

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. การพัฒนาการเงินนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากลและประเทศไทย
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. แนวคิดการมีส่วนร่วม
4. แนวคิดการตลาดเพื่อสังคม
5. โรคเบาหวาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

พัฒนาการเงินนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากล และประเทศไทย

1. นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากล

การประชุม International Health Conference ในปี พ.ศ. 2489 ที่กรุงนิวยอร์ก ที่ประชุมมีมติจัดตั้งองค์การอนามัยโลกขึ้น และได้จัดตั้งองค์การอนามัยโลกอย่างเป็นทางการ เมื่อปี พ.ศ. 2491 และได้มีการจัดประชุม ที่เรียกว่า First World Health Assembly ขึ้นในกรุงเจนีวา ซึ่งมีตัวแทนจากประเทศสมาชิกร่วมลงนามในข้อตกลงตามพันธระสัญญาที่มีต่อองค์การอนามัยโลก จำนวน 53 ประเทศ โดยเป้าหมายสูงสุด คือ พยายามให้ประชาชนทุกคนมีระดับสุขภาพดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ องค์การอนามัยโลกมีบทบาทหน้าที่ช่วยเหลือประเทศสมาชิก ในการทำสงครามสู้กับโรคภัยไข้เจ็บ โดยกระตุ้นให้ประเทศที่มีฐานะรายได้ปานกลางขยายบริการสาธารณสุข ออกสู่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันด้านบริการสาธารณสุข ในระยะแรกการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2493 – 2503 เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นขยายบริการเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ต่อมาประมาณ 20 ปี หลังจากการก่อตั้งองค์การอนามัยโลก ประเทศสมาชิก พบว่า การขยายบริการสาธารณสุข เพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายเป็นเรื่องยาก ต้องใช้งบประมาณสูง ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้เปลี่ยนแนวทาง การดำเนินงานจากเป็นองค์กร ที่ให้ความช่วยเหลือทางด้านสาธารณสุขมาเป็นองค์กรที่ให้การสนับสนุนส่งเสริมความร่วมมือทางวิชาการ โดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่าการรักษาพยาบาล ในปี พ.ศ. 2520 องค์การ

อนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าภายใน ปี พ.ศ. 2543 ประชากรโลกจะต้องบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ต่อมาในปี พ.ศ. 2521 มีการจัดประชุมที่เมือง “อัลมา อะตา” ประกอบด้วยประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก 134 ประเทศ รวมทั้งผู้แทนองค์การความร่วมมือภายใต้ องค์การสหประชาชาติ 61 องค์การ ได้ตกลงร่วมกันจะใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน การพึ่งตนเอง การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การประสานงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าระดับ ที่ยอมรับได้ทั่วโลก หลังจากคำประกาศ “อัลมา อะตา” เกือบทศวรรษ องค์การอนามัยโลกได้หันมาผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง โดยได้จัดประชุมนานาชาติขึ้น 4 ครั้ง ผู้วิจัยได้นำเสนอเนื้อหาสาระของการประชุมตามลำดับเหตุการณ์ ดังนี้

การจัดประชุมนานาชาติครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2529 ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน ที่กรุงฮอนดูรา ประเทศแคนาดา เป็นการประชุมร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก องค์การสุขภาพ และสวัสดิการแห่งแคนาดา และสมาคมสาธารณสุขแห่งแคนาดา มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 212 คน จาก 38 ประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศอุตสาหกรรม ในการประชุมครั้งนั้น ได้มีการประกาศ “กฎบัตรฮอนดูราเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” โดยมีสาระที่สำคัญในการกำหนด ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง “กระบวนการที่เพิ่มความสามารถของบุคคลเพื่อการควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น” จากความหมายนี้ แสดงว่าบุคคล หรือกลุ่มบุคคลต้องบ่งบอกถึงความมุ่งมั่นของตนเอง ที่จะตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ นอกจากนี้ ยังมองว่าสุขภาพมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังต้องขยายไปสู่วิถีชีวิตที่เน้นเรื่องทรัพยากรทางสังคม และบุคคล รวมทั้งการมองปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันทางสังคม โดยมีกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณสุข เพื่อสุขภาพ 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข การดำเนินการตามกลยุทธ์ 5 ประการดังกล่าวบุคลากรด้านสาธารณสุขย่อมมีบทบาท ในการชี้แนะ (Advocate) การไกล่เกลี่ย (Mediate) การประสานระหว่างกลุ่มประโยชน์ต่างๆ และเพิ่มความสามารถแก่ประชาชนในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดสถานะสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มศักยภาพต่อมามีการจัดประชุมนานาชาติครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2531 ระหว่างวันที่ 5-7 เมษายน ที่กรุงแอดิเลด ประเทศออสเตรเลีย มีผู้เข้าร่วมประชุม 220 คน จาก 22 ประเทศ ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “นโยบายสาธารณะ เพื่อ

สุขภาพ” ซึ่งเป็นกลยุทธ์ 1 ใน 5 ของกฎบัตรอนาคตวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ สาธารณสุขที่สำคัญในการประชุมเน้นจุดมุ่งหมายหลัก “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” คือ การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี มีทางเลือกเพื่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น โดยทั้งภาครัฐ ภาคอุตสาหกรรม ภาคเกษตร ภาคพาณิชย์ ภาคการศึกษาและการคมนาคม ซึ่งทุกภาคส่วนต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบาย ทุกครั้ง และต้องให้ความสำคัญด้านสุขภาพมากเท่าๆ กับด้านเศรษฐกิจรวม ทั้งรัฐต้องผลักดัน ให้เกิดนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ ซึ่งมีการสำรวจ และรายงานผลกระทบต่อสุขภาพ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายต่างๆ ต่อคนทุกกลุ่มอายุของสังคม ตลอดจนการพัฒนากระบวนการข้อมูลข่าวสารที่สนับสนุนกระบวนการตัดสินใจ มีการส่งเสริมบทบาทของธุรกิจเอกชนองค์กรต่าง ๆ เพื่อการทำกิจกรรมสุขภาพร่วมกัน โดยมุ่งเน้นประเด็นสำคัญ 4 ประการ ดังนี้ 1) การสนับสนุนสุขภาพของสตรี เพื่อให้สตรีมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ 2) อาหารและโภชนาการ เพื่อช่วยให้ทุกคนเข้าถึงอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น และมีอาหารบริโภคพอเพียงในราคายุติธรรม 3) การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รัฐต้องมีนโยบาย และกำหนดเป็นเป้าหมายระดับชาติเพื่อลดการผลิต การจำหน่ายและการบริโภค 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การจัดประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ.2534 ระหว่างวันที่ 9 - 15 มิถุนายน ที่เมืองซันด์สวาลด์ ประเทศสวีเดน มีผู้เข้าร่วมประชุม 81 ประเทศ ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ” ประเด็นในการประชุมครั้งนี้ มุ่งเน้นเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ โดยแบ่งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเป็น 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติทางสังคม 2) มิติทางการเมือง 3) มิติทางเศรษฐกิจ 4) มิติการยอมรับ และใช้ประโยชน์จากทักษะ และความรู้ของสตรีในทุกภาคของสังคม ซึ่งที่ประชุมให้ความสำคัญเกี่ยวกับขอบข่ายของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การศึกษา อาหาร และโภชนาการ บ้าน และชุมชน การงาน และอาชีพ การคมนาคม และการสนับสนุน รวมถึงการดูแลจากสังคม ในการจัดประชุมนานาชาติครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2540 ระหว่างวันที่ 21-25 กรกฎาคมที่กรุงจาการ์ตาประเทศอินโดนีเซีย ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “ภาคีใหม่สำหรับยุคใหม่ : การนำของการส่งเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21” เป็นการประชุมครั้งแรกที่จัดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคธุรกิจเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพที่ประชุม สรุปเป็น “ปฏิญญาจาการ์ตาการส่งเสริมสุขภาพศตวรรษที่ 21” ซึ่งมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ โดยผู้บริหารทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนจะต้องมุ่งมั่นความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งกำหนดนโยบาย และการปฏิบัติที่มีลักษณะ ดังนี้

- 1.1 หลีกเลี่ยงการทำอันตรายต่อสุขภาพของผู้อื่น
 - 1.2 พึงพิทักษ์คุ้มครองสิ่งแวดล้อมและให้ความมั่นใจในการใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน
 - 1.3 กำจัดการผลิต และการจำหน่ายสินค้า และสิ่งที่เป็นอันตราย (เช่น บุหรี่ อารูธ) รวมทั้งการตลาดที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ
 - 1.4 ปกป้องความปลอดภัยแก่ผู้คนที่จับจ่าย หรือขายของในตลาด และผู้ที่ทำงานในสถานที่ทำงาน
 - 1.5 ผนวกเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่มุ่งประเด็นความเสมอภาคไว้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาสังคม โดยทั่วไป
2. เพิ่มการลงทุนด้านการพัฒนาสุขภาพ
 3. สนับสนุนและขยายภาคีทางสุขภาพ
 4. เพิ่มศักยภาพของชุมชน และเสริมสร้างอำนาจของปัจเจกบุคคล
 5. สร้างโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ดังนั้นแนวคิดเชิงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพในระดับสากล จึงมุ่งเน้นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม การพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน อีกทั้งแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ประชาชนได้รู้ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะมีสุขภาพดี

2. พัฒนาการเชิงนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

วิวัฒนาการระบบสุขภาพในประเทศไทย ระบบสุขภาพของไทยมีมาแต่โบราณเกิดขึ้นตามธรรมชาติโดยไม่ได้อิงระบบ หรือจัดกลไกใด ๆ เริ่มนำการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาเมื่อมีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช และรัฐบาลได้สร้างค่านิยม โดยการขยายสถานบริการเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการมากที่สุด จนกระทั่งได้สถาปนาให้เป็นระบบการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงครั้งต่อมาได้แก่การปฏิรูประบบการเรียนการสอนแพทย์และพยาบาล ซึ่งรับอิทธิพลจากต่างประเทศโดยผ่าน “มูลนิธิร็อคกีเฟลเลอร์” ที่ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญชาวอเมริกันมาให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงการเรียนการสอนให้ได้มาตรฐานสากล ต่อมาในปี พ.ศ. 2461 ได้จัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้น ในกระทรวงมหาดไทย (สมัยนั้นเรียกว่ากระทรวงธรรมการ) เพื่อให้การดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งเป็นกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน และมีโรงพยาบาลครบทุกจังหวัด ในปี พ.ศ. 2500 จุดเปลี่ยนครั้งสำคัญ ในปี พ.ศ. 2520 ประเทศไทยได้ปรับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน การให้ประชาชนมีส่วนร่วม

ร่วมเพื่อให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) ต่อมาอีกเกือบ 10 ปี ได้แก่ ปี พ.ศ. 2529 องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันแนวคิดใหม่ คือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion strategy) โดยออกมาเป็นกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ซึ่งได้ให้คำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพ หรือการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถจะควบคุมพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสม รวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพดี (อำพล จินดาวัฒนะ. 2546 : 3-4)

ประเทศไทยได้กำหนดให้ ปี พ.ศ. 2545 – พ.ศ. 2546 เป็น “ปีรณรงค์การสร้างสุขภาพ” เพื่อจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างสุขภาพอย่างกว้างขวาง ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ จึงทำให้สังคมไทยตื่นตัวเรื่อง “สุขภาพ” มากขึ้น ต่อมาปี พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขสังเกตเห็นความสำคัญของการควบคุมป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงได้กำหนดแผนงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติ (National Priority Programs) ในชื่อ “โครงการสุขภาพดีวิถีไทย : เบาหวาน และอ้วนลงพุง”

แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้โดยอาศัยปัจจัยทางจิตวิทยา ควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้นั้นพฤติกรรมมี 2 ชนิด คือ 1) พฤติกรรมภายในที่เป็นกิจกรรมภายในตัวบุคคลมีทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่นการบีบตัวของลำไส้ การเต้นของหัวใจ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ซึ่งไม่สามารถวัด หรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่นแต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัด หรือสัมผัสได้ 2) พฤติกรรมภายนอก เป็นกิจกรรมที่แสดงออก ซึ่งสามารถมองเห็น และสังเกตได้ เช่นการยืน เดิน นั่ง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527) มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ ดังนี้

ทเวดเคิล (Twaddle. 1981 : 102-109) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเป็นปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้แตกต่างกันตามสภาพของสังคมวัฒนธรรม โดยได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่กับเงื่อนไขทางสังคม โดยแบ่งได้ 3 พฤติกรรม ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี ไม่มีอาการเจ็บป่วย และพาแลงค์

(Palank. 1991 : 99 - 101) ให้ความหมายว่าพฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น นอกจากนี้ แฮร์ริส และ กลูเทน (Harris & Gluten. 1979 cited in Pender, 1987) ให้ความหมายครอบคลุมถึง การรับประทานยาเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย เช่น การรับประทานวิตามิน การอาบน้ำเย็น/น้ำอุ่น การรับประทานยาถ่าย การสวนมดต์ให้ว้พระ ฯลฯ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการกินอาหาร ได้แก่ ความถี่ปริมาณ การรับประทานอาหาร เป็นต้น

1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเดิน การวิ่ง การปลูกต้นไม้ การงคดืมเครื่องดืมที่มีแอลกอฮอล์ การงคสูบบุหรี่ เป็นต้น

1.3 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันอันตราย เช่น การสวมหมวกกันน้อขณะขับ จีร์ดจกรยานยนต์ เป็นต้น

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของโรคเช่นการตรวจร่างกายเพื่อดูสมรรถภาพของหัวใจ การไปนัดพบทันตแพทย์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพตน คือ เริ่มมีอาการผิดปกติขึ้น ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ด้วยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sickrole behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วยโดยทราบจากความคิดเห็นของตนหรือของบุคคลอื่น ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค การพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นต้น

องค์การอนามัยโลกเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ (WHO/SEARO. 1986 ; อ้างถึงในจินตนา ยูนิพันธ์. 2532) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอกบุคคล พฤติกรรมนี้ได้รับผลกระทบจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และนำสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต

เพนเดอร์ (Pender. 1996) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ดี และบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

พาแลงก์ (Palank. 1991) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้ หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well-being)

แมร์เรย์ (Marrelli. 2001 : 51-55) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรม ซึ่งช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องของ บุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

สรุป พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อ ส่งเสริมให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอันนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต เกิด ศักยภาพสูงสุดของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยพฤติกรรมนั้นอาจสังเกตได้ หรือไม่ได้ การจัดประชุมนานาชาติครั้งที่ 1 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ได้มีการประกาศ “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” โดยแนวทาง ในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวามี 5 ประการ ดังนี้ (WHO. 1996)

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Build healthy public policy) หมายถึงการส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่อง ที่หน่วยงานต่างๆ ต้องรับผิดชอบร่วมกัน คือร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมตัดสินใจ
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Creative supportive environment) แนวคิดนี้เชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งแยกออกจากกันไม่ได้ ซ้ำยังเป็นพื้นฐานของระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ แนวทางการดำเนินงานทั่วไปไม่ ว่าจะเป็นระดับโลก ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และชุมชน ต่างมีความต้องการรับการสนับสนุน ซึ่งกันและกัน ซึ่งดูแลรักษาชุมชน และอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติของตน ผลจากการเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงควรเน้นการอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติให้มีผลต่อการมีสุขภาพดี และการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการ ทำงานอย่างปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพในการดำรงชีวิตของคนทั่วไป คือ การทำงานด้วยความ ปลอดภัย มีการเข้าใจ มีความพึงพอใจ และสนุกในการทำงาน
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (Strengthen community action) การ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้เป็นรูปธรรมและได้ผลลัพธ์ชัดเจนคือการให้ประชาชนกำหนดปัญหา ตัดสินใจ วางแผน และดำเนินงานเพื่อนำสู่การมีสุขภาพที่ดี
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developed personal skill) เป็นการส่งเสริมเพื่อ สนับสนุนสังคม และบุคคล โดยใช้ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาด้านสุขภาพ และการสร้างเสริม ทักษะชีวิต การทำให้ประชาชนฝึกปฏิบัติในการควบคุมตนเอง และสิ่งแวดล้อม สนับสนุนให้ ประชาชนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งจำเป็นต้องปลูกฝังทั้งในโรงเรียน บ้าน และ ชุมชน ทำให้ ประชาชนมีทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อนำสู่สุขภาพดี

5. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Reorient health service) การส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นการร่วมมือกันระหว่างส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระดับบุคคล สังคม ชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน ซึ่งต้องร่วมกันดูแล และติดตามการให้บริการเพื่อให้ประชาชนบรรลุการมีสุขภาพดี สอดคล้องกับแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ซึ่งต้องดำเนินการบนพื้นฐาน 3 ข้อ ดังนี้ (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2548 : 42-43)

5.1 การชี้แนะ (Advocate) เน้นให้ประชาชนทราบว่า การมีสุขภาพดีจะเป็นทรัพยากรที่ทำให้เกิดการพัฒนาระดับสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต สิ่งเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพทั้งด้านดี และด้านอันตราย ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติดูแลตนเอง ส่งเสริมสุขภาพตนเอง

5.2 การสร้างสมรรถนะ (Enable) เน้นความเสมอภาค ลดความแตกต่างของประชาชนให้มีโอกาส และตอบสนองเท่ากัน ในการใช้ศักยภาพของตนในการดูแลสุขภาพอย่างดีที่สุด โดยมีสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึงในการดำเนินชีวิต และมีโอกาสในการเลือกเพื่อสุขภาพที่ดี

5.3 เป็นสื่อกลาง (Mediate) สิ่งจำเป็นพื้นฐาน และความสมบูรณ์ทางสุขภาพไม่สามารถเกิดขึ้นได้ โดยอาศัยหน่วยงานด้านสุขภาพอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการทำงานที่ประสานกันทุกฝ่าย ได้แก่ รัฐบาล หน่วยงานด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข หน่วยงานด้านเศรษฐกิจและสังคม ภาคเอกชน หน่วยงานส่วนท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรม และสื่อมวลชน ล้วนมีความรับผิดชอบที่สำคัญในการเป็นสื่อกลางระหว่างกลุ่มสนใจต่างๆ ในสังคม สร้างสังคม สร้างเสริมสุขภาพสมบูรณ์ของประชาชนโดยประชาชนเพื่อประชาชนมีวิธีการที่สอดคล้องกับความต้องการและความเป็นไปได้ของท้องถิ่น และประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ โดยคำนึงถึงวิถีชีวิต วัฒนธรรม ทรัพยากรในชุมชนจริง

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อให้สามารถอธิบายส่วนประกอบของพฤติกรรม แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้วยการชี้แนะ การสร้างสมรรถนะ และการเป็นสื่อกลาง ร่วมกับกลยุทธ์การตลาดให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีแรงจูงใจเป็นตัวขับเคลื่อนแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation)

การมีส่วนร่วมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาพลังการพัฒนายั่งยืน ประชาชนต้องเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และกระบวนการตัดสินใจ จึงจะทำให้กิจกรรมเหล่านี้บรรลุผล ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นเป้าหมายแรกของการสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเป็นสิ่งที่มีคุณค่าที่จะโน้มน้าวบุคคลให้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง

ดังนั้นสุขภาพของบุคคล และสังคมมีความหมายมากต่อการเลือกการมีสุขภาพดี กลวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ควรใช้ได้ทุกสถานการณ์ และทุกระดับ เป้าหมายของการให้ความรู้ คือ การเพิ่มความตระหนักเป็นสำคัญ (Scriven & Ome. 1996a : 125) ความหมายของการมีส่วนร่วมมีหลากหลาย และแตกต่างกันไปตามความเข้าใจ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลถึงแม้ว่าโดยทั่วไปจะเห็นพ้องกันว่า การมีส่วนร่วมมีความสำคัญในการกระจายผลประโยชน์ที่ได้รับจึงทำให้บางคนมองว่าการมีส่วนร่วมคือการช่วยตนเองพึ่งพาตนเองได้และเกี่ยวข้องกับชุมชน การร่วมมือร่วมใจ การกระจายอำนาจ และการเป็นตัวของตัวเองของท้องถิ่น เป็นต้น ความหมายดังกล่าวกว้างมากสามารถสรุปใช้ร่วมกันโดยทั่วไปไม่ได้ อย่างไรก็ตามเมื่อนำคำนี้ไปใช้จึงควรต้องมีการระบุคำจำกัดความขึ้น ดังที่ คาสเซย์ และ โอคเคย์ (Kahssay & Oakley อ้างถึงใน นิตย ทัศนียม. 2546 : 29) ซึ่งให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการทำงานด้านสุขภาพมี 3 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมในลักษณะความร่วมมือ (Participation as collaboration) โดยส่วนใหญ่จะเป็นการร่วมกิจกรรมมิใช่ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการ 2) การมีส่วนร่วมโดยร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ (Participation as specific targeting of project benefits) คือกลุ่มที่ควรจะได้รับผลประโยชน์ให้เข้ามีส่วนร่วมในแต่ละระยะของการดำเนินการโครงการ 3) การมีส่วนร่วมเป็นการสร้างพลังอำนาจ (Participation as empowerment) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด และสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ เพราะเป็นการโอนอำนาจให้แก่ประชาชน ในการตัดสินใจเลือกแก้ปัญหาของตนเองเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชน มีอำนาจต่อรอง สำหรับการมีส่วนร่วมความหมายที่เป็นนัยทางการเมืองคือการเปลี่ยนแปลงกลไกในการพัฒนาจากการพัฒนา โดยรัฐบาลมาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในการกำหนดการพัฒนาให้แก่ประชาชนอย่างน้อยที่สุดประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการริเริ่มวางแผน และดำเนินการในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ของอนาคตตนเอง แนวคิดของการมีส่วนร่วมโดยชุมชนมีหลายวิธี ดังนี้

1. แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานของการพัฒนา (Community based approach : CBA)

การใช้ชุมชนเป็นฐานในการปฏิบัติงานช่วยเหลือประชาชนได้รับความสนใจอย่างมาก ในปัจจุบันมีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในงานต่างๆ ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

- 1.1 การสร้างองค์กรประชาชน (Local people's organization) โดยการรวมกลุ่ม ประชาชนในชุมชน อาจเป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการ
- 1.2 การสร้างเครือข่ายการติดต่อสื่อสาร (Social network) ในชุมชนนั้นๆ
- 1.3 การจัดฝึกอบรม (Specific training) ให้องค์กรประชาชนมีความรู้ความสามารถในการทำงานเฉพาะด้าน

1.4 การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน (Set up committee) โดยให้ประชาชนในชุมชนเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกตามระบอบประชาธิปไตยและกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ

1.5 กำหนดกรอบกิจกรรมหรือลักษณะของงานที่ทำ (Specific activities)

1.6 การติดต่อประสานงาน และร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Co-ordination and co-operation)

1.7 การติดตามประเมินผล (Monitoring and evaluating)

รูปแบบการใช้ชุมชนเป็นฐานของการพัฒนานั้น ฮอร์ตตัน (Horton, 1989) กล่าวว่า การใช้ชุมชนเป็นฐาน เมื่อพิจารณาในแง่ของต้นทุนและผลประโยชน์ที่ได้รับ (Cost-benefit analysis) โดยการประยุกต์แนวความคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานกับการสงเคราะห์คนพิการ แทนการใช้รูปแบบการรับเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นการสนับสนุนให้คนพิการได้อยู่กับครอบครัวและได้กำลังใจจากครอบครัว สามารถพึ่งตนเองได้

2. แนวคิดการวางแผนพัฒนาแบบบูรณาการ (Integrated development planning : IDP) เป็นวิธีการวางแผนพัฒนาท้องถิ่นที่ทุกฝ่าย โดยเฉพาะผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อหาทางออกที่ดีที่สุดให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาเป็นการสร้างกรอบการพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน

3. เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciate Influence Control: AIC) (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543 : 183-193) การพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือ การเปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการวางแผนการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการ Appreciate Influence Control : AIC มีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

3.1 การสร้างความรู้ (Appreciation : A) คือ ขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็นรับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตยยอมรับในความคิดเห็นของสมาชิกโดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์สภาพการณ์ของหมู่บ้าน, ชุมชน (A1) และการกำหนดอนาคต หรือวิสัยทัศน์ (A2)

3.2 การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) คือ ขั้นตอนการหาวิธีการ และเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ (A2) ต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ การคิดกิจกรรม โครงการที่จะทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ตามภาพพึงประสงค์ (I1) และการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ (I2)

3.3 การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) คือ ขอมรับ และทำงานร่วมกันโดย นำเอาโครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ สู่อุปการปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ โดยขั้นตอนกิจกรรมแบ่ง เป็น 2 ส่วน คือ การแบ่งความรับผิดชอบ (C1) และการตกลงรายละเอียดของการดำเนินงานจัดทำ แผนปฏิบัติ (C2)

4. การศึกษาวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory rural appraisal : PRA) มีที่มาจาก 5 แหล่ง คือ (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543 : 199-200)

4.1 แนวคิดของกลุ่มนักต่อสู้เพื่อสังคม (Activist participatory research : APR) มองว่ากลุ่มคนจน หรือคนด้อยโอกาสสามารถที่จะวิเคราะห์ วิเคราะห์ และวางแผนได้หากได้รับโอกาส ดังนั้นหน้าที่ของนักพัฒนาจึงควรสร้างโอกาส กระตุ้น และสนับสนุนชุมชนในการร่วมกันวิเคราะห์ และวางแผน

4.2 การวิเคราะห์ร่วมกับประชาชน เป็นการช่วยให้การวิเคราะห์/การวางแผนมี ประสิทธิภาพ

4.3 งานวิจัยของนักมานุษยวิทยาประยุกต์ พบว่า การศึกษาด้วยการมองจาก กรอบแนวคิด ของนักวิจัยแล้วสร้างแบบสำรวจข้อมูลไปสำรวจทำให้ข้อมูลที่ได้มีข้อจำกัด และทำ ให้เสียเวลามาก จึงพัฒนาการวิจัยเชิงคุณภาพขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ข้อจำกัดดังกล่าว เพราะการเข้าไป สังเกตจะทำให้ทราบความเคลื่อนไหว ทราบเงื่อนไข หรือเหตุผลของการปฏิบัติ การสนทนา อย่างไม่เป็นทางการช่วยสร้างบรรยากาศที่ดีและได้ข้อมูลจากกรอบแนวคิดของชุมชนในแต่ละเรื่อง

4.4 การวิจัยในพื้นที่เกี่ยวกับระบบการเกษตร (Rural research of farm systems) ทำให้มองเห็นความแตกต่างหลากหลายของวิถีชีวิตของเกษตรกร อีกทั้งพฤติกรรมที่ซบเซาและ ความสามารถในการวิเคราะห์ด้วยตนเอง

4.5 แนวคิดการประเมินชนบทอย่างเร่งด่วน (Rapid rural appraisal : RRA) โดย เทคนิคนี้เริ่มนำมาใช้ในทศวรรษที่ 1970 ใช้วิธีการสำรวจข้อมูล โดยลงไปคลุกคลีกับคนในชุมชน ให้เข้าถึงกลุ่มคนด้อยโอกาส และให้ได้อะไรจากทุกกลุ่ม โดยเชื่อมั่นต่อภูมิปัญญาชาวบ้าน ในการ วิเคราะห์ และนำเสนอทางเลือกในการพัฒนา

5. การประเมินชนบทอย่างเร่งด่วน (Rapid rural appraisal : RRA) มีหลักการ 9 ข้อ ประกอบด้วย

5.1 การเรียนรู้จากชาวบ้าน โดยตรง โดยเรียนรู้เกี่ยวกับสภาพทางกายภาพ ความรู้ ทางด้านเทคนิค และทางสังคม ศึกษามุมมอง กรอบแนวคิดของชุมชนต่อปัญหา หรือการพัฒนา แต่ละด้าน

5.2 การเรียนรู้อย่างรวดเร็ว ก้าวหน้า และทันต่อเหตุการณ์

- 5.3 การลดความผิดพลาด ที่ใช้สมมติฐานของผู้ศึกษาเป็นเกณฑ์
- 5.4 การจัดความสมดุล
- 5.5 การตรวจสอบความถูกต้อง
- 5.6 ความหลากหลาย
- 5.7 การกระตุ้นและอำนวยความสะดวกให้ชาวบ้านเป็นผู้ทำการศึกษา
- 5.8 ความตื่นตัว และความรับผิดชอบต่อการตรวจสอบข้อบกพร่องของนักวิจัย
- 5.9 การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

จากความหมายการมีส่วนร่วมดังกล่าว สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมมีความหมาย 2 ลักษณะ คือ

1. เน้นที่กระบวนการพัฒนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดจากโครงการพัฒนา และต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน

2. มีนัยทางการเมืองซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การส่งเสริม และพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชน หรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถในการกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการ และโครงสร้างที่ประชาชน แสดงออกถึงความสามารถของตน และได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

2.2 การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ เป็นการพัฒนาประชาชนเป็นหลัก การกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาส่วนภูมิภาค เพื่อให้ภูมิภาคมีลักษณะเป็นเอกเทศ ให้มีอำนาจทางการเมือง การบริหารมีอำนาจต่อการจัดการทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยประชาชนสามารถตรวจสอบได้ ซึ่งในความหมายนี้เน้นที่เป้าหมายเป็นหลัก ให้ได้มาซึ่งอำนาจเพื่อจะได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังแล้วยังมีความหมายโดยนัย ว่าต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของรัฐให้มีการกระจายอำนาจมากขึ้น กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนานี้ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน โดยมีนักพัฒนา หรือนักวิชาการจากภายนอกเป็นผู้ส่งเสริม และสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้

2.2.1 การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน เป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้ร่วมเรียนรู้สภาพของชุมชน การดำเนินชีวิต ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำงาน ร่วมกันค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญปัญหา

2.2.2 การมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยการรวมกลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน และทรัพยากร

2.2.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนา โดยการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ แรงงาน เงินทุนหรือเข้าร่วมบริหารงาน การใช้ทรัพยากร การประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

2.2.4 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนาโดยนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งด้านวัตถุ และจิตใจ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของบุคคล และสังคม

2.2.5 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการพัฒนาเพื่อแก้ไข ปัญหา

ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

1. การจัดกระบวนการเรียนรู้ (Learning process) การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมสามารถทำได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้

1.1 การจัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านเพื่อทำความเข้าใจ

1.2 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ภายใน/นอก

ชุมชน

1.3 การศึกษาดูงานจากผู้มีประสบการณ์ ให้ข้อคิดเห็น และแลกเปลี่ยนแนวคิด

1.4 การจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะด้านต่างๆ

1.5 การลงมือปฏิบัติจริง

1.6 การถ่ายทอดประสบการณ์และสรุปทเรียนนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. การพัฒนาผู้นำ และเครือข่ายเพื่อให้ผู้นำเกิดความมั่นใจในความรู้ความสามารถ ดังนี้

2.1 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำ ทั้งภายในชุมชน และภายนอกชุมชน

2.2 สนับสนุนให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุน

ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

2.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดกระบวนการจัดการ และการจัดองค์กรร่วมกัน

แนวคิด และทฤษฎีการตลาดเพื่อสังคม

ฟิลิป คอตเลอร์ (Philip Kotler, 1990) ให้ความหมาย การตลาด หมายถึง กระบวนการทางสังคม และการบริหาร ซึ่งบุคคล และกลุ่มบุคคลได้รับสิ่งที่สนองความจำเป็น และความต้องการของเขา จากการสร้างสรรค์ การเสนอ และการแลกเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ที่มีมูลค่ากับบุคคลอื่น เช่นเดียวกับ ซีเจล (Siegel, 1996; อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2541 : 19) ให้ความหมาย การตลาด หมายถึง กระบวนการของการวางแผน และปฏิบัติตามแนวคิด การกำหนดเวลา การส่งเสริมการขาย และการสร้างการกระจายของสินค้า/บริการ และความคิด เพื่อสร้างสรรค์การแลกเปลี่ยนให้เกิด

ความพอใจของผู้บริโภค สอดคล้องกับ เมอร์ฟี (Murphy. 1985 ; อ้างถึงใน สำอางค์ งามวิชา. 2539 : 28) ให้ความหมายการตลาดเป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยน ซื้อขาย โดยมุ่งหวังสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้บริโภค ซึ่งการแลกเปลี่ยน ซื้อขายนั้นต้องประกอบด้วยลักษณะ 5 ข้อ ดังนี้ 1) บุคคลต้องมีความสมัครใจทั้งสองฝ่าย 2) ทั้งสองฝ่ายมีผลประโยชน์ร่วมกันเช่น ผลประโยชน์ทางการเงินสำหรับองค์กร ผลประโยชน์ทางร่างกายสำหรับผู้บริโภค 3) ต้องมีสื่อหมายถึงสถานที่ที่เป็นศูนย์กลาง เช่น ตลาด 4) มีวิธีการติดต่อสื่อสารอธิบายให้ผู้บริโภคได้รับรู้ 5) กิจกรรมที่ก่อให้เกิดการซื้อขาย ประกอบด้วย การวางแผน การพัฒนา การดำเนินการ การควบคุมกำกับและส่วนประสมการตลาด 4 ด้าน ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ (Product) ราคา (Price) สถานที่ (Place) และการส่งเสริมการตลาด (Promotion) เรียกรวมว่า 4 Ps สำหรับแมคคาทีย์ (Mc Carthy. 1978) ให้ความหมายการตลาดหมายถึงผลงานที่เกิด ขึ้นจากกิจกรรมทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการพยายามให้องค์กรบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ โดยวิธีการคาดหมายถึงความต้องการต่างๆ ของลูกค้ารวมถึงการกำกับให้สินค้า และบริการผ่านจากผู้ผลิตไปยังลูกค้า เพื่อตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจของลูกค้า อีกทั้ง ชงชัย สันติวงษ์ (2539 : 35) ให้ความหมายการตลาด คือ วิธีการที่องค์กรใช้ดำเนินการ เพื่อให้การใช้ทรัพยากรสามารถผลิตสิ่งที่ตรงกับความต้องการของลูกค้า และพิสุทธ์ คงจำ (2539 : 41) ให้ความหมาย การตลาด หมายถึง วิธีที่องค์กรดำเนินการ เพื่อให้สินค้า หรือบริการตอบสนองต่อความต้องการหรือความพึงพอใจของลูกค้า

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การตลาด (Marketing) หมายถึง กระบวนการวางแผน และการปฏิบัติตามแนวคิด การกำหนดราคา การส่งเสริมการตลาด การจัดจำหน่ายสินค้า และบริการเพื่อสร้างให้เกิดการแลกเปลี่ยนทำให้ผู้บริโภคได้รับความสุข ความพึงพอใจ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เมื่อเข้าใจการตลาดแล้วควรมีแนวคิดด้านการสื่อสาร เพื่อให้ดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย กล่าวคือ การสื่อสาร (Communication) เป็นหัวใจสำคัญที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์รูปแบบใดๆ เพราะเป็นกระบวนการถ่ายทอดความคิด และความหมายระหว่างกัน (Shimp. 1997 : 25-27) ซึ่งทำให้แต่ละฝ่ายเกิดการรับรู้ เข้าใจ เกิดความเชื่อถือและเกิดทัศนคติร่วมกันผ่านการรับส่งสาร (Sending and receiving of messages) ดังเช่น วิสซ์ และ วินสเลย์ (Weitz and Wensley. 2002) กล่าวว่า การสื่อสารการตลาดมีบทบาทเพื่อส่งสารทางการตลาดที่เหมาะสมสู่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่ต้องการสื่อสาร อีกทั้ง ดันแคน (Duncan. 2002) ให้ความหมายการสื่อสารการตลาดเป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับสินค้า หรือบริการหลัก นอกจากนี้ ฟิลล์ (Fill.2002) ให้ความหมายการสื่อสารการตลาด หมายถึง การสร้างความแตกต่าง (Differentiate) ให้ตราสินค้าหนึ่งแตกต่างจากตราสินค้าอื่น ๆ และเป็นไปเพื่อย้าเตือนให้ผู้บริโภค กลับมาใช้สินค้า (Remind) ตลอดจนจูงใจ (Persuade) ผู้บริโภคให้สนใจสินค้าหรือบริการ

การใช้กลยุทธ์การตลาดในการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจทัศนคติและพฤติกรรมของผู้บริโภค หรือกลุ่มเป้าหมาย ดังที่ ฟิลิป คอทเลอร์ (Philip Kotler. 1996) ให้ความหมายของทัศนคติ

คือการประเมินความพอใจ/ความไม่พอใจของบุคคล ความรู้สึก และ แนวโน้มของการปฏิบัติที่มีต่อสิ่งของ หรือความคิด ซึ่งองค์ประกอบของทัศนคติมี 3 ประการ คือ 1. ความเข้าใจ (Cognitive component) แสดงถึงความรู้ หรือข้อมูล การรับรู้ และความเชื่อ ซึ่งบุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด 2. ความรู้สึก (Affective component) สะท้อนถึงอารมณ์ หรือความรู้สึก หรือความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด 3. พฤติกรรม (Behavior component) สะท้อนถึงแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมของบุคคล นอกจากนี้ เรนซิส ไลเคิร์ต (Rensis Likert) ได้ศึกษาการเกิดทัศนคติของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาเน้นการเกิดทัศนคติตามหลักวิชาการด้านการสื่อสาร สุดท้ายได้สรุปข้อศึกษาไว้ว่าทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learning) การรับรู้ (Perception) จากแหล่งทัศนคติ (Source of attitude) ที่มีอยู่มากมาย และปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดทัศนคติที่สำคัญคือ 1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีหรือไม่ดีจะทำให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปตามทิศทางที่มีประสบการณ์ 2. การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Communication with others) จะทำให้เกิดทัศนคติจากการรับรู้ข่าวสารต่างๆ จากผู้อื่น 3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) การเลียนแบบผู้อื่นทำให้เกิดทัศนคติขึ้นได้ 4. ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional factors) ทัศนคติบางอย่างเกิดขึ้นเนื่องจากความเกี่ยวข้องกับสถาบัน เช่น หน่วยงานที่สังกัด เป็นต้น

จากปัจจัยดังกล่าวจะพบว่า องค์ประกอบที่สำคัญที่เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ คือ การติดต่อสื่อสารที่แทรกอยู่ในทุกปัจจัย อีกทั้งทัศนคติของบุคคลสามารถถูกทำให้เปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี เช่น บุคคลได้รับข่าวสารต่างๆ ข่าวที่ได้รับ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการเรียนรู้ และมีแนวโน้มทำให้องค์ประกอบด้านทัศนคติและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ เคลแมน (Kelman, 1967) ได้เสนอขบวนการ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล 3 ข้อ คือ 1. การยินยอม (Compliance) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับอิทธิพลของผู้อื่น เพราะต้องการให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อตนในทางที่ตนต้องการ 2. การลอกเลียนแบบ (Identification) จะเกิดขึ้นจากการที่บุคคลยอมรับอิทธิพลของบุคคลอื่น เพราะต้องการสร้างพฤติกรรมตนเองให้เหมือนกับบุคคลในสังคม 3. บุคคลยอมรับพฤติกรรมในสังคมที่เหมาะสมกับค่านิยม (Intersocialization) ในที่สุด เทอร์สตัน (Thurstone, 1993 : 178-180) กล่าวว่าทัศนคติวัดโดยตรงไม่ได้ แต่จะวัดในรูปการแสดงออก หรือ การพูด ซึ่งเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความในแบบวัดทัศนคติ สอดคล้องกับ ซีคอร์ด (Secord, 1982 : 42-46) กล่าวว่า ลิเคิร์ต (Likert) สร้างแบบวัดทัศนคติโดยกำหนดข้อความ ซึ่งข้อความทุกข้อในแบบวัดทัศนคติมีความสำคัญเท่ากัน คะแนนของผู้ตอบแต่ละคน คือ ผลรวมของคะแนนทุกข้อในแบบวัดทัศนคติ จึงพอสรุปประโยชน์ของการวัดทัศนคติ ดังนี้ 1. วัดเพื่อทำนายพฤติกรรม เนื่องจากทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลย่อมเป็นเครื่องแสดงว่าบุคคลมีความรู้สึกทางด้านดีหรือ

ไม่คิดมากน้อยเพียงใด 2. วัดเพื่อหาทางป้องกัน โดยทั่วไปการที่บุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งใด อย่่างไร นั้นเป็นสิทธิของบุคคล แต่การอยู่ร่วมกันด้วยความสงบสุขของสังคม ประชาชนควรมีทัศนคติต่าง ๆ คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาสังคมด้วยความร่วมมือร่วมใจ 3. วัดเพื่อหาทางแก้ไข ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อป้องกันปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้น 4. วัดเพื่อเข้าใจ สาเหตุ และผล ทัศนคติเปรียบเทียบกับสาเหตุภายในที่ผลักดันให้บุคคลกระทำในสิ่งต่างๆ ซึ่งสาเหตุ ภายใน (ทัศนคติ) อาจเกิดจากสาเหตุภายนอก ถ้ารู้สาเหตุภายนอกที่ส่งผลต่อทัศนคติของบุคคล และ ต้องการเปลี่ยนทัศนคติ จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับบุคคลนั้น เป็นต้น ดังนั้นการที่บุคคลแสดง พฤติกรรมใดเป็นการสะท้อนความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของบุคคลนั้น พฤติกรรม จึงหมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดจากเป้าหมาย และแรงจูงใจของบุคคลที่เกิดขึ้น เสรี วงษ์มณฑา (2542 : 12) กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากทัศนคติ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ คือบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร (Knowledge) ต่อมาข้อมูลข่าวสารนั้นจะทำให้เกิดทัศนคติ (Attitude) เป็นความรู้สึกที่ชอบ หรือไม่ ชอบซึ่งความ ชอบหรือไม่ชอบจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล การที่บุคคลได้รับข้อมูลส่งเสริม สุขภาพเพื่อป้องกันการเกิด โรคเบาหวานนั้นหากเป็นข้อมูลที่สามารปฏิบัติได้ โดยไม่ขัดกับวิถีชีวิต บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีกับเรื่องนั้น ในที่สุดจะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากมีแรงจูงใจที่มากพอ บุคคล จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นวิถีปฏิบัติในชีวิตประจำวัน สิ่งสำคัญต้องรู้แหล่งอิทธิพลที่มีผลต่อการกำหนดทัศนคติ ของบุคคล ได้แก่ 1. ประสบการณ์โดยตรง และ ประสบการณ์ในอดีต (Direct and past experience) ทัศนคติที่มีต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจะได้รับอิทธิพล โดยตรงจากการเคยปฏิบัติ ซึ่งถ้าการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ แล้วเกิดความประทับใจจะมี ทัศนคติที่ดีทำให้มีโอกาทำซ้ำๆ อีก 2. อิทธิพลจากครอบครัวและเพื่อน (Influence of family and friends) ครอบครัว และเพื่อนเป็นแหล่งสำคัญของการสร้างค่านิยม ความเชื่อ ที่ทำให้มีทัศนคติที่ดี หรือไม่ดี 3. การเจาะตลาดตรง (Direct marketing) เช่นการใช้จดหมายตรง โทรศัพท อินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งการเจาะตลาดตรงสามารถกำหนดกลยุทธ์ได้เหมาะสมกับความต้องการของบุคคลตรง กลุ่ม เป้าหมาย และเกิดผลกระทบได้ดีกว่าการตลาดมวลชน

การตลาดเพื่อสังคมมีจุดกำเนิดในปี 1970 โดย ฟิลิป คอตเลอร์ และ เจอราด ซอลแมน (Philip Kotler and Gerald Zaltman, 2000) ให้ความสำคัญกับการสร้างขอบเขตทางการตลาดแนว ใหม่ที่ใช้การเสนอขายแนวคิด ทัศนคติ และการสร้างพฤติกรรมของผู้บริโภคใส่ใจการตอบแทน ให้สังคมมากกว่ามุ่งขายสินค้าอย่างเดียวฟิลิป คอตเลอร์ (Philip Kotler) กล่าวถึงการตลาดเพื่อสังคม หมายถึง การออกแบบ (Design) การนำมาใช้ (Implementation) การควบคุม (Control) แผนหรือ โครงการ เพื่อให้มีอิทธิพลต่อการยอมรับทางความคิดของคนในสังคม รวมถึงการวางแผนสินค้า (Product) การตั้งราคา (Pricing) การสื่อสาร (Communication) การจัดจำหน่าย (Distribution) และ

การวิจัยการตลาด (Market research) สอดคล้องกับ แอนเดรียสัน (Andreasen) ได้ให้ความหมายการตลาดเพื่อสังคมคือการประยุกต์ใช้วิชาการทางด้านการตลาดในเชิงธุรกิจในการวิเคราะห์ การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมิน โปรแกรมที่จัดทำขึ้นเพื่อให้มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมอย่างเต็มใจของกลุ่มผู้รับสารมีเป้าหมายให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และทำให้สังคมโดยรวมดีขึ้น ดังนั้น การตลาดเพื่อสังคม จึงเป็นการใช้ทักษะทางการตลาด เพื่อช่วยให้เกิดการกระทำบางอย่างในสังคม จนกลายเป็นแผนการสื่อสารที่ออกแบบมาอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้รับ มีการตอบสนอง หรือเปลี่ยนแปลงไป หรือความหมายการตลาดเพื่อสังคม “เป็นเทคนิคทางการตลาดถือว่าเป็นกลไกที่เชื่อมต่อระหว่างความรู้ที่มีอยู่ในตัวสมาชิก สังคม และการนำความรู้นั้นมาปฏิบัติจริง ทำให้สมาชิกในสังคมเกิดการกระทำตาม เป็นการเพิ่มโอกาสในการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น”

ฟิลิป คอตเลอร์ (Philip Kotler and Gerald Zaltman, 2000) ได้บรรยายแนวคิดทางการตลาดในโลกปัจจุบันมี 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1. การตลาดแบบดั้งเดิม (Traditional Marketing) โดยการตลาดแบบนี้มีจุดมุ่งหมายหลักอยู่ที่การสร้างความตระหนักในตราสินค้า ซึ่งให้ความสำคัญกับส่วนประสมการตลาด คือ 4 Ps ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์ (Products) ที่ต้องมีคุณภาพ และรูปแบบดีไซน์ตรงตามความต้องการลูกค้า ราคา (Pricing) ต้องเหมาะสมกับตำแหน่งทางการแข่งขันของสินค้า และสร้างกำไรในอัตราที่เหมาะสม สำหรับช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) เน้นช่องทางการกระจายสินค้าที่ครอบคลุม และทั่วถึงกลุ่มลูกค้าเป้าหมายทุกส่วนได้เป็นอย่างดี และการส่งเสริมการตลาด (Promotion) ซึ่งเน้นทั้งการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการขาย ระดับที่ 2. การตลาดที่มุ่งเน้นทางการสร้างประสบการณ์ที่ดี น่าประทับใจให้กับลูกค้า ซึ่งรู้จักกันในชื่อว่า การตลาดเชิงประสบการณ์ (Experiential marketing) หากสามารถสร้างประสบการณ์ในการใช้สินค้า หรือบริการที่ดีต่อลูกค้าเป้าหมายแล้ว ก็จะนำไปสู่การสร้างความผูกพันทางด้านอารมณ์ (Emotional attachment) ต่อผู้บริโภคสนิทแนบแน่นโดยผลลัพธ์ที่คาดหวังจากกิจการในการดำเนินกลยุทธ์ทางการตลาดระดับนี้ คือ กิจกรรมจะมี Share of heart หรือส่วนแบ่งการตลาดในจิตใจของลูกค้าสูงขึ้นเมื่อเทียบกับคู่แข่งอันดับหนึ่งของสตาร์บัคส์ที่เป็น 1 ในเจ้าแห่งการสร้างประสบการณ์ ที่ดีต่อลูกค้า เน้นแนวคิดของการทำ Sensory marketing หรือการตลาดห้าสัมผัส คือ ใช้การส่งผ่านประสาทสัมผัสในการสร้างประสบการณ์ที่ประทับใจสู่ลูกค้าทั้งรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส โดยรูปคือ การดีไซน์ของร้านที่ดูเสมือนบ้านที่ 3 ของลูกค้า นอกจากบ้าน และที่ทำงานให้เข้ามาพักผ่อน พุดคุย ทำงาน และจิบกาแฟ ในบรรยากาศสบายๆ นำมาสู่ Share of heart หรือส่วนแบ่งด้านจิตใจของลูกค้า ระดับที่ 3. การตลาดที่สร้างสรรค์สังคม (Social marketing) ซึ่งผลลัพธ์ที่มุ่งหวังจากการตลาดขั้นสุดท้าย คือ Share of soul หรือส่วนแบ่งด้านจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึงการที่ลูกค้าเกิดความเลื่อมใส เชื่อถือในตราสินค้านั้นๆ เมื่อใดที่ได้บริโภค หรืออุปโภคสินค้านั้นๆ จะเกิดความชื่นอก ชื่นใจ ว่าได้

ทำสิ่งที่ดี ถูกต้อง และตอบสนองต่อสังคม โดยรวมเรียกว่าได้ทั้งความพอใจจากการบริโภคสินค้าที่ต้องการ รวมถึงได้ความอึดอ้อมใจในการ บริโภค เสมือนเติมเต็มถึงระดับจิตวิญญาณที่เดียว ดังที่กล่าวข้างต้นนั่นเอง ธุรกิจในปัจจุบันจึงเน้นการสร้างสรรค์การตลาดเชิงสังคมมากขึ้นเพื่อจะสร้าง Share of soul ดังกล่าวให้กับลูกค้า ซึ่งหากว่าสามารถสร้างความเหนียวแน่นถึงระดับนี้ได้ก็ยากที่ลูกค้าจะหันเหไปใช้สินค้าของคู่แข่งอื่นได้ หากกล่าวถึงกรณีตัวอย่างเดียวกัน คือ สตาร์บัคส์ ซึ่งก็มีการใช้กลยุทธ์ในลักษณะนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเริ่มจากการที่มีนโยบายในการดูแลพนักงานอย่างเต็มที่ให้สวัสดิการในทุกด้าน แม้แต่พนักงานนอกเวลาทั้งเรื่องของค่าตอบแทน สวัสดิการ รวมถึงการฝึกอบรมทักษะของบุคลากรทุกคน และที่สำคัญ คือ สตาร์บัคส์ มองว่าพนักงานทุกคนมีความสำคัญต่อกิจการ จึงต้องดูแลพนักงานอย่างดีที่สุด และคิดถึงพนักงานเสมือนหนึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจการ จนกระทั่งมีการให้หุ้นที่เรียกว่า Bean Stock แก่พนักงานเพื่อสร้างความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของกิจการให้กับพนักงาน เสมือนหนึ่งว่ากำลังทุ่มเทการทำงานให้กับกิจการของตนเอง

การประยุกต์หลักการของการตลาดเพื่อการนำมาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสังคม หรือเกิดประโยชน์ตามเป้าหมายของสังคมบนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่า ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ความต้องการการรับรู้ ความชอบและรูปแบบพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดการสื่อสาร กระบวนการตลาดเพื่อสังคมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (Analysis)

- 1.1 การวิเคราะห์ตลาด (Marketplace analysis) คำนึงถึงกฎระเบียบ และวัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นหลัก และนำมากำหนดขอบเขตของ “ตลาด”
- 1.2 การวิเคราะห์ผู้บริโภค (Consumer analysis) ผู้บริโภค คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนของการตลาด สิ่งที่ต้องวิเคราะห์คือลักษณะของผู้บริโภค เช่นอายุ เพศ รายได้ การศึกษา ส่วนตัวแปรเชิงภูมิศาสตร์ เช่นขนาดของเมือง ความหนาแน่นของประชากร ดินฟ้าอากาศ ลักษณะที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ผู้บริโภคต้องการ ตลอดจนสถานะของผู้ใช้ หรือผู้บริโภค
- 1.3 การวิเคราะห์องค์กร (Organization analysis) องค์กรมีฐานะการเงินการจัดการ และบุคลากรพอที่จะดำเนินการด้านการตลาดเพื่อสังคมอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ผู้บริหารระดับสูงยอมรับ และจะใช้กลวิธีการตลาดเพื่อสังคมมากน้อยเพียงใด

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน (Planning)

- 2.1 วัตถุประสงค์ของการตลาดต้องนำไปปฏิบัติได้ ไม่คลุมเครือซับซ้อน หรือกว้างเกินไป
- 2.2 สร้างกลวิธี เพื่อนำไปใช้กับองค์ประกอบแต่ละตัวของส่วนผสมของการตลาด เพื่อสังคม กลวิธีหลายอย่าง เช่น สิ่งเสนอขาย การจัดจำหน่าย ราคา และการสื่อสารตลาด

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาการทดสอบ และการทำรายละเอียดในการวางแผน

3.1 การพัฒนา และการทดสอบ มโนทัศน์ของผลิตภัณฑ์ จะเกี่ยวข้องกับการเสนอหรือ การวางตลาดผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือการเสนอครั้งใหม่ของผลิตภัณฑ์ที่รู้จักกันแล้ว เพื่อให้ตอบสนอง ความต้องการ และความคาดหวังของผู้บริโภค

3.2 การทดสอบมโนทัศน์ของการสื่อสาร เป็นขั้นตอนที่เสนอทิศทางสำหรับกำจัด วิธีการที่ได้ผลน้อย และเลือกวิธีที่ได้ผลดี ส่วนใหญ่ใช้วิธี Focus group discussion

3.3 การทดสอบเนื้อหาของข่าวสาร หลังจากมโนทัศน์ของการสื่อสารที่ได้รับ คัดเลือก และถูกแบ่งเป็นข่าวสารไปทดสอบหาความเข้าใจ และปฏิกิริยาสนองตอบของผู้บริโภค

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินงาน (Implementation)

4.1 ช่องทางกระจายผลิตภัณฑ์

4.2 ช่องทางการส่งผลิตภัณฑ์โดยตรงกับลูกค้า หรือการขายปลีก

4.3 ตรวจสอบการขาย

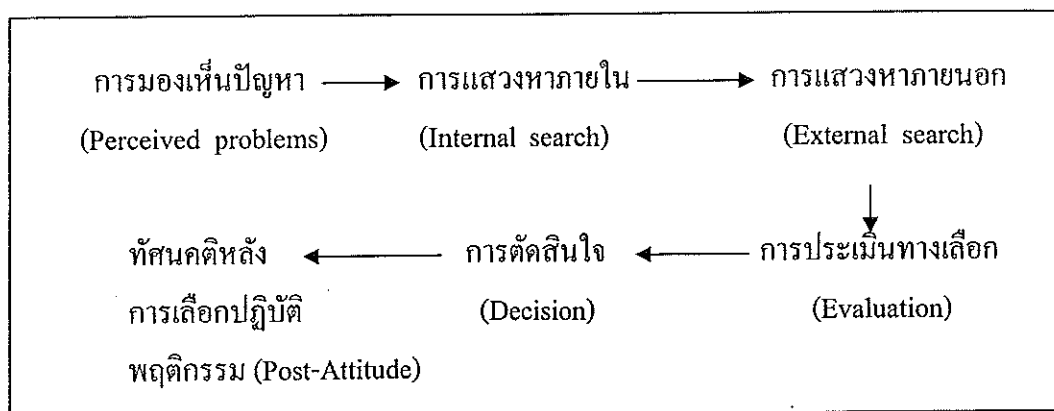
4.4 ตรวจสอบกระบวนการสื่อสาร

4.5 ตรวจสอบการดำเนินงาน การไหลของการสื่อสาร

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินประสิทธิผล (Assessing in market effectiveness) การ ประเมินผลของตลาดขณะดำเนินการ จะช่วยให้ทราบว่าบรรลุวัตถุประสงค์เพียงใด ต้องมีการแก้ไข อะไร จะรวบรวม และการรายงานข้อมูลที่ต้องการ ทันเวลา อย่างพอเพียง เพื่อใช้ในการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 6 การป้อนกลับไปสู่ขั้นตอนที่ 1 (Feed back to the first stage)

นอกจากนี้แนวคิดด้านการตลาด 6 ขั้นตอน ของ ฟิลิป คอตเลอร์ (Philip Kotler, 1997 ได้แก่ 1. การมองเห็นปัญหา (Perceived problems) 2. การแสวงหาภายใน (Internal search) 3. การแสวงหาภายนอก (External search) 4. การประเมินทางเลือก (Evaluation) 5. การตัดสินใจ (Decision) 6. ทักษะหลังการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม (Post-Attitude) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แนวคิดด้านการตลาด 6 ขั้นตอน ของ Philip Kotler, 1997

การประยุกต์ใช้แนวคิดการตลาดเพื่อสังคมกับการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ จำเป็นต้องเข้าใจพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายหรือผู้บริโภคที่มีกระบวนการตัดสินใจเลือกรับสื่อ หรือคำชี้แนะที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการเลือกแสดง พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (Philip Kotler. 1997 : 192-199) คือ 1. การมองเห็นปัญหา (Perceived problems) การที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถมองเห็น ปัญหาของพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต จากปัญหาพฤติกรรมต้องทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดแรงจูงใจ (Motive) หาทางแก้ปัญหา จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2. การแสวงหาภายใน (Internal search) เป็นการทบทวนความทรงจำของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติทั้งพฤติกรรมด้านบวก และพฤติกรรมด้านลบ บางพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติแล้วรู้สึกสนุก และสอดคล้องกับวิถีชีวิตจะมีทัศนคติที่ดี (ประทับใจ) ขั้นตอนที่ 3. การแสวงหาภายนอก (External search) เมื่อกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรู้ว่าพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมจะเป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วยโรคเบาหวานบุคคลนั้นจะแสวงหาความรู้ ซึ่งอาจถามผู้รู้ หรือหาเอกสาร/ตำราวิชาการอ่าน ขั้นตอนที่ 4. การประเมินทางเลือก (Evaluation) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จะประเมินวิธีปฏิบัติแต่ละวิธีที่มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตน สู้อันดับที่ 5. การตัดสินใจ (Decision making) บุคคลส่วนใหญ่จะเคยชินกับพฤติกรรมเดิมๆ ที่เคยปฏิบัติ ดังนั้นจึงต้องสร้างสิ่งจูงใจ และการสร้างความแตกต่างเพื่อกระตุ้นการตัดสินใจ นำสู่ขั้นตอนที่ 6. ทัศนคติ หลังการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม (Post - Attitudes) เมื่อกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเลือกปฏิบัติพฤติกรรม ที่ถูกต้องเหมาะสมนั้นๆ จะประเมินพฤติกรรมนั้น ว่าสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตนเองหรือไม่

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1. ความหมาย

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับ เมตตาบอริซึมแสดงอาการ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่ง อินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรังนั้นทำให้เกิด การเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงาน ล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาทและหลอดเลือด (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. 2543)

2. การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO. 1999) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการจำแนกประเภทของโรคเบาหวานใหม่โดยจำแนกตามสาเหตุและพยาธิสภาพสรีรวิทยาของการเกิดโรค ดังนี้

2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type I diabetes) เดิมเรียกว่า โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นโรคเบาหวานที่เกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน มักพบในเด็ก หรือคนอายุน้อย (น้อยกว่า 30 ปี) เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ เซลล์ตับอ่อนถูกทำลายโดยภูมิคุ้มกันตัวเอง อาการแรกพบส่วนใหญ่มีความรุนแรง และเกิดขึ้นกะทันหัน น้ำตาลในเลือดสูงมาก มีอาการปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีการสลายไขมัน และโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน

2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type II diabetes) เดิมเรียกว่า โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเบาหวานที่เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อนเป็นโรคเบาหวานที่พบบ่อยที่สุด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้ พบในผู้ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป

2.3 โรคเบาหวานที่เกิดจากสาเหตุอื่น (Other specific types of diabetes) ได้แก่

2.3.1 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ส่วนมากพบในคนอายุน้อยมีอาการไม่รุนแรง สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้

2.3.2 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของฤทธิ์อินซูลิน

2.3.3 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากโรคของตับอ่อนเช่นตับอ่อนอักเสบ มะเร็งตับ และการผ่าตัดตับอ่อน

2.3.4 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากโรคทางต่อมไร้ท่อ

2.3.5 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากยา หรือสารเคมีต่างๆ

2.3.6 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อ

2.3.7 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจาก Immune mediated diabetes

2.3.8 โรคทาง Genetic ที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน เช่น Down's syndrome

2.3.9 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) ในระยะตั้งครรภ์อาจ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติหรือความทนต่อกลูโคสผิดปกติเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้ต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

3. การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานจะทำในกรณี ดังนี้

3.1 ผู้มีอาการของโรคเบาหวาน เช่น หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รับประทานมาก ตามัว แผลหายช้าหรือมีประวัติติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเชื้อรา

3.2 ผู้มีอายุ 35 ปี หรือมากกว่า (ถ้าผลตรวจปกติให้ตรวจทุกปี)

3.3 ผู้ที่ไม่มีอาการแต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (ถ้าผลตรวจปกติให้ตรวจทุกปี ได้แก่

3.3.1 ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (First degree relatives)

3.3.2 น้ำหนักเกิน ($BMI \geq 25$ กิโลกรัม/เมตร²)

3.3.3 ประวัติ IPG (Impaired glucose tolerance) หรือ IFG (Impaired fasting glucose)

3.3.4 ความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท)

3.3.5 HDL-cholesterol ≤ 35 มก./ดล. และ/หรือ Triglyceride ≥ 250 มก./ดล.

3.3.6 ประวัติคลอดลูกน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัมหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Gestational diabetes

3.3.7 Polycystic ovary syndrome หรือ Acanthosis nigricans

3.3.8 การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือทำงานที่ไม่ได้ออกแรงมาก (Physical inactivity)

การตรวจ Screening ที่ต้องการการตรวจซ้ำและประเมินผลเพิ่มเติม ถ้าพบว่า FPG (Fasting plasma glucose) หลังการอดอาหาร 8 ชั่วโมง ≥ 110 มก./ดล. Random plasma glucose ≥ 160 มก./ดล. Random capillary whole blood glucose ≥ 140 มก./ดล. เมื่อผลดังกล่าวให้ตรวจ FPG ซ้ำอีก 1-2 ครั้ง

การตรวจ Oral glucose tolerance test ให้ผู้ถูกทดสอบรับประทานอาหารตามปกติที่มีคาร์โบไฮเดรต > 150 กรัม อย่างน้อย 3 วัน มีกิจวัตรประจำวันตามปกติ ไม่ได้อยู่ในช่วงเจ็บป่วย หรือมีภาวะ stress อื่นๆ อายุน้อยกว่า 50 ปี ไม่ได้รับยาที่มีผลต่อ glucose tolerance เช่น steroid ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น มีลำดับในการดำเนินการ ดังนี้

1. ทดสอบตอนเช้าโดยการงดอาหารข้ามคืน อย่างน้อย 8 ชั่วโมง
2. เจาะเลือดตรวจ FPG
3. รับประทาน 75 กรัมกลูโคส ในน้ำ 300 มิลลิลิตร ในเวลา 5 นาที

4. เจาะเลือดตรวจ FPG ในเวลา 2 ชั่วโมง ถัดมา

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน มี 3 วิธี ได้แก่

1. $FPG \geq 126$ มก./ดล.

2. Casual (Random) plasma glucose ≥ 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน

3. plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ Oral glucose tolerance test (OGTT) ≥ 200 มก./ดล. ถ้าค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยแต่ละวิธีข้างต้นอยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวานควรตรวจในวันอื่นอีก 1 ครั้ง เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่มี plasma glucose สูง และอาการชัดเจนร่วมกับมี Acute metabolic decompensation ในการตรวจซ้ำ ถ้าค่า FPG ≥ 126 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

4. อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

คนปกติก่อนรับประทานอาหารเข้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือด (Plasma glucose) 70-110 มก./ดล. และหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลจะไม่เกิน 140 มก./ดล.

ผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลไม่สูงมากอาจไม่มีอาการอะไร การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะทำได้จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานานๆ สามารถทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังได้ อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานมีทั้งส่วนที่เป็นผลจากภาวะน้ำตาลสูงโดยตรง และส่วนที่เป็นอาการเนื่องมาจากโรคแทรกซ้อน ได้แก่

4.1 ปัสสาวะบ่อย และมาก ปัสสาวะกลางคืน (คนปกติถ้าไม่ดื่มน้ำมากก่อนนอนมักจะไม่ต้องลุกมาปัสสาวะกลางคืน หรือปัสสาวะอย่างมาก 1 ครั้ง) ในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลสูงมากเกินความสามารถของไตในการกั้นไม่ให้น้ำตาลออกมาในปัสสาวะ (พลาสมากลูโคสในเลือดสูงมากกว่า 180 มก./ดล.) จะมีน้ำตาลออกมากับปัสสาวะ ซึ่งจะดึงน้ำตาลมาทำให้สูญเสียน้ำไปด้วย จึงมีปัสสาวะมากกว่าคนปกติ ทำให้ต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะกลางคืนหลายครั้งและอาจพบว่าปัสสาวะมีมดค่อม

4.2 คอแห้ง กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก ซึ่งเป็นผลจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากทางปัสสาวะ

4.3 หิวบ่อย กินจุ แต่น้ำหนักลด อ่อนเพลียเนื่องจากร่างกายนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานไม่ได้เพราะอินซูลินไม่เพียงพอ จึงมีการสลายพลังงานออกมาจากไขมันและกล้ามเนื้อ

4.4 ถ้าเป็นแผลจะหายยากมีการติดเชื้อตามผิวหนังเกิดฝีบ่อยเนื่องจากน้ำตาลสูงทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคลดลง

4.5 มีคันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อราโดยเฉพาะบริเวณช่องคลอดของผู้ป่วยเพศหญิง สาเหตุของอาการคันเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่นผิวหนังแห้งเกินไปหรือการอักเสบของผิวหนัง ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน

4.6 ตาพร่ามัว การที่ตาพร่ามัวในผู้ป่วยเบาหวานมีสาเหตุหลายประการ อาจเป็นเพราะสายตาเปลี่ยน (สายตาสั้นลง) มีน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลไปคั่งอยู่ในตา อาจเกิดจากต่อกระจก หรือจอตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน

4.7 ขาปลายมือปลายเท้าห่อนสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากน้ำตาลที่สูงมากๆ ทำให้เส้นประสาทเสื่อมเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เพราะไม่รู้สีกว่าจะทราบแผลก็ถูกถามมากติดเชื่อได้ง่าย

5. สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศไทย คือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กล่าวเฉพาะสาเหตุของโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จากปัจจัยใหญ่ๆ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ดังนี้

5.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม การที่บิดามารดาเป็นโรคเบาหวานพบว่าญาติสายตรงมีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน 6 – 10 เท่า ของคนที่บิดามารดาไม่เป็นโรคเบาหวาน (กรมการแพทย์. 2538) ซึ่งการมีญาติสายตรงรวมถึงพี่ – น้อง คนใดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะได้รับยีนผิดปกติจากบิดามารดา ตั้งแต่เชื้ออสุจิของบิดา และไข่ของมารดาผสมกันเมื่อคลอดลูกออกมา ลูกมียีนผิดปกติ พร้อมที่จะเป็นโรคเบาหวานได้ แต่การที่เป็นซ้ำ หรือเร็วขึ้นอยู่กับสภาวะแวดล้อมของแต่ละคน พันธุกรรม และภาวะแวดล้อมจะช่วยให้เกิดโรคเบาหวานได้เท่าๆ กัน

5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันทั้งในภาคตัดขวาง และการศึกษาระยะยาว พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมหลายประการ ที่ส่งผลให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ดังนี้ 1. ความอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะคนอ้วนเนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง และการขนถ่ายกลูโคสเข้าเซลล์ลดลง หรือในบางกรณีการคืออินซูลิน เกิดจากจำนวนหน่วยรับอินซูลิน (Insulin receptor) ที่เซลล์เป้าหมายลดลงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ โดยพบว่า ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) สามารถคาดการณ์การเกิดโรคเบาหวานได้ (Warne et al. 1995) และยังพบว่าผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มี BMI \geq 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร จะมีความสัมพันธ์กับการเป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (โอกาส การย์กวินพงศ์ และคณะ. 2536) 2. ปัจจัยด้านอาหาร พบว่า การบริโภคไขมันอิ่มตัวในปริมาณมากและการบริโภคปริมาณเส้นใยอาหารน้อยอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้ร่างกาย มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ถึงแม้ว่าจะยังไม่ทราบกลไก

ที่แน่นซัดก็ตาม (Davidson, 1998) 3. การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น ผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูง 2 - 4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ออกกำลังกาย หรือใช้แรงงานสม่ำเสมอ 4. ภาวะเครียด ภาวะเครียดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น กลูคากอน คอร์ติโซล และแคทีโกลามีน ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นได้ และภาวะเครียดทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานๆ อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ 5. การใช้ยา มียาหลายชนิดที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดโดยอาจมีผลต่อดับอ่อน ทำให้หลังอินซูลินได้น้อยลง หรืออาจเป็นผลต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลินก็ได้ ยาที่สำคัญ และมีโอกาสพบได้บ่อย คือ ยาลดความดันโลหิตบางชนิด โดยเฉพาะยาขับปัสสาวะ ยาต้านเบต้า ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ และยากุมกำเนิดบางชนิด ระดับน้ำตาลที่ผิดปกติมักเกิดขึ้นได้หลังหยุดยาเหล่านี้

6. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเกิดได้ทั้งระยะเฉียบพลัน และเรื้อรัง ดังนี้

6.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการผิดปกติรุนแรง รวดเร็ว ต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน ผู้ป่วยอาจมีระดับน้ำตาลต่ำมากเกินไป หรือสูงมากเกินไป ได้แก่

6.1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

6.1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)

6.1.3 ภาวะติดเชื้อ (Sepsis)

6.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการผิดปกติเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน และ ระดับการควบคุมโรคเบาหวาน กล่าว คือ ยิ่งเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานเท่าใด โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการผิดปกติเรื้อรัง แบ่งได้เป็น 1. โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดตีบที่เท้า 2. โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็ก ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทางตา โรคแทรกซ้อนทางไต และโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท

7. กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

การศึกษาครั้งนี้ได้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยใช้เครื่องมือ ของ Aekplakorn W, et al. 2006 เพื่อประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในคนไทย ที่มีค่าคะแนน มากกว่า 6 ขึ้นไป ซึ่งกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วยประเด็น ดังนี้

7.1 มีญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง คนใดคนหนึ่ง เป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะได้ยีนผิดปกติจากพ่อแม่ ตั้งแต่เชื้ออสุจิของพ่อ และไข่ของแม่ผสมกันเมื่อคลอดลูกออกมาผู้นั้นก็มียีนผิดปกติพร้อมที่จะเป็นโรคเบาหวาน แต่การที่จะเป็นช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับภาวะแวดล้อมของผู้นั้นคือกรรมพันธุ์และปัจจัยแวดล้อมจะช่วยให้เกิดเบาหวานได้เท่าๆ กัน แม้จะยังไม่เป็นโรคเบาหวานในระยะแรกของชีวิต เมื่อมีลูกย่อมถ่ายทอดความผิดปกติ ไปให้ลูกได้สมอลูกของคนที่เป็นโรคเบาหวานจึงได้รับพันธุกรรมของโรคเบาหวานไปทุกคน ไม่ว่าลูกคนนั้นจะเกิดก่อนหรือเกิดหลังที่ผู้นั้นมีอาการของโรคเบาหวาน และบุตรที่เกิดขึ้นในชั้นหลังๆ ของกรรมพันธุ์มักจะเป็นโรคเบาหวานเร็วขึ้นเรื่อยๆ บางราย พบว่า บุตรเป็นโรคเบาหวานก่อนพ่อแม่ (วิทยา ศรีดามา. 2545 : 26) ทฤษฎีเกี่ยวกับกรรมพันธุ์ของโรคเบาหวานในปัจจุบัน เชื่อว่าเป็นการสืบผ่านแบบด้อยออกโตโซมัล ที่เรียกว่า Recessive trait คือโรคเบาหวาน จะต้องเป็นโฮโมไซโกตต์ของยีนเซพเทอโรซัยโกตต์ จะไม่เป็นเบาหวานแต่สามารถถ่ายทอดยีนผิดปกติไปให้ลูกหลาน ตามทฤษฎีนี้ คนที่เป็นพาหะของยีนโรคเบาหวาน 2 คน แต่งงานกัน ลูกย่อมมีโอกาสเป็นเบาหวานร้อยละ 25 ถ้าคนที่เป็นโรคเบาหวานแต่งงานกับคนที่เป็นพาหะลูกจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 50 ถ้าคนที่เป็นโรคเบาหวานทั้งคู่แต่งงานกันลูกจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 100 แต่ส่วนใหญ่ขึ้นกับสิ่งแวดล้อมช่วยส่งเสริมการเกิดโรคด้วย

7.2 อายุเกิน 35 ปี และอ้วน ลูกหลานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะแสดงอาการของโรคชัดเจน โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบได้ในคนอ้วน ร้อยละ 80 ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์ไขมันของคนอ้วนขยายใหญ่ขึ้นทำให้เกิดความต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของนายแพทย์ ร็อดและ คาน (Roth and Kahn) พบว่า เซลล์ไขมันของคนอ้วนมีตัวรับอินซูลินน้อย ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น ทำให้อาการของโรคเบาหวานปรากฏขึ้น โรคอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้

7.3 เคยมีประวัติคลอดบุตรที่มีน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม หรือมีประวัติตั้งครรภ์ผิดปกติและหรือเคยมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นความเครียดอย่างหนึ่ง ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิด ได้แก่ โกรธฮอร์โมน ไทร็อกซิน และกลูโค คอร์ตติคอยด์ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

7.4 บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดนาน ๆ ความกังวล หรือเคร่งเครียดในงานมาก ก็อาจทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ เนื่องจากการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟรินมากผิดปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

7.5 กลุ่มบุคคลที่ใช้ยาบางชนิดนานๆ เช่น ยาเม็ดควบคุมกำเนิด ยาจำพวก สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น ยาเหล่านี้มีผลต่อการต้านฤทธิ์ของอินซูลิน

8. กลวิธีในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และแนวทางปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยง

ในประเทศไทยมีข้อมูลแสดงว่าประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรค (สาริต วรรณแสง, 2550 : 98-103) ดังนั้นการตรวจคัดกรอง (Screening test) จึงมีประโยชน์ในการค้นหาผู้ซึ่งไม่มีอาการเพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาดังแต่ระยะเริ่มแรก โดยมุ่งหมายป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนอย่างไรก็ดีการทราบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานทำให้สามารถตรวจคัดกรองหาโรคเบาหวานในประชากรทั่วไปได้อย่างประหยัดคุ้มค่าขึ้น คือ เลือกทำในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น (High risk screening strategy) เนื่องจากอุบัติการณ์ ของโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในประเทศไทยต่ำมาก (สาริต วรรณแสง, 2550 : 104) แนวทางในปัจจุบันจึงไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรอง หรือประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีวิธี การประเมินความเสี่ยง 2 แนวทาง คือ 1. การประเมินความเสี่ยงในช่วงเวลานั้น โดยใช้แบบประเมิน หรือเกณฑ์ประเมินความเสี่ยง ซึ่งได้จากการศึกษาชนิดตัดขวาง (Prevalence หรือ Cross – sectional study) ให้ตรวจคัดกรองโดยการเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลในผู้ที่มีความเสี่ยง จึงมีโอกาสสูงที่จะตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน (Prevalence case) การประเมินความเสี่ยงรูปแบบนี้ ใช้สำหรับตรวจคัดกรอง (Screening) เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่มีอาการและให้การรักษาดังแต่ระยะเริ่มแรก 2. การประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคโดยใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงซึ่งได้มาจากการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort หรือ incident case) ซึ่งต่างจากแนวทางแรก โอกาสตรวจพบว่า เป็นโรคได้น้อยกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูงชนิด Prevalence diabetes อย่างไรก็ตามบุคคลนั้นๆ เมื่อตรวจคัดกรองแล้ว พบว่า ยังไม่เป็นโรคเบาหวาน แต่บุคคลนั้นมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานในอนาคต ได้สูงกว่าธรรมดา จึงสมควรให้การป้องกันลดปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ ในปัจจุบันมีการศึกษา พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือวิถีดำเนินชีวิต (Lifestyle intervention หรือ Lifestyle modification) สามารถชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้ โดยการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที และการควบคุมอาหารจนทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้ ร้อยละ 6 สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน (Incident diabetes) ได้ร้อยละ 40 – 60 (Tumilehto, 2002) มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานในคนไทย พบการยืนยันปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่ระบุไว้ในตารางสามารถทำนายการเกิดโรคเบาหวานได้ดี การทำนายการเกิดโรคเบาหวาน โดยใช้ข้อมูลง่ายๆ เหล่านี้ อาจนำมาประยุกต์ ใช้ประเมินชุมชนเบื้องต้น เพื่อสำรวจหาบุคคลที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวาน หรืออาจใช้เป็นเครื่องมือตรวจสอบตนเองสำหรับประชาชนทั่วไป หากคะแนนปัจจัยเสี่ยงรวมกันอยู่ระหว่าง 6 - 7 คะแนน ขึ้นไป ผลคือเสี่ยงต่อการ

เกิดโรคเบาหวาน (ดังรายละเอียดตารางที่ 1 และ 2) การพยายามหาทางป้องกันการเกิดโรค การชะลอการดำเนินของโรค เป็นวิธีการที่คุ้มค่าในการดูแลรักษาโรคนี้ ซึ่งแบ่งการควบคุมป้องกันได้ดังนี้ (King and Dowd. 1990 : 192)

1. Primary Prevention แนวทางในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานควรพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ (WHO. 1994)

1.1 ผู้มีประวัติครอบครัวของโรคเบาหวานที่ชัดเจน และประวัติครอบครัวเป็นโรคตั้งแต่อายุน้อย

1.2 ผู้ที่อยู่ในสังคมมีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต จากดั้งเดิมเป็นแบบตะวันตก, จากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง

1.3 ผู้ที่มีประวัติโรคเบาหวาน หรือความทนกลูโคสผิดปกติขณะตั้งครรภ์

1.4 ผู้ที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น ความดันโลหิตสูง, ระดับไขมันในเลือดสูง และมีภาวะอ้วนคั่งนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจึงเป็นแนวทางสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเกิดโรคเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง

2. Secondary prevention เป้าหมาย คือ การวินิจฉัยผู้ที่เป็โรคเบาหวานให้ได้ระยะแรกเริ่มเพื่อการรักษาที่ถูกต้องเพราะระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีอาการอื่นร่วม ผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวานจนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น การคัดกรอง (Screening) ทำในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ทำการวัดระดับ Fasting plasma glucose (FPG)

3. Tertiary prevention เป็นการรักษาเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น, ช่วยลดความพิการและการสูญเสียชีวิตด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่ การดูแลรักษาเท้า การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการลดภาวะเครียด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบคัดกรองการคำนวณความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในคนไทย ของ Aekplakorn W, et al. 2006 เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเข้าสู่กลุ่มทดลองดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูล และคะแนนคำนวณความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในคนไทย

| ปัจจัยเสี่ยง | คะแนนที่กำหนด | คะแนนที่ได้ |
|-------------------------------------|---------------|-------------|
| อายุ (ปี) | | |
| < 45 | 0 | |
| 45-49 | 1 | |
| > 50 | 2 | |
| เพศ | | |
| หญิง | 0 | |
| ชาย | 2 | |
| ดัชนีมวลกาย(กก./เมตร ²) | | |
| < 23 | 0 | |
| 23 < 27.5 | 3 | |
| > 27.5 | 5 | |
| รอบพุง (ซม.) | | |
| < 80 ในหญิง, < 90 ในชาย | 0 | |
| ≥ 80 ในหญิง, ≥ 90 ในชาย | 2 | |
| ความดันโลหิตสูง | | |
| ไม่มี | 0 | |
| มี | 2 | |
| พ่อ แม่ พี่ หรือน้อง เป็นเบาหวาน | | |
| ไม่มี | 0 | |
| มี | 4 | |
| คะแนนรวม * | 0-17 | |

* คะแนนรวม = 6.17 เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานใน 12 ปี, คะแนนยิ่งสูงยิ่งเสี่ยงมาก
(Aekplakorn W, et al. 2006 : 29 : 1872-7)

ตารางที่ 2 การแปลผลคะแนนเป็นความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

| ผลคะแนนรวม | ความเสี่ยงต่อเบาหวาน ใน 12 ปี (%) | ข้อเสนอแนะ |
|---------------------|--------------------------------------|---|
| น้อยกว่าหรือ = 2 | น้อยกว่า 5 | ความเสี่ยงน้อย - โอกาสเป็นเบาหวานน้อยกว่า 1 ใน 20 - ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัว - ตรวจความดันโลหิต |
| 3-5 | 5-10 | ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น - โอกาสเป็นเบาหวานประมาณ 1 ใน 12 - ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัว - ตรวจความดันโลหิต |
| 6-8 | 11-20 | ความเสี่ยงสูง - โอกาสเป็นเบาหวานประมาณ 1 ใน 7 - ควรควบคุมอาหาร และออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัว ตรวจความดันโลหิต |
| 9-10 | 21-30 | ความเสี่ยงสูงมาก - โอกาสเป็นเบาหวานประมาณ 1 ใน 4 - ควรควบคุมอาหาร และออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัว ตรวจความดันโลหิต - ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด |
| = หรือมากกว่า 11 | มากกว่า 30 | ความเสี่ยงสูงมากๆ - โอกาสเป็นเบาหวานประมาณ 1 ใน 3 - ควรควบคุมอาหาร และออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัว ตรวจความดันโลหิต - ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด |

ที่มา : Aekplakorn W, et al. , รายงานการศึกษาพัฒนาดัชนี Diabetes Risk Score, 2006

9. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

การรักษาเบาหวานต้องการความร่วมมือระหว่างแพทย์ ตัวผู้ป่วย และทีมสุขภาพอื่น ๆ โดยการรักษามีการดำเนินการดังต่อไปนี้

9.1 ตั้งเป้าหมายระดับการควบคุมให้เหมาะสมกับอายุและสภาวะของผู้ป่วย

9.2 แนะนำอาหาร และการออกกำลังกายให้เหมาะสม คือ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

9.3 ให้ความรู้โรคเบาหวานที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อน และครู ในกรณีผู้ป่วยเด็ก

9.4 ส่งเสริมการดูแลตนเองและประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต (Lifestyle modification) หมายถึง การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ซึ่งแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทันที ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และความดันโลหิตได้ดี การให้คำแนะนำ การควบคุมอาหารเพื่อการรักษาโดยโภชนาการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลโรคเบาหวานจะสามารถลด HbA_{1c} ได้ประมาณ 2% ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ และลด HbA_{1c} ได้ประมาณ 1% ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นเบาหวาน นานเฉลี่ย 4 ปี โดยจะเห็นผลภายในระยะเวลา 3-6 เดือน ข้อเสนอแนะอาหารทางการแพทย์ (Medical nutrition therapy) เพื่อป้องกัน หรือรักษาโรคเบาหวาน ดังตารางที่ 3 (American Diabetes Association, 2007)

ตารางที่ 3 ข้อเสนอแนะอาหารทางการแพทย์เพื่อป้องกันหรือรักษาโรคเบาหวาน

| ประเภทของผู้ป่วย / โรค | ข้อเสนอแนะ |
|--|--|
| น้ำหนักเกินที่เป็นเบาหวาน หรือเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวาน | <ul style="list-style-type: none"> - ลดน้ำหนักเพื่อลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน - ให้ลดปริมาณพลังงานและไขมันที่จะรับประทาน เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามอย่างต่อเนื่องจนสามารถลดน้ำหนักได้ร้อยละ 5-7 ของน้ำหนักตั้งต้น - ไม่แนะนำอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ (< 130 กรัม/วัน ในการลดน้ำหนัก) - การใช้ยาหรือการทำผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์เฉพาะทาง หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ |
| การป้องกันโรคเบาหวาน | <ul style="list-style-type: none"> - ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักลงร้อยละ 7 และออกกำลังกายด้วยความหนัก (Intensity) ปานกลางถึงมากอย่าง |

| ประเภทของผู้ป่วย / โรค | ข้อเสนอแนะ |
|------------------------|--|
| การควบคุมโรคเบาหวาน | <p>สม่ำเสมอ 150 นาที/สัปดาห์ ร่วมกับการควบคุมอาหารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มการบริโภคใยอาหารให้ได้ 14 กรัมต่ออาหาร 1,000 กิโลแคลอรี - บริโภคอาหารที่มี Glycemic index ต่ำ เนื่องจากมีใยอาหาร และสารอาหารอื่น ๆ ในปริมาณมาก <p><u>อาหารคาร์โบไฮเดรต</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - บริโภคผัก ธัญพืช ถั่ว ผลไม้ และนมจืดไขมันต่ำ ประจำ - ไม่แนะนำอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ < 130 กรัม/วัน - การนับปริมาณคาร์โบไฮเดรต และการใช้อาหารแลกเปลี่ยนเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด - การบริโภคอาหาร Glycemic index และ Glycemic load ต่ำ ร่วมด้วยอาจได้ประโยชน์เพิ่มขึ้น - ใช้น้ำตาลทรายได้ ถั่วแลกเปลี่ยนกับอาหารคาร์โบไฮเดรตอื่นในมื้ออาหารนั้น กรณีที่ลี้ดอินซูลิน ถ้าเพิ่มน้ำตาลทราย หรือคาร์โบไฮเดรตต้องใช้อินซูลินเพิ่มขึ้นตามความเหมาะสม - บริโภคอาหารที่มีใยอาหารสูง - การใช้น้ำตาลจากแอลกอฮอล์ เช่น Sorbital, Xylitol และ Mannitol และน้ำตาลเทียม ถือว่าปลอดภัย ถ้าไม่มากเกินไปที่แนะนำ เช่น แอสปาเทม วันละไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม |
| การควบคุมโรคเบาหวาน | <p><u>อาหารไขมันและโคเลสเตอรอล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จำกัดปริมาณไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 7 ของพลังงานรวม - จำกัดการรับประทานไขมันทรานส์ไม่เกินร้อยละ 1 ของพลังงานรวม เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด - ไขมันทรานส์ พบมากในมาการีน เนยขาว และอาหารอบกรอบ - ลดปริมาณโคเลสเตอรอลให้ต่ำกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน - บริโภคปลา 2 ครั้ง/สัปดาห์ หรือมากกว่าเพื่อให้ได้โอเมก้า 3 |

| ประเภทของผู้ป่วย / โรค | คำแนะนำ |
|------------------------|---|
| การควบคุมโรคเบาหวาน | <p>โปรตีน</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานร้อยละ 15-20 ของพลังงานทั้งหมด ถ้าการทำงานขอไตปกติ - ไม่ใช่โปรตีนในการแก้ไขหรือป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดแบบเฉียบพลัน หรือเวลากลางคืน - ไม่แนะนำอาหารโปรตีนสูงในการลดน้ำหนักตัว <p>แอลกอฮอล์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถ้าดื่มควรจำกัดปริมาณไม่เกิน 1 ส่วน/วัน สำหรับผู้หญิง และ 2 ส่วน/วัน สำหรับผู้ชาย โดย 1 ส่วนของแอลกอฮอล์ คือ วิสกี้ 45 มิลลิลิตร หรือเบียร์ชนิดอ่อน 360 มิลลิลิตร หรือไวน์ 120 มิลลิลิตร - ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ร่วมกับอาหารเพื่อป้องกันน้ำตาลต่ำในเลือดกลางดึก - การดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวไม่มีผลต่อระดับน้ำตาล และอินซูลินแต่การรับประทานคาร์โบไฮเดรตเป็นกับแกล้มร่วมด้วย อาจเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดได้ <p>วิตามินและแร่ธาตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่จำเป็นต้องให้วิตามิน หรือแร่ธาตุเสริมในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ขาดสารอาหารเหล่านั้น - ในผู้สูงอายุอาจให้วิตามินรวมเสริมเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะคนที่ควบคุมอาหาร - ไม่แนะนำให้ใช้สารต้านอนุมูลอิสระเพิ่มเป็นประจำเนื่องจากอาจมีความไม่ปลอดภัยได้ในระยะยาว |

การออกกำลังกาย (Sigal RJ, et al. , 2007)

การออกกำลังกายสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ถ้ามีอินซูลินเพียงพอ ผู้ป่วยที่ได้รับยาอินซูลิน หรือยากระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนออกกำลังกาย เมื่อหยุดออกกำลังกาย และหลังออกกำลังกายหลายชั่วโมง ถ้ามีระดับน้ำตาลต่ำในเลือดอาจจำเป็นต้องลดยาลงก่อนออกกำลังกาย หรือรับประทานคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

ตารางที่ 4 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

| เป้าหมาย | ระยะเวลา และความหนักของการออกกำลังกาย |
|--|---|
| เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ลดน้ำหนักตัว และลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด เพื่อคงน้ำหนักที่ลดลงไว้ตลอดไป | - ออกกำลังกายหนักปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์ หรือ ออกกำลังกาย หนักมาก 90 นาที/สัปดาห์ ควรกระจายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และไม่ดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน - ออกกำลังกายหนักปานกลางถึงหนักมาก 7 ชั่วโมง/สัปดาห์ |

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยการประยุกต์ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และ ประเด็นกลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม ดังนี้ การศึกษาของ ภาวณี สุรินทร์ (2535 : 61-65) ได้ศึกษาเชิงทดลอง โดยใช้แนวคิดการตลาดเชิงสังคมในการส่งเสริมการมาตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบท พบว่า การใช้วิธีการตลาดเชิงสังคมในกลุ่มเป้าหมาย ทำให้มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อค่าใช้จ่าย และผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจ และความตั้งใจที่จะได้รับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้วิธีอื่น นอกจากนี้ พัทธนิษฐ์ สมัยรัฐ (2548 : 70-78) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรับสารผ่านสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อการลดน้ำหนักของผู้หญิงในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี โดยศึกษาผู้ที่เคยซื้อ และไม่เคยซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อการลดน้ำหนักกลุ่มละ 200 คน พบว่า ลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมรับสาร การเปิดรับสารผ่านสื่อโทรทัศน์มากที่สุด คือร้อยละ 89.3 รองลงมา ได้แก่ สื่อวิทยุ สิ่งพิมพ์ และผ่านสื่อโฆษณาทุกประเภท สอดคล้องกับ มิชานันท์ โอทาน (2548 : 61-63) ศึกษาแนวทางการสื่อสารการตลาด เพื่อจัดการลูกค้าสัมพันธ์ในธุรกิจเคย์สปา โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการเคย์สปาของผู้บริโภค และศึกษาวิธีสื่อสารการตลาดของธุรกิจเคย์สปาพบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ประทับใจในตัวพนักงานมากกว่าสถานที่และรูปแบบการให้บริการ สื่อที่มีอิทธิพลต่อการเลือกเข้ารับบริการ คือ สื่อบุคคล (บอกปากต่อปาก) มากที่สุด รองลงมาคือสื่อการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การศึกษา ของ วิชาวรรณ ลิ้มเจริญ (2542 : 58 - 61) ศึกษาผลการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลโสนลอย อำเภอมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า คะแนนความเชื่อเรื่องสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรค รวม

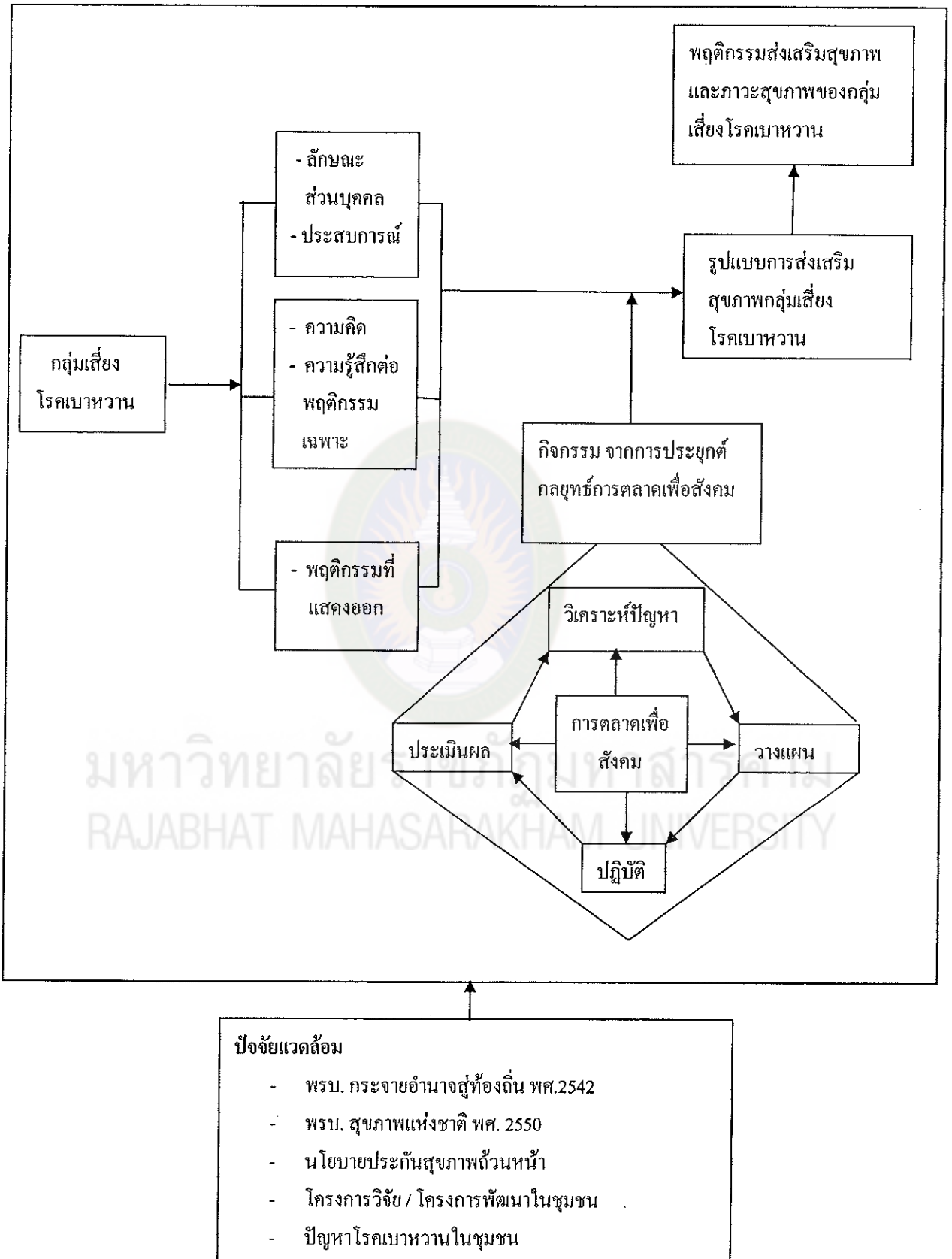
ถึงคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน ด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ อรุณีย์ ศรีนวล (2548 : 71-74) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน จัดกิจกรรมให้คำแนะนำ กระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง ซอลเทน และ คณะ (Sultan et al. 2003 : 8-10) ได้ศึกษาการส่งเสริมความเข้าใจในการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานะที่ร่างกายมีการเจ็บป่วยเพื่อศึกษาผลของพฤติกรรม และรูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสม พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอในการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ วาคิน และคณะ (Warkin et al. 2000 : 10 - 12) ได้ศึกษาผลกระทบของการใช้แนวคิดการกำกับตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 20 - 90 ปี จำนวน 296 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งรูบินและคณะ (Rubin et al. 1991 : 6 - 8) ศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในการกำกับตนเอง และพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน หลังจากนั้น 1 ปี ได้ประเมินผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับฮีโมโกลินเอวันซีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ของ แพนเอ็ก และคณะ (Pan X, Li G, Hu Y, et al. 1997 : 37 - 44) ได้ติดตามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 577 คน ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Impaired glucose tolerance) เป็นเวลา 6 ปี พิจารณาอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Cumulative incidence) พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฟินแลนด์ ของทูไมโท และคณะ (Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson J, et al. 2001 : 43-50) ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวาน จำนวน 522 คน อายุเฉลี่ย 55 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 31 กิโลกรัม/เมตร² โดยมีกลุ่มควบคุม จำนวน 257 คน ได้รับข้อมูลเป็นเอกสารหรือคำแนะนำปีละครั้ง ในเรื่องของการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย สำหรับกลุ่มทดลอง มีจำนวน 265 คน ได้รับคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในแต่ละ Subject มีการติดตามผลอย่างเข้มงวด และสม่ำเสมอ พบว่า กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานต่ำกว่ากลุ่มควบคุม หรือกล่าวได้ว่า กลุ่มทดลองมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานเป็น 0.4 เท่าของกลุ่มควบคุม อีกทั้ง

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวาน จำนวน 3,234 คน จากหลายเชื้อชาติ อายุเฉลี่ย 51 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 34 กิโลกรัม/เมตร² โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม ได้รับ placebo (n = 1,082) กลุ่มที่ได้รับยา Metformin ขนาด 850 mg วันละ 2 ครั้ง (n = 1,073) และกลุ่มที่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวดคือควบคุมอาหารให้น้ำหนักลด ร้อยละ 7 ของน้ำหนักตัว และออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (n = 1,079) จากการติดตามเป็นเวลา 2.8 ปี พบว่า กลุ่มที่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 58 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และสามารถลดอุบัติการณ์ได้ร้อยละ 39 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยา Metformin จากการศึกษาในต่างประเทศ ระยะ 10 ปี ที่ผ่านมามีการใช้มาตรการการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการตั้งเป้าหมายการลดน้ำหนักและการออกกำลังกาย สำหรับกลุ่มเป้าหมายทุกคน ส่วนวิธีดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายจะเป็นไปตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย