

รายงานวิจัย เรื่อง
ชุมชนกับการคัดกรองโรคเบาหวาน
(Community Participation in Screening for Diabetes Mellitus)

คณะนักวิจัย

รัชฎาพร รุญเจริญ
อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์
จำนนต์ ผิวละออ
ประนอม พริยานนท์
ภัทรพล คันสร
เสียง อุปมัย
ธีรพล เศรษฐศรี
แจ่มจันทร์ ศรีรัตน์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.นิตย ทัศนียม
คุณสุพัฒน์ สมจิตรสกุล
นพ.สมยศ ศรีจารนัย
ทพญ.วารี สุตกรยุทธ์
ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา

สนับสนุนทุน โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ผ่าน
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เครือข่ายอีสาน

โรงพยาบาลขุนหาญ
จังหวัดศรีสะเกษ

บทสรุปผู้บริหาร

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือ ภาวะหรือโรคแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลให้คุณภาพชีวิตลดลง การรู้ตัวตั้งแต่เริ่มเป็นจะทำให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ มาตรการอย่างหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ คือ การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ณ สถานบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามการตรวจคัดกรองโรคขึ้นกับความสมัครใจของผู้รับบริการ จากจำนวนผู้ป่วยที่มีรายงานต่ำกว่าพื้นที่อื่น ๆ ของหมู่บ้านสนามแจ้ง ตำบลไพร อำเภอนาหว้า โรงพยาบาลชุมชนหาญจึงได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านสนามแจ้ง ระหว่างเดือนมีนาคม 2544 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2545 โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างแท้จริง ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อกำหนดปัญหาให้ชัดเจน กำหนดกิจกรรม และวางแผนการดำเนินการ ตลอดจนดำเนินการกิจกรรมตามแผน และสรุปประเมินผลการดำเนินการ กิจกรรม ด้วยการสนับสนุนขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยจัดให้มีเวทีในการสนทนาร่วมกันเป็นระยะ โดยผู้เข้าร่วมที่เป็นแกนหลักประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 3 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ตัวแทนประชาชนกลุ่มอายุระหว่าง 25-60 ปี จำนวน 8 คน รวมเป็น 14 คน ทั้งนี้ มีบุคลากรสาธารณสุขทั้งจากสถานีอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการด่านหน้าที่รับผิดชอบพื้นที่โดยตรง และ โรงพยาบาลชุมชนหาญ จากการจัดกระบวนการสนทนากลุ่มทำให้ชุมชนสามารถกำหนดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานได้ดังนี้ คือ ขาดความตระหนัก เนื่องจากการรับรู้ และความเข้าใจต่อโรคเบาหวานไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของคนในชุมชนส่วนหนึ่ง ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ ทำให้รู้สึกกลัว และหากรู้ว่าเป็นแล้วจะรับไม่ได้ หรือร่างกายแข็งแรงดี ไม่ต้องไปตรวจ เป็นเหตุให้คนส่วนหนึ่งไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง เป็นต้น ตลอดจนทัศนคติที่ว่า เป็นโรคเบาหวานที่มีอาการแทรกซ้อนจะทรมาณมาก รักษาไม่หาย ตายอย่างเดียว ส่วนความรู้ด้านการรักษา บางส่วนยังเชื่อว่า การใช้สมุนไพรบางชนิด เช่น น้ำต้มใบขี้เหล็กสามารถรักษาโรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานที่ผ่านมา คือ การให้บริการไม่ต่อเนื่องเนื่องจากการสนับสนุนแถบตรวจปัสสาวะจากหน่วยงานสาธารณสุขไม่เพียงพอ ผู้มารับบริการขาดความเชื่อต่ออาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ตรวจ จากประเด็นปัญหาดังกล่าว กลุ่มได้กำหนดกิจกรรมการดำเนินการซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการประชาสัมพันธ์รณรงค์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชน โดยใช้สื่อบุคคล แบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบ และสื่อหอกระจายข่าว กิจกรรมให้ความรู้ โดยเปลี่ยนรูปแบบจากการปฏิบัติเดิมที่ให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ให้ความรู้ โดยมีรูปแบบการถ่ายทอดในลักษณะการอบรมหรือการสอน เป็นการให้ชุมชนมีส่วนร่วม มีอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นคนในชุมชนบอกเล่าเรื่องราว ร่วมกับผู้ที่มิประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมาเล่าถึงประสบการณ์ตรงกับโรค เปิดเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนร่วมกันหาคำตอบที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ทั้งนี้มีภาคส่วนต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ หลังจากการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักต่อโรคเบาหวาน

แล้ว กิจกรรมที่ดำเนินการต่อมาก็คือ การรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ซึ่งมีกลุ่มเสี่ยงที่มาเข้ารับการตรวจจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9 ของจำนวนคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมีความเสี่ยงทั้งหมด 96 คน ผลการตรวจคัดกรองพบว่า มีผู้ให้บวกในการตรวจคัดกรองด้วยแถบตรวจน้ำตาลในปัสสาวะจำนวน 17 คน ซึ่งได้ตรวจยืนยันด้วยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า จากจำนวนที่ส่งต่อ 17 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยืนยันจากผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 1 คน หลังจากการรณรงค์ การตรวจคัดกรองและมีการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ดังกล่าว ทำให้ชุมชนเกิดความตื่นตัว และตระหนักต่อปัญหาเรื่องโรคเบาหวานมากขึ้น โดยกลุ่มได้มีการกำหนดให้มีกิจกรรมการให้บริการตรวจคัดกรองทุกวันเสาร์ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน อบรบฟื้นฟูความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงปีละ 1 ครั้ง เสนอของบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดต่อองค์การบริหารส่วนตำบล

จากการดำเนินโครงการวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชนปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานด้านสุขภาพ ชุมชนรับรู้ และตระหนักว่า เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของชุมชนด้วย ไม่เช่นนั้นจะเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรู้ถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาด้านต่าง ๆ

Executive Summary

Diabetes Mellitus(DM) is a chronic disease which needs long term care. Main problems happened to the patient are complication causing decreasing in quality of life. Early detection can result in controlling disease. One of the main measures used is screening for DM both at peripheral health facility, so called 'health center', and primary health care community center (PHCC). However, the effective of this measure would rely on the number of client attending the service which is no voluntary basis. According to low reported DM cases in comparison with others, Khun Han hospital conducted a research to investigate community participation on screening for DM from March 2001 to February 2002 which place emphasis on 'real participation' at all step of the intervention program including situation analysis, identifying activities, implementing identified activities and conclusion and evaluation. This program involved related organizations and units. By convening group discussion, the core participants included village leaders 2 persons, representatives of village health volunteers 3 persons, member of Tambon Administrative Organization (TAO) 1 person, representatives of villagers aged 25–60 years old 8 persons facilitating by health personnel both from health center and hospital. According to the group discussion, identified obstacles or problems of low attending screening test were insufficient or wrong perception, knowledge and understanding on DM as well as wrong attitude toward the disease. For instance, 'DM can not be cured' so they are afraid to know or 'we are so strong and healthy. It's not necessary to be tested'. Furthermore, some thought that complications of diabetes are so severe. Patient will die soon. Regarding in-corrected knowledge, some villagers believe that some kind of herbs can cure the disease. Apart from the client side, problems on services were insufficient of urine strip for testing urine sugar in addition to villagers did not trust on the capability of the village health volunteers who provided service. Based on the findings, the group defined the necessary activities including announcement of campaign of screening for DM via person to person and broadcasting on village loud speakers. To provide knowledge and activate the awareness of the villagers, a meeting were convened at the village hall. The main contributors were village health volunteers and the one who has direct experiences on caring the diabetes patients. The session was organized as group discussion and sharing experiences among the participants and ended with 'question & answer'. This differs from the former health education activities which was mostly done by health personnel. After being motivated the awareness, campaign of screening for DM was conducted. Out of 96 risk group, 70 villagers (72.9%) were tested for DM. There were 17 persons having positive results with urine strip. These positive cases were confirmed by fasting blood sugar determination. Out of

17 cases, one was diagnosed as DM. After finding new case, the community was aware of DM. Following activities were identified, namely, providing weekly service on screening for DM at PHCC, organizing refreshing course on diabetes mellitus to village health volunteer, registering DM cases living in the community, screening test for diabetes in risk group at least once a year, submitting request to TAO for blood glucose testing equipment.

Being conducting research emphasizing on community participation has effects on attitude of health personnel and community regarding to health matter. The community perceive that health is their own matter not the matter for health personnel only. In addition, health personnel realize on the potentials and capacity of the community in managing problem solving.

คำขอบคุณ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ, องค์การบริหารส่วนตำบลไพร่ตลอดจนประชาชนหมู่บ้านสนามแจ้ง ที่ให้การสนับสนุน ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเครือข่ายอีสาน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ตลอดจนให้คำปรึกษาในการดำเนินการ

ขอขอบคุณ นพ.สมยศ ศรีจารนัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์, ทันตแพทย์หญิงวารีย์ สุดกรยุทธ์ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์, คุณสุพัฒน์ สมจิตรสกุล โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม, ผศ.ดร.นิตย์ ทศนิยม คณะพยาบาลศาสตร์ และผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
Executive Summary	ค
คำขอบคุณ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญรูป	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	4
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม	5
2.2 ความรู้เรื่องการคัดกรองเบาหวาน	6
2.3 วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	11
2.4 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	15
2.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองเบาหวาน	17
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	20
3.1 รูปแบบการวิจัย	20
3.2 กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม	20
3.3 วิธีการเก็บข้อมูล	20
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	21
3.5 การวางแผน	21
บทที่ 4 ผลการศึกษา	22
4.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชนที่ทำการศึกษา	22
4.2 กระบวนการคัดกรองเบาหวานโดยชุมชน	23
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	36
5.1 ความตระหนักและการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	36
5.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน	36
5.3 ระบบการคัดกรองโดยชุมชน	37
5.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	38

5.5 การเปลี่ยนแปลงบทบาทของชุมชน	38
5.6 ประสบการณ์การเรียนรู้จากโครงการวิจัย	38
เอกสารอ้างอิง	39

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1	รูปแบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวานในระดับชุมชน	8
รูปที่ 2	ขั้นตอนในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน	9

บทที่ 1

บทนำ

1.1. หลักการและเหตุผล

ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาแนวใหม่ถือว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชน” เป็นหลักและวิธีการที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการพัฒนาสังคมในทุก ๆ ด้าน เพราะเป็นหลักการที่ช่วยให้ชุมชนสามารถยืนหยัดพึ่งพิงตนเองได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการมีส่วนร่วมด้านสาธารณสุขเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกที่จะดูแลแก้ไขปัญาสุขภาพของตนเอง และเพิ่มขีดความสามารถให้ประชาชนดูแลตนเองได้ทั้งในยามปกติ และเมื่อเจ็บป่วย ฉะนั้น ในภาวะปัจจุบันที่ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป จากโรคติดต่อ เป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นโรคอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งโรคดังกล่าวสามารถป้องกัน และควบคุมได้ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้หยิบยกความสำคัญของการมีส่วนร่วมขึ้นมาปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญาสุขภาพในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทได้อย่างยั่งยืน จากแนวคิดดังกล่าว ได้เกิดกระแสการพัฒนาแนวใหม่ขึ้น โดยเน้นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน โดยถือว่าประชาชนเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนา ความสำเร็จของการพัฒนาแนวใหม่จึงขึ้นอยู่กับประชาชน และชุมชนเป็นหลัก และต้องเป็นการพัฒนาที่เริ่มมาจากประชาชนเองจึงจะสอดคล้อง และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน และความต้องการที่แท้จริง จึงจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน

อย่างไรก็ตามจากผลการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมโดยวิธีปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่เป็นไปตามนัยยะของการมีส่วนร่วม ที่ให้ประชาชนเป็นผู้กระทำได้ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ โดยจะเน้นเป้าหมายการขยายปริมาณกิจกรรม ขยายจำนวนหมู่บ้านปฏิบัติการมากกว่าพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงไม่ได้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ประชาชนไม่ได้เป็นผู้คิดค้นปัญหาของชุมชนขึ้นมาแล้วหาแนวทางแก้ไข แต่การเริ่มต้นในการทำโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาในชุมชนส่วนใหญ่มักมาจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขสั่งการลงมา โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำ ผู้คิด แล้วให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบาย และให้ประชาชนเข้าร่วมในโครงการหรือกิจกรรม ประชาชน กลายเป็นผู้เข้าร่วมในการพัฒนา ไม่ได้เป็นผู้ลงมือกระทำ หรือมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการพัฒนา ผลที่ได้รับคือ ประชาชนชนบทยังคงด้อยพัฒนาอยู่ ชุมชนต่าง ๆ ไม่สามารถพึ่งตนเองได้เลย

การดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานก็ได้มีการดำเนินการโดยมีหลักการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้เพราะได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุจากวิถีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรม

สุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ว่าประชาชนไม่ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ จึงกำหนดให้ทุกจังหวัด ดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบและระบบในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน พร้อมทั้งให้การดูแลอย่างครบวงจรทั้ง 3 ระดับ คือ การป้องกันขั้นปฐมภูมิ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง การป้องกันขั้นทุติยภูมิ ได้แก่ การสำรวจค้นหาผู้ป่วย และให้การรักษาโดยทันที และการป้องกันขั้นตติยภูมิ ได้แก่ การรักษาอย่างต่อเนื่องและชะลอภาวะแทรกซ้อน โดยการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โดยใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐานที่เชื่อว่าจะทำให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้

ในอำเภอขุนหาญ แม้จะมีการดำเนินการโดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน แต่ดำเนินงานในโครงการดังกล่าวประชาชนยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ทำให้มีจำนวนผู้ป่วย และตายด้วยโรคเบาหวานในอัตราที่สูง โดยพบว่าอัตราตายจากโรคเบาหวานอยู่ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายของประชาชนในอำเภอ ขณะเดียวกันในการป้องกันขั้นทุติยภูมิ ก็พบว่ายังคงเป็นปัญหาเช่นเดียวกัน โดยพบว่าจากการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานตามที่กระทรวงกำหนด โดยมีรูปแบบ คือ คัดกรองทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และสถานอนามัย โดยใช้แถบตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ (Urine strip) เมื่อตรวจพบว่าผิดปกติจึงส่งมาตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดที่โรงพยาบาลต่อไปนั้น จากการดำเนินงานในปี 2542 พบว่า ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะครอบคลุมร้อยละ 69.59 และตรวจพบว่ามีค่าผิดปกติเพียงร้อยละ 0.55 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด โดยในจำนวนผู้ที่ตรวจพบว่ามีค่าผิดปกติ ร้อยละ 3.00 ได้รับการส่งต่อมาจากสถานอนามัยตามระบบการคัดกรอง ในขณะที่ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.53 มาตรวจเองที่โรงพยาบาลโดยไม่ผ่านระบบคัดกรอง และเป็นผู้ที่มีอาการแสดงของโรค เบาหวานแล้ว สูงถึงร้อยละ 51.69

ในปัจจุบัน ผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลขุนหาญ มีจำนวนทั้งสิ้น 267 คน คิดเป็นอัตราป่วย 2.57 ต่อประชากร 1,000 คน (ร้อยละ 0.25) ซึ่งน้อยกว่าการสำรวจระดับประเทศในปี 2538 ถึง 20 เท่า และน้อยกว่าการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานในอำเภอขุนหาญ เมื่อเดือน มีนาคม 2543 ถึง 16 เท่า (ร้อยละ 3.92) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนไว้ในโรงพยาบาลมีจำนวนน้อยกว่าที่ได้จากการสำรวจมาก นอกจากนี้ข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในตำบลที่มีความชุกสูงสุด คือ ตำบลสี สูงกว่าตำบลที่มีความชุกต่ำสุด คือ ตำบลไพร ถึง 6 เท่า แต่จากการสำรวจของอำเภอพบว่า ตำบลทั้งสองมีความชุกของโรคแตกต่างกันไม่มากนัก คือ ตำบลสีมีความชุกของโรค ร้อยละ 5 และตำบลไพร มีความชุกของโรค ร้อยละ 3 จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าอำเภอขุนหาญยังไม่สามารถคัดกรอง ผู้ป่วย

เบาหวานและตรวจพบความผิดปกติได้ครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีอยู่จริงในอำเภอ และหากปัญหาดังกล่าวยังไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและยากต่อการรักษา

ดังนั้น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) ขุนหาญจึงมีความต้องการที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการคัดกรองโรคเบาหวาน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และกำหนดปัญหา วางแผน และปฏิบัติ ซึ่งจะก่อให้เกิดการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่ มีความต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม ก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อันจะส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นในลำดับต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการที่เหมาะสมในการกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจหาโรคเบาหวานของประชาชนในชุมชน อำเภอขุนหาญเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อหาแนวทางในการกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองโรคเบาหวานของประชาชนในชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ของการคัดกรองในปัจจุบัน ในประเด็น ต่อไปนี้

1.1. ปัจจัยบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการไปรับบริการการคัดกรองโรคเบาหวาน

- ความรู้ ทักษะต่อการคัดกรองโรคเบาหวาน
- การยอมรับ/ความเชื่อถือในเทคนิคของการคัดกรองโรคเบาหวาน
- การเข้าถึงบริการคัดกรองโรคเบาหวาน
- ปัญหา/อุปสรรคต่อการไปรับบริการการคัดกรองโรคเบาหวาน

1.2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการแสวงหาบริการเพื่อการคัดกรองโรคเบาหวานของประชาชน/ชุมชน

- อิทธิพลของสื่อ
- การคมนาคม
- ภูมิปัญญาท้องถิ่น
- บทบาทชุมชน

1.3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ

- ความพอเพียงและความเหมาะสมของผู้ที่ทำการคัดกรอง
- ความรู้และทักษะของผู้ที่ทำการคัดกรอง
- ความเหมาะสมของสถานที่ในการคัดกรอง
- ความพอเพียงและความเหมาะสมของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ดำเนินการคัดกรอง
- ระบบการส่งต่อผู้ที่ตรวจพบว่าผิดปกติ
- การเก็บข้อมูลและการลงบันทึก
- การนิเทศติดตาม

2. แนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

- ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข
- วางแผนกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ระบุ
- ดำเนินการแก้ไขปัญหตามแผนที่วางไว้
- ประเมินผลการดำเนินงาน

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ประชาชนมีความตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองโรคเบาหวาน
2. ประชาชนได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา
3. เป็นแนวทางในการคัดกรองโรคเบาหวานของตำบลอื่นในอำเภอขุนหาญ
4. เป็นแนวทางในการคัดกรองโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอตามลำดับดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม
- 2.2 การคัดกรองเบาหวาน
- 2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการจัดสนทนากลุ่ม
- 2.4 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองเบาหวาน

2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน นับเป็นแนวคิดทางยุทธศาสตร์การพัฒนาชนบท แนวใหม่ที่จะทำให้ประชาชนเกิดความศรัทธาในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ในการดำเนินการพัฒนาตามโครงการต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถ และประสิทธิภาพในการปกครองตนเองตามระบอบประชาธิปไตย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคนให้มีขีดความสามารถยืนหยัดพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง(สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน , 2528) ซึ่งโดยสรุปแนวคิดของการมีส่วนร่วมนั้น มีจุดร่วม 3 ประการใหญ่ ๆ คือ

1. ประชาชนหรือชุมชน จะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
2. ประชาชนหรือชุมชน จะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น
3. ประชาชนหรือชุมชน พึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น นั่นคือ จะสนองความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน

ประเภทของการมีส่วนร่วม (มนตรี กรรพุมมัลย์, 2539)

1. การมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม/โครงการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม/โครงการ
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการควบคุมและติดตามประเมินผล

ลักษณะการมีส่วนร่วม (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2527)

1. การมีส่วนร่วมโดยตรง โดยผ่านองค์กรจัดตั้งของประชาชน เช่น การรวมกลุ่มเยาวชนต่าง ๆ
2. การมีส่วนร่วมโดยอ้อม โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน เช่น กรรมการกลุ่ม หรือชุมชน กรรมการหมู่บ้าน
3. การมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาส โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อไรก็ได้ทุกเวลา

2.2 ความรู้เรื่องการคัดกรองเบาหวาน

แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน

การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ได้เริ่มมาจากแนวคิดของแผนพัฒนาการสาธารณสุขในฉบับที่ 4 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นแผนพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเองและโดยเฉพาะอย่างยิ่งแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ซึ่งได้เน้นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาสุขภาพในปัจจุบันเกิดจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญ องค์ประกอบสำคัญของการเกิดโรคดังกล่าว ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม กรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2540) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

ประกอบด้วย วิธีการดังต่อไปนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2534)

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่จะต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

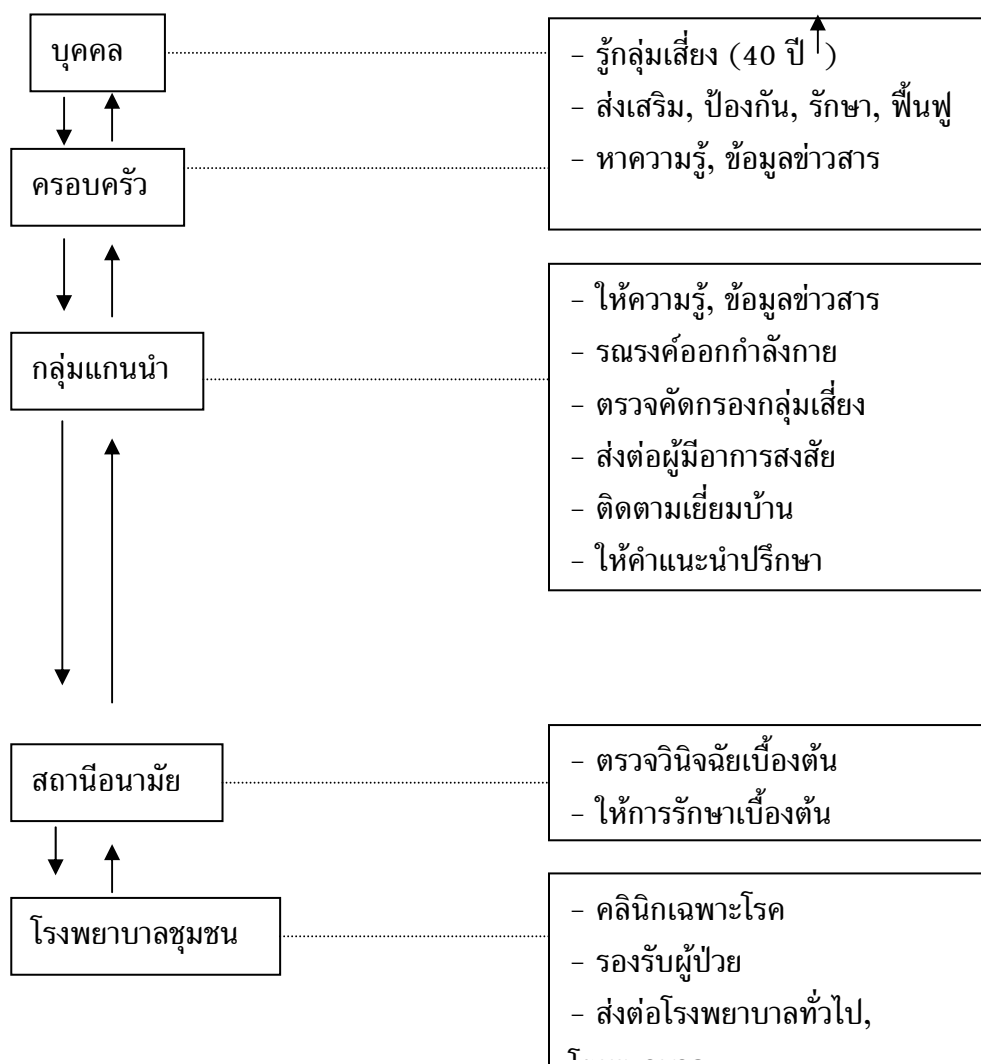
2. การป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมที่เหมาะสม คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน ควบคุมการรับประทานอาหาร การตรวจร่างกายประจำปี รวมทั้งการตรวจเบาหวานจากสถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม

3. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยประชาชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง และปฏิบัติให้ถูกต้องเมื่อมีอาการบ่งชี้ รับคำแนะนำปรึกษาทางด้านสุขภาพจากกลุ่มบุคคล หรือสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของตนเองได้

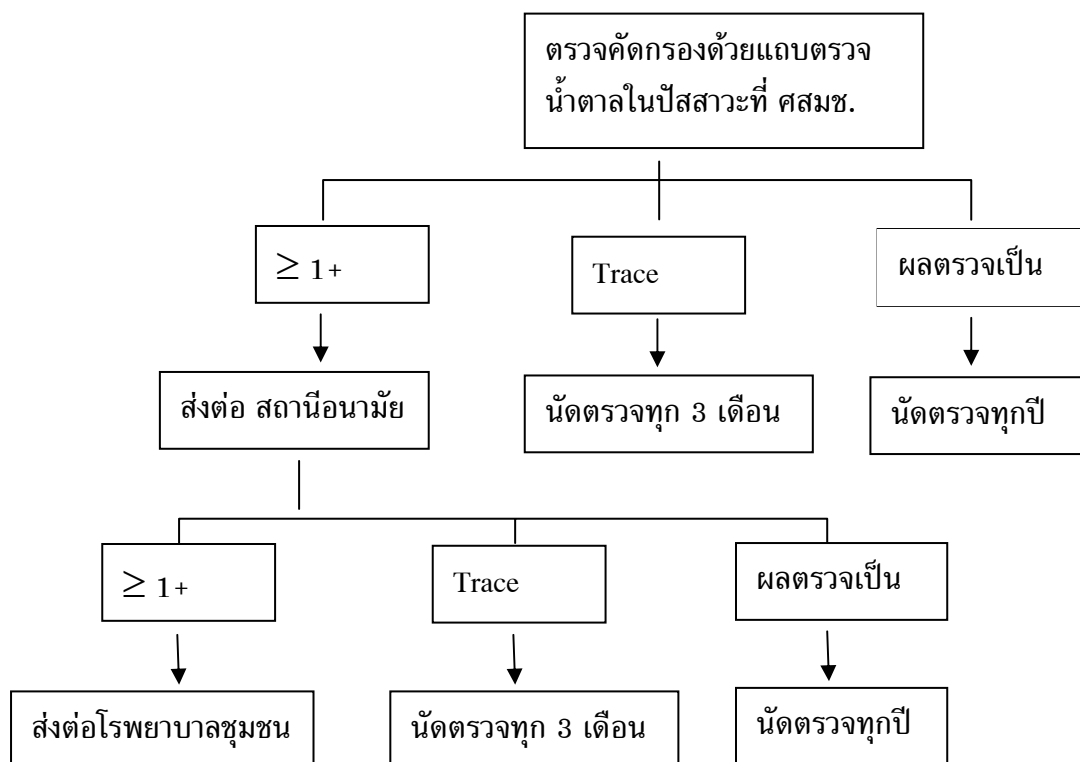
จะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคสามารถทำได้ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน และชุมชน ในระดับบุคคลและครอบครัวควรรับรู้เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทราบอาการบ่งชี้ของโรค สามารถประเมินวินิจฉัยตนเองได้ ทราบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ควรไปรับการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะหรือในกระแสเลือด รวมทั้งเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแล้ว สามารถดูแลตนเองได้ และไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ส่วนในระดับชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นหลักของการพึ่งตนเองของประชาชนอันเป็นกลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น มีผลต่อการควบคุม และป้องกันโรคเบาหวานในระดับหมู่บ้าน ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัคร

สาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน จะเป็นแกนนำที่สำคัญในการดำเนินงานเฝ้าระวังการเกิดโรค ให้คำปรึกษา แนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาและฟื้นฟูสภาพ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนให้มีการตื่นตัว และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกันคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เมื่อพบผู้มีอาการสงสัย ก็ส่งต่อสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาในการปฏิบัติตัวเป็นต้น ดังจะเห็นได้จากแผนภูมิการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน (รูปที่ 1 และ รูปที่ 2) ดังนี้



รูปที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวานในระดับชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2534)



รูปที่ 2 ขั้นตอนในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การตรวจคัดกรอง

โรคเบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลิน ไม่สมควรทำการคัดกรองไม่ว่าในชุมชนหรือเวชปฏิบัติ เนื่องจากมีอุบัติการณ์ต่ำมาก

ส่วนชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน ไม่แนะนำให้คัดกรองในประชากรทั่วไป ควรคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยง (สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และรุจิรา มังละศิริ, 2542) ซึ่งได้แก่

1. มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน หรือมีประวัติติดเชื้อมีบริเวณทางเดินปัสสาวะ ช่องคลอดหรือผิวหนังบวม ๆ โดยเฉพาะจากเชื้อรา
2. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี หรือมากกว่า ควรตรวจทุก 3 ปี
3. ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน เช่น
 - มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน
 - อ้วน น้ำหนักมากกว่าร้อยละ 120 ของน้ำหนักมาตรฐาน หรือ BMI มากกว่า 27 กก./ม²
 - สตรีที่มีประวัติตั้งครรภ์ผิดปกติ เช่น เด็กแรกคลอดน้ำหนักมากกว่า 4 กก. มีภาวะเด็กตายคลอด เคยเป็น Gestational diabetes
 - ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง
 - มีประวัติเป็น IGT หรือ IFG

เกณฑ์การวินิจฉัย

ใช้การตรวจ Fasting Plasma Glucose เป็นมาตรฐาน โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยเปรียบเทียบระหว่างเกณฑ์ที่เคยใช้และเกณฑ์ใหม่ (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2541)

การวินิจฉัย	WHO (1985)	ADA (1997)
โรคเบาหวาน		
พลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร	มากกว่าหรือเท่ากับ 140	มากกว่าหรือเท่ากับ 126
พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมง	มากกว่าหรือเท่ากับ 200	มากกว่าหรือเท่ากับ 200
Impaired glucose tolerance		
พลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร	น้อยกว่า 140	น้อยกว่า 126
พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมง	140-200	140-200
Impaired fasting glucose		
พลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร	-	110-125

WHO – World Health Organization

ADA – American Diabetes Association

การจัดรูปแบบองค์กร (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539)

เพื่อให้การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบของการจัดบริการที่เหมาะสม ประกอบด้วย

1. สถานที่ตั้งของหน่วยบริการ ควรเป็นพื้นที่ที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด มีการกำหนดขอบเขตของพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีขนาดเหมาะสมพอที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก

2. บุคลากรและบทบาทหน้าที่ ระดับจังหวัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสถานีอนามัย

- บทบาท คัดกรองผู้ป่วยใหม่ ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้รู้สึกรู้สึกษาและกระตุ้นให้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง

- บุคลากรหลัก พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระดับโรงพยาบาลชุมชน

- บทบาท คัดกรอง วินิจฉัย ค้นหาโรคแทรกซ้อน และให้การรักษาระดับพื้นฐาน ให้รู้สึกรู้สึกษา

- บุคลากรหลัก แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล

ระดับโรงพยาบาลทั่วไป

- บทบาท คล้ายโรงพยาบาลชุมชน แต่มีความซับซ้อนมากกว่าในด้านการรักษาภาวะแทรกซ้อน รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน

- บุคลากรหลัก อายุรแพทย์ทั่วไป พยาบาล นักกำหนดอาหาร นักสัศึกษาศาสตร์

2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

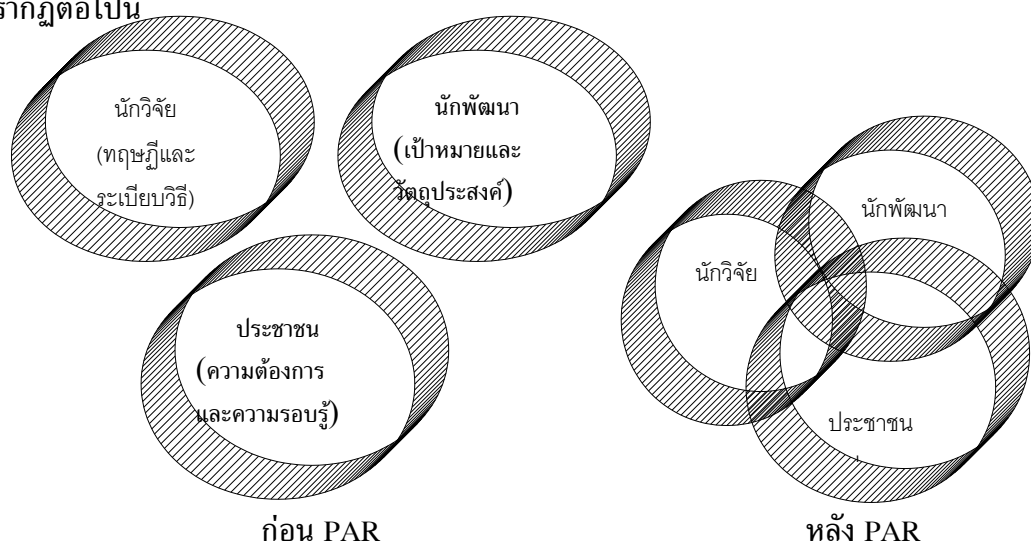
(สุภางค์ จันทวานิช, 2531)

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมนั้นเป็นวิธีการที่ผู้ถูกวิจัย (ประชาชน) เข้ามามีส่วนร่วมวิจัย เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับโครงการวิจัยประเภทประยุกต์ ให้ประชาชนเป็นนักวิจัยด้วยมีส่วนร่วมในการช่วยให้ข้อมูล และช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาคือหรือส่งเสริมกิจกรรมนั้น ๆ ในปัจจุบันได้มีการกล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกันอยู่มาก และได้มีการใช้วิธีการวิจัยชนิดนี้ในการพัฒนาทั้งโดยภาครัฐและภาคเอกชน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหา การดำเนินการ การติดตามผล จนถึงขั้นการประเมินผล ซึ่งเป็นแนวทางวิจัยที่ต่างไปจากการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ เพราะเน้นการยอมรับ หรือความเห็นพ้องจากฝ่ายประชาชน ในการวิจัยชนิดนี้ นักวิจัยจะต้อง

1. ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับประชาชนอยู่ตลอดเวลา
2. ทบทวนวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นครั้งคราว เพื่อให้สอดคล้องกับความเห็นของ

ประชาชนอันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ปัญหาของการวิจัยจึงเริ่มจากประชาชนด้วย ไม่ใช่เริ่มจากสมมติฐานของผู้วิจัย หรือนักพัฒนาแต่ฝ่ายเดียว จะเห็นว่า ทั้งสามฝ่ายคือ ประชาชน นักวิจัย และนักพัฒนา ต่างก็มีบทบาทเท่าเทียมกันในการร่วมกำหนดปัญหา และเลือกแนวทางปฏิบัติการ การวิจัยนี้จะเป็นการผสมผสานระหว่างความรู้เชิงทฤษฎี และระเบียบวิธีของนักวิจัย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของนักพัฒนา และความต้องการกับความรอบรู้ของประชาชน ดังภาพที่ปรากฏต่อไปนี้



จากภาพดังกล่าว วงกลมแต่ละวง คือ โลกทัศน์ หรือวิธีมองปัญหาของคนแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โลกทัศน์ของแต่ละฝ่ายต่างกันไปตามกรอบแนวคิดที่ตนยึดถือ หลังจากที่ได้มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแล้ว คนทั้งสามกลุ่มจะมี “โลกทัศน์ร่วม” และความเข้าใจร่วมกันในการพัฒนาความเข้าใจร่วมกันในเรื่องของการพัฒนา สิ่งนี้เป็นรากฐานที่สำคัญยิ่งสำหรับ

ความสำเร็จในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการวิจัย และจะเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความร่วมมือในด้านเทคนิค (Technical Collaborative Approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการวิธีนี้เป่าหมายเพื่อทดสอบแบบแผนการแก้ปัญหาที่สร้างตามกรอบทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว จะสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้หรือไม่ นักวิจัยได้กำหนดปัญหาล่วงหน้ารวมทั้งระบุการเปลี่ยนแปลง และแผนปฏิบัติที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive Knowledge) ซึ่งช่วยตรวจสอบความตรง (Validation) และปรับแต่งทฤษฎีที่ใช้ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Collaborative Approach) เป็นการวิจัยที่นักวิจัย และผู้ปฏิบัติร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหาคือเป็นไปได้ภายในสถานการณ์ที่ศึกษา จนเกิดความเข้าใจในมุมมองใหม่ร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุ ตลอดจนแผนสำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลง มักเป็นการใช้วิธีการอุปมาน (Induction Approach) เป็นส่วนใหญ่ การวิจัยช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมีความคงทน แต่เกิดขึ้นเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น แบบแผนการแก้ปัญหามักไม่สามารถดำรงอยู่ได้เมื่อบุคคลที่เกี่ยวข้องออกจากระบบไป หรือมีบุคคลใหม่หลายคนเข้ามาในระบบ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยวิธีนี้เป็นความรู้ลึกเชิงบรรยาย (Descriptive Knowledge) และนำไปสู่การพัฒนาความรู้ หรือทฤษฎีใหม่

3. การสร้างเสริมให้บุคคลสะท้อนคิดปัญหา และการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement Approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการวิธีนี้มีเป้าหมาย 2 ประการ คือ ลดช่องว่างระหว่างปัญหาที่ประสบในสถานการณ์เฉพาะกับทฤษฎีที่ใช้อธิบาย และแก้ปัญหาเหล่านั้น เพื่อการช่วยเหลือผู้ปฏิบัติในการค้นหาปัญหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นรากฐาน (Fundamental Problems) โดยการปลุกกระตุ้นการรู้สติของกลุ่ม (Collective Consciousness) การวิจัยวิธีการนี้ส่งเสริมการค้นหาปัญหาและวิธีการแก้ไขด้วยตนเอง นักวิจัยเป็นเพียงผู้ช่วยผู้ปฏิบัติให้สะท้อนการปฏิบัติของตนเองอย่างลึกซึ้งจนเข้าใจอย่างถ่องแท้ ถึงความแตกต่างระหว่างข้อตกลงเบื้องต้นของการปฏิบัติที่มีการกำหนดไว้ และหลักเกณฑ์ที่ไม่ได้กำหนดไว้ แต่เป็นสิ่งที่กำกับการปฏิบัติที่เป็นอยู่ ผู้วิจัยเฝ้าอำนวยความสะดวกให้ผู้ปฏิบัติร่วมมืออภิปรายเกี่ยวกับสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลและองค์กร ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น การวิจัยวิธีนี้ช่วยให้ได้ทฤษฎีเฉพาะและมีการสร้างวัฒนธรรมการปฏิบัติใหม่ ซึ่งมีแบบแผนการปฏิบัติ และความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเชิงทฤษฎีที่เป็นสิ่งใหม่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความถาวร ความรู้ที่ได้มีความรู้เชิงบรรยาย และความรู้เชิงทำนาย (Descriptive And Predictive Knowledge)

ในปัจจุบันได้มีการนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาทำวิจัยมากขึ้น ได้แก่ การศึกษาของสุตศิริ หิรัญขุนทะ (2541) ที่ศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อรุณี รัตนพิทักษ์ (2540) ได้ศึกษาผลการพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุน

พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคเบาหวาน สุพรรณ สมจิตรสกุล (2544) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน ซึ่งการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมักเลือก วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน รูปแบบจากการศึกษาจะเป็น ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง กล่าวคือ บุคคลที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันแก้ปัญหาตลอดกระบวนการ ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมจึงถือว่าเป็นงานวิจัยเพื่อปรับปรุง หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการใน สถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน

การจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงก์ และภาณี วงษ์ เอก, 2534)

การจัดการสนทนากลุ่ม เป็นวิธีการศึกษาวิจัยแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้กัน อย่างกว้างขวางมากในวงการธุรกิจ โดยเฉพาะการวิจัยทางด้านการตลาด เพื่อการพัฒนา และการ ทดสอบผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ เพราะเป็นวิธีการศึกษาที่ผู้ศึกษาจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติ และ พฤติกรรมของผู้บริโภคที่ เชื่อถือได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีนี้เหมาะสมที่จะใช้กับเรื่องราวที่ เกี่ยวข้องกับตัวของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นความเชื่อ ความคิดเห็น และความคาดหวัง สิ่งที่เป็น บรรทัดฐาน ต้องเป็นสิ่งที่อยู่ในระดับเดียวกับความรู้ และการรับรู้ของสมาชิกกลุ่ม โดยคำถามที่ เฉพาะเจาะจงที่จะถามได้ในเรื่องสุขภาพอนามัย เช่น ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยโรคนั้น ๆ การไป รับการรักษาพยาบาล ความรู้ในเรื่องของการเสี่ยงต่อโรคพฤติกรรมสุขภาพ การใช้วิธีการ รักษาพยาบาลที่ได้รับการแนะนำมา ความเชื่อ ทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคม ความต้องการที่ ได้รับรู้ในโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าถึงบริการ หรืออุปสรรคที่รับรู้มาในโครงการ สุขภาพ หรือการรักษาพยาบาลโดยทั่ว ๆ ไป ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจกับการ รักษาพยาบาล การยอมรับการรักษาพยาบาล การดูแลตนเอง หรือการรักษาพยาบาลตนเอง และ การเข้าถึงของการคมนาคม คำจำกัดความของความเจ็บไข้ได้ป่วยที่ใช้กันแพร่หลาย และถ้อยคำที่ใช้ ในการพูดคุยกันในเรื่องของสุขภาพ และความเจ็บไข้ได้ป่วย หรือ “ภาษาของประชาชน” ซึ่งอยู่ใน ต่างสาขาวิชา กัน เช่น ความเจ็บไข้ได้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพ และการบำบัดรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็น ประโยชน์ทั้งผู้ให้บริการทางด้าน สุขภาพอนามัย และนักการสาธารณสุข

องค์ประกอบในการจัดสนทนากลุ่ม

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึกการสนทนา ผู้ช่วย
2. แนวทางในการสนทนากลุ่ม
3. อุปกรณ์สนาม เช่น เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก ปากกา
4. แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม
5. สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ
6. สถานที่ และระยะเวลา

ขั้นตอนในการจัดสนทนากลุ่ม

เลือกบุคคลที่จะให้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ด้วยแบบฟอร์มที่เตรียมไว้ กลุ่มควรมีขนาดไม่ใหญ่เกินไป ควรมีประมาณ 6-12 คน เมื่อได้บุคคลที่เข้าข่ายแล้วคณะผู้วิจัยจะเป็นผู้พาผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาพร้อมกัน ณ สถานที่ที่จัดให้มีการสนทนากลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำคณะผู้วิจัยอีกครั้ง และบอกจุดมุ่งหมายในการสนทนาด้วย และขอความยินยอมในการบันทึก และชี้แจงจุดมุ่งหมายในการบันทึก เริ่มการสนทนา โดยยึดแนวทางการสนทนาที่มีอยู่เป็นหลักแต่ดูความเหมาะสม และยืดหยุ่นได้แล้วแต่สถานการณ์กลุ่มจะพาไป ผู้ดำเนินการสนทนาควรจะมีประมาณระยะเวลาที่จะใช้ในแต่ละประเด็นเอาไว้ด้วย ยุติการสนทนา และขอบคุณผู้เข้าร่วมสนทนา พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

ข้อดีของการจัดสนทนากลุ่ม

เนื่องจากผู้ที่จะเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มจะต้องเป็นตัวผู้วิจัยเอง หรือเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมมาอย่างดี ดังนั้นการที่ผู้ร่วมสนทนาเข้าใจผิดในประเด็นการสนทนา ตัวผู้ดำเนินการสนทนาก็จะสามารถแก้ไขได้ทันที เพราะเป็นผู้ที่รู้วัตถุประสงค์ และสมมติฐานในการวิจัยเรื่องนั้น ๆ เป็นอย่างดี

ในการจัดสนทนากลุ่มแตกต่างจากวิธีอื่น ๆ คือ มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 6-12 คน และบุคคลเหล่านี้จะมีสถานภาพต่าง ๆ ที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นจะไม่ค่อยมีความรู้สึกขัดเขิน หรือมีความยำเกรง อันเนื่องมาจากความคิดที่ว่าผู้วิจัยมีการศึกษาดีกว่า และมีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงกว่า เพราะเป็นการเผชิญหน้ากันในลักษณะของกลุ่ม มากกว่าตัวต่อตัว เหมือนวิธีสัมภาษณ์ รายบุคคล หรือการสัมภาษณ์ระดับลึก

ลักษณะของการเปิดโอกาสให้มีปฏิริยาโต้ตอบกันในการสนทนากลุ่มนั้นทำให้มีการถกเถียงกันในเนื้อหาสาระอย่างกว้างขวาง ดังนั้น จึงทำให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ ได้ อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น เท่ากับเป็นการกลั่นกรองความผิดพลาดอันเนื่องมาจากการตีความผิด ทั้งนี้ ถ้าหากในประเด็นต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ ผู้วิจัยสามารถจะซักถามเพื่อหาคำอธิบาย หรือสามารถจะเก็บความเอามาจากการวิพากษ์วิจารณ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มมาวิเคราะห์ได้

บรรยากาศในการสนทนากลุ่ม จะช่วยลดความกลัวว่าความคิดเห็นของแต่ละคน จะเป็นเป้าหมายในการถูกบันทึกเอาไว้ ทั้งนี้เพราะเป็นการแสดงความคิดเห็นในลักษณะกลุ่มมากกว่า

ข้อจำกัดของการจัดสนทนากลุ่ม

การจัดจัดสนทนากลุ่ม แต่ละครั้งจะต้องระดมให้เกิดการผูกขาดการสนทนาขึ้นโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งในกลุ่ม และไปครอบงำผู้ร่วมสนทนาคนอื่น ๆ โดยตัวผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องมีเทคนิคในการที่จะให้ความสำคัญกับผู้ร่วมสนทนาให้เท่า ๆ กันทุกคน

พฤติกรรมหรือความคิดเห็นบางอย่าง ซึ่งเป็นส่วนที่ไม่ยอมรับของชุมชน อาจจะไม่ได้รับการเปิดเผยในการจัดสนทนากลุ่ม ถ้าหากไปสัมภาษณ์ตัวต่อตัวจะได้รับการเปิดเผยมากกว่า

จากข้อดี และข้อจำกัดของการจัดสนทนากลุ่ม สรุปว่าในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น จะต้องใช้อย่างระมัดระวังโดยต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

วิธีการศึกษาแบบการจัดสนทนากลุ่มนี้ ผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องพูดและฟังภาษาท้องถิ่นได้ และเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย ก็มีส่วนในการที่จะกำหนดตัวผู้ดำเนินการสนทนาว่าควรจะเป็นผู้ดำเนินการสนทนาที่เป็นหญิงหรือชาย เช่น การอนามัยแม่และเด็ก ควรใช้ผู้ดำเนินการสนทนาเป็นหญิง การทำหมันชาย ควรใช้ผู้ดำเนินการสนทนาเป็นชาย เป็นต้น

เนื่องจากวิธีการศึกษาวิจัยแบบการจัดสนทนากลุ่มนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของตัวเลขจึงควรใช้ประกอบการศึกษาวิจัยแบบอื่น ๆ ด้วยเพื่อเพิ่มคุณภาพของงานวิจัย การศึกษาวิจัยโดยใช้การจัดสนทนากลุ่มนี้ไม่สามารถใช้กับการศึกษาวิจัยได้ทุกเรื่อง ต้องพิจารณาถึงผลดีผลเสียก่อนจะเลือกเก็บข้อมูลโดยวิธีนี้

2.4 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

พิมพลีย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2527) ได้ศึกษาลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนในกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน โดยสรุปคือ ชุมชนจะได้รับการดึงเข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมซึ่งส่วนใหญ่ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเกือบทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการริเริ่มวางแผนและการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมจะเป็นพฤติกรรมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับผู้นำหมู่บ้าน หรืออาสาสมัคร เนื่องจากโครงการนี้เป็นกิจกรรมที่ถูกกำหนดและหยิบนโยบายจากข้างบนโดยรัฐ และหมู่บ้านได้ถูกให้รับไว้ในลักษณะเร่งรีบ ขาดการเตรียมชุมชนที่เพียงพอ การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นลักษณะที่ถูกพยายามจะสร้างขึ้นมากกว่า

บังอร ฤทธิ์ภักดี (2528) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานกรณีศึกษาหมู่บ้านโนนรัง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสภาพที่เกิดขึ้นเพราะคนภายนอก (รัฐ) นำโครงการเข้าไป ประชาชนมีลักษณะการมีส่วนร่วมแบบจำเป็นต้องเข้าร่วม หรือเป็นเพียงความร่วมมือของประชาชนเท่านั้น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านทุกโครงการนั้น รัฐเป็นผู้กำหนดขึ้นมาทั้งสิ้น ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่รัฐกำหนด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน กระบวนการดำเนินการกำหนดปัญหา การวางแผน การประเมินผล และการควบคุมตรวจสอบนั้นแทบจะไม่มีการมีส่วนร่วมจากประชาชนเลย ส่วนปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนพบว่าปัจจัยจากฝ่ายรัฐ และปัจจัยจากชุมชน นั่นคือ เจ้าหน้าที่ของรัฐยังไม่ให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมาปฏิบัติอย่างจริงจัง แต่กลับมีการเร่งรัดและกำหนดกิจกรรมจากฝ่ายรัฐให้แก่ชุมชน และปัจจัยฝ่ายชุมชน พบว่า ชุมชนยังขาดความพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นฝ่ายกระทำ เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม และลักษณะทางเศรษฐกิจของชุมชนที่เป็นอยู่

นพพร นิลณรงค์ (2535) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนศึกษากรณีหมู่บ้านไม้ตะเคียน ตำบลตะเคียนปม กิ่งอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดลำพูน พบว่า ลักษณะ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนามี 3 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมโดยตรงในกิจกรรมหรือโครงการที่เป็นกิจกรรมภายในที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาภายในที่คนในชุมชนร่วมกันคิดขึ้น การมีส่วนร่วมโดยอ้อมในกิจกรรมที่เป็นทางการ หรือกิจกรรมที่มาจากภายนอกชุมชนที่ชาวบ้านประเมินว่า ตนเองมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจน้อย และลักษณะอีกประการหนึ่งของการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน คือ การเข้าร่วมโดยมีกลุ่มแกนกลางและวงแหวนรอบนอกที่ผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาร่วมคิดและลงมือทำตามความสนใจในปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนจะมีมาก และทุกขั้นตอนเมื่อกิจกรรมหรือโครงการนั้นเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาภายในชุมชนที่สมาชิกประเมินแล้วว่าสามารถควบคุมและตัดสินใจได้ สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการมีส่วนร่วมมากที่สุด

อรอนงค์ ธรรมกุล (2539) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนาท้องถิ่น พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น ได้แก่ การอภิปรายปัญหาร่วมกัน การร่วมปฏิบัติกิจกรรม ร่วมรับประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรม และการร่วมประเมินสรุปผลกิจกรรมที่ดำเนินการ และกลไกสำคัญที่ทำให้สมาชิกขององค์กรชาวบ้านมีส่วนร่วม มีการเรียนรู้ มีความเชื่อ และอุดมการณ์ ได้แก่ ความผูกพันเป็นเครือญาติ ตลอดจนมีผลประโยชน์ร่วมกัน ผู้นำและสมาชิกมีบทบาทร่วมกัน ในการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนาท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนปัจจัยที่ทำให้คนในชุมชนมีการรวมตัวกันก่อตั้งเพื่อร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ ความผูกพันเป็นเครือญาติกัน การมีปัญหาร่วมกัน และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ และองค์กรเอกชน

โสภิญ สุวรรณะ (2541) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการก่อตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในหมู่บ้านกลางดง ตำบลทุ่งปี อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การก่อตั้งและดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนั้นไม่มีลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชนเลย นอกจากจะรับผลประโยชน์จากศสมช. เท่านั้น เกือบทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมเป็นไปในลักษณะให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ และนโยบายของรัฐที่กำหนดมาให้ปฏิบัติ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้นำชุมชน ผลประโยชน์ที่ได้จากการก่อตั้งศสมช. และสภาพทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองวัฒนธรรมของชุมชน

เสาวนีย์ สีสองสม (2541) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง บ้านกัวพร้าว อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการดังกล่าว ไม่พบว่ามีส่วนร่วมในระดับของการคิดตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมประเมินผล แต่พบในระดับของการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งถือได้ว่าลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการนี้นั้น เป็นเพียงการให้ความร่วมมือของประชาชน และประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการอย่างต่อเนื่อง สำหรับปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมประกอบด้วย

ความเชื่อถือศรัทธาในผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประโยชน์ของโครงการต่อประชาชน และ สังคมวัฒนธรรมของชุมชน

2.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองเบาหวาน

จิตร สิทธิอมร (2532) ศึกษาถึงการคุณค่าของการตรวจหาความชุกของเบาหวานโดยการตรวจปัสสาวะ ในประชากรชุมชนคลองเตย จำนวน 1,885 คน สํารวจโดยใช้ Test strip และหากตรวจพบผลบวกจะได้รับการตรวจ Fasting plasma glucose เกณฑ์ในการวินิจฉัย คือ ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg% พบความไวของการตรวจปัสสาวะเท่ากับร้อยละ 69.20 และให้ข้อเสนอแนะว่า การตรวจปัสสาวะอย่างเดียวเพื่อสืบหาโรคเบาหวานในชุมชนมีราคาถูกก็จริง แต่จะไม่พบผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานจำนวนมาก ซึ่งควรจะคำนึงถึงผลกระทบในภายหน้าที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษามาระยะแทรกซ้อนของผู้ที่เป็นเบาหวาน การจะใช้วิธีนี้เป็นวิธีหลักในการสืบค้นผู้ป่วย และต้องการให้พบผู้ป่วยให้มากที่สุดแล้ว ก็มีความจำเป็นต้องใช้ประกอบกับมาตรการอื่น เช่น มีปัจจัยเสี่ยง หรืออาการของโรคเบาหวาน ถึงแม้จะตรวจปัสสาวะให้ผลลบ ก็ควรเจาะ Fasting plasma glucose ซ้ำ

พรชัย สิทธิศรีณย์กุล และคณะ (2532) ศึกษาถึงความเป็นไปได้ที่จะให้ อสม./ผสส.มีบทบาทในการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ในตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตตหีบ จังหวัดชลบุรี ในประชากร 622 คน ทำการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะในตอนเช้าโดย อสม.และ ผสส. ซึ่งผ่านการอบรมแล้ว หากผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวกจะส่งตรวจ Fasting plasma glucose ต่อไป ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีผลตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำนวน 16 คน หรือร้อยละ 2.27 ในจำนวนมีประวัติเป็นเบาหวาน 10 คน หรือร้อยละ 1.61 และเมื่อส่งตรวจยืนยันด้วย FPG ความชุกของโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 1.13 ดังนั้น False positive สูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการ คัดกรองของ อสม./ผสส. ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้แก้ไขปรับปรุงการฝึกอบรมให้ดีขึ้น เพื่อให้ข้อ ผิดพลาดลดลง

องอาจ วิพุทธิศิริ และคณะ (2532) ได้ศึกษาโครงการขั้นทดลอง : การค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเด็กนักเรียน โดยศึกษาในประชากรวัยตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในครัวเรือนของเด็กนักเรียนจำนวนทั้งสิ้น 257 คน โดยค้นหาผู้ป่วยเบาหวานทั้งรายเก่าและรายใหม่ โดยการแจกแบบสอบถามให้นักเรียนไปถามบุคคลในครอบครัวที่มีอายุมากกว่า 15 ปีและนำปัสสาวะมาตรวจที่โรงเรียนหากพบผลบวกจะส่งตรวจยืนยันด้วย FPG ผลการศึกษา พบว่าเด็กนักเรียนตอบแบบสอบถามร้อยละ 64.20 และนำปัสสาวะมาตรวจร้อยละ 69.10 ของผู้ตอบแบบสอบถาม อัตราความชุกในประชากรอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 3.54 แบ่งเป็นรายเก่า 2.21 และรายใหม่ 1.33

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540) รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถาม และตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 พบเบาหวานในประชากรอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 2.3 แต่ความชุกจริงน่าจะ

มากกว่านี้ เนื่องจากใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเดิม คือ ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 mg% และใน ส่วนของประชากรที่เป็นเบาหวานแต่รักษาอยู่และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 140 mg% จะไม่ได้ รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

เพ็ญศรี มโนชิสรรค์ และคณะ (2542) ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการกลุ่ม ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลพิจิตร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งพา อินซูลิน พบว่าก่อนและหลังการใช้กระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนความเชื่อและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงแต่ไม่แตกต่างกัน และได้ เสนอแนะว่า การใช้กระบวนการกลุ่มสอนสุขศึกษาให้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่างมี ประสิทธิภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ ส่วนด้านความเชื่อกับการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ผลเพียงมีแนวโน้มว่าจะดีขึ้นเท่านั้น

สุวัฒน์ สมจิตรสกุล (2544) ศึกษาการพัฒนากระบวนการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วม โครงการ มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มีการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการแสวงหาการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพของร่างกายและเท้า การผ่อนคลายความเครียด ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมของโครงการ ในด้าน เจ้าหน้าที่ที่มีการปรับท่าทีในการให้บริการเป็นการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ แทนที่จะทำตัว เป็นผู้สอน ซึ่งถือเป็นกระบวนการในการพัฒนาบุคลากร และหน่วยงาน

โดยสรุปจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ถ้าลักษณะของโครงการเป็นของทางรัฐนำมาให้ชุมชน ประชาชน มักจะมีส่วนร่วมในทางอ้อม นั่นคือ เป็นลักษณะของการให้ความร่วมมือกับนโยบายที่ทางราชการ กำหนดกิจกรรมมาให้ โดยเฉพาะกิจกรรมด้านสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโครงการของภาครัฐ ทั้งสิ้น ประชาชนจึงไม่มีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมและด้านการประเมินผล นอกจากจะร่วมปฏิบัติตามกิจกรรม และมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมเท่านั้น แต่ถ้า กิจกรรมหรือโครงการใดที่เป็นปัญหาของชุมชนหรือกิจกรรมที่ทางชุมชนร่วมกันคิดขึ้น ประชาชนก็ จะมีส่วนร่วมโดยตรง ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้นำชุมชน สถานภาพทางสังคม สภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และภาวะสุขภาพของประชาชน เป็น ต้น

ในส่วน of ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับเบาหวานจะพบว่า เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมี อุบัติการณ์สูง และส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ทั้งในแง่ของ คุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจ ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานจึงมีความจำเป็นอย่างมาก ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ โดยเฉพาะการป้องกันในระดับทุติยภูมิที่เน้นให้มีการคัด กรองโดยเร็ว และรักษา เพื่อที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา โดยมีการศึกษาถึงความ เหมาะสมของการตรวจคัดกรองโดยการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ความเป็นไปได้ในการใช้แกนนำ มาร่วมในการคัดกรอง ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า แม้จะมีการใช้กลวิธีต่าง ๆ ใน

การดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรอง หรือการควบคุมพฤติกรรม โดยใช้วิธีต่าง ๆ ก็ตาม แต่พบว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการหรือกิจกรรมดังกล่าวแล้ว ความตระหนักของประชาชนในความสำคัญของการคัดกรองโรคก็ค่อย ๆ ลดลง จนหมดไปในที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นการขาดความต่อเนื่องของโครงการหรือกิจกรรม และเป็นจุดอ่อนของการศึกษาที่ผ่านมา ดังนั้นการนำประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนตั้งแต่การระบุปัญหา จนถึงการประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับการดำเนินการ

บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความตระหนักในการคัดกรองเบาหวานตามทัศนะของคนในชุมชนบ้านสนามแจ้ง ตำบลไพร อำเภอลำลูกเกด จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีขั้นตอนของวิธีดำเนินการวิจัยตามลำดับดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- 3.3 วิธีการเก็บข้อมูล
- 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.5 การเตรียมการ

3.1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูล การให้รหัส และการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน จุดประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักของชุมชนกับการคัดกรองเบาหวานในมุมมองหรือทัศนะของประชาชน

3.2. กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sample) คือ คัดเลือกตามลักษณะประชากรที่ทีมวิจัยต้องการจะศึกษา ซึ่งคาดว่าจะมีผลทำให้ความคิดเห็น การปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชนแตกต่างกัน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาศึกษาจากบ้านสนามแจ้ง ตำบลไพร อำเภอลำลูกเกด จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนรับการรักษาน้อยที่สุด ทั้งหมด 14 คน คือ ผู้นำชุมชน 2 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 1 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 3 คน ตัวแทนของประชาชน 8 คน ที่มีอายุระหว่าง 25- 60 ปี อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน เป็นที่ยอมรับของชุมชน สามารถให้ข้อมูลได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

3.3. วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม (Group discussion) การจัดบันทึกการบันทึกเทปคำสนทนา การสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาข้อมูลทั่วไปของชุมชนและกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทีมวิจัยเลือกวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เนื่องจากว่า การสนทนากลุ่มเป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องกับประชาชนได้เหมาะสมตามสภาพ

ของปัญหาและสภาพแวดล้อมทั่วไป การสนทนากลุ่มแต่ละครั้งมาจากความพร้อมและการนัดหมายของชุมชนโดยใช้เวลาประมาณครั้งละ 1-2 ชั่วโมง

ในการสนทนากลุ่ม หัวข้อที่ใช้เป็นแนวทางในการสนทนานั้นเปิดประเด็นไว้อย่างกว้าง ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยให้กลุ่มเป้าหมายเล่าถึงประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้ และร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้ฟังและคอยซักถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวานและผลกระทบของเบาหวานต่อตนเองและชุมชน ในการสนทนากลุ่มครั้งต่อ ๆ มาจะมีความเจาะจงมากขึ้นกว่าครั้งแรก ซึ่งจะอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนาครั้งก่อน ๆ และจากการจัดบันทึกการบันทึกเทปคำสนทนาแล้วนำมาเป็นประเด็นในการสนทนาครั้งต่อ ๆ ไป

3.4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มประกอบกับการจัดบันทึก การบันทึกเทปคำสนทนา การเขียนแผนผัง รวมไปถึงการให้รหัสและสร้างดัชนีพร้อม ๆ กัน โดยมีการศึกษาเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองเบาหวานของคนในชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดขึ้นตลอดเวลาในการจัดทำกลุ่มตามขั้นตอนดังนี้

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง นำข้อมูลจากการจัดบันทึกของทีมวิจัย การบันทึกเทปคำสนทนา การสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาลักษณะทั่วไปของชุมชนมาแยกประเภทและจัดทำหมวดหมู่ของข้อมูลให้เป็นระบบ และให้รหัสและสร้างดัชนีทุกครั้งหลังการเก็บข้อมูล แปลความหมายข้อมูล โดยอาศัยกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ความรู้ และความคิดเห็นของทีมวิจัย

การประชุมของทีมวิจัยเกี่ยวกับสิ่งที่ได้จากการสนทนากลุ่มว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เล่าถึงประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้ ผลกระทบของเบาหวาน และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองเบาหวานของคนในชุมชน รวมถึงสิ่งที่คนในชุมชนปฏิบัติ นำผลสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาเป็นแนวทางในการจัดระบบการคัดกรองเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

3.5. การวางแผน

การเตรียมชุมชน โดยการเลือกพื้นที่ในการศึกษา การเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ การเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย ทางด้านความรู้ ทักษะและเทคนิคในการทำกลุ่ม

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักของชุมชนกับการคัดกรองเบาหวาน ในมุมมองหรือทัศนะของประชาชน รวมถึงการหารูปแบบการคัดกรองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับ สภาพของชุมชน ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก คือ

4.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชนและกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม

4.2 กระบวนการคัดกรองเบาหวานโดยชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ การ วิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การดำเนินการ และสรุปและประเมินผล การดำเนินการ

4.1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชนที่ทำการศึกษา

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของบ้านสนามแจง

สภาพทั่วไป บ้านสนามแจงเป็นหมู่บ้านขนาดเล็ก จำนวน 65 หลังคาเรือน ประชากร 364 คน เป็นชาย 188 คน หญิง 176 ผู้ที่อยู่ในหมู่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้าครอบครัว และเด็กวัยเรียน ส่วนกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่ไม่ได้เรียนต่อในระดับอุดมศึกษาจะไปรับจ้างใน ต่างจังหวัด โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล วิถีชีวิตส่วนใหญ่จะสืบทอดความเชื่อ มาจากบรรพบุรุษ มีการทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา และประเพณีที่สืบทอดกันมา เช่น พิธีเซ่นตา การสงฆ์พระพุทธรูป สงฆ์พระในวันสงกรานต์ มีกิจกรรมในวันเข้าพรรษา วันออกพรรษา ประเพณีเซ่นโดนตา(การเซ่นไหว้บรรพบุรุษ) การรำผีฟ้า การรำแม่ต เพื่อแก้บนหลังจากคนใน ครอบครัวหายจากการเจ็บป่วย เป็นต้น

4.1.2 ที่ตั้ง และอาณาเขต

บริเวณที่ตั้งหมู่บ้านเป็นที่ราบสูง ล้อมรอบด้วยที่ลุ่มมีคลองระบายน้ำที่เป็นคลองน้ำ ธรรมชาติ ทอดผ่านทางทิศตะวันตกของหมู่บ้านซึ่งเป็นแหล่งน้ำสำคัญที่ใช้ในการทำนา และเป็นที่ หนองน้ำ มาเพื่อบริโภคในชุมชน บ้านสนามแจงอยู่ห่างจากอำเภอนาหวาย ระยะทาง 12 กิโลเมตร ตามถนนลาดยาง รพช.บ้านลิ อ. นาหวาย –บ้านตระการ อ.ศรีรัตนะ

ทิศเหนือ จรด บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 10

ทิศใต้ จรด บ้านกราม หมู่ที่ 2

ทิศตะวันออก จรด พื้นที่ราบสูงสำหรับปลูกพืชทางการเกษตร

ทิศตะวันตก จรด บ้านไพร หมู่ที่ 1

4.1.3 การคมนาคม

ส่วนใหญ่จะใช้รถจักรยานยนต์และรถยนต์ที่มีในหมู่บ้านเป็นพาหนะเดินทางติดต่อกับอำเภอขุนหาญและหมู่บ้านใกล้เคียง

4.1.4 สภาพความเป็นอยู่ของชาวบ้าน

ชาวบ้านส่วนใหญ่มีฐานะปานกลางถึงยากจน การดำรงชีพอาศัยการปลูกข้าวเป็นหลัก และจะมีการปลูกมันสำปะหลัง และข้าวโพดเป็นการเสริมรายได้ ช่วงที่ว่างงานจากการเกษตร มีการอพยพแรงงานไปรับจ้างทำงานต่างถิ่น

4.1.5 ข้อมูลของกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม 14 คน เป็นชาย 3 คน เป็นหญิง 11 คน โดยเป็นผู้นำชุมชน 2 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 3 คน และประชาชนทั่วไป 8 คนมีอายุระหว่าง 29 – 55 ปี มีอายุเฉลี่ย 41 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก

4.2. กระบวนการคัดกรองเบาหวานโดยชุมชน

ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลได้จากการซักถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อโรคเบาหวาน และผลกระทบของโรคเบาหวานจากประสบการณ์ของกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม ที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน และเคยดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงข้อมูลตามการรับรู้ของกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม การสนทนาได้ยึดหลักกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การดำเนินการ และสรุปและประเมินผลการดำเนินการ

4.2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับรูปแบบ ลักษณะการคัดกรองเบาหวาน และความตระหนักของชุมชนเกี่ยวกับเบาหวาน ก่อนดำเนินโครงการ พบว่า

1. การตรวจคัดกรองเบาหวานในชุมชนทำโดย อสม.
2. ประชาชนไม่ค่อยสนใจตรวจ
3. ไม่เชื่อผลการตรวจโดย อสม.
4. ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองเบาหวาน
5. การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
6. การสนับสนุนแถบตรวจจากสถานีนามัยไม่เพียงพอ
7. การไปตรวจเบาหวานที่โรงพยาบาลยุ่งยาก ค่าตรวจแพง เสียเวลามาก
8. การตรวจทำเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ร้อยละ 70 ของกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปมีผู้มาตรวจน้อยมาก

9. ประชาชนส่วนใหญ่ยังเห็นว่าเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวมาก เพราะ เป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายเป็นแล้วตายทุกราย
10. กลุ่มผู้สูงอายุมักไม่สนใจตรวจเพราะเห็นว่าไม่มีประโยชน์

โดยมีรายละเอียดสรุปบันทึกการสนทนากลุ่ม ดังนี้

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2544 เวลา 14.15 -16.30 น. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการสนทนา ประกอบด้วยทีมวิจัยและกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 21 คน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการสนทนากลุ่มทุกคนมีความรู้จักคุ้นเคยกันก่อนที่จะมาร่วมกลุ่ม สนทนา เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน มีการร่วมกันทำกิจกรรมในชุมชนอยู่เนื่อง ๆ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านจึงมีบุตรหลานมาด้วย การสนทนากลุ่มครั้งนี้ เป็นการสนทนาที่ศาลากลางบ้าน โดยการนั่งล้อมวงสนทนา ลักษณะการนั่งของผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนายังแยกเป็นกลุ่มหญิงชาย โดยมีทีมวิจัยนั่งแทรกในระหว่างกลุ่ม ซึ่งผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาให้การต้อนรับทีมวิจัยด้วยความเป็นกันเอง เนื่องจากทีมวิจัยส่วนหนึ่งเคยปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยในพื้นที่ และยังมีเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนามัยในปัจจุบันเข้าร่วมงานทีมวิจัยด้วย ในการสนทนากลุ่มครั้งแรก ได้เปิดประเด็นกว้าง ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้เล่าถึงประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้ และร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์

กลุ่มที่เข้าร่วมการสนทนาได้เล่าถึงสถานการณ์โรคเบาหวานว่า บ้านสนามแจ้ง เคยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 คน ซึ่งเสียชีวิตไปแล้วเมื่อปี 2541 และชุมชนรู้ว่าป่วยเป็นเบาหวานมาหลายปี ไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลหลายแห่งทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งรักษาโดยใช้สมุนไพรหลายชนิดก็ไม่หาย ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งเคยดูแลมารดาที่ป่วยเป็นเบาหวาน เล่าว่า มารดาของเขามีโรคแทรกซ้อนมากมายหลายโรค เช่น โรค ความดันโลหิตสูง โรคไตวาย มีอาการทางประสาทเกิดความเครียด หงุดหงิด นอนไม่หลับ จากภาวะโรคเบาหวานที่เป็นมานาน นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อลูกหลานและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ทำให้เสียเวลาในการทำมาหากิน เนื่องจากการเฝ้าดูแล นอกจากนี้ สมาชิก อบต. หนึ่งในกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมการสนทนากลุ่ม เล่าว่า เคยเห็นญาติมีแผลเรื้อรังที่นิ้วเท้า มีอาการปวดทรมานมาก ไปรักษาที่โรงพยาบาลหลายแห่งก็ไม่หายต่อมาจึงผูกคอตาย ซึ่งคนในชุมชนมีความเห็นว่าคนไข้คนนั้นเป็นโรคเบาหวานเพราะเห็นจากอาการที่เกิดขึ้นกับคนไข้ แต่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนหนึ่งชี้แจงว่าคนไข้คนนั้นไม่ได้ตรวจเบาหวานเลยซึ่งได้ข้อมูลมาจากการซักถามญาติของคนไข้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนหนึ่งไม่ต้องการตรวจเบาหวาน เกิดความรู้สึกกลัว และถ้ารู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานคงรับไม่ได้ แต่ยังมีบางส่วนที่เห็นความสำคัญ ของการตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะกลุ่ม อสม. และกลุ่มเสี่ยงที่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกว่า เบาหวานเกิดจากการกินอาหารที่มีรสหวานมาก ๆ มีพ่อ แม่ เป็นเบาหวาน ผอมลง ปัสสาวะบ่อย ๆ และมีมดตอม มีแผลเรื้อรัง เหนื่อยง่าย มีอาการช็อค หหมดสติ และเป็นแล้วรักษาไม่หาย ซึ่งสมาชิกในชุมชนที่มีประสบการณ์ในการดูแล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยตรงให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น คือ โรคหัวใจ โรคไต และโรคประสาท สำหรับการตรวจวินิจฉัยนั้น ชุมชนให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรอง ตั้งแต่เริ่มแรกเพราะเชื่อว่าจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ซึ่ง อสม. บอกได้ว่าวิธีการตรวจเบาหวานมีการตรวจปัสสาวะโดยใช้แถบตรวจ และตรวจเลือด โดยที่ อสม. สามารถตรวจปัสสาวะโดยใช้แถบตรวจได้แต่คนในชุมชนไม่ค่อยสนใจมากนัก และไม่เชื่อผลการตรวจโดย อสม. รวมถึงการสนับสนุนแถบตรวจจากสถานีนอมนัยยังไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ชุมชนส่วนหนึ่งไม่ยอมตรวจแม้จะมีความเสี่ยง เนื่องจากกลัวว่าเป็นแล้วจะรับสภาพไม่ได้ เพราะเห็นว่ามีคามทรمان เมื่อป่วยไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใด ๆ ก็ไม่หาย ผลสุดท้ายก็ต้องตาย ขณะเดียวกัน สมาชิก อบต. รู้สึกว่าการมารับการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลยุ่งยาก เสียเวลามาก ค่าตรวจแพง จึงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนหนึ่ง มีความคิดว่าการตรวจเบาหวานในชุมชนนอกจากตรวจปัสสาวะแล้วควรตรวจเลือดด้วยเพื่อยืนยันความถูกต้อง ในแง่ของการรักษานั้นคนในชุมชนเชื่อว่าสามารถรักษาได้โดยใช้สมุนไพร เช่น การต้มน้ำขี้เหล็กดื่ม และสมุนไพรชนิดต่างๆ ที่มีการบอกกล่าวกันต่อ ๆ มาว่าสามารถรักษาเบาหวานได้ รวมถึงการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน สำหรับการปฏิบัติตัว ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกว่าผู้ป่วยเบาหวานควรไปรับยาที่โรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด, ควบคุมเรื่องอาหาร กินอาหารหวานให้น้อย ๆ ร่วมกับการออกกำลังกาย ทำใจให้สบาย ถ้าผู้ป่วยหมดสติให้ญาติทดลองให้ดื่มน้ำหวาน 1 ช้อนโต๊ะ แล้วรอดูอาการประมาณ 5 นาที ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หรือเคลื่อนไหวก็ให้ดื่มน้ำหวานอีก 1 แก้ว ถ้าไม่รู้สึกตัวให้รีบนำส่งโรงพยาบาล

ด้านผลกระทบจากเบาหวานที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับทราบ คือ ต้องดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารให้มากขึ้น เสียเวลาทำมาหากินทั้งของผู้ป่วย และญาติที่ดูแล ทรمانจากโรคแทรกซ้อน เสียเงินในการรักษา ต้องไปโรงพยาบาลบ่อย เมื่อเป็นแล้วรักษาไม่หายทำให้คิดมาก วิตกกังวล ซึ่งแสดงถึงผลกระทบของเบาหวานต่อสภาวะสุขภาพ อาชีพและต่อบทบาทการทำหน้าที่ในครอบครัว

กิจกรรมที่ชุมชนดำเนินการเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผ่านมา มีการณรงค์ให้ความรู้ผ่าน หอกระจายข่าวเป็นครั้งคราว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้โดยการอบรม อสม. ร่วมกับการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีการตรวจคัดกรองในชุมชนโดย อสม. ซึ่งมีผู้มารับบริการประมาณ 10 คน เมื่อวัสดุในการตรวจหมดก็ไม่มีดำเนินการต่อ ความคิดเห็นต่อการตรวจเบาหวาน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการสนทนากลุ่มยังไม่ต้องการในช่วงนี้ เพราะยังไม่เข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานดี ต้องพูดคุยเกี่ยวกับเบาหวานอีก โดยต้องการทราบว่า โรคอะไร โรคหัวใจเกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างไร

บันทึกข้อคิดเห็นที่วิจัยหลังจากเสร็จสิ้นการจัดกลุ่มสนทนา

ประชาชนส่วนหนึ่งขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเบาหวาน โดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องการตรวจคัดกรองเบาหวาน และการปฏิบัติตัวเมื่อทราบว่าป่วยเป็นเบาหวาน ซึ่งสมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรมการสนทนาได้เสนอให้มีการจัดกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับโรคเบาหวานอีก

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2544 เวลา 19.30-21.00 น. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ทีมวิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 23 คน

การสนทนาเริ่มด้วยประเด็นเกี่ยวกับกรณีผู้ป่วยรายหนึ่งมีแผลเรื้อรังที่นิ้วเท้าและผุคอตาย ซึ่งคนในชุมชนคิดว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งทีมวิจัยได้ค้นประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยดังกล่าว จากโรงพยาบาลขุนหาญ และนำมาชี้แจงให้กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมสนทนา ทราบว่า ผู้ป่วยรายนั้นเป็นโรคหัวใจ และเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่ดี ส่งผลให้แผลที่นิ้วเท้ากลายเป็นแผลเรื้อรังรักษาไม่หาย โรงพยาบาลขุนหาญได้ส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ศรีสะเกษ ซึ่งทีมแพทย์ผู้ให้การรักษาเห็นว่าแผลไม่ดีขึ้นจึงวางแผนให้การรักษาโดยการตัดนิ้วเท้า แต่ผู้ป่วยไม่ยอมและขอกลับมารักษาที่โรงพยาบาลขุนหาญ แผลไม่หาย ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก จึงขอกลับไปรักษาต่อโดยหมอพื้นบ้านที่บ้าน ช่วงที่กลับมารักษาที่บ้านผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่าให้ฟังว่า อาการของผู้ป่วยเป็นมากขึ้น แผลบวมแดง ทำให้ปวดทรมานมาก จึงตัดสินใจผุคอตาย จากการช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนาทราบว่าผู้ป่วยรายนั้นไม่ได้ป่วยเป็นโรค เบาหวาน แต่ก็ยังมีความกลัวโรคเบาหวาน เพราะเคยรับรู้มาว่าการเป็นเบาหวานก็มีโอกาสเป็นแผลเรื้อรังได้เหมือนกัน ซึ่งถ้าเป็นแผลเรื้อรังก็คงมีอาการปวดทรมานไม่ต่างจากคนไข้คนนั้น นอกจากนี้กลุ่มยังเคยเห็นคนเป็นเบาหวานถูกตัดมือนิ้วด้วย จากประสบการณ์ของคนในชุมชนทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ไม่อยากตรวจเพราะเบาหวานรักษาไม่หายถ้ารู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานคงผุคอตาย

บันทึกข้อคิดเห็นทีมวิจัยเมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม

กระบวนการในการจัดการแก้ไขทัศนคติหรือจิตสำนึก หรือทำให้กลุ่มบุคคลมีความเห็นถูกต้องนั้น มีความสลับซับซ้อนอย่างมาก ทีมวิจัยคิดว่าเทคนิคการสื่อสารสามารถนำมาใช้ได้โดยมองว่าถ้าทำการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในการสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งนำเสนอข้อมูล ข่าวสารที่จำเป็นอย่างถูกต้องเหมาะสม จะมีส่วนช่วยให้การจัดการแก้ไขจิตสำนึกหรือทำให้มี ทัศนคติที่ถูกต้อง ซึ่งในที่สุดจะมีแนวโน้มไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้เกี่ยวกับการคัดกรองเบาหวานต่อไป ดังนั้น ทีมวิจัยจึงได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานเริ่มจากสาเหตุ การตรวจวินิจฉัย อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติตนเมื่อเป็นเบาหวาน จากการได้รับการชี้แจงจากทีมวิจัย ผู้เข้ากลุ่มการสนทนามีความเห็นว่า เบาหวานก็สามารถควบคุมได้ถ้ารู้ว่าเป็นตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งการที่จะรู้ว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ก็สามารถตรวจเบื้องต้นได้โดยการตรวจปัสสาวะแต่การตรวจโดย อสม. ชาวบ้านไม่เชื่อในผลการตรวจ กลุ่มจึงลงความเห็นว่าควรตรวจน่าจะให้หมอออกมาตรวจให้

4.2.2 การวางแผน

เมื่อกลุ่มร่วมกับทีมวิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคเบาหวานและการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองที่ผ่านมา จึงวางแผนการดำเนินงานการตรวจคัดกรองโดย กำหนดเป็นกิจกรรมหลัก ดังนี้

การประชาสัมพันธ์กิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบให้กับสมาชิกในกลุ่ม และใช้สื่อสารปากต่อปาก เคาะประตูบ้าน นอกจากนี้ได้ดำเนินการประกาศทางหอกระจายข่าวเพื่อประชาสัมพันธ์ในแนวกว้าง

การจัดประชุมเพื่อให้ความรู้กับประชาชน ให้เกิดการรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของโรคเบาหวาน ตลอดจนประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานอีกครั้งหนึ่งเพื่อเน้นย้ำการรับรู้ และความสำคัญของกิจกรรมรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ให้กับคนชุมชน ซึ่งรายละเอียดการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 วันที่ 21 เมษายน 2544 เวลา 19.00-21.00 น. ณ ศาลากลางบ้านสนามแจ้ง ตำบลไพร อำเภอลำลูกกา จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา จำนวน 16 คน

การสนทนาเริ่มด้วยการให้กลุ่มทบทวนเกี่ยวกับเรื่องที่พูดคุยกันในครั้งก่อน โดยกลุ่มบอกว่าเป็นการคุยกันเกี่ยวกับเรื่องการตรวจเบาหวาน ซึ่งหนึ่งในสมาชิกของผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาให้ความเห็นว่า “หมอน่าจะมาตรวจทุกเดือน” โดยมีคนอื่น ๆ ให้ความเห็นเพิ่มเติมในประเด็นเดียวกันว่าระยะที่เริ่มงานใหม่ ๆ ควรจะมีการประกาศ ประชาสัมพันธ์บ่อย ๆ ทำการตรวจทุกปี และมีการกำหนดเวลาตรวจให้ชัดเจน เพื่อเปิดโอกาสให้คนในหมู่บ้านมาตรวจให้ครบทุกคน โดยให้อสม. และกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้ตรวจเช็ครายชื่อถ้าใครยังไม่มาตรวจให้ตาม ถ้าหากตามแล้วยังไม่มาตรวจก็จะถามเหตุผลของการไม่ตรวจ อีกทางเลือกหนึ่งคือ การแบ่งคุ้มให้มีคนรับผิดชอบแล้วประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่คนในคุ้มที่ตนเองรับผิดชอบ ซึ่งผู้ใหญ่บ้าน(เป็นสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มสนทนา)ให้ความเห็นว่าวิธีการที่ทำให้คนสนใจ คือ “ให้หมอนำเทพความรู้มาเปิดตอนเช้าคิดว่าน่าจะได้ผล เพราะเคยทำในเรื่องโรคฉี่หนูได้ผลมาแล้ว” นอกจากนี้กลุ่มเสนอให้มีการประชุมชาวบ้านทั้งหมดแล้วให้หม้อออกมาให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน

วิธีการที่ทางกลุ่มได้กำหนดขึ้นเพื่อให้คนในหมู่บ้านเห็นความสำคัญและมีการตรวจ คัดกรองเบาหวานสรุปได้ 3 วิธี คือ

1. การเปิดเทปประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว
2. การแบ่งคุ้มให้รับผิดชอบประจำคุ้มเป็นผู้ให้คำแนะนำ และให้ความรู้แก่คนในคุ้ม
3. ประชุมชาวบ้านทั้งหมดแล้วให้เจ้าหน้าที่ออกมาให้ความรู้

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 4 วันที่ 26 เมษายน 2544 เวลา 19.50-21.00 น. ณ ศาลากลางบ้านสนามแจ้ง ตำบลไพร อำเภอลำลูกเกด จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา จำนวน 20 คน

การสนทนากลุ่มเริ่มจากผู้เข้าร่วมการสนทนาได้สรุปประเด็นของการประชุมครั้งก่อนเกี่ยวกับวิธีการทำงานต้องมีการใช้เทป แผ่นพับ คู่มือในการประชาสัมพันธ์ให้คนมาตรวจเบาหวาน รวมถึงการนัดประชุมชาวบ้านและการนัดมาตรวจ ถ้าใครไม่มาตรวจก็ให้ผู้รับผิดชอบประจำคุ้มตามทีมวิจัยได้ถามความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมว่า มีวิธีการอย่างไรที่จะไม่ต้องตามคนเหล่านั้นให้มาตรวจ อสม. ซึ่งเป็นหนึ่งในสมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ข้อเสนอแนะว่า ให้หมอออกมาให้ความรู้แก่ชาวบ้านก่อน เพราะการให้ความรู้โดย อสม. ไม่น่าสนใจ คนในหมู่บ้านไม่เชื่อถือ และวิธีการอีกอย่างหนึ่งคือการบอกต่อ ๆ กันไป และการเดินเคาะตามประตูบ้าน หรือเอาวิดีโอเทปหมอลำ มาเปิดให้ดูเป็นการดึงดูดความสนใจ รวมถึงการพูดคุยเรื่องเบาหวานเวลาไปทำไร่นาไปวัด โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนหนึ่งยังคงเห็นว่า คนที่จะให้ความรู้แก่ชาวบ้านจำเป็นต้องเป็นหมอ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน) แต่อีกกลุ่มซึ่งได้แก่ สมาชิก อบต. และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านมีความเห็นว่า อสม. ก็มีความสามารถสอนชาวบ้านได้ นอกจากนี้คนที่มีความสามารถในการดูแลแม่ที่เป็นเบาหวานก็น่าจะพูดได้

สำหรับการเตรียมเครื่องเสียง เครื่องฉายวิดีโอ เทปหมอลำซึ่งที่ใช้ในวันนัดตรวจเบาหวานที่ศาลากลางบ้านนั้น สมาชิก อบต. เสนอตัวจะเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดหาและนำมาเอง จากนั้นกลุ่มก็มีการกำหนดกิจกรรมที่จะจัดขึ้นซึ่งมีดังนี้

1. แจกข่าวให้ชาวบ้านทราบโดยวิธีการบอกปากต่อปาก ประกาศทางหอกระจายข่าว
2. ประชุมชาวบ้าน โดย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จากนั้นเปิดเทปหมอลำซึ่งให้ ซึ่งทางกลุ่มได้ตกลงกันว่าจัดขึ้นในวันที่ 4 พฤษภาคม 2544 เวลา 18.00 น. ที่ ศาลากลางบ้าน
3. มีการแบ่งคุ้มและกำหนดผู้รับผิดชอบ ดังนี้

คุ้มที่ 1 ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ นางสมัย สามารถ นายเสริญ วันทอง นายสถิตย์ สุภาพ

คุ้มที่ 2 ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ นางอัมพร บุตรอุดม นางจันทิมา ธานี นางเล็ง ธานี และนางสำนวน มวลสุข

คุ้มที่ 3 ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ นางจิตร สีแดง นางวิไลพันธ์ เสากลาง และนายสนอง กิ่งเกษ

คุ้มที่ 4 ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ นายพลัน ลาคำ นายสาด พงษ์วัน และนางวันทิพย์ เสากลาง

เมื่อแบ่งคุ้มและผู้รับผิดชอบแล้ว อสม.ได้ให้ทีมวิจัยสาธิตวิธีการตรวจเบาหวานโดยใช้แผ่นตรวจ ซึ่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนหาญ ได้สาธิตวิธีการตรวจเบาหวานโดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ และการตรวจหาระดับน้ำตาลตรวจในเลือดโดยใช้เครื่อง และชี้แจงถึงข้อดีของการตรวจ โดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ ว่าเป็นวิธีที่ตรวจง่าย ราคาถูก สามารถตรวจได้โดย อสม. หรือผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม แต่มีข้อเสีย คือ ความถูกต้องน้อย คนที่เป็นน้อยตรวจไม่พบ สำหรับข้อดีของการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด คือ ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือมากกว่า ส่วนข้อเสียนั้น ราคาแพง และต้องตรวจ

โดยผู้ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน จากนั้นให้สมาชิกทดลองตรวจเบาหวานโดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ ซึ่งกลุ่มสมาชิกผู้หญิงจะให้ความสนใจอย่างใกล้ชิด เมื่อกลุ่มผู้เข้าร่วม กิจกรรมได้ทดลองทำการตรวจเบาหวานแล้ว ส่วนใหญ่ลงความเห็นว่าจะเลือกวิธีการตรวจโดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ เพราะตรวจง่าย แต่ สมาชิก อบท. เห็นว่าน่าจะตรวจทั้งสองอย่างคือ ตรวจปัสสาวะและตรวจเลือด แต่สมาชิกส่วนใหญ่ยังคงเห็นว่า การตรวจทั้งสองอย่างเป็นการสิ้นเปลืองมาก น่าจะตรวจปัสสาวะอย่างเดียว ถ้ามีอาการสงสัยมากกว่านี้ก็ส่งไปตรวจต่อที่สถานีนามัย ซึ่งทีมวิจัยได้ชี้แจงว่าการตรวจปัสสาวะสามารถเพิ่มความถูกต้องในการตรวจได้โดยการซักประวัติเกี่ยวกับอาการของโรคเบาหวานเพิ่มเติม คือ อาการปัสสาวะบ่อย มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย กินจุแต่ไม่อ้วน คนที่อ้วนมาก และคนที่มีญาติพี่น้องเป็นเบาหวาน

สำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจเบาหวานนั้น สมาชิกมีมติว่าให้ใช้ตามสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาลและได้กำหนดวันจัดกิจกรรมการตรวจคัดกรองเบาหวานในชุมชนขึ้นในวันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2545 เวลา 08.00 – 12.00 น. ที่ศาลากลางบ้าน

บันทึกข้อคิดเห็นทีมวิจัยหลังเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม

ลักษณะสัมพันธภาพของกลุ่ม คือ มีความสนิทสนมกันมากขึ้น สมาชิกส่วนใหญ่ที่นั่งที่เดิม แต่ยังแยกเป็นฝ่ายชาย ฝ่ายหญิง โดยมีทีมวิจัยนั่งแทรก มีทีมวิจัยและ เจ้าหน้าที่สถานีนามัย มาร่วมกลุ่มสนทนาเพิ่ม 3 คน แต่เป็นคนที่ไม่ใช่สมาชิกในกลุ่มรู้จักกันดี บรรยากาศในการพูดคุยมี บางช่วงที่สมาชิกมีความรู้สึกอึดอัดในการสนทนา เพราะเรื่องที่สนทนาและระยะเวลาในการพูดคุยนานเกินไป บางครั้งผู้นำกลุ่มต้องรวบรัดประเด็นและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในช่วงหลัง ๆ ของการสนทนาไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ทีมวิจัยจึงวางแผนปรับระยะเวลาในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งให้น้อยลง กำหนดให้มีผู้ช่วยผู้นำกลุ่มคอยกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ผลจากการสนทนากลุ่มครั้งนี้ ได้มีการกำหนดกิจกรรมการให้ความรู้โดยการประชุมชาวบ้าน การจัดกิจกรรมรณรงค์ตรวจคัดกรองเบาหวานในชุมชน และการแต่งตั้งให้มีผู้รับผิดชอบประจำคุ้มแต่ละคุ้ม

4.2.3 การดำเนินการ

ในขั้นการดำเนินการกิจกรรมตามที่กลุ่มได้ตกลงกันไว้ ทั้งนี้ ในการดำเนินกิจกรรมสนทนากลุ่มนั้น ได้มีการให้ความรู้ และฟื้นฟูความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานให้กับสมาชิกในกลุ่มเพื่อปรับทัศนคติ และความเข้าใจต่อโรคให้ถูกต้องก่อนที่จะดำเนินการกิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชน ทั้งนี้ในการดำเนินกิจกรรมในชุมชน นอกจากการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อบุคคล สื่อหอกระจายข่าว แล้วเพื่อให้ประชาชนรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญ กลุ่มร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขได้ดำเนินการให้ความรู้กับประชาชน โดยปรับเปลี่ยนวิธีดำเนินการ ให้อาสาสมัครสาธารณสุข และ ผู้มีประสบการณ์ตรงกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นผู้ให้ความรู้ ในประเด็นสาเหตุ อาการ การตรวจวินิจฉัย และผลกระทบของการเกิดโรค ซึ่งประชาชนทุกกลุ่มอายุ

บอกว่าน้ำตาลในเลือดสูงมาก ต้องเปลี่ยนเป็นยาชนิดฉีด แต่ก่อนแม่ผมกินยาเม็ด หมอก็บอกเรื่องการกินอาหาร ให้กินข้าวน้อย ๆ กินผักผลไม้ให้มากขึ้น แต่ผลไม้ที่หวานมาก ๆ มะขามหวาน ทุเรียน กินมากไม่ได้จะทำให้น้ำตาลสูง และหมอก็บอกวิธีการเตรียมน้ำหวานไว้ให้คนป่วยเวลามีอาการช็อคหมดสติให้ใช้น้ำหวานหนึ่งช้อนป้อน รอดูอาการ 5 นาที ถ้ามีอาการดีขึ้นให้กินต่ออีกประมาณ 1 แก้ว ถ้าไม่ดีขึ้น หรือว่าแม่ไม่รู้สึกรู้สีกตัวให้พาไปโรงพยาบาลทันที”

จากนั้น ผู้ใหญ่บ้านได้ประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านมาตรวจเบาหวานในวันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2544 เวลา 08.00 -12.00 น. ที่ศาลากลางบ้าน โดยบอกว่ากลุ่มคนที่อายุ 35 ปีขึ้นไป และคนที่มีญาติเป็นเบาหวานควรจะมาตรวจรวมถึงคนทั่วไปที่มีอาการที่น่าสงสัยเกี่ยวกับเบาหวาน

บันทึกข้อคิดเห็นที่มียุทธศาสตร์หลังสิ้นสุดการประชุม

บรรยากาศ ระหว่างรอการประชุมนั้นชาวบ้านมีการทักทายกันและพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป กลุ่มชาวบ้านที่มีทั้งเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เวลาวัยรุ่นส่งเสียงดังผู้สูงอายุจะคอยปรามให้เงียบ ๆ เป็น ระยะ ๆ การนั่งแยกกันเป็นกลุ่ม ตามวัย เวลาแสดงความคิดเห็นจะมีบางช่วงที่ต่างคนต่างพูด ไม่มีการรอให้คนอื่นพูดจบก่อน บางคนไม่พูดหรือแสดงความคิดเห็นอะไรเลย แสดงให้ทีมวิจัยได้ทราบถึงวัฒนธรรมของชุมชนที่ยังคงมีการนับถือ เกรงใจผู้สูงอายุ ประเด็นที่สังเกตเห็นจากการจัดกิจกรรมครั้งนี้ คือ อสม. และผู้นำชุมชนสามารถให้ความรู้ได้อย่างมั่นใจ และชาวบ้านยอมรับบทบาทของ อสม. และผู้นำชุมชนมากขึ้น

การประชุมครั้งที่ 6 วันที่ 11 พฤษภาคม 2544 เวลา 18.00-21.30 น. ณ ศาลากลางบ้านสนามแจ้ง ตำบลไพร อำเภอลำลูกเกด จังหวัดศรีสะเกษ

การจัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจคัดกรองเบาหวานในหมู่บ้าน

ผลการสังเกตขั้นตอนการดำเนินการรณรงค์ตรวจปัสสาวะเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน

เวลา

กิจกรรม

06.45 น

ผู้ใหญ่บ้านประกาศแจ้งข่าวการรณรงค์คัดกรองโรคเบาหวานให้ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปทุกคนมารับการตรวจปัสสาวะ คณะกรรมการและ อสม. ออกมาช่วยกันเตรียมสถานที่ คือ ศาลากลางบ้านสนามแจ้ง

07.45 น.

อสม. 2 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านออกมาจัดเตรียมศาลากลางบ้าน เพื่อเป็นจุดให้บริการตรวจ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนำแบบซักประวัติพร้อมกับอุปกรณ์การตรวจมาจัดเตรียม แนะนำการจัดเตรียมโต๊ะซักประวัติและจุดรับ

08.00 น.	การตรวจปัสสาวะ กลุ่มเป้าหมายเริ่มทยอยออกมารับการตรวจเป็นจำนวนมากมีการรอคิวสำหรับ ซักประวัติ และรับถ้วยสำหรับเก็บปัสสาวะมาตรวจ นำปัสสาวะมาส่งให้ อสม. ทำหน้าที่ตรวจ กลุ่มเป้าหมายนั่งยืนรอฟังผลการตรวจ
10.00 น.	กลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจน้อยลง อสม. ผู้ใหญ่บ้านและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ซักถามว่ากลุ่มเป้าหมายคนใดบ้างที่ยังไม่มารับการตรวจแจ้งให้คนที่มารับการตรวจที่อยู่บ้านใกล้เคียงแจ้งให้ มารับการตรวจด้วย
11.00 น.	ไม่มีคนมารับการตรวจ อสม. ที่ทำหน้าที่ตรวจปัสสาวะสรุปผลการตรวจ จากแบบซักประวัติ และตรวจสอบรายชื่อคนที่ยังไม่มารับการตรวจแจ้งให้ผู้รับผิดชอบประจำคุ้มแจ้งให้ไปขอรับการตรวจที่สถานีอนามัย

บันทึกข้อคิดเห็นทีมวิจัย หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

ชุมชนมีศักยภาพในการดำเนินงานได้ทั้งด้านการวางแผน การประชาสัมพันธ์กิจกรรม การเตรียมงาน และการตรวจเบาหวาน แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความเชื่อมั่นและการยอมรับผลการตรวจของคนในชุมชน เนื่องจาก ชาวบ้านยังคุ้นเคย และยึดติดกับบทบาทการให้บริการด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่

4.2.4 สรุปและประเมินผลการดำเนินการ

จากการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ และ รมรงค์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน พบว่า การประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องโดยสื่อบุคคลด้วยการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนการให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ด้วยสื่อต่าง ๆอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เข้ามารับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และสามารถค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ได้หนึ่งราย อย่างไรก็ตามมีกลุ่มเสี่ยงส่วนหนึ่งไม่เข้าร่วมกิจกรรมโดยให้เหตุผลว่า ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง ไม่มีอาการของโรค มีสุขภาพแข็งแรง ส่วนผู้สูงอายุให้เหตุผลว่า แก่มากแล้วถึงรู้หรือไม่รู้ก็ไม่มีผลต่อตนเอง

อย่างไรก็ตาม หลังจากดำเนินกิจกรรมรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานแล้ว จากการที่ชุมชนให้ความสำคัญกิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน กลุ่มจึงได้วางแผนทางการดำเนินการต่อไปโดยใช้ข้อสรุปการประเมินผลการดำเนินการเป็นข้อมูล ดังนี้ คือ

อบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุข

จัดให้มีการตรวจคัดกรองปีละครั้งสำหรับกลุ่มเสี่ยง โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการให้มีการตรวจเลือดเพิ่มเติม โดย จะเสนอแผนในการจัดซื้อเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการตรวจต่อ องค์การบริหารส่วนตำบล

จัดให้มีการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานด้วยแถบตรวจปัสสาวะที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยจะเปิดบริการทุกวันเสาร์เวลา 7.00-8.00 นาฬิกา โดยคิดค่าตรวจครั้งละ 10 บาท เพื่อเป็นทุนในการจัดซื้อแถบตรวจปัสสาวะต่อไป

จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน รับผิดชอบการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานด้วยแถบตรวจปัสสาวะ ในเดือนเมษายน ของทุกปี ด้วยเป็นช่วงเวลาที่ว่างจากงาน ให้มีการประเมินการดำเนินกิจกรรมทุก ๆ 3 เดือน

นอกจากนี้ จากการที่กลุ่มต้องการพูดคุยเรื่องอื่น ๆ นอกเหนือไปจากโรคเบาหวาน และจะจัดบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชนที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นสิ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มซึ่งเป็นตัวแทนของชุมชน ได้ให้ความสนใจด้านสุขภาพ มองเห็นว่า สุขภาพเป็นเรื่องของตนเอง เป็นเรื่องของชุมชนที่ต้องช่วยกันรับผิดชอบ ไม่ใช่เรื่องของหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น ตลอดจนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น คือ อบต. ได้มีแนวคิดที่จะสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว ซึ่งเป็นสิ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนในการดำเนินการดังกล่าว

รายละเอียดสรุปบันทึกสนทนากลุ่มมีดังนี้

ผลการสนทนากลุ่มครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2544 18.00 - 21.30 น. ณ ศาลากลางบ้านสนามแจ้ง ตำบลไพร อำเภอลำลูกเกด จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 17 คน กลุ่มได้ร่วมกันวิเคราะห์ผลการจัดกิจกรรมตรวจคัดกรองเบาหวานเมื่อวันที่ 11 พค. 45 และการสอบถามความคิดเห็นของชาวบ้านที่มาตรวจ พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความสนใจ มองเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองเบาหวาน สำหรับคนที่ไม่มาตรวจนั้นให้เหตุผลว่า มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีญาติพี่น้องเป็นเบาหวาน และไม่มีอาการที่น่าสงสัยเกี่ยวกับเบาหวาน ส่วน ผู้สูงอายุนั้นยังคงมีความเห็นเหมือนเดิม คือ แก่มากแล้วถึงรู้หรือไม่รู้ก็ไม่รู้ก็ไม่มีผลอะไรต่อตนเอง

ผลการรณรงค์ตรวจคัดกรองเบาหวานในชุมชน พบว่า มีคนที่ผลการตรวจเบื้องต้นผิดปกติ (ยายพร) จึงมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขุนหาญ เมื่อผลการตรวจยืนยันที่โรงพยาบาลแจ้งว่า ยายพร ป่วยเป็นเบาหวาน และแนะนำให้ปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากนั้น ยายพร ก็เข้าร่วมกลุ่มสนทนากับสมาชิกของโครงการวิจัย ส่วนกลุ่มที่ตรวจแล้วผลการตรวจเป็นปกติ ก็จะตรวจซ้ำปีละครั้ง โดยการตรวจนั้นต้องให้หมอ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ออกมาตรวจด้วย เพราะชาวบ้านไม่เชื่อผลการตรวจโดย อสม. ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการบอกว่า อสม. สามารถตรวจได้ ซึ่งเห็นได้จากการตรวจในวันที่จัดกิจกรรมรณรงค์ และ สมาชิก อบต. ยืนยันว่า อสม.หรือคนที่ผ่านการอบรมสามารถตรวจได้ทุกคน เพราะวิธีการตรวจจะระหว่างหมอ กับ อสม. นั้นเหมือนกัน เพียงแต่ให้อสม. อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการตรวจ

สถานที่ในการตรวจเหมาะสมแต่ระยะเวลาในการตรวจน้อยเกินไป สำหรับขั้นตอน และวิธีการตรวจนั้นเหมาะสมดี แต่มีสมาชิกบางคนต้องการให้มีการตรวจเลือดด้วยจะได้เพิ่มความน่าเชื่อถือมากขึ้น

จากประเด็นนี้สมาชิกกลุ่มจึงได้มี เสนอขอเครื่องตรวจเลือดจาก อบต. เพราะเห็นว่า อบต. เคยสนับสนุนเครื่องฟันยาเพื่อป้องกันไข้เลือดออกให้กับหมู่บ้าน ซึ่งสมาชิก อบต. ชี้แจงว่าจะสนับสนุนเครื่องตรวจดังกล่าว แต่ต้องรอนงบประมาณในปีหน้า นอกจากนี้กลุ่มได้วางแผนจัดตั้งระบบการตรวจคัดกรองเบาหวาน ที่ ศสมช. โดย อสม. ให้บริการตรวจทุกวันเสาร์ เวลา 07.00 – 08.00 น. โดยเสียค่าตรวจครั้งละ 10 บาท เพื่อนำเงินไปซื้อแผ่นตรวจ มีการจัดทำทะเบียนผู้ตรวจเบาหวานประจำหมู่บ้าน มีการแต่งตั้งให้ อสม. เป็นตัวแทนประสานงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีการประเมินผลการดำเนินงานและรายงานผลการตรวจไปยังสถานีอนามัยทุก 3 เดือน

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 8 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 เวลา 19.00 – 20.00 น. ณ ศาลากลางบ้านสนามแจ้ง มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 18 คน

เป็นการติดตามผลหลังจากที่ชุมชนได้จัดกิจกรรมการณรงค์ สมาชิกกล่าวว่าเมื่อขยายพรตรวจพบว่าเป็นเบาหวาน ทำให้คนในชุมชนมีการตื่นตัวเกี่ยวกับเรื่องเบาหวานมากขึ้น เพื่อนบ้านขยายพร และคนที่รู้จักมีการไปถามไถ่ ขยายพร และสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ เกี่ยวกับอาการของเบาหวาน โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นถ้าไม่รักษา หรือรักษาช้า การควบคุมเบาหวาน การกินอาหาร การกินยา รวมถึงการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะและในเลือด ประชาชนกลุ่มที่ยังไม่ไปตรวจเพราะคิดว่าตนเองแข็งแรงก็ไปรับการตรวจจาก อสม. ที่ ศสมช. ประจำหมู่บ้าน อีกกลุ่มที่ไม่ตรวจให้เหตุผลว่าไม่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน

สมาชิก อบต. หนึ่งในผู้เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการได้ชี้แจงเกี่ยวกับเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดที่ชุมชนเสนอขอจาก อบต. ว่า จะนำเรื่องเข้าสู่วาระการประชุมของ อบต. ในเดือนหน้า และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ทราบในการประชุมชาวบ้านครั้งต่อไป ระหว่างการสนทนามีสมาชิกคนหนึ่ง (ยายจันสวาท) ได้พูดแทรกขึ้นมาว่า ตนเองรู้สึกเบื่อแล้วกับเรื่องเบาหวาน เพราะพูดกันมานาน และเข้าใจแล้วอยากให้ทีมวิจัยพูดคุยเรื่องบ้าง ทีมวิจัยถามความคิดเห็นว่าต้องการคุยเรื่องอะไร สมาชิกบอกว่าเรื่องอะไรก็ได้ ซึ่งกลุ่มมีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการรู้ว่ามีหลายเรื่อง จากนั้นทีมวิจัยถามความคิดเห็นของสมาชิกว่าถ้าทีมวิจัยไม่มา จะจัดกลุ่มสนทนอย่างไร สมาชิกให้ความเห็นว่าคงไม่สามารถจัดกลุ่มอย่างเป็นทางการเหมือนการนัดหมายของทีมวิจัยได้ รูปแบบการพูดคุยคงเป็นไปตามวาระและโอกาส เช่น ในการประชุมชาวบ้านเวลามีเรื่องที่จะชี้แจงการพูดคุยเวลาไปนั่งเล่นกับเพื่อนบ้าน หรือเวลาไปทำไรทำนา จากนั้นทีมวิจัยได้ถามความเห็นเกี่ยวกับ โครงการเบาหวาน สมาชิกลงความเห็นที่ทีมวิจัยไม่ต้องมาก็ได้ เพราะ ชุมชนจะดำเนินการตรวจเองที่ ศสมช. ในวันเสาร์เวลา 07.00-08.00 น. และจะรณรงค์ตรวจปีละครั้ง

ในช่วงเดือนเมษายน เพราะเป็นช่วงที่ทุกคนว่างงาน ซึ่งถ้ามีปัญหาในการทำงาน อสม.ที่เป็นตัวแทนของชาวบ้านจะไปประสานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านกราม

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสบการณ์ การรับรู้ ความคิดเห็น ตลอดจนศึกษากระบวนการ คัดกรอง เบาหวานโดยชุมชน ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับผลที่เกิดจากโครงการ ดังนี้

5.1 ความตระหนักและการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คนในชุมชนรับรู้ เกี่ยวกับอาการของเบาหวานว่า จะมีอาการเหนื่อยง่าย ปัสสาวะบ่อย ผอมลง ถ้ามีแผลจะเป็นเรื้อรัง เบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หาย นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวโดยตรงทราบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเบาหวานมีมากมาย เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคประสาทที่เกิดจากความเครียดของผู้ป่วย ถ้ามีอาการที่น่าสงสัยเกี่ยวกับเบาหวาน ร่วมกับประวัติการเป็นเบาหวานของคนในครอบครัว ก็จะไปตรวจปัสสาวะหรือตรวจเลือดเพื่อให้แน่ใจว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ โดยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าจะไปตรวจที่ ศสมช. หรือ สถานีอนามัยก่อน แล้วจึงไปตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล และถ้ารู้ว่าเป็นเบาหวานก็จะไปรักษาที่โรงพยาบาลตามนัดและกินยาตามที่แพทย์แนะนำ รวมถึงควบคุมเรื่องอาหารการกิน ออกกำลังกาย และทำจิตใจให้สบาย ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรายหนึ่งเล่าว่า “ หมอบอกว่าแม่ผมมีน้ำตาลในเลือดสูงมากต้องเปลี่ยนจากยากินมาเป็นยาฉีด ต้องควบคุมอาหาร กินข้าวให้น้อย ๆ กินผักผลไม้ให้มากขึ้น แต่ผลไม้ที่หวานมาก ๆ เช่น มะขามหวาน ทุเรียน กินมากไม่ได้จะทำให้น้ำตาลสูง” กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการพูดคุยเรื่องเบาหวานกับชาวบ้านในระหว่างการทำไร่ ทำนา การไปเล่นกับเพื่อนบ้าน และการไปวัด โดยมีการแนะนำให้คนในครอบครัว และเพื่อนบ้านไปตรวจเบาหวาน

5.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า แนวคิดของการมีส่วนร่วมในลักษณะของกระบวนการนี้ จะสอดคล้องและครอบคลุมผลการวิจัยที่ใช้แนวคิดของทฤษฎีต่าง ๆ เช่น แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม การคัดกรองเบาหวาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การจัดสนทนากลุ่ม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น จะเห็นว่า ปรากฏการณ์ของกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง ถ้าประชาชนให้เหมาะสมกับสภาพของปัญหาและสภาพแวดล้อมทั่วไป

การแก้ไขปัญหาให้สำเร็จนั้น ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นอยู่และการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ เพราะการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมและรู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้มากที่สุด โดยให้มีความสอดคล้องกับความเป็นอยู่ของชุมชนนั้นต้องอาศัยกระบวนการ ซึ่งถ้าหากชาวบ้านเห็นด้วยก็มีแนวโน้มที่กิจกรรมนั้น ๆ จะสามารถดำเนินไปได้อย่างยั่งยืน

5.3 ระบบการคัดกรองโดยชุมชน

ผลจากการที่คนในหมู่บ้านรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้มีคนส่วนหนึ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน หรือมีญาติในครอบครัวป่วยเป็นเบาหวานมีความสนใจที่จะตรวจเบาหวาน ทำให้กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีแนวคิดว่าจะจะมีการณรงค์ตรวจเบาหวานในชุมชนปีละครั้ง เพื่อให้คนในหมู่บ้านเกิดการตื่นตัว โดยจัดขึ้นในช่วงเดือนเมษายน เพราะเป็นช่วงที่คนในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ว่างจากการทำไร่ทำนา นอกจากนี้ยังมีการจัดบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจปัสสาวะ ที่ ศสมช. ในวันเสาร์ เวลา 07.00-08.00 น. ซึ่งผู้รับผิดชอบในการตรวจคือ อสม. การตรวจเบาหวานนั้นต้องเสียค่าตรวจครั้งละ 10 บาท กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมชี้แจงว่าเงินที่ได้จากการเก็บค่าตรวจจะนำไปซื้อแผ่นตรวจเพื่อมาให้บริการต่อไป ทั้งนี้การตรวจที่ ศสมช. นั้น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นว่า เป็นเพียงการตรวจเบื้องต้น ซึ่งจะช่วยลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาล โดย อสม. จะแนะนำให้ไปตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลถ้าผลการตรวจเบื้องต้นผิดปกติ

จากผลการวิจัย สรุปว่า ชุมชนมีแนวความคิดว่าการตรวจคัดกรองค้นหาโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกและการวินิจฉัยโรคได้เร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคลงได้ โดยการคัดกรองโรคเบาหวานสามารถทำได้ในประชากรทั้งหมดเพราะต้นทุนในการคัดกรองโดยการตรวจปัสสาวะไม่สูงมากนัก แต่มีข้อจำกัดเพราะในกรณีที่ระดับน้ำตาลในปัสสาวะไม่สูงมากจะตรวจไม่พบ การตรวจคัดกรองจะทำให้ทราบว่าประชาชนมีโอกาสป่วยเป็นโรคน้อยเพียงใด ส่งผลให้ประชาชนให้ความสำคัญและเห็นประโยชน์ของการตรวจคัดกรองเบาหวานมากขึ้น จากเดิมที่กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยมาตรวจให้เปลี่ยนเป็นชุมชน มีความต้องการตรวจคัดกรองเบื้องต้นโดย อสม. ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในชุมชน นอกจากนี้ ก่อนมาตรวจก็มีการคัดกรองตนเองมากขึ้น โดยมีการพิจารณาว่าตนเองอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานน้อยเพียงใด ซึ่งจะสังเกตอาการที่เกิดขึ้นหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัสสาวะมีมดดอม มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ รู้สึกตัวว่าอ้วนมาก หรือมีญาติพี่น้องเป็นเบาหวานจึงจะไปทำการตรวจเบาหวาน ที่ ศสมช. สถานอนามัย หรือโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนเป็นผู้กำหนดกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว ด้วยการตัดสินใจว่า เมื่อใดควรจะไปตรวจ (ถึงเวลาที่จะไป) กับใครที่ไหน เขาพอใจในการตรวจหรือไม่ วิธีการเลือกตรวจของประชาชนมีความเกี่ยวข้องระหว่างส่วนของชุมชนเอง (ศสมช.) และระบบของสถานบริการของรัฐ ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในแง่ของความคิด ความเชื่อ ความรู้ และเทคนิควิธีการหรือทรัพยากร โดยที่แม้ว่า ในกระบวนการตรวจคัดกรองนั้นจะเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมของชุมชน แต่ความเชื่อและการปฏิบัติอาจหิบบั้มดัดแปลงมาจากส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือของชุมชนก็ได้

รูปแบบการคัดกรองที่ปรากฏในส่วน of ชุมชน ส่วนหนึ่งเกิดจากเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม ฉะนั้น ในการศึกษาใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนจึงควรทำความเข้าใจกับระบบของชุมชนโดยรวมที่ดำรงอยู่ในระบบคิดของคนในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้การอธิบายในด้านการป้องกัน การรักษา การส่งเสริมสุขภาพได้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด

5.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเดิมมักเป็นผู้กำหนดกิจกรรมและดำเนินการเองรวมถึงการจัดหาหรือสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ให้กับชุมชนตามแผนหรือนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้ประชาชนไม่ได้เกิดการเรียนรู้หรือมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยสะท้อนให้เห็นในภาพของความไม่สนใจ และไม่เห็นความสำคัญต่อการตรวจคัดกรองเบาหวานและความไม่ยั่งยืนของกิจกรรมการตรวจที่ ศสมช. ผลจากการดำเนินโครงการวิจัย ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการปฏิบัติงานจะมุ่งเน้นไปที่การสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยยึดหลักว่า ความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นอยู่ และการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและรู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้มากที่สุด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยสนับสนุนในเรื่องของความรู้ มิได้สนับสนุนทุนทรัพย์และให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมมิได้ทำกิจกรรมให้ชุมชน

5.5 การเปลี่ยนแปลงบทบาทของชุมชน

จากเดิมที่ชุมชนเป็นผู้รับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็มีการปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้คิดค้นหาแนวทาง และกำหนดกิจกรรมในการตรวจคัดกรองเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน และทรัพยากรที่มีอยู่ ถ้างานหรือกิจกรรมไหนที่อยู่นอกเหนือความสามารถที่จะทำได้ เช่น การจัดหาเครื่องระดับน้ำตาลในเลือดพร้อมชุดแผ่นตรวจ ชุมชนก็จะแสวงหาทางออกโดยการไปขอรับการสนับสนุนจาก อบต. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จะสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนต่อไปได้ ผลจากการที่ชุมชนได้เรียนรู้ ทำให้ชุมชนเข้าใจงานด้านสาธารณสุขมากขึ้น และรับรู้ว่าการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของคนในชุมชน โดยที่ต้องมาวิเคราะห์ปัญหา และคิดค้นกิจกรรมให้เหมาะสมกับชุมชน

5.6 ประสพการณ์การเรียนรู้จากโครงการวิจัย

5.6.1 ประสพการณ์ที่ทีมวิจัยได้รับ

- เรียนรู้เกี่ยวกับการทำงานในชุมชนและการมองปัญหาในชุมชน
- เรียนรู้ศักยภาพ บทบาท และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน
- นำประสพการณ์มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านอื่น ๆ

5.6.2 ประสพการณ์ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับ

- เกิดความตระหนักรู้ สามารถวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางและรูปแบบในการดำเนินงานที่เหมาะสม
- ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน
- ได้เรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสพการณ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนเอง
- นำประสพการณ์มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. ชุมชนหัวใจของการพัฒนา. กรุงเทพฯ : สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด, 2528.
2. อ่างใน มนตรี กรรพุมมาลย์. การพัฒนาชุมชนแนวคิดและการปฏิบัติ. เอกสารประกอบการสอนภาควิชาสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา. เชียงใหม่ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
3. นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. กลวิธี แนวทาง วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน ในทิวทอง หงษ์วิวัฒน์. บรรณาธิการ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภารการพิมพ์, 2527.
4. อ่างในนพพร นิลณรงค์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน : ศึกษากรณีบ้านไม้ตะเคียน ตำบลตะเคียนปม กิ่งอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
5. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข. ปฏิรูปการศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมไทย. เอกสารการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
6. อ่างใน สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. รายงานการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและทันตสาธารณสุข พ.ศ. 2533-2535. กรุงเทพฯ : สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด, 2534.
7. เพชร รอดอารีย์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวาน. วชิรเวชสาร. ปีที่ 42 ฉบับที่ 2. 2541 : พฤษภาคม, หน้า121-126.
8. วิทยา ศรีตามา. ใน การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยา ศรีตามา. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : ยูนิटी พับลิเคชั่น, 2541.
9. สุนทร ตันพนันท์. ใน การวิจัยกลุ่มโรคต่อมไร้ท่อ. แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ. ธีร ภัทรประวัติ. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : พี เอ ลีฟวิ่ง, 2541.
10. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. บรรณาธิการ. ใน แนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2539.
11. ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. วิทยาการใหม่ในการรักษาโรคเบาหวาน. วารสารกรมการแพทย์.ปีที่ 23 ฉบับที่ 7.2541 : กรกฎาคม. หน้า 413-425.
12. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำต้นร่างแผนแม่บทการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ พ.ศ. 2540-2549. มปป. มปป.
13. ไยวรรณ ธนะมัย. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล. วารสารกรมการแพทย์ 20 ; 3 (มีนาคม 2538) : 92-98.

14. ไวยวรรณ ธนะมัย. การควบคุมเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาล เลิดสิน. วารสารกรมการแพทย์ 20 ; 4 (เมษายน 2538) : 147-154.
15. พิชัย ศิริเวชฎารักษ์. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาล บ้านแพ้ว. วารสารกรมการแพทย์ 21 ; 11 (พฤศจิกายน 2539) : 377-385.
16. สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และรุจิรา มังคละศิริ. คนไทยอายุ 25-64 ปี ควรได้รับการคัดกรอง ะไรบ้าง. วารสารกรมการแพทย์ 24 ; 5 (พฤษภาคม 2542) : 283-292.
17. พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. วิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานกองทุนยา และ เวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน. ในทิวทอง หงษ์วิวัฒน์. บรรณาธิการ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการ พัฒนา. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภการพิมพ์, 2527.
18. บังอร ฤทธิภักดี. การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน : กรณีศึกษาระดับ หมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528.
19. อรอนงค์ ธรรมกุล. การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนาท้องถิ่น. วิทยานิพนธ์ศึกษ ศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
20. โสภัญ สุวรรณะ. การมีส่วนร่วมในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
21. เสาวนีย์ สีสองสม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง บ้านกิ้วพร้าว อำเภอมะจันทร์ จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
22. จิตร สิทธิอมร และคณะ. ความชุกของโรคเบาหวาน : ตรวจปัสสาวะดีพอหรือไม่. จุฬาลงกรณ์ เวชสาร 33 ; 4 (เมษายน 2532) : 279-283.
23. พรชัย สิทธิศรีณย์กุล และคณะ. ความเป็นไปได้ที่จะให้อสม./ผสส. มีบทบาทในการค้นหา ผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 33 ; 6 (มิถุนายน 2532) : 429-435.
24. งามอาจ วิพุทธศิริ และคณะ. โครงการขั้นทดลอง : การค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเด็กนักเรียน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 33 ; 1 (มกราคม 2532) : 11-16.
25. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. บรรณาธิการ ใน รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของ ประชาชนไทย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535. กรุงเทพฯ : ดีไซน์, 2539.
26. เพ็ญศรี มโนวิชสรศักดิ์. ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ โรงพยาบาลพิจิตร. วารสารกรมการแพทย์ 24 ; 6 (มิถุนายน 2542) : 336-342.
27. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.