

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค: กรณีศึกษาบ้านดินลาน หมู่ที่ 15 ตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา มี 6 ประเด็นที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวาน
  - 1.1 สถานการณ์โรคเบาหวาน
  - 1.2 ความรู้โรคเบาหวาน ได้แก่ ประเภทของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค การรักษาโรค และแนวทางการป้องกันโรค
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
  - 2.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
  - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม
  - 4.1 ความหมายของกระบวนการกลุ่ม
  - 4.2 กิจกรรมที่ใช้ในกระบวนการกลุ่ม
  - 4.3 ปัจจัยที่นำสู่ความสำเร็จของการใช้กระบวนการกลุ่ม
5. กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
  - 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจโรคเบาหวาน

### 1. โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดจากความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ซึ่งอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ผลิตโดยตับอ่อน ทำหน้าที่ช่วยนำน้ำตาล

หรือกลูโคสในเลือดจากอาหารประเภทแป้ง โดยจะเข้าสู่เซลล์ทั่วร่างกาย เพื่อเผาผลาญให้เป็นพลังงานสำหรับหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่ดื่บอ่อนผลิตฮอร์โมนได้น้อยหรือไม่ได้เลย หรือผลิตได้ปกติ แต่ประสิทธิภาพอินซูลินลดลง เรียกว่าภาวะดื้อต่ออินซูลิน เมื่อขาดอินซูลินหรืออินซูลินทำหน้าที่ไม่ได้ น้ำตาลในเลือดจึงเข้าสู่เซลล์ต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลก็ถูกขับออกมาทางปัสสาวะ เรียกว่าเบาหวาน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551: 777)

การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานครั้งนี้ จึงประกอบด้วยสถานการณ์โรคเบาหวาน ประเภทของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน อาการแสดงของโรคเบาหวาน การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวาน และแนวทางการป้องกันโรค ดังต่อไปนี้

### 1.1 สถานการณ์โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นที่ยุ้่นเคยกันดีในประชากรไทย การป้องกันโรคเบาหวานในประชากรทั่วไปเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องวางแผนจัดทำโครงการต่าง ๆ เพื่อให้คนไทยทุกคนมีความตระหนัก และเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งหนึ่งที่ทำให้คนไทยเกิดความกลัว และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้คือ สถานการณ์การป่วย การตาย เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์นั้น หากให้ข้อมูลในสภาวะที่ยังอยู่ในความปกติก็มักไม่สนใจไม่ใส่ใจ แต่ถ้าเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความตาย ความทุกข์ทรมานนั้น ส่วนใหญ่จะสามารถชักจูงให้รับรู้ เกิดความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างได้ เพื่อความมีสุขภาพดีของตนเอง (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2548: 826) สำหรับการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคเบาหวานครั้งนี้ ประกอบด้วย สถานการณ์โรคเบาหวานในต่างประเทศ สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย และสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดสงขลา ดังต่อไปนี้

#### 1.1.1 สถานการณ์โรคเบาหวานในต่างประเทศ

สืบเนื่องมาจากความก้าวหน้าของโลกยุคโลกาภิวัตน์ และอิทธิพลทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชากรทั่วโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคเบาหวานในต่างประเทศ (ขวัญชัย เกิดบางนอน, 2546: 379-380; World Health Organization, 2005: 9) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1) อัตราความชุก(Prevalence Rate) ในประเทศสหรัฐอเมริการะหว่างปี พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2539 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอีก 2 ล้าน 7 แสนคน โดยอัตราความชุกที่ปรับโครงสร้างอายุ เพิ่มขึ้นร้อยละ 19 และเฉพาะในปี พ.ศ. 2539 มีรายงานว่าชาวสหรัฐอเมริกาเป็นโรคเบาหวานจำนวน 8 ล้าน 5 แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.2 ของ

ประชากรสหรัฐอเมริกาทั้งหมด เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างชนผิวดำและชนผิวขาวแล้วพบว่า ประชากรผิวดำมีอัตราการความชุกของโรคเบาหวานสูงกว่าประชากรผิวขาว และกลุ่มผู้หญิงผิวดำเป็นกลุ่มที่มีอัตราการความชุกสูงสุด โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป และเมื่อพิจารณาในแง่ภูมิศาสตร์แล้ว พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในรัฐแถบตะวันตกของประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นกลุ่มที่มีอัตราการความชุกของโรคเบาหวานน้อยที่สุด สำหรับประเทศในแถบเอเชียพบว่า ทวีปเอเชียเป็นทวีปที่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดของโลกถึงร้อยละ 60 จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก อัตราการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาสั้นๆ ในปี พ.ศ. 2548 พบผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 90 ล้านคน ได้แก่ ประเทศอินเดีย, จีน, ปากีสถาน และญี่ปุ่น จำนวน 33, 23, 9, 7 ล้านคนตามลำดับ และยังคงกระจายอยู่ในประเทศต่างๆ อีกกว่า 12 ล้านคน และในปี พ.ศ.2550 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 110 ล้านคน ซึ่งประเทศอินเดียยังคงเป็นประเทศที่มีผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดในเอเชีย นอกจากนี้ยังพบว่า การมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การตั้งครรภ์ และความยากจน อาจนำไปสู่การระบาดของโรคเบาหวานได้

2) อัตราการตาย (Mortality Rate) โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของการตายลำดับที่ 7 ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยชนกลุ่มน้อย และผู้สูงอายุชาวอเมริกันเป็นกลุ่มที่มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานสูงสุด เพศชายมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานสูงกว่าเพศหญิง กลุ่มชนพื้นเมือง อินเดียแดง กลุ่มผิวดำ และกลุ่มเชื้อสายHispanic เป็นกลุ่มที่มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานสูงกว่าชาวผิวขาว นอกจากนี้ อัตราตายในทุกกลุ่มอายุ และชาติพันธุ์ยังเพิ่มสูงขึ้นตามวัยอีกด้วย เมื่อพิจารณาเฉพาะอัตราป่วยตายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มลดลง

#### 1.1.2 สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย

ในการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยครั้งนี้ (กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552: ย่อหน้าที่ 1-2) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) อัตราความชุก สถานการณ์ในประเทศไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่ม สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยในปีพ.ศ. 2528, พ.ศ. 2537, พ.ศ. 2540, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 คิดเป็นร้อยละ 33.3, 91.0, 148.7, 277.71 และ 380.7 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548: 201) และในปีพ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 388,551 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 675.74 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดที่มีผู้ป่วยมากที่สุด คืออ่างทอง อัตราป่วยเท่ากับ 1,343.20 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ เลย อัตราป่วยเท่ากับ 1,192.74 ต่อประชากรแสนคน และยโสธร อัตราป่วยเท่ากับ 1,154.22 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552: ย่อหน้าที่ 2) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551

ลำดับที่	เขต	จังหวัด	ปี 2551	
			จำนวน	อัตรา
		ทั่วประเทศ	388,551	675.74
1	1	อ่างทอง	3,823	1,343.20
2	6	เลย	7,359	1,192.74
3	7	ยโสธร	6,226	1,154.22
4	4	นครปฐม	9,643	1,151.70
5	4	สมุทรสงคราม	2,180	1,122.94
6	10	แพร่	5,198	1,118.63
7	4	สมุทรสาคร	5,242	1,105.81
8	2	สิงห์บุรี	2,299	1,066.32
9	4	สุพรรณบุรี	8,697	1,031.01
10	3	ตราด	2,198	993.74

ที่มา: กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552

2) อัตราการตาย ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 7,725 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 12.22 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดที่มีอัตราตายมากที่สุด คือ กาฬสินธุ์ อัตราตายเท่ากับ 32.51 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ ขอนแก่น อัตราตายเท่ากับ 30.38 ต่อประชากรแสนคน และร้อยเอ็ด อัตราตายเท่ากับ 28.52 ต่อประชากรแสนคน

ตาราง 2 แสดงจำนวนและอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551

ลำดับที่	เขต	ลำดับ/จังหวัด	ปี 2551	
			จำนวน	อัตรา
		ทั่วประเทศ	7,725	12.22
1	7	กาฬสินธุ์	318	32.51
2	6	ขอนแก่น	533	30.38
3	6	ร้อยเอ็ด	373	28.52
4	6	หนองบัวลำภู	135	27.08
5	6	มหาสารคาม	248	26.48
6	5	ชัยภูมิ	281	25.06
7	7	ยโสธร	134	24.84
8	6	อุดรธานี	375	24.46
9	7	อุบลราชธานี	427	23.85
10	6	หนองคาย	191	21.11

ที่มา: กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายรายโรคตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายหลักในเพศหญิงอายุ 45 ปีขึ้นไป และจากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY loss) เป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหา พบว่า ในปี พ.ศ. 2542 โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงโดยมีการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคเบาหวานในเพศชายเป็นอันดับที่ 5 และอันดับที่ 3 ในเพศหญิง (กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552: ย่อนหน้าที่ 4)

ตาราง 3 แสดงสาเหตุการตายรายโรคตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ	สาเหตุการตายหลัก	
	ชาย	หญิง
ต่ำกว่า 1 ปี	คลอดก่อนกำหนด คลอดน้ำหนักน้อย ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสโลหิต	คลอดก่อนกำหนด คลอดน้ำหนักน้อย หัวใจพิการแต่กำเนิด ปอดอักเสบ
1-4 ปี	อุบัติเหตุจมน้ำ ปอดอักเสบ	อุบัติเหตุจมน้ำ ปอดอักเสบ
5 – 14 ปี	อุบัติเหตุจมน้ำ อุบัติเหตุจากรถทางบก	อุบัติเหตุจมน้ำ อุบัติเหตุจากรถทางบก
15 – 24 ปี	อุบัติเหตุจากรถทางบก ติดเชื้อเอชไอวี ฆ่าตัวตาย	อุบัติเหตุจากรถทางบก ติดเชื้อเอชไอวี ฆ่าตัวตาย
25 – 44 ปี	อุบัติเหตุจากรถทางบก ติดเชื้อเอชไอวี ฆ่าตัวตาย	อุบัติเหตุจากรถทางบก ติดเชื้อเอชไอวี ฆ่าตัวตาย
45 – 59 ปี	มะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคหลอดเลือดสมอง	มะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน
60 – 74 ปี	มะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็งตับและท่อน้ำดี
75 ปีขึ้นไป	โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด	โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, 2548: 178

ตาราง 4 แสดงโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs Loss) ในประเทศไทย พ.ศ.2542 จำแนกตามเพศ

อันดับ	ชาย		หญิง	
	โรค	DALYs (ร้อยละ)	โรค	DALYs (ร้อยละ)
1	เอดส์	17	เอดส์	9
2	อุบัติเหตุจราจร	9	หลอดเลือดสมอง	7
3	หลอดเลือดสมอง	5	เบาหวาน	7
4	มะเร็งตับ	5	โรคมึนเศร้า	4
5	เบาหวาน	3	มะเร็งตับ	3
6	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	3	ห้วเช่าเสื่อม	3
7	ถุงลมโป่งพอง	3	อุบัติเหตุจราจร	3
8	ถูกทำร้าย ถูกฆาตกรรม	3	โลหิตจาง	3
9	ฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง	3	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	3
10	ยาเสพติด	2	ต้อกระจก	2

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, 2548: 178

#### สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดสงขลา

ในการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดสงขลา ครั้งนี้ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) อัตราความชุก (Prevalence Rate) พบผู้ป่วยในปีพ.ศ. 2544, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และพ.ศ. 2551 คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 264.87, 308.51, 317.83, 359.14, 420.83, 500.17, 584.01 และ 598.94 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดสงขลามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเปรียบเทียบภายในเขต 12 พบว่า ในปี พ.ศ. 2551 จังหวัดสงขลาที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากเป็นลำดับที่ 3 รองจากจังหวัดตรัง และสตูล (กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2552: ย่อน้ำที่ 2)

ตาราง 5 แสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานในเขต 12 พ.ศ. 2548 - 2551

จังหวัด	ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
สงขลา	5,437	420.83	6,552	500.17	7,716	584.01	7,968	598.94
พัทลุง	1,984	397.28	2,828	563.45	3,197	635.66	3,649	724.23
ตรัง	3,078	513.80	3,803	628.86	4,595	754.65	5,086	830.23
สตูล	1,235	447.94	1,334	476.93	1,374	485.49	1,409	491.89
ยะลา	1,879	406.71	1,955	419.36	2,257	480.75	2,442	516.16
ปัตตานี	2,216	350.57	2,202	346.74	2,093	328.69	2,755	430.48
นราธิวาส	1,939	278.13	1,964	279.04	1,743	245.72	2,930	409.38

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2552: ย่อหน้าที่ 1

2) อัตราการตาย พบว่าในปีพ.ศ. 2544, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และพ.ศ. 2551 คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 14.67, 13.01, 12.71, 7.76, 8.13, 6.6, 7.19 และ 6.54 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดสงขลามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเปรียบเทียบกับภายในเขต 12 พบว่า ในปี พ.ศ. 2551 จังหวัดสงขลามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานในลำดับสุดท้าย (กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2552: ย่อหน้าที่ 4) ดังตาราง 6



ตาราง 6 แสดงจำนวนและอัตราตายในด้วยโรคเบาหวานในเขต 12 พ.ศ. 2548 - 2551

จังหวัด	ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
สงขลา	105	8.13	87	6.60	95	7.19	87	6.54
พัทลุง	46	9.21	53	10.53	53	10.54	56	11.11
ตรัง	27	4.51	27	4.44	27	4.43	46	7.51
สตูล	19	6.89	16	5.68	12	4.24	20	6.98
ยะลา	46	9.96	55	11.75	41	8.73	58	12.26
ปัตตานี	99	15.66	84	13.21	103	16.18	85	13.28
นราธิวาส	95	13.66	107	15.13	82	11.56	110	15.37

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2552: ย่อน้ำที่ 1

จากการทบทวนสถานการณ์โรคเบาหวานในต่างประเทศ ประเทศไทย และจังหวัดสงขลา สามารถสรุปได้ว่า ปัจจุบันสถานการณ์โรคเบาหวานอยู่ในภาวะวิกฤติ จึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งการพัฒนาศักยภาพและทักษะใหม่ๆให้แก่ประชาชน เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนในการป้องกันโรคเบาหวานต่อไป

## 1.2 ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานจำแนกตามสาเหตุ พยาธิสภาพ ความรุนแรงได้ 3 ประเภท (World Health Organization , 2010: ย่อน้ำที่ 1; ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2549: 15-18; เทพ หิมะทองคำ, 2550: 38-42) คือ

1.2.1 โรคเบาหวานประเภทที่ 1 (Type 1 diabetes) เป็นภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลิน เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ เมื่อไม่มีอินซูลินร่างกายก็ไม่สามารถจะนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เกิดอาการปัสสาวะบ่อยและจำนวนมาก คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจะมีการสลายไขมันและโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานทดแทน ในกระบวนการสลายไขมันจะได้สารคีโตนที่เป็นกรดเป็นพิษต่อร่างกาย การขาดอินซูลินทำให้เกิดการสลายไขมันในอัตราที่รวดเร็วทำให้เกิดสารคีโตนมากขึ้น กลายเป็นภาวะการคั่งในเลือดจาก

สารคีโตน (Diabetic ketoacidosis : DKA) เมื่อหายใจออกมาจะมีกลิ่นเหมือนผลไม้ หอบลึก ชีพจรเต้นเร็ว ผิวหนังแห้งและอุ่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ความรู้สึกตัวลดต่ำลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะหมดสติ ซึ่งมักเป็นอย่างรุนแรงและเกิดขึ้นกะทันหัน

1.2.2 โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Type 2 diabetes) มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานชนิดนี้ได้มาก อาการที่เกิดขึ้นมีตั้งแต่ไม่แสดงอาการเลยหรือมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจนถึงขั้นแสดงอาการอย่างรุนแรง ตับอ่อนสามารถผลิตอินซูลินได้ตามปกติ แต่อินซูลินที่มีอยู่ออกฤทธิ์ได้ไม่ดีจึงไม่ถึงกับขาดอินซูลินไปโดยสิ้นเชิงเหมือนคนที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ผู้ป่วยจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน ในคนอ้วนอินซูลินจะออกฤทธิ์ได้น้อยกว่าปกติจึงเป็นเหตุให้คนอ้วนเป็นโรคเบาหวานประเภทนี้มาก ดังนั้นจึงสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคเบาหวานประเภทที่ 1 และเบาหวานประเภทที่ 2 ดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของเบาหวานประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2

	เบาหวานประเภทที่ 1	เบาหวานประเภทที่ 2
กลุ่มอายุ	มักเกิดในคนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี	มักเกิดในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี
น้ำหนักตัว	ผอม	อ้วน
การทำงานของตับอ่อน	ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ หรือผลิตได้เพียงเล็กน้อย	ยังสามารถผลิตอินซูลินได้บ้างหรือเป็นปกติแต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง
อาการแรกพบ	มักเกิดอาการรุนแรง	อาจมีอาการเล็กน้อย หรือไม่มีอาการ
การรักษา	จำเป็นต้องใช้อินซูลินฉีด	อาจควบคุมอาหารอย่างเดียวโดยไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลินหรือใช้ยารับประทาน หรือบางรายอาจต้องฉีดอินซูลินด้วย

ที่มา: เทพ หิมะทองคำ, 2550: 38

1.2.3 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์รกสร้างฮอร์โมนหลายชนิดซึ่งเข้าไปในร่างกายหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เป็นเหตุให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนกลายเป็นเบาหวานได้ หลังคลอดระดับน้ำตาลในเลือดมารดามักกลับสู่ปกติ หญิงกลุ่มนี้อาจคลอด

ทารกน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4 กิโลกรัม มักเป็นเบาหวานซ้ำอีกเมื่อตั้งครรภ์ใหม่ และมีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานเรื้อรังในระยะยาว

### 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน

การเกิดโรคเบาหวานมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีสาเหตุเกิดจากยีนเบาหวานที่ถ่ายทอดสืบต่อกันผ่านโครโมโซมในนิวเคลียสของเซลล์ ซึ่งก็คือการมีญาติสายตรง และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและวิถีชีวิตของบุคคลที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ (พงศอมร บุญนาค, 2542: 4-10) โดยรายละเอียดการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานครั้งนี้นำเสนอเฉพาะสาเหตุที่เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเท่านั้น ได้แก่

1.3.1 ความอ้วน ดัชนีความหนาของร่างกายมีความสัมพันธ์โดยตรงกับโอกาสเกิดโรคเบาหวาน การกระจายของไขมันในหน้าท้อง หรือภาวะอ้วนลงพุง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนการรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ใช้น้ำหนักตัวเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าภาวะสุขภาพดีหรือไม่ วิธีที่ง่ายและดีที่สุด คือ การใช้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) ซึ่งมีสูตรและการแปลผล คือ ดัชนีมวลกาย = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) / ส่วนสูง<sup>2</sup> (เมตร) ถ้ามีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป แสดงว่าบุคคลมีน้ำหนักตัวเกิน และถือว่าอ้วน หากมีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป (World Health Organization, 2006: ย่อหน้าที่ 1) รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงการแปลผลดัชนีมวลกาย

การแปลผล	ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม)/ส่วนสูง <sup>2</sup> (เมตร)	
	จุดตัดหลัก	จุดตัดเพิ่มเติม
ผอม	<18.50	<18.50
ผอมมาก	<16.00	<16.00
ผอมปานกลาง	16.00-16.99	16.00-16.99
เริ่มผอม	17.00-18.49	17.00-18.49
ปกติ	18.50-24.99	18.50-22.99
		23.00-24.99
น้ำหนักตัวเกิน	≥ 25.00	≥ 25.00
เริ่มอ้วน	25.00-29.99	25.00-27.49
		27.50-29.99
อ้วน	≥ 30.00	≥ 30.00
		30.00-32.49
อ้วนระดับ 1	30.00 – 34.99	32.50-34.99
		35.00-37.49
อ้วนระดับ 2	35.00-39.99	37.50-39.99
		≥ 40.00
อ้วนระดับ 3	≥ 40.00	≥ 40.00

ที่มา : World Health Organization, 2006: ย่อหน้าที่ 1

1.3.2 การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น ในผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานลดลง 2-3 เท่า

1.3.3 อาหาร การบริโภคไขมันอิ่มตัวในปริมาณมาก และการบริโภคปริมาณเส้นใยอาหารที่ไม่เพียงพอ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้

1.3.4 ความเครียด ภาวะเครียดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นได้ สำหรับภาวะเครียดทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานยังไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าจะจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

1.3.5 ยา มียาหลายชนิดที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด โดยอาจเป็นผลต่อดัชนีมวลกายให้หลังอินซูลินได้น้อยลง อาจเป็นผลต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลินก็ได้ ยาที่สำคัญและมีโอกาสพบ

บ่อย คือ ยาลดความดันโลหิตบางชนิด โดยเฉพาะยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิด ดังนั้นจึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา อย่างไรก็ตาม ระดับน้ำตาลที่ผิดปกติมักดีขึ้นได้หลังจากหยุดยาเหล่านี้

1.3.6 อายุ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอย รวมทั้งตับอ่อนที่มีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินแย่ง ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานได้

1.3.7 การตั้งครรภ์ของสตรี รกจะสังเคราะห์ฮอร์โมนขึ้นใหม่หลายชนิด บางชนิดมีผลในการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการถ่ายทอดยีนโรคเบาหวานมาจากพ่อแม่ด้วย จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเกิดโรคเบาหวานมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม คือ ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ความเครียด การใช้ยา อายุ และการตั้งครรภ์ในสตรี

#### 1.4 อาการแสดงของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานมีอาการแสดงที่เป็นผลมาจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งคนที่มีอาการผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ (สาธิต วรรณแสง, 2536: 15-16) คือ

1.4.1 ปัสสาวะบ่อยและมีน้ำปัสสาวะมากกว่าปกติ อาจสังเกตว่ามดขึ้น เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกิดขีดจำกัดของไต ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะทำให้แรงดันของปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไตจึงไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ผู้ป่วยจึงขับปัสสาวะมากและบ่อยครั้ง

1.4.2 หิวน้ำบ่อยและดื่มน้ำมาก เพราะปัสสาวะออกมามาก จึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ทำให้มีการกระหายน้ำมากดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก

1.4.3 อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานในร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อ ร่วมกับการขาดน้ำหนักตัวจึงลดอย่างรวดเร็ว

1.4.4 คนที่เป็นเบาหวานอาจเป็นฝีบ่อย โดยเฉพาะฝีฝีกบัว

1.4.5 บางคนมีอาการคันตามตัวไม่ทราบสาเหตุ หรือคันที่ช่องคลอดมาก ๆ

1.4.6 ตามัวลงหรือต้องเปลี่ยนแว่นสายตาทบ่อย ๆ

1.4.7 ปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้า

## 1.5 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยสำหรับบุคคลที่มีอาการของโรคเบาหวาน หรือไม่มีอาการแต่ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ หรือน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หรือเป็นผู้เสี่ยงต่อโรคนี้ ควรส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย (สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ, 2551: 782) โดยแบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่

1.5.1 กรณีผู้ป่วยไม่มีอาการแสดง ควรวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะที่แขน หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose : FPG) ซึ่งสามารถแปลผลได้ดังนี้

1) ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมีค่าต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าปกติ

2) ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมีค่าเท่ากับ 100 - 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าเป็นระดับน้ำตาลสูงผิดปกติ (impaired fasting glucose: IFG) เรียกว่า ภาวะเบาหวานแฝง (prediabetes) ควรตรวจยืนยันด้วยการทดสอบความทนต่อน้ำตาล (oral glucose tolerance test: OGTT)

3) ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมีค่าตั้งแต่ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ขึ้นไป หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มกลูโคส 2 ชั่วโมงมีค่าตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ขึ้นไป ให้สงสัยว่าอาจเป็นเบาหวาน ควรทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำอีกครั้งในวันหลัง ถ้ายังมีค่าสูงอยู่ในระดับดังกล่าวอีกก็วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

1.5.2 กรณีผู้ป่วยมีอาการชัดเจน เช่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย ควรตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบตรวจตามสะดวก คือ ตรวจได้ทันทีไม่ว่าจะเป็นช่วงเวลาใด ถ้าพบว่ามีค่าตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ถือว่าเป็นเบาหวาน

สรุปได้ว่าการวินิจฉัยโรคเบาหวานนั้น แบ่งได้เป็น 2 กรณี คือกรณีผู้ป่วยไม่มีอาการแสดง ใช้การวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะที่แขน หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ถ้ามีค่าตั้งแต่ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ถือว่าเป็นเบาหวาน ส่วนกรณีผู้ป่วยมีอาการชัดเจน สามารถวัดระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามสะดวก ไม่เลือกช่วงเวลา หากมีค่าตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ถือว่าเป็นเบาหวาน

## 1.6 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน มักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่ละเลย ขาดการรักษา หรือดูแลรักษาไม่ถูกต้อง การควบคุมโรคเบาหวานให้ดีและดูแลตนเองให้ถูกต้องจะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้นให้ช้าลงหรือโรคแทรกซ้อนบางอย่างอาจป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้เลย นอกจากนี้ การเกิดโรคแทรกซ้อนยังขึ้นกับ

พันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วน เป็นต้น ในที่นี้ขอกล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อย (เทพ หิมะทองคำ, 2550: 43-51) คือ ได้แก่

1.6.1 ภาวะหมดสติจากเบาหวาน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและรุนแรง หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันการณ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ สาเหตุที่พบบ่อย คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มักเกิดจากผู้ป่วยใช้ยาเบาหวานเกินขนาด อดอาหาร กินอาหารน้อยไป ผู้ป่วยจะมีอาการมือไม้สั่น หิว อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ถ้าผู้ป่วยรีบกินน้ำหวานจะช่วยให้ทุเลาภายในเวลาอันสั้น หากไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการจากรโรเกร็ง ชักเกร็ง ไม่ค่อยรู้สึกตัว นอกจากนี้ ภาวะหมดสติจากเบาหวาน อาจเกิดจากสาเหตุอื่น ได้แก่ ภาวะคีโตแอซิโดซิส ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง เป็นต้น

1.6.2 การติดเชื้อ ผู้ป่วยเบาหวานจะเป็นโรคติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เช่น ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ กลาก ช่องคลอดอักเสบ เท้าเป็นแผลติดเชื้อเรื้อรัง เป็นต้น

1.6.3 ภาวะแทรกซ้อนของตา เกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่มาเลี้ยงจอประสาทตาแบบค่อยเป็นค่อยไปในระยะแรกผู้ป่วยจะรู้สึกผิดปกติ จนกระทั่งเป็นมากจะเกิดอาการตามัว ตาบอดได้ ซึ่งในปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดตาบอดมากที่สุด ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสตาบอดสูงเป็น 20 เท่าของคนปกติ ดังนั้นจึงควรพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจเช็คตาปีละครั้ง

ต่อกระจก เป็นภาวะที่เลนส์ของลูกตาคุ่นมัวลงทำให้การมองเห็นลดลงหรือมองไม่เห็นเลย ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดีจะทำให้เกิดต่อกระจกได้เร็วขึ้น การรักษาทำได้โดยการผ่าตัดลอกเอาเลนส์ที่เสื่อมออกและเอาเลนส์เทียมใส่แทนก็จะช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น

1.6.4 ภาวะแทรกซ้อนของไต เบาหวานลงไตเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้ไตเสื่อม หรือไตวายเรื้อรัง เกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่มาเลี้ยงไต ทำให้ไตเสื่อมลงแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ ในระยะแรกจะพบว่ามีสารไข่ขาว (แอลบูมิน) หลุดออกมาในปัสสาวะจำนวนน้อย ประมาณ 30 – 299 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเรียกว่าภาวะไมโครแอลบูมิน (Microalbuminuria) ระยะนี้ยังมีทางบำบัดเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมได้ ดังนั้นจึงควรพบแพทย์เพื่อตรวจสารไข่ขาวในปัสสาวะอย่างน้อยปีละครั้ง หากปล่อยปละละเลยจนไตเสื่อมถึงที่สุด ก็จะกลายเป็นไตวายเรื้อรัง ซึ่งในที่สุดอาจต้องทำการฟอกล้างของเสียหรือล้างไต หรือผ่าตัดปลูกถ่ายไต

1.6.5 ภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท ได้แก่ ระบบประสาทเสื่อม (neuropathy) เนื่องจากหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่มาเลี้ยงระบบประสาทเกิดการแข็งและตีบ ถ้าเกิดกับประสาทส่วนปลายที่เลี้ยงแขนขา ในระยะแรกอาจมีอาการปลายมือปลายเท้าแสบร้อน หรือเจ็บเหมือนถูกเข็มทิ่มแทง มักเป็นมาตอนกลางคืน บางรายอาจนอนไม่หลับ อาการจะทุเลาหรือหายได้เมื่อคุมเบาหวานได้ดี ถ้าปล่อยให้ น้ำตาลในเลือดสูงต่อไปนาน ๆ ก็จะเกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า ซึ่งจะค่อย ๆ ลุกกลามสูงขึ้นมาเรื่อย ๆ อาการชาดังกล่าวเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะไม่หายแม้ว่าต่อมาจะคุมเบาหวานได้ดีขึ้นก็ตาม จนในที่สุดจะไม่มีความรู้สึก จึงเกิดบาดแผลที่เท้าง่ายเมื่อเหยียบถูกของมีคมหรือของร้อน ๆ หรือถูกของแหลมทิ่มตำ เมื่อเกิดบาดแผลก็มีโอกาสติดเชื้ออักเสบเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ และเนื่องจากมีภาวะขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ ทำให้แผลหายยาก บางครั้งอาจลุกลามรุนแรง หรือเป็นเนื้องาตาย จำเป็นต้องตัดนิ้วเท้าหรือข้อเท้า เกิดความพิการได้ ผู้ป่วยเบาหวานควรหมั่นดูแลเท้าอย่าให้เกิดบาดแผล และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะจะเสริมให้หลอดเลือดแข็งและตีบมากขึ้น บางรายอาจมีประสาทเลี้ยงกล้ามเนื้อตาเสื่อม ทำให้กล้ามเนื้อตาเป็นอัมพาต มีอาการตาเหล่ หนึ่งตาตก กลับไม่สนิท รูม่านตาขยาย มองเห็นภาพซ้อน อาการเหล่านี้มักหายได้เองภายใน 6-12 สัปดาห์

1.6.6 ภาวะหลอดของหัวใจและหลอดเลือดแดง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีเป็นระยะเวลานานอาจจะเกิดภาวะเส้นเลือดตีบแข็งเร็วขึ้น ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะที่เส้นเลือดนั้นไปหล่อเลี้ยง เช่น ถ้าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอุดตันก็จะทำให้เกิดอัมพาต เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตันทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจวาย ปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็งที่อาจพบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และความดันโลหิตสูง

1.6.7 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ผู้ป่วยเบาหวานยังอาจเป็นปัจจัยของการเกิดโรคอื่น ๆ อีก เช่น ภาวะไตโรคไตเสื่อมในเลือดสูง น้ำนํ้าดี เส้นประสาทมือถูกพังผืดรัดแน่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจพิการ เป็นต้น

## 1.7 การรักษาโรคเบาหวาน

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรเป็นทีมแบบสหสาขา ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน มิใช่การควบคุมระดับน้ำตาลเพียงอย่างเดียว แต่ต้องควบคุมความผิดปกติในหลาย ๆ ระบบให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (ธงชัย ประภูภานวัตร, 2550: 78-91) ได้แก่



1.7.1 การควบคุมน้ำตาลในเลือด มีเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลขณะอดอาหารในตอนเช้าให้อยู่ระหว่าง 70 – 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหารน้อยกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

1.7.2 การควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยควรควบคุมค่าความดันโลหิตอยู่ที่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ตั้งครรภ์ค่าความดันโลหิตควรอยู่ระหว่าง 110-129/65-79 มิลลิเมตรปรอท แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ต้องปรับวิถีชีวิตรวมกับยาลดความดันโลหิต และผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตระหว่าง 130-139/80-90 มิลลิเมตรปรอท ต้องปรับวิถีชีวิตก่อน หลังจากนั้นอีก 3 เดือนถ้าพบว่าความดันโลหิตไม่ลดตามเป้าหมาย ควรได้รับยาลดความดันโลหิต

1.7.3 การควบคุมระดับไขมันในเลือด ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละครั้ง แต่อาจตรวจห่างขึ้นเป็นสองปีต่อครั้งในกรณีที่ระดับไขมันในเลือดเหมาะสมอยู่แล้ว

1.7.4 การรับประทานแอสไพริน ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ถ้าไม่ห้ามในการให้แอสไพริน ควรรับประทาน 62.5-325 มิลลิกรัมต่อวันและไม่ควรให้แอสไพรินในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี

1.7.5 การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อหาอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

## 1.8 แนวทางการป้องกันโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของโลกรวมทั้งประเทศไทยเป็นอย่างมาก ประกอบกับสถานการณ์ของโรคที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดความพยายามที่จะป้องกันโรคเบาหวานให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดหรือกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มเสี่ยง เพราะการป้องกันโรคหากทำในประชากรทั้งหมดอาจเป็นไปได้และไม่คุ้มค่า อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ ที่เรียกว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 1 การป้องกันโรคที่สามารถทำได้คือการยับยั้งระบบภูมิคุ้มกัน การยับยั้งการเสื่อมของเบต้าเซลล์ (β-cell) การให้อินซูลินตั้งแต่ไม่เกิดเบาหวาน แต่การป้องกันเหล่านี้ยังไม่มีประสิทธิภาพและยังมีปัญหาเรื่องความปลอดภัย ดังนั้นการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จึงไม่สามารถป้องกันได้ ส่วนโรคเบาหวานที่เกิดจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดพยาธิสภาพกำเนิดการดำเนินโรค และปัจจัยการเกิดโรคที่จากปัจจัยร่วมหลากหลาย ทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยภายนอก จึงจำแนกแนวทางการป้องกันโรคเบาหวาน (วรรณิ นิธิยานันท์, 2550: 97 – 99; อัมพา สุทธิจำรูญ, 2550: 47 – 50) ได้ดังนี้

1.8.1 ด้านความรู้ ทุกคนจำเป็นต้องได้รับความรู้โรคเบาหวาน เพราะความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำ การระลึกได้ถึงประสบการณ์ที่เรียนรู้มา สิ่งที่ได้ส่งมาจาก การศึกษาเล่าเรียน ความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมา จากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ รวมทั้งองค์วิชาในแต่ละ สาขา เช่น ความรู้เรื่องเมืองไทย ความรู้เรื่องสุขภาพ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะตกผลึกเป็นความรู้ที่อยู่ใน ตัวคน การถ่ายทอดความรู้นี้ทำได้โดยการสะท้อนปฏิบัติ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มีเป้าหมาย เพื่อ พัฒนาการปฏิบัติโดยผ่านประสบการณ์อย่างถ่องแท้ของผู้ปฏิบัติ ข้อจำกัดของความรู้จากการ สะท้อนปฏิบัติ จากประสบการณ์คือ ข้อจำกัดด้านความสามารถของบุคคลในด้านความสามารถการ สะท้อนกระบวนการตัดสินใจ การลงมือกระทำ (ศิริพร จิรวัดเนกุล, 2552: 11; ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534: 45; ราชบัณฑิตยสถาน, 2552) ดังเช่น การศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า ผลการให้ความรู้โรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชาวไทยแบบ มีกลุ่มควบคุม มีความรู้ ความเชื่อเจตคติ พฤติกรรมดีขึ้น ค่าดัชนีมวลกายลดลง และในการศึกษา การให้ความรู้โรคเบาหวานโดยไม่มีกลุ่มควบคุม มีการวัดความรู้ก่อนหลังการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมี ความรู้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเอกพงษ์ ณ เชียงใหม่ (2552: บทคัดย่อ) ซึ่งได้ดำเนินการ ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิห้วยแหวน จังหวัดลำพูน พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มสามารถ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ โรคเบาหวานดีขึ้น และการศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานโดยใช้สื่อเพลงหมอลำเสริม(อมรรัตน์ ประเสริฐไทยเจริญ, 2544: 68 - 71) ซึ่งผู้ป่วย สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มที่ได้รับความรู้โดยใช้สื่อเพลงหมอลำเสริม มีความรู้และการปฏิบัติตนใน การดูแลสุขภาพหลังการให้ความรู้เสร็จสิ้นทันที และสองสัปดาห์ดีกว่าก่อนการให้ความรู้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และการปฏิบัติตนในการดูแล สุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการให้ความรู้เสร็จสิ้นทันที และสองสัปดาห์ ของผู้ป่วย สูงอายุโรคเบาหวานทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ใช้สื่อเพลงหมอลำเสริมมีความรู้ และการปฏิบัติตนใน การดูแลสุขภาพหลังการให้ความรู้ทุกช่วงเวลาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้โดยบุคลากรทีมสุขภาพของ โรงพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.8.2 ด้านความเชื่อ นอกจากความรู้แล้ว ความเชื่อก็เป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้บุคคลมี พฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น เพราะความเชื่อเป็นความรู้ที่ลึกซึ้งที่ยอมรับข้อเท็จจริงต่าง ๆ เป็น แนวความคิดที่คนเรามีต่อสิ่งแวดล้อม อันเป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์ มีความสัมพันธ์ กับองค์ประกอบด้านความรู้ ทำให้เกิดความเชื่อ และความเข้าใจต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งความเชื่อจะมีบทบาท

สำคัญต่อเจตคติของบุคคล และเป็นตัวกำหนดแนวทาง หรือรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลได้ ซึ่งมนุษย์จะเชื่อหรือฟังคนที่มีประสบการณ์มาก่อน เชื่อในสิ่งที่เขาารู้สึกว่าถูกต้อง เป็นความจริง แต่อาจมงายสำหรับคนอื่นก็ได้ เช่น ความเชื่อทางไสยศาสตร์ ในขณะที่เดียวกันมนุษย์ก็ใช้ความเชื่อแสวงหาความจริง เมื่อไม่ถูกต้องก็เลิกไปและแสวงหาสิ่งที่ดีกว่ามาทดแทน กลายเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมที่มีคุณค่าสืบมา ทั้งนี้ ผู้มีอำนาจมีอิทธิพลต่อความเชื่อของมนุษย์ เช่น เชื่อผู้เชี่ยวชาญ เชื่อนักเศรษฐศาสตร์ เชื่อนำประเทศ หรือความเชื่อในเกษตรทฤษฎีใหม่ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เป็นต้น (ทรงพล ภูมิพัฒน์, 2541:137; เฉลิมพล ตันสกุล, 2543: 48; สีน พันธ์ุนิจ, 2553: 13) ดังเช่น การศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลพนัสนิคม(วณิช์ ปรินานันต์, 2550: 101 -105) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัวมีความเชื่อว่าการเป็นเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถควบคุมอาการป่วยได้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเชื่อที่ไม่สอดคล้องกันคือ ผู้สูงอายุเชื่อว่าเบาหวานมีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ การเป็นเบาหวานมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ แต่ครอบครัวเชื่อว่าเบาหวานมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม การเป็นเบาหวานไม่มีผลกระทบต่อครอบครัว ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ต้องการดูแลเรื่องการพักผ่อน ต้องการให้ครอบครัวพาไปตรวจรักษา และช่วยสังเกตอาการผิดปกติ ต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารเบาหวาน และการออกกำลังกาย ส่วนครอบครัวต้องการให้ผู้สูงอายุเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเบาหวาน

1.8.3 การปรับเปลี่ยนครรลองชีวิต (Lifestyle Modification) เป็นการป้องกันโรคเบาหวาน โดยการควบคุมน้ำหนักตัวและออกกำลังกายให้เหมาะสม การรักษาวิธีนี้มีผลดีและถือเป็นมาตรฐานของการดูแลรักษาเบาหวาน การปรับเปลี่ยนครรลองชีวิตจะทำได้เมื่อบุคคลมีความรู้ความเชื่อ และความมุ่งมั่นในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการให้สุศึกษาหรือความรู้โรคเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือความเชื่อของบุคคล จึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนครรลองชีวิตที่เหมาะสม

1) ด้านการบริโภคอาหาร มีแนวทางการบริโภคเพื่อป้องกันโรค (ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, 2544: 110-119) มีดังนี้ คือ

(1) กินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ หมุนเวียนสับเปลี่ยนกันไปในแต่ละวันในสัดส่วนที่เหมาะสม

(2) กินข้าวเป็นอาหารหลัก ควรเน้นข้าวกล้องเพราะมีวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหารมากกว่าข้าวซ้อมมือ สามารถสลับกับอาหารประเภทแป้งชนิดอื่น เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง ขนมจีน ควรหลีกเลี่ยงอาหารจานด่วนแบบตะวันตก

(3) กินผักและผลไม้เป็นประจำ ควรสลับกันไป ควรบริโภคตามฤดูกาล เพราะร่างกายจะได้รับเกลือแร่ วิตามิน ใยอาหาร ทำให้เกิดการกระตุ้นการถ่ายอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันไม่ให้ไขมันเกาะผนังหลอดเลือด และป้องกันการเกิดมะเร็ง โดยการรับประทานผักพื้นบ้าน ได้แก่ ผักเจียงคา สะเดา มะระจีน ผักตำลึง เตยหอม ใบเมี่ยง ซึ่งจากการวิจัยพบว่า สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ช่วยบำรุงตับและน้ำดีอีกด้วย (ภัทรพร ตั้งสุขฤทัย, 2550: 64-66)

(4) กินเนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ โดยเฉพาะปลาทะเล เนื้อสัตว์ควรกินพอประมาณ เลือกที่มีมันน้อย ๆ รวมทั้งการกินไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ผลิตภัณฑ์จากถั่ว นมถั่วเหลือง ฟองเต้าหู้ โปรตีนเกษตร

(5) ดื่มนมให้เหมาะสมกับวัย เด็กควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว ผู้ใหญ่ควรดื่มนมวันละแก้ว และควรดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมปราศจากไขมัน เพื่อป้องกันการได้รับไขมันเกินความต้องการของร่างกาย

(6) กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร เพราะการกินไขมันที่ไม่ถูกต้องจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจขาดเลือด และมะเร็ง ควรหลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม รวมทั้งอาหารประเภทเนยเทียมแข็ง อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง สมอ เครื่องในสัตว์ ไขมันที่ควรบริโภค คือ กรดไขมันไม่อิ่มตัว กรดไลนอลอิก ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก เป็นต้น

(7) หลีกเลี่ยงการกินอาหารหวานจัดและเค็มจัด อาหารหวานจัดทำให้เกิดการสร้างไตรกลีเซอไรด์ในตับ ถ้าได้เสียเพิ่มขึ้น และเกิดภาวะอ้วนได้ อาหารเค็มจัด จะให้เกลือโซเดียม ซึ่งคุดน้ำเข้าสู่หลอดเลือด ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

(8) กินอาหารที่สะอาดและปราศจากการปนเปื้อน ทั้งไวรัส แบคทีเรีย พยาธิ และไม่มีสารปนเปื้อนจากสารเคมี จะทำให้ร่างกายใช้ประโยชน์จากอาหารได้อย่างเต็มที่

(9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มมากๆ จะทำให้การทำงานของสมองและระบบประสาทช้าลง ทำให้เกิดความประมาท ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดพลาดได้ง่าย ตลอดจนปฏิกิริยาตอบสนอง ทำงานช้าลง

2) การออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายเสริมจากกิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อทั่วร่างกาย ทำให้การสูบน้ำหนักไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น สมรรถภาพการทำงานปอดและหัวใจดีขึ้น ลดความเครียด ช่วยควบคุมน้ำหนัก และลดความดัน

โลหิต เพิ่มระดับไขมันดี (พรรณี ทิพย์ธราดล, 2552: 24-25) ส่วนการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายที่มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ต่อเนื่องตลอดเวลา โดยกำหนดระยะเวลาในการเคลื่อนไหวประมาณ 30 นาทีต่อครั้ง ที่สำคัญจะต้องเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องโดยใช้ความหนักที่ไม่มากนัก และสามารถปฏิบัติได้นาน เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การปั่นจักรยานโดยใช้ความเร็วต่ำ เป็นต้น ซึ่งหากใช้ความหนักที่หนักมากในการออกกำลังกาย เช่น การวิ่งเร็วๆ การปั่นจักรยานโดยใช้ความเร็วสูงและมีความหนักมาก การกระโดดสูงอยู่กับที่ การยกน้ำหนักที่ใช้ปริมาณน้ำหนักมากๆ ซึ่งจะไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องนานๆ จะมีการหอบเหนื่อยมาก

ขั้นตอนของการออกกำลังกาย ได้แก่ (1) ประเมินภาวะสุขภาพตนเองก่อนเริ่มออกกำลังกาย (2) เลือกกิจกรรมที่ตนชอบและสนใจ ควรเริ่มที่กิจกรรมเบา ๆ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ได้แก่ การเดิน วิ่งเหยาะ เดินร่า ว่ายน้ำ เป็นต้น ในรายที่มีข้อจำกัดจากสภาพหัวใจหรือโรคอื่น ควรออกกำลังกายชนิดเบา ๆ (3) กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน วางแผนการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (4) เริ่มออกกำลังกายโดยการอบอุ่นร่างกาย เพื่อให้ร่างกายปรับตัวก่อนการออกกำลังกายจริง ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที แล้วจึงการออกกำลังกายจริงจัง เต็มที่ ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นความอดทนแก่ร่างกายและต้องทำอย่างต่อเนื่อง และการผ่อนคลาย ควรค่อยๆ ผ่อนการออกกำลังกายทีละน้อยแทนการหยุดออกกำลังกายทันที (5) ควรกำหนดเวลาออกกำลังกายในเวลาใกล้เคียงกันเป็นประจำ (6) ควรเริ่มต้นออกกำลังกายโดยการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน (7) ขณะการออกกำลังกาย หากรู้สึกเหนื่อยมากจนหายใจไม่ทันหรือเป็นลม แสดงว่ามีการออกกำลังกายมากเกินไป จะต้องลดการออกกำลังกาย (8) ควรมีการทรงตัวที่ดีในขณะที่ออกกำลังกาย (9) ควรออกกำลังกายในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวกไม่ร้อนมากเกินไป และ (10) ไม่ควรออกกำลังกายเมื่ออ่อนเพลียมาก เป็นไข้ หลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ หรือแพทย์สั่งห้ามออกกำลังกาย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า แนวทางการป้องกันโรคเบาหวานที่สำคัญควรเริ่มจากการให้ความรู้ให้แก่ประชาชนหรือกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดความตระหนัก ความเชื่อที่ถูกต้อง ตลอดจนนำไปสู่การปฏิบัติตนในการป้องกันโรค โดยเน้นการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ได้ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและการทำงานในหลายสาขา เช่น ด้านจิตวิทยาชุมชน ด้านสังคมศาสตร์ ด้านสาธารณสุข เป็นต้น จาก การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถสรุปประเด็นซึ่งประกอบด้วย ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังต่อไปนี้

### 2.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แม้ว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะถูกกล่าวถึงและนำมาประยุกต์ใช้เป็นระยะเวลา นาน แต่ความหมาย หรือคำจำกัดความยังไม่ชัดเจน โดยคำว่า Empowerment เป็นภาษาอังกฤษ หมายถึงการมีความสามารถ ซึ่งคำว่า em หมายถึง เป็นสาเหตุ การทำให้เกิด ส่วนคำว่า power มีความหมายสองนัย ความหมายแรกคือพลังภายในที่มีอยู่ในสิ่งนั้น เช่น พลังของเชื้อเพลิงที่จะถูก ใหม้ ความหมายที่สองคืออำนาจที่จะสั่งการให้ผู้อื่น เช่น อำนาจของหน่วยงานรัฐบาล หรืออำนาจ ของกฎหมาย ความคลุมเครือและสับสนระหว่างสองนัยนี้ปรากฏในภาษาต่าง ๆ รวมทั้งภาษาไทยด้วย สำหรับความหมายแรกภาษาไทยใช้คำว่า พลัง เช่น ไฟฟ้าพลังน้ำ ความหมายที่สอง คืออำนาจซึ่งใน ในอีกบริบทหนึ่งเช่น การยึดอำนาจ แต่บ่อยครั้งเราจะเห็นทั้งสองคำใช้ร่วมกัน คือ พลังอำนาจ และ ment หมายถึง ผลลัพธ์ที่ชัดเจน อาจเป็นสิ่งที่ของหรือกระบวนการ (ประชิด อินทะกนก, 2549: 20)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการทางสังคมที่ช่วยควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อ สุขภาพ บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ ซึ่งลักษณะของ การเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ในแง่ของ กระบวนการ ต้องทราบถึงขั้นตอนการดำเนินการดำเนินการ การประเมินผลในแต่ละขั้นตอน ส่วนในแง่ของผลลัพธ์ เป็นผลจากการให้อำนาจกับบุคคล กลุ่มคน องค์กร แล้วประเมินผลหลัง การให้พลังอำนาจว่าบุคคลสามารถควบคุมชีวิตได้หรือไม่ (Gibson, 1991: 354) ส่วนนิตย์ ทศนิยม (2545: 108) ได้กล่าวถึงการสร้างพลังอำนาจว่า เป็นกระบวนการทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุน ช่วย เพิ่มความสามารถให้บุคคลและกลุ่ม การมองเห็นปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุ และแก้ปัญหาโดยใช้ ทรัพยากรที่มีอยู่ เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลว่าเขาสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ สอดคล้อง กับภัสราพร เจริญศักดิ์จร (2550: 28) ที่ให้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็น กระบวนการทางสังคม ที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชน มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถ ควบคุมตนเอง ตนเองมีอำนาจอย่างเพียงพอในการแก้ไขปัญหา มีความสามารถในการเลือก และ กำหนดอนาคตของตนเอง ชุมชน และสังคมได้ ในขณะที่เดียวกันสุพรหม ทำจะดี (2548: 2) กล่าวว่า

เป็นการให้อำนาจแก่ผู้อื่น แต่ไม่ได้ลดอำนาจตัวเอง ในทางตรงกันข้ามกลับได้อำนาจเพิ่มขึ้น ถือเป็นมุมมองในด้านของผลลัพธ์นั่นเอง ทั้งนี้การให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ในแต่ละสาขา ความหมายจึงแตกต่างกันออกไปตามบุคคล และบริบท

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นได้ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ด้านกระบวนการนั้น เป็นลำดับขั้นตอนทางสังคม ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลหรือกลุ่มคน มีความสามารถ มีความรู้ มีความคิด เกิดการตกผลึก เชื่อมโยงไปสู่ การตัดสินใจแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ของชีวิต ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพด้วยตนเอง สิ่งเหล่านี้จะส่งผลไปสู่การมีอำนาจในตนเอง ทำให้บุคคล มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต ซึ่งการมีพลังอำนาจนั้นคือ ผลลัพธ์ของการเสริมสร้าง พลังอำนาจนั่นเอง

## 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้มีผู้แสดงทัศนะไว้หลาย ท่าน ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าและทบทวนเอกสารเหล่านั้น โดยได้ข้อสรุปดังนี้

2.2.1 ปัจจัยภายในบุคคล (Chandler, 1992 อ้างถึงในกษิตดา พานทอง, 2551: 12; พนารัตน์ เจนจบ, 2542: 51-55) ได้แก่

1) ความรักในตนเอง ความสนใจในตนเอง ทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการ เพื่อ จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ทำให้อาการเจ็บป่วยทุเลาดีขึ้น ปัจจัยนี้มีความสำคัญที่ทำให้กระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจดำเนินไปด้วยดีและประสบความสำเร็จ

2) ความตระหนักในความรับผิดชอบ ในการที่จะกระทำการกิจกรรมการดูแล ตนเองหรือการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย โดยคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่และ ความรับผิดชอบของตนเอง โดยตรง ทำให้บุคคลสนใจแสวงหาวิธีการที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพ สมบูรณ์แข็งแรง

3) ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ เป็นปัจจัยสำคัญในการสะท้อนคิด ที่จะ นำไปสู่การตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง

4) ความเชื่อในความสามารถของตนเอง ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการ จัดการปัญหา อุปสรรค ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพของบุคคล หากบุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อ การดูแลสุขภาพ จะทำให้เกิดพลังในการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของตนและชุมชน

5) การเห็นคุณค่าในการกระทำที่เป็นประโยชน์ มักเป็นผลมาจากการทดลอง ปฏิบัติแล้วเห็นว่าเกิดผลดีแก่ตนเอง

6) ประสบการณ์ นับเป็นสิ่งสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในอดีตทั้งที่ประสบความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์จากการศึกษา และการอ่านตำราวารสารวิชาการต่าง ๆ จะช่วยให้บุคคลมีแนวทางในการควบคุมสถานการณ์ ที่เข้ามากระทบ

7) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยจากโรคที่เป็นอยู่หรือสาเหตุอื่น ๆ มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

8) ก่านิยม เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานในการดูแลตนเอง

9) เป้าหมายในชีวิต เกิดจากการที่บุคคลมีความเข้มแข็งและแรงจูงใจในการกระทำ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ

2.2.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล จะช่วยส่งเสริมให้การเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลประสบความสำเร็จมากขึ้น ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มสมรส บุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยคนอื่น นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ตลอดจนวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ดีจะส่งผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในเชิงบวกด้วย

จึงกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถแบ่งได้เป็นปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล ซึ่งการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำเป็นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวข้างต้น เพราะการประยุกต์ใช้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม จะช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจประสบความสำเร็จ บรรลุผลตามเป้าหมาย

### 3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการศึกษาค้นคว้า รวบรวมหาความเชื่อมโยงของนักวิชาการที่ทำการทดลองเพื่อหาข้อค้นพบเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทเรื้อรัง จำนวน 12 รายของกิบสัน(Gibson, 1995: 1203-1207) มีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับในการนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสาธารณสุข ซึ่งพนาร์ตัน เจนจบ (2542: 46-50) ได้นำมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 10 ราย ทำให้ได้กิจกรรมต้นแบบจากการศึกษาดังกล่าว ซึ่งกล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล กระบวนการนี้ได้พัฒนาเป็นแบบเส้นตรงแต่ค่อยๆเพิ่มขึ้น และแต่ละขั้นตอนจะมีความต่อเนื่องกันและพัฒนากลับไปกลับมาได้ ตลอดจนมีปฏิริยาซึ่งกันและกัน โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญของกระบวนการและกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจได้ดังนี้



### 3.1 ก่อนกระบวนการสร้างพลังอำนาจ

เริ่มจากความผูกพันที่มีต่อบุตร ความรักที่ท่วมท้นให้ คำมั่นสัญญาอย่างแท้จริง และความรับผิดชอบในการดูแลบุตร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

### 3.2 ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995: 1203-1207) ได้แก่

3.2.1 ขั้นตอนการค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการทำให้บุคคลพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง จากการค้นหาสภาพการณ์จริงในระยะแรกและหลังจากได้รับข้อมูลการวินิจฉัยโรคแล้วมารดาจะมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นจริงนั้นซึ่งจะมีการตอบสนอง 3 ด้าน ดังนี้ คือ (1) การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อมารดารับรู้ผลการวินิจฉัย เกิดการรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกกังวล ซ็อก สับสน ตกใจ กังวล โกรธ ไม่สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากไม่เชื่อหรือไม่เข้าใจ ในข้อวินิจฉัย และยังไม่เข้าใจในสภาพความยุ่งยากของปัญหาตลอดจนไม่มีความรู้ในการดูแลรักษาบุตร มีความรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองไม่สามารถกลับสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์เช่นนี้ แต่จะรู้สึกดีขึ้นเมื่อเปลี่ยนวิธีคิด มีความหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น ทำให้มารดามีกำลังใจมากขึ้น พยายามหาสาเหตุที่เกิดตามความจริง (2) การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive response) การค้นหาข้อมูลจากการอ่านหนังสือ ความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองพยายามหาข้อมูลหรือความรู้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ การซักถามข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล หรือพ่อแม่เด็กป่วยคนอื่น ที่มีประสบการณ์คล้ายกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์ ระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดจากการแสวงหาประกอบการตัดสินใจ (3) การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavior responses) มารดาเรียนรู้และตระหนักถึงหน้าที่และความรับผิดชอบที่จะทำได้ดีที่สุด มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา โดยการหาความรู้และจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นเอง การกระทำที่แสดงออกในระยะนี้จะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคลากรทางการแพทย์หรือจากสมาชิกในครอบครัวว่าวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้มารดาสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรดำเนินการ เพื่อช่วยให้ความคับข้องใจ ไม่มั่นใจผ่อนคลายลง จนใจที่สุดจะเกิดความตระหนักถึงปัญหา การเริ่มปรับเปลี่ยนวิธี การคิดในแง่บวก

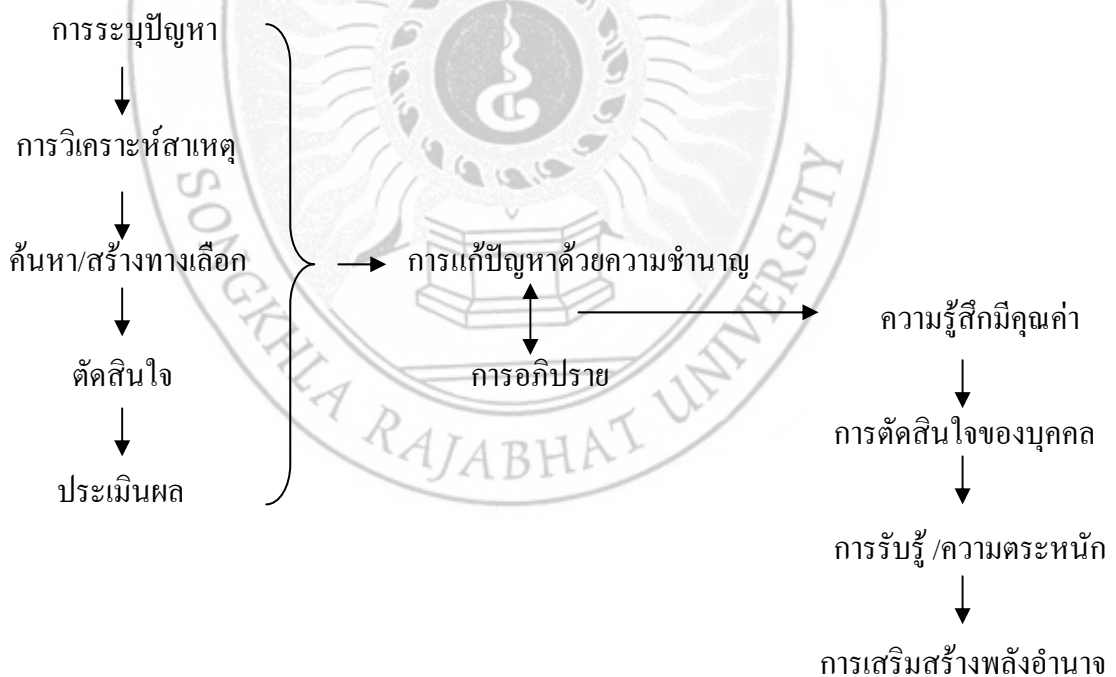
3.2.2 ขั้นตอนการสะท้อนจิตอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นขั้นตอนการจัดการกับปัญหาด้วยการสนับสนุนของพยาบาลในการช่วยให้มารดาทำความเข้าใจปัญหา แสวงหาทางเลือกและพิจารณาอย่างรอบคอบถึงประโยชน์ที่จะได้รับเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ โดยความคับ

ข้อใจจะเป็นตัวเร่งให้มารดาต้องประเมินตนเอง และพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อมารดาสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง จะส่งผลให้ได้พัฒนาตนเองขึ้น ได้กลับมามองปัญหา ประเมินและวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นการเริ่มต้นของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างแท้จริง อันจะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง นำไปสู่การเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจของตนเองอีกด้วย ทั้งนี้การแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยที่จะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ เป็นวิธีการที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ มีความสอดคล้องกับการดูแลรักษาของบุคลากรทางสุขภาพ มีการได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง มีการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางสุขภาพ และเป็นวิธีที่สร้างความยอมรับและสามารถเปิดกว้างในการที่มารดาหรือผู้ป่วยคนอื่นๆจะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

3.2.3 ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) หรือความสามารถเป็นผู้ดำเนินการ เมื่อมารดามีความแข็งแกร่งและความมั่นใจในความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยตนเองซึ่งมีรายละเอียด คือ การปกป้องบุตร (Advocating for the child) เรียนรู้แก้ปัญหา (Learning the ropes) เรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (Establishing partnerships) มารดาต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลและตัดสินใจในการรักษาบุตร จึงพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ด้วยตนเองและจากบุคลากรในทีมสุขภาพ การสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพพร้อมมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพ ทำให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้มารดามีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น เป็นต้น การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจรักษาและทราบผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเอง บุคคลจะพยายามแสวงหาข้อมูลประกอบการพิจารณา ต้องการการสื่อสารระหว่างทีม ต้องการมีส่วนร่วม ช่วยให้การตัดสินใจในการแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นและมีความมุ่งมั่นไปสูเป้าหมายด้วยตนเอง

3.2.4 ขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายของกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่มารดาได้รับความแข็งแกร่ง และความสามารถของตนเอง มีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นขั้นตอนที่บุคคลมีความสามารถในตนเองมีความเชื่อมั่นตัดสินใจจัดการและปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหาครั้งต่อไป

ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนจะมีความต่อเนื่องกันและพัฒนากลับไปกลับมาได้ตลอดจนมีปฏิริยาซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังมีผู้กล่าวถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่แตกต่างออกไป เช่น นิตย์ ทศนิยม (2545: 108) ซึ่งมองว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีกลวิธีตามแนวการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR หรือ participation action research) ซึ่งเป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงโดยอาศัยการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล การลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ผลที่เกิดขึ้นต้องสะท้อนถึงสถานการณ์ปัญหาที่กำหนดไว้ตอนต้น ว่าสามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ ถ้าแก้ได้ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความภูมิใจและได้เรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหา ถ้าแก้ปัญหาไม่ได้ก็มาช่วยกันวิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุอะไรต้องปรับแก้ที่จุดไหนบ้าง การเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนี้แม้จะไม่สามารถแก้ปัญหาได้ แต่ก็จะทำให้เขาได้วิเคราะห์ตนเอง รู้จักข้อดีข้อด้อยของตนเอง ในที่สุดจะยอมรับตนเอง รวมไปถึงการยอมรับผู้อื่นซึ่งสามารถเรียกว่าความตระหนัก ถือเป็นจุดเริ่มต้น สำคัญในการพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็งหรือการสร้างพลังอำนาจต่อไปในที่สุด ดังภาพที่ 2



ภาพ 2 แสดง KKU Model of Empowerment

ที่มา: นิตย์ ทศนิยม, 2545: 108

### 3.3 กิจกรรมที่ใช้ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พนารัตน์ เจนจบ (2542: 46-50) ได้กล่าวถึงกิจกรรมที่ใช้ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้

- 1) การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี เป็นเทคนิคขั้นพื้นฐานที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2) การยอมรับความเป็นบุคคล เป็นการให้อิสระในการพูดการแสดงความคิดเห็นของบุคคล ทำให้เกิดความเชื่อมั่น กล้าแสดงออก
- 3) การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ควรจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว ปราศจากการรบกวนจากสิ่งภายนอก ซึ่งทำให้การดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจสะดวก ไม่ต่อเนือง
- 4) การใช้คำถาม วัตถุประสงค์ของคำถามมักจะเป็นการประเมินความรู้ ความเข้าใจ การกระตุ้นให้เกิดความคิดทบทวน
- 5) การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อให้บุคคลเกิดกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในความรู้ ความเข้าใจของตน การให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์การสอนทักษะขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละบุคคล
- 6) การอภิปรายปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกรณีตัวอย่าง ในประเด็นต่าง ๆ ทั้งปัญหาอุปสรรค ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง การรู้สึกมีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิต ทำให้สามารถร่วมกันจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้
- 7) การกระตุ้นให้กรณีตัวอย่างมีการติดตามประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง การบันทึกกิจกรรมการดูแลตนเองทำให้เกิดการคิดทบทวน ถามตัวเอง ทำให้บุคคลสามารถประเมินการรับรู้พลังอำนาจได้ด้วยตนเอง
- 8) การร่วมกันหาทางเลือก การที่บุคคลหรือกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นจากผู้วิจัยในการแสดงความคิดเห็น เพื่อหาทางเลือกประกอบการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเองได้ดี
- 9) การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การให้อำนาจตัดสินใจภายหลังการให้ข้อมูล และร่วมกันคิดวิเคราะห์ถึงผลที่ได้รับ มีส่วนสำคัญมากต่อการส่งเสริมความรู้สึกมีพลังอำนาจ
- 10) การประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก การสนับสนุนชมเชย การให้กำลังใจ การสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำต่อไป

11) การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับใช้ในกรณีที่บุคคลไม่มีประสบการณ์ หรือไม่มั่นใจในการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

12) การยกตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค เพื่อให้บุคคลเกิดการวิเคราะห์ เกิดกำลังใจ และมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเอง

ผลลัพธ์ที่ได้จากการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การพัฒนาความรู้และการพัฒนาศักยภาพ เช่น การศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทเรื้อรัง จำนวน 12 รายของกิบสัน มารดามีการพัฒนาความรู้ในการดูแลบุตร การตัดสินใจในสิ่งที่รู้ และพัฒนาความมั่นใจในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้บุตรได้รับสิ่งที่คิดว่าดีที่สุด ผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้มารดาสามารถเพิ่มการพัฒนาตนเองเพื่อให้ความแข็งแกร่งและความสามารถในการควบคุมตนเอง ความพึงพอใจในความสามารถของตนเองมีอำนาจและมองชีวิตในทางที่ดี ความรับผิดชอบในการดูแลบุตรทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำมาสู่การรับรู้พลังอำนาจ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกสำเร็จ ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิต (Gibson, 1995: 1208-1209)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ก่อนกระบวนการสร้างพลังอำนาจ และการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนจิตอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยมีกิจกรรมที่ใช้ในระหว่างการดำเนินการ เช่น การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ การยอมรับความแตกต่างของบุคคล การจัดบรรยากาศ การใช้คำถาม การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจ การอภิปราย การกระตุ้น การร่วมกันหาทางเลือก การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การประเมินผล การสาธิตและการยกตัวอย่าง และผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นผลลัพธ์ด้านการพัฒนาความรู้และการพัฒนาศักยภาพของบุคคล โดยทั้งสองประเด็นจะมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ทั้งนี้การดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจและกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มได้ถูกนำมาใช้ในขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในประเด็นของแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มครั้งนี้ ประกอบด้วยความหมายของกระบวนการกลุ่ม กิจกรรมที่ใช้ในกระบวนการกลุ่ม และปัจจัยที่นำสู่ความสำเร็จของการใช้กระบวนการกลุ่ม ดังต่อไปนี้

#### 4.1 ความหมายของกระบวนการกลุ่ม

การศึกษาเรื่องกลุ่ม นับเป็นการศึกษาวิทยาการแขนงหนึ่ง ซึ่งรู้จักกันในภาษาอังกฤษว่า “Group dynamic” หรือ “Group process” และมีชื่อใช้ในภาษาไทยหลายชื่อ เช่น พลังกลุ่ม พลวัตกลุ่ม กลศาสตร์กลุ่ม กระบวนการกลุ่ม และกลุ่มสัมพันธ์ในการใช้ชื่อต่างกันออกไปนั้น มักอ้างกันว่า แตกต่างกันในเรื่องรายละเอียดของเนื้อหาและวิธีการปฏิบัติ แต่โดยทั่วไปแล้วก็ล้วนแต่มุ่งพัฒนาสติปัญญาและพฤติกรรมของคนในการทำงานกลุ่มด้วยกันทั้งสิ้น (ทิสนา แจมมณี, 2545: 1)

กระบวนการกลุ่ม เป็นการรวมประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายที่มาพบปะกันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ในกันและกันเรียกว่า เกิดการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) การปฏิสัมพันธ์นี้เองช่วยให้ค้นพบวิธีแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกันทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในระหว่างกัน ทำให้แต่ละคนเป็นแรงจูงใจให้แก่กันและกันและมีความเอื้ออารีต่อกัน สมาชิกแต่ละคนจะเกิดความรู้สึกในความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งนับเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่ดีที่ได้ว่าเป็นที่มาแห่งความพึงพอใจอันเป็นตัวการสำคัญที่จะช่วยให้ได้มาซึ่งการทำงานที่ดียิ่งขึ้นต่อไป (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล, 2522 :14 - 15)

จึงกล่าวได้ว่า กระบวนการกลุ่มเป็นการรวมกลุ่มกันของบุคคลที่มีวัตถุประสงค์เป้าหมายร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน มีการพัฒนาตนเองทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และพฤติกรรม เพื่อให้กลุ่มมีการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

#### 4.2 กิจกรรมที่ใช้ในกระบวนการกลุ่ม

ทิสนา แจมมณี (2547: 152) กล่าวถึงกิจกรรมที่ใช้ในกระบวนการกลุ่มไว้ ดังนี้

4.2.1 เกม (Game) เป็นวิธีหนึ่งซึ่งนำมาใช้ประกอบการสอนได้ดี โดยการสร้างสถานการณ์สมมติขึ้น ให้ผู้เรียนได้เล่นด้วยตนเองภายใต้ข้อตกลงหรือกติกาบางอย่างที่กำหนดไว้ ผู้เรียนต้องตัดสินใจทำอะไรบางอย่างอันจะมีผลออกมาในรูปของการแพ้การชนะ การเล่นเกมจะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้วิธีการที่จะเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ และได้ฝึกฝนเทคนิคและทักษะที่ต้องการรวมทั้งช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปด้วยความสนุกสนาน

4.2.2 บทบาทสมมติ (Role play) เป็นการสอนโดยกำหนดสถานการณ์สมมติเช่นเดียวกับเกม แต่มีการกำหนดบทบาทของผู้เล่นในสถานการณ์ที่สมมติขึ้นมา โดยการให้ผู้เรียนเข้าสวมบทบาทนั้นและแสดงออกตามธรรมชาติโดยอาศัยบุคลิกภาพ ประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิดของตนเป็นหลัก วิธีการนี้ช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสวิเคราะห์ถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของตนและผู้อื่นได้อย่างลึกซึ้ง และช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจบทบาทและแง่มุมที่แตกต่างไปจากตน

4.2.3 กรณีตัวอย่าง (Case) การสอนโดยใช้กรณีตัวอย่างเป็นการสอนที่ใช้กรณีหรือเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงมาดัดแปลงและใช้เป็นสื่อ ตัวอย่าง หรือเครื่องมือ ในการให้ผู้เรียนศึกษา วิเคราะห์ และอภิปรายกัน เป็นการช่วยให้นักเรียนได้ฝึกฝนการใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหลาย ๆ แบบ วิธีการนี้ช่วยให้นักเรียนคิดและพิจารณาข้อมูลที่ตนได้รับอย่างถี่ถ้วน

4.2.4 สถานการณ์จำลอง (Simulation) การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นการจำลองสถานการณ์จริง หรือ สร้างสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับความจริง แล้วให้ผู้เรียนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้นและมีปฏิริยาโต้ตอบกัน วิธีการนี้ช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสทดลองแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งในสถานการณ์จริงผู้เรียนอาจไม่กล้าแสดงออก เพราะเป็นการเสี่ยงต่อผลที่จะได้รับจนเกินไป

4.2.5 ละคร (Drama) เป็นการสอนที่ให้ผู้เรียนได้ทดลองแสดงบทบาทตามที่กำหนดไว้ โดยผู้แสดงจะต้องพยายามแสดงให้สมตามบทที่กำหนดให้ โดยไม่นำเอาบุคลิกภาพและความรู้สึกของตนเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่อการแสดงบทบาทนั้นๆ วิธีการนี้ช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ในการเข้าใจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้อื่น ความเข้าใจนี้มีส่วนช่วยให้นักเรียนมีความเห็นใจกัน นอกจากนี้การที่ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงละครร่วมกันยังมีส่วนช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรับผิดชอบในการเรียนรู้ร่วมกัน และได้ฝึกการทำงานร่วมกัน

4.2.6 กลุ่มย่อย (Small group) การสอนโดยใช้กลุ่มย่อยนี้ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งช่วยให้นักเรียนได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันจากรูปแบบกิจกรรมที่นำมาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มสรุปได้ว่าการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มมุ่งให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน และช่วยสร้างเสริมคุณลักษณะอันพึงประสงค์แก่ผู้เรียน

สรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มมุ่งให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน และช่วยสร้างเสริมคุณลักษณะอันพึงประสงค์แก่ผู้เรียน

### 4.3 ปัจจัยที่นำสู่ความสำเร็จของการใช้กระบวนการกลุ่ม

ความสำเร็จของการใช้กระบวนการกลุ่มนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ ที่จำเป็นต่อการดำเนินงานกลุ่ม และสามารถนำไปจัดกิจกรรมการเรียนรู้ดังนี้

4.3.1 การจัดตั้งกลุ่ม (group formation) การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการจัดตั้งกลุ่ม ได้แก่

1) การกำหนดวัตถุประสงค์ต้องคำนึงถึงความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ ความสามารถส่วนบุคคลและความสนใจของสมาชิกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวัตถุประสงค์

2) การกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไป ต้องคำนึงถึงความรู้ที่ได้รับ ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมที่ดี สร้างบรรยากาศให้สมาชิกได้เปิดเผยความรู้สึกอย่างอิสระ อธิบายความรู้สึกรู้สึกนึกคิดพฤติกรรมของตนเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่ม

3) การกำหนดวัตถุประสงค์โดยเฉพาะให้สมาชิกยอมรับฟังความคิดเห็นและปัญหาของผู้อื่นอธิบายความรู้สึกรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมของตนเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่ม

การคัดเลือกสมาชิกมาเข้ากลุ่มต้องคำนึงถึงคุณลักษณะและความพร้อมของผู้ที่จะมาร่วมกลุ่ม คุณลักษณะที่ควรคำนึงถึงได้แก่

1) สภาพอารมณ์ของผู้เข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งได้แก่ พื้นฐานทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรู้จักคุณค่าในตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง การติดต่อสื่อสารสิ่งเหล่านี้ต้องนำมาพิจารณาร่วมกันเพราะถ้าคัดเลือกผู้ที่มีปัญหาความรุนแรงทางอารมณ์แล้วอาจไม่เหมาะสมในการจัดเข้ากลุ่ม

2) ความต้องการในการเข้ากลุ่ม การใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ พบว่า สมาชิกในกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญมากในการมีปฏิสัมพันธ์ การจัดคนเพื่อเข้ากลุ่มต้องเป็นคนที่มีความต้องการเข้ากลุ่มจึงจะทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จ การประเมินความต้องการในการเข้ากลุ่มนั้นต้องแจ้งวัตถุประสงค์ ซักถามความต้องการและความคาดหวังในการเข้ากลุ่มเพื่อให้ผู้ที่เข้ากลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและเต็มใจในการเข้ากลุ่ม การประเมินคุณลักษณะดังกล่าวนี้สามารถประเมินได้จากการซักถาม การสัมภาษณ์ และเมื่อมีการคัดเลือกสมาชิกเพื่อเข้ากลุ่มแล้ว ถ้ามีการเข้ากลุ่มมากกว่า 1 ครั้ง ควรมีการแจ้งให้สมาชิกทราบและมาเข้ากลุ่มจนครบทุกครั้ง

3) ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกในกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินการกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับลักษณะของงานในกลุ่ม เป็นหน้าที่ของผู้นำที่จะจัดกลุ่มขนาดใด นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่ม และความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มเพื่อประโยชน์ของกลุ่ม กลุ่มควรประกอบด้วย สมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่เกิน 20 คน สำหรับกลุ่มย่อย ควรมีสมาชิก 5-7 คน ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดสำหรับกลุ่มใหญ่ควรมีสมาชิก จำนวน 4 – 12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุด จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์มากที่สุด และมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด นอกจากนี้ควรจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากันจะช่วยให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากขึ้น



เนื่องจากสมาชิกได้เห็นหน้า สบตาซึ่งกันและกันและการสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิดจะทำให้ความรู้สึกนึกคิดเป็นไปในทางเดียวกัน

4) เวลา และสถานที่ในการใช้กระบวนการกลุ่ม การทำกลุ่มควรจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ จัดบรรยากาศให้เหมาะกับการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ห้องไม่แออัด ที่นั่งสบาย เวลาที่ใช้ควรเป็นเวลาว่างจากการทำกิจกรรมอื่นๆ และต้องกำหนดวัน เวลาให้แน่นอน โดยต้องเริ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา และควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ในการจัดจะเป็นเท่าใดขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายและเนื้อหาเป็นสำคัญ

4.3.2 ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม (Leadership) มีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจึงต้องเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดีและดำเนินการกลุ่มได้อย่างถูกต้อง ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงต้องเป็นบุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพและมีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพ หน้าที่ของผู้นำกลุ่มมี 4 ประการ

1) เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับความรู้สึกปลอดภัย มีความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสแก่สมาชิกทุกคนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และต้องตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของสมาชิก

2) สร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้ทุกคนมีอิสระในการสร้างความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็นในปัญหาต่าง ๆ และมีอิสระในการหาทางแก้ไขปัญหา สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง

3) ดูแลความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อการดำเนินการให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และควรได้มีการประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะ

4) กำหนดความมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

4.3.3 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม มี 3 ระยะดังนี้

1) ระยะนำ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และในระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศของความเป็นมิตรสร้างความรู้สึกรับรองปลอดภัยให้สมาชิกในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะเป็นสมาชิกของกลุ่ม ผู้นำต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มชัดเจน การอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัย กระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายและแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองออกมาเพื่อ

ก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มว่าสมาชิกทุกคนก็ต้องต่อสู้ปัญหาหรืออุปสรรคเหมือนๆ กัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกัน สมาชิกสามารถติดต่อสัมพันธ์ซึ่งกัน

2) ระยะดำเนินการ ในระยะนี้สมาชิกมีการตอบสนองและเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยสมาชิกในกลุ่มจะมีความไว้วางใจและมั่นใจในกลุ่ม มีความใกล้ชิดสนิทสนมสมาชิกในกลุ่มจะกล้าระบายความรู้สึกนึกคิด มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกมุ่งความสนใจมาที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญห โดยมิเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ และนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งเป็นผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าคุณค่ามีศักดิ์ศรีมากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญห ตลอดจนสามารถช่วยเหลือ

3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกจะบรรลุจุดมุ่งหมายและมีการเปลี่ยนแปลง เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางของงานของตนเองและความสำเร็จของกลุ่ม การประเมินผลอาจประเมินจากคำพูดของสมาชิกในกลุ่ม พฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิก และจากการประเมินของผู้อื่น บางครั้งอาจมีการตั้งเกณฑ์ไว้แบบเฉพาะเจาะจง เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกได้ประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกสามารถเผชิญปัญหาและจัดการแก้ไขปัญหาได้หรือไม่ เป็นต้น ก่อนที่จะสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรบอกแก่สมาชิกล่วงหน้า เพื่อขจัดความวิตกกังวลของสมาชิก เนื่องจากการสิ้นสุดของกลุ่ม ผู้นำควรเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่และพยายามชี้แนะประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่มเป็นการรวมกลุ่มกันของบุคคลที่มีวัตถุประสงค์ เป้าร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กันรวมทั้งการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน มีการพัฒนาตนเองทั้งในด้านความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม เพื่อให้กลุ่มมีการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งกิจกรรมที่มักใช้ในกระบวนการกลุ่ม คือ เกม บทบาทสมมติ กรณีตัวอย่าง สถานการณ์จำลอง ละคร และกลุ่มย่อย ส่วนปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการจัดกระบวนการกลุ่มนั้นขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การจัดตั้งกลุ่ม ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม

## 5. กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการ ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Action Research ซึ่งจะมีแตกต่างไปจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operation Research) ที่ใช้กันในศาสตร์ทางด้านการบริหารองค์กรและการบริหารธุรกิจ การวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่นักวิจัยและผู้ปฏิบัติหรือชุมชนทำงานร่วมกันตลอดกระบวนการศึกษา ซึ่งกระบวนการนี้นักวิจัย ได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดีเหมาะสมตามความรู้ความเข้าใจของผู้วิจัยมาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช่หรือไม่ ประเมินผลและนำผลมาทดลองใหม่จนได้ข้อมูลที่เพิ่มขึ้น (ศักดิ์สิทธิ์ วัชรรัตน์, 2552: 15-16; นงนภัส คำรัญญู เทียงกมล, 2551: 158) การวิจัยปฏิบัติการเน้นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนางาน การแก้ไขปัญหา รวมถึงการสังเคราะห์ความรู้ใหม่ ๆ ในหลากหลายสาขา (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2552: 52) ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่า การวิจัยปฏิบัติการ เป็นการดำเนินการแก้ไขปัญหาของผู้ปฏิบัติหรือชุมชนร่วมกันกับนักวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น รวมทั้งเป็นการแสวงหาความรู้หรือทฤษฎีใหม่อีกด้วย

เนื่องจากการวิจัยปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่สามารถสะท้อนผลการปฏิบัติงานเป็นวงจรแบบต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น ดังนั้น กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ (Kurt Lewin, 1946 อ้างถึงใน สตีเฟ่น เคมมิส และ โรบิน แมกเทกการ์ด, 2538: 22-28) จึงมีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

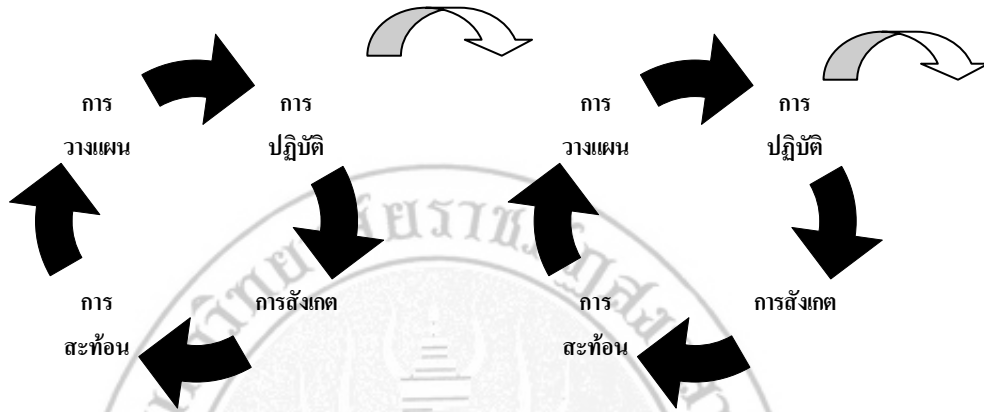
5.1 การวางแผน (Action planning) เป็นการพิจารณาแนวทางการปฏิบัติ การกำหนดแผนต้องมีความยืดหยุ่น เพื่อสามารถปรับให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลง และความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้

5.2 การปฏิบัติ (Taking action) เป็นการดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้อย่างมีเหตุผล และมีการควบคุม แต่การปฏิบัติอาจไม่เหมือนแผนที่วางไว้ก็ได้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่ต้องทำให้เกิดขึ้นจริงตามเหตุการณ์ทางการเมืองและสภาพการณ์จริง ดังนั้นแผนที่วางไว้ต้องยืดหยุ่นเปลี่ยนแปลงได้

5.3 การสังเกต (Observing) เป็นการเก็บบันทึกข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติอย่างมีหลักฐานเชิงวิจรรย์ญาณ เป็นข้อมูลที่สะท้อนการปฏิบัติ การสังเกตต้องทำอย่างรอบคอบและระมัดระวังผู้วิจัยต้องสังเกตกระบวนการ ผล และข้อขัดข้องของการปฏิบัติ

5.4 การสะท้อน (Reflecting) เป็นลักษณะของความเป็นไปได้ของสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ การสะท้อนมีลักษณะการประเมินอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยต้องตัดสินใจว่าผลของการปฏิบัตินั้นต้องประสงค์หรือไม่ รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะต่อไป นอกจากนั้นการสะท้อนยังเป็นการ

สำรวจข้อมูลเบื้องต้นก่อนที่จะดำเนินการจริงอีกครั้งด้วย เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินการในครั้งต่อไปอีกด้วย



ภาพ 3 วงจรการวิจัยปฏิบัติการ

ที่มา: กรมส่งเสริมการเกษตร. กองวิจัยและพัฒนางานส่งเสริมการเกษตร, 2551: 5

จะเห็นได้ว่า การวิจัยปฏิบัติการเป็นการดำเนินการแก้ไขปัญหาของผู้ปฏิบัติหรือชุมชน ร่วมกันกับนักวิจัย เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น รวมทั้งเป็นการแสวงหาความรู้ หรือทฤษฎีใหม่อีกด้วย ก่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ปฏิบัติหรือชุมชน ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้เป็นจุดหมายสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ โดยมีกระบวนการวิจัยหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อน

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมป้องกันโรคครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ งานวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจ และงานวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

6.1 งานวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การศึกษาการควบคุมน้ำหนักตัวโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลหนองแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ของถนอมศรี รักษ์สวัสดิ์ (2550: 69 - 78) พบว่า ผลของการเพิ่มศักยภาพในการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน คือ (1) การค้นพบสภาพการณ์

จริง กลุ่มตัวอย่างร่วมกันค้นหาสาเหตุที่ทำให้หน้าหนักเกิน (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนประสบการณ์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการเพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสม (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการที่ดีที่สุดในการควบคุมน้ำหนัก และ(4)การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมั่นใจ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมต่อไป

ส่วนสุภาพรณี วุฒิการณ (2549: 86-110) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มน้ำหนักตัวตาย ในตำบลแม่โป่ง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้อาศัยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนของกิบสัน ในการอบรมกลุ่มของครอบครัวผู้มีแนวโน้มน้ำหนักตัวตาย พบว่า หลังจากสิ้นสุดกระบวนการ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน ครอบครัวผู้ใกล้ชิด 23 ครอบครัว ได้ให้การดูแลผู้ที่มีแนวโน้มน้ำหนักตัวตายมากขึ้น มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว และพบว่า 1 ครอบครัว ผู้มีแนวโน้มน้ำหนักตัวตายกินเหล้าทำร้ายร่างกายผู้อื่น ครอบครัวไม่มีพลังอำนาจ ส่วนอีก 1 ครอบครัว ผู้มีแนวโน้มน้ำหนักตัวตายกระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ และการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง โรงพยาบาลจอมทองจังหวัดเชียงใหม่ โดยเพ็ญภา สุตาคำ (2550: 70) พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มแบบปลอดภัยร้อยละ 90 และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 80 ดังนั้นจึงสามารถแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสามารถทำให้ระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงลดลง อยู่ในระดับปลอดภัยได้ จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนใหญ่จะเป็นผลลัพธ์ทางบวก ดังนั้นการนำไปใช้จึงคาดว่าจะประสบผลสำเร็จในระดับสูง

6.2 งานวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มักเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน ญาติ ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการรักษารักษา ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆในร่างกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งในส่วนของสถานบริการสาธารณสุขและญาติ ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย ดังเช่น ไพรัช ปัญญาคง (2550: 97-105) ได้ทำการศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ขั้นตอนการสร้างเสริมสุขภาพมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม โดยการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในอดีต ปัจจุบันและอนาคต 2) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม การประสบการณ์เรียนรู้ การสะท้อนคิด ความคิดรวบยอด และการประยุกต์แนวคิด 3) ความรอบรู้แห่งตน การบันทึกสุขภาพผู้ป่วย การสังเกตแบบแผนความคิด การใช้นวัตกรรม 4) แบบแผนความคิด และ 5) การคิดอย่างเป็นระบบ การปรับกระบวนการทัศน์ การวิเคราะห์ปัญหาการสร้างเสริม

สุขภาพ และการสร้างความฝัน ทำให้เกิดความรู้จากการปฏิบัติ เกิดความร่วมมือร่วมใจในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์ณี จามจรี (2545: 186-201) ในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า การปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ 2) ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริง 3) ขั้นตอน การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) ขั้นตอนการสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง และ 6) ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้

การศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของบุษกร อ่อนโนน (2549: 54) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อม การใช้คำถาม การอภิปราย และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นกลยุทธ์ในการดำเนินกิจกรรม ผลลัพธ์ที่ได้คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองได้

สุพร มหาราทร (2551: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี พบว่า คะแนนความรู้และพฤติกรรมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวต่อการรับรู้ความมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วยของ สิริอร ช้อยุ่น (2550: บทคัดย่อ) พบว่า หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) เช่นเดียวกับ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านต่อการรับรู้ ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว (ศศิรัญจ์ ไพโรเจียว, 2552: บทคัดย่อ) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนการรับรู้ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวต่อระดับ HbA1c, การเข้ารับรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การสูญเสียพลังอำนาจ (ภัศราพร เจริญศักดิ์ขจร, 2550: 65-66) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัว ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับผลเลือด HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.008$ ) และจำนวนการกลับมารักษาซ้ำลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เป็นการศึกษาในประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงจากปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงประชาชนทั่วไปหรือชุมชน เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพดี ทราบสถานะความเสี่ยงของคนและมีสุขภาพที่ดี เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดกลุ่มเสี่ยงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในอนาคต แม้การคัดกรอง และการป้องกันโรคเบาหวานจะมีประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการเกิดโรคเบาหวานอย่างตรงจุดที่สุด ทั้งยังมีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจมากกว่าการรักษา แต่จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า มีผู้ศึกษาในส่วนนี้น้อยมากเมื่อเทียบกับงานวิจัยในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน จึงเสมือนเป็นภาพสะท้อนถึงความตระหนัก ความสำคัญของการทำงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุกที่เป็นนโยบายสาธารณะในการสร้างสุขภาพให้แก่ประชาชนได้แก่ การศึกษาของราศรี คันธีสาร(2548: 79-84) ได้ทำการศึกษากระบวนการสร้างพลังเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงชาวไทยใหญ่ บ้านผาบ่อง อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนพบว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สามารถนำมาวิเคราะห์วางแผนและปฏิบัติ ทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคและความร้ายแรงที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรค คือ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ส่วนแนวทางการป้องกันโรคเบาหวานนั้นควรเริ่มจากการให้ความรู้ให้แก่ประชาชนหรือกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดความตระหนัก ความเชื่อที่ถูกต้อง จนนำไปสู่การปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยปฏิบัติการนั้น จะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถดำเนินการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้อย่างประสบผลสำเร็จ ซึ่งเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยสามารถศึกษาผลการวิจัยที่ผ่านมาในอดีตมาเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครั้งนี้