วมกันเพื่อให้ความรู้แก่คนกลุ่มเสี่ยง โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องโภชนาการ เรื่องการออกกำลังกาย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตลอดโครงการ 1 ปี ที่มีการปฏิบัติจริงเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับคนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนใกล้เคียง และเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการไปประยุกต์ใช้ให้กับชุมชนที่มีปัญหาใกล้เคียงกันกับชุมชนพุดศิริต่อไป

จากการสัมภาษณ์ คนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 คน จากการสนทนากลุ่มย่อย พบว่า คนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดได้จัดแบ่งออกมาเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม

1. กลุ่มที่เป็นกลุ่มคนที่ป่วยเป็นโรคอยู่แล้ว และเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งคนที่เป็นโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคไขมัน โรคหัวใจหลอดเลือด เป็นต้น ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้

2. กลุ่มคนที่มีน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ เช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพ ก่อนรับประทานอาหารเช้า น้ำตาลในเลือดไม่เกิน 139 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ถ้าเกินจาก 140 เสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคเบาหวานได้ หรือหลังจากรับประทานอาหารแล้ว น้ำตาลในเลือดอยู่ที่ไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ถ้าเกิน 200 ขึ้นไปถือว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่สนทนาหัวข้อเรื่องการลดเสี่ยงโรค โดยการบริโภคผักข้างบ้าน อาหารข้างครัวครบถ้วนพอเพียงหลีกเลี่ยงสารเคมี สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค และการดำรงชีวิตประจำวัน โดยการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับตนเอง และครบถ้วนพอเพียงหลีกเลี่ยงสารเคมีที่มีผลกระทบต่อกรบริโภคกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หันมาปลูกผักสวนครัว รั้วกินได้ โดยการปลูกผักพืชสมุนไพรไว้รับประทานเพื่อต้านทานโรคเป็นการลดเสี่ยงโรคลงได้ทำให้คนกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงครบถ้วนเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเข้มแข็งได้อย่างยั่งยืน

### 3. การประเมินผลสุขภาพ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนที่เข้าโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และโภชนาการการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จากการลงพื้นที่ไปติดตามภายหลังการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และวิทยากรให้ความรู้ในการปฏิบัติ และแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้คนกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพดีขึ้น ในระยะเวลา 1 ปี ภายใต้งการติดตามผลคนกลุ่มเสี่ยงพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีสุขภาพดีขึ้นในด้านของความดันโลหิตสูงไขมัน น้ำตาลในเลือดลดลงคิดเป็นร้อยละ 90 เนื่องจากคนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยชอบอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม หันมาทานพืชผักสมุนไพรที่ต้านทานโรคต่างๆ จากการแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และวิทยากรที่ให้คำแนะนำ และมีการออกกำลังกายมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น

ตารางที่ 4.2 แสดงผลการประเมินสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชุมชนพลูศิรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล คนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าโครงการวิจัย		หลังเข้าโครงการวิจัย	
		ความดันโลหิต	น้ำตาลในเลือด	ความดันโลหิต	น้ำตาลในเลือด
1.	นาย ธรรมรงค์ พันรัมย์	126/82	200	120/80	140
2.	นาย นवल จันทร์จ้อย	130/80	130	120/82	120
3.	นาย สหัสจันทร์จ้อย	128/81	140	125/80	125
4.	นาง นิด บุญมี	124/78	138	121/80	126
5.	นาง ระเบียบ แอ่งสาย	125/81	128	125/81	120
6.	นาง สิริพร ชูอ่อน้อย	147/85	165	130/83	138
7.	นาง อชลิ ไชยยศ	150/82	170	128/81	131
8.	นาย สมชัย ไชยยศ	168/79	168	137/81	116
9.	นาง นวลศรี นุตวัฒน์	121/82	170	20/8	29
10.	นาย แสนศักดิ์ สันติวิทยารมณ	101/69	165	128/80	125
11.	นาง ถอสันติวิทยารมณ	140/80	181	123/81	130
12.	นาง สมศรี ไชยยศ	125/83	160	115/83	128
13.	นาย สมยศ ไชยยศ	123/83	189	121/81	129
14.	นาย สมบูรณ์ จันทร์เรืองการ	145/89	150	125/80	121
15.	นาง จินดา จันทร์เรืองการ	127/81	148	123/79	112

ตารางที่ 4.2 แสดงผลการประเมินสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชุมชนพลศิริ (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล คนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าโครงการวิจัย		หลังเข้าโครงการวิจัย	
		ความดันโลหิต	น้ำตาลในเลือด	ความดันโลหิต	น้ำตาลในเลือด
16.	นาง นอม ชูศรี	145/85	158	130/81	114
17.	นาย จรรย์ คงสนิท	129/82	128	120/83	126
18.	นาง กัลยา จันทร์จ้อย	165/90	135	124/85	120
19.	นาง วัฑฒิย์ วิชัยดิษฐ์	180/87	150	125/87	127
20.	นาย อ้น นิยมสุวรรณ	128/80	168	128/87	121
21.	นาง ศรีประพา จันทร์จ้อย	125/81	145	120/85	120
22.	นาย ละมุล บรรณเท็งจิต	126/82	170	112/80	130
23.	นาย จ้าย ช่วยเพ็ง	129/85	160	127/82	118
24.	นาย เสรี เพชรสุข	127/83	140	125/82	120
25.	นาย ฉลอง สุวรรณศรี	98/61	153	129/85	115
26.	นาย ประสิทธิ์ เดชแก้ว	161/89	162	117/80	129
27.	นาง จิตรา สร้างทองดี	121/87	179	120/85	126
28.	นาง หนูพา สร้างทองดี	125/85	158	119/84	120
29.	นาง อำไพ บัวคำ	130/88	185	120/82	130
30.	นาย สมชาย วิชัยดิษฐ์	129/83	185	130/82	129

ผลการวิจัยในครั้งนี้ผ่านมากคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน ผลการตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด พบว่า จำนวนคนกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ ได้มีการปรับเปลี่ยนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมุ่งเน้นทางสายกลาง ด้านพฤติกรรม ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมต่าง ๆ โดยเฉพาะความดันโลหิตลดลงอยู่ระหว่าง 120 – 130/85 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 90 ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนค่าน้ำตาลในเลือดในระยะเวลา 1 ปี พบว่าค่าน้ำตาลในเลือดของคนกลุ่มเสี่ยง มีค่าน้ำตาลในเลือดลดลงถึง 120 – 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 90 ภายใต้การติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เทศบาลเมืองนาสาร อสม. เทศบาลเมืองนาสาร และผู้วิจัย

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

โรคเบาหวานนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง มีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 246 ล้านคนทั่วโลก ส่วนในประเทศไทยมี 3.5 ล้านคน ซึ่งแสดงว่าคนไทยเป็นโรคนี้นี้มากเหมือนกัน สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน มักเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาวะ เช่น การรับประทาน อาหารหวาน อาหารมัน หรือ เค็มมาก โดยรับประทานต่อเนื่องเป็นเวลานาน ขาดการออกกำลังกาย และความเครียดจากสภาวะต่างๆ ในชุมชนพลศิริ อำเภอบ้านนาสาร ซึ่งผู้วิจัยเลือกเป็นกรณีศึกษา มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 78 คน และได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการวิจัย 30 คน โดย จะทำการศึกษาสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยงทั้ง 30 คน จัดการอบรมปฏิบัติการในด้าน พฤติกรรมสุขภาพ ด้านอาหารและ โภชนาการ การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตนตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จากนั้นจะทำการประเมินผลสุขภาพ โดยการวัดความดัน วัดค่าน้ำตาลในเลือด ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และ การปฏิบัติตนด้านสุขภาวะ เพื่อจะได้อธิบายว่าภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานลดลงหรือไม่เพียงไร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในชุมชนพลศิริเพื่อรักษาจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของสุขภาพองค์รวมของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยสุขภาพองค์รวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุ 61 ปีขึ้นไปมีสถานภาพสมรส – คู่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 61 – 65 กก. มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 150 - 155 เซนติเมตร มีความดันโลหิตปกติเป็นส่วนใหญ่และมีรอบเอวอยู่ระหว่าง 31- 35 นิ้ว ส่วนใหญ่มีค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 140-199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติครอบครัว บิดา มารดา พี่ น้องสายตรง มีประวัติเจ็บป่วยเป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานโดยมีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรมและค้าขายตามลำดับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีบทบาททาง

สังคมในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีสภาพเศรษฐกิจ ที่มีรายได้แบบพอเพียงกับรายจ่ายทุกเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 1-6 เดือน และเคยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงจากการเป็นโรคเบาหวาน จากบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวจากญาติ รองลงมาได้ยืมคำแนะนำ การบอกเล่าจากเพื่อนฝูง จากเพื่อนบ้านหรือเพื่อนที่ป่วยมาก่อน และ เอกสาร โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จากการแนะนำของวิทยากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อสม. กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดรับรู้ว่าอาการของโรคเบาหวานที่คนกลุ่มเสี่ยงเป็นอยู่นั้นในระดับที่ไม่รุนแรงมากนัก

2. จากการศึกษาสุขภาพองค์รวมเป็นการมองสุขภาพในเชิงบวกคือ เป็นการมองการมีสุขภาพที่ดี เป็นตัวตั้งโดยให้ความสำคัญกับสภาพที่สมดุลสอดคล้อง กลมกลืนกัน ของชีวิตในทุกมิติระหว่างบุคคล และ สิ่งแวดล้อม โดยการกระตุ้นให้คนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน มีความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง

3. จากการศึกษาขบวนการมีส่วนร่วมของคนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนพลวัติ การจัดการให้คนในชุมชนต้นตัวและเป็นการร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ทางของรัฐซึ่งปฏิบัติงานรับผิดชอบดูแลคนในชุมชน ได้ตระหนักถึงโรคภัยไข้เจ็บ ในการจัดการคัดกรองสุขภาพคนในชุมชนจึงจะได้ผลดีและเป็น การถาวร จะต้องเกิดขึ้นจากการร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาสุขภาพ คนกลุ่มเสี่ยงและคนในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. องค์กรต่างๆ และกลุ่มคนต่างๆ ให้การสนับสนุนในการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมในทางที่ดีขึ้น

4. จากการศึกษาการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินชีวิตของคนกลุ่มเสี่ยง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น จากการเรียนรู้ความพอประมาณในระดับบุคคล และ ครอบครัว โดยเฉพาะคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน มุ่งเน้นการแก้ปัญหาและป้องกันเพื่อการลดเสี่ยงลดโรค

การมีเหตุผล คือ การตัดสินใจของคนกลุ่มเสี่ยงในการเลือกบริโภคอาหารที่ดีและมีประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น โดยการใช้เหตุผลในการตัดสินใจในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง

การมีภูมิคุ้มกัน การที่คนกลุ่มเสี่ยงได้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง ทำให้คนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการพัฒนาและการบูรณา

การในด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับหลักปฏิบัติตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บอันจะเกิดขึ้นกับคนกลุ่มเสี่ยงหรือบุคคลทั่วไป

### การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

ปัญหาการสร้างความเข้าใจ และการตระหนักต่อ โรคร้ายไข้เจ็บของคนกลุ่มเสี่ยงและคนในชุมชน ในการปฏิบัติตน ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอย่างแท้จริง

อุปสรรคความพร้อมของคนกลุ่มเสี่ยงและผู้เป็นญาติบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียยังไม่ให้ความสำคัญในการอบรมเชิงปฏิบัติการตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ข้อดีเป็นการน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงในการปฏิบัติเพื่อลดเสี่ยงลดโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไขมัน เป็นต้น

ข้อดีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุมากขาดทักษะความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครัวรั้วตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังยึดติดความเชื่อแบบเดิมๆที่ตนดำเนินชีวิต

ผลการฝึกอบรมปฏิบัติการ 3 ครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีทักษะ มีความเข้าใจในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคนกลุ่มเสี่ยงก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม โดยรู้จักความพอประมาณความเหมาะสมกับตนเองและมีเหตุผลมากขึ้น จากการเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการที่เป็นฐานข้อมูล ฐานความรู้และวิชาการต่างๆวิทยากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอส. ที่มาให้ความรู้ ทำให้คนกลุ่มเสี่ยงมีภูมิคุ้มกันที่ดี

### ผลของการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน ที่ได้เข้าร่วมโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คำแนะนำของวิทยากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. จากการลงพื้นที่ไปติดตาม

ด้านอาหารและโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น โดยไม่เข้าข้างตนเอง เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและโภชนาการต่อสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกทานข้าวกล้อง และพืชผักสมุนไพรที่ป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่คนกลุ่มเสี่ยงเป็นอยู่เพื่อให้ค่าน้ำตาลในเลือดลดลงเป็นปกติ

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย โดยการทำกิจกรรมการทำความสะอาดบ้าน และมีการเดินและวิ่ง จำนวน 5 คน ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีการเดินออกกำลังกายเป็นหลักเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ฉะนั้นการออกกำลังกายและการปฏิบัติในการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง 30 - 45 นาที ตามคำแนะนำและการติดตามของผู้ร่วมวิจัย

ด้านการปฏิบัติตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ปฏิบัติตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยการปลูกผักอินทรีย์ เช่น ปลูกผักกาด ผักบุ้ง ผักกวางตุ้ง ฯลฯ เป็นผักปลอดสารพิษและมีการปลูกพืชผักสมุนไพร เช่น สะเดา มะรุม เตยหอม มะยม ชาขาว หนุ่ยหวาน มะเขือพวง ตำลึง ย่านาง และการเพาะเลี้ยงเห็ดเป็นต้น

### การประเมินผลกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการเลือกรับประทานอาหาร ประเภท ข้าวกล้อง และ พืชผักสมุนไพรที่คนกลุ่มเสี่ยงได้ปลูกไว้รับประทาน ประเภทผักพื้นบ้านที่ต้านทานโรค เช่น ผักกาด ผักบุ้ง ผักกวางตุ้ง ใบบัวบก เตยหอม มะยม สะเดา มะเขือพวง ชาขาว ตำลึง ย่านาง ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งพืชผักเหล่านี้ เป็นพืชผักสมุนไพรที่ต้านทานโรคเบาหวานและโรคอื่น ๆ ได้โดยคนกลุ่มเสี่ยง ได้รับความรู้จากการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและได้นำความรู้ทักษะต่าง ๆ มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงใน 1 ปี ที่ผ่านมาจากการติดตามทุก ๆ 2 เดือนจึงพบว่าคนกลุ่มเสี่ยงมีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยการนำหลักการมาปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนกลุ่มเสี่ยงและของคนในชุมชนพลีริทำให้คนกลุ่มเสี่ยงและบุคคลในครอบครัวของคนกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีแผนอาชีพโดยการปลูกพืชผักสมุนไพร ได้บริโภค ลดเสี่ยง ลดโรค ลงได้แล้ว ยังมีแผนการเงิน ซึ่งเป็นรายได้เสริมเพิ่มให้กับครอบครัว ยังพบว่าคนกลุ่มเสี่ยงได้จัดสรรเรื่องเวลาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆ ให้เหมาะสมกับหลักการปฏิบัติตามเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

## ผลการประเมินผลสุขภาพ

ผลการวัดความดันโลหิตสูงของคนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความดันโลหิตลดลงเป็นปกติ ร้อยละ 90 จากการติดตามตลอดระยะเวลา 1 ปี

ผลการวัดค่าน้ำตาลในเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ระหว่าง 120 – 130 เดซิลิตร ในขณะที่งดอาหารคิดเป็นร้อยละ 90 จากการติดตามคนกลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคลทุกๆ 2 เดือน ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้วิจัยลงไปตรวจวัดค่าน้ำตาลซ้ำ

พฤติกรรมสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการปฏิบัติตนในด้าน โภชนาการบริโภคอาหารประเภทข้าวกล้อง ผักพืชสมุนไพร ผักพื้นบ้านที่ต้านทานโรคเบาหวานและโรคอื่นๆ และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คนที่มีการปลูกพืชผักสมุนไพรไว้รับประทานเองเพื่อลดเสี่ยง ลดโรค และยังมีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย โดยการ เดิน – วิ่ง การทำกิจกรรมทำความสะอาดบริเวณบ้าน ครั้ง 30 – 45 นาที ต่อวันต่อครั้งใน 1 สัปดาห์ มีการทำกิจกรรมดังกล่าว อย่างน้อย 3 วัน ต่อ 1 สัปดาห์ จากการติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลา 1 ปี

## การอภิปรายผล

มิติทางกายเกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมของคนกลุ่มเสี่ยง พบว่าจำนวน 30 คน จากการศึกษาสุขภาพ พบว่าคนกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคอื่นแทรกซ้อน หรือการเจ็บป่วยลดลงโดยมีปัจจัยสำคัญในการบริโภคอาหารและโภชนาการแบบพอเพียง มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม และสภาวะเศรษฐกิจมีความเป็นอยู่แบบพอเพียง

มิติทางจิตใจหรือจิตวิญญาณพบว่าคนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 คน มีอารมณ์แจ่มใส ไม่มีความกังวลและมีความสุขมากขึ้น ปัจจัยที่สำคัญคือ การจัดการความเครียดโดยการนั่งสมาธิ มีความเชื่อ และศรัทธาในชีวิตมีความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว

มิติทางสังคมมีครอบครัวอบอุ่น สังคม ชุมชน โดยมีความสัมพันธ์ต่อกัน สามารถดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทรความเสมอภาค ความยุติธรรม สันติสุข และวัฒนธรรมของชุมชน

**มิติทางปัญญา** พบว่าคนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 30 คน มีสุขภาพในด้านการเป็นอยู่ที่ดี มีการศึกษา มีความรู้ เฉลียวฉลาด และรู้เท่าทันของการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะในด้านต่างๆซึ่งเป็น ภูมิคุ้มกันในทางสังคม

จากการศึกษาขบวนการมีส่วนร่วมของคนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนพลศิริ ควรจัดการให้คนใน ชุมชนตื่นตัวและเป็นการร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ทางของรัฐซึ่งปฏิบัติงานรับผิดชอบดูแลคนใน ชุมชนได้ตระหนักถึงโรคร้ายไข้เจ็บ ในการจัดการคัดกรองสุขภาพคนในชุมชนจึงจะได้ผลดีและเป็น การถาวร จะต้องเกิดขึ้นจากการร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาสุขภาพ คนกลุ่มเสี่ยงและคนในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. องค์กรต่างๆ และกลุ่มคนต่างๆ ให้การสนับสนุนในการพัฒนาการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมในทางที่ดีขึ้นสอดคล้องกับ ดวงกลม สักดิ์เลิศสกุล (2549) ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม โดยนำความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ด้านการใช้ สมุนไพรไทยมาบำบัดโรคเบาหวาน

จากการศึกษาขบวนการมีส่วนร่วมของคนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนพลศิริ ควรจัดการให้คนในชุมชน ตื่นตัวและเป็นการร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติงานรับผิดชอบดูแลคนในชุมชนได้ ตระหนักถึงโรคร้ายไข้เจ็บ ในการจัดการคัดกรองสุขภาพคนในชุมชนจึงจะได้ผลดีและเป็นการถาวร จะต้องเกิดขึ้นจากการร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาสุขภาพ คนกลุ่มเสี่ยงและคนในชุมชน โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. องค์กรต่างๆ และกลุ่มคนต่างๆ ให้การสนับสนุนในการพัฒนาการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมในทางที่ดีขึ้นสอดคล้องกับ อรุณีผุยปุ๋ย และ วันเพ็ญ บัณราช (2556) ในเรื่องการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและการมีส่วนร่วมในการดูแล ของชุมชน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและมีความเข้าใจฉลาดเคลื่อนเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานมีการดูแลตามหน้าที่ของตนเอง แต่เป็นต่างคนต่างทำ จะมีเพียง กลุ่มอสม. และผู้ให้บริการสุขภาพเท่านั้นที่มีการทำงานร่วมกันในบางกิจกรรมผู้ให้บริการสุขภาพ ควรนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการออกแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน

การลดพฤติกรรมเสี่ยงการบริโภค การปฏิบัติตนตามกรอบแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงทำ แล้วพึ่งพาตนเองได้ ไม่มีการเจ็บป่วย ช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ชีวิตมีสุขภาพดีการมีความ พอประมาณ การมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกัน 3 ตัวชีวิต ประกอบด้วย

**ความพอประมาณ** หมายถึง การดำเนินชีวิตของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน มี การปฏิบัติตนตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เรียนรู้หลักจิตวิทยาการในด้านต่าง ๆ มาปรับใช้ใ นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับตนเอง เป็นการลดเสี่ยงลดโรคที่ตนเป็นอยู่ โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน ด้านอาหารและโภชนาการ มีการหลีกเลี่ยงอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ทานแต่ ปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย โดยเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อ

ร่างกาย มีการทานพืชผักสมุนไพรที่ตนปลูกไว้ เพราะเป็นผักที่ปลอดสารพิษและเป็นผักสีเขียวที่คนกลุ่มเสี่ยงสามารถทานได้ (และสามารถลดน้ำตาลในเลือดได้) ด้านการออกกำลังกายคนกลุ่มเสี่ยงมีการออกกำลังกายในรูปแบบทำกิจกรรมชีวิตประจำวัน การเดินและวิ่งเป็นเวลา 30 – 45 นาทีต่อครั้งอย่างน้อย 3 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ ทำให้คนกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพดีขึ้น จากการรับประทานพืชผักสมุนไพรและการปฏิบัติในการออกกำลังกายต่อเนื่อง ทำให้คนกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรงขึ้น อารมณ์สดใส ร่าเริง

**มีเหตุผล** หมายถึง การนำข้อมูลมาใช้ความรู้วิชาการกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีแบบแผน ใช้ความรู้มากกว่าความรู้สึก มีการพิจารณาใช้เหตุผลในรูปแบบและขั้นตอนปฏิบัติตน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากการเป็นโรคเบาหวาน จากการเรียนรู้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการและค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการชีวิตหลักเศรษฐกิจพอเพียง จัดการสุขภาพกินอยู่อย่างไรให้มีสุขภาพดีและมีความสุข

**มีภูมิคุ้มกัน** หมายถึง ระบบชีวิตที่มีความสัมพันธ์ในทุกระดับของร่างกาย ไม่สามารถแบ่งแยกได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในมิติทางกาย ร่างกาย สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มิติทางใจ จิตใจมีความสุขรื่นเริง ไม่มีความเครียด มีสติสัมปชัญญะ และความคิดอ่านตามควรแก่อายุ มิติทางปัญญา มีความรู้ มีสติ ความเฉลียวฉลาดและรู้เท่าทันต่อการแก้ปัญหา มิติทางสังคม เป็นความสุขที่เกิดจากการเข้าใจธรรมชาติ การอยู่ร่วมกัน ระหว่างคนกับธรรมชาติ นำหลักการธรรมชาติมาบำบัดโรคภัยไข้เจ็บ โดยการสืบค้นภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้กับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการเชื่อมโยงในทุกด้านให้มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีระบบ(เสรี พงศ์พิศ, 2554) เศรษฐกิจพอเพียงเกิดได้ถ้าใจปรารถนา

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะด้านการบริการ

1. ควรจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ญาติพี่น้องของคนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้องใช้การศึกษาติดตามผล
2. หน่วยงานภาครัฐต้องให้บริการทางด้านวิชาการ บริการนโยบายเชิงรับมาเป็นเชิงรุก เพื่อตรวจสอบสุขภาพคนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนในชุมชน จัดตั้งฐานการเรียนรู้เพื่อลดและป้องกันโรคเบาหวานและโรคอื่น ๆ

### ข้อเสนอแนะทางวิชาการ

ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ควรจะมีการนำผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ประธานชุมชน สามี ภรรยา บุตรของคนกลุ่มเสี่ยงเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การดำเนินชีวิตตามแผน 4 แผน คือ แผนชีวิต แผนเศรษฐกิจ แผนอาชีพและแผนสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรใช้ตัวอย่างจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้วิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงในเรื่องอื่น ๆ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือโรคอื่น ๆ





## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2542). **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). **แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับจังหวัด**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงมหาดไทย. (2549). **หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงตัวอย่าง**. คณะกรรมการอำนวยการเศรษฐกิจพอเพียง.
- คณะกรรมการการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). **การสร้างขบวนการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : กลุ่มงานเศรษฐกิจพอเพียง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจพอเพียง.
- คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง. (2550). **ครั้งที่ 5. ประมวลคำในพระบรมราโชวาทพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชตั้งแต่พุทธศักราช 2493 - 2549 ที่เกี่ยวข้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- จันทนา แสงเพชร. (2549). **พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานบริการแบบเบ็ดเสร็จโรงพยาบาลขอนแก่น . วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น**
- ณรงค์ โชควัฒนา. (2542). **เศรษฐกิจชุมชนทางเลือกเพื่อทางรอดของสังคมไทย**. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. (2548). **แนวคิดเศรษฐกิจชุมชน ข้อเสนอทางทฤษฎีในบริบทต่างสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง.
- เฉลิมพลตันสกุล. (2543). **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์.
- ชัชลิต รัตสาร. (2551). **ผลกระทบเบาหวานระดับชาติ**. (ออนไลน์) แหล่งที่มา : [http://www.changingdiabetesthailand.com/upload\\_images/file/DiabetesBookTHAI.pdf](http://www.changingdiabetesthailand.com/upload_images/file/DiabetesBookTHAI.pdf).
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2542). **การพัฒนาพฤติกรรมเด็ก**. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ชาญชัย เพ็ชรประพันธ์กุล.(2550). **เศรษฐกิจพอเพียงกับการพัฒนาประเทศจากแนวปรัชญา  
ผู้นำไปปฏิบัติจริง**.กรุงเทพฯ : ภาควิชาสหกรณ์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
เกษตรศาสตร์.
- ชูดา จิตพิทักษ์. (2551). **พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น**. กรุงเทพฯ : สารมวลชน.
- ดวงกมล สักดิ์เลิศสกุล. (2549). **แผนธุรกิจของสถานบริการสุขภาพแบบองค์รวม** .  
คณะเภสัชศาสตร์. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คารนิบุญไพศาลเจริญ. (2548). **การพัฒนาและส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงและ  
กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า**.วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์/  
โรงพยาบาลทั่วไป เขต 4. 15(4), 36.
- ทศมนพร พุทธจันทร์. (2547). **ความคิดเห็นในการดำเนินชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง:  
กรณีศึกษาข้าราชการจังหวัดราชบุรี**. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนา  
สังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เทพหิมะทองคำและคณะ. (2540). **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน**.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : นำอักษร.
- นิคม มูลิกะคามะ. (2542). **ทฤษฎีใหม่ในหลวง: ชีวิตพอเพียง**. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์  
ร่วมด้วยช่วยกัน
- นิธิเอียวศรีวงศ์. (2544). **มิติทางวัฒนธรรมในยุคเศรษฐกิจพอเพียง : ความหมายและความสำคัญ**.  
กรุงเทพฯ : มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์. (2535). **พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน: การศึกษาเชิง  
มานุษยวิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์  
มหาบัณฑิต สาขามานุษยวิทยาประยุกต์บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสรวง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา**.  
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประเวศวะสี. (2542). **เศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม แนวทางพลิกฟื้นเศรษฐกิจสังคม**.  
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ปรัชญา เวสารัชช์. (2538). **รายงานการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนา  
ชนบท**. กรุงเทพฯ : สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปราณี หมอนทองแดง. (2534). **“ทิศทางการพึ่งตนเองในสังคมที่กำลังเปลี่ยนไป”**.วิทยานิพนธ์  
(ศศ.ม.) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- เปรม ติณสูลานนท์.(2541).“ปรัชญาการพัฒนา : ทฤษฎีใหม่ตามแนวพระราชดำริ”ในเอกสารประกอบการสัมมนาโครงการปราชญ์เพื่อแผ่นดิน : ทฤษฎีใหม่ตามแนวพระราชดำริ สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน จ.นนทบุรี ในวันที่ 6 พฤศจิกายน 2541, สถาบันนโยบายการศึกษา.
- พงษ์อมรบุญนาท. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน.การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). (2552). การพัฒนาที่ยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่12. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- พิสิฐ ลี้อาธรรม. (2549). ทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจมหภาคการเงินการคลัง. (ออนไลน์). แหล่งที่มา:<http://th.wikipedia.org/wiki/>.
- เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝกและคณะ. (2550). การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็เบาหวาน.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2527). แนวนโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนยุทธศาสตร์พัฒนาปัจจุบัน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา.กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภากการพิมพ์.
- ไพเราะ เลิศวิราม. (2550). “Sufficiency Economy เศรษฐกิจพอเพียง”.กรุงเทพฯ:บริษัทเคดีออคอมจำกัด (มหาชน).
- ภาวนา กิรติยวงศ์. (2537). การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาฆะ จิตตะสังคะ. (2537). “องค์การเอกชนกับการพัฒนาชนบท”.การพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร:คณะวิชาการส่งเสริมการเกษตรและสหกรณ์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมชิราช.
- เมธี จันท์จารุภรณ์. (2539). การศึกษาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ภาคกลาง. ชลบุรี : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง.
- ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์. (2550). ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : บริษัท แล็บบอราทอรี่ส์ โฟนิแย่ (ประเทศไทย) จำกัด.

- วิชัย เอกพลากร. (2549). การประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). <http://kb.hsri.or.th>
- วิชัย เอกพลากรและคณะ. (2552). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552. นนทบุรี : เดอะกราฟิโก ซิสเต็ม.
- วิชิตวงศ์ณป้อมเพชร. (2551). ถอดรหัสเศรษฐศาสตร์เพื่อเข้าใจเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงดาว.
- วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และวิโรจน์ เขียมจรัสรังสี. (2551). วิทยาการระบาดของโรคเบาหวานในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2, (4), 623-641.
- วิทยา ศรีดามา. (2545). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สนอง อุณาภูล. (2545). คู่มือโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เสียงเชียง.
- เสน่ห์จามริก. (2550). เศรษฐกิจพอเพียงในกระแสโลกาภิวัตน์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.
- เสวี พงศ์พิศ. (2552). วิธีสู้ชีวิตพอเพียง. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- เสวี พงศ์พิศ. (2552). วิธีสู้ชุมชนพอเพียง. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- เสวี พงศ์พิศ. (2554). เศรษฐกิจพอเพียง เกิดได้ถ้าใจปรารถนา. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการจัดระบบจรรยาบรรณ. (2541). เศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม แนวทางพลิกฟื้นเศรษฐกิจสังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอบัวบ้าน.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). เศรษฐกิจพอเพียงคืออะไร. คณะกรรมการการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). ประมวลคำในพระบรมราชโองการพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ตั้งแต่พุทธศักราช 2493 – 2549 ที่เกี่ยวข้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง.
- สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. (2550). พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวกับเศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2550). การประชุมทางวิชาการระดับชาติเรื่อง "เจาะประเด็นเศรษฐกิจพอเพียง : องค์ความรู้จากงานวิจัย". 21 มิถุนายน 2550 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุขภาพแบบองค์รวม. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก [http://www.oppo.opp.go.th/info/KnOPHealth\\_57.pdf](http://www.oppo.opp.go.th/info/KnOPHealth_57.pdf).

(1 พฤษภาคม 2557).

สุนีย์แก่งกาจ. (2544). การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต  
วิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุเมธ ตันติเวชกุล. (2548). หลักธรรมหลักทำตามรอยพระยุคลบาท. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธาการพิมพ์.

สุเมธ ทราญแก้ว. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการ

ทรัพยากรธรรมชาติ : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการ

ทรัพยากรธรรมชาติ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ สศ.ม., มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2547). แนวทางการดูแลรักษาเบาหวาน. เอกสารประกอบการอบรม

วิชาการเรื่อง “บทบาทพยาบาลกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น”. 29 เมษายน- 1 พฤษภาคม  
2547.

สุรเกียรติ เสถียรไทย. (2542). ทฤษฎีใหม่ในหลวง : ชีวิตที่พอเพียง. กรุงเทพฯ: ร่วมด้วยช่วยกัน.

สุวิทย์เมฆินทร์ชัย. (2549). จุดเปลี่ยนประเทศไทยเศรษฐกิจพอเพียงในกระแสโลกาภิวัตน์.

กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

อकिनรพีพัฒน์. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยในการมี

ส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สักดิ์โสการพิมพ์.

อดุลย์ จาคูรงค์กุล. (2539). พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อรุณิผุ่ยปุย และ วันเพ็ญ ปันราช (2556). สถานการณ์การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 และการมีส่วนร่วมในการดูแลของชุมชนกรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง

จังหวัดพิจิตร. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อภิชาติ วิชญาณรัตน์. (2546). ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

อภิชัยพันธเสน. (2549). สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ :

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

อภิชาติรักษย์. (2551). ภูมิปัญญาตกระแสทางรอดในภาวะเศรษฐกิจถดถอยโดยใช้หลักปรัชญา

เศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ: ยูแพดอินเตอร์.

อารีย์วรรณอ่วมตานี. (2549). “การเสริมสร้างพลังอำนาจในระบบบริการพยาบาล”ในเอกสาร

การสอชุดการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาลหน่วยที่ 10 - 15.วิชาการพัฒนา

ศักยภาพระบบบริการพยาบาล. หน่วยที่ 14, พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สาขาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

อำพล เสนาณรงค์. (2550). องคมนตรีของคนไทยช่วยกันเผยแพร่เศรษฐกิจพอเพียง.

ค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2551, จาก <http://www.manager.co.th/QOL/View News.aspx>.

อุระณีรัตนพิทักษ์ และคณะ. (2536). การศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อ

ค่าระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11(3),

179 – 185.

อุไรวรรณ โพธิ์พนม. (2545). ผลของการร่ำรวยเงินซึ่งงต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วย

เบาหวาน .เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอกอนันต์. (2550). **ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง Road to Sustainable Economy**. กรุงเทพฯ:

เม็ดทรายพรีนติ้ง.

Engel, Kollat& Blackwell, (1968). Consumer Behavior.

Schiffman, L. G. & Kanuk, L. L. (1987). Consumer Behavior (3rd ed.). New Jersey:

Prentice Hall.





ภาคผนวก ก.  
ภาพกิจกรรม



เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และผู้วิจัยลงพื้นที่คัดกรองสุขภาพ ครั้งที่ 1



การตรวจวัดความดันของคนกลุ่มเสี่ยง



การตรวจค่าน้ำตาลในเลือดของคนกลุ่มเสี่ยง



คนกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมอบรมที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร



ซักประวัติคนกลุ่มเสี่ยง



วิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน



วิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง



การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน และ คนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนพุดศิริ



ลงพื้นที่ติดตามผลคัดกรองคนกลุ่มเสี่ยงของ อสม.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้วิจัย  
ลงพื้นที่ครั้งที่ 2



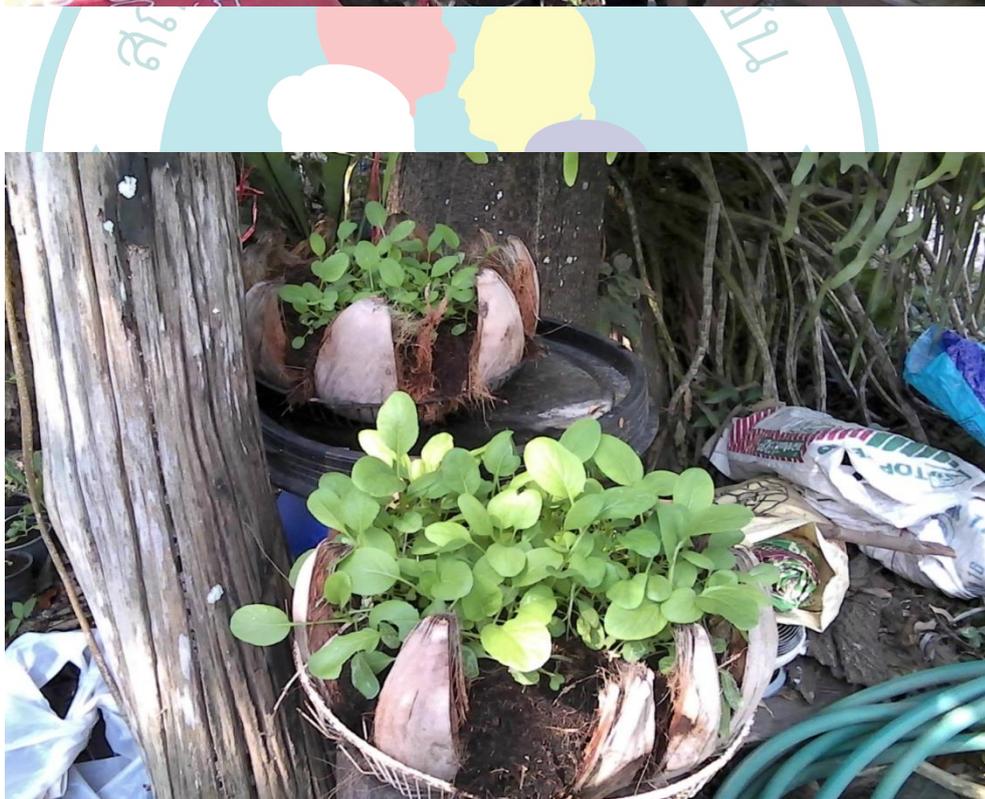
ลงพื้นที่ติดตามผลกิจกรรมคนกลุ่มเสียงของ อสม.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้วิจัย  
ครั้งที่ 3



ผักพื้นบ้านต้านทานโรค



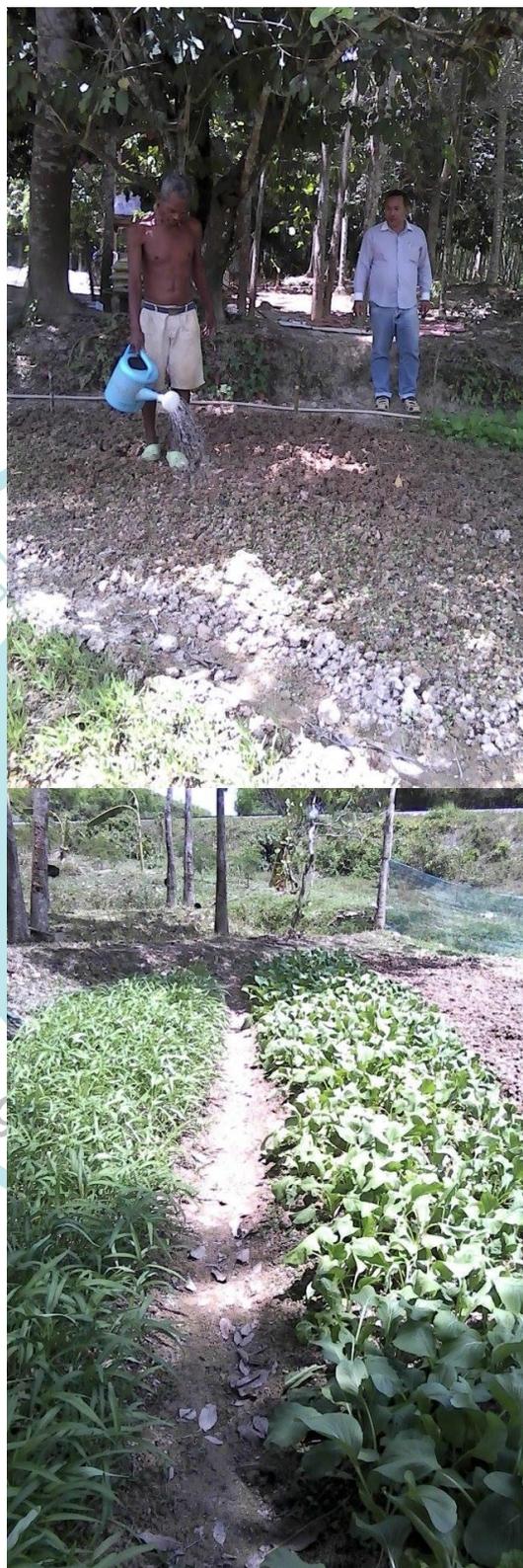
การปลูกผักตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของคนกลุ่มเสี่ยง



การปลูกผักเกษตรอินทรีย์ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง



การปลูกผักเกษตรอินทรีย์ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง



การปลูกผักเกษตรอินทรีย์ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง



การออกกำลังกายเวลา 17.00 น.

## ภาคผนวก ข

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพื้นฐาน สุขภาพองค์รวมและขบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อศึกษาวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งในการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่จะเป็นประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือชุมชนอื่นที่มีปัญหาลักษณะเดียวกัน จึงขอความกรุณาท่านได้โปรดตอบตามความเป็นจริงคำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ถ้าหากท่านไม่พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้ท่านสามารถบอกปฏิเสธได้ โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการคัดกรองสุขภาพของท่าน

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

(นาย วัชรศักดิ์ ทิพย์เลิศชัย)

นักศึกษาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ  
บัณฑิตมหาวิทยาลัยชีวิต

### แบบบันทึกข้อมูลในการสัมภาษณ์

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง : กรณีศึกษาชุมชนพุดศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

#### การคัดกรองสุขภาพ

##### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในชุมชนพุดศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

#### ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ.....
 

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ
 

<input type="checkbox"/> 40 – 45 ปี	<input type="checkbox"/> 46 – 50 ปี
<input type="checkbox"/> 51 – 55 ปี	<input type="checkbox"/> 56 – 60 ปี
<input type="checkbox"/> 61 ปีขึ้นไป	
3. สถานภาพ
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส/คู่
<input type="checkbox"/> หย่า/ หม้าย	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
5. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
6. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
7. ความดันโลหิต  ปกติ  ต่ำ  สูง
8. รอบเอว.....นิ้ว
9. ค่าน้ำตาลในเลือด  140 – 199  200 ขึ้นไป

10. ประวัติของครอบครัว บิดา – มารดา พี่ – น้อง สายตรงของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยโรคอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)
- ( ) โรคเบาหวาน
  - ( ) โรคความดันโลหิตสูง
  - ( ) โรคหัวใจและหลอดเลือด – โรคอ้วน
  - ( ) โรคอื่นๆ (ระบุ).....
  - ( ) ไม่มี (ปกติ)
11. บทบาทในการทำงาน
- ทำงานอาชีพหลัก ( ) เกษตรกรรม
- ( ) รับจ้าง
  - ( ) ค้าขาย
  - ( ) รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ บริษัทเอกชน
  - ( ) อื่นๆ อาชีพรองระบุ.....
- ไม่ได้ทำงาน ( ) นักศึกษา
- ( ) พ่อบ้าน – แม่บ้าน
  - ( ) อยู่บ้านเฉยๆ
  - ( ) อื่นๆ ระบุ.....
12. บทบาททางสังคมในปัจจุบัน
- ( ) มี ระบุ.....
  - ( ) ไม่มี
13. สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว
- ( ) รายได้พอจ่ายเป็นส่วนใหญ่ ( ) รายได้ไม่พอต่อรายจ่ายเป็นส่วนใหญ่
  - ( ) ความเป็นอยู่ปานกลาง ( ) ความเป็นอยู่แบบพอเพียง
14. สิทธิในการเสียค่ารักษาพยาบาล
- ( ) โครงการ 30 บาท ( ) บัตรผู้สูงอายุ
  - ( ) เบิกจ่ายส่วนราชการต้นสังกัด ( ) สิทธิ อสม.
  - ( ) บัตรประกันสังคม ( ) อื่นๆ .....
15. ระยะเวลาการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
- ( ) ระหว่าง 1 – 6 เดือน
  - ( ) ระหว่าง 7 – 12 เดือน

16. ท่านเคยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อโรคเบาหวาน จาก.....
- ( ) แพทย์ – พยาบาล ( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
 ( ) อสม. ( ) ญาติพี่น้อง  
 ( ) เพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อนฝูง ( ) สื่อต่างๆ  
 ( ) อื่นๆ ระบุ.....
17. การรับรู้อาการเบาหวานในปัจจุบัน
- ( ) รุนแรง ( ) ไม่รุนแรง

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

18. หลังจากอยู่ในคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน แล้วท่านได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) รักษาที่คลินิก/ โรงพยาบาลเอกชน  
 ( ) รักษาที่อนามัย/ โรงพยาบาลของรัฐ  
 ( ) ซื้อมากินเอง  
 ( ) ปลดปล่อยให้หายเอง  
 ( ) ใช้สมุนไพรในการรักษา  
 ( ) รับประทานผักพื้นบ้านที่ต้านทานโรค  
 ( ) ปลูกผัก/ พืชสมุนไพรที่ต้านทานโรคไว้รับประทาน  
 ( ) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ  
 ( ) รับประทานอาหารอย่างมีเหตุผล มีประโยชน์ต่อร่างกาย มีความพอดีต่อความต้องการของร่างกาย และป้องกันโรคเบาหวานหรือโรคอื่นๆ ได้  
 ( ) ฟังคำแนะนำ และปฏิบัติตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และวิทยากรที่มาให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง  
 ( ) เข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มย่อย แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพกับคนปกติที่ไม่มีโรค หรือ ไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน  
 ( ) ลดอาหาร หวาน มัน เค็ม  
 ( ) พักผ่อนอย่างพอเพียง  
 ( ) ฝึกสมาธิ หรือ ฟังธรรมะ

- ( ) ควบคุมอาหารมื่อเย็นในปริมาณที่เหมาะสม  
 ( ) รับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่ อย่างพอประมาณ

19. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามข้อ 16 นั้นให้ท่านเรียงลำดับ จากการปฏิบัติที่มากที่สุด  
 เรียงลำดับลงมา 5 อันดับ

อันดับที่ 1 คือ .....

อันดับที่ 2 คือ .....

อันดับที่ 3 คือ .....

อันดับที่ 4 คือ .....

อันดับที่ 5 คือ .....

20. ท่านคิดว่าการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จะเข้าสู่ภาวะปกติ หรือจะหาย  
 หรือไม่ เพราะเหตุใด

21. ท่านคาดหวังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้หายจากการเป็นคนกลุ่มเสี่ยงต่อ  
 โรคเบาหวานไว้อย่างไรบ้าง

ส่วนที่ 3 **แบบสังเกต การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน**  
**ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง : กรณีศึกษาชุมชนพุลศิริ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัด**  
**สุราษฎร์ธานี**

22. สังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานคนที่ 1 – 30  
 ในประเด็นต่อไปนี้

22.1 สังเกตรูปร่าง และการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของแต่ละคนในแต่ละเดือนเพิ่มขึ้น  
 – ลดลง

22.2 สังเกตการออกกำลังกายของแต่ละคน มีขึ้นหรือไม่มี ความถี่มากน้อย  
 เพียงใด ระยะเวลาในการออกกำลังกาย สั้น – ยาว หรือไม่

22.3 สังเกตมีการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สุขภาพกับคนกลุ่มต่างๆ หรือไม่  
 อย่างไร เพราะอะไร

22.4 สังเกตการรับประทานอาหารเช้าว่าเป็นการปรับเปลี่ยนจากเดิมหรือไม่ อย่างไร  
 เพราะอะไร

22.5 สังเกตความตั้งใจในการดูแลรักษาสุขภาพให้เป็นปกติ เพิ่มขึ้น ถี่ขึ้น มากน้อย  
เพียงใด

23. สังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในเรื่อง  
ต่อไปนี้

23.1 การปลูกผักที่ช่วยป้องกันโรคมะเร็งหรือไม่

23.2 การไปพบหมอ หรือปฏิบัติตามหมอสั่งมากน้อยหรือไม่

23.3 เข้าโรงพยาบาล/คลินิก บ่อยหรือไม่ เพราะอะไร

**ส่วนที่ 4** แบบสนทนากลุ่มย่อย

24. การลดเสี่ยงลดโรค โดยการบริโภคอาหารข้างรัวครอบครัวพอเพียงเหลือเพียงสารเคมี  
แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

24.1 กลุ่มที่เป็นโรคอยู่แล้ว และเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

24.2 กลุ่มคนที่มีน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน



## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - นามสกุล	นายวัชรศักดิ์ ทิพย์เลิศชัย
วันเดือนปีเกิด	9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2509
ที่อยู่	11/21 หมู่ที่ 5 ตำบลน้ำพุ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84120
เบอร์โทรศัพท์	084-4461411
อีเมล	-
สถานที่ทำงาน	11/21 หมู่ที่ 5 ตำบลน้ำพุ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84120
ประวัติการศึกษา	<p>วุฒិการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง วิทยาการจัดการเพชรเกษม สาขาการตลาด</p> <p>วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต คณะบริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาการตลาด</li> <li>- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขานิติศาสตร์</li> </ul> <p>ปัจจุบันกำลังศึกษาระดับปริญญาโท</p> <p>สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ</p>

