

# การพัฒนาต้นแบบการสื่อสาร ความเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน



สำนักโรคไม่ติดต่อ  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 978-974-297-800-6

# รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนาต้นแบบการสื่อสาร  
ความเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

โดย

ม.ล.นิตยา

ธนวิฑฐิ

นางเพชรภรณ์

สมบูรณ์บุรณะ

นางนิตยา

พันธุเวทย์

นางสาวนุชรี

อาบสุวรรณ

อาจารย์ที่ปรึกษา

พศ.ดร.เกษร สำภาทอง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สำนักโรคไม่ติดต่อ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข





## คำนำ



การพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงเป็นงานริเริ่มที่สำคัญของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ในลักษณะที่เป็นการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ การจัดการความเสี่ยง วิถีชีวิตที่เป็นอุปสรรค การสื่อสารในชุมชน ตลอดจนปัจจัยเอื้อ ปัจจัยสนับสนุนของชุมชนในการจัดการความเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ทุกมิติของบริการสุขภาพบรรลุเป้าหมายได้ โดยการทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้าใจปัญหาต่างๆอย่างถูกต้อง สามารถนำไปสู่การตัดสินใจต่อการจัดการความเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างเหมาะสม เป็นการตั้งต้นจัดทำแผนสื่อสารความเสี่ยงเรื่องเบาหวานจากมุมมองของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กลุ่มมองของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ในการศึกษากระบวนการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในชุมชนครั้งนี้ ได้ประยุกต์มาจาก Public Health Agency of Canada นำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยง และดำเนินกระบวนการภายใต้กรอบแนวคิด โดยมีพื้นที่ปฏิบัติการได้แก่ หมู่ 4 และหมู่ 13 บ้านพรานอ้น ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้จัดทำรายงานเล่มนี้ขึ้น เพื่อให้ผู้สนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของชุมชน ได้ศึกษาแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนสามารถนำต้นแบบที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน จึงหวังว่ารายงานเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ของผู้สนใจต่อไป

ในการนี้ สำนักโรคไม่ติดต่อ ขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี สถานีอนามัยเหมืองบัว เทศบาลตำบลคำอาฮวน ชุมชนบ้านพรานอ้นหมู่ 4 หมู่ 13 และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานในโครงการให้สำเร็จด้วยดีตลอดมา

นพวิมล ปานิช

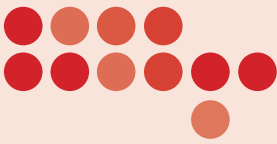
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค



# สารบัญ



	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
สารบัญรูปภาพ	จ
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	๕-๗
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
1. หลักการและเหตุผล	1
2. วัตถุประสงค์ของโครงการ	3
3. ขอบเขตการศึกษา	3
4. ระยะเวลาดำเนินการ	3
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
6. นิยามปฏิบัติการ	3
<b>บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>5</b>
1. แนวคิดหลักที่ 1 โรคเบาหวาน	5
2. แนวคิดหลักที่ 2 ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม กลยุทธ์การตลาดการโฆษณา	13
3. แนวคิดหลักที่ 3 ระบบบริการสุขภาพ	15
4. แนวคิดหลักที่ 4 การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง	15
<b>บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย</b>	<b>20</b>
1. รูปแบบกระบวนการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยง	20
- ชั้นเตรียมการ	20
- ชั้นวิเคราะห์ชุมชน	21
- การยอมรับจากผู้มีส่วนร่วม	21
2. พื้นที่ศึกษาและกลุ่มเป้าหมาย	22
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	22
4. แนวทางการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ	24
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	24
6. คุณภาพเครื่องมือ	26
7. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	26
8. การวิเคราะห์ข้อมูล	27
9. แนวทางการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	27



	หน้า
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>	29
1. ลักษณะทางสังคมและประชากร	29
2. ผลการศึกษาเชิงปริมาณโดยการสำรวจชุมชน	33
3. การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแยกตามกลุ่ม	36
ส่วนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	36
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ	39
ส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	45
ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเองและโรคเบาหวาน (เฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน)	46
4. ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการประชุมสนทนากลุ่ม	48
กลุ่มป่วย	48
กลุ่มเสี่ยง	53
กลุ่มแกนนำชุมชน	56
<b>บทที่ 5 การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยง</b>	60
1. วัตถุประสงค์ของการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	60
2. แนวทางการจัดประชุม	60
3. ผลการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	61
<b>บทที่ 6 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ</b>	70
1. สรุป/อภิปรายผล	70
2. สรุปผลการศึกษา	79
3. ข้อเสนอแนะต่อการนำต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงไปขยายผล	80
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	81
<b>ภาคผนวก</b>	83
เครื่องมือในการสำรวจชุมชน	85
ผลการประกวดคำขวัญ	99
ภาพกิจกรรม	101

# สารบัญตาราง



	หน้า	
ตารางที่ 1	ข้อบ่งชี้การวินิจฉัยโรคเบาหวาน	5
ตารางที่ 2	ลำดับขั้นของการตรวจ FPG และ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส	6
ตารางที่ 3	ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนความเสี่ยง	8
ตารางที่ 4	การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อแนะนำ	9
ตารางที่ 5	การประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคเบาหวานไทย	11
ตารางที่ 6	การประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคเบาหวานไทย	11
ตารางที่ 7	ข้อมูลการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของประชากรบ้านพรานอัน	32
ตารางที่ 8	ข้อมูลการเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของประชากรบ้านพรานอัน	33
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว การมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน มีความดันโลหิตสูง หรือ กินยาลดไขมัน ( n=153 )	34
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการรับรู้ข่าวสาร ( n=153 )	35
ตารางที่ 11	ร้อยละการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=60 ) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=93 )	37
ตารางที่ 12	ร้อยละการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=60 ) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=93 )	39
ตารางที่ 13	ร้อยละความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=60 ) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=93 )	40
ตารางที่ 14	ร้อยละการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=60 ) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=93 )	42
ตารางที่ 15	ร้อยละความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวานจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=60 ) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=93 )	45
ตารางที่ 16	ร้อยละความเชื่อต่อสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=60 ) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ( n=93 )	46
ตารางที่ 17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ( n=93 )	47
ตารางที่ 18	การป้องกันควบคุมเบาหวานประชุม Stakeholder Engagement บ้านพรานอัน หมู่ 4 (กลุ่มเสี่ยง)	65
ตารางที่ 19	การป้องกันควบคุมเบาหวานประชุม Stakeholder Engagement บ้านพรานอัน หมู่ 13 (กลุ่มเสี่ยง)	67
ตารางที่ 20	การป้องกันควบคุมเบาหวานประชุม Stakeholder Engagement บ้านพรานอัน หมู่ 13 (กลุ่มป่วย)	69



# สารบัญรูปภาพ



	หน้า
รูปที่ 1	14
รูปที่ 2	16
รูปที่ 3	18
รูปที่ 4	19
รูปที่ 5	21

## การพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และหลายประเทศในโลก การที่จะแก้ไข ปัญหาโรคเบาหวานได้นั้นต้องดำเนินงานอย่างครอบคลุมทุกมิติของการบริการสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพและรักษาพยาบาล การสื่อสารความเสี่ยงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ทุกมิติของการ บริการสุขภาพบรรลุเป้าหมายได้ โดยการทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้าใจความเสี่ยงและบริบทต่างๆที่เกี่ยวกับความเสี่ยง อย่างถูกต้อง และช่วยให้เกิดการตัดสินใจต่อการจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสม ลดช่องว่างหรือแก้ไขความ บกพร่องอันเนื่องมาจากความเข้าใจ หรือมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งการสื่อสาร ความเสี่ยงจะประสบความสำเร็จได้ต้องดำเนินการสอดคล้องกับบริบทของชุมชนวัฒนธรรมของกลุ่มคน ตลอดจน แนวปฏิบัติดั้งเดิมที่มีอยู่ การที่จะดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงให้เกิดลักษณะดังกล่าวได้ จึงเป็นการดำเนินงานที่ต้อง มีแนวคิดหลักการกระบวนการที่ดี และอยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาต้นแบบด้านการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อควบคุมป้องกัน โรคเบาหวาน ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 เดือน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ถึงกันยายน 2551 โดยเริ่มจากการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ นำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาต้นแบบ การสื่อสารความเสี่ยง และดำเนินกระบวนการภายใต้กรอบแนวคิดที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วย การเตรียมชุมชน การศึกษาชุมชน และการทำงานร่วมกับชุมชนในการวิเคราะห์ สังเคราะห์และหาข้อสรุปในการสื่อสารความเสี่ยง โดยมีพื้นที่ปฏิบัติการได้แก่ หมู่ 4 และหมู่ 13 บ้านพรานอัน ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

จากการศึกษากระบวนการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงของ Public Health Agency of Canada จึงได้นำมาประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบ ( Model ) ในการพัฒนาเพื่อจัดทำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อ การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในชุมชนโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ค้นหาหมู่บ้านนำร่องโดยการปรึกษาหารือกับนักวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มุกดาหารในการคัดเลือกหมู่บ้านนำร่องโดยกำหนดเกณฑ์ว่าต้องเป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเบาหวานสูง และยินดีเข้าร่วม โครงการ

1.2 จัดเตรียมคณะทำงานโครงการโดยการประชุมคณะทำงาน เพื่อสร้างความเข้าใจกระบวนการ ทำงานโครงการทั้งหมดร่วมกัน

1.3 จัดเตรียมชุมชนในพื้นที่ดำเนินการโดยเข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลคำอาฮวน รองนายกฯ สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยหม้อบ่าให้รับทราบ/เข้าใจกระบวนการ วัตถุประสงค์การดำเนินงานของโครงการ ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น เพื่อให้เกิดการประสานงานและ ความร่วมมือที่ดี

1.4 จัดประชุมประชาชน หมู่ 4 และ หมู่ 13 บ้านพรานอัน เพื่อทำความรู้จักชุมชน เปิดตัว โครงการ แจ้งวัตถุประสงค์ของการจัดโครงการ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงาน เพื่อสร้างการยอมรับ ความร่วมมือ ความรู้สึกที่ดีต่อโครงการ มีผู้เข้าประชุมจาก 2 หมู่บ้านรวมทั้งสิ้น จำนวน 92 คน

## 2. ชั้นวิเคราะห์ชุมชน

2.1 การศึกษาบริบทชุมชนและสิ่งแวดล้อม ด้วยการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อาวุโสในหมู่บ้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกสภาเทศบาล และศึกษาจากเอกสารของเทศบาลคำอาฮวน

2.2 การรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ครอบครัว กลุ่มเสี่ยง ประชาชนทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการออกแบบ จัดทำเครื่องมือ และทำการศึกษาชุมชนเป้าหมาย เพื่อสร้างความกระฉับกระเฉงในมิติต่างๆทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานเช่น ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคามความเสี่ยง บริบทของชุมชน การรับรู้ความเสี่ยง ความคิดเห็น ความเชื่อ การจัดการความเสี่ยง การจัดการโรคและความเสี่ยง การสื่อสาร

## 3. การยอมรับจากผู้มีส่วนร่วม

3.1 ชั้นระบุ Stakeholder ที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการ เป็นการสร้างความมีส่วนร่วมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม เข้าสู่กระบวนการพัฒนาด้านแบบการสื่อสารความเสี่ยง (Stakeholder engagement) โดยเริ่มจากผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนแล้วค่อยๆขยายวงกว้างออกไปสู่ผู้ที่สนใจร่วมโครงการให้ครอบคลุมทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรเอกชนรวมทั้งสื่อมวลชนท้องถิ่น

3.2 ชั้นจัดประชุม stakeholder engagement (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก) เป็นขั้นตอนในการแจ้งผลการวิเคราะห์ชุมชน ให้ stakeholder ทราบ เพื่อร่วมกันสร้างมาตรการป้องกัน แก้ไขลดปัจจัยเสี่ยงและการจัดการกับความเสี่ยงของชุมชน ได้ร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของบ้านพรานอัน 2 หมู่บ้าน

3.3 ชั้นทำเวทีพิจารณา โดยนำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่ stakeholder จัดทำ นำเสนอกลับสู่ชุมชนโดยจัดทำเวทีชาวบ้านเพื่อให้ชุมชนรับทราบ และปรับแก้ไข ได้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของบ้านพรานอัน 2 หมู่บ้าน

ผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงโรคเบาหวาน ในส่วนของบริบทของชุมชน พบว่าบ้านพรานอันทั้ง 2 หมู่บ้าน เดิมเป็นหมู่บ้านเดียวกัน ต่อมาประชากรในหมู่บ้านมีจำนวนมากขึ้นเป็นลักษณะครอบครัวขยาย ผู้ใหญ่บ้านในขณะนั้นจึงขอแบ่งแยกหมู่บ้านพรานอันออกเป็นสองหมู่บ้านทั้งนี้ เพื่อให้การปกครองดูแลทุกข์สุขของราษฎรเป็นไปอย่างทั่วถึง ได้รับอนุมัติให้แยกหมู่บ้านเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2543 บ้านพรานอันทั้ง 2 หมู่บ้าน มีลักษณะเป็นหมู่บ้านแบบชนบท บ้านพรานอันหมู่ที่ 4 อยู่ห่างเมืองมุกดาหาร 17 กิโลเมตร บ้านพรานอันหมู่ที่ 13 อยู่ห่างอำเภอเมืองมุกดาหาร 13 กิโลเมตร มีเนื้อที่ 3,265 ไร่ และ 4,852 ไร่ ตามลำดับ พื้นที่ส่วนใหญ่ใช้ทำการเกษตร มีพื้นที่ว่างเปล่าไม่ได้ใช้ประโยชน์ 1,034 - 2,400 ไร่ ความสัมพันธ์ของคนในหมู่บ้านทั้ง 2 เป็นความสัมพันธ์ทางเครือญาติ โดยทั้ง 2 หมู่บ้านมีตระกูลใหญ่ 4 ตระกูล ๆ ที่ใหญ่ที่สุดในชุมชน คือ ตระกูลชาธิพา โดยใช้ตามชื่อท้าวชาธิพา ซึ่งเป็นผู้นำเดินทางมาหาหลักแหล่งที่ทำมาหากิน นอกจากนั้นมีตระกูลศรีโยหะ ตระกูลพลดี และตระกูลใจเที่ยง เมื่อมีการจัดงานในหมู่บ้านใช้การบอกต่อกันคนก็ไปร่วมงานร้านค้าในหมู่บ้าน ทั้งหมู่ 4 และหมู่ 13 มีร้านค้าของชำ (ร้านโชห่วย) อยู่ภายในหมู่บ้าน และในตอนเช้าจะมีรถมอเตอร์ไซด์ขายของเร็วมีอาหารสำเร็จรูปแฉวนเป็นราวเข้ามาขายในหมู่บ้านทุกวัน ชาวบ้านมักซื้ออาหารสำเร็จรูปจากรถขายของเร็วนี้ ร้านขายของเร็วจึงมีส่วนทำให้วิถีชีวิตการกินของชาวบ้านเปลี่ยนไปเป็นวัฒนธรรมอาหารถุงพลาสติก ทั้ง 2 หมู่บ้านไม่มีร้านอาหารประเภทจานด่วน (Fast Food) ร้านประเภท Bakery รวมทั้งร้านสะดวกซื้อ

อยู่ในหมู่บ้าน การปลูกพืชผัก (ผักกินแกล้ม หรือผักใช้ประกอบอาหาร) เพื่อไว้รับประทานในพื้นที่บริเวณบ้านพบ น้อย พบในหมู่ 4 มากกว่าหมู่ 13 ชาวบ้านบอกว่าที่ไม่ปลูกเนื่องจากสัตว์เลื้อยจะมากิน บางคนบอกไม่มีที่จะปลูก คนในหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่บ้าน ส่วนใหญ่ปลูกผักประเภท ตะไคร้ สะระแหน่ พริก หัวหอม หัวระพา กะเพรา ชาวบ้าน เรียกผักเครื่องปรุงไว้ในกระถางต้นไม้ จากปัญหาดังกล่าว ชาวบ้านจึงกินผักน้อย เพราะผักไม่มีจะกิน ผักส่วนใหญ่ที่ กินมักเก็บจากป่าได้แก่หน่อไม้ แบบแผนการรับประทานอาหารของแต่ละบ้านจะรับประทานอาหารแบบล้อมวงกันกิน มีกับข้าว 1-2 อย่างต่อมื้อ กินข้าวเหนียวเป็นหลักมีกระต๊อบข้าวเหนียวขนาดใหญ่ซึ่งทุกคนจะจกจากกระต๊อบใหญ่นี้ ทำให้แต่ละคนไม่รู้ปริมาณการกินว่ากินข้าวเหนียวมากน้อยแค่ไหน จึงน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ควบคุมการรับประทานไม่ได้ ประกอบกับการมีอาชีพทำไร่ต้องใช้แรงงานมากทำให้ต้องรับประทานข้าวเหนียวมากๆ จะได้มีแรงทำงาน และเมื่อทำงานกลับมาจะเหนื่อยต้องการพักผ่อน จึงขาดการออกกำลังกาย เป็นสาเหตุทำให้อ้วนได้

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้สาเหตุ/ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน พฤติกรรมเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง ส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของการเกิดเบาหวานว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ การชอบกินขนมหวาน มัน ขนมกรุบกรอบ การไม่ออกกำลังกาย ความอ้วน และรอบเอวเกินมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคทั้งกลุ่มเสี่ยงและโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ และควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานใน ลักษณะเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย รู้สึกว่าโรคเบาหวานทำให้ชีวิตมีความยากลำบาก เมื่อไปหาหมอก็ ใช้เวลาตรวจนาน กว่าจะเสร็จก็ช้ามากเพราะมีกิจกรรมหลายขั้นตอน บางครั้งกลับไม่ทันรถ ลืมเปลี่ยนค่าใช้จ่าย ครอบครัวยืดร้อนและกลัวภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน นอกจากนี้กลุ่มยังกลัวการกินยาต่อเนื่อง เพราะมีการ รับรู้ว่าจะทำให้ตัวบวม ไตวายและตายได้ บางคนมีประสบการณ์เคยช็อค ไม่รู้สึกตัว บางคนมีญาติเสียชีวิตจาก โรคเบาหวาน

## พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้ มีพฤติกรรมที่ค่อนข้างเหมาะสม และสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี โดยกลุ่มมีความเชื่อว่าเบาหวานสามารถควบคุมได้ด้วยการควบคุมการกินและออกกำลังกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกินข้าวเหนียวในปริมาณที่มากต้องควบคุมอย่างเข้มงวด แต่การควบคุมต้องทำแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานานเพื่อปรับตัวให้คุ้นเคย และไม่รู้สึกลำบาก รู้สึกพอใจที่คุมน้ำตาลได้จนไม่ต้องกินยา การเจาะเลือดเพื่อ วัดระดับน้ำตาลในเลือดจะควบคุมอาหารก่อนไปเจาะเลือดประมาณ 3-7 วัน

ส่วนกลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้เบาหวานควบคุมได้ และคิดว่าจะพยายามควบคุมแต่ ทำไม่ได้โดยเฉพาะการบริโภคเพราะรู้สึกว่าถ้ากินน้อย ก็จะกินจุกจิก ทำงานไม่ได้ การออกกำลังกายพอที่จะทำได้บ้าง แต่คิดว่าการทำนาก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการช้ำยาเบาหวานมักจะลืมกินยา รวมทั้งการดูแลรักษาเท้า เวลาทำนาใส่รองเท้าไม่ได้โคลนตูด เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต บางคนต้องหยุดทำนา เพราะกลัวเป็นแผล การเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดจะควบคุมอาหารก่อนไปเจาะเลือดประมาณ 3-7 วัน

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ การกินอาหารโดยเฉพาะการกินข้าวเหนียวใน ปริมาณที่มากไม่เช่นนั้นทำงานไม่มีแรง กินอาหารเค็มและกินผงชูรสเป็นประจำถ้าไม่ใส่อหารไม่อร่อย การบริโภค ผักน้อย กลุ่มรู้ว่าการลดปัจจัยเสี่ยง ควรลดอาหารรสหวาน และลดอาหารเค็มแต่เป็นความเคยชินทำให้เปลี่ยน ได้ยาก บางคนกินข้าวต้องใส่เกลือเป็นประจำ และใส่ผงชูรสครั้งละ 1 ช้อนแกง การออกกำลังกายก็ทำกันบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ

## การสื่อสารในชุมชน

รูปแบบการสื่อสาร ทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงเห็นว่าควรเป็นการสื่อสารแบบสองทางอาจใช้วิธีการนั่งพูดคุยกัน การประชุม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะได้มีโอกาสซักถามให้เข้าใจ หลังการพูดคุย อาจมีการแจกเอกสารให้ความรู้ในเรื่องที่พูดคุยแก่สมาชิก ส่วนการแจกเอกสารโปสเตอร์แผ่นพับโดยไม่มีทำให้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กันก่อนไม่ค่อยมีประโยชน์เพราะไม่อ่านและบางคนอ่านหนังสือไม่ออก เอกสารสิ่งพิมพ์ควรมีตัวหนังสือขนาดใหญ่เพื่ออ่านได้สะดวก และมีการติดตามประเมินผลความรู้เป็นระยะๆ การใช้หอกระจายข่าวไม่ได้ผลเพราะไม่สนใจฟังหอกระจายข่าวใช้ในการบริหารงาน

ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ควรใช้ผ่านผู้นำ เช่นผู้ใหญ่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผ่านสื่อโทรทัศน์โดยทำเป็นการ์ตูนเด็กชอบดู แต่โทรทัศน์ส่วนใหญ่ใช้ดูละคร บางบ้านก็ไม่มีโทรทัศน์ การสื่อสารผ่านทางลูกหลานที่รับการสอนจากครูที่โรงเรียนบางครั้งเชื่อบางครั้งไม่เชื่อ แผ่นพับ โปสเตอร์ควรทำเพื่อติดไว้ตามครัวเรือนของทุกบ้านถ้าเห็นเป็นประจำอาจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการประกอบอาหารได้ สื่อในโรงเรียนควรทำเป็นแผ่น ซีดีให้ความรู้ เพื่อครูใช้สอนนักเรียน

ประเด็นสารที่กลุ่มเสี่ยงอยากรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ในเรื่องเกี่ยวกับอาหารป้องกันโรคเบาหวานความรู้เกี่ยวกับผัก ผักรักษาโรคเบาหวาน วิธีและขนาดที่กิน รวมทั้งสาเหตุของเบาหวาน วิธีป้องกันรักษา การดูแลรักษาไต การกินเค็มมีส่วนทำให้ไตเสียได้หรือไม่ อยากรู้ปริมาณของเกลือ ผงชูรส น้ำตาลที่กินได้ในแต่ละวัน โทษของการกินเค็ม ปริมาณข้าวเหนียวที่ควรกินในแต่ละวัน โทษของข้าวเหนียว และความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก

## ขั้นตอนการยอมรับจากผู้มีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยง (Stakeholder engagement) พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของทั้ง 2 หมู่บ้านให้ร่วมมืออย่างดีในการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น มีการระบุปัญหา เป้าประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ในการพัฒนา /กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานแก้ปัญหาชัดเจน ผลการประชุมพบว่า ข้อมูลสำคัญที่สร้างความตระหนักในปัญหาได้ดี ได้แก่ จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานทั้ง 2 หมู่บ้าน และจากการอภิปรายแลกเปลี่ยนพบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหมู่ 4 ต้องการแก้ไขปัญหาที่กลุ่มเสี่ยงก่อนโดยมีจุดมุ่งหมายให้กลุ่มเสี่ยงไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอนาคต แต่หมู่ 13 ต้องการแก้ปัญหาทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ดังนั้นการแก้ไขปัญหาจากประเด็นที่พบจึงได้รับความร่วมมืออย่างดี ในการประชุม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 2 หมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการอภิปรายอย่างกว้างขวาง ในการจัดทำแผนสื่อสารความเสี่ยงครั้งแรก เริ่มจัดทำที่ หมู่ 13 ทีมวิจัยไม่ได้จัดทำกรอบประเด็นแนวทางการพิจารณาดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงให้ผลทำให้การพิจารณาการจัดทำแผนสื่อสารความเสี่ยงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของหมู่ 13 มีทิศทางไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามการประชุมของหมู่ 13 เป็นการเริ่มต้น ทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การประชุมของหมู่ 4 ในการประชุมหมู่ 4 ทีมวิจัยได้ปรับแผนวิธีการประชุม โดยได้จัดทำกรอบประเด็นแนวทางการพิจารณาดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงให้ผลการประชุมของหมู่ 4 จึงได้แผนการสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้านที่มีความชัดเจนขึ้น แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมกิจกรรม วิธีการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และการประเมินผล ทีมวิจัยจึงได้เสนอให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละหมู่บ้านนำไปประชุมเพื่อปรับ/จัดทำแผนของหมู่บ้านกันต่อไปให้ครอบคลุมโดยใช้กรอบแนวคิดที่ทีมวิจัยนำเสนอ และต้องดำเนินการจัดประชุม Stakeholder engagement อีกเพื่อให้ได้แผนแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น สิ่งที่พบจากการทำ (Stakeholder engagement) คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มาในการประชุมครั้งที่ 1 บางคนติดธุระไม่สามารถมาได้ครบ



ในการประชุมครั้งที่ 2 แต่เนื่องจากชาวบ้านของทั้ง 2 หมู่บ้านมีความสนใจอยากร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องนี้ จึงทำให้การประชุมในครั้งที่ 2 มีคนมาร่วมประชุมมากกว่าครั้งที่ 1 มาก

จากนั้นตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทั้ง 2 หมู่บ้าน ได้นำเสนอแผนสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้านที่ได้จัดทำขึ้นต่อชาวบ้านเพื่อพิจารณาแผน ผลจากการทำเวทีชาวบ้านแผนงานสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของหมู่ 4 ได้สรุปกลุ่มเป้าหมายที่จะเร่งดำเนินการคือกลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต้องการเปลี่ยนแปลงมี 4 ประเด็น คือ กินข้าวเหนียวมาก กินผักน้อย มีน้ำหนักเกิน/อ้วน ออกกำลังกายน้อย กินเค็มและผงชูรสมาก กินอาหารมัน และกำหนดกิจกรรมวิธีการสื่อสาร ช่องทางสื่อสาร ประเด็นสารการประเมินผล และผู้รับผิดชอบ ส่วนหมู่ 13 ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มโรค พฤติกรรมที่เป็นปัญหาต้องการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเสี่ยงคือ น้ำหนักเกิน กินเค็ม กินผงชูรสมาก กินข้าวเหนียวมาก กินผักน้อย ส่วนกลุ่มป่วยเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การกินอาหาร การออกกำลังกาย การลืมหินยา และการหยุดกินยาเอง และกำหนด กิจกรรมวิธีการสื่อสาร ช่องทางสื่อสาร ประเด็นสารการประเมินผลและผู้รับผิดชอบ ในส่วนของการแก้ปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยในเรื่องการกินยา กิจกรรม และการประเมินผล ยังไม่ชัดเจน แม้กลุ่มจะพยายามร่วมกันออกความเห็น

โดยสรุปต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่มาโดยการพัฒนาตามกระบวนการนี้จะมีคุณลักษณะหรือเกณฑ์คุณภาพ 3 ประการได้แก่ การใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based) ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสม (Sound theory and concept) และเป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Acceptable to stakeholder)

### 1. การใช้แนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสม (Sound theory and concept)

แนวคิดและทฤษฎีที่เหมาะสมในการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง เป็นเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดขึ้นเพื่อให้ผู้ดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกสรรแนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมมาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน รวมทั้งแนวปฏิบัติที่มีการใช้งานอยู่แล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศแคนาดาเนื่องจากมีความชัดเจนในขั้นตอนการดำเนินงาน คำนึงถึงคุณภาพการสื่อสารและดำเนินการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการนี้เป็นอย่างดี

### 2. การทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based)

การศึกษาครั้งนี้ได้นำเอาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จัดเก็บโดยตรงสำหรับการศึกษานี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการดำเนินงาน ข้อมูลเชิงประจักษ์ได้จากการสำรวจชุมชน และการสนทนากลุ่ม และการประชุมร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทำให้เข้าใจบริบทของชุมชน ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรม การรับรู้ความเสี่ยง ความเชื่อ การปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคเรื่อง การสื่อสาร ช่องทางสื่อสาร วิธีการสื่อสาร เรื่องสุขภาพที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน และที่เหมาะสมของประชาชนในหมู่บ้าน

### 3. การยอมรับจากผู้มีส่วนร่วม (Acceptable to stakeholders)

เกณฑ์คุณภาพข้อนี้มีความสำคัญและสะท้อนแนวคิดหลักของการสื่อสารความเสี่ยงอย่างชัดเจน เนื่องจากการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพต้องเกิดจากการร่วมกันแสวงหาปัญหา คิดค้นแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นฉันทามติของชุมชน และร่วมกันดำเนินการโดยผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเสี่ยงและผู้ที่มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงต้องดำเนินการและยอมรับแนวปฏิบัติร่วมกัน เกณฑ์ข้อนี้ทำให้เกิดแผนงานการสื่อสารความเสี่ยงที่ได้จากการทำ Stakeholder engagement นอกจากนี้แผนงานที่ได้ยังนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมเนื่องจากมีผู้รับผิดชอบ และได้ผ่านการตรวจสอบการยอมรับในระดับประชาคม

## สรุปผลการศึกษา

ต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่ได้พัฒนาขึ้นมีเกณฑ์คุณภาพ 3 ประการ อย่างไรก็ตามขั้นตอนที่ได้นำเสนอไว้ยังไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติทั้งหมด ระยะของการศึกษาครั้งนี้ เป็นการดำเนินงานเพื่อได้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเฉพาะของหมู่บ้านที่ศึกษาเท่านั้น ในขั้นตอนต่อไปเป็นการนำแผนรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้านที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติจริง และการประเมินผลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนจะเป็นผู้ดำเนินการเอง เป็นผู้ได้รับผลของการกระทำ เป็นผู้ประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งมีการปรับแผนการสื่อสารความเสี่ยงของชุมชนให้เหมาะสมต่อไป โดยเจ้าหน้าที่ ต้องปรับบทบาทเป็นเพียงผู้กระตุ้น เอื้ออำนวย หรือเป็นวิทยากร กระบวนการร่วมกับชุมชน และสนับสนุนทางด้านวิชาการ ซึ่งผลของการดำเนินงานขึ้นกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ

## ข้อเสนอแนะต่อการนำต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงไปขยายผล

1. การนำต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงไปขยายผล สามารถนำต้นแบบ (Model) ที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของ 2 หมู่บ้านไปใช้ได้ ส่วนรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้านพรานอัน ทั้ง 2 หมู่บ้านที่ได้จากการศึกษาเป็นบริบท เฉพาะของ 2 หมู่บ้านนี้เท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้กับหมู่บ้านอื่นได้ เพราะบริบทแตกต่างกัน
2. การสื่อสารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่ใช้เวลาและต้องการความละเอียดรอบคอบทุกขั้นตอน ผู้ดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงจึงจำเป็นต้องมีทักษะสำคัญหลายประการ ได้แก่ ทักษะการฟัง ในลักษณะที่เรียกว่า Active listening มีทักษะการสะท้อนคิด วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล มีมุมมองที่รอบด้านและไม่ยึดติด สามารถยืดหยุ่นได้ดี จึงจะทำให้การสื่อสารความเสี่ยงประสบความสำเร็จได้ นอกจากนี้ผู้ดำเนินงานควรมีความรู้ทั้งทางจิตวิทยา มานุษยวิทยา และการสื่อสาร การเตรียมความพร้อมผู้ดำเนินงานให้รอบด้านจึงเป็นสิ่งจำเป็น
3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีความสำคัญเท่าเทียมกัน และมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยง ดังนั้นการสร้างความร่วมมืออย่างเข้มข้นในทุกขั้นตอนจะช่วยให้การสื่อสารความเสี่ยงบรรลุวัตถุประสงค์ได้
4. ช่องว่างระหว่างความรู้ทางสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญกับความรู้หรือการรับรู้ของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญของการทำงานสื่อสารความเสี่ยง การที่จะทำช่องว่างนั้นหมดไปไม่ใช่แค่การทำให้ชาวบ้านรับรู้ในสิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญรู้แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับชาวบ้าน ทำให้เกิดความเข้าใจ และเกิดข้อตกลงร่วมกันในการเปลี่ยนแปลง และดำเนินการร่วมกันในทุกขั้นตอน
5. ความเชื่อถือ ศรัทธาและไว้วางใจเป็นสิ่งที่ต้องสร้างให้เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วม และมีเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน ในทุกขั้นตอนการทำงาน รวมทั้งการสร้างให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมองเห็นศักยภาพตนเอง ใช้ศักยภาพ ทรัพยากรและทุนทางสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดการความเสี่ยง
6. การประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงจำเป็นต้องกำหนดกรอบการประเมินให้ชัดเจนและติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการนำข้อมูลจากการประเมินผลเข้าสู่วงจรการพัฒนาแนวปฏิบัติการสื่อสารความเสี่ยงในอนาคตต่อไป

# บทที่ 1 บทนำ

## 1. หลักการเหตุผล

โรคเบาหวานคือความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมของร่างกายก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นผลจากการที่ร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรือ ฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง

โรคเบาหวานแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ<sup>1</sup> 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการขาดขาดฮอร์โมนอินซูลินโดยสิ้นเชิง 2) โรคเบาหวานชนิดที่สอง มีลักษณะสำคัญ 2 อย่างคือภาวะดื้ออินซูลินและ/หรือการหลั่งอินซูลินผิดปกติ เบต้าเซลล์ที่สร้างอินซูลินเสื่อมลงทำให้การสร้างอินซูลินค่อยๆลดลงไป 3) เบาหวานที่มีสาเหตุเฉพาะเจาะจง เช่นความบกพร่องทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน เป็นต้น 4) โรคเบาหวานที่เกิดระหว่างการตั้งครรภ์

ประเทศไทย ร้อยละ 9.5 ของ ผู้ป่วยเบาหวานในคนไทย เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบได้น้อยกว่าร้อยละ 5 และโรคเบาหวานที่ทราบสาเหตุชัดเจนพบประมาณร้อยละ 1 สถานการณ์เบาหวานโลก ปี 2540<sup>2</sup> มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วโลกพบอัตราความชุกเบาหวานร้อยละ 2.1 ของประชากรโลก หรือประมาณได้ว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 124 ล้านคน อยู่ในทวีปเอเชียมากที่สุด 66 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้ป่วยเบาหวานในโลกประมาณ 220 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ. 2550 (ก่อนปี 2553 ถึง 3 ปี) International Diabetes Federation คาดการณ์ล่วงหน้าว่าขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 246 ล้านคน และถ้าไม่ดำเนินการใดๆในปี พ.ศ. 2568 ทั่วโลกอาจมีผู้ป่วยเบาหวานเป็น 380 ล้านคน<sup>3</sup> สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วประเทศครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547<sup>4</sup> ในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 6.9 เป็นเพศหญิงร้อยละ 7.3 เพศชายร้อยละ 6.4 (ใช้เกณฑ์ FPG-126 มก/ดล) และพบอัตราความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี รองลงมาคือ 45-49 ปี อัตราความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ในช่วงเวลา 14 ปี (พ.ศ. 2534-2547)<sup>5,6,7</sup> มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยอัตราความชุกรวมเพิ่มจากร้อยละ 2.3 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 4.4 ในปี 2539 และร้อยละ 6.9 ในปี 2547 และ เพิ่มขึ้นในทุกเพศทุกวัย เมื่อเปรียบเทียบความชุกรายภาคพบว่า อัตราความชุกโรคเบาหวานในกรุงเทพฯ สูงสุดเท่ากับ 12.4 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 6.8 จังหวัดที่มีอัตราผู้ป่วยในเบาหวานสูงสุดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ จังหวัดยโสธร รองลงมาคือจังหวัดมุกดาหาร โดยในปี 2547 จังหวัดมุกดาหารมีอัตราผู้ป่วยใน 407.78 ต่อประชากรแสนคน ปี 2548 มีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเป็น 609.59 ต่อประชากรแสนคน อัตราความชุกพบในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท

อัตราการตายของโรคเบาหวาน<sup>8,9</sup> จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขโดยการรวบรวมอัตราการตายของประชากรจากข้อมูล ไบรอลบัตร์พบมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีเช่นกัน โดยในปีพ.ศ. 2513 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คนเท่ากับ 1.8 (ICD-8) พ.ศ. 2547 เท่ากับ 12.3 (ICD 10) สาเหตุการตายของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยเบาหวาน 229 ราย นาน 5 ปีพบสาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจาก



ภาวะติดเชื้ และโรคหัวใจและหลอดเลือด (รวมกันมากกว่าร้อยละ 50 ของสาเหตุการตายทั้งหมด) อัตราตายของโรคเบาหวานเมื่อเรียงลำดับความสำคัญจะอยู่ในสาเหตุการตายอันดับต้นๆ (อันดับ 4-6 ในจำนวนสาเหตุการตาย 15 อันดับ)

ผลกระทบจากโรคเบาหวาน เบาหวานส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ ทั้งทางด้านจิตใจ และร่างกาย ความทุพพลภาพที่เกิดจากโรคเบาหวานเป็นได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคเบาหวานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระบบของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงฝอยทำให้เกิดต่อกระจกจนถึงตาบอด จากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบความชุกของ diabetic retinopathy ร้อยละ 30.7 ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 42.9 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท การสูญเสียความรู้สึที่เท้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เกิดแผลที่เท้าและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญนำไปสู่การถูกตัดขาถึง 1.7 เท่า<sup>10</sup> และถ้าผู้ป่วยมีแผลที่เท้ามาก่อนจะทำให้ความเสี่ยงต่อการตัดขาเพิ่มขึ้น 35 เท่า<sup>8</sup> ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงใหญ่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับร้อยละ 3.5 และส่วนใหญ่เป็น ischemic stroke นอกจากนี้เบาหวานเป็นสาเหตุของการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

จากการศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยจะพบอัตราความชุก อัตราตาย มีแนวโน้มสูงขึ้น ตลอดจนผลกระทบจากโรคเบาหวานก่อให้เกิดภาวะสูญเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นอย่างมาก รัฐบาลได้มองเห็นปัญหานี้ จึงได้กำหนดโรคเบาหวานไว้เป็นโรคหนึ่งในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554<sup>11</sup> ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยสุขภาพโดยมีเป้าหมายให้สามารถป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยการตายที่สำคัญของประเทศ

ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวาน เบาหวานเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น มีญาติสายตรง ได้แก่ พ่อ แม่ พี่และน้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การขาดกิจกรรมทางกาย ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมและวิถีชีวิตของบุคคล ทำอย่างไรประชาชนและกลุ่มเสี่ยงจะมีความรู้ ความตระหนัก มีทักษะการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้อง สามารถจัดการตนเองในการลดเสี่ยงลดโรคเบาหวานได้ และปัจจัยใดทำให้กลไกที่มีอยู่แล้วในสังคม เกิดการขับเคลื่อน การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์และวิธีการที่มีประสิทธิภาพ กลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าจะนำมาใช้ในการสื่อสารเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน กลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงนับเป็นเครื่องมือที่ดีที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่ได้ผลวิธีหนึ่งโดยที่การสื่อสารความเสี่ยงมีความหมายรวมถึงการประเมินความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงโดยใช้กระบวนการร่วมคิดร่วมวิเคราะห์ และร่วมจัดการกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder) ทุกฝ่ายตลอดจนประชาชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประชาชนจะมีความเข้าใจในความเสี่ยงที่ตนและคนในชุมชนกำลังเผชิญอยู่ดีขึ้น มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมของชุมชน

การใช้กลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานยังไม่มีดำเนินการอย่างเป็นระบบ สำนักโรคไม่ติดต่อจึงเห็นสมควรดำเนินการ“โครงการการพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน” โดยดำเนินการในหมู่บ้านพรานอัน ตำบลคำอาฮวน เขตอำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร เพราะเป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวนมาก และยินดีเข้าร่วมโครงการ



## 2. วัตถุประสงค์ ของโครงการ

### 2.1 วัตถุประสงค์หลัก ของโครงการ

2.1.1 ได้ต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน

2.1.2 ได้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานอันเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านพรานอัน หมู่ 4 และหมู่ 13 อำเภอเมือง ตำบลคำอาฮวน จังหวัดมุกดาหาร

### 2.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

2.2.1 เพื่อชี้แจงถึงปัจจัยที่ยังไม่รู้ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงรวมถึงปัญหาดำเนินการการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน

2.2.2 เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เกิดความร่วมมือและลดภาวะขัดแย้งอันเนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงที่ต่างกัน

## 3. ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาถึง การพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อให้ได้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ที่สอดคล้องกับบริบท และปัญหาของชุมชนนั้นๆ พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาคือบ้านพรานอัน หมู่ 4 และหมู่ 13 อำเภอเมือง ตำบลคำอาฮวน จังหวัดมุกดาหาร

## 4. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2550 – กันยายน 2551

## 5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 ได้ต้นแบบ (Model) การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานไปขยายในพื้นที่อื่นต่อไป

5.2 เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เกิดความร่วมมือ และลดภาวะขัดแย้งอันเนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงที่ต่างกัน

## 6. นิยามปฏิบัติการ

6.1 ความเสี่ยง (risk) หมายถึงโอกาสของการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ และความรุนแรงของผลเสียนั้นจากอันตรายและภัยคุกคามเบาหวาน

6.2 การสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นระหว่างกันในกลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนการมีกระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยง ซึ่งได้แก่ ความเสี่ยง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง และการรับรู้ความเสี่ยง (risk perceptions) รวมถึงการอธิบายผล



การประเมินความเสี่ยง และ ข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการจัดการความเสี่ยงนั้น เป็นการเผยแพร่และกระจาย ข้อมูลที่ถูกต้อง และเหมาะสมทันเหตุการณ์ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่างานสื่อสารความเสี่ยงมีบทบาทสำคัญที่ทำให้ risk assessment และ risk management สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี

6.3 กลุ่มเสี่ยงหมายถึง ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มี อายุ 35 ปีขึ้นไปร่วมกับ ข้อบ่งชี้ข้อใด ข้อหนึ่งตามปัจจัยเหล่านี้

6.3.1 มีเส้นรอบเอวเกินค่าเกณฑ์มาตรฐาน

- เพศชายเส้นรอบเอวไม่เกิน 36 นิ้ว หรือ 90 เซนติเมตร
- เพศหญิงเส้นรอบเอวไม่เกิน 32 นิ้ว หรือ 80 เซนติเมตร

6.3.2 มีภาวะความดันโลหิตสูง (มีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140-90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

6.3.3 มีญาติสายตรง ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ และน้องเป็นโรคเบาหวาน

6.3.4 อ้วนมีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ หรือ มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

## บทที่ 2 บททวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้อง

### แนวคิดหลักที่ 1: โรคเบาหวาน

#### คำจำกัดความ

โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญน้ำตาล (glucose utilization) ของสารอาหารในร่างกาย อันได้แก่ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คาร์โบไฮเดรต ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) โดยเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน เมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้มีการทำลาย การเสื่อมสภาพ การล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ ตา (retinopathy) ไต (nephropathy) เส้นประสาท (neuropathy) และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (micro angiopathy) และขนาดใหญ่ (macro angiopathy)

#### การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน<sup>12</sup> ทำได้ 3 วิธีด้วยกันคือ ในคนที่ไม่มีอาการผิดปกติที่สงสัยโรคเบาหวาน แนะนำให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดน้ำและอาหารนาน 8 ชั่วโมง ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. ก็วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานได้ หรืออาจจะทำการตรวจ oral glucose tolerance test (OGTT) โดยให้ดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัมและตรวจระดับพลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมง โดยจะถือว่าเป็นเบาหวานถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. เกณฑ์ดังกล่าวมาจากการศึกษาที่พบว่าระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. เป็นจุดเริ่มต้นของโรคแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็กที่พบในผู้ป่วยเบาหวาน (microvascular complication) ซึ่งได้แก่ภาวะ diabetic retinopathy และ diabetic nephropathy ในคนที่มีอาการสงสัยว่าจะเป็นโรคเบาหวานกล่าวคือ มีอาการหิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย และน้ำหนักตัวลดโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน แนะนำให้เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่จำเป็นต้องงดน้ำและอาหาร ถ้าระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ก็วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานได้เช่นกัน คนปกติระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดน้ำ และอาหาร 8 ชั่วโมง จะมีค่าน้อยกว่า 100 มก./ดล. และเมื่อทำการตรวจ OGTT จะพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ 2 ชั่วโมงจะมีค่าน้อยกว่า 140 มก./ดล. คนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าคนปกติ แต่ไม่ถึงระดับที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเรียกว่าภาวะ prediabetes การวินิจฉัยเบาหวาน รายละเอียดตามตาราง 1 และ 2

ตารางที่ 1 ข้อบ่งชี้การวินิจฉัยเบาหวาน (ADA : สมาพันธ์เบาหวานแห่งอเมริกา)<sup>12</sup>

1. มีอาการของเบาหวานและผลการเจาะเลือดโดยมิได้งดอาหารมาก่อนคือเจาะเวลาใดก็ได้\* (RPG. Random plasma glucose)  $\geq 200\text{mg/dl}$  ( $\geq 11.1\text{mmd/l}$ )
2. การเจาะเลือดในบุคคลที่งดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง FPG  $\geq 126\text{mg/dl}$  ( $\geq 7.0\text{mmd/l}$ )\*\*
3. เจาะเลือดหลังดื่มสารละลายกลูโคส 75 กรัม และน้ำ 250-300 ซีซี (OGTT) 2 ชั่วโมง  $\geq 200\text{mg/dl}$  ความทนต่อกลูโคสผิดปกติ ( $\geq 11.1\text{mmd/l}$ )

\* อาการของเบาหวานได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักตัวลดโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน

\*\*ให้ผู้ป่วยรับการตรวจรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตให้มากเป็นเวลา 3 วัน และงดอาหารก่อนตรวจ 8-12 ชั่วโมง

**หมายเหตุ :** IDF (International Diabetes Federation, 2005) สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้จัดทำ (Global Guideline for Type 2 Diabetes 2005) คู่มือดังกล่าวกำหนดข้อบ่งชี้ สำหรับคนที่เจาะเลือด แล้วพบ FPG.>5.6-<7.0 mmol/l (> 100 mg/dl-<126 mg/dl) ต้องส่งทำ OGGT เพื่อการวินิจฉัยต่อ

: กรณี random plasma glucose>5.6 mmol/l-<11.1 mmol/l (>100 mg/dl-< 200mg/dl) ให้เจาะ FPG. หรือ ทำ OGTT เพื่อการวินิจฉัย

**ตารางที่ 2** ลำดับขั้นของการตรวจ FPG และ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส <sup>12</sup>

FPG	การแปลผล
< 100 mg/dl (< 5.6 mmd/l)	ปกติ
100-125mg/dl (5.6-6.9 mmd/l)	ภาวะน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารผิดปกติ (impaired fasting glucose : IFG) or pre diabetes
≥ 126mg/dl (≥7.0mmd/l)	Previsional diagnosis of DM (must be confirmed)
<b>2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส (OGGT)</b>	
<140mg/dl (<7.8mmd/l)	ความทนต่อกลูโคสปกติ
140-199mg/dl (7.8-11.1mmd/l)	ความทนต่อกลูโคสผิดปกติ (Impaired glucose tolerance : TGI) or prediabetes
≥ 200mg/dl (≥11.1mmd/l)	Previsional diagnosis of DM. (Confermation)

กลุ่ม IFG และ IGT หรือ Prediabetes เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการพัฒนาสู่การเป็นเบาหวานสูง ต้องใช้มาตรการในการป้องกันไม่ให้เป็นเบาหวานและมาตรการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและ หลอดเลือด

## ปัจจัยพยากรณ์การเกิดโรคเบาหวาน

### ปัจจัยพยากรณ์การเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 1

ลักษณะหรือปัจจัยที่พยากรณ์การเกิดเบาหวานชนิดที่ 1 ได้แก่ ลักษณะพันธุกรรม ลักษณะบ่งชี้ของขบวนการระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ และลักษณะบ่งชี้ทางเมตาบอลิค<sup>13</sup>

### ปัจจัยพยากรณ์การเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

จากการศึกษาในประชากรไทยมีข้อมูลการศึกษายืนยันชัดเจน พบว่าปัจจัยพยากรณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ กับ อายุ ความอ้วน ภาวะความดันโลหิตสูง ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง และระดับโคเลสเตอรอลในเลือด

**ด้านอายุ** พบว่า อัตราความชุกของเบาหวานสูงขึ้นเป็น 1.05 เท่า ถึง 1.06 เท่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี <sup>14,15</sup>





**ความอ้วน** โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความชุกสูงขึ้นในประชากรที่อ้วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง มีการศึกษาพบว่าเบาหวานมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว (waist circumference) และสัดส่วนของเอวต่อตะโพก

(waist-hip ratio, WHR) ด้านความอ้วน การศึกษาของนายแพทย์วิโรจน์ เจียมรังสี และนายแพทย์วิชัย เอกพลากร<sup>15</sup> พบว่าคนมีดัชนีมวลกายสูงมีแนวโน้มที่จะมีน้ำตาลในเลือดสูง โดยกลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย 23-27.4 กก./ม<sup>2</sup> และดัชนีมวลกายตั้งแต่ 27.5 กก./ม<sup>2</sup> ขึ้นไป มีอัตราอุบัติการณ์ของเบาหวานชนิดที่ 2 สูงขึ้น 2.3 และ 6.1 เท่าตามลำดับ

**ภาวะอ้วนลงพุง** สามารถประเมินได้จากการวัดรอบเอวหรือรอบพุง (waist circumference) หรือสัดส่วนของเอวต่อตะโพก (WHR) การศึกษาของนายแพทย์วิชัย เอกพลากร และคณะ ในปีพ.ศ. 2549<sup>16</sup> พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีรอบพุงมากกว่าคนปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรชายที่มีรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตรขึ้นไป และประชากรหญิง ที่มีรอบเอวตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูง

**ภาวะความดันโลหิตสูง** มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มที่จะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย<sup>16</sup> รายงานการศึกษาของนายแพทย์วิชัย เอกพลากร และคณะ ปี 2546 และปี 2549 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานโดยมี systolic blood pressure สูงกว่าคนปกติ ดังนั้นภาวะความดันโลหิตสูง จึงเป็นปัจจัยพยากรณ์หนึ่งที่จะบอกความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

**ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด** ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มจะมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงร่วมด้วย จากการศึกษาของนายแพทย์วิทยา สวัสดิคุณพิงษ์และคณะ ในปี พ.ศ.2538<sup>14</sup> พบว่าความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง โดยผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่า 200 มก./ดล. จะมีความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 1.6 และจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 5.3 ในผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 240 มก./ดล.ขึ้นไป โดยอัตราการเกิดโรคเบาหวานจะสูงขึ้น 1.005 เท่า ต่อระดับโคเลสเตอรอล (total cholesterol) ที่สูงขึ้น 1 มก./ดล. และรายงานของนายแพทย์วิชัย เอกพลากร และคณะ ปีพ.ศ.2546<sup>17</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก็ได้ผลทิศทางเดียวกัน

**ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง** จากรายงานของนายแพทย์ ญัฐพงศ์ โฆษณคุณนันท์ และคณะ<sup>18</sup> ในปี 2544 พบว่าผู้ที่มีประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง จะมีภาวะดื้อต่ออินซูลินสูงกว่าผู้ที่ไม่มียประวัติในครอบครัวทั้งในผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 25 กก./ม<sup>2</sup> และกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายสูงตั้งแต่ 25 กก./ม<sup>2</sup> ขึ้นไป การศึกษาของนายแพทย์วิชัย เอกพลากร และคณะ ในปี 2549<sup>16</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มจะมีประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรงมากกว่าคนปกติ (ร้อยละ 53 เทียบกับร้อยละ 29.1)

**การศึกษาของวิชัยเอกพลากร และคณะในปี 2549 ในคนไทย เรื่อง A risk score for predicting incident diabetes in the Thai population** โดยวิธี cohort study<sup>16</sup> ซึ่งศึกษาปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่สามารประเมินได้ง่ายด้วยแบบสอบถามโดยไม่ต้องเจาะเลือดตรวจ และทำได้ในระดับชุมชน แล้วนำข้อมูลมาคำนวณเป็นคะแนน (risk score) สามารถใช้ทำนายความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต (ใน 12 ปี ข้างหน้า) ได้แม่นยำในคนไทย การประเมินนี้จึงจะนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อประเมินความเสี่ยงในประชากรไทยได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนความเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง	คะแนนความเสี่ยงDiabetes risk score
อายุ	
- 34-39 ปี	0
- 40-44 ปี	0
- 45-49 ปี	1
- ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	2
เพศ	
- หญิง	0
- ชาย	2
ดัชนีมวลกาย	
- ต่ำกว่า 23 กก./ม <sup>2</sup>	0
- ตั้งแต่ 23 ขึ้นไปแต่ ต่ำกว่า 27.5 กก. /ม <sup>2</sup>	3
- ตั้งแต่ 27.5 กก. /ม <sup>2</sup> ขึ้นไป	5
เส้นรอบเอว	
- ผู้ชายต่ำกว่า 90 ซม. ผู้หญิงต่ำกว่า 80 ซม.	0
- ผู้ชายตั้งแต่ 90 ซม. ขึ้นไป, ผู้หญิงตั้งแต่ 80 ซม. ขึ้นไป	2
ความดันโลหิตสูง	
- ไม่มี	0
- มี	4
ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ หรือ น้อง)	
- ไม่มี	0
- มี	4

เมื่อนำคะแนนของแต่ละปัจจัยเสี่ยงมารวมกัน คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-17 คะแนน รายละเอียดของการแปลผลคะแนนความเสี่ยงที่ได้ต่อการเกิดโรคเบาหวาน และข้อแนะนำเพื่อการปฏิบัติดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อแนะนำ

ผลรวมคะแนน	ความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานในเวลา 12 ปี	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิดเบาหวาน	ข้อแนะนำ
เท่ากับหรือน้อยกว่า 2	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อย	1/20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ</li> <li>- ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม</li> <li>- ตรวจวัดความดันโลหิต</li> <li>- ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 3 ปี</li> </ul>
3 - 5	ร้อยละ 5 - 10	เพิ่มขึ้น	1/12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ</li> <li>- ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม</li> <li>- ตรวจความดันโลหิต</li> <li>- ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 1-3 ปี</li> </ul>
6 - 8	ร้อยละ 11 - 20	สูง	1/7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายสม่ำเสมอ</li> <li>- ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม</li> <li>- ตรวจความดันโลหิต</li> <li>- ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด</li> <li>- ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 1-3 ปี</li> </ul>
มากกว่า 8	มากกว่าร้อยละ 20	สูงมาก	1/3 - 1/4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายสม่ำเสมอ</li> <li>- ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม</li> <li>- ตรวจความดันโลหิต</li> <li>- ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด</li> <li>- ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 1 ปี</li> </ul>

โดยสรุป แนวทางการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานสำหรับประเทศไทย ใช้ได้ทั้ง 2 วิธี การประเมินความเสี่ยงเพื่อตรวจหาผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเวลานั้น (prevalent case screening) จะช่วยให้ค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน และให้การรักษาได้ในระยะเริ่มแรก ส่วนการประเมินความเสี่ยงเพื่อตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยเบาหวานในอนาคต (incident case screening) นอกจากจะช่วยค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานในอนาคต และให้การป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวานแล้ว ยังช่วยให้ตรวจพบผู้ที่เป็นเบาหวานโดยไม่มีอาการ และให้การรักษาแต่เนิ่นๆ ได้อีกด้วย วิธีหลังนี้น่าจะมีประโยชน์สำหรับป้องกัน และรักษาโรคเบาหวานในประชากรไทยระดับชุมชน

## ผลกระทบจากโรคเบาหวาน

เบาหวานส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย เกิดขึ้นได้ทั้งทางด้านจิตใจ และร่างกาย ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากโรคเบาหวานเป็นได้ทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง

**ผลกระทบด้านร่างกาย** โรคเบาหวานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระบบของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ หลอดเลือดแดงฝอย ทำให้เกิดต่อกระจกจนถึงตาบอด จากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบความชุกของ diabetic retinopathy ร้อยละ 30.7 ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 42.9 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท การสูญเสียความรู้สึกที่เท้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เกิดแผลที่เท้าและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญนำไปสู่การถูกตัดขาถึง 1.7 เท่า และถ้าผู้ป่วยมีแผลที่เท้ามาก่อนจะทำให้ความเสี่ยงต่อการตัดขาเพิ่มขึ้น 35 เท่า<sup>19</sup> ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงใหญ่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับร้อยละ 3.5 และส่วนใหญ่เป็น ischemic stroke นอกจากนี้เบาหวานเป็นสาเหตุของการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

**ผลกระทบด้านจิตใจ** จากผลการสำรวจการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาลที่มีการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะจำนวน 21 แห่ง ทั่วประเทศไทย ในโครงการ Diabcare - Asia 2003 พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 3 จะตอบแบบสัมภาษณ์ลักษณะเป็นกลาง อย่างไรก็ตามพบว่าร้อยละ 43.7 ของผู้ป่วยกลัวจะป่วยมากขึ้น ร้อยละ 26.7 รู้สึกเบื่อการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 15.2 รู้สึกหมดกำลังใจจะต่อสู้กับโรคเบาหวาน<sup>19</sup>

## ผลกระทบระดับเศรษฐกิจในผู้ป่วยเบาหวาน<sup>20</sup>

### การรักษาแบบผู้ป่วยใน

เพชรรัตน์และคณะ ได้ประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาล 5 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นโรงเรียนแพทย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2546 พบว่า ในปี พ.ศ. 2545 ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยในเท่ากับ 41,950 บาทต่อครั้งของการเข้ารับการรักษา ปี พ.ศ. 2546 เท่ากับ 42,921 บาทต่อครั้ง (ตารางที่ 5) การศึกษาในปี 2548 ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในขณะนี้ การค้นคว้าข้อมูลดังกล่าวได้จากรายงานการวินิจฉัยโรค ตาม ICD 10 ตามรหัส E10 - E14 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ พบมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 275,556 ครั้ง โดยโรคเบาหวานเป็นการวินิจฉัยหลัก 64,964 ครั้ง การวินิจฉัยรอง 210,594 ครั้ง รวมเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล เท่ากับ 3,259.3 ล้านบาทคิดเป็นร้อยละ 9.15 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (ไม่รวมผู้ป่วยรักษาจากภาคเอกชน) ดังตารางที่ 5



**ตารางที่ 5** การประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคเบาหวานไทย

ปี พ.ศ.	2545	2546	2548
ค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการเข้าอยู่รักษา ในโรงพยาบาล(บาท)	41,950	42,921	11,828
จำนวนครั้งของการเข้าอยู่รักษา) ในโรงพยาบาล (ครั้ง)	NA	NA	275,556
ค่าใช้จ่ายทั้งหมด(ล้านบาท)	NA	NA	3,259.3

### การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

เพชรรัตน์และคณะ ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2546 พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 7,487 และ 9,033 บาทต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ต่อปี เมื่อใช้ผู้ป่วยจำนวน 1.24 ล้านคนมาคำนวณ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมดโดยประมาณ พบปี 2545 เท่ากับ 9,283.9 ล้านบาท ปี พ.ศ.2546 เท่ากับ 11,200.9 ล้านบาท (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** การประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคเบาหวานไทย

ค่าใช้จ่าย	2545	2546
ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยต่อปี (บาท)	7,487	9,033
ค่าใช้จ่ายทั้งหมดต่อปี (ล้านบาท)	9,283.9	11,200.9

### ป้องกันและควบคุมเบาหวานอย่างไรให้ได้ผล

#### มาตรการป้องกันเบาหวานชนิดที่ 1

ปัจจัยการพยากรณ์การเกิดเบาหวานชนิดที่ 1 ได้แก่ลักษณะทางพันธุกรรม ขบวนการระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ และข้อบ่งชี้ทางเมตาบอลิก ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานด้านการป้องกัน เพราะการดำเนินการต้องอาศัยความรู้ เทคโนโลยี ปัญหาด้านความปลอดภัยในการยับยั้งระบบภูมิคุ้มกัน

#### มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประสิทธิภาพของการปรับวิถีชีวิตต่อการลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

นับถึงปัจจุบันมีหลักฐานจากการศึกษาแบบ Randomized trial จำนวนมากที่บ่งชี้ว่าโรคเบาหวานสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ตัวอย่างการศึกษาที่สำคัญคือการศึกษาในประเทศสาธารณรัฐ ประชาชนจีน ประเทศฟินแลนด์ และประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน จากผลการศึกษาของ Da Qing study<sup>21</sup> ที่ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Impaired glucose tolerance) (n=577) เป็นเวลา 6 ปี พิจารณาอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (cumulative incidence) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยพบว่ากลุ่มที่



ควบคุมอาหาร (ปริมาณ calories ประมาณวันละ 25-30 kcal/kg body wt ส่วนผู้ที่มี BMI > 25 kg/m<sup>2</sup> จะให้ลดน้ำหนักลง 0.5 – 1 kg.ต่อเดือนจนกว่า BMI จะน้อยกว่า 23 kg/m<sup>2</sup>) เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 43.8 กลุ่มที่ให้ออกกำลังกาย (วิ่ง ขี่จักรยาน เล่นเทนนิส วอลเลย์บอล ฯลฯ ครั้งละ 5-30 นาที โดยจะปรับเปลี่ยนไปตามเพศ อายุ และโรคประจำตัวอื่นๆที่มี) เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 41.1 และกลุ่มที่ควบคุมทั้งอาหารและการออกกำลังกาย เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 46 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 67.7 จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้ กลุ่มที่ให้การออกกำลังกายจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวานน้อยที่สุด

**The finnish diabetes prevention study<sup>22</sup> (Finland)** เป็นอีกการศึกษาหนึ่งที่ทำให้การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต โดยศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวานจำนวน 522 คน อายุเฉลี่ย 55 ปี และมี BMI เฉลี่ย 31 kg/m<sup>2</sup> โดยกลุ่มควบคุม (n = 257) จะได้รับข้อมูลเป็นเอกสาร หรือคำแนะนำปีละครั้ง ในเรื่องของอาหาร และการออกกำลังกาย ส่วนอีกกลุ่ม (n = 265) จะได้รับคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย อย่างเหมาะสมในแต่ละ subject หรือแนะนำให้ลดน้ำหนัก (ให้ลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว) และลดอาหาร (ให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน) รวมทั้งเพิ่มการออกกำลังกาย (มากกว่า 150 นาที/สัปดาห์) และมีการติดตามผลอย่างเข้มงวด และสม่ำเสมอพบว่าสัดส่วนของกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเฉพาะรายอย่างเข้มงวดสามารถลดการเกิดโรคเบาหวานต่อปี ได้ร้อยละ 3.2 เมื่อเทียบกับร้อยละ 7.8 ในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำให้ลดน้ำหนักอย่างเข้มงวด สามารถลดน้ำหนักลงได้เฉลี่ย 3.5 กิโลกรัม เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ลดได้เฉลี่ย 0.8 กิโลกรัม หลังจากติดตามเป็นเวลา 3.2 ปี พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานแบบสะสม (cumulative incidence) เป็นร้อยละ 58 ในกลุ่มที่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเข้มงวดจะเกิดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม หรือกล่าวได้ว่ากลุ่มที่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเข้มงวดจะเกิดโรคเบาหวานเป็น 0.4 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Hazard ratio, HR = 0.4, 95% CI = 0.3-0.7, p<0.001)

**The diabetes prevention program (DPP) study<sup>23</sup>** เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวานจำนวน 3,234 ราย ที่อ้วน ( BMI เฉลี่ย 34 kg/m<sup>2</sup>) อายุเฉลี่ย 51 ปี ที่มีทั้งภาวะ IGT และ IFG โดยร้อยละ 45 จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากหลายเชื้อชาติ เช่น Caucasian, American Indian, Hispanic และ Asian American เป็นต้น โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมให้ได้รับ placebo (n = 1,082) กลุ่มที่ได้รับยา metformin ขนาด 850 mg วันละ 2 ครั้ง (n=1,073) และกลุ่มที่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด คือ ควบคุมอาหาร ให้น้ำหนักลดร้อยละ 7 ของน้ำหนักตัว และออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (n =1,079) จากการติดตามเป็นเวลา 2.8 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 58 (95% CI = 48-66%, p<0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และยังสามารถลดอุบัติการณ์ได้ร้อยละ 39 (95% CI = 24-51%, p<0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยา metformin และจากการศึกษานี้โดยเฉลี่ยร้อยละ 50 ของกลุ่มที่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจะสามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย คือสามารถลดได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 และเฉลี่ยร้อยละ 74 ที่สามารถออกกำลังกายได้สัปดาห์ละ 150 นาที

**สรุป** จากการศึกษามาตรการการป้องกันเบาหวานชนิดที่ 2 มีการดำเนินการอย่างชัดเจนในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมาในต่างประเทศ โดยมีการตั้งเป้าหมายการลดน้ำหนักและการออกกำลังกาย สำหรับกลุ่มเป้าหมายทุกคน ส่วนวิธีดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายนี้จะเป็นไปตามความเหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล



## เป้าหมายการลดน้ำหนัก

เป้าหมายการลดน้ำหนักคือลดน้ำหนักได้ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไปของน้ำหนักตัวเดิม เนื่องจากมีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยว่าเป็นเป้าหมายที่บรรลุได้จริง โดยใช้มาตรการ 3 อ.

### อาหาร

หลักการปฏิบัติของอาหารคือ รับประทานอาหารคุณภาพดีและปริมาณพอเหมาะ โดยอาหารคุณภาพดี หมายถึงมีสารอาหารครบถ้วนและมีความหลากหลายด้วย ไขมัน ครุฑกุล และคณะ<sup>13</sup> ให้วิธีปฏิบัติต่างๆด้วย “3 เพิ่ม 3 ลด 3 งด” คือ เพิ่มการบริโภคผัก ปลา และเต้าหู้ ลดการบริโภค ข้าว แป้ง และผลไม้ งดเครื่องดื่มรสหวาน หรือของหวาน ของทอด ของมัน และของเค็ม โดยสรุปคือควบคุมปริมาณอาหารกินอาหารที่อ่อนหวาน มัน เค็ม เน้นผักให้มาก ผลไม้เพียงพอทุกวัน และดื่มน้ำเปล่า

### ออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่ปฏิบัติได้ง่ายและพอเหมาะคือ การเดินอย่างต่อเนื่องวันละ 30 นาที ให้ได้ระยะทาง 2.5 - 3 กม. หรือเฉลี่ยรวมตลอดสัปดาห์ไม่น้อยกว่า 150 นาที หากทำไม่ได้ให้เพิ่มการเดินไปมาในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น เช่น เดินในสถานที่ทำงาน เดินไปตลาด เดินขึ้นลงบันได การทำงานที่ออกแรงมาก เช่น ขัดถูพื้น ล้างรถ ขุดดิน พายเรือ ถ้าทำนานพอ และต่อเนื่องถือเป็นการออกกำลังกายเช่นกัน

### อารมณ์

จิตใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติเรื่องอาหารและออกกำลังกาย โดยต้องพยายามจัดอารมณ์อยากกินและอารมณ์ขี้เกียจออกกำลังกายให้สำเร็จ ไขมัน ครุฑกุล และ คณะ<sup>13</sup> แนะนำให้ใช้ 3 ส. คือ “สกด สะกด สะกิด” ช่วยการควบคุมอาหารคือ “สกด” การเห็นหรือเข้าถึงอาหารที่เคยชอบได้ง่าย “สะกด” คือหักห้ามใจที่จะลิ้มลองอาหารที่เห็นหรือหากจะกินต้องหักห้ามใจไม่กินมากจนอึดท้องและ “สะกิด” คือให้คนใกล้ชิดรับรู้ว่าการลดน้ำหนัก ช่วยเตือนหรือห้ามเมื่อเห็นว่ากินไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังต้องฝึกไม่ให้เกิดอารมณ์เครียดจากการที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

## แนวคิดหลักที่ 2 ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม กลยุทธ์การตลาด การโฆษณา

สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคม ปัจจัยกลยุทธ์ด้านการตลาด การโฆษณา อิทธิพลของสื่อโดยเฉพาะอุตสาหกรรมสุราฟุ่มเฟือยโฆษณาทุกสื่อรวมกันเฉลี่ยเท่ากับ 2,323 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การเปิดร้านจำหน่ายสุราที่สะดวกเกินไป ส่งผลให้มีร้านจำหน่ายสุรามากมายทั้งในเมืองและชนบท ประชาชนหาซื้อได้ง่าย ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตพบว่าอัตราการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์เฉลี่ย 58.0 ลิตรต่อคนในปี 2546 เพิ่มจากปี พ.ศ. 2532 ที่อัตราการดื่มเฉลี่ย 20.2 ลิตรต่อคนต่อปี เกือบ 3 เท่าตัว<sup>24</sup> สุราส่งผลต่อการเกิดโรคตับ ตับอ่อนอักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน สำหรับตลาดน้ำอัดลม<sup>25</sup> ในช่วงปี 2544 - 2548 ปริมาณการผลิตน้ำอัดลมได้ขยายตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8.3% ต่อปี จาก 1,663 ล้านลิตร ในปี 2544 เป็น 2,272 ล้านลิตรในปี 2548 สำหรับในช่วง 5 เดือนแรกของปี 2549



ปริมาณการผลิตน้ำตาลมีประมาณ 1,094 ล้านลิตร หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.1 จากช่วงเดียวกันของปีก่อน การเติบโตของอุตสาหกรรมอาหาร และเครื่องดื่มสำเร็จรูป ประกอบกับการนำเข้าอาหารฟาสต์ฟู้ด และ น้ำอัดลมหลายชนิด จากสถิติสำรวจภาวะอาหาร และโภชนาการของคนไทย พบว่าปริมาณการบริโภคน้ำตาล เฉลี่ยต่อคนต่อปีของคนไทยเพิ่มสูงขึ้น จาก 4.3 กิโลกรัม ในปี 2501 เพิ่มเป็น 11 กิโลกรัม ในปี 2518 และขยับขึ้นเรื่อยๆ เป็น 28.5 กิโลกรัม ในปี 2540 จนล่าสุดปี 2548 พบว่า คนไทยบริโภคน้ำตาลสูงที่สุด 39 กิโลกรัมต่อคนต่อปี

**อิทธิพลของสื่อโทรทัศน์** งานวิจัยหลายเรื่องที่พบผลการศึกษาสอดคล้องกันว่า เวลาที่ใช้ในการ ดูโทรทัศน์มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม<sup>26</sup> การดูโทรทัศน์จัดเป็น พฤติกรรมที่อยู่กับที่ลดอัตราการเผาผลาญพลังงาน การดูโทรทัศน์มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการบริโภค อาหารว่าง ขนมขบเคี้ยว อาหารฟาสต์ฟู้ด การดูโทรทัศน์ทำให้เห็นโฆษณาอาหารที่มีไขมัน เกลือ น้ำตาลสูง การโฆษณาทางโทรทัศน์มีผลต่อความชอบอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งทางตรง และทางอ้อม มีผลการศึกษาอิทธิพลของโฆษณาทางโทรทัศน์เวลา 28 วัน พบเด็กอายุ 3 - 4 ปี เรียกร้องซื้อผลิตภัณฑ์ เฉลี่ย 24.9 ครั้ง ส่วนใหญ่ เป็นลูกกวาด ของเล่น ขนมขบเคี้ยว อาหารว่าง

นอกจากนี้ร้านสะดวกซื้อในชุมชน อาหารเร่ ล้วนมีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารเดิมจากการ บริโภคอาหารจำพวกแป้ง น้ำพริกผักจิ้ม แบบพื้นบ้าน ของครัวเรือน เปลี่ยนเป็นอาหารทอด อาหารหวาน อาหารจานด่วน และวัฒนธรรมอาหารถุงพลาสติก เป็นต้น การเจริญทางเทคโนโลยี เครื่องทุนแรงต่างๆ ความเป็นอยู่มีสิ่งอำนวยความสะดวก การคมนาคมขนส่งรวดเร็วมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนวิถีชีวิตทำให้ การเคลื่อนไหว การออกกำลังกายของคนลดลง ล้วนส่งผลต่อภาวะอ้วน นำไปสู่โรคเบาหวาน

## ความเชื่อมโยงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากแนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแนวคิดปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม สามารถสรุปกรอบแนวคิดความเชื่อมโยงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ดังรูปที่ 1





### แนวคิดหลักที่ 3 : ระบบบริการสุขภาพ

#### การอธิบายเรื่องโรคเบาหวานในมุมมองเจ้าหน้าที่ และประชาชน

“ที่มาของพฤติกรรมหรือการกระทำทางสังคมของมนุษย์ขึ้นอยู่กับความหมายทางสังคม ที่เกิดขึ้นมาในบริบทของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างเรากับผู้อื่น” เช่นเดียวกับการอธิบายความหมายเรื่องโรคเบาหวานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่แพทย์มักสื่อสารกับผู้ป่วยถึงการเป็นโรควิทยาสภาพที่กำลังดำเนินอยู่ในร่างกายอย่างเงียบเชียบ และมองไม่เห็น ถูกลดลงเหลือเป็นเพียงตัวเลข มีการศึกษาที่พบว่าคนที่แพทย์กำหนดกรอบสุขภาพให้กับ “ชีวิตบุคคล” (ผู้ป่วย) แบบเป็นเหตุเป็นผลโดยอ้างความถูกต้องชอบธรรม ด้วยการนำวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่สามารถพิสูจน์วัดได้ คำนวณได้ ด้วยการนิยามความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพียงการสื่อสารด้วยตัวเลขที่มองเห็น เช่น ตัวเลขแสดงปริมาณน้ำตาลในเลือด ตัวเลขความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ตัวเลขของความดันเลือด หรือตัวเลขของอณูหภูมิในร่างกาย และรวมถึงภาพวินิจฉัยจากการเอ็กซเรย์ เป็นต้น เช่น “น้ำตาลต่ำกว่า 100” หมายถึง ปกติ “101-125” หมายถึง เสี่ยงมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และ “126 ขึ้นไป” หมายถึง โรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองเป็นตัวเลข การรักษาจึงเป็นเพียงการทำให้ค่าต่างๆ อยู่ในระดับเกณฑ์มาตรฐาน

ดังนั้นการจัดบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องคำนึงถึงการสื่อสารถึงความหมายโรคเบาหวาน ธรรมชาติของพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น และเส้นทางชีวิตที่จะต้องหยุดชะงักลงในอนาคตหากผู้ป่วยไม่ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมโรค การจัดบริการที่คำนึงถึงความหมายของความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ดี จะสร้างความเข้าใจที่ดีต่อกันในงานบริการ

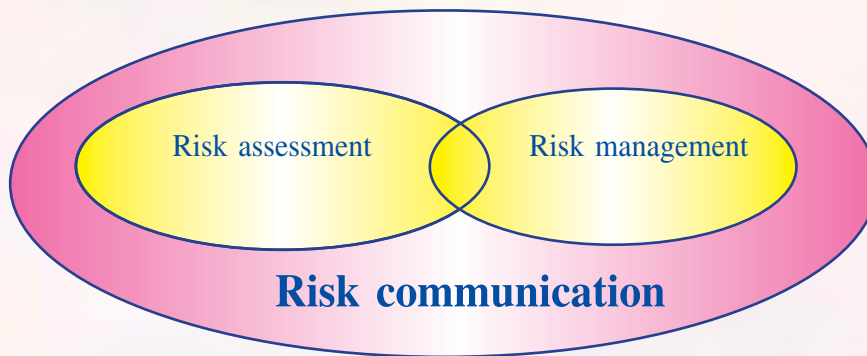
#### การแสวงหาบริการ และการใช้แพทย์ทางเลือก

เมื่อบุคคลเริ่มมีอาการแสดงของภาวะเบาหวานจะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยที่เป็นความเชื่อถือ ที่ได้รับการถ่ายทอดกันมา ตามความหมายทางวัฒนธรรม หรืออาจไปปรึกษาคนใกล้ชิด เพื่อขอคำยืนยันว่าเจ็บป่วยจริง และควรรักษาด้วยวิธีใดแล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา ซึ่งเป็นการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ และวิธีการดูแลสุขภาพ ตามการให้ความหมายความเชื่อ ความรุนแรงของอาการ และทรัพยากรที่มีอยู่ เมื่อรักษาแล้ว จะเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายคือประเมินผลว่าการเจ็บป่วยนั้นดีขึ้น หรือหายไป การรักษาเบาหวาน ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นเวลานานตลอดชีวิต ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในครั้งแรก อาจไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยในเวลาต่อมา การแสวงหาบริการสุขภาพแห่งใหม่จึงเกิดขึ้น

### แนวคิดหลักที่ 4 : การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยง

การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) เป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับการประเมินความเสี่ยง และ การจัดการความเสี่ยง (ดังรูปที่ 2)





รูปที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง risk assessment, management และ communication

### ความหมายของการสื่อสารความเสี่ยง

การสื่อสารความเสี่ยง เป็นกระบวนการที่แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นที่เกี่ยวกับ 'Risk' และ 'ภัยคุกคาม' ที่เป็นกังวล รวมถึงปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยง (risk perception) ระหว่างผู้ประเมินความเสี่ยง (risk assessor) ผู้จัดการความเสี่ยง (risk manager) นักวิชาการ หรือ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนที่ได้รับผลกระทบ รวมทั้งกลุ่มอื่นที่มีความเกี่ยวข้อง การสื่อสารความเสี่ยงนี้ต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลจำนวนมากในการอธิบายถึงลักษณะของภัยคุกคาม ความเสี่ยง และปัจจัยประเภทอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (เช่น ความเชื่อของท้องถิ่น ศาสนา ประสบการณ์ในอดีต) เพื่อที่จะสามารถเข้าใจได้ถึงระดับของความกังวล ความคิดเห็น หรือปฏิกิริยาของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อผลกระทบกับภัยคุกคาม นอกจากนี้ยังรวมความถึงมาตรการกฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการจัดการความเสี่ยง นับว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ประชาชนเข้าใจในความเสี่ยงที่ตนกำลังเผชิญดีขึ้น และมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับการแก้ปัญหาหนักที่สุด

#### หลักการสำคัญในการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง

1. กลยุทธ์ในการสื่อสารความเสี่ยง (strategic risk communication) เป็นหัวใจสำคัญที่จะต้องบูรณาการไว้ในการจัดการความเสี่ยง
2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยง (stakeholders are the focal point) ดังนั้นจึงต้องให้ความสนใจต่อความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากความเสี่ยง โดยควรคำนึงถึง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และทางเลือกในการควบคุมความเสี่ยง
3. การตัดสินใจในการจัดการความเสี่ยงต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม นอกจากนี้ควรประกอบด้วยความเข้าใจในสถานการณ์บริบททางสังคม รวมทั้งการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
4. การจัดการความเสี่ยง และการสื่อสารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่ต้องการความโปร่งใสชัดเจน และตรวจสอบได้
5. กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยการประเมินผลอย่างเป็นระบบ



**ขั้นตอนการทำงานเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง** จาก Strategic Risk Communication Framework and Handbook for Health Canada and the Public Health Agency of Canada, November 2006)<sup>27</sup>

**Step 1: Define the Opportunity** ขั้นตอนแรกของการทำงาน ต้องระบุที่มุ่งงานให้ชัดเจนว่าประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละฝ่ายมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ระบุขอบเขตของโครงการและผลลัพธ์ที่ต้องการเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ระบุผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้ครอบคลุม (Potential stakeholders)

**Step 2: Characterize the Situation** เป็นขั้นตอนของการบรรยายสถานการณ์ ได้แก่การรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และกำหนดกรอบการทำงาน การบูรณาการความรู้ทั้งหลายเข้าด้วยกัน อาจใช้การสรุปในรูปแบบของ Expert model หรือการรวบรวมความคิดเห็นที่หลากหลายจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ขนาดความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยงในประเด็นที่จะดำเนินการ เช่น โรคเอดส์ และโรคอื่น เป็นต้น อาจแสดงในรูปแบบของ Diagram ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ และความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันของตัวแปร ซึ่งควรโยงถึงความสนใจหรือความตระหนักของผู้ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทบทวน ทำความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้อมูลเหล่านี้ควรสรุปและบันทึกเป็นคู่มือในการใช้อ้างอิงต่อไป

ขั้นต่อไปควรวิเคราะห์สื่อต่างๆ ที่ใช้งานอยู่และเกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำลังศึกษา เช่น เอกสารเผยแพร่บทโทรทัศน์ รายงาน โปสเตอร์ และสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ในขั้นนี้ทำให้เห็นได้ว่าการสื่อสารความเสี่ยงที่ผ่านมามีสื่ออะไรบ้าง ใช้ได้ดีหรือไม่ ข้อจำกัดและกลไกที่ใช้อยู่เป็นอย่างไร ภายหลังจากที่ได้บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence) ต่างๆ เข้าด้วยกันแล้ว ก็จะนำไปสู่การกำหนดกรอบ (Framing) ของประเด็นด้วยภาษาที่ต้องการสื่อสารความเสี่ยง ร่างแรกของกรอบที่ต้องการสื่อ

**Step 3: Assess Stakeholder Perceptions of the Risks, Benefits, and Tradeoffs** เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ถึงการรับรู้ ความคิดเห็น ความเชื่อ คุณค่า ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ความต้องการ ความสนใจ การลำดับความสำคัญ และประเด็นต่างๆ ในมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนนี้อาจใช้การประชุมกลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสำรวจร่วมด้วยก็ได้

**Step 4: Assess How Stakeholders Perceive the Options** เป็นขั้นตอนในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการกับความเสี่ยง จากผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การลดความเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงเพื่อเลี่ยงจากความเสี่ยง หรือการจัดการความเสี่ยง โดยการหาแนวทางการสื่อสารที่เหมาะสม การดำเนินการในขั้นนี้ต้องนำเอาข้อมูลจากขั้นตอนที่ 3 มาบูรณาการอย่างเหมาะสมเพื่อหาคำตอบที่ถูกต้องเหมาะสมที่สุด

**Step 5: Develop and Pre-test Strategies, Risk Communications Plans, and Messages** จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำไปสู่การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและพัฒนาเป็นรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงตามที่ต้องการ อย่างไรก็ตามก่อนที่จะนำไปใช้งานจริงควรได้มีการทดลองใช้เพื่อทดสอบความเหมาะสม โดยที่ควรจะมีรายละเอียดให้มากที่สุดเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสิ่งต่างๆ ที่มีการนำเสนอได้นำไปใช้จริง และเพื่อให้มีการทบทวนภายในคณะทำงาน รวมทั้งเป็นการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

**Step 6: Implement Risk Communications Plans** ก่อนการนำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงไปใช้ ควรมีการปรับปรุงโดยอาศัยข้อมูลจากขั้นตอนที่ 5 และการวิพากษ์วิจารณ์รูปแบบ

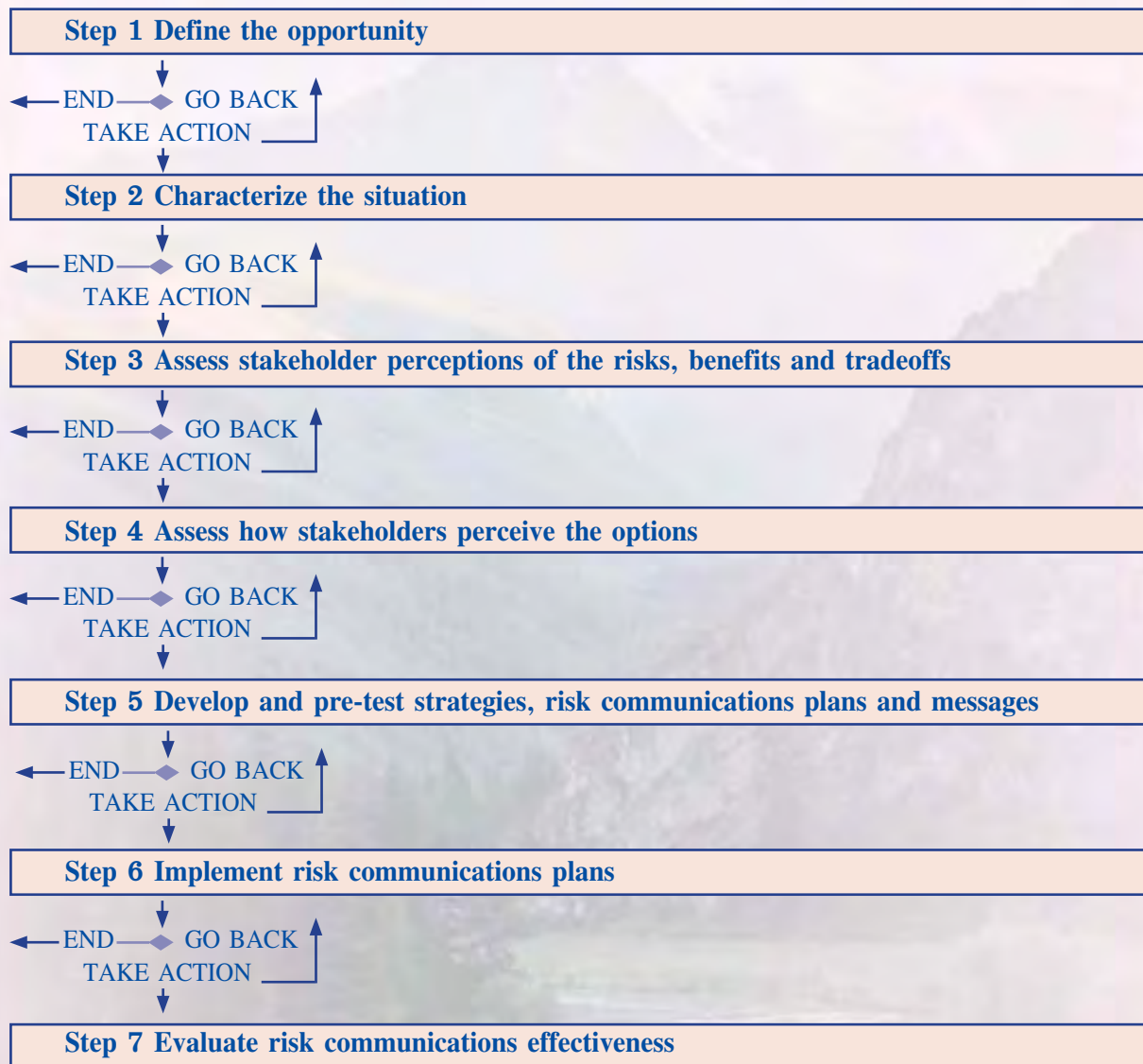


โดยกระบวนการ ของ Consultation โดยผู้ที่เกี่ยวข้องอีกครั้ง ผลลัพธ์สำคัญได้แก่ ข้อความที่จะสื่อ รูปแบบการสื่อสาร และวัสดุที่ใช้สื่อสาร ผู้ดำเนินการต้องมีความไวต่อความคิดเห็นของผู้รับสื่อและสามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องได้

**Step 7: Evaluate Risk Communications Effectiveness** การประเมินผลการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง ควรทำตามแนวปฏิบัติที่ดีและการพัฒนาที่ต่อเนื่อง เมื่อนำไปใช้อย่างน้อย 1 รอบของกระบวนการควรได้ประเมินกระบวนการและคุณภาพผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยตรวจสอบกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในขั้นตอนที่ 1 วิธีการประเมินอาจทำได้หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบต่อไป (ดังรูปที่ 3)

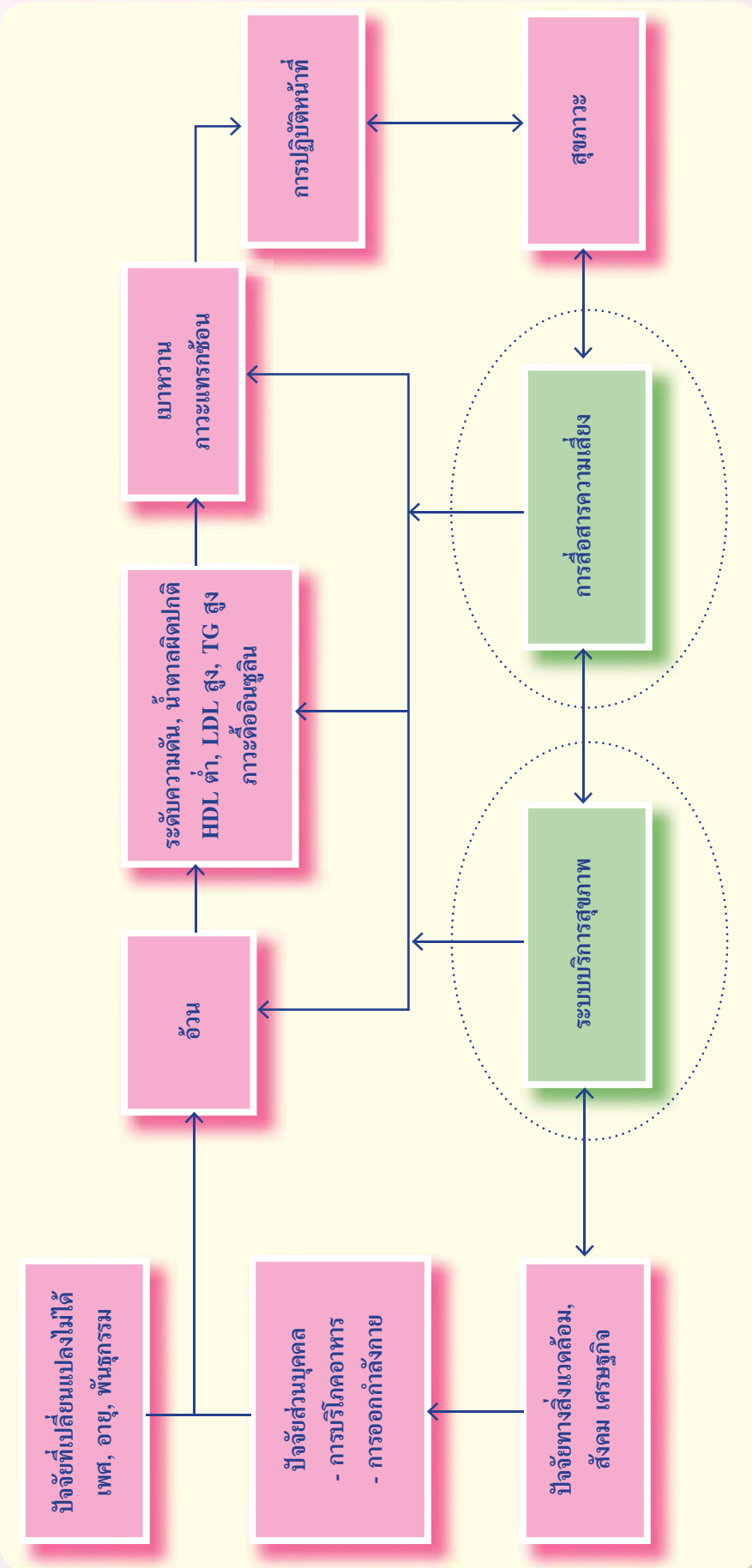
### ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง

#### Dialogue-based Strategic Risk Communications Process



### รูปที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง

(ประยุกต์จาก Strategic risk communication framework and Handbook for Health Canada and the Public Health Agency of Canada, November 2006)



รูปที่ 4 แบบจำลองสุขภาพและเชื่อมโยงถึงการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน



## บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย

สำหรับการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร ครั้งนี้ใช้ รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R & D: Research and Development) โดยเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ นำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยง และดำเนินกระบวนการภายใต้กรอบแนวคิดที่กำหนดอย่างเป็นระบบโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อได้ต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน จากการศึกษากระบวนการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงของ Public Health Agency of Canada<sup>27</sup> จึงได้นำมาประยุกต์เป็นรูปแบบกระบวนการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับประเทศไทยโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ค้นหาหมู่บ้านนำร่องโดยการปรึกษากับนักวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ให้คัดเลือกหมู่บ้านนำร่อง โดยกำหนดเกณฑ์ว่าต้องเป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเบาหวานสูง และยินดีเข้าร่วมโครงการ

1.2 จัดเตรียมคณะกรรมการโครงการโดยการประชุมคณะกรรมการ เพื่อสร้างความเข้าใจกระบวนการทำงานโครงการทั้งหมดร่วมกัน

1.3 จัดเตรียมชุมชนในพื้นที่ดำเนินการโดยเข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลคำอาฮวน รองนายกเทศมนตรีฯ สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยเหมืองป่า ให้รับทราบ/เข้าใจ กระบวนการวัตถุประสงค์การดำเนินงานของโครงการ ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น เพื่อเกิดการประสานงานและความร่วมมือที่ดี

1.4 จัดประชุมประชาชน หมู่ 4 และหมู่ 13 บ้านพรานอัน เพื่อ แจ้งวัตถุประสงค์ของการจัดโครงการตลอดจนแนวทางการดำเนินงาน

### 2. ขั้นวิเคราะห์ชุมชน

2.1 การศึกษาบริบทชุมชน และสิ่งแวดล้อม ด้วยการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อาวุโสในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกสภาเทศบาล และศึกษาจากเอกสารของเทศบาลตำบลคำอาฮวน

2.2 การรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ครอบครัว กลุ่มเสี่ยง ประชาชนทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชนทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการออกแบบ จัดทำเครื่องมือ และทำการศึกษาชุมชนเป้าหมาย เพื่อสร้างความกระจ่างชัดในมิติต่างๆทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานเช่น ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคามความเสี่ยงบริบทของชุมชน การรับรู้ความเสี่ยง ความคิดเห็น ความเชื่อ การจัดการความเสี่ยง การจัดการโรคและความเสี่ยง การสื่อสาร



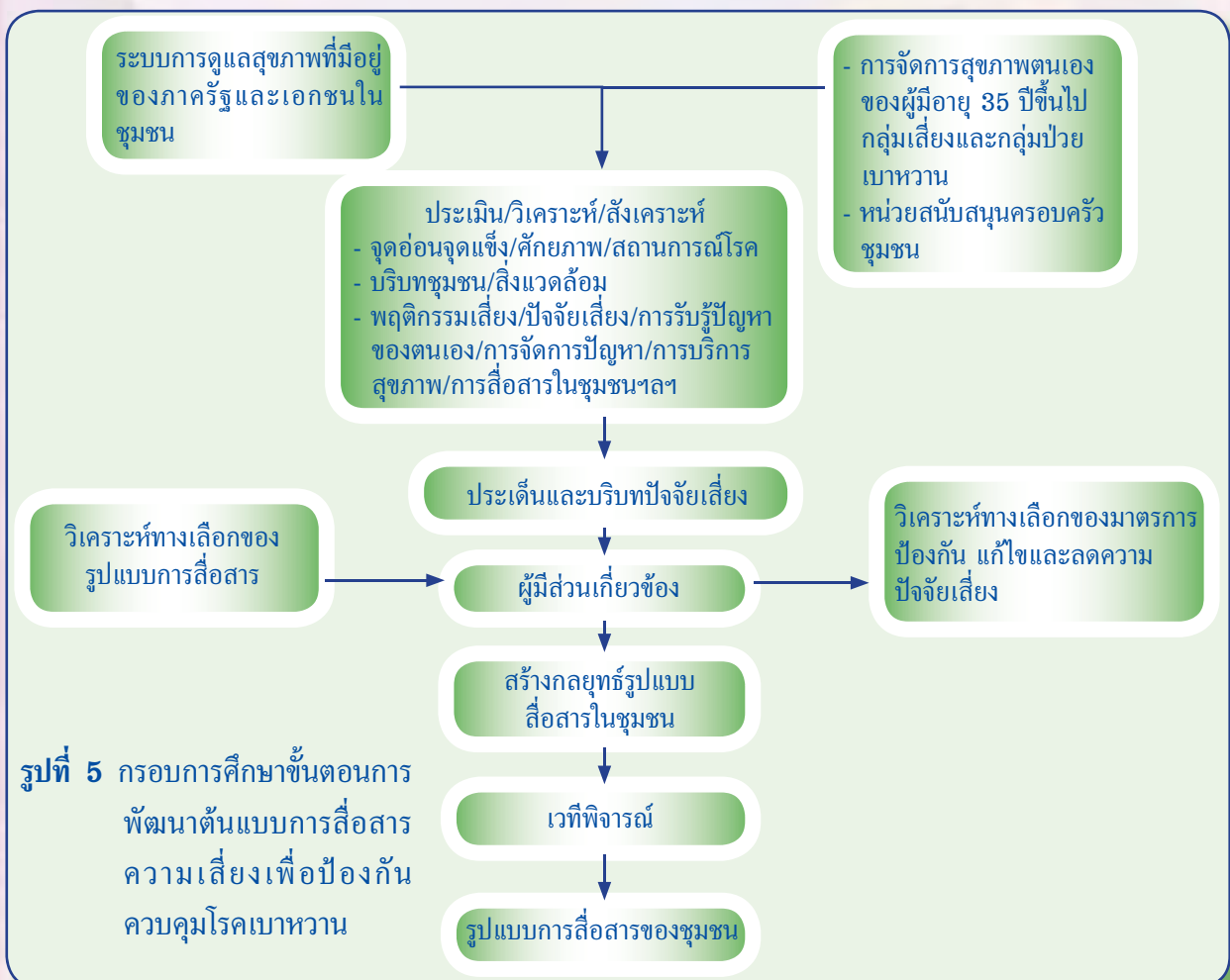
### 3. การยอมรับจากผู้มีส่วนร่วม

**3.1 ชั้นระบุ Stakeholder** ที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการ เป็นการสร้างความมีส่วนร่วมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางตรง และทางอ้อม เข้าสู่กระบวนการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยง (Stakeholder engagement) โดยเริ่มจากผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนแล้วค่อยๆขยายวงกว้างออกไปสู่ผู้ที่สนใจร่วมโครงการให้ครอบคลุมทุกฝ่ายทั้งภาคราชการ ภาคประชาชน และองค์กรเอกชนรวมทั้งสื่อมวลชนท้องถิ่น

**3.2 ชั้นจัดประชุม stakeholder engagement (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง)** เป็นขั้นตอนในการแจ้งผลการวิเคราะห์ชุมชน ให้ stakeholder ทราบ เพื่อร่วมกันสร้างมาตรการป้องกัน แก้ไขลดปัจจัยเสี่ยงและการจัดการกับความเสี่ยงของชุมชน ได้ร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของบ้านพรานอัน 2 หมู่บ้าน

**3.3 ชั้นทำเวทีพิจารณา** โดยนำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่ stakeholder จัดทำนำเสนอกลับสู่ชุมชนโดยจัดทำเวทีชาวบ้านเพื่อชุมชนรับทราบและปรับแก้ไข ได้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของบ้านพรานอัน 2 หมู่บ้าน

โดยสรุปต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่มาโดยการพัฒนาตามกระบวนการนี้ จะมีคุณลักษณะหรือเกณฑ์คุณภาพ 3 ประการได้แก่ การใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based) ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสม (Sound theory and concept) และเป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Acceptable to stakeholder) กรอบการศึกษา ขั้นตอนการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน (รูปที่ 5)



**รูปที่ 5** กรอบการศึกษาขั้นตอนการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน

## พื้นที่ศึกษา และกลุ่มเป้าหมาย

**พื้นที่ศึกษา** การศึกษาครั้งนี้เลือกพื้นที่การศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ จังหวัดมุกดาหาร พื้นที่หมู่บ้านพรานอันหมู่ 4 และหมู่ 13 ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมือง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยเบาหวานสูง และชุมชนเห็นว่าเบาหวานเป็นปัญหาของชุมชน

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่หมู่ 4 และหมู่ 13 หมู่บ้านพรานอัน ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีประชากรทั้งหมดจำนวน 1,481 คน เป็นกลุ่มที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีจำนวน 632 คน (ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ณ วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2551)

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 5 กลุ่ม

1. กลุ่มประชาชนทั่วไป หมายถึง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ พื้นที่หมู่ 4 และหมู่ 13 หมู่บ้านพรานอัน ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน หมายถึง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 4 และหมู่ 13 หมู่บ้านพรานอัน ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง (ตามนิยามปฏิบัติการบทที่ 1)

3. กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้

3.1 กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำขณะอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose หรือ FPG) มีค่าเท่ากับหรือต่ำกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

3.2 กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำขณะอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose หรือ FPG) มีค่ามากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ HbA<sub>1c</sub> เท่ากับหรือมากกว่า 7% ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือนย้อนหลังก่อนเก็บข้อมูล

4. กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยอาจมีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกันและมีปฏิสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยกัน

5. กลุ่มแกนนำชุมชนทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทศบาล

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2 ใช้วิธีการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 3, 4 และ 5 ใช้วิธีการประชุมกลุ่ม Focus group discussion และสัมภาษณ์เชิงลึก





### การเก็บข้อมูล

1. อบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน 4 คน เป็นผู้ที่สามารถใช้ภาษาท้องถิ่นได้ และไม่เป็นบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ เพื่อป้องกันการตอบที่ได้รับอิทธิพลจากบุคลากรสุขภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเทคนิคการสัมภาษณ์ตามเอกสารที่แนบ พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองสัมภาษณ์กันเอง คนละ 3 ราย แล้วนำปัญหาที่พบจากการสัมภาษณ์ทบทวนทำความเข้าใจกับผู้วิจัย

2. แบ่งพื้นที่การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย โดยพื้นที่นั้นต้องเป็นพื้นที่ที่ได้รับการสุ่มเลือกตามขั้นตอน

3. เตรียมการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ วัสดุและอุปกรณ์ เช่น ปากกา จัดทำตารางนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์

4. เตรียมกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการเป็นผู้ร่วมวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามแสดงความยินยอมโดยความสมัครใจในหนังสือยินยอมโดยสมัครใจ (Information consent form) แล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้ช่วยเก็บข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์เป็นหลัก

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ตามวัน เวลา ที่กำหนด โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยโดยใช้แนวทางจากเอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล (Information sheet) พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยสมัครใจ (Information consent form) ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และสถานที่สัมภาษณ์ควรมีความเป็นส่วนตัว จากนั้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีหลักการสัมภาษณ์ดังนี้

5.1 สัมภาษณ์ตามรายการคำถามที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์

5.2 ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลหรือแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับประเด็นที่สัมภาษณ์ ไม่พูดแสดงความคิดเห็นออกนอกขอบเขต

5.3 กระตุ้นผู้ให้สัมภาษณ์พูด หรือแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่สัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลให้ได้มากที่สุด

5.4 ผู้สัมภาษณ์สังเกตพฤติกรรม สีหน้าและลักษณะการพูดของผู้ให้สัมภาษณ์ขณะรวบรวมข้อมูล ถ้าสงสัยหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ สัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามข้อเท็จจริง และครอบคลุมประเด็นที่ต้องการ

5.5 ผู้สัมภาษณ์ปรับคำพูดของแต่ละคำถามให้เหมาะสม กับผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละบุคคล โดยคงไว้ซึ่งความหมาย และสาระของข้อความนั้นๆ

5.6 กำหนดข้อตกลงร่วมกันโดยให้ผู้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถซักถามซึ่งกันและกันได้หากคำถามไม่ชัดเจน

5.7 ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้อง หากพบว่าข้อมูลส่วนใดขาดความชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน สัมภาษณ์เพิ่มเติม

5.8 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสัมภาษณ์ ที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## แนวทางการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1. การสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณสำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2 (ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง)

### วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Methods)

งานวิจัยนี้มีวิธีการสุ่มตัวอย่างใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) เพื่อให้ประชากรมีโอกาสสุ่มเท่าเทียมกัน และสามารถทดสอบนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) และเนื่องจากประชากรในงานวิจัยในแต่ละพื้นที่ซึ่งอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันมีลักษณะคล้ายกันมาก (Homogeneous) จึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยวิธีการแบ่งหมู่บ้านเป็นพื้นที่ขนาดเล็กตามสภาพการปกครองในหมู่บ้านที่มีลักษณะเป็นคุ้ม แล้วจับฉลากคุ้มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) ให้ได้จำนวนตามต้องการ

สรุป หมู่บ้านพรานอ้นมีทั้งหมด 15 คุ้ม ประกอบด้วย หมู่ 13 มีจำนวน 8 คุ้ม และหมู่ 4 มีจำนวน 7 คุ้ม ผลการจับฉลาก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คุ้ม ดังนี้

#### หมู่ 13

1. คุ้มนายวิเชียร
2. คุ้มนางสวรรค์
3. คุ้มนายสีทา
4. คุ้มนายสนั่น

#### หมู่ 4

5. คุ้มนายพรชัย
6. คุ้มนายวิเชียร
7. คุ้มนายทองคูณ
8. คุ้มนายหนูผ่าน

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ศึกษาประยุกต์ใช้เครื่องมือปรับจาก ณัฐยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล เกษร ลำภาทอง และชดช้อย วัฒนะ<sup>28</sup> ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

### ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสำหรับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอ่านออกเขียนได้ อาชีพหลัก น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว

ส่วนที่ 2 การสื่อสารสุขภาพ ได้แก่ ช่องทางการสื่อสาร ความชอบต่อสื่อประเภทต่างๆ ความสนใจข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และแหล่งความรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับ

### ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการ

ส่วนที่ 3 ความเชื่อ ที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน





**ชุดที่ 3 สำหรับกลุ่มเสี่ยง** (ส่วนที่ 1-3 เป็นข้อคำถามชุดเดียวกันกับกลุ่มประชาชนทั่วไป ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงเบาหวาน ยกเว้น ส่วนที่ 4 ที่ เป็นข้อคำถามเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน)

**ส่วนที่ 1** การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

**ส่วนที่ 2** พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการ

**ส่วนที่ 3** ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน

**ส่วนที่ 4** การรับรู้สุขภาพตนเองและโรคเบาหวาน

**ส่วนที่ 1** การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงโรคเบาหวาน และความอ้วน ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย จำนวน 18 ข้อ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน มีคำถาม 11 ข้อ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีคำถาม 9 ข้อ
3. ความเชื่อเกี่ยวกับเบาหวาน มีคำถาม 19 ข้อ

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	ด้านบวก (คะแนน)	ด้านลบ (คะแนน)
เห็นด้วยมาก	3	1
เห็นด้วยปานกลาง	2	2
เห็นด้วยน้อย	1	3

การแปลผล จากคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ในแต่ละด้าน โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากแบบสัมภาษณ์มาหารด้วยจำนวนข้อแบบสัมภาษณ์เป็นคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งใช้เกณฑ์การแบ่งระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00-1.66
ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.67-2.33
ระดับสูง	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.34-3.00

**ส่วนที่ 2** พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการ

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและความอ้วน มีข้อคำถามเกี่ยวกับการบริโภค อาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 18 ข้อ ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (สม่ำเสมอ) ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยคำถามมีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ โดยกำหนดหลักเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนด้านบวก	คะแนนด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

การแปลผล จากคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 18 คะแนนและคะแนนสูงสุดเท่ากับ 54 คะแนน นำคะแนนจริงที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ มาหารด้วยจำนวนข้อแบบสัมภาษณ์ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับเบาหวานและแบ่งเป็นระดับการปฏิบัติโดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00-1.66
ระดับกลาง	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.67-2.33
ระดับสูง	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.34-3.00

แบบสอบถามเรื่องการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองปลายเปิด จำนวน 9 ข้อคำถาม

**ส่วนที่ 3** ความเชื่อเกี่ยวกับเบาหวาน มี 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่รู้ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวาน 5 ข้อและความเชื่อต่อสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน 15 ข้อ

**ส่วนที่ 4** ข้อคำถามการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและโรคเบาหวาน มีข้อคำถาม 11 ข้อมี 5 ระดับคือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยมาก แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3 ส่วนที่ 4 ใช้เฉพาะกลุ่มเสี่ยง

## คุณภาพเครื่องมือ

### การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้ศึกษานำเครื่องมือการวิจัย ไปทดลองใช้กับ กลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนชนบท จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของแบบสอบถามที่มีลักษณะแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha coefficient) วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 11.5 ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.70

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่างให้รู้จัก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายให้เข้าใจวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ ตลอดจนสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะไม่เข้าร่วมโครงการการวิจัยครั้งนี้ อธิบายโดยใช้เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล (Information sheet) และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งให้ลงนามโดยมีข้อความแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอมโดยสมัครใจ (Information consent form)

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เก็บข้อมูลที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างอาจขาดความไว้วางใจในการให้ข้อมูล มีวิธีการแก้ไข ดังนี้

2.1.1 กล่าวทักทาย แนะนำตัวแก่ผู้ให้สัมภาษณ์ และชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ พร้อมทั้งสร้างความไว้วางใจว่าจะไม่เปิดเผย ชื่อ สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง



2.1.2 สร้างบรรยากาศให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสบายใจ และเต็มใจที่จะให้ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่ปกปิด

2.1.3 สัมภาษณ์โดยใช้คำพูดที่สุภาพ ให้เกียรติ และซักถามด้วยถ้อยคำที่กระชับ ชัดเจน และเข้าใจง่าย

2.1.4 หลีกเลี่ยงการใช้คำถามชี้นำ

2.1.5 แสดงความตั้งใจในการฟังคำตอบโดยไม่แสดงอาการเบื่อหน่ายหรือสงสัย ประหลาดใจกับคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.6 อธิบายถึงสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และการมีสิทธิที่จะหยุดการให้สัมภาษณ์โดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ใดๆ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for WINDOWS Version 11.5 (Statistical Package for Social Science for Windows) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาการพักอาศัย อาชีพหลัก รายได้ แหล่งรายได้ ฯลฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม รายด้าน และคะแนนแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเกี่ยวกับเบาหวาน ใช้การวิเคราะห์โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

### แนวทางการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเลือกใช้วิธีสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกและใช้กระบวนการกลุ่มในการสะท้อนคิดทำให้เกิดการแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง

#### วัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในการศึกษาครั้งนี้

เพื่อศึกษา การรับรู้ ความเชื่อ ปัญหาความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงปัญหาการจัดการความเสี่ยง และการควบคุมโรค การสื่อสาร ความคาดหวังที่กลุ่มอยากให้เกิดขึ้นในการป้องกันโรคเบาหวานของเขาในพื้นที่ ตลอดจนบทบาทของคนในชุมชนต่อการมีส่วนร่วมให้โครงการสำเร็จ

กลุ่มเป้าหมายของการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รวมทั้ง สมาชิกในครอบครัว หมู่ 4 และ หมู่ 13

2. กลุ่มเสี่ยง เบาหวาน หมู่ 4 และ หมู่ 13

3. แกนนำชุมชนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทศบาล หมู่ 4 และหมู่ 13



## ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมแนวทางการสนทนากลุ่ม หรือประเด็นคำถามที่ต้องการให้เกิดการพูดคุย แลกเปลี่ยนโดยเน้นคำถามปลายเปิดกว้างๆ ในระยะเริ่มต้นและค่อยๆ เจาะลึกไปเรื่อยๆ ในประเด็นที่ต้องการ

1.2 เตรียมผู้นำสนทนากลุ่มและอุปกรณ์ ได้แก่ เทปบันทึก แบบฟอร์มการจดบันทึก

1.3 เตรียมสถานที่ โดยการเลือกใช้บริเวณใต้ถุนบ้านของชาวบ้านในพื้นที่ที่ศึกษา และโรงเรียน ซึ่งมีบรรยากาศผ่อนคลายเป็นกันเอง และไม่อยู่ในที่ผู้คนสัญจรไปมา ทำให้กลุ่มมีสมาธิในการพูดคุย

2. ขั้นตอนการกรกลุ่ม ผู้นำสนทนากลุ่มแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้กลุ่มแนะนำตัว พร้อมขออนุญาตในการจดบันทึกการสนทนาและบันทึกเสียง หลังจากนั้นผู้นำสนทนากลุ่มดำเนินการตามแนวประเด็นคำถามที่เตรียมไว้

3. ขั้นสรุปการสนทนากลุ่ม หลังจากได้ประเด็นครบ และสมควรแก่เวลา ผู้นำสนทนาสรุปผลให้ผู้ร่วมสนทนาทราบข้อมูลที่ได้

4. ขั้นวิเคราะห์ผล นำเนื้อหาที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียง และจากการจดบันทึกมาทบทวน และสรุปตามประเด็นที่ได้ตามกรอบคำถามที่กำหนดไว้





## บทที่ 4 พลการศึกษา

### ลักษณะทางสังคมและประชากรที่สำคัญบางประการ

ลักษณะทางสังคมและประชากรของหมู่บ้านพรานอันหมู่ 4 และหมู่ 13 ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

#### ประวัติหมู่บ้าน

เดิมบ้านพรานอันนั้นเป็นหมู่บ้านเก่าแก่เล็กๆ ที่อพยพมาจากบ้านภูเวียงเมืองสรวงวันทางฝั่งซ้ายของแม่น้ำโขงนำโดยท้าวไกรสอน ท้าวพรานอัน และท้าวชาติพา เป็นผู้นำเดินทางมาหาหลักแหล่งที่ทำมาหากิน โดยยึดอาชีพเป็นนายพรานล่าสัตว์ทำมาหากินจนกระทั่งมาถึงที่ราบป่าที่อุดมสมบูรณ์ซึ่งได้ก่อตั้งเป็นกลุ่มครอบครัวอยู่กันฉันพี่น้อง ตั้งขึ้นเป็นหมู่บ้านเล็กๆ และได้เลือกเอาชื่อนายพรานอันเป็นชื่อหมู่บ้าน เรียกบ้านพรานอันและเอาชื่อของนาย ชาติพา เป็นนามสกุลของคนในหมู่บ้าน

ใน พ.ศ. 2302 จึงได้มีการเลือกผู้นำหมู่บ้านเป็นทางการขึ้น ชาวบ้านได้เลือกเอานายเวียงชาติพาเป็นผู้นำหมู่บ้านคนแรกชาวบ้านเรียกว่านายอำเภอหมู่บ้าน เพราะถือว่าเป็นตัวแทนของนายอำเภอประจำหมู่บ้านดูแลทุกข์สุขของประชาชน

พ.ศ. 2397 ชาวบ้านได้คัดเลือกเอา นายอ้วน ชาติพา ขึ้นเป็นผู้นำแทนนายเวียง ชาติพา และนายอ้วน ชาติพา เป็นผู้นำคนแรกที่ชาวบ้านเรียกกันว่าผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่อ้วน ชาติพา จึงเป็นผู้ใหญ่บ้านคนแรกของบ้านพรานอัน บ้านพรานอันในขณะนั้นขึ้นตรงต่อตำบลศรีบุญเรือง อำเภอมุกดาหาร จังหวัดนครพนม ต่อมา หมู่บ้านได้มีการพัฒนา และเปลี่ยนแปลงผู้ใหญ่บ้านมาเรื่อยๆ ประชากรในหมู่บ้านได้เพิ่มขยายมากขึ้น เป็นลักษณะครอบครัวขยาย ผู้ใหญ่จันดี ชาติพา ซึ่งเป็นผู้ใหญ่บ้านในขณะนั้น ได้ขอแบ่งแยกหมู่บ้านพรานอันออกเป็นสองหมู่บ้าน ทั้งนี้เพื่อให้การปกครองดูแลทุกข์สุขของราษฎรเป็นไปอย่างทั่วถึง วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2543 ได้รับอนุมัติให้แยกหมู่บ้านออกเป็น 2 หมู่บ้าน คือ บ้านพรานอันหมู่ 4 และบ้านพรานอันหมู่ 13 ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร มีนายจันดี ชาติพา เป็นผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 4 นายวันตา ชาติพา เป็นผู้ใหญ่บ้านหมู่ 13 ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน

#### สภาพทั่วไป

บ้านพรานอันหมู่ 4 อยู่ห่างเมืองมุกดาหาร 17 กิโลเมตร มีเนื้อที่ 3,265 ไร่ เป็นพื้นที่ทำการเกษตร 1,777 ไร่ พื้นที่อยู่อาศัย 342 ไร่ พื้นที่สาธารณะ 112 ไร่ พื้นที่ว่างเปล่าไม่ได้ใช้ประโยชน์ 1,034 ไร่ จำนวนครัวเรือนทั้งหมดตามทะเบียนราษฎร 173 ครัวเรือน ครัวเรือนตาม จปฐ. 168 ครัวเรือน จำนวนประชากรตาม จปฐ. คืออยู่จริง 698 คน

อาณาเขต ทิศเหนือ	จดกับบ้านกุดโง้ง
ทิศตะวันออก	จดกับบ้านคำเชียง
ทิศตะวันตก	จดกับบ้านพรานอัน หมู่ที่ 13
ทิศใต้	จดกับบ้านโป่งแดง

บ้านพรานอันหมู่ 13 อยู่ห่างอำเภอเมืองมุกดาหาร 13 กิโลเมตร มีเนื้อที่ 4,852 ไร่ พื้นที่ทำการเกษตร 2,245 ไร่ พื้นที่อยู่อาศัย 207 ไร่ พื้นที่ว่างเปล่าไม่ใช้ประโยชน์ 2,400 ไร่

อาณาเขต ทิศเหนือ	จดกับบ้านกุคอง
ทิศตะวันออก	จดกับบ้านพรานอัน หมู่ 4
ทิศตะวันตก	จดกับบ้านนาถ่อน
ทิศใต้	จดกับบ้านโปงแดง

พื้นที่ทั้ง 2 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ทำกิน ประชาชนไม่มีเอกสิทธิ์ในที่ดิน

## สภาพภูมิประเทศ

บ้านพรานอันหมู่ 4 พื้นที่เป็นที่ราบสูง สลับภูเขาอากาศร้อนชื้นส่วนบ้านพรานอันหมู่ 13 พื้นที่เป็นที่ราบหุบเขา แหล่งน้ำการเกษตรทั้ง 2 หมู่บ้านใช้แหล่งน้ำจากธรรมชาติ และแหล่งน้ำที่สร้างขึ้น น้ำที่ใช้อุปโภคบริโภคเป็นประปาหมู่บ้าน ซึ่งเปิด - ปิดเป็นเวลา

## โครงสร้างประชากร

บ้านพรานอันหมู่ 4 มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมดตามทะเบียนราษฎร 177 ครัวเรือน ครัวเรือนตาม จปฐ. 171 ครัวเรือน จำนวนประชากรตามจปฐ. คืออยู่จริง 434 คน ชาย 225 คน หญิง 209 คน ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 56 คน และ ผู้พิการ 5 คน

บ้านพรานอันหมู่ที่ 13 จำนวนครัวเรือน ตาม จปฐ. ทั้งสิ้น 181 ครัวเรือน จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร 782 คน ชาย 225 คน หญิง 209 คน ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 60 คน และผู้พิการ 12 คน

ประชากรทั้ง 2 หมู่บ้าน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักคือ ทำนา อาชีพรองคือ ทำไร่มันสำปะหลัง ไร่อ้อย และรับจ้างทั่วไปรายได้เฉลี่ยตามเกณฑ์จปฐ.ของคนในบ้านพรานอันหมู่ 4 เท่ากับ 37,803 บาท/คน/ปี รายได้เฉลี่ยตามเกณฑ์ จปฐ. ของคนในบ้านพรานอันหมู่ 13 เท่ากับ 20,500 บาท/คน /ปี

## สภาพทางเศรษฐกิจ

### ร้านค้าในหมู่บ้าน

หมู่ 4 มีร้านค้าของชำ (ร้านโชห่วย) อยู่ภายในหมู่บ้าน จำนวน 7 แห่ง ร้านขายอาหารจำนวน 3 แห่ง และหมู่ 13 มีร้านค้าของชำ 7 แห่ง ทั้ง 2 หมู่บ้าน ในตอนเช้าจะมีรถมอเตอร์ไซด์ขายของเร่มีอาหารสำเร็จรูปแฉวนเป็นราวเข้ามาขายในหมู่บ้านทุกวัน ชาวบ้านมักซื้ออาหารสำเร็จรูปจากรถขายของเร่นี้ ร้านขายของเร่จึงมีส่วนทำให้วิถีชีวิตการกินของชาวบ้านเปลี่ยนไป เป็นวัฒนธรรมอาหารถุงพลาสติก ที่หมู่ 13 มีร้านค้าของชำ ซึ่งเป็นร้านของป่าหม่อน เป็นร้านที่ชาวบ้านนิยมมาจับจ่ายซื้อหาอาหาร จับกลุ่มคุยกันเป็นประจำ และเป็นแหล่งรับจดหมายหรือพัสดุไปรษณีย์ ไปรษณีย์ก็จะนำจดหมายของทุกคนทั้ง 2 หมู่บ้าน มาทิ้งไว้ที่ร้านนี้ โดยแต่ละคนในหมู่บ้านจะมารับไปรษณีย์ของตนเอง และจากการพูดคุยกับนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลคำอาฮวน ได้มีนโยบายนำหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้านของทั้ง 2 หมู่บ้านที่เทศบาลเป็นผู้จัดซื้อมาวางไว้ที่ร้านนี้ เพื่อให้ประชาชนได้อ่านเช่นกัน (เดิมอยู่บ้านผู้ใหญ่บ้าน) ร้านค้าของชำร้านนี้จึงกลายเป็นศูนย์กลางการสื่อสารของหมู่บ้าน



## สภาพทางสังคม

### สภาพบ้านเรือนและการปลูกพืชผัก

ทั้ง 2 หมู่บ้านส่วนใหญ่บ้านมีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทำด้วยไม้ ชั้นเดียว ใต้ถุนยกสูง และบ้านปูนชั้นเดียว มีอาณาบริเวณ มีคอกเลี้ยงสัตว์ (โค - กระบือ) ไร่ไถ่ครัวเรือน ซึ่งพบได้ประปราย การปลูกพืชผัก (ผักกินแกเล็มและผักใช้ประกอบอาหาร) เพื่อไว้รับประทานในพื้นที่บริเวณบ้านพบน้อย พบในหมู่ 4 มากกว่า หมู่ 13 ชาวบ้านบอกว่าที่ไม่ปลูกเนื่องจากสัตว์เลี้ยงจะมากิน บางคนบอกไม่มีที่จะปลูก คนในหมู่บ้าน ทั้ง 2 หมู่บ้าน ส่วนใหญ่ปลูกผักประเภท ตะไคร้ สะระแหน่ พริก หัวหอม โหระพา กะเพรา ใว้ในกระถาง ต้นไม้

จากปัญหาดังกล่าว ชาวบ้านจึงกินผักน้อยเพราะผักไม่มีจะกินผัก ส่วนใหญ่ที่กินมักเก็บจากป่าได้แก่หน่อไม้

## สถานศึกษา

ทั้ง 2 หมู่บ้านมีโรงเรียนระดับประถมศึกษา สอนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อยู่ 1 แห่ง ไม่มีโรงเรียนระดับมัธยม

## ด้านการสาธารณสุข

ทั้ง 2 หมู่บ้านมีสถานีอนามัย 1 แห่ง คือ สถานีอนามัยเหมืองป่า ตั้งอยู่ที่หมู่ 13 ไม่มีโรงพยาบาลชุมชน มีแต่โรงพยาบาลทั่วไปมุกดาหาร การเดินทางไปใช้บริการสุขภาพ มีรถโดยสารไม่ประจำทางจากหมู่บ้าน 2 รอบ คือ รอบเช้า และรอบเย็น ระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานีอนามัย ประมาณ 7 กิโลเมตร และจากหมู่บ้านถึงโรงพยาบาลมุกดาหารประมาณ 11 กิโลเมตร

## สถาบันองค์กรทางศาสนา

ทั้ง 2 หมู่บ้านมีวัด 1 แห่ง ชื่อวัดศรีชมชื่น ตั้งอยู่ที่ หมู่ 13 เป็นวัดประจำหมู่บ้าน ชาวบ้านมีกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ โดยการทำบุญตักบาตร และมาทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งอยู่ในบริเวณวัด นอกจากนี้ชาวบ้านมักจะใช้วัดเป็นที่จัดประชุมต่างๆ เช่น ประชุมประชาคมหมู่บ้าน มีสำนักสงฆ์ 1 แห่ง ตั้งอยู่หมู่ 4

## การสุขาภิบาล

ไม่มีที่เผาขยะของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ใช้วิธีเผา โดยครัวเรือน มีการใช้ส้วมครอบคลุมทุกหลังคาเรือน ไม่มีท่อระบายน้ำเสียจากครัวเรือน ชาวบ้านจะขุดร่องระบายน้ำออกทางด้านหลังบ้าน

## การสื่อสารโทรคมนาคม

มีหอกระจายข่าว หมู่บ้านละ 1 แห่ง หมู่ 13 ใช้บ้านผู้ใหญ่บ้านเป็นที่ทำการ ส่วนหมู่ 4 มี ที่ทำการหอกระจายข่าวโดยเฉพาะส่วนใหญ่ใช้หอกระจายข่าวในการประชาสัมพันธ์การบริหารงานของหมู่บ้าน รัศมีทำการหอกระจายข่าว ประมาณ 1 กิโลเมตร จึงไม่ทั่วถึงครอบคลุมประชาชนทั้งหมู่บ้าน



โทรศัพท์/โทรทัศน์ หมู่ 4 มีตู้โทรศัพท์สาธารณะ 1 ตู้ ครั้วเรือนที่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ มีจำนวน 160 ครั้วเรือน มีโทรศัพท์จำนวน 170 ครั้วเรือน ไม่มีไฟฟ้าใช้ 10 ครั้วเรือน หมู่ 13 มีตู้โทรศัพท์สาธารณะ 2 ตู้ ครั้วเรือนที่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ มีจำนวน 168 ครั้วเรือน มีโทรศัพท์ จำนวน 176 ครั้วเรือน ไม่มีไฟฟ้าใช้ 5 ครั้วเรือน

## วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ค่านิยม

ประชาชนในหมู่บ้านนับถือศาสนาพุทธ ขนบธรรมเนียมประเพณียังคงเป็นวิถีชาวพุทธ ปฏิบัติตามประเพณีฮีตสิบสองคองสิบสี่ และประเพณีเดือนสี่ ถือเป็นประเพณีประจำหมู่บ้าน พิธีการแสดงความเคารพผู้เฒ่าผู้แก่ ยังคงพบเห็นอยู่มาก หากมีกรณีพิพาท ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านจะเป็นผู้มีบทบาทในการไกล่เกลี่ย

พิธีแต่งงาน จะมีการเลี้ยงพระ บายศรีสู่ขวัญคู่บ่าว-สาว ฝ่ายเจ้าสาวจะเตรียมสิ่งของ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นหมอน ผ้าห่ม หรือหากมีฐานะดีจะเป็นผ้าไหม ใช้ในพิธีกราบไหว้ขอพรจากผู้ใหญ่ฝ่ายชาย เรียกว่า “สมมา”

อาหาร ที่จัดเลี้ยงส่วนใหญ่จะเป็นประเภท ลาบ-ก้อย ซึ่งมีเนื้อวัวเป็นหลักปัจจุบันในครอบครัวที่มีฐานะดี ก็จะมีการจัดเลี้ยงเป็นโต๊ะ

ความเชื่อ ประชาชนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้เฒ่าผู้แก่ มีความเชื่อในเรื่องผีสิง เจ้าที่ ผีบรรพบุรุษ หากมีคนในครอบครัวเจ็บป่วยหนัก หรือป่วยเรื้อรังจะมีการดูหมอทำนาย และทำพิธีไหว้ผี แก่บน ทั้งนี้ การเจ็บป่วยที่เกิดจะมีการพบแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อรักษาด้วย ไม่ใช่รักษาทางใดทางหนึ่งโดยเฉพาะ

## ข้อมูลสุขภาพ การเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ตารางที่ 7 ข้อมูลการสำรวจด้านการรักษาพยาบาลของประชากรบ้านพรานอัน หมู่ 4 และหมู่ 13

สิทธิ์การรักษาพยาบาล	หมู่ 4	ร้อยละ	หมู่ 13	ร้อยละ
บัตรทอง	650	90.15	731	1.49
ข้าราชการ	18	2.50	12	1.50
ประกันสังคม	46	6.38	51	6.38
รวม	714	99.03	794	99.37

ข้อมูลจากสถานีอนามัยเหมืองบ่า อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ณ วันที่ 3 กันยายน 2551





ตารางที่ 8 ข้อมูลการเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของประชากรบ้านพรานอัน หมู่ 4 และหมู่ 13

หมู่ 4	2549	2550	2551	หมู่ 13	2549	2550	2551
อันดับ 1	ระบบทาง เดินหายใจ	ระบบทาง เดินหายใจ	ระบบทาง เดินหายใจ	อันดับ 1	ระบบทาง เดินหายใจ	ระบบทาง เดินหายใจ	เบาหวาน
อันดับ 2	HT.	ปวดกล้ามเนื้อ	PU.	อันดับ 2	HT.	HT.	HT.
อันดับ 3	ปวด กล้ามเนื้อ	อ่อนเพลีย	ปวด กล้ามเนื้อ	อันดับ 3	อ่อนเพลีย	อ่อนเพลีย	ระบบทาง เดินหายใจ
อันดับ 4	PU.	HT.	เบาหวาน	อันดับ 4	PU.	PU.	อ่อนเพลีย
อันดับ 5	อ่อนเพลีย	ผื่นคัน	HT.	อันดับ 5	ปวด	ปวด	ปวด

### ผลการศึกษาเชิงปริมาณโดยการสำรวจชุมชน

#### ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 153 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.1 มีอายุระหว่าง 40- 49 ปี ร้อยละ 35.3 อายุเฉลี่ย 50.82 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.7 ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.8 (>30.0 กก./ตรม.<sup>2</sup>) แหล่งรายได้จากการประกอบอาชีพของตนเอง ร้อยละ 32.0 โดยมีรายได้เฉลี่ย 2,255.97 บาท/คน/เดือน และส่วนใหญ่มีรายได้ของครัวเรือนน้อยกว่า 2,000 บาท/คน/เดือน คิดเป็น ร้อยละ 35.9

การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในรอบปีที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานร้อยละ 74.5 ผู้ที่ตรวจส่วนใหญ่ทราบผลการตรวจร้อยละ 91.22 และผู้ที่ทราบผลการตรวจจะได้รับคำแนะนำในเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย ร้อยละ 30.77 ส่วนที่เหลือไม่ตอบหรือไม่ได้รับคำแนะนำ ในด้านการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจคัดกรองร้อยละ 90.9 โดยผู้ที่ตรวจส่วนใหญ่ทราบผลการตรวจร้อยละ 93.52 และผู้ที่ทราบผลการตรวจจะได้รับคำแนะนำในเรื่องอาหาร และ/หรือการออกกำลังกาย รวมร้อยละ 20.0

น้ำหนักตัว กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกาย (23.0-24.9 กก./ตรม.<sup>2</sup>) ร้อยละ 13.1 อ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกาย (25.0-29.9 กก./ตรม.<sup>2</sup>) ร้อยละ 26.8 อ้วนระดับ 2 ดัชนีมวลกาย (>30.0 กก./ตรม.<sup>2</sup>) ร้อยละ 5.2 ผู้หญิงมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่า เพศชาย โดยเพศหญิงมีรอบเอวเกิน 32 นิ้ว ร้อยละ 66.3 เพศชายมีรอบเอวเกิน 36 นิ้วร้อยละ 12.1 มีญาติสายตรงพ่อ แม่ พี่ น้อง ป่วยเป็นเบาหวาน ร้อยละ 16.3 และมีภาวะความดันโลหิตสูง และ/หรือกินยาลดความดันโลหิตร้อยละ 11.1 (ตารางที่ 9)

**ตารางที่ 9** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว การมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน มีความดันโลหิตสูง หรือกินยาลดไขมัน (n = 153)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. ดัชนีมวลกาย (M = 22.78, S.D.= 4.48, Min = 18.2, Max=35.4)		
ต่ำ (<18.5 กก./ตรม.2)	23	15.0
ปกติ (18.6.0-22.9 กก./ตรม.2)	57	37.3
เกิน (23.0-24.9 กก./ตรม.2)	20	13.1
อ้วนระดับ 1 (25.0-29.9 กก./ตรม.2)	41	26.8
อ้วนระดับ 2 (>30.0 กก./ตรม.2)	8	5.2
Missing	4	2.6
2. เส้นรอบเอว (M = 55.93, S.D.= 11.7, Min = 33 , Max = 90)		
เพศชาย (n= 58)		
ปกติ (<36 นิ้ว)	50	86.2
เกิน (>36 นิ้ว)	7	12.1
Missing	1	1.7
เพศหญิง (n= 95)		
ปกติ (<32 นิ้ว)	31	32.6
เกิน (>32 นิ้ว)	63	66.3
Missing	1	1.1
3. การมีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่น้อง) เป็นเบาหวาน		
มี	25	16.3
ไม่มี	127	83.0
Missing	1	0.7
4. ความดันโลหิตเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และหรือกินยาลดความดันโลหิต		
ใช่	17	11.1
ไม่ใช่	135	88.2
Missing	1	0.7

#### แหล่งข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้าน

แหล่งข่าวสารทางสุขภาพที่ได้รับบ่อยครั้งได้จากหอกระจายข่าว ร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ จากอสม. ร้อยละ 58.2 เสียงตามสาย ร้อยละ 56.2 จากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 37.9 สื่อที่กลุ่มตัวอย่างคิดมีความสนใจ 3 อันดับแรก ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และบุคลากรสาธารณสุข



### การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สนใจข่าวสารด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับข่าวสารด้านต่างๆในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.0 กลุ่มตัวอย่างพูดคุยกันเรื่องการดูแลสุขภาพบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 45.8 ส่วนการได้ยิน ได้ฟัง ได้ดู ข่าวสารทางสุขภาพในหมู่บ้านบ่อย ร้อยละ 51.0 และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับส่วนใหญ่มีความน่าสนใจในระดับปานกลาง และมาก ร้อยละ 48.4 และ 41.8) ตามลำดับ ซึ่งโดยทั่วไปเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแล้วรู้สึกสนใจร้อยละ 77.8 แต่มีความเข้าใจเนื้อหาสาระในระดับปานกลางร้อยละ 62.1 ส่วนการนำความรู้มาปฏิบัติกับตัวเองหรือคนในครอบครัวส่วนใหญ่นำมาปฏิบัติกันครั้งคิดเป็น ร้อยละ 51.0 ส่วนการอ่านเอกสารเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างอ่านบางครั้ง และไม่อ่าน ร้อยละ 53.6 และ 25.5 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้ข่าวสาร (n = 153)

ลักษณะการรับรู้ข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
1. ถ้าเทียบกับข่าวสารด้านต่างๆ ท่านสนใจข่าวสาร ด้านสุขภาพมากน้อยแค่ไหน		
น้อย	19	12.4
ปานกลาง	78	51.0
มาก	56	36.6
2. โดยทั่วไป ท่านได้ยิน ได้ฟัง ได้ชม ข่าวสารทางสุขภาพในหมู่บ้านท่าน บ่อยแค่ไหน		
ไม่เคย	13	8.5
นานๆ ครั้ง	62	40.5
บ่อย	78	51.0
3. ท่านและคนในหมู่บ้านพูดคุยกันเรื่องการดูแลสุขภาพบ่อยแค่ไหน		
ไม่เคย	21	13.7
นานๆ ครั้ง	62	40.5
บ่อย	70	45.8
4. โดยทั่วไปเมื่อท่านได้ยิน ได้ฟัง ได้ชม ข่าวสารทางสุขภาพ ท่านรู้สึกอย่างไร		
เบื่อ	7	4.6
เฉยๆ	27	17.6
สนใจ	119	77.8
5. โดยทั่วไปเมื่อท่านได้ยิน ได้ฟัง ได้ชม ข่าวสารทางสุขภาพ ท่านมีความเข้าใจเนื้อหาสาระมากน้อยแค่ไหน		
น้อย	17	11.1
ปานกลาง	95	62.1
มาก	41	26.8



ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้ข่าวสาร (n = 153) (ต่อ)

ลักษณะการรับรู้ข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
6. โดยทั่วไปเมื่อท่านได้ยิน ได้ฟัง ได้ชม ข่าวสารทางสุขภาพ ท่านนำมาปฏิบัติกับตัวท่านหรือคนในครอบครัว บ่อยแค่ไหน		
ไม่เคย	23	15.0
นานๆครั้ง	78	51.0
บ่อย	52	34.0
7. ท่านอ่านเอกสารเกี่ยวกับสุขภาพ ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยแค่ไหน		
ไม่อ่าน	39	25.5
อ่านบางครั้ง	82	53.6
อ่านทุกครั้งที่ได้	32	20.9

### อุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

การศึกษาอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้าน พบว่า อุปสรรคที่มีต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง คือ เนื้อหาเป็นวิชาการเป็นอุปสรรคมากที่สุด ร้อยละ 26.8 รองลงมา คือ อุปสรรคด้านการอ่านออกเขียนได้ร้อยละ 23.5 ช่วงเวลาของการสื่อสารมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.8 ส่วนที่เป็นอุปสรรคน้อย คือด้านปัญหาการได้ยิน และการไม่ใช้ภาษาท้องถิ่น

### การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

#### ส่วนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

##### 1.1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

##### 1.1.1 กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.19, S.D.= 0.31) จากคะแนนเต็ม 3 โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วนทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ (M = 2.57, S.D.= 0.62) โดยมีคนเห็นด้วยมากกับข้อความนี้ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือคนที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวานมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ (M = 2.47, S.D.= 0.65) โดยมีคนเห็นด้วยมากกับข้อความนี้ร้อยละ 55.0 และคนที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ (M = 2.40, S.D.= 0.69) โดยมีคนเห็นด้วยมากกับข้อความนี้ร้อยละ 51.7 ดังตารางที่ 11



### 1.1.2 กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

จากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.19, S.D. = 0.77$ ) จากคะแนนเต็ม 3 โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วนทำให้เกิดโรคเบาหวานโดยรวมได้อยู่ในระดับสูง ( $M = 2.58, S.D. = 0.65$ ) โดยมีคนที่เห็นด้วยมากกับข้อความนี้ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ คนที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวานมีโอกาสดังเกิดโรคเบาหวานได้อยู่ในระดับสูง ( $M = 2.42, S.D. = 0.74$ ) มีคนที่เห็นด้วยมากกับข้อความนี้ร้อยละ 57.0 และคนที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสดังเกิดโรคเบาหวานได้อยู่ในระดับสูง ( $M = 2.42, S.D. = 0.77$ ) มีคนที่เห็นด้วยมากกับข้อความนี้ร้อยละ 59.1 สำหรับข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ คนที่ชอบดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำมีโอกาสดังเกิดโรคเบาหวานได้อยู่ในระดับต่ำ ( $M = 1.54, S.D. = 0.77$ ) และมีคนที่เห็นด้วยน้อยกับข้อความนี้ร้อยละ 63.4 ดังตารางที่ 11

**ตารางที่ 11** ร้อยละการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ( $n=60$ ) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ( $n=93$ )

ข้อความ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย		<i>M</i>		<i>S.D.</i>	
	(3)		(2)		(1)					
	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง
1. คนที่ชอบรับประทานอาหารรสหวานผลไม้รสหวาน มีโอกาสดังเกิดโรคเบาหวานได้	55.0	57.0	36.7	28.0	8.3	15.0	2.47	2.42	0.65	0.74
2. คนที่ชอบรับประทานอาหาร ประเภท ของทอดกะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน มีโอกาสดังเกิด โรคเบาหวานได้	38.3	41.9	46.7	31.2	15.0	26.9	2.23	2.15	0.70	0.82
3. การกินข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ขนมจีนมากๆ ในแต่ละมื้อ มีโอกาสดังเกิดโรคเบาหวานได้	31.7	43.0	43.3	26.9	25	30.1	2.07	2.13	0.76	0.85
4. คนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ยาตองเหล้า เบียร์ เป็นประจำมีโอกาสดังเกิด โรคเบาหวานได้	15.0	17.2	23.3	19.4	61.7	63.4	1.53	1.54	0.75	0.77
5. คนที่ชอบดื่มน้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ ที่มีรสหวานมีโอกาสดังเกิด โรคเบาหวานได้	16.7	37.6	58.3	33.3	25.0	29.0	1.92	2.09	0.65	0.82
6. คนที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอแต่ละวัน มีโอกาสดังเกิดโรคเบาหวานได้	38.3	35.5	45.0	39.8	16.7	24.7	2.22	2.11	0.71	0.77
7. การมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วน ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้	63.3	66.7	30.0	24.7	6.7	8.6	2.57	2.58	0.62	0.65
8. คนที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสดังเกิด	51.7	59.1	36.7	23.7	11.7	17.2	2.40	2.42	0.69	0.77

**ตารางที่ 11** ร้อยละการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (n=60) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (n=93) (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย		M		S.D.	
	(3)		(2)		(1)					
	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง
9. คนที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้	46.7	48.4	35.0	25.8	18.3	25.8	2.28	2.23	0.76	0.84
10. คนที่มีไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้	41.7	54.8	46.7	24.7	11.7	20.4	2.30	2.34	0.67	0.80
11. การมีอายุมากขึ้นทำให้ มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้	33.3	36.6	48.3	44.1	18.3	19.4	2.15	2.17	0.71	0.73
<b>การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานโดยรวม</b>							<b>2.19</b>	<b>2.19</b>	<b>0.31</b>	<b>0.7</b>

## 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

### 1.2.1 กลุ่ม ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในการรับรู้อยู่ในระดับสูง (M = 2.62, S.D. = 0.52) จากคะแนนเต็ม 3 โดยมีข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือคนที่ เป็นเบาหวาน และคุม น้ำตาลไม่ได้ อาจจะทำให้เกิดอาการหมดสติเป็นอันตรายถึงตายได้ซึ่งเป็นการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง (M = 2.58, S.D. = 0.62) มีคนเห็นด้วยมากกับข้อความนี้ ร้อยละ 65.0 รองลงมาคือ อาจทำให้เกิดไตวายได้เป็นการรับรู้ระดับสูง (M = 2.50, S.D. = 0.65) มีคนเห็นด้วยมากร้อยละ 58.3 และการรู้ว่าเบาหวานอาจทำให้จอตาเสื่อมอาจถึงตาบอดได้ และเวลามีผลที่เท้าจะหายยาก และมีโอกาสลุกลามมากขึ้นจนถึงตัดขาได้ ซึ่งเป็นการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง (M = 2.48, S.D. = 0.68) และมีคนเห็นด้วยมากกับข้อความนี้ร้อยละ 58.3 เท่ากันดังตารางที่ 12

### 1.2.2 กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 2.52, S.D. = 0.71) จากคะแนนเต็ม 3 โดยมีข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ คนที่เป็นเบาหวานและคุม น้ำตาลในเลือดไม่ได้ เวลามีผลที่เท้าจะหายยากและมีโอกาสลุกลามมากขึ้นจนถึงตัดขาได้อยู่ในระดับสูง (M = 2.73, S.D. = 0.61) มีคนเห็นด้วยมากกับข้อความนี้ร้อยละ 81.7 รองลงมาอาจจะทำให้เกิดอาการหมดสติเป็นอันตรายถึงตายได้ซึ่งเป็นการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง (M = 2.66, S.D. = 0.65) มีคนเห็นด้วยมากกับข้อความนี้ร้อยละ 75.3 เบาหวานอาจทำให้เกิดไตวายได้ถ้าควบคุม น้ำตาลในเลือดไม่ได้ซึ่งเป็นการรับรู้ระดับสูง (M = 2.60, S.D. = 0.68) โดยมีคนเห็นด้วยมากกับข้อความนี้ ร้อยละ 71.0 ดังตารางที่ 12





**ตารางที่ 12** ร้อยละการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (n=60) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (n=93)

ข้อความ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย		M		S.D.	
	(3)		(2)		(1)					
	กลุ่ม ไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง	กลุ่ม ไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง	กลุ่ม ไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง	กลุ่ม ไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง	กลุ่ม ไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง
1. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลไม่ได้จะทำให้เกิดอาการหมดสติเป็นอันตรายถึงตายได้	65.0	75.3	28.3	15.1	6.7	9.7	2.58	2.66	0.62	0.65
2. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลไม่ได้เป็นเวลานานจะทำให้จอตาเสื่อมอาจถึงตาบอดได้	58.3	68.8	31.7	19.4	10.0	11.8	2.48	2.57	0.68	0.70
3. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ระบบต่างๆของร่างกายได้ง่าย เช่นทางเดินปัสสาวะอักเสบ ผิวหนังอักเสบ	43.3	64.5	41.7	19.4	15.0	16.1	2.28	2.48	0.72	0.76
4. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้เวลามีแผลที่เท้าจะหายยากและมีโอกาสลุกลามมากขึ้นจนถึงตัดขาได้	58.3	81.7	31.7	9.7	10.0	8.6	2.48	2.73	0.68	0.61
5. คนที่เป็นเบาหวานมานานและคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้อาจทำให้เกิดไตวายได้	58.3	71.0	33.3	18.3	8.3	10.8	2.50	2.60	0.65	0.68
6. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลไม่ได้เป็นเวลานานมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตายได้	46.7	54.8	41.7	25.8	11.7	19.4	2.35	2.35	0.69	0.79
7. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะมีอาการชาตามมือ ตามเท้า เกิดผลได้ง่าย	50.0	48.4	41.7	31.2	8.3	20.4	2.42	2.28	0.65	0.79
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานโดยรวม</b>							<b>2.62</b>	<b>2.52</b>	<b>0.52</b>	<b>0.71</b>

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

### 2.1. พฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

#### 2.1.1 กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างคะแนนตั้งแต่ 1 – 3 เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านบวกข้อที่มีคะแนนสูงสุด (M = 2.62, S.D. = 0.56) คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย เช่นเดิน ทำงานบ้าน ทำนา ทำไร่อย่างน้อย 20-30 นาที โดยมีความถี่ในการปฏิบัติสม่ำเสมอร้อยละ 65.0 รองลงมา คือ การเคลื่อนไหวร่างกายเช่นเดิน ทำงานบ้าน ทำนา ทำไร่ สัปดาห์ละ 5 ครั้งเป็นพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง (M = 2.58, S.D. = 0.62) โดยมีความถี่ในการปฏิบัติสม่ำเสมอร้อยละ 65.0 ส่วนข้อที่มี พฤติกรรมสุขภาพด้านลบมีคะแนนน้อยที่สุด คือ การบริโภคอาหารประเภทปลาร้า ปลาแดก ปลาต้ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ (M = 1.22, S.D. = 0.45) โดยมีความถี่ในการบริโภคสม่ำเสมอร้อยละ 80 ดังตารางที่ 13

### 2.1.2 กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างคะแนนตั้งแต่ 1 – 3 เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ข้อที่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านบวกคะแนนสูงสุด คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมวันละ 2 แก้วขึ้นไป มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ( $M = 2.77, S.D. = 0.49$ ) โดยมีคนที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 80.6 รองลงมา คือ การสูบบุหรี่ /ยาเส้น/ยาฉุนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ( $M = 2.67, S.D.= 0.71$ ) โดยมีคนที่ไม่สูบบุหรี่ /ยาเส้น/ยาฉุนร้อยละ 80.6 และ การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อย 20 -30 นาทีที่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $M = 2.60, S.D. = 0.68$ ) โดยมีคนที่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำร้อยละ 71.0 และ ส่วนพฤติกรรมด้านลบข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การบริโภคอาหารประเภทปลา ร้า ปลาแดก ปลาต้ม อยู่ในระดับต่ำ ( $M = 1.25, S.D.= 0.53$ ) มีคนที่บริโภคอาหารประเภทนี้สม่ำเสมอร้อยละ 79.6 ดังตารางที่ 13

**ตารางที่ 13** ร้อยละความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ( $n=60$ ) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ( $n=93$ )

ข้อความ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย		<i>M</i>		<i>S.D.</i>	
	(3)		(2)		(1)					
	กลุ่ม ไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง	กลุ่ม ไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง	กลุ่ม ไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง	กลุ่ม ไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง	กลุ่ม ไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง
1. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาหรือในเวลา ที่ใกล้เคียงกัน	43.3	38.7	56.7	55.9	0.0	5.4	2.43	2.33	0.50	0.57
2. ท่านรับประทานขนมหวานใส่กะทิ เช่น บัวลอย กล้วยบัวชี ข้าวเหนียวทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง ฯลฯ	15.0	12.9	63.3	65.6	21.7	21.5	2.07	2.09	0.61	0.58
3. ท่านรับประทานผลไม้รสหวาน เช่น ขนุน ทุเรียน มะม่วงสุก และผลไม้อื่นๆ ตามความพอใจ	21.7	22.6	61.7	61.3	16.7	16.1	1.95	1.94	0.62	0.62
4. ท่านลดปริมาณอาหารที่มีไขมันสูงได้ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ของทอด แฉับหมู แฉกกะทิ	18.3	24.7	63.3	52.7	18.3	22.6	2.00	2.02	0.61	0.69
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมปัง ในปริมาณมาก	56.7	49.5	38.3	44.1	0.50	6.5	1.48	1.57	0.60	0.61
6. ท่านรับประทานผักต่างๆให้มากขึ้นเพื่อ จะได้รับประทานอาหารอย่างอื่นให้น้อยลง	55.0	48.4	40.0	43.0	5.0	8.6	2.50	2.40	0.59	0.65
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม เช่น เหล้า เบียร์ ยาดองเหล้า วันละ 2 แก้วขึ้นไป	6.7	3.2	30.0	16.1	63.3	80.6	2.57	2.77	0.62	0.49
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง	18.3	14.0	65.0	69.9	16.7	16.1	1.98	2.02	0.59	0.55



**ตารางที่ 13** ร้อยละความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (n=60) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (n=93) (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย		M		S.D.	
	(3)		(2)		(1)					
	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง
9. ท่านดื่มชา กาแฟ ไมโล โอวัลติน นม น้ำเต้าหู้ ที่มีรสหวาน	15.0	9.7	65.0	59.1	20.0	31.2	2.05	2.22	0.59	0.61
10. ท่านเติมน้ำปลาทุกครั้งที่ใช้บริโภคอาหาร	38.3	32.3	33.3	37.6	28.3	30.1	1.90	1.98	0.82	0.79
11. ท่านบริโภคอาหารประเภทปลาร้า ปลาแดก ปลาสาม	80.0	79.6	18.3	16.1	1.7	4.3	1.22	1.25	0.45	0.53
12. ท่านรับประทานอาหารเต็มที่ และไม่กังวลกับน้ำหนักตัว	63.3	54.8	28.3	33.3	8.3	11.8	1.45	1.57	0.65	0.70
13. ท่านบริโภคขนมสำเร็จรูปพร้อมเครื่องปรุง	11.7	8.6	58.3	59.1	30.0	32.3	2.18	2.24	0.62	0.60
14. ท่านมักรับประทานอาหารจุบจิบระหว่างมื้ออาหาร	8.3	20.4	48.3	33.3	43.3	46.2	2.35	2.26	0.63	0.78
15. ท่านเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน ทำงานบ้าน ทำนา ทำไร่ อย่างน้อย 20- 30 นาที	65.0	71.0	31.7	18.3	3.3	10.8	2.62	2.60	0.56	0.68
16. ท่านเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน ทำงานบ้าน ทำนา ทำไร่ สัปดาห์ละ 5 ครั้ง	65.0	65.6	28.3	25.8	6.7	8.6	2.58	2.57	0.62	0.65
17. ท่านเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกาย จนกระทั่งมีเหงื่อออกหัวใจเต้นแรง	46.7	44.1	46.7	39.8	6.7	16.1	2.40	2.28	0.62	0.73
18. ท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาอมวน	28.3	14.0	10.0	5.4	61.7	80.6	2.33	2.67	0.89	0.71

## 2.2. การจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

### 2.2.1 กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

การศึกษาการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ แสดงความคิดเห็นว่า (1) ถ้าหากต้องการลดน้ำหนักตัว จะต้องจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การออกกำลังกาย ร้อยละ 73.3 (2) ถ้าหากต้องการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น กิจกรรมที่เลือก คือ เลือกเดิน/วิ่ง/เดิน แอโรบิค ร้อยละ 50 (3) ถ้าต้องการลดการกินอาหารประเภทแป้ง ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว คือ ตั้งใจรับประทานน้อยลง/ลดลง ร้อยละ 38.3 (4) ถ้าต้องการลดการกินอาหารประเภทไขมัน เช่น ของทอด แกงกะทิ คือไม่รับประทานเลย ร้อยละ 41.7 (5) ถ้าต้องการลดการกินอาหารประเภทหวาน คือ ไม่รับประทานเลย ร้อยละ 41.7 (6) ถ้าต้องการเลิกสูรา คือ ตั้งใจหยุดเด็ดขาด ร้อยละ 51.7 (7) ถ้าต้องการเลิกบุหรี่ คือ ตั้งใจเลิกเด็ดขาด ร้อยละ 50.0 (8) ถ้าต้องการลดอาหารรสเค็ม คือ พยายามใส่ในอาหารน้อยลง/ลดลง ร้อยละ 26.7 (9) ถ้าต้องการให้มีผักมากขึ้นในอาหารแต่ละมื้อ คือ พยายามรับประทานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 25.0 ดังตารางที่ 14



### 2.2.2 กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

การศึกษาการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ แสดงความคิดเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (1) ถ้าหากต้องการลดน้ำหนักตัว จะต้องจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ออกกำลังกาย ร้อยละ 49.5 (2) ถ้าหากต้องการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น คือ เดิน/วิ่ง/เต้นแอโรบิค ร้อยละ 61.3 (3) ถ้าต้องการลดการกินอาหารประเภทแป้ง ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว คือ ตั้งใจรับประทานน้อยลง/ลดลง ร้อยละ 41.9 (4) ถ้าต้องการลดการกินอาหารประเภทไขมัน เช่น ของทอด แกงกะทิ คือ ไม่รับประทานเลย ร้อยละ 39.8 (5) ถ้าต้องการลดการกินอาหารประเภทรสหวาน คือ ไม่รับประทานเลย ร้อยละ 43.0 (6) ถ้าต้องการเลิกสูรา คือ ตั้งใจเลิกเด็ดขาด ร้อยละ 58.1 (7) ถ้าต้องการเลิกบุหรี คือ ไม่สูบ ร้อยละ 53.8 (8) ถ้าต้องการลดอาหารรสเค็ม คือ ไม่รับประทาน ร้อยละ 36.6 (9) ถ้าต้องการให้มีผักมากขึ้นในอาหารแต่ละมื้อ ร้อยละ 24.7 คิดว่าปลูกผักช่วยให้มีผักมากขึ้นเพื่อการบริโภค ดังตารางที่ 14

**ตารางที่ 14** ร้อยละการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (n=60) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (n=93)

	กลุ่มไม่เสี่ยง		กลุ่มเสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ถ้าท่านต้องการลดน้ำหนักตัว ท่านจะทำอย่างไร				
1.1 ออกกำลังกาย	44	73.3	46	49.5
1.2 ลดจำนวนมื้ออาหาร/ปริมาณอาหาร/ลดของหวาน	6	10.0	24	25.8
1.3 ทำงานเพิ่มมากขึ้น	1	1.7	8	8.6
1.4 ออกกำลังกายและควบคุมอาหาร	1	1.7	7	7.7
1.5 Missing	8	13.3	8	8.6
2. ถ้าท่านต้องการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ท่านจะทำอย่างไร				
2.1 ปั่นจักรยาน	3	5.0		
2.2 เดิน/วิ่ง/เต้นแอโรบิค	30	50.0	57	61.3
2.3. ทำงาน ทำไร่ ทำนา	12	20.0	9	9.7
2.4 กระโดดเชือก	1	1.7		
2.5 หาเวลาว่าง	1	1.7	5	5.4
2.6 อื่นๆ			8	8.7
2.7 Missing	13	21.7	14	15.1
3. ถ้าท่านต้องการลดการกินอาหารประเภทแป้ง ข้าวเจ้า ข้าวเหนียวท่านจะทำอย่างไร				
3.1 ตั้งใจรับประทานน้อยลง/ลดลง	23	38.3	39	41.9
3.2 ไม่รับประทาน	7	11.7	12	12.9



**ตารางที่ 14** ร้อยละการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (n=60) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (n=93) (ต่อ)

	กลุ่มไม่เสี่ยง		กลุ่มเสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3.3 รับประทานผักผลไม้แทน	6	10.0	17	18.3
3.4 ไม่รับประทานอิมมาก/กะให้พออิม	4	6.7		
3.5 รับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปแทน	2	3.3		
3.6 ทำกับข้าวไม่ให้อร่อย	1	1.7		
3.7 อื่นๆ			9	9.8
3.8 Missing	15	25.0	16	17.2
4. ถ้าท่านต้องการลดการกินอาหารประเภทไขมัน เช่น ของทอด แกงกะทิ ท่านจะอย่างไร				
4.1 ตั้งใจรับประทานน้อยลง/ลดลง	16	26.7	17	18.3
4.2 ไม่รับประทานเลย	25	41.7	37	39.8
4.3 รับประทานผักผลไม้แทน	4	6.7	10	10.8
4.4 นึ่ง/ ต้ม/ ย่าง แทนการทอด	1	1.7	5	5.4
4.5 อื่น			8	8.7
4.6 Missing	14	23.3	15	16.1
5. ถ้าท่านต้องการลดการกินอาหารประเภทรสหวาน ท่านจะอย่างไร				
5.1 ตั้งใจรับประทานน้อยลง/ลดลง	20	33.3	18	19.4
5.2 ไม่รับประทานเลย	25	41.7	40	43.0
5.3 รับประทานอาหารประเภทอื่นที่ไม่มีรสหวานแทน	1	1.7	2	2.2
5.4 รับประทานเป็นบางครั้ง	1	1.7	7	7.5
5.6 รับประทานผักมากๆ	2	3.3		
5.7 รับประทานอาหารรสจืดแทน	1	1.7	1	1.1
5.8 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน	1	1.7	5	5.4
5.9 รับประทานอาหารรสเปรี้ยวแทน			3	3.2
5.10 Missing	9	15.0	17	18.3
6. ถ้าท่านต้องการเลิกสูบบุหรี่ ท่านจะอย่างไร				
6.1 ตั้งใจหยุดดื่มเด็ดขาด	31	51.7	54	58.1
6.2 ดื่มน้อยลง/ลดลง	12	20.0	3	3.2
6.3 อมซอල්	1	1.7	1	1.1
6.4 ไม่พบเพื่อนฝูงที่ดื่มสุรา/ไม่ให้มีเวลาว่าง	1	1.7	3	3.2

ตารางที่ 14 ร้อยละการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (n=60) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (n=93) (ต่อ)

	กลุ่มไม่เสี่ยง		กลุ่มเสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6.5 ดื่มสุราทำให้เสียเงิน	1	1.7		
6.6 อื่นๆ			3	3.3
6.7 Missing	14	23.3	29	31.2
7. ถ้าท่านต้องการเลิกบุหรี่ ท่านจะอย่างไร				
7.1 ตั้งใจเลิกสูบเด็ดขาด	30	50.0	50	53.8
7.2 สูบน้อยลง/ลดลง	10	16.7	5	5.4
7.3 อมฮอลล์/หมากฝรั่ง/รับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว	4	6.7	3	3.2
7.4 พยายามอดทน/ขึ้นอยู่กับจิตใจ	1	1.7		
7.5 สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็ง/ให้หมอมาแนะนำผลของบุหรี่	1	1.7		
7.6 เล่นกีฬาแทน	1	1.7		
7.7 อื่นๆ			4	4.4
7.8 Missing	13	21.7	31	33.3
8. ถ้าท่านต้องลดอาหารรสเค็ม ท่านจะอย่างไร				
8.1 พยายามใส่น้ำปลาในอาหารน้อยลง/ลดลง	16	26.7	9	9.7
8.2 รับประทานของเค็มน้อยลง	15	25.0	24	25.8
8.3 ไม่รับประทานของเค็ม	15	25.0	34	36.6
8.4 รับประทานอาหารจืด	3	5.0	10	10.8
8.5 อื่นๆ			4	4.4
8.6 Missing	11	18.3	12	12.9
9. ถ้าท่านต้องการให้มีผักมากขึ้นในอาหารแต่ละมื้อ ท่านจะอย่างไร				
9.1 พยายามรับประทานเพิ่มขึ้น	15	25.0	19	20.4
9.2 เก็บ/ซื้อผักมาเพิ่มขึ้น	14	23.3	9	9.7
9.3 เติมผักในอาหารมากขึ้น/รวมผักหลายๆชนิด	7	11.7	18	19.4
9.4 ปลุกผัก	12	20.0	23	24.7
9.5 ลวก/ต้ม/นึ่ง ผักรับประทาน	3	5.0	8	8.6
9.7 ทำน้ำพริกทุกมื้อเพื่อจะได้รับประทานผักกับน้ำพริก	1	1.7	1	1.1
9.8 รับประทานทุกวันรับประทานมากอยู่แล้ว			2	2.2
9.9 Missing	8	13.3	13	14.0





### ส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

**3.1 ความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวาน** ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับเบาหวานเป็นโรคของคนแก่ ทุกคนเป็นโรคเบาหวานได้ เบาหวานป้องกันไม่ได้ เบาหวานควบคุมได้

#### 3.1.1 กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าทุกคนเป็นโรคเบาหวานได้ร้อยละ 80 รองลงมาเชื่อว่าเบาหวานควบคุมได้ร้อยละ ร้อยละ 76.7 และเชื่อว่าเบาหวานป้องกันไม่ได้ ร้อยละ 53.3 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เชื่อว่าเบาหวานเป็นโรคของคนแก่ร้อยละ 48.3 ดังตารางที่ 15

#### 3.1.2 กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวานว่าทุกคนเป็นโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 77.4 รองลงมาเชื่อว่าเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 76.3 ส่วนที่เหลือเชื่อว่าเบาหวานป้องกันไม่ได้และเบาหวานเป็นโรคของคนแก่ ร้อยละ 50.5 และ 40.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 15

**ตารางที่ 15** ร้อยละความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวาน จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (n=60) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (n=93)

ความเชื่อต่อธรรมชาติ ของโรคเบาหวาน	ใช่		ไม่ใช่		ไม่รู้	
	กลุ่มไม่ เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง	กลุ่มไม่ เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง
1. เบาหวานเป็นโรคของคนแก่	40	40.9	48.3	47.3	11.7	11.8
2. ทุกคนเป็นโรคเบาหวานได้	80	77.4	8.3	18.3	11.7	4.3
3. เบาหวานป้องกันไม่ได้	53.3	50.5	28.3	37.6	18.3	11.8
4. เบาหวานควบคุมได้	76.7	76.3	8.3	12.9	15.0	10.8

### 3.2 ความเชื่อต่อสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน

#### 3.2.1 กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

จากการศึกษาความเชื่อต่อสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปเชื่อว่าความอ้วน การกินอาหารไขมันมาก การกินแป้งและน้ำตาลมากและการไม่ดูแลสุขภาพเป็นสาเหตุของโรค ส่วนร้อยละ 70 ขึ้นไปเชื่อว่าเกิดจากการมีบรรพบุรุษเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการไม่ออกกำลังกาย แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 ที่ไม่รู้ว่าโรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากความผิดปกติที่ตับอ่อน นอกจากนี้ร้อยละ 46.7 ปฏิเสธว่าเหล้าไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานรวมทั้งการกินอาหารเค็ม และการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 41.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 16

#### 3.2.2 กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

จากการศึกษาความเชื่อต่อสาเหตุของโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปเชื่อว่าการกินแป้งและน้ำตาลมาก อาหารไขมันมากและการมีบรรพบุรุษเป็นเบาหวานเป็น

สาเหตุของโรคเบาหวาน ร้อยละ 70 ขึ้นไปเชื่อว่าการไม่ดูแลสุขภาพ ความอ้วนเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน แต่มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.1 ไม่รู้ว่าโรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของตับอ่อน นอกจากนี้ ร้อยละ 69.9 เชื่อว่าการกินเหล้าไม่ใช้สาเหตุของโรคเบาหวานรวมทั้งการสูบบุหรี่ และการกินอาหารเค็ม คิดเป็นร้อยละ 77.4 และ 54.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 16

**ตารางที่ 16** ร้อยละความเชื่อต่อสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (n=60) และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง (n=93)

ความเชื่อต่อธรรมชาติ ของโรคเบาหวาน	ใช่		ไม่ใช่		ไม่รู้	
	กลุ่มไม่ เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มไม่ เสี่ยง	กลุ่ม เสี่ยง	กลุ่มไม่ เสี่ยง	กลุ่มเสี่ยง
1. ความอ้วน	80.0	74.2	15.0	17.2	5.0	8.6
2. การไม่ดูแลสุขภาพ	83.3	79.6	5.0	8.6	11.7	11.6
3. การกินแป้งและน้ำตาลมาก	83.3	84.9	6.7	5.4	10.0	9.7
4. การกินอาหารที่ไขมันมาก	80.0	82.8	8.3	7.5	11.7	9.7
5. การไม่ออกกำลังกาย	75.0	71.0	18.3	14.0	6.7	15.1
6. การที่ร่างกายอ่อนเพลีย	60.0	53.8	25.0	26.9	15.0	19.4
7. การผัดผิ	16.7	11.6	60.0	57.0	23.3	31.2
8. การมีอารมณ์แปรปรวน	40.0	35.5	40.0	38.7	20.0	25.8
9. ความดันโลหิตสูง	75.0	66.7	18.3	19.4	6.7	14.0
10. ความผิดปกติที่ตับอ่อน	40.0	40.9	25.0	20.4	35.0	36.7
11. การทำงานหนัก	23.3	21.5	51.7	58.1	25.0	20.4
12. การกินเหล้า	36.7	30.1	46.7	46.2	16.7	23.7
13. การมีบรรพบุรุษเป็นเบาหวาน	71.1	81.7	18.3	10.8	10.0	7.5
14. การกินเค็ม	56.7	45.2	33.3	29.0	10.0	25.8
15. การสูบบุหรี่	31.7	22.6	41.7	46.2	26.7	31.2

#### ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเองและโรคเบาหวาน (เฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.8 คิดว่าตนเองมีสุขภาพในระดับปานกลาง คิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในระดับน้อยถึงน้อยที่สุดถึง ร้อยละ 45.2 และไม่กังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานถึง ร้อยละ 40.9 เมื่อพิจารณารายปัจจัยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีน้ำหนักตัว หรือความอ้วน จะมีผลต่อการเกิดเบาหวานน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 45.2 การกินอาหารมีผลต่อเบาหวานน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 47.3 และการออกกำลังกายมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 50.6 คิดว่าได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 40.9 แต่ข้อมูลข่าวสารมีความชัดเจนในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.1 และโดยรวมคิดว่าข้อมูลข่าวสารนั้นมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับปานกลางประมาณ ร้อยละ 45 ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (n=93)

การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง และโรคเบาหวาน	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	Missing	M	S.D.
	(5) จำนวน ร้อยละ	(4) จำนวน ร้อยละ	(3) จำนวน ร้อยละ	(2) จำนวน ร้อยละ	(1) จำนวน ร้อยละ			
1. โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพ ของท่านเป็นอย่างไร	5 5.4	24 25.8	50 53.8	9 9.7	0 0.0	5 5.4	3.28	0.73
2. ขณะนี้ท่านคิดว่าท่านเสี่ยงต่อการ เป็นโรคเบาหวานระดับใด	4 4.3	7 7.5	35 37.6	14 15.1	28 30.1	5 5.4	2.38	1.15
3. ขณะนี้ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับ การเป็นโรคเบาหวานระดับใด	15 16.1	6 6.5	29 31.2	14 15.1	24 25.8	5 5.4	2.70	1.39
4. นำหนักตัวของท่านมีผลต่อการ เป็นโรคเบาหวานระดับใด	6 6.5	8 8.6	32 34.4	18 19.4	24 25.8	5 5.4	2.48	1.18
5. การกินอาหารของท่านมีผลต่อ การเป็นโรคเบาหวานระดับใด	3 3.2	8 8.6	33 35.5	16 17.2	28 30.1	5 5.4	2.34	1.12
6. การออกกำลังกายของท่าน มีผลต่อการเป็นโรคเบาหวาน ระดับใด	4 4.3	10 10.8	27 29.0	17 18.3	30 32.3	5 5.4	2.33	1.19



จากผลสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีประเด็นสำคัญหลายประเด็นที่ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงในโรคเบาหวานต่อไป

## ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการประชุมสนทนากลุ่ม

### กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

#### กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี

##### การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในแง่มุมต่างๆ

การรับรู้สาเหตุ/ความเสี่ยงของการเกิดโรค ผลการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดเบาหวานว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ การชอบกินขนมหวาน มัน ขนมกรุบกรอบ การไม่ออกกำลังกาย และความอ้วน

“กรรมพันธุ์ พี่น้องเป็นเบาหวาน ชอบกินขนมหวาน ของมัน ขนมกรุบกรอบ”

“ไม่ออกกำลังกายไม่ทำงาน”

“ความอ้วน อ้วนหลาย ไม่ดีเบาหวานขึ้น”

มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวานในลักษณะที่มีความกลัว รู้สึกว่าโรคเบาหวานทำให้ชีวิตมีความยากลำบาก และมีความทุกข์ทรมานสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และกลัวภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่วนใหญ่ทราบดีว่าจะทำให้เกิดอะไรขึ้นบ้างถ้าคุมน้ำตาลไม่ได้ นอกจากนี้ยังกลัวการกินยาต่อเนื่อง เพราะมีการรับรู้ว่าจะทำให้ตัววาย ไตวายและตายได้

“โช้เห็นบ้านอื่น เค้าเป็นแล้วคุมไม่ดี สุดท้ายก็ตาย แบบนี้น่ากลัว”

“บางทีก็ไม่ได้ตายด้วยเบาหวาน ตัวแข็ง ไตวาย ก็มี ก็ต้องคุมต้องอดอาหารไว้ก่อน น้ำตาลจะได้ไม่ขึ้นมาก”

“ต้องเสียเงินในการรักษาตัวมากขึ้น อย่างอื่นก็ง่าย เยอะอยู่แล้ว ยากในการดูแลตัวเจ้าของ (ตัวเอง) ถ้าป่วยหรือเป็นอะไร คนในบ้านก็จะลำบาก ”

“ต้องระวังโรคอื่น ๆ ยาน (กลัว) โรคตับ โรคไตวาย โรคหัวใจ ไม่อยากเป็นอีก แต่นี้ก็ยากอยู่แล้ว ”

#### พฤติกรรมและการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มนี้มีพฤติกรรมที่ค่อนข้างเหมาะสม และสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี โดยกลุ่มมีความเชื่อว่าเบาหวานสามารถควบคุมได้ด้วยการควบคุมการกิน และออกกำลังกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกินข้าวเหนียวในปริมาณที่มากต้องควบคุมอย่างเข้มงวด แต่ต้องทำแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานานเพื่อปรับตัวให้คุ้นเคยแต่ละคนไม่เหมือนกัน และไม่รู้สึกลำบาก ไม่ท้อ รู้สึกพอใจที่คุมน้ำตาลได้จนไม่ต้องกินยา การเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดจะควบคุมอาหารก่อนไปเจาะเลือดประมาณ 3-7 วัน

“กินยาทำให้อ่อนแรง เหนื่อย เมื่อทำอะไรไม่ได้ ทำอย่างไรก็ไม่กินยาและไม่ตาย”

“เปลี่ยนเรื่องการกินอาหารก่อนเลย คือ กินเนื้อแต่น้อย ไม่กินมาก ”

“พวกของหวาน ของมัน ของเค็มด้วย กินน้อยลงแล้ว”



“กินข้าวเจ้าทั้ง 3 มือถ้ากินข้าวเหนียวกินครึ่งกระเพาะ”

“กินข้าวเหนียวประมาณ 1 กำมือกินผักให้หลายมากกว่าอย่างอื่น กินผักสดผักลวก”

“ปลาแดก (ปลาร้า) น้ำปลา ไส้ชนิดหนึ่ง กับข้าวเห็ด (ทำ) เอง”

“ผลไม้ก็กิน แต่ไม่กินมาก มะม่วงสุกวันละผล”

“กินผักประมาณกำมือหนึ่งต่อมือ หรือกินเท่าที่หาได้ที่บ้าน ไม่ได้กะเกณฑ์อะไรมาก”

“ทำงานหนัก ๆ ขึ้น จะได้เป็นการออกกำลังกาย”

“ออกกำลังกาย โดย เห็ดเวียก (ทำงาน) ”

“ออกตอนแลง (ตอนเย็น) โดยเดินออกกำลังกาย แล้วก็ฝึกหายใจเข้าลึก ๆ ประมาณ 10-15 นาที จะช่วยขยายปอด ร่างกายแข็งแรง หายใจปลอดโปร่ง ”

“ช่วงไหนกินข้าวเจ้า น้ำตาลลงเลย ช่วงกินข้าวเหนียว น้ำตาลก็จะขึ้น แต่ไม่รู้จะทำอย่างไรเพราะถ้ากินข้าวเจ้าจะไม่อยู่ท้อง ทำงานไม่ได้ กินข้าวเจ้ามือเย็น ”

“กินพออิ่ม คุณเอา ถ้าหิวก็ต้องอดเอา เพราะว่ากลัว ”

### ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เชื่อว่าโรคเบาหวานทำให้ตายได้ เคยเห็นคนเป็นเบาหวานอายุไม่มากตาย

“เป็นโรคที่ไม่หายขาดใครเป็นโรคนี้ ถ้าคุณไม่ดี ตายเร็ว เป็นโรคที่มากแล้ว แต่คุณได้ มีผลที่อยู่ที่ขาด้วย เห็นว่า เป็นโรคไตได้ด้วย ไม่ค่อยดี”

“เห็นคนตายน้ำตาล 300 เลยยิ่งเชื่อเข้าไปใหญ่”

### ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

กลุ่มนี้มีความรู้สึกที่ดีต่อการควบคุมเบาหวาน และสามารถทำได้สำเร็จจนเห็นผลดี กลุ่มนี้จึงมีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำตาล โดยการกินที่เหมาะสม และมีการออกกำลังกาย ทำให้ไม่ต้องกินยา และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ อุปสรรคที่พบต่อการควบคุมโรคของตนเองก็มีอยู่บ้างเช่น การที่ต้องจำกัดอาหารตลอดเวลา การกินที่ไม่สามารถตามใจตัวเองได้ การที่ต้องทำงานบางครั้งคุมอาหารมากไปทำให้อ่อนเพลีย และมีอุปสรรคที่ต้องกินข้าวเหนียวแม้จะรู้ว่าจะทำให้ น้ำตาลสูง แต่เวลากินข้าวเจ้าแล้วรู้สึกไม่สบายท้อง

“ช่วงไหนกินข้าวเจ้าแล้วน้ำตาลลง ช่วงกินข้าวเหนียวแล้วน้ำตาลจะขึ้น แต่ไม่รู้จะทำอย่างไรเพราะถ้ากินข้าวเจ้าจะไม่อยู่ท้อง ทำงานไม่ได้”

### การสื่อสาร

**รูปแบบการสื่อสาร** ควรให้หมอหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาอธิบายให้ฟังเพราะน่าเชื่อถือ และซักถามได้เมื่อไม่เข้าใจ ถ้าจะแจกเอกสารจึงค่อยแจกเอกสารเพิ่มเติม การติดโปสเตอร์ และแจกแผ่นพับโดยไม่อธิบายไม่ค่อยน่าสนใจ และไม่ค่อยอยากอ่านเนื่องจาก ตัวหนังสือมีขนาดเล็ก

“จับวงคุยต้องให้หมอมาพูด มาอธิบายซึ่งถ้าหมอมาพูดแล้วมีอะไรเพิ่มเติม ที่จะช่วยให้กิจกรรม น่าสนใจ ถ้าหมอมาพูดจะเชื่อถือมากกว่า ”

“ติดข้อมูลเป็นโปสเตอร์ แจกเอกสารเรื่องโรคภัย (ไม่ชอบ) ไม่สนใจ ไม่มีใครอ่านเขียนใส่ กระดาษมาตัวเล็ก มองไม่เห็น ”

“ถ้าติดโปสเตอร์ตามที่ต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ไม่อยากอ่าน เอาไปไว้สถานีอนามัย ก็ไม่อยากอ่าน”

ช่องทางการสื่อสาร การใช้สื่อบุคคลโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน่าจะดีที่สุด นอกจากนี้ ควรบรรจุเรื่องนี้ ไว้ในหลักสูตรการศึกษาให้ครูช่วยสอนที่โรงเรียน บางครั้งเด็กเรียนแล้วอาจมาเล่าให้พ่อแม่ฟัง ทำให้ได้ประโยชน์อีกทางหนึ่ง โทรทัศน์ ส่วนใหญ่ใช้ดูละคร และส่วนใหญ่ไม่มีวิทยุที่มีเครื่องเล่นเทป การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวไม่เหมาะสมควรใช้เพื่อการบริหาร ใช้เรียกมาประชุมได้

“เอาความรู้เบาหวานนี้ไปบรรจุในหลักสูตรนักเรียนให้คุณครูช่วยสอนให้นักเรียนฟังที่โรงเรียน... แล้วลูกมาเล่าให้เราฟังอีกครั้ง ลูกเรียนสูงกว่าเรา ถ้าลูกมาบอกเชื่อเพราะฟังมาจากครู”

“ให้หมอ้วน (คุณวัฒนา) มาพาเฮ็ด (พาทำ) ก็ได้”

“อสม. กับผู้ใหญ่บ้านไม่ต้องมาพูดก็ได้ เพราะไม่เชื่อ”

“ใช่ ขนาด อสม. แกก็ยังเป็นเบาหวานยังดูแลตนเองไม่ได้ ไม่รู้คุมได้...คุมไม่ได้”

“หอกระจายข่าวรำคาญ ใช้เพื่อการบริหาร”

“การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายให้มาร่วมโครงการผู้ใหญ่บ้านต้องประกาศชื่อถึงจะมา”

**ประเด็นสาร** อยากให้เน้นเรื่องวิธีการปฏิบัติตัว เมื่อเป็นเบาหวานแล้วจะปฏิบัติตัวอย่างไร ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การบริโภคอาหารที่เหมาะสม ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

“วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นเบาหวานเป็นแล้วจะควบคุมอย่างไร”

“โรคที่มาจากการเป็นเบาหวาน”

“อยากรู้เกี่ยวกับอาหารการกิน”

ระยะเวลาที่ส่งข่าวสาร “ส่วนใหญ่คนในหมู่บ้านจะโสม (รวมกัน) 2 ช่วง คือ เดือน 9 เดือน 10 ช่วงเช้า 9-10 โมง ให้คุณหมอมาลงและแจกเอกสารในวันนั้นจะได้ผล”

### โครงการที่หมู่บ้านทำสำเร็จ

ส่วนใหญ่จะเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับเงิน กับการแจกข้าว โครงการเกี่ยวกับสาธารณสุข ไม่น่าสนใจ ไม่เกี่ยวกับปาก ท้อง

“โครงการเกี่ยวกับสาธารณสุขไม่น่าสนใจ ชาวบ้านไม่เสียสละ ไม่ดูแลตนเอง”

### กลุ่มผู้ป่วยที่คุมน้ำตาลไม่ได้

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในแง่มุมต่างๆ

การรับรู้สาเหตุ/ความเสี่ยงของการเกิดโรค ผลการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้ถึง สาเหตุของการเกิดเบาหวานว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ และพฤติกรรมบริโภค มีบางคนที่รับรู้ความเสี่ยงต่อการ เป็นเบาหวานยังไม่เหมาะสม เช่นคิดว่าต้องมีบรรพบุรุษเป็นเท่านั้นถึงจะเป็นได้ และยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับ สาเหตุของการเกิดเบาหวาน





“เบาหวานสาเหตุเกิดจากกรรมพันธุ์ และปัญหาการกิน ”

“รู้สึกว้าพ่อ – แม่ ไม่เป็นทำไมเราถึงเป็น หรือว่าไปฉีกร่วมกับคนที่เขาเป็น”

**การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวาน** กลุ่มผู้ป่วยที่คุมน้ำตาลไม่ได้ มีประสบการณ์ความทุกข์จากโรคเบาหวานเช่นเดียวกัน บางคนเคย ซ็อค ไม่รู้สึกตัว น้ำตาลขึ้นๆ ลงๆ บางคนมีญาติเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน รู้สึกกลัวมาก แต่เมื่อไปอบรม หมอบอกว่าโรคเบาหวานรักษาไม่หายขาดก็เลยทำใจ รู้แต่ทำไม่ได้

“รู้แต่ทำไม่ได้”

“ครั้งแรกกลัว แต่พอไปอบรม หมอบอกว่าโรคเบาหวานรักษาไม่หายขาดก็เลยทำใจ”

“หมอบอกว่ารักษาไม่หาย พอทะเลาเท่านั้นก็เลยปลง”

“ยากับอาเป็นเบาหวาน และตายด้วยเบาหวานทั้ง 2 คน”

“ซ็อคไม่รู้สึกตัวจนต้องเข้าโรงพยาบาล เกือบตาย!”

“พี่ชายเป็นเบาหวานและมีแผลที่เท้า รักษาไม่หายถูกตัดขาทั้งสองข้าง”

“มีแผลที่เท้า มีหนอง หมอซูดหนองออกให้และทำแผลปัจจุบันไม่ได้ทำนาแล้วเพราะกลัวว่าแผลจะเปื่อยจนต้องตัดขา”

“เหนื่อยและซ็อคไม่รู้สึกตัว เข้าโรงพยาบาล 2 ครั้ง”

### พฤติกรรมและการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้อุปสรรคต่อการควบคุมเบาหวานสูง และคิดว่าจะพยายามควบคุมแต่ไม่มีพฤติกรรมควบคุมตนเองที่ชัดเจนโดยเฉพาะการบริโภคเพราะรู้สึกว้ากินน้อย ก็กินจุบจิบ ทำงานไม่ได้ การออกกำลังกายพอที่จะทำได้บ้าง แต่คิดว่าการทำนาก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการใช้จ่ายเบาหวานพบว่ามีปัญหามาก รวมทั้งการดูแลรักษาเท้า ที่ไม่สามารถทำได้เพราะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตที่ต้องทำนา บางคนต้องหยุดทำนาเพราะกลัวเป็นแผลซึ่งน่าจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว

“กินน้อยไม่อิ่ม ทำให้ต้องกินจุบจิบ หมอบอกให้กินข้าวสวย 1 ทัพพี กินแล้วไม่อยู่ท้อง เลยต้องกินข้าวเหนียวมือเช้า และมือบ่าย ตอนเย็นถึงกินข้าวสวย”

“รู้แต่ทำไม่ได้ โอกาสช่วงหน้าระหว่างปากท้อง เอาปาก ท้องก่อน”

“หมอมาพูดให้ฟังเป็นประจำ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ **รู้วิธีแต่ทำไม่ได้** ถ้าไม่ต้องทำงานถึงจะลดอาหารได้”

“ลืมหินยามื้อประจำลืมหื้อเช้าเลยรวมมือเลยเป็นกินมือเย็น”

“ไม่ไปพบหมอตามนัด”

“มักจะลืมหื้อรับประทานยาหลังอาหารเสมอ”

“กินยาเกิน เนื่องจากยาส่วนครั้งที่เหลือมักจะหายไปตลอด เลยต้องรับประทานครั้งเดียว 1 เม็ด”

“ใส่รองเท้าทำนาไม่ได้ รองเท้าแตะติดคันนา มีนดิน(เท้าชา) แต่ต้องถอด”

“ยาได้ไม่ครบเดือนก็ไม่กล้าไปก่อนกลัวหมอดู ยาหมดแล้ว”

### ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

อาชีพทำนาทำไร่ต้องใช้แรงงานมาก ถ้า กินน้อยไม่มีแรงทำงาน บางครั้งน้ำตาลในเลือดต่ำ กลับไปกินข้าวไม่ทัน ถึงตาย กลัwn้ำตาลต่ำมากกว่าน้ำตาลเกิน ปัญหาสำคัญคือปัญหาเรื่องควบคุมการกิน เพราะยากมาก

“การรับประทานอาหารควบคุมยากมาก ถ้ารับประทานไม่อิ่มจะทำงานไม่ได้”

“เคยทดลองกิน 1 กระติบปรากฏว่าวิ่งเวียนหัวต้องกิน 5 กระติบ”

“ถ้ารับประทานข้าวน้อย จะต้องรับประทานวันหนึ่งถึง 5 ครั้งให้อิ่ม”

“ขาดการออกกำลังกาย เพราะไม่ค่อยมีเวลา และจะออกกำลังกายเฉพาะเวลาที่หมอบอกหรือ ทำเฉพาะเวลาที่มีกลุ่มเพื่อนๆ”

### สิ่งที่คิดว่าง่ายในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

“นวดเท้าและดูทีวีไปด้วย”

“ปั่นจักรยานไป – มา ใกล้บ้าน”

### การสื่อสาร

**รูปแบบการสื่อสาร** ชอบการสื่อสารแบบ 2 ทางมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีโอกาสซักถาม และไม่เป็นทางการไม่ชอบฟังอย่างเดียว ไม่ชอบ การให้คำแนะนำแบบที่ให้ที่โรงพยาบาล ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือหมอมารจากกรุงเทพฯมาพูดคุยให้ฟัง ตั้งวงคุยยิ่งดี ควรมาบ่อยๆ มากกระตุ้นเป็นระยะๆ การสื่อสารต้องมีผู้นำ ครอบครัวมีส่วนช่วยได้มาก

“ชอบสื่อสารแบบ 2 ทาง มีโอกาสซักถาม”

“ตอนเย็นๆตั้งวงคุยเป็นกลุ่ม ให้แรงใจ”

“แนะนำแบบไปโรงพยาบาลไม่ชอบเป็นกฎเกณฑ์”

“มีผู้นำในการทำกิจกรรม”

“ต้องมีหมอมารคอยกระตุ้นอยู่เป็นระยะ หมอมารจากกรุงเทพฯยิ่งดี”

“บุคคลที่เป็นเบาหวานจะต้องเป็นผู้นำกันเอง”

“ถ้ามีเพื่อนทำกิจกรรม ก็จะทำให้เราอยากทำกิจกรรมด้วย”

“บุคคลในครอบครัวเช่นลูก และสามี มีส่วนช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ เขาจะให้ควบคุมน้ำตาลกินผักมากๆ”

**ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย** ผ่านทางผู้นำ ผู้นำเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุด และต้องเป็นผู้นำที่เขาเชื่อถือ นอกจากนี้คนในครอบครัวก็มีบทบาทสำคัญ

“อสม.ไม่เชื่อเลย”

“บุคคลในครอบครัวเช่นลูก และสามี มีส่วนช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้”

“มีครูฝึกการออกกำลังกายให้แล้วเราทำตาม”

“ผู้ใหญ่บ้านพาทำกิจกรรมเกี่ยวกับเบาหวาน”

“มีครูฝึกการออกกำลังกายให้แล้วเราทำตาม”



ระยะเวลาที่ส่งข่าวสาร “หลังจากเสร็จสิ้นการทำงานช่วง 5 โมงเย็นหลังทำภารกิจเสร็จ อากาศจะไม่ร้อน”

โครงการที่หมู่บ้านทำสำเร็จคือโครงการส้วม กลัวท้องเสีย ทุกบ้านมีส้วมใช้ ที่สำเร็จเพราะผู้นำต้องทำด้วย

## กลุ่มเสี่ยง

### กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหมู่ที่ 4

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในแง่มุมต่างๆ

การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน กลุ่มนี้รู้ว่าเบาหวานเกิดจากภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบเอวเกิน เนื่องจากชอบกินอาหารหวานๆมันๆ

“รอบเอวเกิน น้ำหนักเกิน อ้วน”

“กินอาหารหวานๆ มันๆ”

การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวาน กลุ่มนี้มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนโดยระบุว่าเป็นเบาหวานแล้วจะทำให้มีโรคแทรกได้มากมาย เช่น ความดันโลหิตสูง มือเท้าเปื่อย เป็นแผลรักษาไม่หาย ทำให้ตามัว หรือถ้ากินยามากๆจะทำให้ไตวาย จึงรู้สึกกลัวกับภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

“เบาหวานกับความดันเกี่ยวข้องกันมีเบาหวานแล้วจะพบความดันโลหิตสูงด้วย”

“มือเท้าเปื่อยรักษาไม่หาย”

“จะทำให้ตามัวกินยามากๆจะทำให้ไตวาย”

“แผลรักษาหายยาก”

การรับรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยกลุ่มระบุว่า การมีพ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นเบาหวานทำให้เสี่ยง นอกจากนี้การกินหวาน การกินข้าวมากๆ และการกินอาหารมัน ก็ทำให้เป็นเบาหวานได้ คนอ้วนเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานมากกว่าคนผอม แต่คนผอมก็เป็นเบาหวานได้

“รอบเอวเกิน น้ำหนักเกิน อ้วน”

“กินอาหารหวานๆ มันๆ”

การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

กลุ่มนี้รับรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นประโยชน์ แต่ก็รับรู้ว่ามีอุปสรรคมากในการที่จะทำได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เรื่องการกินก็คิดว่ามีอุปสรรคมากในการเลิกใช้ผงชูรส เนื่องจากอาหารจะไม่อร่อย และคนส่วนใหญ่ในหมู่บ้านก็ใช้ผงชูรส และผงชูรสทำให้กินอาหารได้มากขึ้น การทำงานหนักทำให้ไม่สามารถคุมอาหารได้เพราะถ้าคุมอาหารจะไม่มีแรงทำงาน นอกจากนี้ยังระบุว่าการกินหวาน กินเค็มเป็นความเคยชินคงเปลี่ยนได้ยาก

“หมอบอกให้ออกกำลังกาย ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เผ็ด กินอิมพอดิ การออกกำลังกายต้องสม่ำเสมอจึงจะได้ผล ค่อยๆ เดิน หรือวิ่งเหยาะๆ แต่ทำไม่ได้ การทำงานต้องใช้แรงงาน ถ้าทำงานหนักก็จะต้องกินเยอะ จะทำงานได้ทั้งวัน ลดอาหารไม่ได้ เพราะเหนื่อย”



“ติดผงซุรส” “บ่ กินผงซุรสไม่แซบ” “ฮู้ฮู้แต่อดบ่ได้” คนอื่นก็ใส่ผงซุรสกัน เยอะกว่าเราอีก ใส่ผงซุรสทำให้เราับประทานอาหารได้เยอะ”

### พฤติกรรมและการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวานของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเสี่ยงที่เป็นชาวบ้านหมู่ 4 มีพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ การกินอาหารโดยเฉพาะการกินข้าวในปริมาณที่มาก กินผงซุรส และอาหารเค็มเป็นประจำ การบริโภคผักน้อย กลุ่มรู้ว่าการลดปัจจัยเสี่ยงตัวเองต้องเป็นคนทำเอง ต้องรักตนเอง ควรลดอาหารรสหวาน และเค็ม แต่เป็นความเคยชินทำให้เปลี่ยนได้ยาก บางคนกินข้าวต้องใส่เกลือเป็นประจำ การออกกำลังกายก็ทำกันบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ

“ต้องรักตนเองให้มากจะปฏิบัติได้คนอื่นทำแทนเราไม่ได้”

“การออกกำลังกายวิ่งตามถนน กลัวคนหาว่าบ้า”

“ทำงานถึง 3 ทุ่ม ไม่มีเวลาออกกำลังกาย”

“บริโภคผักน้อยอย่างมาก 2 วันต่อเดือนกินบ้างเวลามีน้ำพริก จะกินผักลวกประกอบหรือผักสด”

“ส่วนใหญ่กินอาหารสูง เช่น ปิ้งไก่ปิ้ง ปลาทุ หมูยอ ใส่กรอก เพราะสะดวกในการให้ลูกห่อข้าวไปโรงเรียน บางครั้งไม่มีวัตถุดิบสะดวกไม่ต้องประกอบ ”

“ต้องกินให้หมด เสียขายของเสียขายเงินที่ซื้อ กว่าหาเงินซื้อมาได้ ถ้ากินน้อยจะหิวบ่อย”

“แกงหน่อไม้ บ่เผ็ด บ่เค็ม บ่แซบ”

“ติดผงซุรส บ่ กินผงซุรสไม่แซบ” “ฮู้ฮู้แต่อดบ่ได้” คนอื่นก็ใส่ผงซุรสกัน เยอะกว่าเราอีก ใส่ผงซุรสทำให้เราับประทานอาหารได้เยอะ”

### การสื่อสาร

รูปแบบการสื่อสาร ควรเป็นการสื่อสารแบบ 2 ทางอาจใช้วิธีการนั่งพูดคุยกัน จะได้มีโอกาสซักถามให้เข้าใจ การใช้หอกระจายข่าวไม่ได้ผลเพราะไม่สนใจฟัง หอกระจายข่าวใช้ประกาศแจ้งโครงการ เวลาแจ้งควรระบุชื่อผู้เกี่ยวข้องด้วย ส่วนเอกสารโปสเตอร์แผ่นพับไม่ค่อยมีประโยชน์เพราะไม่อ่าน และบางคนอ่านหนังสือไม่ออก

“แบบสองทาง นั่งคุยกัน ตั้งวงคุย แบบนี้ ดี ชอบ เพราะถ้าสงสัยอะไรก็ถามคุณหมอได้เอาคนที่ เป็นแล้ว มาพูดให้ฟังด้วย ก็จะดีมาก เพราะจะทำให้เข้าใจง่ายขึ้น เดือนละครั้งบอกผ่านทางผู้ใหญ่บ้าน แจ้งระบุชื่อ”

“ถ้ามาประกาศ ให้ความรู้ทาง หอกระจายข่าวจะไม่ได้ฟัง”

“เอกสาร แผ่นพับไม่ค่อยได้ผล เวลาเอามาแจกก็ยังไม่อยากอ่าน บางคนอ่านหนังสือไม่ออก”

“ทำเป็นโปสเตอร์ ไปติดก็จะดูผ่าน ๆ ดูเป็นบางคน คนที่ไม่สนใจก็ไม่อยากอ่าน”

ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ควรใช้ผ่านผู้นำ เช่นผู้ใหญ่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผ่านสื่อโทรทัศน์ ทำเป็นการ์ตูนเด็กชอบดู แต่โทรทัศน์ ส่วนใหญ่ใช้ดูละคร บางบ้านก็ไม่มีโทรทัศน์ การสื่อสารผ่านทางลูกหลานที่รับการสอนจากครูที่โรงเรียนบางครั้งเชื่อบางครั้งไม่เชื่อ



“มีบุคคลที่จะเป็นผู้นำทำกิจกรรมผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหมู่ 4 เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารกับชาวบ้าน หมอปราณี ครูอุดม จะออกกำลังกายประจำ และจะชวนคนไปออกกำลังกายด้วย”

“หมอมากระตุ้นเป็นระยะ หมอเข้ามาดูแลทุก 3 เดือน”

“มีทีวี ดูละคร บางคนไม่มีทีวี ถ้าทีวี ทำเป็นแบบละครหรือทำเป็นการ์ตูนเด็กจะชอบ เพราะเบาหวานเด็กก็เป็นได้ สอนเด็กไปเลย ”

“ถ้าลูกหลานไปโรงเรียน เรียนมาแล้วมาบอก บางครั้งเชื่อ บางครั้งไม่เชื่อ”

ระยะเวลาที่ส่งข่าวสาร ตอนเช้าเหมาะที่สุด ตอนเย็นจะต้องทำงานบ้าน

**ประเด็นสารที่กลุ่มเสี่ยงอยากรู้ เกี่ยวกับเบาหวาน** วิธีป้องกันรักษา การดูแลรักษาไต การกินเค็มมีส่วนทำให้ไตเสียได้หรือไม่ เกี่ยวกับอาหารป้องกันโรคเบาหวาน

### กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหมู่ที่ 13

#### การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในแง่มุมต่างๆ

**การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค** กลุ่มคิดว่าเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์ และบริโภคอาหารไม่เหมาะสม น้ำตาลในเลือดจึงสูง เบาหวานเป็นกับคนอ้วน แต่คนผอมก็เป็นเบาหวานได้ ต้องดูแลคนผอมด้วย อ้วนดูได้จากรอบเอว บางคนบอกว่าน้ำหนัก 100 กิโลกรัมถึงจะเรียกอ้วน

“พ่อ แม่ พี่น้องเป็น”

“เบาหวานป้องกันได้ เบาหวานเป็นกับคนอ้วน น้ำหนักหลาย (มาก) ”

“คนผอม ก็มีโอกาสเป็นเบาหวาน เห็นอยู่ที่โรงพยาบาลผอม ๆ ก็ยังเป็น ต้องดูคนผอมด้วย”

“ชอบรับประทานของหวาน ๆ กินน้ำอัดลมกินของมันกินข้าวเหนียว กินเยอะ ผลไม้รสหวาน”

“บางคนเจาะเลือดจะพบน้ำตาลระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ เจ้าหน้าที่จึงเตือน”

**การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวาน** กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน รู้สึกว่าโรคเบาหวานเป็นแล้วลำบากมาก ต้องกินยามากและเสียเงิน ครอบครัวลำบาก ลูกหลานลำบากในการดูแล นอกจากนี้กลุ่มนี้ยังแสดงความเห็นว่าเมื่อไปหาหมอก็ใช้เวลาตรวจนาน กว่าจะเสร็จก็ช้ามาก เพราะมีกิจกรรมหลายขั้นตอนบางครั้งกลับไม่ทันรถ

“เบาหวานทำให้ไตเสื่อมตายเร็ว เป็นเบาหวานแล้วไม่หาย ตายได้ตายจากยาเบาหวานยามาก ทำให้ไตวาย”

“ลำบากแน่นอน เพราะต้องกินยามาก ต้องเสียเงิน ลูกหลานคนดูแลก็ลำบาก อีกอย่างไปหาหมอ ต้องใช้เวลานาน หลายขั้นตอน กว่าเสร็จก็ช้า กลับไม่ทันรถ ”

#### การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

กลุ่มคิดว่าการควบคุมอาหารและออกกำลังกายมีประโยชน์ ช่วยให้ควบคุมเบาหวานได้ และต้องงดของหวาน ของมันและของเค็ม ลดปริมาณข้าวลงด้วย จะเป็นประโยชน์ แต่อุปสรรคกลุ่มคิดว่าเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล บางคนก็ไม่สนใจ ไม่ยอมรับ ต้องหาวิธีการที่เหมาะสม กลุ่มระบุว่าการประกอบอาชีพเป็นอุปสรรคเพราะต้องทำนา หนึ่งวันต้องกินมากและไม่มีเวลาออกกำลังกาย และรู้สึกเหนื่อยเกินไป การควบคุมอาหารทำได้ยากเพราะต้องทำงาน



### พฤติกรรมและการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวานของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ 13 มีพฤติกรรมเกี่ยวกับเบาหวานโดยการออกกำลังกาย ในรูปแบบที่หลากหลาย แต่พฤติกรรมการกินยังเป็นปัญหาเนื่องจากความเคยชินที่ต้องกินข้าวเหนียวในปริมาณมากๆ และใส่ผงชูรสครั้งละ 1 ซ้อนแกง แต่กลุ่มนี้มีความพยายามที่จะลดอาหารรสเค็ม

“ควบคุมอาหาร ไม่กินหวาน กินเค็ม กินข้าวพอลืม เนื้อสัตว์ลดไม่ได้ ข้าวเหนียวลดไม่ได้ลดจะเป็นลม ถ้าจะลดต้องกินข้าวจ้าวมือเย็น เช้า กลางวันต้องข้าวเหนียว ข้าวเหนียวพื้นบ้านกินแล้วไม่เป็นเบาหวาน ข้าวเหนียว กข. หวานกินมากเป็นเบาหวาน”

“ออกกำลังกาย”

“การออกกำลังกาย ออกบ้างไม่ทุกคน และไม่เป็นกิจจะลักษณะ เดินไป เดินมา อยู่บ้าน ยกแขน ยกขา ทำไร่ ทำนา ทำงานบ้าน เดินไป เดินมา”

“เวลาทำกับข้าว ใส่ผงชูรส 1 ซ้อนกินข้าว น้ำปลา เหยาะใส่ตามชอบ เกลือ 1 ซ้อน แล้วก็ใส่ปลาแดก (ปลาร้า) เพิ่มความนัว (ความเค็มกลมกล่อม)”

“ไม่ชอบกินผัก กินขนุนสุกบางครั้งกินเป็นลูก กินมะม่วงสุกครั้งละ 1-2 ลูก ใน สัปดาห์รับประทานหลายครั้ง”

### การสื่อสารความเสี่ยง

รูปแบบการสื่อสาร ชอบสื่อแบบสองทางโต้ตอบได้ เอกสารประเภทแผ่นพับไม่ค่อยได้ประโยชน์ เพราะไม่ค่อยได้อ่าน “แผ่นพับจะไม่ค่อยได้ประโยชน์ ได้ไปก็วางทิ้งไม่อ่าน”

“ชอบสื่อแบบสองทางพูดคุยโต้ตอบได้”

“ประชาสัมพันธ์หอกระจายข่าว”

**ช่องทางการสื่อสารและเวลาที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย** ส่วนมากเวลาที่สะดวกช่วงเวลาตี 3 - 4 หรือหลังการทำนา เวลาทำงานบ้าน โดยจะต้องมี อสม. หรือหมอมาร่วมช่วยกระตุ้นอีกแรง เพื่อให้ทำกิจกรรมได้ต่อเนื่อง เช่น ไร่ไม้พอง เต็นแอโรบิค วิ่ง เมื่อเป่านกหวีดตอนเช้าจะออกวิ่ง ผู้นำชุมชนใช้หอกระจายข่าวประชาสัมพันธ์เรียกชื่อมาร่วมกิจกรรม

“ผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว และเป่านกหวีดตื่นออกกำลังกายตอนเช้า”

“หมอมจะต้องมีการกระตุ้นเป็นระยะๆ”

“หมอมมาประเมินการทำกิจกรรม”

### กลุ่มแกนนำชุมชน

#### กลุ่มแกนนำชุมชน หมู่ที่ 4

**วิธีการป้องกันควบคุมเบาหวานของชุมชน** ได้แก่ ออกกำลังกายโดย เดิน หรือการถีบจักรยานไปทำงานที่นาและไร่แทนการขับมอเตอร์ไซด์ เป็นการออกกำลังกายที่ดี และยังช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ การควบคุมการบริโภคอาหาร ลดอาหารหวาน มัน รับประทานข้าวเหนียวให้น้อยลง แต่ถ้าต้องทำนาคงยังปฏิบัติได้ยาก ลดอาหารเค็ม ลดการใช้ผงชูรส ชาวบ้านติดผงชูรส ไม่ใส่รับประทานอาหารไม่อร่อยถือเป็นค่านิยม ในการใส่ผงชูรส ผงชูรสซองละ 10 บาท ใส่ได้ 2 หม้อแกง ตำมะละกอใส่ 2 ครั้ง บางคนใส่ทั้งรสดี





และผงชูรส ถ้าได้ใส่รสดีจะทำให้อาหารอร่อย รณรงค์ให้กินผัก ให้มากขึ้นให้มีผักเป็นส่วนประกอบของอาหารทุกมื้อ ให้ อสม. เป็นต้นแบบในการปลูกผัก มีการประเมินผลการดำเนินงานง่าย ๆ โดยการชั่งน้ำหนักวัตรอบเอว

“ต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายประกอบกันรณรงค์ ให้มีผักในการรับประทานอาหารทุกมือนำผักไปเป็นส่วนประกอบในการทำอาหารให้มากขึ้น”

“ให้ชุมชนทำข้าวกล้อง และรับประทานข้าวกล้องจะได้รับประโยชน์มาก”

“ให้กินให้พอดี อย่าให้แน่นจนเกินไป”

“แนะนำการกินผักให้เยอะ ลดข้าวเหนียวไม่ได้ แต่ให้กินผักให้มากขึ้นและควรลดอาหารหวาน มัน อย่างอื่นแทน”

“แนะนำ อสม. เป็นต้นแบบปลูก เน้นผักที่ปลูกง่าย เช่น ผักบุ้ง ผักตำลึง ดอกแคและกินผักให้เยอะ”

“เสนอให้เดิน หรือปั่นจักรยานไปนา แทนการขับมอเตอร์ไซด์ก็จะเป็นการออกกำลังกาย”

“ออกกำลังกายจิตใจจะเพลิดเพลินถ้าหากจิตใจปลอดโปร่ง ร่างกายจะแข็งแรงตามไปด้วยต้องประกอบกัน”

### การร่วมมือกันของเครือข่าย

**ครูโรงเรียน** ครุนำความรู้มาสอนเด็ก และเวลา 15.30 น. ของทุกวันจะเสนอความรู้ให้นักเรียนอยู่เสมอ แต่แนวทางที่จะเชื่อมโยงให้ถึงคนในชุมชนยังไม่ได้ปฏิบัติทางโรงเรียนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกับชุมชนเสมอ

**อสม.** ถ้ารวมกลุ่มกันออกกำลังกาย ควรมีการลงบันทึกในสมุดการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินผล ส่วนสูง น้ำหนัก ให้รางวัลเป็นรายบุคคลเพื่อเป็นการให้กำลังใจ

**ผู้นำเยาวชน เยาวชน** จะรวมกลุ่มออกกำลังกายโดยการเล่นฟุตบอลตอนเย็นทุกวัน ส่วนการช่วยกิจกรรมชุมชน ก็จะร่วมกิจกรรมวันสำคัญของชุมชน เล่น ทำความสะอาดวัด แข่งกีฬาพื้นบ้าน

**สมาชิกองค์การบริหารตำบล** ให้ความร่วมมือทุกอย่างและจะประสานงานกับผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และส่วนกลาง แต่งงานจะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชนในชุมชน ผู้นำชุมชนต้องเสียสละให้ประชาชนเห็น และจะขอความช่วยเหลือจากชาวบ้านจะง่ายขึ้น เนื่องจากเป็นชุมชนเครือข่าย (นามสกุลชาติพา) อยู่กันอย่างพี่น้องจึงให้ความร่วมมือกันอย่างพร้อมเพรียง

### การสื่อสาร

**รูปแบบ/วิธีการสื่อสาร** แผ่นพับ โปสเตอร์ ควรทำเพื่อติดไว้ตามครัวเรือนของทุกบ้านถ้าเห็นเป็นประจำ อาจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการประกอบอาหารได้ สื่อในโรงเรียนควรทำเป็นแผ่นซีดีให้ความรู้เพื่อครูใช้สอนนักเรียน

“โรงเรียน อยากได้เป็นซีดีให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรม อาหารเกี่ยวกับเบาหวาน”

“แผ่นโปสเตอร์ ติดที่บ้านทุกครัวเรือนอาจจะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถ้าเห็นอยู่เป็นประจำ”

“ติดแผ่นพับไว้ตามผนังบ้าน ให้ผ่านตาอยู่เสมอ จะช่วยย้ำเตือนให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง”

ช่องทางสื่อสาร โดยการประชุมแลกเปลี่ยน หรือการพูดคุยกันหลังการพูดคุย มีการแจกเอกสารให้ความรู้ในเรื่องที่พูดคุย แก่สมาชิก และมีการติดตามประเมินผลความรู้เป็นระยะๆ

“ทำกลุ่ม การประชุมพูดคุยและเปลี่ยนความรู้ในกลุ่มและพูดคุยเนื้อหาสาระ ความรู้ การปฏิบัติให้สมาชิกในกลุ่ม พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ”

“มีเอกสารให้ความรู้ แจกสมาชิกในกลุ่ม”

ประเด็นเนื้อหาสาระ อยากรู้เกี่ยวกับผัก ผักรักษาโรคเบาหวาน วิธีและขนาดที่กินรวมทั้งสาเหตุของเบาหวาน

“ผักลดเบาหวานมีอะไรบ้างที่เราควรแนะนำมาปลูก”

“ผักชนิดใดกิน ขนาดเท่าใดเพื่อ ลดเบาหวาน”

“เคยเห็นคนเป็นเบาหวานกิน คือ ผักอะไรบ้าง”

“เบาหวานเป็นกรรมพันธุ์หรือไม่ ทุกคนต้องเป็นไหม”

### กลุ่มแกนนำชุมชน หมู่ที่ 13

วิธีการป้องกันควบคุมเบาหวานของชุมชน ชาวบ้านกินผักน้อย ผักไม่มีกินควรเน้นเพิ่มบริโภคผัก ความหมายของผักในความคิดของชาวบ้านไม่ตรงกับหมอหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผักของชาวบ้านหมายถึงพวกหอม กระเทียม สะระแหน่ เป็นผักเครื่องปรุงชาวบ้านพากันปลูกผักเครื่องปรุง ในกระถางต้องรณรงค์ให้ชาวบ้านปลูกผักกินเป็นกับแกล้ม หรือผักประกอบอาหารเพิ่มขึ้น ปลูกผักที่ตนเองชอบ กิน ครุมีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้นักเรียนกินผักได้ ผู้นำทุกคน ควรกระตุ้นให้ทุกคนปลูกผัก และกินผัก และควรมีการประเมินผลด้วย นอกจากนี้ควรมีการรณรงค์ออกกำลังกายในหมู่บ้าน โดยอาจเริ่มที่กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้สนใจ

“ช่วยนิยามศัพท์เกี่ยวกับผักผักที่คุณหมอยกมาให้รณรงค์เป็นผักแบบไหน เพราะผักที่ชาวบ้านพากันปลูก ได้แก่ ผักหอมหัว สะระแหน่ พริก เป็นผักที่เป็นเครื่องปรุง”

“ผักที่จะรณรงค์ให้ชาวบ้านปลูกคือ ผักที่กินแกล้ม เช่น ผักที่กินกับป่น หรือผักที่ใช้ประกอบอาหารเลย ไม่ใช่ผักที่เป็นเครื่องปรุง ผักอะไรก็ได้หมด เช่น ผักกระถิน บวบ แตง ผักกาดหอม ถั่ว”

“ที่ต้องปลูกในกระถางเพราะที่อยู่ไกลที่ทำงานจึงจำเป็นต้องเอากระถางไว้หน้าบ้านหลังบ้าน”

“ควรปลูกในสิ่งที่ตนเองอยากจะกิน และกินในสิ่งที่ตนเองปลูก”

“คุณครูก็ช่วยกระตุ้นให้นักเรียนกินผัก ปลูกผัก รู้คุณค่าผัก แล้วไปบอกต่อพ่อแม่ที่บ้าน”

“ผู้นำทุกคนกระตุ้นชาวบ้านได้ และให้เทศบาลออกเสียงตามสายเรื่อย ๆ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ครูช่วยประชาสัมพันธ์ ทุก 3-6 เดือน ชาวบ้านจะได้เห็นความสำคัญของการปลูกผัก กินผัก”

“หมอวัฒนาอาจจะช่วยติดตาม ประเมิน และประกาศว่าหลังจากรณรงค์แล้ว ผู้ป่วยเบาหวานหันมากินผักกันมากขึ้น ทำให้น้ำตาลลด กลุ่มเสี่ยงก็ลดลง”

“การออกกำลังกาย น่าจะเริ่มที่กลุ่มเสี่ยงก่อนลองสำรวจความสนใจว่ากลุ่มเสี่ยงมีความสนใจที่จะออกกำลังกายแบบไหน ให้หมอวัฒนาชื่อมาร่วมออกกำลังกาย”



## การร่วมมือกันของเครือข่าย

**ครู/โรงเรียน** คุณครูที่ช่วยกระตุ้นให้นักเรียนกินผัก ปลุกผัก รู้คุณค่าผัก แล้วไปบอกต่อพ่อแม่ที่บ้าน ทางโรงเรียนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกับชุมชน

**อสม. ใช้กลุ่ม อสม. ที่ปฏิบัติตัวดี** มาอบรมให้ความรู้จะได้มาเป็นแกนนำสุขภาพดี

**เทศบาล** ด้านการออกกำลังกาย ถ้าสำรวจความต้องการของชาวบ้านถึงชนิดการออกกำลังกายแล้ว เทศบาลได้ข้อมูลไป จะช่วยติดต่อวิทยากรให้ได้

**ผู้นำชุมชน** ผู้นำก็ต้องช่วยกัน ให้ผู้นำพาทำเป็นตัวอย่างและต้องมีการติดตามผล และแจ้งผลการดำเนินงานให้ประชาชนทราบ โดยมาประกาศให้ฟัง

## การสื่อสาร

รูปแบบ/วิธีการสื่อสารใช้สื่อบุคคลใช้การพูดคุยเป็นหลัก เอกสารแผ่นพับ ตัวหนังสือควรมีขนาดใหญ่ และเอกสารควรแยกเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มโรค

“เอกสารที่แจกควรทำไว้ 2 แบบ ทั้งกลุ่มที่เป็นแล้ว กับกลุ่มเสี่ยง”

“ตัวหนังสือในแผ่นพับต้องมีขนาดใหญ่ (ช่วยกันพิจารณาเทียบแล้วอยู่ที่ 20)”

“แผ่นพับที่ได้รับแจกมา อ่านแล้ว ก็อย่าทิ้งให้ติดไว้ที่ห้องครัว จะได้เห็นบ่อย ๆ”

**ช่องทางสื่อสาร** ใช้การอบรมควรจะเอาไปเป็นหมู่ไปเป็นคุ้ม คุ้มหนึ่งมีประมาณ 20 หลังคาเรือน อย่างหมู่ 13 มี 8 คุ้ม แต่ถ้าเกณฑ์มาอบรมขนาดนี้ คนมากไป อาจไม่ได้ผล น่าจะอบรมเป็นกลุ่มเป้าหมายดีกว่า เช่น กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย หรือจัดอบรมเป็นโครงการ 3 ประสานเลยก็ได้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มแกนนำซึ่งจะคอยเป็นที่เลี้ยง คอยดูแลกลุ่มทีม กลุ่มที่ 2 กลุ่มเสี่ยง หรือคนที่ยังไม่เป็นโรค และกลุ่มที่ 3 คือคนที่เป็นโรคแล้ว

**ประเด็นเนื้อหาสาร** การกินอยู่ที่ถูกสุขลักษณะ วิธีปรุงอาหารที่ถูกต้อง ตารางการรับประทานอาหารแต่ละวันวิธีการออกกำลังกาย



## บทที่ 5 การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยง (Stakeholder Engagement) และการทำเวทีพิจารณาแผน

ขั้นตอนสำคัญของการสื่อสารความเสี่ยงขั้นตอนหนึ่งได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยง (Stakeholder Engagement) การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หมายถึง การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง สำหรับการศึกษเพื่อพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในครั้งนี้ การมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นของผู้ที่เกี่ยวข้อง เริ่มต้นในกระบวนการหลังจากได้มีการศึกษาข้อมูลระดับชุมชนเรียบร้อยแล้ว (แต่ Stakeholders บางคนอาจมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่การสำรวจชุมชน และการทำ focus group discussion)

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ได้รับการระบุให้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น และผู้วิจัยใช้วิธีการนำเสนอข้อมูลจากการผลการศึกษาชุมชนที่ได้ ป้อนกลับไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดรับรู้ เข้าใจ ข้อมูล เกิดการยอมรับ รวมทั้งอาจเสนอแลกเปลี่ยนข้อมูลเพิ่มเติม เป็นการสร้างความมีส่วนร่วม และตัดสินใจในการดำเนินงานแก้ปัญหา และจัดทำแผนการสื่อสารความเสี่ยงของชุมชนอย่างถูกต้องร่วมกันต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) มีดังต่อไปนี้**

1. พัฒนาความมีส่วนร่วมในการสื่อสารความเสี่ยง
2. แลกเปลี่ยนสร้างความเข้าใจและความสนใจร่วมกันในการดำเนินงานจัดทำแผนสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้าน
3. สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องและตรงกันในประเด็นและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง
4. อภิปราย แลกเปลี่ยนและหาข้อสรุปเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง ในเรื่องวิธีการสื่อสาร ผู้สื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร เนื้อหาของสาร กิจกรรมลดความเสี่ยงและลดโรคเบาหวาน
5. ร่วมกันกำหนดขอบเขตการดำเนินงานรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้าน
6. ร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และการติดตามประเมินผล
7. ร่วมประสานพื้นที่ปฏิบัติการ และประสานแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น

### **แนวทางการจัดประชุม (Consultation)**

Stakeholder engagement ใช้เทคนิคการประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Consultation) ซึ่งสามารถทำให้มีประสิทธิภาพขึ้นได้โดยการคำนึงถึงการคัดเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแท้จริง เป็นผู้ที่มีบทบาทและสนใจ รวมทั้งการใช้เทคนิคการประชุมที่เหมาะสม

การระบุผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder identification) ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดขึ้นส่วนหนึ่งจากผลของการอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group discussion) ทำให้เห็นถึงความสนใจของ



แต่ละบุคคล และการพูดคุยกับคนในชุมชน เทศบาล ผู้ใหญ่บ้าน โดยดำเนินการแยกตามหมู่บ้าน เป็นหมู่ 4 และหมู่ 13 เนื่องจากบริบททางพื้นที่ค่อนข้างแตกต่างและการมีแกนนำชาวบ้านที่ต่างกลุ่มกัน นอกจากนี้ยังเลือกจากแกนนำชุมชน ความเกี่ยวข้องและบทบาทของบุคคลในชุมชนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน

เทคนิคการประชุม ใช้กระบวนการตามข้อเสนอแนะของ NEPC (1999) ที่เรียกว่า On Site Meeting ซึ่งมีลักษณะของการประชุมในพื้นที่จริงเพื่อให้เห็นบรรยากาศ สภาพปัญหา และผู้ร่วมประชุมเกิดความผ่อนคลาย รู้สึกคุ้นเคย และมีความเป็นตัวของตัวเองมากที่สุด การประชุมลักษณะนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจในบริบทของปัญหา และเห็นแนวทางแก้ไขที่ชัดเจน

ทักษะสำคัญของผู้จัดการประชุมได้แก่การนำเสนอข้อมูลที่ชัดเจน การฟังอย่างเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ร่วมประชุม (Active listening) มีความอดทน และส่งเสริมบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้การสื่อสารการประชุมมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดและการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้ร่วมประชุม

กิจกรรมการประชุมกำหนดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การประชุมเน้น 3 ขั้นตอน ได้แก่
  - a. การนำเสนอข้อมูล
  - b. การอภิปรายแลกเปลี่ยนแบบการสื่อสารสองทาง
  - c. การหาข้อสรุป
2. ก่อนดำเนินการมีกระบวนการทำความเข้าใจร่วมกันก่อนเข้าสู่การประชุม ต่อมาชี้แจงนำเสนอข้อมูลชุมชน การนำเสนอข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของสื่อโปสเตอร์ที่ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลจาก การสำรวจและการประชุมกลุ่ม
3. เพื่อให้เกิดบรรยากาศในการทำงานร่วมกันและเป็นกันเองตลอดจน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นคนที่ชุมชนยอมรับและเข้ากับชุมชนได้ดี พูดภาษาท้องถิ่นได้ จึงกำหนดให้ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้เสนอข้อมูล ชุมชน ส่วนการอภิปรายแลกเปลี่ยนให้แกนนำชาวบ้านเป็นผู้นำการอภิปราย ทีมวิชาการเป็นผู้สนับสนุน และร่วมเป็นวิทยากรกระบวนการ ตลอดจนอาจมีการป้อนคำถามกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนกัน สรุปประเด็นการประชุมเป็นระยะๆ และจัดบันทึกการประชุม
4. การหาข้อสรุปให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ร่วมประชุมอย่างแท้จริง มีการนัดหมายกำหนดผู้รับผิดชอบและวางแผนการติดตาม

## ผลการประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

### หมู่ 13 การประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 15 กรกฎาคม 2551

ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย แกนนำชุมชน ครู เทศบาล แกนนำเยาวชน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข



**ขั้นตอนที่ 1** การนำเสนอข้อมูลชุมชนจากผลการศึกษา ในรูปของโปสเตอร์

**ผลลัพธ์**

ผู้ร่วมประชุมรับฟังและมีข้อคิดเห็นในลักษณะการสนับสนุนให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของพฤติกรรมการกิน และการออกกำลังกายที่พบว่าเป็นปัญหา

**ขั้นตอนที่ 2** การอภิปรายแลกเปลี่ยนแบบการสื่อสารสองทาง เป็นการกระตุ้นให้มีการอภิปรายผลการสำรวจที่ได้นำเสนอ เพื่อสังเกตการณ์รับรู้ความเสี่ยงของผู้ร่วมประชุม

**ผลลัพธ์**

พบว่าผู้ร่วมประชุมรับรู้ความเสี่ยงสอดคล้องกับข้อมูลที่นำเสนอไม่มีการแสดงความคิดเห็นในลักษณะของการปฏิเสธความเสี่ยงที่พบจากการศึกษา และจะดำเนินการจัดทำแผน ใน 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย อย่างไรก็ตามการอภิปรายถึงแนวทางการจัดการความเสี่ยงหรือการแก้ปัญหา ผู้ร่วมประชุมยังแสดงความคิดเห็นในวงจำกัด ต้องใช้การกระตุ้นและสรุปประเด็นป้อนกลับเป็นระยะๆ

**ขั้นตอนที่ 3** การหาข้อสรุป วิธีการสื่อสาร ผู้สื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร เนื้อหาของสาร กิจกรรมลดความเสี่ยงและลดโรคเบาหวาน

**ผลลัพธ์**

ผู้ร่วมประชุมรู้ว่าปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของคนในชุมชนนี้คือความอ้วน และเส้นรอบเอวเกิน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการกินข้าวเหนียวในปริมาณมาก กินอาหารรสเค็ม หวาน มันเป็นประจำ และขาดการออกกำลังกาย ผู้ร่วมประชุมมีความเห็นว่า ถ้าส่งเสริมการปลูกผักก็จะทำให้คนกินผักมากขึ้นก็จะทำให้ลดความอ้วนลงได้รวมทั้ง ต้องส่งเสริมการออกกำลังกายให้มากขึ้นแต่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีความเห็นกลุ่มให้มีการประกวดคำขวัญเพื่อให้มีการส่งเสริมการบริโภคผักและสร้างความตระหนักในอันตรายจากความอ้วน โดยมีข้อสรุปให้ส่งคำขวัญภายในวันที่ 24 กรกฎาคม 2551 ที่ผู้ใหญ่บ้าน สำหรับการปลูกผักได้มีการเสนอให้แกนนำที่ปลูกผักอยู่แล้วเป็นหัวหน้าทีม (นายบุญนะ) ซึ่งจะได้มีการนัดหมายเพื่อจัดทำแผนงานโดยละเอียดต่อไป

**หมู่ที่ 4 การประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 16 กรกฎาคม 2551**

ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย แกนนำชาวบ้าน ผู้ใหญ่บ้าน เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมงานพัฒนาด้านแบบการสื่อสาร

**ขั้นตอนที่ 1** การนำเสนอข้อมูลชุมชน ในรูปของโปสเตอร์

**ผลลัพธ์**

ผู้ร่วมประชุมรับฟังสอบถามและมีข้อคิดเห็นในลักษณะการสนับสนุนให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของพฤติกรรมการกิน และการออกกำลังกาย มีผู้ร่วมประชุมที่เป็นผู้ป่วย และเป็นตัวอย่างที่ดีที่สามารถคุมน้ำตาลในเลือดได้ ได้แสดงความคิดเห็นยืนยันถึงผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม





การกินว่าสามารถทำให้คุณน้ำตาลได้จริง โดยการแบ่งข้าวเหนียวจากกระติบของครอบครัวเพื่อให้เห็นปริมาณที่ตนเองสามารถกินได้อย่างเหมาะสม และค่อยๆปรับการกินจนเกิดความเคยชิน ซึ่งใช้เวลาเป็นปีแต่สามารถปรับเปลี่ยนได้จริง และในขณะนี้ไม่ต้องใช้ยาเบาหวานแล้ว

**ขั้นตอนที่ 2** การอภิปรายแลกเปลี่ยนแบบการสื่อสารสองทาง เป็นการกระตุ้นให้มีการอภิปรายผลการสำรวจที่ได้นำเสนอ เพื่อสังเกตการณ์รับรู้ความเสี่ยงของผู้ร่วมประชุม

#### **ผลลัพธ์**

พบว่าผู้ร่วมประชุมรับรู้ความเสี่ยงสอดคล้องกับข้อมูลที่น่าเสนอ ไม่มีการแสดงความคิดเห็นในลักษณะของการปฏิเสธความเสี่ยงที่พบจากการศึกษา มีการอภิปรายถึงแนวทางการจัดการความเสี่ยงหรือการแก้ปัญหาอย่างกว้างขวาง

**ขั้นตอนที่ 3** การหาข้อสรุป วิธีการสื่อสาร ผู้สื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร เนื้อหาของสาร กิจกรรมลดความเสี่ยงและลดโรคเบาหวาน

#### **ผลลัพธ์**

ผู้ร่วมประชุมรู้ว่าปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของคนในชุมชนนี้คือความอ้วน และเส้นรอบเอวเกิน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการกินข้าวเหนียวในปริมาณมาก กินอาหารรสเค็ม หวาน มันเป็นประจำ และขาดการออกกำลังกายผู้ร่วมประชุมได้จัดทำข้อสรุปแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมเบาหวาน ดังเอกสารในภาคผนวกที่ 2

### **สรุปผลการประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องครั้งที่ 1 (Stakeholder engagement)**

กิจกรรมการประชุมมีลักษณะเป็น On site meeting หมายถึง การประชุมในพื้นที่ที่พบปัญหา และเป็นพื้นที่ที่ต้องการแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสภาพปัญหา สัมผัสวิถีชีวิตที่เป็นจริงของกลุ่มเป้าหมาย สร้างความคุ้นเคยและผ่อนคลาย

การประชุมแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่มตามลักษณะการอยู่อาศัย เป็นหมู่ 4 และหมู่ 13 โดยการประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ใหญ่บ้านในการเสนอผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรม รวมทั้งการระบุตัวบุคคลจากบทบาท และความสนใจที่ปรากฏในการประชุมกลุ่ม (Focus group discussion)

การดำเนินการประชุมแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การนำเสนอข้อมูล ระยะที่ 2 การแลกเปลี่ยนอภิปราย และระยะที่ 3 การหาข้อสรุปการดำเนินงาน ทั้ง 3 ระยะผู้ดำเนินการประชุมใช้เทคนิค การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (Active listening) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการรับรู้ของผู้ร่วมประชุมอย่างแท้จริง

ผลการประชุมพบว่า ข้อมูลสำคัญที่สร้างความตระหนักในปัญหาได้ดี ได้แก่ จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานทั้ง 2 หมู่บ้าน และจากการอภิปรายแลกเปลี่ยนพบว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหมู่ 4 ต้องการแก้ไขปัญหาก่อนโดยมีจุดมุ่งหมายให้กลุ่มเสี่ยงไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอนาคต แต่หมู่ 13 ต้องการแก้ปัญหาก่อน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ดังนั้นการแก้ไขปัญหาก่อนที่พบจึงได้รับความร่วมมืออย่างดี ในการประชุม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 2 หมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการอภิปรายอย่างกว้างขวาง ในการจัดทำแผนสื่อสารความเสี่ยงครั้งแรกเริ่มจัดทำที่ หมู่ 13 ทีมวิจัยไม่ได้จัดทำกรอบ

ประเด็นแนวทางการพิจารณาดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงให้ ผลทำให้การพิจารณาการจัดทำแผนสื่อสารความเสี่ยงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของหมู่ 13 มีทิศทางไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามการประชุมของหมู่ 13 เป็นการเริ่มต้น ทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การประชุมของหมู่ 4 ในการประชุมหมู่ 4 ทีมวิจัยได้ปรับแผนวิธีการประชุม โดยได้จัดทำกรอบประเด็นแนวทางสำหรับการพิจารณาดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงให้ ผลการประชุมของหมู่ 4 จึงได้แผนการสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้านที่มีความชัดเจนขึ้น แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมกิจกรรมวิธีการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และการประเมินผล ทีมวิจัยจึงได้เสนอให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละหมู่บ้านนำไปประชุมเพื่อปรับ/จัดทำแผนของหมู่บ้านกันต่อไปให้ครอบคลุมโดยใช้กรอบแนวคิดที่ทีมวิจัยนำเสนอ และต้องดำเนินการจัดประชุม Stakeholder engagement อีกเพื่อให้ได้แผนแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น

กิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานสำหรับชาวบ้านพรานอันทั้ง 2 หมู่บ้าน ในเบื้องต้นพบว่า มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการจัดการเบาหวานในระดับชุมชน ข้อความที่ต้องการสื่อกับชาวบ้านให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาด้านพฤติกรรมและเป้าหมายส่วนหนึ่งจะได้จากการประกวดคำขวัญซึ่งชาวบ้านเริ่มมีความเข้าใจในปัญหาที่ตรงกันจากการได้รับฟังการนำเสนอข้อมูลที่เป็นข้อมูลจากหมู่บ้านของตนเอง สร้างให้เกิดความรู้สึกร่วมกันและต้องการแก้ไขปัญหา

### การประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องครั้งที่ 2 (Stakeholder engagement)

จากแนวทางการประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการประชุม ครั้งที่ 1 นำไปสู่การประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องครั้งที่ 2. ในวันที่ 29 – 30 กรกฎาคม 2551 ประกอบด้วยกิจกรรมการนำเสนอแผนงานเพื่อป้องกันและควบคุมเบาหวานที่ได้จัดทำขึ้นจากการประชุมครั้งที่ 1 อีกครั้ง โดยแกนนำชุมชน ดังนี้

1. อภิปรายแลกเปลี่ยน ทำความเข้าใจ ปรับปรุง ทบทวน ความเป็นไปได้ของแผนงานอีกครั้ง
2. กำหนดแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนงาน กำหนดผู้รับผิดชอบ และสร้างความมีส่วนร่วม
3. กำหนดแนวทางปฏิบัติที่จะขยายผลไปสู่กลุ่ม
4. นัดหมายเพื่อจัดทำประชาคม

ผลการประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง แผนออกมาชัดเจน ถึงกิจกรรม วิธีการ การประเมินผล และผู้รับผิดชอบ

### การประชุมจัดทำเวทีชาวบ้าน วันที่ 15 สิงหาคม 2551

จากการพัฒนาแผนงานมาเป็นระยะ กลุ่มแกนนำชาวบ้านที่รับผิดชอบแผนงานได้นำแผนงานเสนอต่อประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทั้ง 2 หมู่บ้าน กิจกรรมประกอบด้วย

1. การเสนอแผนงานต่อประชาคม
2. สนับสนุนให้ประชาชนร่วมให้ข้อคิดเห็น แสดงการยอมรับหรือโต้แย้งอย่างอิสระ
3. แก้ไขหรือเพิ่มเติมแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปได้
4. สร้างพันธะสัญญาต่อการดำเนินงานตามแผนกับกลุ่ม

สรุปรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของ 2 หมู่บ้านดังตารางที่ 18 - 20



ตารางที่ 18 การป้องกันควบคุมเบาหวาน ประชุม Stakeholder Engagement บ้านพรานอัน หมู่ 4 (กลุ่มเสี่ยง) วันที่ 29-30 กรกฎาคม 2551

ปัญหา	วิธีการประเมิน	รูปแบบ/กิจกรรม	วิธีการสื่อสาร	ช่องทาง	เนื้อหา/ประเด็น	ผู้รับผิดชอบ
1. กินข้าวเหนียวมาก	ประเมินจากน้ำหนักตัวและวัดรอบเอว	แบ่งข้าวเหนียวกินตามสัดส่วนพอประมาณ เพิ่มผัก แทนข้าวเหนียว	ประชาสัมพันธ์	- หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย - ประชาคมหมู่บ้าน ทุกครั้ง	การแบ่งข้าวเหนียวกินเฉพาะคนให้พอดี	ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้นำหมู่บ้าน, กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มผู้ที่ควบคุมได้
2. กินผักน้อย	กรรมกรศูนย์การการเรียนรู้ชุมชนออกประเมินเรียนปลูกผักใช้เกณฑ์ปลูกทุกหลังหลังละ 3 ชนิด	- ปลูกผักกินเอง - รวมกลุ่มปลูกผัก - ประกวดปลูกผัก/กินผัก	พูดในวงชาวบ้าน, บอกต่อกันไป	หอกระจายข่าว		กลุ่มเสี่ยง, อสม., ผู้นำ, หัวหน้าคุ้ม 7 คุ้ม
3. นำหนักเกิน/อ้วน ออกกำลังกายน้อย	ประเมินจากน้ำหนักตัวและวัดรอบเอว <b>ขอสนับสนุน</b> - เครื่องชั่งน้ำหนัก - สายวัดรอบเอว - สื่อเพลงในการออกกำลังกาย - นกหวีด 10 ตัว	- ฟ้อนใส่เพลง - กิจกรรมเข้าจังหวะ - รวมกลุ่มออก 2 กม. ทุกวัน - กายบริหาร 2-3 ท่า - ประกวดคำขวัญ	พูดในวงชาวบ้าน, บอกต่อกันไป	หัวหน้าคุ้มเป็นสื่อกลาง	- อยากรู้เรื่องลดน้ำหนัก - อยากรู้ความต้องการการสาธารณสุขในแต่ละวันเทียบกับน้ำหนักของแต่ละคน ความต้องการความเต็ม หวาน มันของร่างกายในแต่ละวัน	หัวหน้าคุ้ม 7 คุ้ม



**ตารางที่ 18** การป้องกันควบคุมเบาหวาน ประชุม Stakeholder Engagement บ้านพรานอัน หมู่ 4 (กลุ่มเสี่ยง) วันที่ 29-30 กรกฎาคม 2551 (ต่อ)

ปัญหา	วิธีการประเมิน	รูปแบบ/กิจกรรม	วิธีการสื่อสาร	ช่องทาง	เนื้อหา/ประเด็น	ผู้รับผิดชอบ
4. กินเค็ม กินมัน/ ผงชูรส	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปฏิทินบันทึกการใช้ผงชูรส/สออบถายอดจำหน่ายผงชูรสตามร้านค้า(กรรมการศูนย์ฯ ประเมินทุกเดือน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาสัมพันธ์ให้เห็นถึงอันตรายของการกินเค็ม กินมัน</li> <li>- จัดอบรมให้ความรู้ 1 ครั้ง ครั้ง ละ 2 วัน ใช้ภาษากลาง กลุ่มเป้าหมาย หัวหน้า คุ่มอสม. กลุ่มเสี่ยง, กรรมการศูนย์ฯ การเรียนรู้ชุมชน</li> <li>- ประกาศคำขวัญ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาสัมพันธ์</li> <li>- หัวหน้าคุ่ม อสม. กรรมการศูนย์ฯ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เสียงตามสายหมู่บ้าน</li> <li>- จับกลุ่มบอกต่อๆ กัน</li> </ul>	ต้องการลดภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน	ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้นำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยง, กลุ่มโรคเบาหวาน, หัวหน้าคุ่ม
5. ปัญหาโดยรวม		<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ชุมชน เพื่อป้องกันเบาหวานที่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หัวหน้าคุ่มคุยกัน</li> <li>- รวมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งที่บ้าน ผงบ. เพื่อหาแนวทางการป้องกันเบาหวาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เสียงตามสาย</li> <li>- บอกต่อๆ กันไป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อยากมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน</li> <li>- อยากรู้เรื่องลดน้ำหนัก</li> <li>- อยากรู้ความต้องการสารอาหารของแต่ละวัน</li> <li>- ต้องการทราบปริมาณ ความต้องการเกลือ น้ำตาล น้ำมันในแต่ละวัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประธานศูนย์ฯ</li> <li>- คณะกรรมการหมู่บ้าน</li> <li>- สอ.เหมืองป่า</li> <li>*สง่า, เฉลา, สมัย, หงษ์, ยุวดี, กรุงศรี, สมเด็จพระ, ผช.สมพร, ผญบ.จันดี, หมอวัตร, หมอ ชนิษฐา</li> </ul>



ตารางที่ 19 การป้องกันความคุมเบาหวาน ประชุม Stakeholder Engagement บ้านพรานอัน หมู่ 13 (กลุ่มเสี่ยง)วันที่ 29-30 กรกฎาคม 2551

ปัญหา	วิธีการประเมิน	รูปแบบ/กิจกรรม	วิธีการสื่อสาร	ช่องทาง	เนื้อหา/ประเด็น	ผู้รับผิดชอบ
1. กลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนคนเข้าอบรม</li> <li>- ประเมินความรู้ผู้เข้าอบรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมกับ จนท. สาธารณสุขให้กลุ่มเสี่ยง 2 คน หัวหน้าคุ้ม และผู้ช่วย หัวหน้าคุ้ม</li> <li>- ให้ผู้ผ่านการอบรมเป็นแกนนำขยายต่อไปโดยไปคุยในกลุ่มชาวบ้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตั้งวงคุย</li> <li>- บอกต่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ใหญ่บ้านแจ้งทางหอกระจายข่าว</li> <li>- แกนนำชุมชนละ 3 คนเข้าประชุม</li> <li>- ชาวบ้านบอกต่อกันไป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคเบาหวาน</li> <li>- สาเหตุ ความเสี่ยงของโรคเบาหวาน</li> <li>- การป้องกันควบคุมโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หัวหน้าคุ้ม, กลุ่มเสี่ยง 2 คน</li> <li>- ผู้ใหญ่บ้าน</li> </ul>
2. น้ำหนักเกิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชั่งน้ำหนักก่อนออกกำลังกายและหลังทุก 3 เดือน</li> <li>- สมุดลงทะเบียนเครื่องชั่งน้ำหนักสายวัดรอบเอว</li> <li>- ขอสนับสนุน</li> <li>- เครื่องชั่งน้ำหนัก</li> <li>- สายวัดรอบเอว</li> <li>- สื่อเพลงในกาออกกำลังกาย</li> <li>- นกหวีด 10 ตัว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ออกกั้ร่างกาย โดย * วิ่ง/เดินเร็วร่วมกัน ทุกวันตั้งแต่ 05.00 น. * เต็มแเอโรบิคซ้่าๆ สำหรับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 05.00 น.</li> <li>- ควบคุมอาหาร</li> <li>- ประกวดลดน้ำหนักแยกตามคุ้ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตั้งวงคุย</li> <li>- บอกต่อ</li> <li>- นายสนั่น นามสุริ หัวหน้าคุ้ม บอกต่อทุกคุ้ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ใหญ่บ้านประกาศทางหอกระจายข่าว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิธีการลดน้ำหนัก</li> <li>- ผู้สนใจอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป</li> <li>- ทำกายบริหาร</li> <li>- แผ่น CD เพลงออกกั้ร่างกาย</li> <li>- แค้โฟนที่เรียกว่าอ้วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หัวหน้าคุ้ม, กลุ่มเสี่ยง 2 คน</li> <li>- ผู้ใหญ่บ้าน</li> <li>- นางกองจิตร ชารีพา</li> <li>- นางบานชื่น ไชยวุฒิ</li> <li>- นางพสุวรรค์ ทุมมา</li> </ul>

**ตารางที่ 19** การป้องกันควบคุมเบาหวาน ประชุม Stakeholder Engagement บ้านพรานอัน หมู่ 13 (กลุ่มเสี่ยง) วันที่ 29-30 กรกฎาคม 2551 (ต่อ)

ปัญหา	วิธีการประเมิน	รูปแบบ/กิจกรรม	วิธีการสื่อสาร	ช่องทาง	เนื้อหา/ประเด็น	ผู้รับผิดชอบ
3. ลดเค็ม/ผงชูรส *ซอง 10 บาทใช้ได้ 3-10 วัน	ปฏิทินบันทึกการซื้อ ผงชูรส เริ่ม 1 ส.ค.51	- ลดปริมาณการกิน ผงชูรส - บันทึกการซื้อ ผงชูรสทุกครั้ง	- ครู อาจารย์ แนะนำ ให้นักเรียนบอกต่อ ให้ผู้ปกครองทราบ	พูดคุย บอกต่อกัน กันไป	- ปริมาณเกลือ/ ผงชูรสที่ควรกิน ในแต่ละวัน - โทษของเค็ม/หวาน (ผลิตภัณฑ์ของความ เค็ม)	- นางกองจิตร ชาติพา - นางบานชื่น ไชยวุฒิ - นางพูนวรรค์ ทุมมา
4. กินข้าวเหนียวมาก	- ชั่งน้ำหนักก่อน ออกกำลังกายและ ซั้่งทุก 3 เดือน - สมุดลงทะเบียน ตาซั้่ง สายวัดรอบเอว	- กินข้าวเหนียวลดลง กินผักมากขึ้น - แบ่งข้าวใล่จาน หมดแล้วไม่เติม	บอกต่อกัน ชั่งวงคุย	พูดคุย บอกต่อกัน กันไป	- ปริมาณข้าวเหนียว ที่ควรกิน - ประโยชน์และโทษ ของข้าวเหนียว	- หัวหน้าคุ้ม, กลุ่มเสี่ยง 2 คน - ผู้ใหญ่บ้าน
5. กินผักน้อย	- ชั่งน้ำหนักก่อน ออกกำลังกายและ ซั้่งทุก 3 เดือน - สมุดลงทะเบียน ตาซั้่ง สายวัดรอบเอว	- ปลูกผักเพิ่ม - รับประทานผัก ในวันเดียวกัน - ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ตรวจทุกหลัง	บอกต่อ เตือนกัน ให้กินผัก	- ติดป้ายคำขวัญ ในหมู่บ้าน - พูดในประชาคม หมู่บ้านทุกครั้ง เดือนละ 2 ครั้ง	- ปริมาณพลังงาน ในผักพื้นบ้าน - ประโยชน์ของผัก	- เทศบาลจัดหา เมล็ดพันธุ์ผักให้ ผักบุ้ง ผักกาด ถั่วฝักยาว บวบ ฟักทอง ตำลึง ฯลฯ





ตารางที่ 20 การป้องกันความควบคุมเบาหวาน ประชุม Stakeholder Engagement บ้านพรานอัน หมู่ 13 (กลุ่มป่วย) วันที่ 29-30 กรกฎาคม 2551

ปัญหา	วิธีการประเมิน	รูปแบบ/กิจกรรม	วิธีการสื่อสาร	ช่องทาง	เนื้อหา/ประเด็น	ผู้รับผิดชอบ
การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ - การกินอาหาร	- กินอาหารน้อยลง - ลดจำนวนผลไม้ที่ชอบกิน เช่น มะม่วงสุกจาก 1-2 ลูกลดลงเป็นแบ่งเป็น 1 ลูกกิน 2 มือ	- จำกัดปริมาณข้าว (แบ่งข้าวพอม) - นับคำข้าว - ลดหวาน มัน เค็ม - ลดผงชูรส - เพิ่มผัก	- ค่อยแลกเปลี่ยนระหว่างการเดินทาง ออกกำลังกาย - บอกต่อ - หอกระจายข่าว	- ผู้ใหญ่บ้าน - กลุ่มเด็กออกกำลังกาย โดยมีการแบ่งงาน	- ประเภทของอาหารที่ต้องระวัง - การป้องกันโรคแทรกซ้อนได้แก่ ไต, แผลที่เท้า	- ผู้ใหญ่บ้าน - กลุ่มเด็กออกกำลังกาย
การออกกำลังกาย	- สมุดบันทึกสุขภาพ - วัตถุประสงค์ทุก... ซึ่งนำหน้าทุก... (ขอคุยกันอีกครั้งรอ อ.ส.ม.)	- ริงتونเช้า ประมาณ 04.30.-06.00 น. - เดิน - หลากหลายวิธี เช่น แอโรบิก โยคะ ไร่ไม่พอง	- สื่อบุคคลต้นแบบ - ค่อยแลกเปลี่ยนระหว่างการเดินทาง ออกกำลังกาย	- สร้างผู้นำออกกำลังกาย	- การออกกำลังกายที่ถูกต้อง - ครู - อสม. - ผู้ใหญ่บ้าน	
การกินยา กรณีที่		- สื่อบุคคลต้นแบบ	- สื่อบุคคลต้นแบบ	- พูดคุย	- ทำอย่างไรไม่ให้ลืมกินยา	- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

## บทที่ 6 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สำหรับการพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร ครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R & D: Research and Development) โดยเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ นำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยง และดำเนินกระบวนการภายใต้กรอบแนวคิดที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ และให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุงชี้ปัญหาที่เร่งด่วนเป่าประสงค์ในการพัฒนารวมทั้งการกำหนดแนวทางการดำเนินงานแก้ปัญหาของตนเองอย่างชัดเจน และนำแผนที่ได้เสนอในเวทีชาวบ้านเพื่อพิจารณาแผน เพื่อได้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของชุมชน โดยกำหนดพื้นที่ปฏิบัติการที่ หมู่ 4 และหมู่ 13 บ้านพรานอัน ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมือง จ.มุกดาหาร

### สรุป /อภิปรายผล

#### 1. การวิเคราะห์ชุมชน

##### 1.1 ลักษณะทางสังคมและประชากรของชุมชนบ้านพรานอัน

เดิมบ้านพรานอันหมู่ที่ 4 และหมู่ 13 นั้นเป็นหมู่บ้านเก่าแก่เล็กๆ หมู่บ้านเดียวกัน ที่อพยพมาจากบ้านภูเวียงเมืองสรวงวันทางฝั่งซ้ายของแม่น้ำโขงนำโดยท้าวไกรสอน ท้าวพรานอัน และท้าวชาติพาเป็นผู้นำเดินทางมาหาหลักแหล่งที่ทำมาหากิน และได้เลือกเอาชื่อนายพรานอันเป็นชื่อหมู่บ้านเรียกบ้านพรานอัน และเอาชื่อของนายชาติพาเป็นนามสกุลของคนในหมู่บ้าน ต่อมาผู้ใหญ่จันดี ชาติพา ซึ่งเป็นผู้ใหญ่บ้านในขณะนั้น ได้ขอแบ่งแยกหมู่บ้านพรานอันออกเป็นสองหมู่บ้านทั้งนี้ เพื่อให้การปกครองดูแลทุกข์สุขของราษฎรเป็นไปอย่างทั่วถึง วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2543 ได้รับอนุมัติให้แยกหมู่บ้านออกเป็น 2 หมู่บ้าน คือ บ้านพรานอันหมู่ 4 และบ้านพรานอันหมู่ 13 ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร มีนายจันดี ชาติพา เป็นผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 4 นายวันตา ชาติพา เป็นผู้ใหญ่บ้านหมู่ 13 ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน

บ้านพรานอันทั้ง 2 หมู่บ้านมีลักษณะเป็นหมู่บ้านแบบชนบท บ้านพรานอันหมู่ 4 อยู่ห่างเมืองมุกดาหาร 17 กิโลเมตร มีเนื้อที่ 3,265 ไร่ เป็นพื้นที่ทำการเกษตร 1,777 ไร่ พื้นที่อยู่อาศัย 342 ไร่ พื้นที่สาธารณะ 112 ไร่ พื้นที่ว่างเปล่าไม่ได้ใช้ประโยชน์ 1034 ไร่ บ้านพรานอันหมู่ 13 อยู่ห่างอำเภอเมืองมุกดาหาร 13 กิโลเมตร มีเนื้อที่ 4,852 ไร่ พื้นที่ทำการเกษตร 2,245 ไร่ พื้นที่อยู่อาศัย 207 ไร่ พื้นที่ว่างเปล่าไม่ได้ใช้ประโยชน์ 2,400 ไร่ ความสัมพันธ์ของคนในหมู่บ้านทั้ง 2 เป็นความสัมพันธ์ทางเครือญาติ มีลักษณะแบบครอบครัวขยาย โดยทั้ง 2 หมู่บ้านมีตระกูลใหญ่ 4 ตระกูล ตระกูลที่ใหญ่ที่สุดในชุมชน คือ ตระกูลชาติพา นอกจากนั้นมีตระกูลศรีโยหะ ตระกูลพลดี และตระกูลใจเที่ยง เมื่อมีการจัดงานในหมู่บ้านใช้การบอกต่อกันคนก็ไปร่วมงาน ร้านค้าในหมู่บ้าน ทั้งหมู่ 4 และหมู่ 13 มีร้านค้าของชำ (ร้านโชวห่วย) อยู่ในหมู่บ้าน และในตอนเช้าจะมีรถมอเตอร์ไซด์ขายของเร่มีอาหารสำเร็จรูปแวนเป็นราวเข้ามาขายในหมู่บ้านทุกวัน ชาวบ้านมักซื้ออาหารสำเร็จรูปจากรถขายของเร่นี้ ร้านขายของเร่จึงมีส่วนทำให้วิถีชีวิตการกิน





ของชาวบ้านเปลี่ยนไปเป็นวัฒนธรรมถุงพลาสติก ทั้ง 2 หมู่บ้านไม่มีร้านอาหารประเภทจานด่วน (Fast Food) ร้านประเภท Bakery รวมทั้งร้านสะดวกซื้ออยู่ในหมู่บ้าน การปลูกพืชผัก (ผักกินแกล้ม หรือผักใช้ประกอบอาหาร) เพื่อไว้รับประทานในพื้นที่บริเวณบ้านพบน้อย พบในหมู่ 4 มากกว่าหมู่ 13 ชาวบ้านบอกว่าที่ไม่ปลูกเนื่องจากสัตว์เลี้ยงจะมากิน บางคนบอกไม่มีที่จะปลูก คนในหมู่บ้าน ทั้ง 2 หมู่บ้าน ส่วนใหญ่ปลูกผักประเภท ตะไคร้ สะระแหน่ พริก หัวหอม หัวระพา กะเพรา ชาวบ้านเรียกผักเครื่องปรุงไว้ในกระถาง ต้นไม้ จากปัญหาดังกล่าว ชาวบ้านจึงกินผักน้อย เพราะผักไม่มีจะกิน ผักส่วนใหญ่ที่กินมักเก็บจากป่าได้แก่หน่อไม้ แบบแผนการรับประทานอาหารของแต่ละบ้านจะรับประทานอาหารแบบล้อมวงกันกิน มีกับข้าว 1 - 2 อย่างต่อมือกิน ข้าวเหนียวเป็นหลักมีกระต๊อบข้าวเหนียวขนาดใหญ่ซึ่งทุกคนจะจกจากกระต๊อบใหญ่นี้ ทำให้แต่ละคนไม่รู้ปริมาณการกินว่ากินข้าวเหนียวมากน้อยแค่ไหน จึงน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ควบคุมการรับประทานอาหารไม่ได้ ประกอบกับการมีอาชีพทำนาทำไร่ต้องใช้แรงงานมาก ทำให้ต้องรับประทานข้าวเหนียวมากๆจะได้มีแรงทำงาน และเมื่อทำงานกลับมาจะเหนื่อยต้องการพักผ่อน จึงขาดการออกกำลังกาย เป็นสาเหตุทำให้อ้วนได้

### ด้านสาธารณสุข

ทั้ง 2 หมู่บ้านมีสถานีอนามัย 1 แห่ง คือสถานีอนามัยเหมืองป่า ตั้งอยู่ที่หมู่ 13 ไม่มีโรงพยาบาลชุมชน มีแต่โรงพยาบาลทั่วไปมุกดาหาร การเดินทางไปใช้บริการสุขภาพมีรถโดยสารไม่ประจำทางจากหมู่บ้าน 2 รอบ คือรอบเช้า - รอบเย็น ระยะทางห่างจากหมู่บ้านถึงสถานีอนามัย ประมาณ 7 กิโลเมตร ถึงโรงพยาบาลมุกดาหารประมาณ 11 กิโลเมตร

## 1.2 ผลการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายจากการสำรวจเชิงปริมาณ

### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในหมู่บ้านพรานอัน ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 153 คนที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน 93 คน กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง 60 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.1 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 35.3 อายุเฉลี่ย 50.82 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.8 (>30.0 กก./ตรม.<sup>2</sup>) แห้งรายได้จากการประกอบอาชีพของตนเอง ร้อยละ 32.0 โดยมีรายได้เฉลี่ย 2,255.97 บาท/คน/เดือน และส่วนใหญ่รายได้ของครัวเรือนน้อยกว่า 2,000 บาท ต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 35.9 เมื่อสอบถามข้อมูลปัจจัยเสี่ยง พบกลุ่มประชาชนทั่วไป มีปัจจัยเสี่ยงด้านอายุอย่างเดียว จำนวน 60 คนและมีกลุ่มเสี่ยงร่วมต่อโรคเบาหวาน (อายุ 35 ปีร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมอย่างน้อย 1 ปัจจัยเสี่ยง) จำนวน 93 คน ปัจจัยเสี่ยงที่พบอันดับแรกได้แก่ มีน้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกาย (23.0-24.9 กก./ตรม.<sup>2</sup>) ร้อยละ 13.1 อ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกาย (25.0-29.9 กก./ตรม.<sup>2</sup>) ร้อยละ 26.8 อ้วนระดับ 2 (ดัชนีมวลกาย > 30.0 กก./ตรม.<sup>2</sup>) ร้อยละ 5.2 เพศหญิงมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีรอบเอวเกิน 32 นิ้ว ร้อยละ 66.3 เพศชายมีรอบเอวเกิน 36 นิ้วร้อยละ 12.1 รองลงมาได้แก่ มีญาติสายตรงพ่อ แม่ พี่ น้องป่วยเป็นเบาหวานร้อยละ 16.3 และมีภาวะความดันโลหิตสูง และหรือกินยาลดความดันโลหิตร้อยละ 11.1



กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าได้รับคำแนะนำหลังการคัดกรองอย่างไร

### การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

**การรับรู้สาเหตุ/ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน** พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มไม่เสี่ยงมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน หรืออ้วนทำให้เกิดโรคเบาหวานได้มากที่สุด รองลงมาคือคนที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวาน และคนที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจากการดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนการรับรู้ต่ำที่สุด

**การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน** ทั้ง 2 กลุ่มรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ คนที่เป็นเบาหวาน และควบคุมน้ำตาลไม่ได้ อาจจะทำให้เกิดอาการหมดสติเป็นอันตรายถึงตายได้ รองลงมาคือ เบาหวานอาจทำให้เกิดไตวาย ทำให้จอตาเสื่อมอาจถึงตาบอด และเวลามีแผลที่เท้าจะหายยากแผลมีโอกาสลุกลามมากขึ้นจนถึงตัดขาได้

**การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ** กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพในระดับหมู่บ้านจากหอกระจายข่าว รองลงมาคือจาก อสม. กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในข่าวสารทางสุขภาพในระดับปานกลาง แต่เมื่อรับรู้แล้วจะนำมาปฏิบัติกันบ้างหรือไม่เคยปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 50 นอกจากนี้เอกสารทางสุขภาพที่ได้รับแจกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังได้รับความสนใจน้อย มีผู้อ่านทุกครั้งที่ได้รับเพียงร้อยละ 21 เมื่อสอบถามถึงอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พบว่าเนื้อหาที่เป็นวิชาการเกินไป และการอ่านออกเขียนได้ของประชาชนเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ ส่วนสื่อทางสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างสนใจอันดับหนึ่งได้แก่ โทรทัศน์ รองลงมาได้แก่ วิทยุ และลำดับที่สามได้แก่ การที่บุคลากรสาธารณสุขมาบรรยายให้ฟัง

**การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเองและโรคเบาหวาน (เฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน)** กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.8 คิดว่าตนเองมีสุขภาพในระดับปานกลาง คิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในระดับน้อยถึงน้อยที่สุดถึง ร้อยละ 45.2 และไม่กังวลต่อการเป็นโรคเบาหวานถึง ร้อยละ 40 **พฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน** กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางบวกในระดับสูงในเรื่องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เช่น เดิน หรือทำไร้ทำนา ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางลบในเรื่องการบริโภคอาหารเต็มที่โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัว การบริโภคอาหารประเภทแป้งปริมาณมาก และการบริโภคอาหารรสเค็ม ประเภท ปลา ร้า ปลาแดก ปลา ส้ม อย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำ

**ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน** กลุ่มตัวอย่างทั้งที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงมีความเชื่อไม่แตกต่างกันมากนัก โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าเบาหวานเป็นกันได้ทุกคน เมื่อเป็นแล้วสามารถควบคุมได้ ส่วนความเชื่อต่อสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าความอ้วน การบริโภคอาหารเค็ม การไม่ออกกำลังกาย เป็นสาเหตุโรคเบาหวาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ไม่รู้ว่าการทำงานผิดปกติของตับอ่อนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวาน



### 1.3 สารสำคัญที่ได้จากการสำรวจเชิงคุณภาพโดยการอภิปรายเฉพาะกลุ่ม

การสำรวจเชิงคุณภาพใช้กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำขณะอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose หรือ FPG) เท่ากับหรือต่ำกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และครอบครัว 2) กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำขณะอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose หรือ FPG) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ HbA<sub>1c</sub> เท่ากับหรือมากกว่า 7% ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน ย้อนหลังก่อนเก็บข้อมูล และครอบครัว 3) กลุ่มแกนนำชุมชน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการรวมทั้งครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทศบาล

#### การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

การรับรู้สาเหตุ/ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน พบว่าทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของการเกิดเบาหวานว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ การชอบกินขนมหวาน มัน ขนมหกกรอบ การไม่ออกกำลังกาย ความอ้วนและรอบเอวเกินมาตรฐาน มีบางคนคิดว่าต้องมีบรรพบุรุษเป็นเท่านั้นถึงจะเป็นเบาหวานได้ และยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดเบาหวาน

#### การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ทั้งกลุ่มเสี่ยงและโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ และควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในลักษณะเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย รู้สึกว่าโรคเบาหวานทำให้ชีวิตมีความยากลำบาก เมื่อไปหาหมอก็ใช้เวลาตรวจนาน กว่าจะเสร็จก็ช้ามากเพราะมีกิจกรรมหลายขั้นตอน บางครั้งกลับไม่ทันรถ ลีนเปลืองค่าใช้จ่ายครอบครัวเดือดร้อนและกลัวภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน นอกจากนี้กลุ่มยังกลัวการกินยาต่อเนื่อง เพราะมีการรับรู้ว่าจะทำให้ตัวบวม ไตวายและตายได้ บางคนมีประสบการณ์เคยซื้อค ไม่รู้สึกตัว บางคนมีญาติเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน

#### พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้ มีพฤติกรรมที่ค่อนข้างเหมาะสม และสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี โดยกลุ่มมีความเชื่อว่าเบาหวานสามารถควบคุมได้ด้วยการควบคุมการกินและออกกำลังกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกินข้าวเหนียวในปริมาณที่มากต้องควบคุมอย่างเข้มงวด แต่การควบคุมต้องทำแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานานเพื่อปรับตัวให้คุ้นเคยซึ่งแต่ละคนไม่เหมือนกัน และไม่รู้สึกลำบาก รู้สึกพอใจที่ควบคุมน้ำตาลได้จนไม่ต้องกินยา การเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดจะควบคุมอาหารก่อนไปเจาะเลือดประมาณ 3-7 วัน

ส่วนกลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้เบาหวานควบคุมได้ และคิดว่าจะพยายามควบคุมแต่ทำไม่ได้โดยเฉพาะการบริโภคเพราะรู้สึกว่าถ้ากินน้อย ก็จะกินจุบจิบ ทำงานไม่ได้ การออกกำลังกายที่จะทำได้บ้าง แต่คิดว่าการทำงานก็เป็นการทำงานกลางแจ้งอยู่แล้วนอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการใช้จ่ายเบาหวานมักจะลืมกินยา รวมทั้งการดูแลรักษาเท้า เวลาทำนาใส่รองเท้าไม่ได้โคลนตูด เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต บางคนต้องหยุดทำนาเพราะกลัวเป็นแผล การเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดจะควบคุมอาหารก่อนไปเจาะเลือดประมาณ 3-7 วัน



**กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน** พฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ การกินอาหารโดยเฉพาะการกินข้าวเหนียวในปริมาณที่มาก ไม่เช่นนั้นเมื่อทำงานจะไม่มีแรง กินอาหารเค็มและกินผงชูรสเป็นประจำถ้าไม่ใส่อาหารไม่อร่อย การบริโภคผักน้อย กลุ่มรู้ว่าการลดปัจจัยเสี่ยง ควรลดอาหารรสหวาน และลดอาหารเค็มแต่เป็นความเคยชินทำให้เปลี่ยนได้ยาก บางคนกินข้าวต้องใส่เกลือเป็นประจำ และใส่ผงชูรสครึ่งละ 1 ช้อนแกง การออกกำลังกายก็ทำกันบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ

### ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน

**กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้** อุปสรรคที่พบมีอยู่บ้าง เช่น การที่ต้องจำกัดอาหารตลอดเวลา การกินที่ไม่สามารถตามใจตัวเองได้ บางครั้งควบคุมอาหารมากไปทำให้อ่อนเพลีย และมีอุปสรรคที่ต้องกินข้าวเหนียวคิดว่าข้าวเหนียวทำให้น้ำตาลในเลือดสูง แต่ลองกินข้าวเจ้าแล้วรู้สึกไม่สบายจึงต้องกินข้าวเหนียว

**กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้** อุปสรรคคือ มีอาชีพทำนาทำไร่ต้องใช้แรงงานมาก ถ้ากินน้อยไม่มีแรงทำงาน บางครั้งน้ำตาลในเลือดต่ำกลับไปกินข้าวไม่ทันถึงตาย กลัวน้ำตาลต่ำมากกว่าน้ำตาลเกิน ปัญหาสำคัญคือปัญหาเรื่องควบคุมการกินไม่ได้เพราะยากมาก

**กลุ่มเสี่ยง** คิดว่าการควบคุมอาหารด้วยการลดของหวาน ของมัน และของเค็ม ลดปริมาณข้าวลงด้วย และออกกำลังกาย จะมีประโยชน์ช่วยให้ควบคุมความเสี่ยงได้ แต่กลุ่มคิดว่าการประกอบอาชีพเป็นอุปสรรคเพราะต้องทำนา เหนื่อยทั้งวันต้องกินมากการควบคุมอาหารทำได้ยากเพราะต้องทำงานและไม่มีเวลาออกกำลังกายเพราะรู้สึกเหนื่อยเกินไป

### การสื่อสาร

**รูปแบบการสื่อสาร** ทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงเห็นว่าควรเป็นการสื่อสารแบบสองทางอาจใช้วิธีการนั่งพูดคุยกัน การประชุม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะได้มีโอกาสซักถามให้เข้าใจ หลังการพูดคุย มีการแจกเอกสารให้ความรู้ในเรื่องที่พูดคุยแก่สมาชิก และมีการติดตามประเมินผลความรู้เป็นระยะๆ การใช้หอกระจายข่าวไม่ได้ผลเพราะไม่สนใจฟัง หอกระจายข่าวใช้ในการบริหารงาน เวลาประกาศควรระบุชื่อผู้เกี่ยวข้องด้วย ส่วนการแจกเอกสารไปสเตอร์แผ่นพับไม่ค่อยมีประโยชน์เพราะไม่อ่านและบางคนอ่านหนังสือไม่ออก หากจำเป็นต้องใช้เอกสารสิ่งพิมพ์ควรมีตัวหนังสือขนาดใหญ่ เพื่ออ่านได้สะดวกและต้องแจกหลังการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กันแล้ว

**ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย** ควรใช้ผ่านผู้นำเช่น ผู้ใหญ่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผ่านสื่อโทรทัศน์โดยทำเป็นการ์ตูนที่เด็กชอบดู แต่โทรทัศน์ส่วนใหญ่ใช้ดูละคร บางบ้านก็ไม่มีโทรทัศน์ การสื่อสารผ่านทางลูกหลานที่รับการสอนจากครูที่โรงเรียนบางครั้งเชื่อ บางครั้งไม่เชื่อ แผ่นพับ ไปสเตอร์ ควรทำเพื่อติดไว้ตามครัวเรือนของทุกบ้าน ถ้าเห็นเป็นประจำอาจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการประกอบอาหารได้ สื่อในโรงเรียนควรทำเป็นแผ่นซีดีให้ความรู้ เพื่อครูใช้สอนนักเรียน

**ประเด็นสารที่กลุ่มเสี่ยงอยากรู้เกี่ยวกับเบาหวาน** ในเรื่องเกี่ยวกับอาหารป้องกันโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับผัก ผักรักษาโรคเบาหวาน วิธีและขนาดที่กิน รวมทั้งสาเหตุของเบาหวาน วิธีป้องกันรักษา การดูแลรักษาไต การกินเค็มมีส่วนทำให้ไตเสียได้หรือไม่ อยากรู้ปริมาณของ เกลือ ผงชูรส น้ำตาลที่กินได้ในแต่ละวัน โทษของการกินเค็ม ปริมาณข้าวเหนียวที่ควรกินในแต่ละวัน โทษของข้าวเหนียวความรู้อีกเกี่ยวกับกรดน้ำหนัก





**บทบาทของแกนนำในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน** ได้แก่ การช่วยป้องกันควบคุมเบาหวาน ในชุมชน โดยสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายโดยการเดิน หรือการถีบจักรยานไปทำงานที่นาและไร่แทนการขับมอเตอร์ไซด์ เป็นการออกกำลังกายที่ดีและยังช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ การควบคุมการบริโภคอาหาร ลดอาหารหวาน มัน รับประทานข้าวเหนียวให้น้อยลง แต่ถ้าต้องทำนาคงยังปฏิบัติได้ยาก รมรงค์ลดอาหารเค็ม ลดการใช้ผงชูรส ชาวบ้านติดผงชูรส ถ้าไม่ได้รับประทานอาหารไม่อร่อยถือเป็นค่านิยมในการใส่ผงชูรส ผงชูรสของละ 10 บาท ใส่ได้ 2 หม้อแกง ต้มะละกอใส่ 2 ครั้ง บางคนใส่ทั้งรสดีและผงชูรส ถ้าได้ใส่รสดีจะทำให้อาหารอร่อย ชาวบ้านกินผักน้อย ผักไม่มีกินควรเน้นเพิ่มบริโภคผัก ความหมายของผักในความคิดของชาวบ้านไม่ตรงกับหอมหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผักของชาวบ้านหมายถึง พริกหอม กระเทียม สะระแหน่เป็นผักเครื่องปรุง ชาวบ้านพากันปลูกผักเครื่องปรุงในกระถาง ต้องรมรงค์ให้ชาวบ้านปลูกผักกินเป็นกับแกล้ม หรือผักประกอบอาหารเพิ่มขึ้น ปลูกผักที่ตนเองชอบกิน ครัวมีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้นักเรียนกินผักได้ ผู้นำทุกคน ควรกระตุ้นให้ทุกคนปลูกผัก และกินผัก และควรมีการประเมินผลด้วย นอกจากนี้ควรมีการรมรงค์ออกกำลังกายในหมู่บ้าน โดยอาจเริ่มที่กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้สนใจ มีการประเมินผลการดำเนินงานง่ายๆโดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว

### การร่วมมือกันของเครือข่าย

**ครู/โรงเรียน** ครูนำความรู้มาสอนเด็ก และเวลา 15.30 น. ของทุกวัน จะเสนอความรู้ให้นักเรียนอยู่เสมอ นอกจากนี้ครัวมีส่วนช่วยกระตุ้นให้นักเรียนกินผัก ปลูกผัก รู้คุณค่าผัก แล้วไปบอกต่อพ่อแม่ที่บ้าน ทางโรงเรียนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกับชุมชน

**อสม.** ใช้กลุ่ม อสม. ที่ปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพได้ดี มาอบรมให้ความรู้จะได้มาเป็นแกนนำสุขภาพดี เป็นแกนนำออกกำลังกาย และควรมีการลงบันทึกในสมุดการเข้าร่วมกิจกรรมและประเมิน ส่วนสูง น้ำหนักตัว และให้รางวัลเป็นรายบุคคลเพื่อเป็นการให้กำลังใจ

**เทศบาล** ด้านการออกกำลังกาย ถ้าสำรวจความต้องการของชาวบ้านถึงชนิดการออกกำลังกายแล้ว เทศบาลได้ข้อมูลไป จะช่วยติดต่อวิทยากรให้ได้ เทศบาลยินดีให้ความร่วมมือทุกอย่าง และจะประสานงานกับผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและส่วนกลาง แต่งานจะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชนในชุมชน ผู้นำชุมชนต้องเสาะสละให้ประชาชนเห็น และจะขอความช่วยเหลือจากชาวบ้านจะง่ายขึ้น ชุมชนนี้เป็นชุมชนเครือข่าย (นามสกุลชาธิพา) อยู่กันอย่างพี่น้องจึงให้ความร่วมมือกันอย่างพร้อมเพรียง

**ผู้นำชุมชน** ผู้นำก็ต้องช่วยกัน ให้ผู้นำพาทำเป็นตัวอย่างและต้องมีการติดตามผล และแจ้งผลการดำเนินงานให้ประชาชนทราบ โดยมาประกาศให้ฟัง

**ผู้นำเยาวชน** เยาวชนจะออกกำลังกายโดยการเล่นฟุตบอลตอนเย็นทุกวัน ส่วนการช่วยกิจกรรมชุมชนก็จะร่วมกิจกรรมวันสำคัญของชุมชน เล่น ทำความสะอาดวัด แข่งกีฬาพื้นบ้าน

## 2. การยอมรับจากผู้มีส่วนร่วม (Acceptable to stakeholders)

การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยง (Stakeholder Engagement) พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของทั้ง 2 หมู่บ้านให้ร่วมมืออย่างดีในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการระบุปัญหา เป้าประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ในการพัฒนา/กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานแก้ปัญหาค่อนข้างชัดเจน ผลการ

ประชุมพบว่า ข้อมูลสำคัญที่สร้างความตระหนักในปัญหาได้ดี ได้แก่ จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานทั้ง 2 หมู่บ้าน และจากการอภิปรายแลกเปลี่ยนพบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหมู่ 4 ต้องการแก้ไขปัญหากลุ่มเสี่ยงก่อนโดยมีจุดมุ่งหมายให้กลุ่มเสี่ยงไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอนาคต แต่หมู่ 13 ต้องการแก้ปัญหาทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ดังนั้นการแก้ไขปัญหามาจากประเด็นที่พบจึงได้รับความร่วมมืออย่างดีในการประชุม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 2 หมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการอภิปรายอย่างกว้างขวาง ในการจัดทำแผนสื่อสารความเสี่ยงครั้งแรก เริ่มจัดทำที่หมู่ 13 ทีมวิจัยไม่ได้จัดทำกรอบประเด็นแนวทางการพิจารณาดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงให้ ผลทำให้การพิจารณาการจัดทำแผนสื่อสารความเสี่ยงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของหมู่ 13 มีทิศทางไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามการประชุมของหมู่ 13 เป็นการเริ่มต้น ทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การประชุมของหมู่ 4 ในการประชุมหมู่ 4 ทีมวิจัยได้ปรับแผนวิธีการประชุม โดยได้จัดทำกรอบประเด็นแนวทางสำหรับการพิจารณาดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงให้ผลการประชุมของหมู่ 4 จึงได้แผนการสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้านที่มีความชัดเจนขึ้น แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมกิจกรรม วิธีการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และการประเมินผล ทีมวิจัยจึงได้เสนอให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละหมู่บ้านนำไปประชุมเพื่อปรับ/จัดทำแผนของหมู่บ้านกันต่อไปให้ครอบคลุมโดยใช้กรอบแนวคิดที่ทีมวิจัยนำเสนอ และต้องดำเนินการจัดประชุม Stakeholder Engagement อีกเพื่อให้ได้แผนแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น สิ่งที่พบจากการทำ (Stakeholder Engagement) คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มาในการประชุมครั้งที่ 1 บางคนติดธุระไม่สามารถมาได้ครบในการประชุมครั้งที่ 2 แต่เนื่องจากชาวบ้านของทั้ง 2 หมู่บ้านมีความสนใจอยากร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องนี้ จึงทำให้การประชุมในครั้งที่ 2 มีคนมาร่วมประชุมมากกว่าครั้งที่ 1 มาก

จากนั้นตัวแทน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทั้ง 2 หมู่บ้าน ได้นำเสนอแผนสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้านที่ได้จัดทำขึ้นต่อชาวบ้านเพื่อพิจารณาแผน ผลจากการทำเวทีชาวบ้านแผนงานสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของหมู่ 4 ได้สรุปกลุ่มเป้าหมายที่จะเร่งดำเนินการคือ กลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต้องการเปลี่ยนแปลง 4 ประเด็น คือ กินข้าวเหนียวมาก กินผักน้อย มีน้ำหนักเกิน/อ้วน ออกกำลังกายน้อย กินเค็ม(ผงชูรส) กินอาหารมัน และกำหนดกิจกรรมวิธีการสื่อสาร ช่องทางสื่อสาร ประเด็นสารการประเมินผล และผู้รับผิดชอบ ส่วนหมู่ 13 ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาต้องการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเสี่ยงคือ น้ำหนักเกิน กินเค็ม กินผงชูรสมาก กินข้าวเหนียวมาก กินผักน้อย ส่วนกลุ่มป่วย เน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การกินอาหาร การออกกำลังกาย การลืมหินยา และการหยุดกินยาเอง และกำหนดกิจกรรมวิธีการสื่อสาร ช่องทางสื่อสาร ประเด็นสารการประเมินผลและผู้รับผิดชอบ ในส่วนของการแก้ปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยในเรื่องการกินยา กิจกรรม และการประเมินผลยังไม่ชัดเจน แม้กลุ่มจะพยายามร่วมกันออกความเห็น

### 3. การพัฒนาด้านแบบการสื่อสารความเสี่ยง

กรอบแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

- 1) องค์ประกอบด้านการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) ประกอบด้วย





- กลุ่มเป้าหมายการประเมินเป็นการประเมินผู้ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในที่นี่ หมายถึง ประชาชนทั่วไปในพื้นที่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว เจ้าหน้าที่ แกนนำชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย

- ประเด็นการประเมิน ได้แก่ บริบทของชุมชน สถานการณ์โรค ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้เรื่อง โรคเบาหวานสาเหตุ ความรุนแรง ปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง ปัญหาอุปสรรคในการจัดการความเสี่ยง ของตนเองและหมู่บ้าน การสื่อสารในหมู่บ้านในแง่ของช่องทางสื่อสาร รูปแบบการสื่อสาร ประเด็นสาร ช่วงเวลาที่เหมาะสม และการบริการ ฯลฯ

- ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินความเสี่ยง เป็นการระบุประเด็นความเสี่ยงและบริบทของ ปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างทางเลือกของมาตรการแก้ไขและการลดปัจจัยเสี่ยง และสุดท้ายสามารถ พัฒนาเป็นรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง

## 2) องค์ประกอบด้านการจัดการความเสี่ยง (Risk management) ประกอบด้วย

- การสร้างความมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการระบุผู้ที่มีส่วนร่วมหลักและผู้ที่มีส่วนร่วมรอง เพื่อเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม (Stakeholder engagement) ในการร่วมคิด วิเคราะห์ และแสวงหาแนวทางในการจัดการความเสี่ยงภายใต้บริบทของชุมชน

- ผลลัพธ์ที่ได้จากการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ การวิเคราะห์ทางเลือก ของรูปแบบการสื่อสาร มาตรการป้องกันแก้ไขและการลดความเสี่ยง นำไปสู่การเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสม เป็น ไปได้มากที่สุดในการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงโดยเฉพาะของประเทศแคนาดา คุณลักษณะสำคัญของกระบวนการนี้อยู่ที่ การสื่อสารสองทางและการโต้ตอบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุก ขั้นตอน (Dialogue-based process) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 7 ดังต่อไปนี้

1. Define the opportunity ระบุโอกาส กลุ่มคน และปัจจัยทางบวก
2. Characterize the situation ทำความเข้าใจสถานการณ์ เกี่ยวกับความเสี่ยง
3. Assess stakeholders perceptions วิเคราะห์การรับรู้ ความคิดเห็น ความเชื่อ วัฒนธรรม และการปฏิบัติของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
4. Assess stakeholder perceive the options ประเมินหาทางเลือกที่หลากหลายของ การสื่อสารความเสี่ยง
5. Develop and pretest strategies, plans and messages วิเคราะห์ สังเคราะห์ และ พัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง

6. Implement risk communication ปฏิบัติการตามแผน

7. Evaluate risk communications effectiveness ประเมินผล

จากการศึกษากระบวนการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงของ Public Health Agency of Canada จึงได้นำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแบบ (Model) ในการพัฒนาเพื่อจัดทำรูปแบบการสื่อสาร ความเสี่ยงเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในชุมชนโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้



## 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ค้นหาหมู่บ้านนำร่องโดยการปรึกษาหารือกับนักวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารในการคัดเลือกหมู่บ้านนำร่อง โดยกำหนดเกณฑ์ว่าต้องเป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเบาหวานมาก และยินดีเข้าร่วมโครงการ

1.2 จัดเตรียมคณะกรรมการโครงการโดยการประชุมคณะกรรมการ เพื่อสร้างความเข้าใจ กระบวนการทำงานโครงการทั้งหมดร่วมกัน

1.3 จัดเตรียมชุมชนในพื้นที่ดำเนินการ โดยเข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลคำอาฮวน รองนายกฯ สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยคำอาฮวนให้รับทราบ/ เข้าใจกระบวนการวัตถุประสงค์การดำเนินงานของโครงการ ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น เพื่อให้เกิดการประสานงานและความร่วมมือที่ดี

1.4 จัดประชุมประชาชน หมู่ 4 และหมู่ 13 หมู่บ้านพรานอัน เพื่อทำความรู้จักชุมชน เปิดตัวโครงการ แจ้งวัตถุประสงค์ของการจัดโครงการ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงาน เพื่อสร้างการยอมรับ ความร่วมมือ ความรู้สึกที่ดีต่อโครงการ มีผู้เข้าประชุมจาก 2 หมู่บ้านรวมทั้งสิ้น จำนวน 92 คน

## 2. ชั้นวิเคราะห์ชุมชน

2.1 การศึกษาบริบทชุมชนและสิ่งแวดล้อม ด้วยการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้อาวุโสในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกสภาเทศบาล และศึกษาจากเอกสารของเทศบาลคำอาฮวน

2.2 การรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ครอบครัว กลุ่มเสี่ยง ประชาชนทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน ทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการออกแบบ จัดทำเครื่องมือ และทำการศึกษาชุมชนเป้าหมายเพื่อสร้างความกระจ่างชัดในมิติต่างๆทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานเช่น ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคาม ความเสี่ยง บริบทของชุมชน การรับรู้ความเสี่ยง ความคิดเห็น ความเชื่อ การจัดการความเสี่ยง การจัดการโรคและการสื่อสารความเสี่ยง

## 3. การยอมรับจากผู้มีส่วนร่วม (Acceptable to stakeholders)

3.1 **ชั้นระบุ Stakeholder** ที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการ เป็นการสร้างความมีส่วนร่วม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม เข้าสู่กระบวนการพัฒนาด้านแบบการสื่อสารความเสี่ยง (Stakeholder Engagement) โดยเริ่มจากผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อน แล้วค่อยๆขยายวงกว้างออกไปสู่ผู้ที่สนใจร่วมโครงการ ให้ครอบคลุมทุกฝ่ายทั้งภาครัฐราชการ ภาคประชาชน และองค์กรเอกชนรวมทั้งสื่อมวลชนท้องถิ่น

3.2 **ชั้นจัดประชุม Stakeholder Engagement (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก)** เป็นขั้นตอนในการแจ้งผลการวิเคราะห์ชุมชน ให้ stakeholder ทราบ เพื่อร่วมกันสร้างมาตรการป้องกัน แก้ไขลดปัจจัยเสี่ยงและการจัดการกับความเสี่ยงของชุมชน ได้ร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของบ้านพรานอัน 2 หมู่บ้าน

3.3 **ชั้นทำเวทีพิจารณา** โดยนำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่ stakeholder จัดทำ นำเสนอกลับสู่ชุมชนโดยจัดทำเวทีชาวบ้านเพื่อชุมชนรับทราบ และปรับแก้ไข ได้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของหมู่บ้านพรานอัน 2 หมู่บ้าน



โดยสรุปต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่มาจากการพัฒนาตามกระบวนการนี้จะมีคุณลักษณะหรือเกณฑ์คุณภาพ 3 ประการได้แก่ การใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based) ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสม (Sound theory and concept) และเป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Acceptable to stakeholder)

### 1. การใช้แนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสม (Sound theory and concept)

แนวคิดและทฤษฎีที่เหมาะสมในการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง เป็นเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดขึ้นเพื่อให้ผู้ดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกสรรแนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมมาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน รวมทั้งแนวปฏิบัติที่มีการใช้งานอยู่แล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศแคนาดาเนื่องจากมีความชัดเจนในขั้นตอนการดำเนินงาน คำนี้ถึงคุณภาพการสื่อสารและดำเนินการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการนี้เป็นอย่างดี

### 2. การทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based)

การศึกษาครั้งนี้ได้นำเอาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จัดเก็บโดยตรงสำหรับการศึกษานี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการดำเนินงาน ข้อมูลเชิงประจักษ์ได้จากการสำรวจชุมชน และการสนทนากลุ่ม และการประชุมร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทำให้เข้าใจ บริบทของชุมชน ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรม การรับรู้ความเสี่ยง ความเชื่อ การปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค เรื่องการสื่อสาร ช่องทางสื่อสาร วิธีการสื่อสารเรื่องสุขภาพ ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน และที่เหมาะสมของประชาชนในหมู่บ้าน

### 3. การยอมรับจากผู้มีส่วนร่วม (Acceptable to stakeholders)

เกณฑ์คุณภาพข้อนี้มีความสำคัญและสะท้อนแนวคิดหลักของการสื่อสารความเสี่ยงอย่างชัดเจน เนื่องจากการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพต้องเกิดจากการร่วมกันแสวงหาปัญหา คิดค้นแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นฉันทามติของชุมชน และร่วมกันดำเนินการโดยผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเสี่ยงและผู้ที่มีหน้าที่จัดการความเสี่ยงต้องดำเนินการและยอมรับแนวปฏิบัติร่วมกัน เกณฑ์ข้อนี้ทำให้เกิดแผนงานการสื่อสารความเสี่ยงที่ได้จากการทำ Stakeholder Engagement นอกจากนี้แผนงานที่ได้ยังนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมเนื่องจากมีผู้รับผิดชอบ และได้ผ่านการตรวจสอบการยอมรับในระดับประชาคม

## สรุปผลการศึกษา

ต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่ได้พัฒนาขึ้นมีเกณฑ์คุณภาพ 3 ประการ อย่างไรก็ตามขั้นตอนที่ได้นำเสนอไว้ยังไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติทั้งหมด ระยะเวลาของการศึกษานี้ เป็นการดำเนินงานเพื่อได้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเฉพาะของหมู่บ้านที่ศึกษาเท่านั้น ในขั้นตอนต่อไปเป็นการนำแผนรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้านที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติจริง และการประเมินผลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนจะเป็นผู้ดำเนินการเอง เป็นผู้ได้รับผลของการกระทำ เป็นผู้ประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งมีการปรับแผนการสื่อสารความเสี่ยงของชุมชนให้เหมาะสมต่อไป โดยเจ้าหน้าที่ต้องปรับบทบาทเป็นเพียงผู้กระตุ้น เอื้ออำนวย หรือเป็นวิทยากรกระบวนการร่วมกับชุมชน และสนับสนุนทางด้านวิชาการ ซึ่งผลของการดำเนินงานขึ้นกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ



## ข้อเสนอแนะต่อการนำต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงไปขยายผล

1. การนำต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงไปขยายผล สามารถนำต้นแบบ (Model) ที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของ 2 หมู่บ้านไปใช้ได้ ส่วนรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของหมู่บ้านพรานอัน ทั้ง 2 หมู่บ้านที่ได้จากการศึกษาเป็นบริบท เฉพาะของ 2 หมู่บ้านนี้เท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้กับหมู่บ้านอื่นได้เพราะบริบทแตกต่างกัน

2. การสื่อสารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่ใช้เวลาและต้องการความละเอียดรอบคอบทุกขั้นตอน ผู้ดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงจึงจำเป็นต้องมีทักษะสำคัญหลายประการ ได้แก่ ทักษะการฟังในลักษณะที่เรียกว่า Active listening มีทักษะการสะท้อนความคิด วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล มีมุมมองที่รอบด้านและไม่ยึดติด สามารถยืดหยุ่นได้ดี จึงจะทำให้การสื่อสารความเสี่ยงประสบความสำเร็จได้ นอกจากนี้ผู้ดำเนินงานควรมีความรู้ทั้งทางจิตวิทยา มานุษยวิทยา และการสื่อสาร การเตรียมความพร้อมผู้ดำเนินงานให้รอบด้านจึงเป็นสิ่งจำเป็น

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีความสำคัญเท่าเทียมกัน และมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยง ดังนั้นการสร้างควมมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นในทุกขั้นตอนจะช่วยให้การสื่อสารความเสี่ยงบรรลุวัตถุประสงค์ได้

4. ช่องว่างระหว่างความรู้ทางสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญกับความรู้หรือการรับรู้ของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญของการทำงานสื่อสารความเสี่ยง การที่จะทำให้อช่องว่างนั้นหมดไปไม่ใช่แค่การทำให้ชาวบ้านรับรู้ในสิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญรู้แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับชาวบ้าน ทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดข้อตกลงร่วมกันในการเปลี่ยนแปลง และดำเนินการร่วมกันในทุกขั้นตอน

5. ความเชื่อถือ ศรัทธา และไว้วางใจเป็นสิ่งที่ต้องสร้างให้เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วม และมีเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน ในทุกขั้นตอนการทำงาน รวมทั้งการสร้างให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมองเห็นศักยภาพตนเอง ใช้ศักยภาพ ทรัพยากร และทุนทางสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดการความเสี่ยง

6. การประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงจำเป็นต้องกำหนดกรอบการประเมินให้ชัดเจนและติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการนำข้อมูลจากการประเมินผลเข้าสู่วงจรการพัฒนาแนวปฏิบัติการสื่อสารความเสี่ยงในโอกาสต่อไป





## เอกสารอ้างอิง

1. เทพ หิมะทองคำ,วัลลา ตันตโยทัย,พงศ่อมร บุนนาค, และคณะ.การทบทวนองค์ความรู้เบาหวาน และ น้ำตาลในเลือดสูง. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2547. หน้า 7.
2. Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications : estimates and projection to the year 2010. Diabet Med 1997; 14:S7-S85
3. International Diabetes Federation. Executive summary. Diabetes Atlas third edition, 2006,p.5-6
4. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547. หน้า 137-142.
5. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและการตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย 2539. หน้า 107-110.
6. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, หน้า 95.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขจำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2545-2549, เข้าถึงได้จาก [http://203.157.19.191/index1\\_info.html](http://203.157.19.191/index1_info.html) [7 มกราคม 2551]
8. Porapakkam Y, Prasartkul P. Cause of death :trend and differential in Thailand. In : New developments in the analysis of mortality and causes of death, 1986 : 207-238
9. สถิติสาธารณสุข. ข้อมูลการตายประชากรไทย 2543-2547. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2547.
10. Skyler JS. Prediction and prevention of type 1 diabetes :progress, problems, and prospects. Clin Pharmacol Therp 2007 ; 81 :768 - 71.
11. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554.กรุงเทพฯ:สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2550. หน้า44-45.
12. ADA. 2004. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus,Diabetes Care 27 (Supplement 1) :S5-S10 (2004) (online),30 ต.ค.2551.Care Diabetes Journals.org/content/vol127/suppl\_1/
13. วรณิ นิธิยานันท์.การป้องกันโรคเบาหวาน.ใน:วรณิ วิทยานันท์,สาธิต วรณแสง,ชัยชาญ ดี โรจน์ วงศ์.สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550, กรุงเทพฯ: วิวัฒนาการพิมพ์, 2550;หน้า 97-103.
14. Swaddiwudhipong W,Mahasakpan P,ChoavakiratipongC,etal.Screening assessment of person 40-59 year of rural Thailand by a mobile health unit. J Med Assoc Thai 1999;82:131-9.

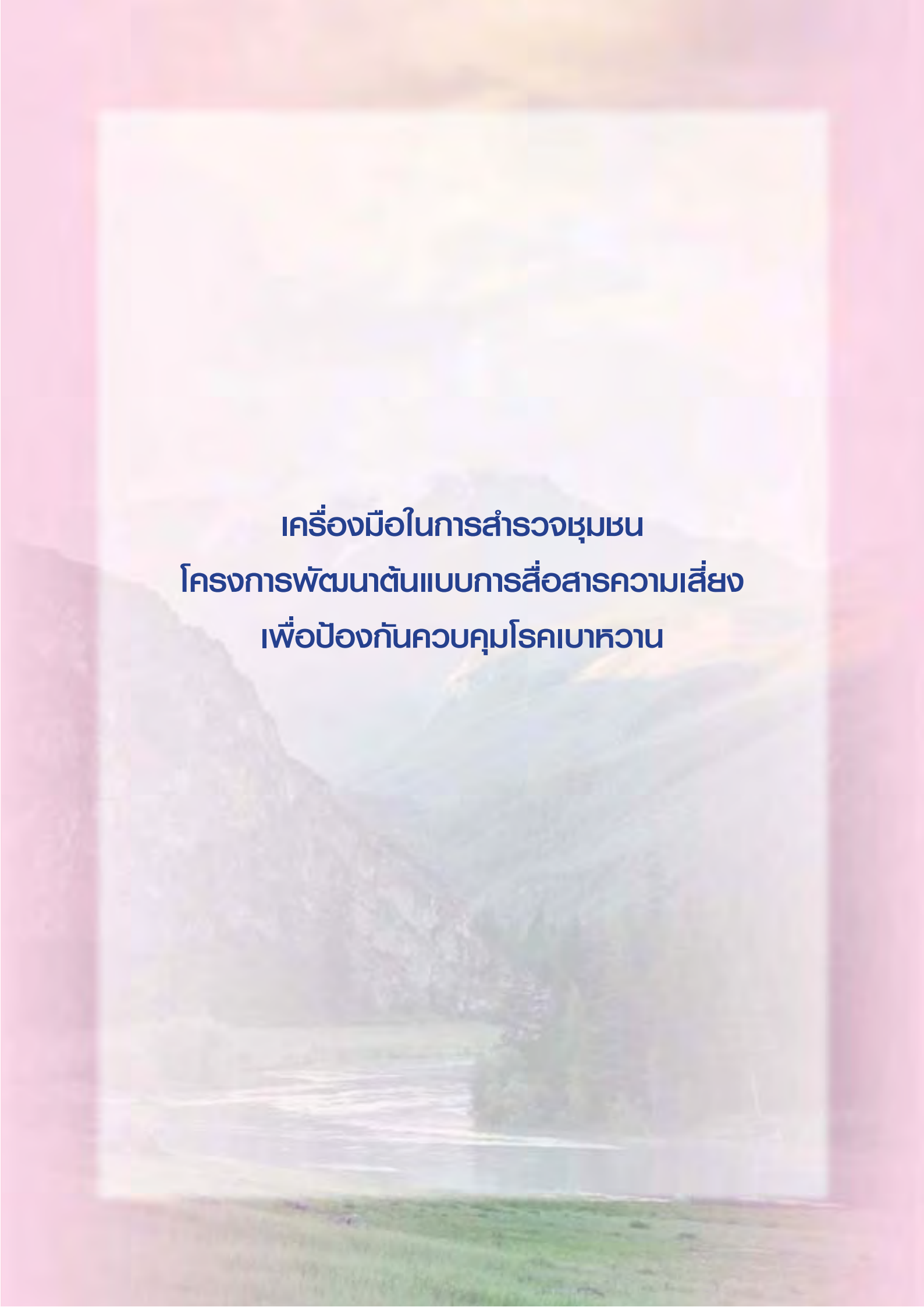
15. Jiamjarasrangsi W, Aekplakorn W. Incidence and predications of type 2 diabetes among professional and office workers in Bangkok, Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2005;88:1896.
16. Aekplakorn W, Bunnag P, Woodward M, et al. A risk score of predicting incident diabetes in the Thai population. *Diabetes Care.* 2006;29:1872-7.
17. Aekplakon W, Stolk RP, Neal B, et al. The prevalence and management of diabetes in Thai adults: the International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia. *Diabetes Care* 2003; 26:2758-63
18. Kosachunhanun N, Mangklabruks A, Jantaraamornkul S, et al. Obesity impaired insulin resistance and cardiovascular risk factors in subjects with and without a family history of type 2 Diabetes. *Chiangmai Med Bull* 2001;40:7-13.
19. เพชร รอดอารีย์ . ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย. ใน: วรรณิ วิทยานันท์, สาทิต วรรณแสง, ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550, กรุงเทพฯ: วัฒนธรรมการพิมพ์, 2550; หน้า 17-31.
20. ธงชัย ประวิทย์ภควัฒน์. ภาระด้านเศรษฐกิจจากโรคเบาหวาน. ใน: วรรณิ วิทยานันท์ , สาทิต วรรณแสง, ชัยชาญ ดี โรจน์วงศ์. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550, กรุงเทพฯ: วัฒนธรรมการพิมพ์, 2550; หน้า 33-37.
21. Pan X, Li G, Hu Y, et al.? Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. *Diabetes Care* 1997;20:537-44.
22. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson J, et al.? Prevention of type 2 diabetes mellitus by change in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance.? *N Eng J Med* 2001;344:1343-50.
23. Diabetes Prevention Program.? Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393-403.
24. บัณฑิต ศรีไพศาล. อุปสงค์ อุปทานและผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. ใน: สมบัติ ตรีประเสริฐสุข. สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา, กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2550; หน้า 10.
25. น้ําอัดลมปี 49: ตลาดในประเทศยังเติบโตแม้มีปัญหารบเร้า. ผู้จัดการ 14 สิงหาคม 2549;
26. จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน. การทบทวนองค์ความรู้และโครงสร้างพื้นฐานของเครือข่ายเพื่อลดความเสี่ยงและภัยต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อในเยาวชน กรณีเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2550; หน้า 24.
27. Public Health Agency Canada. (2007). A Framework for Strategic Risk Communication Within the Context of Health Canada and the PHAC'S Integrated Risk Management. URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/risk-com/index-eng.php>: Accessed Date 15 March 2008.
28. ณัฐยานี ประเสริฐอำไพสกุล, เกษร ลำเกาทอง และชดช้อย วัฒนนะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.



ກາພູນວກ







**เครื่องมือในการสำรวจชุมชน  
โครงการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยง  
เพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน**

## แบบสัมภาษณ์ในการวิจัย

**เรื่อง** การศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงโรคเบาหวาน  
**คำชี้แจง**

1. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจัดบริการเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ชุด

ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2. การสื่อสารสุขภาพ

ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2. พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการ

ส่วนที่ 3. ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ชุดที่ 3 สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2. พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการ

ส่วนที่ 3. ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 4. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเองและโรคเบาหวาน

3. ข้อมูลที่ได้จากคำตอบของท่านจะนำไปใช้เพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้นผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด

4. เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์สูงสุดขอให้ท่านตอบคำถามตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านในละซ้อโดยให้ท่านตอบคำถามเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

คณะผู้วิจัย

รหัสผู้สัมภาษณ์.....





## แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1

### ส่วนที่ 1 คำชี้แจง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ให้ใส่เครื่องหมาย / ใน ( ) ที่ตรงกับผู้ให้สัมภาษณ์ตอบเพียงช่องเดียวเท่านั้น

1. เพศ
  1. ( ) ชาย
  2. ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน
  1. ( ) โสด
  2. ( ) คู่
  3. ( ) หม้าย
  4. ( ) หย่าร้าง
  5. ( ) แยกกันอยู่
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด
  1. ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) อ่านออก
  - ( ) เขียนได้
  2. ( ) ประถมศึกษา ( ) อ่านออก
  - ( ) เขียนได้
  3. ( ) มัธยมศึกษา
  4. ( ) อาชีวศึกษา หรือ อนุปริญญา
  5. ( ) ปริญญาตรีและสูงกว่า
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไรเป็นอาชีพหลัก
  1. ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร
  2. ( ) เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)
  3. ( ) รับจ้าง
  4. ( ) ค้าขาย
  5. ( ) รับราชการ
  6. ( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. ค่าใช้จ่ายในการกินอยู่ของท่านมาจากแหล่งใด
  1. ( ) ตัวเอง
  2. ( ) คู่สมรส
  3. ( ) ลูกหลาน
  4. ( ) อื่นๆ ระบุ.....
7. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวนเท่าไร.....บาท
8. ครอบครัวของท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวนเท่าไร.....บาท
9. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานหรือไม่
  1. ( ) ตรวจ..... ( ) ทราบผลตรวจ การได้รับคำแนะนำ.....
  - ( ) ไม่ทราบผลตรวจ
  2. ( ) ไม่ตรวจ

10. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตหรือไม่

1. ( ) ตรวจ ( ) ทราบผลตรวจ การได้รับคำแนะนำ.....  
 ( ) ไม่ทราบผลตรวจ
2. ( ) ไม่ตรวจ

**ส่วนที่ 2 การสื่อสารสุขภาพ**

1. ในระดับหมู่บ้าน ท่านรับทราบข่าวสารสุขภาพจากแหล่งเหล่านี้บ่อยเพียงใด

แหล่งข่าวสารสุขภาพ	บ่อย (เดือนละ 2 ครั้งขึ้นไป)	นานๆครั้ง (น้อยกว่าเดือนละ 2 ครั้ง)	ไม่เคย
วิทยุ			
โทรทัศน์			
วิทยุชุมชน			
หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น			
หอกระจายข่าว			
ใบปลิว/โปสเตอร์/แผ่นพับ			
เสียงตามสาย			
อสม.			
ญาติพี่น้อง			

แหล่งข่าวสารสุขภาพ	บ่อย (2-3 เดือนต่อครั้ง)	นานๆครั้ง (มากกว่า 3 เดือนต่อครั้ง)	ไม่เคย
แพทย์			
พยาบาล / เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข			

- ถ้าเทียบกับข่าวสารด้านต่างๆ ท่านสนใจข่าวสารทางสุขภาพมากน้อยแค่ไหน  
 ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย
- โดยทั่วไป ท่านได้ยิน ได้ฟัง ได้ชม ข่าวสารทางสุขภาพ ในหมู่บ้านท่าน บ่อยแค่ไหน  
 ( ) บ่อย ( ) นานๆครั้ง ( ) ไม่เคย
- ท่านและคนในหมู่บ้านพูดคุยกันเรื่องการดูแลสุขภาพ บ่อยแค่ไหน  
 ( ) บ่อย ( ) นานๆครั้ง ( ) ไม่เคย
- โดยทั่วไป ข่าวสารทางสุขภาพที่ท่านได้ยิน ได้ฟัง ได้ชม มีความน่าสนใจมากน้อยแค่ไหน  
 ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย
- โดยทั่วไปเมื่อท่านได้ยิน ได้ฟัง ได้ชม ข่าวสารทางสุขภาพ ท่านรู้สึกอย่างไร  
 ( ) สนใจ ( ) เฉยๆ ( ) เบื่อ
- โดยทั่วไปเมื่อท่านได้ยิน ได้ฟัง ได้ชม ข่าวสารทางสุขภาพ ท่านมีความเข้าใจเนื้อหาสาระมากน้อยแค่ไหน  
 ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย



7. โดยทั่วไปเมื่อท่านได้ยิน ได้ฟัง ได้ชม ข่าวสารทางสุขภาพ ท่านนำมาปฏิบัติกับตัวท่านหรือคนในครอบครัว บ่อยแค่ไหน

( ) บ่อย ( ) นานๆ ครั้ง ( ) ไม่เคย

8. ท่านอ่านเอกสารเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บ่อยแค่ไหน

( ) อ่านทุกครั้งที่ได้ ( ) อ่านบางครั้ง ( ) ไม่อ่าน

9. โดยทั่วไปสิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมากน้อยเพียงใด

1. การอ่านออกเขียนได้ของท่าน ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

2. การไม่ใช่ภาษาท้องถิ่น ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

3. ปัญหาด้านการได้ยิน ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

4. ปัญหาด้านสายตา ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

5. ช่วงเวลาของการสื่อสาร ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

6. เนื้อหาเป็นวิชาการ ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

7. ข้อมูลข่าวสารไม่น่าสนใจ ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

8. อื่นๆโปรดระบุ..... ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

..... ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

10. สื่อทางสุขภาพที่ทำให้ท่านเข้าใจข่าวสารและมีความน่าสนใจมากที่สุดเรียง 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1.....

อันดับที่ 2.....

อันดับที่ 3.....

#### การระบุกลุ่มตัวอย่าง

1. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม

2. ส่วนสูง.....ซม.

3. BMI.....

4. เส้นรอบเอว.....ซม.

5. การมีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นโรคเบาหวาน

( ) มี ( ) ไม่มี

6. ความดันโลหิต เท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 mmHg และหรือกินยาลดไขมัน

( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

7. การเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในการศึกษารั้งนี้

(ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ระบุจากข้อมูล ข้อ 3, 4, 5, 6)

( ) ไม่เป็น ใช้แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 2

( ) เป็น ใช้แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 3



รหัสผู้สัมภาษณ์.....  
**แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 2 (กลุ่มประชาชนทั่วไป)**

**ส่วนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน**  
**แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน**

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง โปรดอ่านข้อความให้ละเอียดแล้ว  
 เลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน แล้วกาเครื่องหมาย / ในช่องว่างให้ตรงกับข้อ  
 คำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

**ระดับความคิดเห็น**

- คะแนนระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านมาก หรือเห็นด้วยมาก  
 คะแนนระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านปานกลาง หรือเห็นด้วย  
 ปานกลาง  
 คะแนนระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านน้อย หรือเห็นด้วยน้อย  
 หรือไม่เห็นด้วย

**การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน**

ข้อความ	3 (เห็นด้วย มาก)	2 (เห็นด้วย ปานกลาง)	1 (เห็นด้วย น้อย)
1. คนที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้ รสหวาน มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
2. คนที่ชอบรับประทานอาหารประเภทของทอด กะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
3. การกินข้าวเจ้า / ข้าวเหนียว/ ขนมจีน มากๆในแต่ละมื้อ ทำให้เกิดโรคเบาหวาน			
4. คนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ยาดองเหล้าเบียร์ เป็นประจำ มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
5. คนที่ชอบดื่มเครื่องดื่ม เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ ที่มีรสหวาน มีโอกาสดเกิดเบาหวานได้			
6. คนที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอในแต่ละวัน มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
7. การมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วน ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้			
8. คนที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสดเกิดโรคเบาหวานได้			
9. คนที่มีความดันโลหิตสูง มีโอกาสดเกิดโรคเบาหวานได้			
10. คนที่มีไขมันในเลือดสูง มีโอกาสดเกิดโรคเบาหวานได้			
11. การมีอายุมากขึ้นทำให้มีโอกาสดเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น			



## การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

ข้อความ	3 (เห็นด้วย มาก)	2 (เห็นด้วย ปานกลาง)	1 (เห็นด้วย น้อย)
1. คนที่เป็นเบาหวาน และคุมน้ำตาลไม่ได้ อาจจะทำให้เกิดอาการหมดสติ เป็นอันตรายถึงตายได้			
2. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลไม่ได้ เป็นเวลานานจะทำให้ ให้ออตาเสื่อมอาจถึงตาบอดได้			
3. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีโอกาสเกิด การติดเชื้อที่ระบบต่างๆของร่างกายได้ง่าย เช่น ทางเดินปัสสาวะ อักเสบ ผิวหนังอักเสบ			
4. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เวลาแผล ที่เท้าจะหายยากและมีโอกาสลุกลามมากขึ้นจนถึงตัดขาได้			
5. คนที่เป็นเบาหวานมานานและคุม น้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจทำให้เกิดไตวายได้			
6. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้เวลานาน มีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตายได้			
7. คนที่เป็นเบาหวาน และคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะมีอาการชา ตามมือ ตามเท้า เกิดแผลได้ง่าย			

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการ

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการ  
โปรดอ่านข้อความให้ละเอียดแล้วเลือกตอบให้ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของท่านมากที่สุด  
แล้วกาเครื่องหมาย / ในช่องว่างให้ตรงกับข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

## ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม

คะแนนระดับ 3 หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหรือปฏิบัติเป็นประจำ  
คะแนนระดับ 2 หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบปฏิบัติไม่สม่ำเสมอหรือปฏิบัติเป็นบางครั้ง  
คะแนนระดับ 1 หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย

พฤติกรรม	3 (สม่ำเสมอ)	2 (บางครั้ง)	1 (ไม่ปฏิบัติ)
1. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาหรือในเวลาใกล้เคียงกัน			
2. ท่านรับประทานขนมหวานใส่น้ำตาล เช่น บัวลอย ก๋วยเตี๋ยว บวชชี ข้าวเหนียวทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง ฯลฯ			
3. ท่านรับประทานผลไม้รสหวาน เช่น ทุเรียน ลำไย มะม่วงสุก และผลไม้อื่นๆ ตามความพอใจ			
4. ท่านลดปริมาณอาหารที่มีไขมันสูงได้ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ของทอด แครกหมู แกงกะทิ			
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าวเหนียว ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมปัง ในปริมาณมาก			
6. ท่านรับประทานผักต่างๆมากขึ้น เพื่อจะได้รับประทานอาหารอย่างอื่นให้น้อยลง			
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม เช่น เหล้า เบียร์ ยาดองเหล้า วันละ 2 แก้วขึ้นไป			
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง			
9. ท่านดื่มชา กาแฟ ไมโล โอวัลติน นม น้ำเต้าหู้ ที่มีรสหวาน			
10. ท่านเติมน้ำปลาทุกครั้งที่ใช้บริโภคอาหาร			
11. ท่านบริโภคอาหารประเภทปลาร้า ปลาแดก ปลาต้ม			
12. ท่านรับประทานอาหารอิมเต็มที และไม่กังวลกับน้ำหนักตัว			
13. ท่านบริโภคบะหมี่สำเร็จรูปพร้อมเครื่องปรุง			
14. ท่านมักรับประทานอาหารจุบจิบระหว่างมื้ออาหาร			
15. ท่านเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน ทำงานบ้าน ทำนา ทำไร่ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที			
16. ท่านเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน ทำงานบ้าน ทำนา ทำไร่ สัปดาห์ละ 5 ครั้ง			
17. ท่านเคลื่อนไหวร่างกาย / ออกกำลังกาย จนกระทั่งมีเหงื่อออก หัวใจเต้นแรง			
18. ท่านสูบบุหรี่ / ยาเส้น / ยามวน			





### การจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

1. ถ้าท่านต้องการลดน้ำหนักตัว ท่านจะอย่างไร  
.....
2. ถ้าท่านต้องการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ท่านจะอย่างไร  
.....
3. ถ้าท่านต้องการลดการกินอาหารประเภทแป้ง ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ท่านจะอย่างไร  
.....
4. ถ้าท่านต้องการลดการกินอาหารประเภทไขมัน เช่น ของทอด แกงกะทิ ท่านจะอย่างไร  
.....
5. ถ้าท่านต้องการลดการกินอาหารประเภทรสหวาน ท่านจะอย่างไร  
.....
6. ถ้าท่านต้องการเลิกสูบบุหรี่ ท่านจะอย่างไร  
.....
7. ถ้าท่านต้องการเลิกบุหรี ท่านจะอย่างไร  
.....
8. ถ้าท่านต้องการลดอาหารรสเค็ม ท่านจะอย่างไร  
.....
9. ถ้าท่านต้องการให้มีผักมากขึ้นในอาหารแต่ละมื้อ ท่านจะอย่างไร  
.....

### ส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

#### 1. ความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวาน

ท่านมีความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวานอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. เบาหวานเป็นโรคของคนแก่			
2. ทุกคนเป็นโรคเบาหวานได้			
3. เบาหวานป้องกันไม่ได้			
4. เบาหวานควบคุมได้			

## 2. ความเชื่อต่อสาเหตุการเกิดเบาหวาน

ท่านมีความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวานอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. ความอ้วน			
2. การไม่ดูแลสุขภาพ			
3. การกินแป้งและน้ำตาลมาก			
4. การกินอาหารไขมันมาก			
5. การไม่ออกกำลังกาย			
6. การที่ร่างกายอ่อนเพลีย			
7. การผัดผั			
8. การมีอารมณ์แปรปรวน			
9. ความดันโลหิตสูง			
10. ความผิดปกติที่ตับอ่อน			
11. การทำงานหนัก			
12. การกินเหล้า			
13. การมีบรรพบุรุษเป็นเบาหวาน			
14. การกินเค็ม			
15. การสูบบุหรี่			



รหัสผู้สัมภาษณ์.....  
แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 3 (กลุ่มเสี่ยง)

ส่วนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง โปรดอ่านข้อความให้ละเอียดแล้ว  
เลือกตอบให้ตรงกับความคิดความเห็นของท่าน แล้วกาเครื่องหมาย / ในช่องว่างให้ตรงกับ  
ข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

**ระดับความคิดเห็น**

คะแนนระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านมาก หรือเห็นด้วยมาก

คะแนนระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านปานกลาง หรือ  
เห็นด้วยปานกลาง

คะแนนระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านน้อย หรือเห็น  
ด้วยน้อย หรือไม่เห็นด้วย

**การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน**

ข้อความ	3 (เห็นด้วย มาก)	2 (เห็นด้วย ปานกลาง)	1 (เห็นด้วย น้อย)
1. คนที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้ รสหวาน มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
2. คนที่ชอบรับประทานอาหารประเภทของทอด กะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
3. การกินข้าวเจ้า / ข้าวเหนียว/ ขนมจีน มากๆในแต่ละมื้อ ทำให้เกิดโรคเบาหวาน			
4. คนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ยาแดงเหล้าเบียร์เป็นประจำ มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
5. คนที่ชอบดื่มน้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ ที่มีรสหวาน มีโอกาสเกิดเบาหวานได้			
6. คนที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอในแต่ละวัน มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
7. การมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วน ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้			
8. คนที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
9. คนที่มีความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
10. คนที่มีไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้			
11. การมีอายุมากขึ้นทำให้มีโอกาสดเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น			



**การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน**

ข้อความ	3 (เห็นด้วย มาก)	2 (เห็นด้วย ปานกลาง)	1 (เห็นด้วย น้อย)
1. คนที่เป็นเบาหวาน และคุมน้ำตาลไม่ได้ อาจจะทำให้เกิดอาการหมดสติ เป็นอันตรายถึงตายได้			
2. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลไม่ได้ เป็นเวลานานจะทำให้ จอตาเสื่อมอาจถึงตาบอดได้			
3. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีโอกาสเกิด การติดเชื้ที่ระบบต่างๆของ ร่างกายได้ง่าย เช่น ทางเดิน ปัสสาวะอักเสบ ผิวหนังอักเสบ			
4. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เวลา มีแผล ที่เท้าจะหายยากและมีโอกาสลุกลามมากขึ้นจนถึงตัดขาได้			
5. คนที่เป็นเบาหวานมานานและคุม น้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจทำให้เกิดไตวายได้			
6. คนที่เป็นเบาหวานและคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้เวลานาน มีโอกาasเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตายได้			
7. คนที่เป็นเบาหวาน และคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะมีอาการชา ตามมือ ตามเท้า เกิดแผลได้ง่าย			



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการ

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการ

โปรดอ่านข้อความให้ละเอียดแล้วเลือกตอบให้ตรงกับพฤติกรรมปฏิบัติของท่านมากที่สุด  
แล้วกาเครื่องหมาย / ในช่องว่างให้ตรงกับข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

### ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม

คะแนนระดับ 3 หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหรือปฏิบัติเป็นประจำ

คะแนนระดับ 2 หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบปฏิบัติไม่สม่ำเสมอหรือปฏิบัติเป็นบางครั้ง

คะแนนระดับ 1 หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย

พฤติกรรม	3 (สม่ำเสมอ)	2 (บางครั้ง)	1 (ไม่ปฏิบัติ)
1. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาหรือในเวลาใกล้เคียงกัน			
2. ท่านรับประทานอาหารไขมันในสัตว์ เช่น บัวย่อย กล้วยบวชชี ข้าวเหนียวทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง ฯลฯ			
3. ท่านรับประทานผลไม้รสหวาน เช่น ขนุน ทุเรียน ลำไย มะม่วงสุก และผลไม้อื่นๆ ตามความพอใจ			
4. ท่านลดปริมาณอาหารที่มีไขมันสูงได้ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ของทอด แคบหมู แกงกะทิ			
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าวเหนียวขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมปัง ในปริมาณมาก			
6. ท่านรับประทานอาหารผักต่างๆ มากขึ้น เพื่อจะได้รับประทานอาหารอย่างอื่นให้น้อยลง			
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม เช่น เหล้า เบียร์ ยาแดงเหล้า วันละ 2 แก้วขึ้นไป			
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง			
9. ท่านดื่มชา กาแฟ ไมโล โอวัลติน นม น้ำเต้าหู้ที่มีรสหวาน			
10. ท่านเติมน้ำปลาทุกครั้งทีบริโภคอาหาร			
11. ท่านบริโภคอาหารประเภทปลาร้า ปลาแดก ปลาต้ม			
12. ท่านรับประทานอาหารอิมเต็มที และไม่กังวลกับน้ำหนักตัว			
13. ท่านบริโภคบะหมี่สำเร็จรูปพร้อมเครื่องปรุง			
14. ท่านมักรับประทานอาหารจุกจิบระหว่างมื้ออาหาร			
15. ท่านเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน ทำงานบ้าน ทำนา ทำไร่ ครั้งละ อย่างน้อย 30 นาที			
16. ท่านเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน ทำงานบ้าน ทำนา ทำไร่ สัปดาห์ละ 5 ครั้ง			
17. ท่านเคลื่อนไหวร่างกาย / ออกกำลังกาย จนกระทั่งมีเหงื่อออก หัวใจเต้นแรง			
18. ท่านสูบบุหรี่ / ยาเส้น / ยามวน			

**การจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง**

1. ถ้าท่านต้องการลดน้ำหนักตัว ท่านจะอย่างไร  
.....
2. ถ้าท่านต้องการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ท่านจะอย่างไร  
.....
3. ถ้าท่านต้องการลดการกินอาหารประเภทแป้ง ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ท่านจะอย่างไร  
.....
4. ถ้าท่านต้องการลดการกินอาหารประเภทไขมัน เช่น ของทอด แกงกะทิ ท่านจะอย่างไร  
.....
5. ถ้าท่านต้องการลดการกินอาหารประเภทรสหวาน ท่านจะอย่างไร  
.....
6. ถ้าท่านต้องการเลิกสูบบุหรี่ ท่านจะอย่างไร  
.....
7. ถ้าท่านต้องการเลิกบุหรี ท่านจะอย่างไร  
.....
8. ถ้าท่านต้องการลดอาหารรสเค็ม ท่านจะอย่างไร  
.....
9. ถ้าท่านต้องการให้มีผักมากขึ้นในอาหารแต่ละมื้อ ท่านจะอย่างไร  
.....

**ส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน**

**1. ความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวาน**

ท่านมีความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวานอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. เบาหวานเป็นโรคของคนแก่			
2. ทุกคนเป็นโรคเบาหวานได้			
3. เบาหวานป้องกันไม่ได้			
4. เบาหวานควบคุมได้			



## 2. ความเชื่อต่อสาเหตุการเกิดเบาหวาน

ท่านมีความเชื่อต่อธรรมชาติของโรคเบาหวานอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. ความอ้วน			
2. การไม่ดูแลสุขภาพ			
3. การกินแป้งและน้ำตาลมาก			
4. การกินอาหารไขมันมาก			
5. การไม่ออกกำลังกาย			
6. การที่ร่างกายอ่อนเพลีย			
7. การผัดผิ			
8. การมีอารมณ์แปรปรวน			
9. ความดันโลหิตสูง			
10. ความผิดปกติที่ตับอ่อน			
11. การทำงานหนัก			
12. การกินเหล้า			
13. การมีบรรพบุรุษเป็นเบาหวาน			
14. การกินเค็ม			
15. การสูบบุหรี่			

## ผลการประกวดคำขวัญ

### หมู่ 4 บ้านพรานอิน อ.เมือง จ.มุกดาหาร

รางวัลที่ 1 จำนวน 2 รางวัล  
นางเบา ชาธิพา  
กินข้าวเหนียวให้น้อยๆ ค่อยๆ ออกกำลังกายลดพุง  
กินผักต่างๆตามบ้านทุ่ง นะจ๊ะป้าลุงช่วยลดเบาหวาน  
นางพัชฉณี ชาธิพา  
กินข้าวเหนียวลีๆ ทำให้มีเบาหวาน  
กินผักไปนานนาน เบาหวานจะไม่มี  
ออกกำลังกายด้วยยิ่งดี ไม่มีเบาหวานไม่มีพุง

#### รางวัลชมเชย

นายสมศักดิ์ ชาธิพา  
ลดข้าวเหนียววันละนิด เพื่อพิชิตเบาหวาน  
ต่อต้านความอ้วน เราควรกินผัก  
เพื่อให้ลูกหลับ ต้องรักออกกำลังกาย

### หมู่ที่ 13 บ้านพรานอิน อ.เมือง จ.มุกดาหาร

รางวัลที่ 1  
นายวันตา ชาธิพา  
กินข้าวเหนียวน้อยลง ระวังค้กินผัก ปราศจากโรคเบาหวาน

รางวัลชมเชย จำนวน 2 รางวัล  
น.ส. ศรัญญา ชาธิพา  
กินผักผลไม้ ใส่ใจสุขภาพ เป็นลาภอันประเสริฐ ก่อเกิดภูมิคุ้มกัน ป้องกันโรคเบาหวาน

นายธีระศักดิ์ ชาธิพา  
ไม่กลัวโรคอ้วน เบาหวานไม่กวน เชิญชวนกินผัก



ภาพกิจกรรม





## ภาพกิจกรรม

### เตรียมความพร้อม



### เตรียมชุมชน



### การวิเคราะห์ชุมชน/โครงสร้าง/บริบท หมู่ 13 บ้านพรานอัน





### ภาพกิจกรรม (ต่อ)

การวิเคราะห์ชุมชน/โครงสร้าง/บริบท หมู่ 13 บ้านพรานอัน



การวิเคราะห์ชุมชน/โครงสร้าง/บริบท หมู่ 4 บ้านพรานอัน







**สำนักโรคไม่ติดต่อ  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข**