

รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการ

มีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษา ชุมชนหนองบัวเหนือ

อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

**METHOD OF PREVENTING AND HEALTH CARE OF
PATIENTS WHO HAVE DIABETES BY THE PARTICIPATION OF
COMMUNITY: A CASE STUDY OF NONGBUANUA
COMMUNITY, SATUK DISTRICT,
BURIRAM PROVINCE**

วิทยานิพนธ์

ของ

สุนทรี เขยขุ่ม

เสนอต่อมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น


ธันวาคม 2553

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

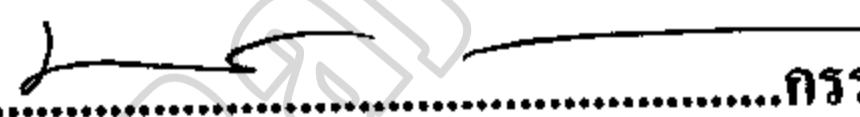



คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ
นางสุนทรี เขยขุ่ม เรียบร้อยแล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์


.....ประธานกรรมการควบคุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปิยาภรณ์ สิริภาณุมาศ)



.....กรรมการควบคุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนันต์ ลิขิตประเสริฐ)


.....กรรมการควบคุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมบัติ ประจัญสานต์)


.....กรรมการสอบ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ สิริอำพันธ์กุล)


.....กรรมการสอบ
(ดร. สาทิต พลเจริญ)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์


.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเทียบ ละอองทอง)
วันที่ เดือน 19 ค.ค. 2558 ค.

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์		
ผู้วิจัย	สุนทรี เชยชุ่ม		
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ	ประธานกรรมการ	
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนันต์ ลิขิตประเสริฐ	กรรมการ	
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมบัติ ประจัญสานต์	กรรมการ	
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น	
สถานที่ศึกษา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์	ปีที่พิมพ์	2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ภูมิปัญญาไทยในการป้องกัน และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของชุมชนรวมทั้งปัญหาในอดีตและปัจจุบัน 2) ศึกษากระบวนการขับเคลื่อนแผนงาน และวิธีการของชุมชนและหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นพื้นที่การวิจัยและมีทีมวิจัยชาวบ้านจำนวน 25 คน ร่วมดำเนินการตามกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 1) การค้นหาและกำหนดโจทย์ 2) พัฒนาโครงการ 3) สร้างทีมศักยภาพทีม 4) การศึกษาข้อมูลบริบทของชุมชน 5) วิเคราะห์ปัญหาและศักยภาพของชุมชน 6) วางแผน 7) ปฏิบัติการ 8) สรุปบทเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณทั้งผลการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันและดูแลสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาใช้ Paired t – test

1. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันและดูแลสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. สถานการณ์เจ็บป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป เช่น การรับประทานอาหารจำพวกแป้งและไขมันสูง และขาดการออกกำลังกาย มีผลทำให้เกิดโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยการเกิดโรคเบาหวาน นอกจากนี้ชาวบ้านไม่ได้นำภูมิปัญญาเดิมที่มีอยู่ในอดีตมาใช้ในการฟื้นฟู ในการป้องกันและดูแล

สุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเบาหวานจนกระทั่งทีมวิจัยได้เข้าไปศึกษารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชาวบ้านจึงเริ่มสนใจการดูแลสุขภาพ โดยการฟื้นฟูภูมิปัญญาไทยเรื่องอาหารพื้นบ้านขึ้นในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. ชุมชนและหน่วยงานขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผน ร่วมคิด ร่วมติดตาม และประเมินผลร่วมกัน และการทำงานของโรงพยาบาลสตึก เทศบาลตำบลสตึก ยังขาดการประสานงานทำงานแยกส่วนกัน ข้ำซ้อน ทำให้กลุ่มเป้าหมายเจ็บซ้ำซ้อนและสิ้นเปลืองงบประมาณ

4. รูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น การป้องกันและการดูแลสุขภาพควรทำร่วมกัน เพราะคนในชุมชนจะเกิดการเรียนรู้เกิดพลัง และรู้จักลุกขึ้นมาป้องกันและดูแลสุขภาพโรคเบาหวานด้วยกัน ซึ่งรูปแบบประกอบด้วย การสร้างความตระหนักร่วม การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และการติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา

4.1 สร้างความตระหนักร่วมในการป้องกันและแก้ไข และทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ และเกิดพลังโดยการอาศัยการอบรมให้ความรู้ประกอบสื่อจากหน่วยงานของรัฐ การสร้างตัวแบบมาเล่าประสบการณ์ของการเป็นโรคเบาหวานแก่กลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแล และนำประเด็นปัญหาสุขภาพสู่เวทีสาธารณะของชุมชน

4.2 การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โดยการเจาะเลือด วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก สำหรับกลุ่มเสี่ยง

4.3 การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษานั้น เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลสตึก และเทศบาลตำบลสตึก ร่วมกับ อสม. ออกไปติดตามโดยการตรวจวัดความดันโลหิต วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก ให้คำปรึกษาด้านสภาพการกินอยู่โภชนาการ ความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย

ทั้งนี้อาศัยกลไกขับเคลื่อนภายในชุมชน คือ อสม. ทำงานประสานกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐซึ่งจากกระบวนการวิจัยมีส่วนช่วยสร้างทีมวิจัยให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาศักยภาพทีม เรียนรู้กระบวนการวิจัยประยุกต์สู่กระบวนการแก้ปัญหาของชุมชน โดยอาศัยทรัพยากรหรือทุนเดิมของชุมชนเป็นหลัก

TITLE Method of Preventing and Health Care of Patients Who Have Diabetes
by the Participation of Community: A Case Study of Nongbuanua
Community, Satuk District, Buriram Province

AUTHOR Suntree Choeichum

ADVISORS Assistant Professor Piyaporn Siripanumas, Ph.D. Thesis – Advisor
Assistant Professor Anan Likhitprasert Co – advisor
Assistant Professor Sombat Prajonsant Co – advisor

DEGREE Master of Arts MAJOR Community Research and Development

SCHOOL Buriram Rajabhat University YEAR 2010

ABSTRACT

This study was a Participatory Action Research (PAR) and had 3 purposes: 1) to study the state of problems, Thai wisdom in preventing and health care of diabetes patients of community, and problems in the past and present time, 2) study the process, launching, plans, and methods of the community and working units in preventing and health care of diabetes patients, and 3) study appropriate methods of the community and related working units in preventing and health care of diabetes patients. The participants were 25 people of Nongbuanua Community, Satuk District, Buriram Province; and the working area was their village. The study included the following stages: 1) setting the research questions, 2) project developing, 3) building the potential team, 4) studying data and context of the community, 5) analyzing problems and potential of the community, planning, 7) conducting, and concluding the lessons. The research instruments were a questionnaire, in-depth interview, focus grouping, and participatory observing. The data was also collected from quantitative data including the result of filtering diabetes patients and the results of paired t-test comparing behaviors in preventing and health care before and after using the development forms.

1) The results of comparing behaviors in preventing and health care before and after using the development methods. The result of comparing was statistical significant different at.05 level.

2) Disease situation. The number of diabetes patients was increasing because the people lacked knowledge of diabetes. Their ways of life made them sick, for example, they ate food with high carbohydrate and fat and did not do exercise. This was a factor of diabetes. Besides, the villagers have not taken their local wisdom to apply in preventing and health caring the risk people, care takers, and diabetes patients until the research team went into that village and study the methods of taking care people. The people have begun care taking their health since then by using Thai local food.

3) The community and working units lacked cooperation in planning, following, and evaluating. The working of Satuk Hospital and Satuk Municipality was not united. Some of their tasks about diabetes disease were separated and some were repeated. This made the patients' conditions worse and wasted the budgets.

4) The appropriate methods. The suitable method was people and related working units should work together. Then the people would learn, would be energized, and stood up to protect and take care their health. The suitable methods were awareness raising, diabetes filtering, home visiting, and giving consult.

4.1) Raising united awareness. The health problems were the problems of all people; so, the people must cooperatively work in preventing and correcting. These people must be trained by the governmental working units; and the selected volunteered people who had experiences told how to cope with the disease.

4.2) Filtering the diabetes. The steps included blood checking, blood pressure checking, waist measuring, and weighing the risk group of people.

4.3. Visiting homes and giving consults. The officers of Satuk Hospital, Satuk Municipality, and village health care volunteers collaboratively go out to check blood pressure, measure their waists, weigh their weights, give consult about eating and living, stress, take medicine, and do exercise.

All the above processes were driven by the community and the village health care volunteers, working together with the officials from other working units. The process of study

helped the team of researcher learn, develop the team work, learn the process of applied study and how to solve the problems of the community by employing their potential or original budget as their base.

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
Buriram Rajabhat University

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงโดยได้รับความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัย ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนันต์ ลิขิตประเสริฐและผู้ช่วยศาสตราจารย์สมบัติ ประจัญสานต์ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. สาริต ผลเจริญและผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ ศิริอำพันธ์กุล กรรมการสอบที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตั้งแต่ต้นจนสำเร็จ เรียบร้อยและขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้เอื้ออำนวยและประสานงานในการจัดทำวิทยานิพนธ์ เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.) NODE และโครงการ CBMAG ที่ช่วยสนับสนุนด้านงบประมาณดำเนินงานวิจัยและให้คำปรึกษาให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณ คุณสุภาวดี สุขสิงห์และคุณสุภา วิเวก ที่เป็นผู้ให้คำแนะนำ ปรึกษาและดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดียิ่งตลอดเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ตั้งแต่ต้นจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก เจ้าหน้าที่สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอสตึก เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสตึก ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข ทีมวิจัยชาวบ้าน รวมทั้งประชาชนในชุมชนหนองบัวเหนือทุกท่านที่ ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนๆนักศึกษาร่วมรุ่นสาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่นรุ่น 5 ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลภาคสนาม และร่วมจัดเวทีอภิปรายกลุ่ม สุดท้ายนี้ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณบิดา มารดา บุรพาจารย์คณาจารย์ ตลอดจนครอบครัวของผู้ศึกษาที่เป็นกำลังใจ อันสำคัญยิ่งในการศึกษาจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้

นางสุนทรี เขยชุม

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมุติฐานการวิจัย.....	5
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	8
แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ.....	32
แนวคิดทฤษฎีกับการสนับสนุนทางสังคม.....	36
แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	43
แนวความคิดองค์กรชุมชนและความเข้มแข็งของชุมชน.....	46
แนวคิดการวิจัยแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research : PAR).....	51
เอกสารที่เกี่ยวข้องในการวิจัย.....	62
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	74
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	75
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77
การตรวจสอบข้อมูล.....	78
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 กระบวนการศึกษา.....	82
กระบวนการค้นหาและกำหนดโจทย์.....	82
กระบวนการพัฒนาโครงการ.....	83
กระบวนการสร้างทีมและพัฒนาทีมวิจัย.....	85
กระบวนการศึกษาข้อมูล.....	86
กระบวนการวิเคราะห์และสรุปข้อมูล.....	88
กระบวนการวางแผน.....	89
กระบวนการปฏิบัติการ.....	90
สรุปบทเรียนรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....	98
5 บริบทชุมชน.....	101
สภาพทั่วไปของชุมชน.....	101
ประวัติศาสตร์ชุมชน.....	102
สภาพทางกายภาพ.....	102
สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม.....	104
ศาสนา ความเชื่อ และการเคารพนับถือ.....	114
สภาพการศึกษา.....	120
สภาพทางเศรษฐกิจ.....	122
การสาธารณสุข.....	123
สรุปภาพรวมของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ.....	133
6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	134
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	134
ผลการวิจัย.....	134

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
7 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	164
สรุปผลการวิจัย.....	164
อภิปรายผล.....	168
บทเรียนที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้.....	173
ข้อเสนอแนะ.....	173
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	174
บรรณานุกรม.....	175
บุคคลานุกรม.....	184
ภาคผนวก ก การนวดคลายเครียด.....	187
ภาคผนวก ข การวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกรายชื่อ.....	191
ภาคผนวก ค การวิเคราะห์แบบทดสอบ.....	199
ภาคผนวก ง แบบสอบถามความพึงพอใจ.....	207
ภาคผนวก จ เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ ชุมชนหนองบัวเหนือ.....	217
ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรมดำเนินการวิจัย.....	224
ภาคผนวก ช แผนที่ชุมชนหนองบัวเหนือ.....	232
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	235

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ชนิดผลไม้ในปริมาณ 1 ส่วน.....	26
2 แผนปฏิบัติงานในการจัดทำรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนหนองบัวเหนือ อ่างทองสตึก จังหวัดบุรีรัมย์.....	90
3 ยุทธศาสตร์การป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....	91
4 ทุนเดิมของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....	93
5 โครงการภูมิปัญญาวัฒนธรรมไทยเพื่อสุขภาพ.....	95
6 โครงการอาหารพื้นบ้านด้านเบาหวาน	96
7 จำนวนประชากรหมู่บ้านหนองบัวเหนือ แยกตามเพศ.....	105
8 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ.....	105
9 ช่วงอายุประชากรหมู่บ้านหนองบัวเหนือ.....	106
10 สมุนไพรที่ใช้ในการอบ.....	115
11 การประกอบอาชีพของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ.....	122
12 แหล่งเงินกู้ของชาวบ้านบัวเหนือ.....	123
13 ข้อมูลหมอพื้นบ้านในหมู่บ้าน.....	125
14 ชนิดของผู้รักษาที่พบในสังคมไทย และวิธีการรักษาตามสาเหตุและลักษณะของความเจ็บป่วย	126
15 สมุนไพรที่ใช้ในการรักษา	127
16 ตัวอย่างสมุนไพรในหมู่บ้าน.....	129
17 ภูมิปัญญาไทยด้านอาหารสมุนไพรในอดีต.....	136
18 อาหารจากธรรมชาติและพืชผักสมุนไพรที่ชาวบ้านนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	139
19 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ	145
20 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของเป้าหมาย	147

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
21	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลัง ดำเนินการ (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) 148
22	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการ (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) 148
23	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของ โรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการ (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) 149
24	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ในการป้องกันโรคก่อนและหลังดำเนินการ (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) 149
25	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลัง ดำเนินการ จำแนกรายด้านการควบคุมอาหาร(n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)... 150
26	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลัง ดำเนินการ จำแนกรายด้านการออกกำลังกาย (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 25 คะแนน).. 150
27	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและ หลังดำเนินการ จำแนกรายด้านการดูแลเท้า (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) ... 151
28	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลัง ดำเนินการ จำแนกรายด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) 151
29	เปรียบเทียบความแตกต่างระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังดำเนินการ (n = 45 คน).. 152
30	เปรียบเทียบความแตกต่างความดันโลหิตช่วงบน (ซิสโตลิก) ก่อนและหลังดำเนินการ (n = 45 คน) 152
31	รูปแบบในการปฏิบัติของประชาชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วย โรคเบาหวาน 157
32	ระดับน้ำตาลในเลือด..... 160
33	ระดับน้ำตาลในเลือด - ความดันโลหิต..... 161

สารบัญญภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	36
2 กรอบแนวคิดและระบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม	45
3 กรอบแนวคิดในการวิจัย	69
4 แผนผังกระบวนการพัฒนาโครงการวิจัย	85
5 กระบวนการศึกษารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน.....	100
6 รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	156

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาพสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การแข่งขันทางการตลาด การสื่อสาร การคมนาคม การใช้เทคโนโลยีและวิทยาการต่างๆ มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพจะเห็นได้จากในอดีตปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ แต่ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ปัญหาสุขภาพมีผลจากสังคม สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมมากขึ้น (กองสุขศึกษา, 2539, 1) เช่น การที่ประชาชนนิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูป น้ำตาลและไขมันค่อนข้างสูง ทั้งที่เป็นอาหารที่บริโภคแล้ว ทำให้ร่างกายมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นประกอบกับประเทศไทยมีวิวัฒนาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข เจริญก้าวหน้าเป็นผลทำให้อายุเฉลี่ยของประชาชนยืนยาวขึ้น จึงทำให้แนวโน้มของอัตราการเกิดโรคติดต่อลดลง โดยพบสาเหตุการตายของประชากร 3 อันดับแรก เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อและยังพบว่า 5 ใน 10 อันดับแรกของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเช่นกัน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน เป็นต้น (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2538, 10)

ในศตวรรษที่ 21 องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งโรคเบาหวาน ในประเทศกำลังพัฒนาจะมีจำนวนเพิ่มมากกว่าสองเท่าของปัจจุบัน โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมากทางกระบวนวิทย์ ซึ่งองค์การอนามัยโลก และสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ ให้ความสนใจพบว่าปี พ.ศ. 2543 ประชากรทั่วไปเป็นโรคเบาหวาน 171 ล้านคน และประชากรไทยทุกๆ 100 คน จะมีผู้เป็นเบาหวานถึง 6 คน โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเกิดขึ้น เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือด ซึ่งได้จากอาหาร ไปใช้ได้ตามปกติ และผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หลังงดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกถึง 300 ล้านคน เพิ่มจากจำนวนผู้ป่วย 140 ล้านคน จากการสำรวจสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ยังมีอัตราสูงขึ้นเป็นลำดับโดยในปี พ.ศ. 2538

พบอัตราการตายประมาณ 10 คนต่อวัน (ศศิธร สิริวรราชย์, 2546, 86) ในปี พ.ศ.2532 – 2542 อัตราผู้ป่วยเบาหวาน 43.5 เป็น 175.7 ต่อประชากรแสนคน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 ด้านสาธารณสุข, 2544, 15) จะเห็นได้ว่าเพิ่มเป็น 4 เท่า ซึ่งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและพบมากในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2542, 33)

จากความตระหนักของพิษภัยของโรคเบาหวานองค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญต่อการรณรงค์ป้องกันและลดความรุนแรงจากร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (เทพ หิมะทองคำและคณะ, 2545, 22) อันได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับเส้นเลือดขนาดเล็กที่ตา ไต และเส้นประสาทเท้า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบตันมากกว่าคนปกติ 2 เท่าการเสื่อมของจอตาและมีโอกาสตาบอดสูงกว่าคนปกติ 25 เท่า การเสื่อมของไตสูงกว่าคนปกติ 17 เท่า หากผู้ป่วยเป็นแผลเรื้อรังและไม่ได้ดูแลเอาใจใส่ทำความสะอาดเท้า จะมีโอกาสถูกตัดเท้าสูงกว่าคนปกติ 5 เท่า (เดือนใจ เสือดี และคณะ, 2545, 14) และ กรมอนามัย ปี 2550 คาดว่าในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานถูกตัดเท้าเพิ่มขึ้นปีละเกือบ 30,000 คน

จากที่กล่าวมาแล้ว ความเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร (กรรณิการ์ ลองจางค์, 2547, 2) และโรคนี้สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ด้วยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นวิธีที่บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่มากมายในชีวิตประจำวันได้ ประกอบกับแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 10 เน้นที่เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคน โดยให้คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ และความมั่นคงในการดำรงชีวิต ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเอง ที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย โดยเพิ่มจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยเป็น 10 ปี พร้อมทั้งลดปัญหาอาชญากรรมร้อยละ 10 และกำหนดให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี ควบคู่กับลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง นำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน และลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลในระยะยาว

ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่เผชิญปัญหาการระบาดของโรคเบาหวานในปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534 ถึง 2535 ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2540 และครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่าคนไทยที่มีอายุ

ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานสูงขึ้น ความชุกของโรคเพิ่มจากร้อยละ 3.10 เป็น 8.10 และ 10.80 ตามลำดับ นอกจากนั้นความชุกโรคยังเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดในช่วงอายุ 40 ปี ขึ้นไปและพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.50 ถึง 2.00 เท่า อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 8 ของคนในช่วงอายุ 45-59 ปี สำหรับอัตราตายด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ถึง 2547 เพิ่มขึ้นจาก 7.40 เป็น 12.30 ต่อแสนประชากร โดยเพิ่มขึ้นเป็น 1.70 เท่า และอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2529 2537 2548 มีอัตราเท่ากับ 33.80 เพิ่มขึ้นเป็น 91.00 และ 490.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (นิตยา พวงราช และคณะ, 2551, 1)

สถานการณ์ของจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าอัตราความชุกโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2547 เท่ากับร้อยละ 0.93 และเพิ่มเป็นร้อยละ 1.27 ในปี พ.ศ. 2550 (งานพัฒนาบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2550) สำหรับอัตราตายด้วยโรคเบาหวานในปี 2544 ถึง 2548 เพิ่มขึ้น จาก 5.88 เป็น 8.18 ต่อแสนประชากร โดยเพิ่มเป็น 1.39 เท่าและอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2544 2546 2547 มีอัตราเท่ากับ 273.15 เพิ่มขึ้นเป็น 319.25 และ 384.18 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ จังหวัดบุรีรัมย์, 2550)

จากสถิติการเจ็บป่วยของโรคเบาหวานโรงพยาบาลสตึกที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2550 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจากจำนวน 1,323 คน เพิ่มขึ้นเป็น 1,695 คน และในปี พ.ศ. 2551 มกราคมถึง 1 ธันวาคม พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,802 คน ซึ่งพบว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลสตึก ส่งผลให้โรงพยาบาลสตึกมีค่าใช้จ่ายเป็นค่ายาในปีงบประมาณ 2550 สูงถึง 1,152,298 บาท (โรงพยาบาลสตึก, 2551) จากการเจ็บป่วยโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อให้เกิดผลเสียต่อตัวเอง ครอบครัวและรัฐบาล ผลเสียโดยตรง ได้แก่ ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา ผลเสียทางอ้อม ได้แก่ การขาดรายได้จากการทำงาน สมรรถภาพจากการทำงานเสื่อมถอยลง และสูญเสียทรัพยากรส่วนบุคคล ส่วนผลเสียที่มีต่อรัฐ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการนำยาเข้ามาจากต่างประเทศและค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, 27-29)

ชุมชนหนองบัวเหนือ หมู่ที่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมี 238 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด 864 เป็นชาย 370 คน เป็นหญิง 494 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 2 และผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปมี 338 คน ผ่านการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 14 พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 71 สาเหตุที่เลือกศึกษาชุมชนหนองบัวเหนือ คือ เดิมเป็นชุมชนชนบท แต่ในปัจจุบันนี้ได้เปลี่ยนแปลง

เป็นชุมชนกึ่งเมือง ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลสตึกโดยตรงมากกว่า 10 ปี แต่ไม่สามารถลดปัญหาการเกิดโรคเบาหวาน โดยการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน อายุ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นโรคมามากขึ้น ศักยภาพของชุมชนเข้มแข็ง อสม. พร้อมทั้งจะเรียนรู้ไปกับทีมวิจัย

จากข้อมูลดังกล่าวหากเรามีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงนั้นได้อย่างชัดเจน จะทำให้เราสามารถลดประชากรกลุ่มเสี่ยงได้ และในระยะยาวเรายังสามารถลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานได้ด้วย แต่ทางโรงพยาบาลสตึก และเทศบาลตำบลสตึก อาจจะไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานอย่างชัดเจน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยทำเป็นโครงการนำร่องที่ชุมชนหนองบัวเหนือ หมู่ที่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งชุมชนนี้มีความพร้อมในการให้ความร่วมมือและที่สำคัญ ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีถึงร้อยละ 71 และผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 2 และนำผลการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลประกอบการจัดรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยง และชุมชนอื่นๆ ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของชุมชนรวมทั้งปัญหาในอดีตและปัจจุบัน เป็นอย่างไร
2. กระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงานและวิธีการของชุมชนและหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นอย่างไร
3. รูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของชุมชนรวมทั้งปัญหาในอดีตและปัจจุบัน
2. เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อนแผนงานและวิธีการของชุมชนและหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมในการป้องกันและดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังใช้รูปแบบในการปฏิบัติมีความแตกต่างกัน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบข้อมูลภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของชุมชนรวมทั้งปัญหาในอดีตและปัจจุบัน
2. ได้ทราบข้อมูลกระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงานและวิธีการของชุมชนและหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตการวิจัย

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาวิจัยซึ่งตั้งอยู่ ในเขตเทศบาลตำบลตึก คือ ชุมชนหนองบัวเหนือหมู่ที่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

ผู้ใหญ่บ้าน	1	คน
คณะกรรมการหมู่บ้าน	9	คน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	15	คน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	10	คน
ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป	10	คน
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	17	คน
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	17	คน
รวม	79	คน

ผู้ร่วมทีมวิจัย ประกอบด้วย นักวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลสตึก จำนวน 25 คน
ผู้ให้ข้อมูล ขอจำแนกตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ภูมิปัญญาในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของชุมชนรวมทั้งปัญหาในอดีตและปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง จำนวนทั้งสิ้น 49 คน
2. เพื่อศึกษากระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงานและวิธีการของชุมชนและหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้านคณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลสตึก และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลสตึก จำนวนทั้งสิ้น 35 คน
3. เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มเสี่ยง ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลสตึก และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลสตึก จำนวนทั้งสิ้น 79 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษางานวิจัยรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์เพื่อให้เข้าใจความหมายศัพท์ต่างๆ ที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงให้นิยามศัพท์เฉพาะ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลสตึก ชุมชนหนองบัวเหนือหมู่ที่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์
2. กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในชุมชนหนองบัวเหนือหมู่ที่ 12 ตำบลนิคม และได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคเบาหวาน แล้วพบว่ามีความเสี่ยงดังนี้ ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีภาวะอ้วนดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พ่อ แม่ พี่ น้องเป็นโรคเบาหวาน ประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม ประวัติน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3.ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนหนองบัวเหนือ หมู่ที่ 12 ตำบลนิคม มีส่วนร่วมในการดูแล ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า และการดูแลสุขภาพทั่วไป

4.รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง กระบวนการทำงาน และมียุทธศาสตร์ การทำงาน กระบวนการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในการขับเคลื่อน วิธีการที่มีขั้นตอนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4.1รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในอดีต หมายถึง ตั้งแต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ให้บริการ สุขภาพแก่ประชาชนก่อน พ.ศ.2507 ลงมา

4.2รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจจุบัน หมายถึง เริ่มมีสถานีอนามัยที่ใช้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน

5.พฤติกรรมในการป้องกันและดูแลสุขภาพโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วย ผู้ดูแลโรคเบาหวานในชุมชนหนองบัวเหนือ

6.ชุมชน หมายถึง บุคคล คณะบุคคล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ในชุมชนหนองบัวเหนือ หมู่ที่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

7.หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสตึก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค

8.ภูมิปัญญาไทย หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของชาวบ้านในชุมชนหนองบัวเหนือ ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ รูปแบบการป้องกัน และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ มีดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ
3. แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม
4. แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. แนวคิดทฤษฎีองค์กรชุมชนและความเข้มแข็งของชุมชน
6. แนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่ติดต่อชนิดหนึ่งถึงแม้จะรักษาไม่หายขาด แต่ก็รักษาสุขภาพ เพื่อให้อยู่ในสังคมและใช้ชีวิตประจำวันเหมือนคนปกติได้ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และ ผู้ให้การรักษาพยาบาล ได้มีแพทย์และผู้เกี่ยวข้องกล่าวถึงโรคเบาหวานไว้ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของโรคเบาหวาน

สาริต วรรณแสงและคณะ (2546, 3) ให้ความหมายว่า โรคเบาหวานเกิดจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในการเผาผลาญสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และ โปรตีน เนื่องจากความไม่สมดุลของการใช้กับการสร้างอินซูลินในร่างกาย

ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล (2542,50) ให้ความหมายว่า โรคเบาหวานเป็นภาวะความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดอินซูลินหรือ ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน

เทพ หิมะทองคำและคณะ (2545, 27) ให้ความหมายว่า เบาหวานคือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหาร ไปใช้ได้ตามปกติ

จากการรวบรวมนิยามความหมายโรคเบาหวานสรุปได้ว่า โรคเบาหวาน หมายถึง โรคเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลินทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญที่ผิดปกติ ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ร่างกายใช้น้ำตาลกลูโคสไม่ได้ตามปกติ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)

2. สาเหตุที่ทำให้เป็นเบาหวาน

เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2545, 35-36) กล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน มีดังนี้

2.1 ความอ้วน เนื่องจากคนอ้วนเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายมีการตอบสนองต่ออินซูลินลดน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด

2.2 อายุ เมื่ออายุมากขึ้น ดับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งอินซูลินน้อยลง ขณะที่รับน้ำตาลเท่าเดิม จะมีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด

2.3 ดับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ดับอ่อนอักเสบเรื้อรัง จากการดื่มสุรามาก หรือดับอ่อนบอบช้ำจากการได้รับอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องตัดดับอ่อนออกบางส่วน สำหรับคนที่มีความโน้มเอียงจะเป็นเบาหวานอยู่แล้ว ปัจจัยดังกล่าวจะทำให้อาการเบาหวานแสดงออกเร็วขึ้น

2.4 การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น คางทูม หัดเยอรมัน มีรายงานว่าเด็กอายุ 10 ปี เป็นเบาหวานปัจจุบันทันด่วน และเสียชีวิตลง หลังจากมีอาการเหมือนไข้หวัดใหญ่มาก่อนจากการตรวจดับอ่อน พบว่า สามารถเพาะเชื้อไวรัสจากเนื้อเยื่อของดับอ่อน เมื่อทดสอบฉีดไวรัสนี้เข้าไปในหนู พบว่า ไวรัสนี้ทำให้หนูเป็นเบาหวาน

2.5 ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

2.6 การตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมนหลายชนิดที่รกสังเคราะห์ขึ้น มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

3. อาการของโรคเบาหวาน

เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2545,32) สรุปอาการของโรคเบาหวาน ดังนี้

3.1 ปัสสาวะบ่อย และมีปริมาณมาก เนื่องจากในกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก ออกมาทางปัสสาวะ ไตจำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใด ก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น

3.2 คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปเพราะปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำจึงต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำบ่อย ๆ

3.3 น้ำหนักลด และผอมลง เนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลิน ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงต้องนำโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย และน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

3.4 หิวบ่อย และกินจุ เนื่องจากร่างกายขาดพลังงาน จึงหิวบ่อยและกินจุ นอกจากอาการแสดงที่สำคัญดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยอาจจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการและอาการแสดงอื่น ๆ เหล่านี้ได้แก่

1. สังเกตว่าปัสสาวะมีมากขึ้น
2. มีผื่นและเชื้อราขึ้นตามผิวหนัง โดยเฉพาะตามบริเวณซอกพับ
3. เป็นแผลเรื้อรังตามแขนขา หรือเป็นฝีบ่อย ๆ
4. สายตามัวลงเรื่อย ๆ ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย ๆ
5. มีอาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง
6. อาการแสดงของหลอดเลือดตีบในอวัยวะต่างๆ เช่น หลอดเลือดตีบบริเวณเท้าทำให้มีแผลเนื้อง่าย หลอดเลือดตีบบริเวณหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดอาการเจ็บหน้าอกหรือหลอดเลือดตีบบริเวณสมองทำให้มีอาการอัมพาตระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าสำหรับคนทั่วไปจะมีระดับน้ำตาลในเลือดดังนี้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ 2545, 9)

1. ในผู้ใหญ่ ค่าปกติน้อยกว่า 110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
2. ในเด็ก ค่าปกติน้อยกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
3. ในหญิงตั้งครรภ์ ค่าปกติไม่เกิน 105 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

4. ประเภทของโรคเบาหวาน

การจำแนกโรคเบาหวาน แบ่งตามเกณฑ์ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้รับรองให้ใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐาน ในการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล, 2542, 50-52)

4.1 ประเภทที่มีอาการทางคลินิกของโรคเบาหวาน (Clinical Class) ได้แก่ ผู้ป่วยที่อาการและอาการแสดงที่ตรวจพบ แบ่งออกได้ 3 ชนิดคือ

4.1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและมีอาการแสดงทางคลินิกตรวจพบได้ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

4.1.1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus : IDDM Type I) เดิมเรียกว่า Juvenile Onset Mellitus มักพบในวัยเด็ก อายุต่ำกว่า 25 ปี โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อย หรือสร้างไม่ได้เลย ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ต้องพึ่งการฉีดอินซูลินเข้าร่างกายทุกวัน เพื่อป้องกันภาวะกรดคั่งในร่างกาย

4.1.1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus : NIDDM Type II) เดิมเรียกว่า Maturity Onset Diabetes Mellitus พบได้ในคนทุกวัย แต่พบมากในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป โรคเบาหวานชนิดนี้การขาดอินซูลินไม่มาก ตับอ่อนสามารถสร้างอินซูลินได้ แต่อินซูลินออกฤทธิ์ในการทำงานได้ไม่เต็มที่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ไม่จำเป็นต้องพึ่งอินซูลินในการรักษา การรักษาโรคเบาหวานชนิดนี้ มักรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน ซึ่งอาจจะไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ ให้หลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ ร้อยละ 70 – 90 มีรูปร่างอ้วน

4.1.1.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบร่วมกับภาวะอื่น ๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบ ภาวะผิดปกติของฮอร์โมน ภาวะการใช้ยาหรือสารเคมีบางอย่าง ตลอดจนความผิดปกติของโครงสร้างพันธุกรรม

4.1.2 ผู้ป่วยที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (Impair Glucose Tolerance : IGT) ผู้ป่วยชนิดนี้มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารปกติ เมื่อทดสอบความทนต่อกลูโคสบกพร่องจะได้อัตราค่าระหว่างระดับค่าปกติกับค่าที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ยังไม่มีอาการและอาการแสดงให้เห็น จึงยังไม่ควรเรียกว่าเป็นโรคเบาหวาน แต่ไม่ถือว่าเป็นปกติ

4.1.3 ผู้ป่วยที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่องในระหว่างตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus : GDM) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ตรวจพบความทนต่อกลูโคสบกพร่องในระหว่างตั้งครรภ์แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตั้งครรภ์ไม่ถือเป็น GDM

4.2 ประเภทที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Statistical Risk Class) ได้แก่ กลุ่มคนซึ่งไม่มีอาการของโรคเบาหวาน เมื่อทดสอบความทนต่อกลูโคสบกพร่องแล้วพบปกติ ประวัติและผลการตรวจร่างกายปกติ แต่มีแนวโน้มและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวาน หรือ IGT มากกว่าคนอื่น ๆ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

4.2.1 กลุ่มที่เคยมีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง หรือกลุ่มคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เรียกว่า Previous Abnormality of Glucose Tolerance เช่น ในรายที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่องในขณะตั้งครรภ์ หรือในรายที่เกิดความเครียดฉับพลัน

4.2.2 กลุ่มที่ไม่เคย มีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง หรือกลุ่มคนที่ไม่เคยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนอื่น ๆ เรียกว่า Potential Abnormality of Glucose หรือ Prediabetic Potential Diabetes Mellitus แบ่งออกได้ 2 กลุ่ม คือ

4.2.2.1 กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ได้แก่ บุคคลที่ตรวจพบสารต่อต้านในเลือด (Antibody) ต่อเซลล์ตับอ่อน (Islets Cell) หรือแผ่นชนิดไขใบเดียวกัน ที่คู่แฝดของตนเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน

4.2.2.2 กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่ บุคคลที่มีประวัติพ่อแม่ พี่น้อง และแผ่นชนิดไขใบเดียวกันเป็นโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกประการคือ ความอ้วน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอาหาร และลักษณะการดำเนินชีวิต ที่อาจมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้ได้

5. ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน

Wild และคณะ (2004,1047-1049) ได้ศึกษาพบว่า อัตราความชุกของโรคเบาหวานนั้นศึกษาได้ยาก เพราะไม่มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ปัญหานี้จะน้อยลง ถ้าใช้เกณฑ์พิจารณาเดียวกันของสถาบันแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รับรองให้ใช้เป็นมาตรฐาน อัตราความชุกของโรคเบาหวานแตกต่างกันไปตามประชากร วัฒนธรรม อายุ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม

อัตราความชุกของโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จะแตกต่างกันตามประชากร แต่ละประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราความชุกร้อยละ 2-4 คือ ประชากรเป็นโรคเบาหวาน ถึง 15 ล้านคน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ร้อยละ 15 และเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 80 ที่เหลือเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 5

รายงานขององค์การอนามัยโลกและสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่าปี พ.ศ. 2543 ประชากรทั่วโลกเป็นโรคเบาหวาน 171 ล้านคน คาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2573 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อย 366 ล้านคน การเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศที่พัฒนาแล้วคิดเป็น

ร้อยละ 42 ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาคาดว่าจะมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 1.7 เท่า จึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเพราะ

1. โรคนี้สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์
2. เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมได้
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานปัจจุบัน มีชีวิตอยู่ได้นาน และมากกว่า ร้อยละ 85 มีบุตรได้
4. คนอายุยืนขึ้น และโรคนี้มักพบในคนอายุมาก
5. การดำเนินชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน ทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานได้ง่าย คือกินดี อยู่ดีและไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย เป็นเหตุให้อ้วน และเป็นโรคเบาหวานตามมา

การสำรวจประชากรไทยของสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ปี พ.ศ. 2539-2540 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย มีแนวโน้มมากขึ้น มีความชุกร้อยละ 2.5 ถึง ร้อยละ 6 ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานประเภทที่ 2 โดยช่วงอายุ 30-60 ปี มีความชุก ร้อยละ 4-7 ส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะพบความชุกร้อยละ 10-15 ปี

6. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช (2539,316-323) กล่าวถึง โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นเรื่องสำคัญที่สุด เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งได้ 2 ประเภทคือ

6.1 ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นรวดเร็ว ได้แก่

6.1.1 ภาวะติดเชื้อ (Infection) เมื่อร่างกายเกิดน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) มีผลให้ระบบต่อต้านเชื้อโรคลดลง อวัยวะที่ไวต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผิวหนัง ปอด กรวยไต และกระเพาะปัสสาวะ ในสมัยที่ยังไม่มียาปฏิชีวนะผู้ที่ป่วยโรคเบาหวานต้องเสียชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อ ร้อยละ 30 แต่หลังจาก ปี พ.ศ. 2497 มียามาเชื้อชนิดแรกได้ผลิตออกมาใช้โรคติดเชื้อลดลงกว่าร้อยละ 5 การติดเชื้อจัดเป็นความเครียดอย่างหนึ่งทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต เป็นสาเหตุให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น และอาการกำเริบจนถึงกับคีโตสิสหรือหมดสติได้ง่าย ร่างกายจึงต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้น บริเวณที่พบการติดเชื้อบ่อยคือ ผิวหนัง

6.1.2 โรคปวดข้อ โรคข้อบางชนิดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สำคัญคือโรคเก๊าท์ โรคกระดูกสึกกร่อน โรคข้ออักเสบ และโรคข้อสลาย โรคข้อสลายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes Neuroarthropathy) มักจะพบในคนที่ป่วยโรคเบาหวานนาน และไม่ได้รับการรักษาดีพอ จึงเกิดโรคแทรกซ้อนคือปลายประสาทอักเสบ ทำให้ไม่ค่อยมีความรู้สึก ข้อต่างๆ

หมดความรู้สึกต่อแรงกระทบ ถ้าข้อเหล่านี้รับน้ำหนักหรือแรงกระแทกมากเกินไปข้อจะแตกทำให้ผิดรูปร่างไป ส่วนมากพบที่เท้า ข้อเท้า และข้อเข่า

6.1.3 วัณโรค จากการสำรวจภาพเอ็กซเรย์ปอดของผู้ป่วยวัณโรค พบว่ามีร้อยละ 4 ที่เป็นโรคเบาหวาน พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีน้ำตาลกลดลงหรือต้องการอินซูลินมากขึ้นโดยหาสาเหตุไม่ได้ ควรคำนึงถึงการเกิดโรควัณโรคด้วย

6.1.4 โรคระบบขับถ่ายปัสสาวะ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบได้บ่อย 2-3 เท่าของคนปกติ เพราะปัสสาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีน้ำตาลทำให้เชื้อโรคเจริญได้ดี การอักเสบเกิดขึ้นตั้งแต่หลอดปัสสาวะไปยังกระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และกรวยไต ผลการตรวจพบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า เป็นโรคไตอักเสบ ร้อยละ 18 - 22 ส่วนคนปกติพบเพียงร้อยละ 3 - 4

6.1.5 ภาวะไม่รู้สีกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูง แต่ไม่พบสารคีโตนในเลือด มักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และมีการติดเชื้อเฉียบพลันร่วมด้วย ก่อนหมดสติ ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงล่วงหน้า คือ หิว กระหายน้ำ ปัสสาวะมาก ตรวจพบน้ำตาลในเลือดและในปัสสาวะสูง ธาตุโซเดียมในเลือดลดลงเล็กน้อย การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะนี้รักษายาก แม้จะรักษาด้วยการให้น้ำเกลือก็ช่วยชีวิตได้เพียงร้อยละ 60 เท่านั้น

6.1.6 ภาวะไม่รู้สีกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูง และพบสารคีโตนคั่งในร่างกายมักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน แต่อาจเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี หรือเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำ หายใจหอบลึก หายใจมีกลิ่นฉุน คลื่นไส้ อาเจียน ซึมหมดสติ ไม่รู้สึกตัวในที่สุด ภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบมากที่สุด ร้อยละ 74 ของการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

6.1.7 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลต่ำกว่าปกติ คือ ต่ำกว่า 50 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิลิตร สาเหตุอาจเกิดจากการรับประทานยามากกว่าที่ควรได้รับ หรือการรับประทานอาหารน้อยลง หรือการใช้งานที่มากกว่าปกติ ผู้ป่วยมีอาการหิวบ่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มึนงง ไม่รู้สึกตัวจนสิ้นสติ

6.2 ภาวะแทรกซ้อนประเภทเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนประเภทนี้ พบว่า เป็นผลที่เกิดจากพยาธิสภาพของการตีบตันของเส้นเลือด จากสารไขมันไปเกาะผนังเส้นเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ ก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ไต ตา และระบบประสาทต่างๆจากพยาธิสภาพของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวก่อให้เกิดอันตรายของโรคเบาหวาน ดังนี้คือ

6.2.1 อัตราต่อหัวใจและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายพบได้เป็น 2 เท่าของคนปกติ นอกจากนี้การตีบตันของเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี จากกระบวนการเกาะตัวของไขมันตามผนังเส้นเลือด (Atherosclerosis) หัวใจมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้ป่วยมีอาการเจ็บบริเวณหน้าอก (Angina Pectoris) ได้

6.2.2 อันตรายต่อไต (Diabetes Nephropathy) จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพหลอดเลือดที่ไต ทำให้ขับสารโปรตีนออกมาในปัสสาวะ พบสารโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) และเกิดการคั่งของสารพวกไนโตรเจนในเลือด (Blood Urea Nitrogen) และครีเอตินิน (Creatinin) ทำให้เกิดภาวะไตวาย พบมากกว่าคนปกติประมาณ 17 เท่า

6.2.3 อันตรายต่อตา (Diabetes Retinopathy) จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพหลอดเลือด ทำให้เกิดการทำลายจอรับภาพ และการเสื่อมของเลนส์ตาเร็วขึ้น จนเกิดความรุนแรงถึงตาบอดได้มากกว่าคนปกติถึง 20 เท่า

6.2.4 อันตรายต่อระบบประสาท (Diabetes Neuropathy) อันตรายต่อระบบประสาทนี้ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ตามการทำงานของระบบประสาท คือ

6.2.4.1 ระบบประสาทที่รับความรู้สึก (Sensory Nerve) ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดพยาธิสภาพ โดยมีอาการชาตามอวัยวะส่วนปลาย เช่น ปลายมือ ปลายเท้า ประกอบกับเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ น้อยลง เมื่อเกิดบาดแผลขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานรู้สึกว่าเป็นไม่มาก ทำให้ขาดการเอาใจใส่ หรือดูแลไม่ถูกต้องแผลลุกลามรวดเร็ว และรุนแรง เป็นสาเหตุให้ต้องตัดนิ้ว หรือตัดขา พบมากกว่าคนปกติ 6 - 8 เท่า

6.2.4.2 ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nerve) ทำให้การควบคุมของอวัยวะส่วนนั้นบกพร่องไป ที่พบมาก คือ ระบบประสาทในการควบคุมการขับปัสสาวะ

6.2.4.3 ระบบประสาทสั่งงาน (Motor Nerve) พบได้น้อยมาก มักเกิดกับกล้ามเนื้อเล็ก ๆ บริเวณมือและเท้า เกิดการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ มีอาการมือเท้าตก (Foot Drop) หรืออ่อนแรงของแขนขาได้

ข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยครอบครัวและสังคม โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุม หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ โดยการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย ดังนั้น การสอนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง จึงจำเป็นอย่างยิ่ง

7. การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล (2542, 51) กล่าวถึง เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานได้ คัดแปลงมาจากเกณฑ์ของ The National Diabetes Data Group. (NDDG) และองค์การอนามัยโลก (WHO) เกณฑ์ในการวินิจฉัยใหม่ มีดังนี้

7.1 มีอาการของโรคเบาหวานร่วมกับน้ำตาลในพลาสมา เวลาใดก็ตามที่ค่ามากกว่า หรือ เท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ ดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมาก และ น้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ทราบสาเหตุ)

7.2 ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ขณะอดอาหาร หมายถึง การงดรับประทานอาหาร หรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงาน อย่างน้อย 8 ชั่วโมง)

7.3 ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังการตรวจ 75 กรัม OGTT มากกว่า หรือ เท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

8. หลักการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การดูแลตนเอง (Self care) หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลเริ่มต้น และ กระทำด้วยตนเองซึ่งจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง ทั้งในภาวะปกติหรือเมื่อ มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การดูแลตนเองถือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ไม่ได้เกิดจากสัญชาตญาณหรือปฏิกิริยาสะท้อนกลับ ของระบบประสาทมนุษย์จะแสวงหาแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง หากได้ผลดีแล้วก็ขยายความคิดนั้นไปสู่ผู้อื่นในครอบครัวและชุมชนต่อไป

การดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 3 อย่าง ตามภาวะสุขภาพและระยะพัฒนาการ คือ

8.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและ รักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

8.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ

8.1.2 คงไว้ซึ่งการถ่ายและระบายให้เป็นไปตามปกติ

8.1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและพักผ่อน

8.1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

8.1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

8.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม

และความสามารถของตนเอง

8.2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของชีวิตมนุษย์ ในระยะต่างๆ เช่น การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ เช่น ความตายของบิดา มารดา ญาติสนิท สามี หรือภรรยา

8.3. การดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย ได้รับอันตราย หรือทู่พพลภาพอันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สมารถจะทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ เช่น การเป็นโรคเบาหวาน อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยา หรือมีความผิดของพฤติกรรม เช่น อารมณ์แปรปรวน การเบื่อน่าย หือแพ้ต่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมในด้านนี้มี ดังนี้

8.3.1 เสาะหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

8.3.2 ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น

8.3.3 ปฏิบัติได้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อผลในการป้องกันและรักษาคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการแก้ไข ปรับปรุง ความพิการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค

8.3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น อาการข้างเคียงของยา รู้จักสังเกตอาการ ผิดปกติที่เป็นผลจากการรักษาพยาบาล

8.3.5 ปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ยอมรับภาวะเจ็บป่วยและยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล

8.3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง ข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมทั้งมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพกายและจิต

เมื่อการดูแลที่จำเป็นทั้ง 3 อย่าง ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพบุคคลนั้น จะได้รับในสิ่งต่อไปนี้

1. การรอดชีวิต หรือการตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลา
2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่อง การพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
4. มีส่วนช่วยส่งเสริมให้มีการปรับตัวหรือควบคุมผลจากการเจ็บป่วยและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
5. มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
6. ส่งเสริมสวัสดิภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเป้าหมายอันสูงสุดในการดูแลตนเอง

9.วิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้

9.1 การดูแลตนเองเรื่องอาหาร

การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ ความร่วมมือของผู้ป่วย เพื่อประกอบกับการรักษาเบาหวานด้วยวิธีอื่น เช่น การรับประทานยา เป็นต้น ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลิน ประมาณร้อยละ 80 สามารถควบคุมภาวะโรคเบาหวานของตนเองได้เป็นอย่างดีโดยวิธีการควบคุมอาหาร หรือโภชนาบำบัด การควบคุมอาหารที่ถูกต้องทั้งปริมาณ และคุณภาพจะช่วยป้องกันไม่ให้อัตราน้ำตาลในเลือดสูงและรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้มีระดับน้ำตาลที่สม่ำเสมอและมีภาวะโภชนาการที่ดี หลักการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยในโรคเบาหวาน ดังนี้

9.1.1 อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต หมวดคาร์โบไฮเดรตเปลี่ยนเป็นน้ำตาลได้ 100% คาร์โบไฮเดรตมี 2 ชนิด คือ คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว ได้แก่ เส้นใยอาหารต่ำ เช่น น้ำตาลทราย น้ำผึ้ง น้ำหวาน น้ำผลไม้ น้ำเชื่อม ซึ่งอาหารเหล่านี้สมควรงดเนื่องจากจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ เส้นใยอาหารสูงเช่น ข้าวกล้อง ขนมหั้ว ฝรั่ง เส้น ข้าวโพด เป็นต้น ซึ่งรับประทานได้แต่ต้องจำกัด

9.1.2 โปรตีน เป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ การเจริญเติบโตและการสร้างภูมิคุ้มกันโรค ความต้องการสารอาหารโปรตีนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีส่วนดีที่สุดคือร้อยละ 10 - 15 ของจำนวนพลังงานทั้งหมดต่อวัน โปรตีนส่วนใหญ่ได้จากเนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว ปลา กุ้ง และโปรตีนจากพืช เช่น ถั่วต่างๆ โปรตีนที่สมควรรับประทานได้แก่ ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่ว เป็นต้น

9.1.3 ไขมัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับประทานไขมันในปริมาณที่น้อยหรือหลีกเลี่ยง (รับประทานไขมันได้ไม่เกิน 30% ของพลังงานที่ต้องการต่อวัน) อาหารไขมัน ได้แก่ เนย น้ำมันหมู ครีมเทียม น้ำมันมะพร้าว เป็นต้น การที่จำเป็นต้องควบคุมระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานนั้น เนื่องจากโรคเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ ทำให้เกิดการตีบตัน เช่น เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) และหลอดเลือดส่วนปลายตีบ เป็นต้น

9.1.4 ใยอาหารหรือไฟเบอร์ ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักกาด ผักคะน้า ถั่วฝักยาว ฝักบัว ถั่วถั่วอก ทำเป็นอาหารเช่น ต้มจืด ยำ สลัด ผักผัก เป็นต้น อาหารเหล่านี้มีสารอาหารต่ำ นอกจากนี้มีกากอาหาร ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลงและลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

9.2 การดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา

ยารักษาเบาหวานมี 2 ชนิด คือ ยาเม็ดรับประทานและฉีดอินซูลิน ยาลดระดับน้ำตาลจะได้ผลในผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่มีเบต้าเซลล์ทำงานน้อยลง จึงจำเป็นต้องใช้ยาไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ในตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมา ยารักษาเบาหวานที่ใช้กันอยู่ทั่วไป มี 2 กลุ่ม คือ ซัลโฟนิลยูเรีย และไบกัวไนด์

9.2.1 ยาซัลโฟนิลยูเรีย ยามีฤทธิ์กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินออกจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น และส่งเสริมให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่เซลล์กล้ามเนื้อ ไขมันและตับดีขึ้น ซึ่งทำให้มีการใช้น้ำตาลที่เนื้อเยื่อ ดังกล่าวเพิ่มขึ้น และการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากตับเข้าสู่กระแสเลือดลงยาทุกชนิดจะถูกดูดซึมได้ดีเมื่อรับประทานก่อนอาหาร ถ้ารับประทานยาพร้อมอาหาร หรือหลังอาหาร การดูดซึมของยาจะลดลง ดังนั้น จึงควรให้ผู้ป่วยรับประทานยานี้ก่อนอาหารคุณเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับทำให้ฤทธิ์ในการลดน้ำตาลในเลือด ผลข้างเคียงและพิษของยานี้จะพบว่า มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โซเดียมในเลือดต่ำ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เป็นต้น

9.2.2 ไบกัวไนด์ กลไกการออกฤทธิ์ ทำให้เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลงและน้ำหนักตัวลด ลดการดูดซึมน้ำตาลจากทางเดินอาหาร ลดการสร้างกลูโคสที่ตับ ช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้นโดยไม่มีผลต่อการหลั่งอินซูลินเลย อาการข้างเคียงที่อาจพบได้คืออาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ในการรับประทานยาเม็ด ควรรับประทานก่อน ครึ่งชั่วโมง รับประทานยาตรงตามเวลาทุกวัน ถ้าลืมรับประทานยาก่อนอาหาร ให้รับประทานหลังอาหารจะดีกว่าขาดยา ไม่ควรหยุดยา เพิ่มยา หรือลดขนาดเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์เพราะอาจอันตรายได้

9.3 การดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มักมีปัญหาเกี่ยวกับการคือต่ออินซูลินและความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน การเพิ่มการใช้พลังงานด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้อินซูลินมีความไวดีขึ้น และการคือต่ออินซูลินลดลงนอกจากนี้ยังช่วยใช้การไหลเวียนเลือดทั่วร่างกายดีขึ้น ลดไขมันในเลือด ป้องกันไม่ให้หลอดเลือดตีบแข็งและความดันโลหิตลดลงการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติ ดังนี้

9.3.1 การแต่งกายควรเป็นเสื้อผ้าที่รัดกุมไม่หนาและคับเกินไป รองเท้าที่สวมใส่ควรมีขนาดพอดีเท้า

9.3.2 ก่อนไปออกกำลังกายควรเตรียมลูกอมที่มีรสหวานติดตัวไปด้วยทุกครั้งเมื่อมีอาการวิงเวียน หน้ามืด เป็นลมขณะออกกำลังกาย

9.3.3 ช่วงเวลาที่ออกกำลังกายควรออกเวลาเดียวกันทุกวัน โดยให้สัมพันธ์กับเวลารับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายระหว่างช่วงเวลาที่อินซูลินออกฤทธิ์สูงสุดเพราะเป็นเวลาที่น้ำตาลในเลือดต่ำ ระยะเวลาที่เหมาะสมกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยคือ หลังอาหาร 15 – 30 นาที ซึ่งเป็นเวลาที่น้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

9.3.4 สถานที่ออกกำลังกายควรเป็นที่ที่มีคนมองเห็นได้ชัดเจน อากาศถ่ายเทได้สะดวกหรือเป็นสถานที่ออกกำลังกายโดยเฉพาะ

9.3.5 การออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเป็นวิธีเดินเร็วหรือวิ่งเหยาะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนควรเริ่มจากการเดินช้า ๆ ในวันแรกใช้เวลาครั้งละประมาณ 10 นาที วันต่อไปเดิน 10 นาที เท่าเดิมจนไม่รู้สึกเหนื่อยมาก หลังจากนั้นจึงค่อยๆ เพิ่มขึ้นครั้งละ 2 นาที จนครบ 30 นาที

9.4 การดูแลตนเองเกี่ยวกับเท้า

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานาน 10 ปี ขึ้นไปมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เนื่องจากการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมาจากการถูกทำลายโดยตรงจากการเหยียบของมีคม เนื่องจากการเดินเท้าเปล่าหรือสวมรองเท้าแตะบาง ๆ แรงกดที่กระทำอยู่ต่อเนื่องจากการสวมรองเท้าที่บีบรัด ทำให้เกิดตุ่มพอง และผิวหนังถลอกเป็นแผลได้ง่าย และเกิดการติดเชื้อตามมา จนทำให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดขา

จากภาวะดังกล่าวผู้ป่วยควรมีความรู้ความสามารถในเรื่องการดูแลเท้าอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอในเรื่องดังนี้

9.4.1 ดูแลรักษาความสะอาดเท้าโดยล้างเท้า ฟอกสบู่อ่อนเวลาอาบน้ำ ล้างตามซอกนิ้วและส่วนต่าง ๆ ของเท้าอย่างทั่วถึง ซับให้แห้งด้วยผ้าขนหนู

9.4.2 ตรวจเท้าทุกวันเพื่อหาความผิดปกติโดยเฉพาะซอกนิ้วเท้า เล็บ ผ่าเท้า หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์

9.4.3 ตัดเล็บเท้าให้เป็นแนวตรงไม่สั้นชิดเนื้อเพื่อป้องกันเล็บขบและเกิดบาดแผลจากการตัดเล็บ

9.4.4 ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าโดยการบริหารเท้าเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ การแกว่งเท้า กระจกปลายเท้า เป็นต้น

9.4.5 รองเท้าที่สวมใส่ไม่คับหรือหลวมเกินไปหัวรองเท้ากว้างปกปิดเท้าได้หมดทั้งบริเวณนิ้วเท้าและส้นเท้าก่อนสวมรองเท้าทุกครั้ง ต้องตรวจดูภายในรองเท้าว่ามีวัตถุหรือ

สิ่งแปลกปลอมตกอยู่ในร่องเท้าหรือไม่ ในกรณีที่ซื้อรองเท้าใหม่ในระยะแรกควรสวมวันละครั้งถึงหนึ่งชั่วโมงเพื่อให้หนังนุ่มและชินเท้าป้องกันรองเท้ากัด

9.4.6 ควรระวังในเรื่องต่อไปนี้

9.4.6.1 ไม่ใช่ของແหลມคມ และ ซอกเล็บและผิวหนังหนา ๆ หรือตาปลาออกเองถ้ามีเล็บขบหรือมีเชื้อรา ควรปรึกษาแพทย์

9.4.6.2 ไม่เดินเท้าเปล่าเพราะถูกเศษหิน ของແหลມ ของมีคมกระทบ กระแทกเกิดแผลได้ง่าย

9.4.6.3 ถ้ามีเท้าชา หรือเท้าเย็น ควรหลีกเลี่ยงการวางเท้าที่ร้อน เฉพาะที่เพราะอาจทำให้ผิวหนังพองได้

9.4.6.4 ไม่ควรใช้แปรงโรยซอกนิ้วเท้า เพราะจะเป็นการหมักหมม ทำให้เป็นเชื้อราได้ง่าย

9.5 การดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป

9.5.1 สุขภาพผิวหนัง อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ทำความสะอาด ซอกอับ เช่น รักแร้ ขาหนีบ ใต้ราวนม เช็ดให้แห้ง อย่าให้อับชื้นแฉะ เพราะอาจเกิดเชื้อราได้ ถ้าแห้งออกมากอาจให้แป้งฝุ่นทาบาง ๆ ถ้าผิวแห้งมากใช้ครีมทาผิวทาบาง ๆ หลังการอาบน้ำ สวมเสื้อผ้าสะอาด

9.5.2 สุขภาพฟัน แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและก่อนนอน บ้วนปากหลังอาหารทุกครั้ง โดยพยายามล้างและบ้วนเอาเศษอาหารที่ติดค้างออกจนหมด ตรวจสอบสุขภาพปากและฟันทุก 6 เดือน

9.5.3 สุขภาพตาโรคเบาหวาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาทั้งต้อกระจกและการเสื่อมของจอรับภาพตา จึงควรเช็คตากับจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง

9.5.4 การนอนหลับพักผ่อน คืนละ 7-8 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้

9.5.5 การดูแลตนเองเมื่อเกิดบาดแผล ควรรักษาแผลให้สะอาด แผลสดควรทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุก ที่ทิ้งไว้จนเย็น ซับให้แห้ง ทายาฆ่าเชื้อโรคที่ไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ เช่น น้ำยาเบตาดีน หลีกเลี่ยงการใช้ทิชชูเช็ดเท้า ไอโอดีน ถ้าแผลอักเสบควรมาพบแพทย์ทันทีอย่ารักษาเอง

9.6 ภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวานและการแก้ไข

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งมีสาเหตุจากการได้รับอินซูลินไม่เพียงพอ รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ออกกำลังกาย มีภาวะเครียดมาก หรือเจ็บป่วย เช่น ไข้สูงจะมีอาการกระหายน้ำ

ปีศาจระบอบ ริมฝีปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หายใจหอบลึก หมดสติ การแก้ไขให้ คัดน้ำสะอาดไม่ใส่น้ำตาล รับประทานยาให้ถูกต้อง และรีบมาพบแพทย์ทันที

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สาเหตุเกิดจากได้รับอินซูลินมากเกินไป รับประทานอาหาร ได้น้อย ออกกำลังมากเกินไป จะมีอาการ ใจสั่น เหงื่อออก หิว ง่วง ซึม หมดสติแก้ไขโดยหยุด ทำกิจกรรมชั่วคราว รับประทานน้ำตาลครึ่งแก้วหรือทอฟฟี่ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นรีบนำส่ง โรงพยาบาล

9.7 เมื่อต้องออกจากบ้าน ต้องเตรียมยาไปให้เพียงพอ

เก็บยาไว้ในกระเป๋าถือ เพื่อหยิบให้ได้สะดวก เตรียม อาหารสำรองหรือทอฟฟี่ไว้ รับประทานเมื่อรู้สึกหิว

9.8 ควรมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอแม้จะรู้สึกสบายดี

เพื่อได้รับการตรวจสุขภาพและคำแนะนำที่ถูกต้อง

10. อาหารกับโรคเบาหวาน

การควบคุมอาหารที่ถูกต้องมีประโยชน์อย่างยิ่งในการรักษาโรคเบาหวาน เพราะ นอกจากจะช่วยหยุดยั้งความรุนแรงของโรคแล้ว ในผู้ป่วยบางรายอาจช่วยให้ไม่มีความจำเป็นต้อง ใช้น้ำยา (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539, 60) การควบคุมอาหารสำคัญที่สุด ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่าง แรงอาจมีภาวะกลับเป็นปกติได้ ถ้าสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ตรงกันข้ามกับคนที่ ไม่ยอมควบคุมอาหารอาการของโรคจะกำเริบรุนแรงได้ (รุจิรา สัมมะสุต, 2541, 39) อีกทั้งสามารถ ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไป เมื่อน้ำหนักลดระดับน้ำตาลในเลือดก็ลดได้ ทั้งยังช่วยควบคุม โรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น หัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดตีบแข็งและป้องกันภาวะการฉับเป็นกรดใน เลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป และยังช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบตามความต้องการ ของร่างกายอีกด้วย (เทพ หิมะทองคำ, 2545) การควบคุมอาหารโรคเบาหวานนั้น จะต้องมีการ กำหนดปริมาณอาหาร โดยขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน กิจกรรมที่ทำนั้นเป็นงานที่หนักหรือ เบา และพิจารณาจากน้ำหนักตัวของผู้ป่วย

ศรีสมัย วิบูลยานนท์ (2540, 78) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายในการจัดอาหารให้กับผู้ป่วย โรคเบาหวาน คือ

10.1 จัดอาหารและสารอาหารให้มีพลังงานพอกับความต้องการของผู้ป่วย โรคเบาหวานในแต่ละวัน

10.2 จัดกระจายมื้ออาหารให้ผู้ป่วยให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยที่ฉีด อินซูลิน เช่น 4-5 มื้อต่อวัน

10.3 รักษาหรือปรับสภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

- 10.4 รักษาน้ำหนักตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติ
- 10.5 รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ
- 10.6 แนะนำการเลือกรับประทานอาหารให้ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

วิทยา ศรีมาดา (2542, 122) ได้กล่าวว่า อาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 อาหารที่ห้ามรับประทาน ได้แก่ อาหารประเภทน้ำตาล และขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา นมข้นหวาน น้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ ควรดื่มน้ำเปล่า น้ำชาไม่ใส่น้ำตาล ถั่วคั่วกาแฟ ควรดื่มนมไขมันต่ำ นมข้นหวาน หรือครีมเทียม ควรดื่มนมจืดพร่องมันเนย ถั่วคั่ว น้ำอัดลม ควรดื่มน้ำอัดลมที่ใส่น้ำตาลเทียม เช่น ไดเอทโค้ก

ประเภทที่ 2 อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผักกาด ผักคะน้า ถั่วฝักยาว ฝักขี้เหล็ก ถั่วงอก ทำเป็นอาหาร เช่น ต้มจืด ยำ สลัด ผัดผัก เป็นต้น อาหารเหล่านี้ให้พลังงานต่ำ นอกจากนั้นยังมีใยอาหารที่เรียกว่าไฟเบอร์ ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลงและลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

ประเภทที่ 3 อาหารรับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง ปัจจุบันอาหารพวกแป้งนั้นไม่จำกัดจำนวน ถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจากรับประทานคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น หรือระดับอินซูลินเพิ่มขึ้น ลดอาหารจำพวกแป้ง ทำให้ต้องเพิ่มอาหารพวกไขมัน ซึ่งอาจเป็นผลให้ระดับไขมันสูง และต้องเพิ่มเนื้อสัตว์ ทำให้หน้าที่ของไตเสียไปเร็วขึ้น เนื่องจากอาหารพวกแป้งหลีกเลี่ยงได้ยากโดยเฉพาะอาหารไทย ดังนั้นควรเลือกรับประทานอาหารแป้งที่มีคุณภาพ

11. การเลือกอาหารเพื่อรักษาเบาหวาน

เพื่อช่วยให้การเลือกอาหารเป็นไปได้ง่าย สะดวกและถูกต้องได้มีการจำแนกอาหารออกเป็น 6 หมวด ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานควรจะมีความรู้ว่าในแต่ละหมวดนั้นมีอาหารที่สามารถใช้แทนกันได้ เพื่อจะได้ไม่รับประทานซ้ำซาก ให้ได้รับพลังงานที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2545, 45) ได้กล่าวถึงอาหารทั้ง 6 หมวด ดังนี้

11.1 หมวดนม ควรเลือกดื่มนมสดจืดหรือนมผงชนิดจืดไม่มีน้ำตาลผสม งดนมข้นหวานหรือนมชนิดหวานรสสตอเบอรี่ โกโก้ โอวัลติน

11.2 หมวดผัก ได้แก่ ผักต่าง ๆ ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรจะได้รับวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหารจำนวนมาก จึงควรรับประทานผักมาก ๆ ทั้งผักสดและผักสุก และควรรับประทานผักทุกมื้อ เพราะผักช่วยทำให้อิ่มท้องนาน ไม่หิวเร็ว ใยอาหารในผักจะช่วยให้น้ำตาลถูกดูดซึมได้น้อยลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง และช่วยลดอาการท้องผูกได้ ควรระวังผักที่ให้คาร์โบไฮเดรตมาก เช่น ฟักทอง แครอท สะเดา สะตอ ถั่วลิสง

11.3 หมวดผลไม้ ผลไม้ต่างกับผักตรงที่มันจะมีน้ำตาลธรรมชาติอยู่ด้วยเสมอ แต่ก็ให้ใยอาหารและพวกวิตามิน เกือบแรมกด้วย จึงต้องรู้จักเลือก รับประทานตามจำนวนที่กำหนดให้ (นพมาศ มานะเลิศเรืองกุล, 2546, 166) ถ้ารับประทานมากจะทำให้น้ำตาลในเลือดสูง ผลไม้บางชนิดรับประทานน้อยแต่ให้น้ำตาลสูงมาก จึงต้องระวังคือ องุ่น ทูเรียน ละมุด ลำไย ควรงดผลไม้กระป๋อง หรือผลไม้ปรุงแต่ง เช่น ผลไม้เชื่อม แช่อิ่ม

11.4 หมวดข้าว แป้ง ธัญพืช ได้แก่ ข้าว น้ำตาล ขนมหึง ก๋วยเตี๋ยว ข้าวโพด เผือก มัน อาหารเหล่านี้จะถูกร่างกายเปลี่ยนเป็นน้ำตาลหมดจึงต้องควบคุม ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานสามารถรับประทานอาหารเหล่านี้ได้ทุกมื้อแต่ห้ามรับประทานมาก ต้องจำกัดอยู่ในปริมาณที่จัดให้เท่านั้น เพ็ญญา ทรรศเจริญ (2540, 39) กล่าวว่า ควรงดการใช้น้ำตาลทรายปรุงอาหารหรือเครื่องดื่ม และไม่ควรถمیمน้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมหวานต่างๆ เพราะเป็นตัวการทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นโดยตรง

11.5 หมวดเนื้อสัตว์ ไข่ อาหารในหมวดนี้ให้โปรตีนที่สำคัญต่อการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ควรเลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน โดยเฉพาะหนังหมู หนังเป็ดและหนังไก่ ควรรับประทานในปริมาณพอเหมาะ คนสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานด้วยต้องระวังอาหารประเภทไข่และเครื่องในสัตว์ไม่ควรรับประทานให้มากเกินไป เพราะอาจทำให้ภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดและโรคข้อได้

11.6 หมวดไขมัน ได้แก่ น้ำมันต่างๆ กะทิ เนย ครีม เบคอน น้ำสลัดต่างๆ อาหารหมวดนี้ให้พลังงานสูง จึงต้องควบคุมให้พอเหมาะเพื่อคุมน้ำหนัก ควรใช้น้ำมันพืชปรุงอาหารแทน (ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์มและกะทิ)

การจัดอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น ใช้การคำนวณจากตารางอาหาร (Food exchange) หรือกะโดยปริมาณให้มีสัดส่วน (วิทยา ศรีมาดา, 2542, 123) ดังนี้คือ

- หมวดนมวันละ 2-3 ส่วน
- หมวดผักวันละ 2-3 ส่วน
- หมวดผลไม้วันละ 2-3 ส่วน
- หมวดข้าวและแป้งวันละ 6-11 ส่วน
- หมวดเนื้อสัตว์วันละ 2-3 ส่วน

ควรหลีกเลี่ยงไขมันสัตว์ ขนมหวาน แอลกอฮอล์

11.7 หมวดนม

11.7.1 นมชนิดไขมันเต็ม นมชนิดนี้ 1 ส่วน มีโปรตีน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ไขมัน 10 กรัม ให้พลังงาน 170 แคลอรี

นมสดจืด UHT	1 ถ้วยตวง (240 มิลลิลิตร)
นมสดจืด Pasteurized	1 ถ้วยตวง (240 มิลลิลิตร)
นมโยเกิร์ตไม่ปรุงแต่งรส	1 ถ้วยตวง (240 มิลลิลิตร)

11.7.2 นมชนิดพร้อมมันเนย นมชนิดนี้ 1 ส่วน มีโปรตีน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 120 แคลอรี นมพร้อมมันเนยชนิดจืด 1 ถ้วยตวง (240 มิลลิลิตร)

11.8 หมวดผัก แบ่งเป็น

หมวด ก ให้พลังงานต่ำ รับประทานได้ไม่จำกัด

ผักบุ้ง	ผักกาดขาว	ผักตำลึง	บวบ
น้ำเต้า	ใบตั้งโอ้	แตงกวา	มะเขือเทศ
ผักบุ้งจีน	ผักกาดหอม	ฟักเขียว	มะระ
ผักคะน้า	ยอดฟักทอง	เม็ดยาว	สายบัว
กะหล่ำปลี	ดอกกะหล่ำ	หัวปลี	เห็ดฟาง

หมวด ข ใน 1 ส่วน มีโปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม ให้พลังงาน 25 แคลอรี โดยปกติผัก 1 ส่วน เท่ากับ ผักบุ้ง $\frac{1}{2}$ ถ้วยตวง หรือผักสด 1 ถ้วยตวง

ถั่วงอก	ฟักทอง	แครอท	สะตอ
ใบชะพลู	พริกหยวก	ดอกกะหล่ำ	หน่อไม้
ชะอม	ยอดแค	เห็ดเป่าฮื้อ	หอมใหญ่
ข้าวโพดอ่อน	ถั้วถั่วเตา	สะเดา	เห้ว
มันแกว	ใบขี้เหล็ก	ใบยอ	

11.9 หมวดผลไม้

ผลไม้หมวดนี้ 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 10 กรัม ให้พลังงาน 40 กิโลแคลอรี

ตาราง 1 ชนิดผลไม้ในปริมาณ 1 ส่วน

ชนิดผลไม้	ปริมาณ	ชนิดผลไม้	ปริมาณ
กล้วยหอม	$\frac{1}{2}$ ผล	พุทรา	2 ผล
มังคุด	3 ผล	มะม่วงสุก	$\frac{1}{2}$ ผล
แตงโม	1 ผล	ลิ้นจี่	5 ผล
ชมพู่	2 ผล	องุ่น	8-10 ผล
มะละกอ	6 ผล	แอปเปิ้ล	1 ผลเล็ก
ฝรั่ง	$\frac{1}{2}$ ผล	สับปะรด	6 คำ
ส้มโอ	3 กลีบ	ส้มเขียวหวาน	1 ผล

ที่มา: วิทยา ศรีมาดา (2542)

11.10 หมวดธัญพืช

ธัญพืช 1 ส่วน มีโปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ให้พลังงาน 68 กิโลแคลอรี

ข้าวสุก	$\frac{1}{2}$	ถั่วตวง
ขนมปัง	1	แผ่น
กล้วยเตี๊ยะ	$\frac{1}{2}$	ถั่วตวง
ขนมปังกรอบสี่เหลี่ยม	2	แผ่น
บะหมี่สุก	$\frac{1}{2}$	ถั่วตวง
ขนมปังแฮมเบอร์เกอร์	1	อัน
วุ้นเส้นสุก	$\frac{1}{2}$	ถั่วตวง
เมล็ดถั่วลิสง	$\frac{1}{2}$	ถั่วตวง
ข้าวโพด	$\frac{1}{2}$	ฝักใหญ่
มันฝรั่ง	1	หัว

11.11 หมวดเนื้อสัตว์ แบ่งเป็น

11.11.1 เนื้อสัตว์ไม่ติดมันใน 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัม ให้พลังงาน 55 กิโลแคลอรี

เนื้อวัวไม่ติดมัน	2	ช้อนโต๊ะ(30 กรัม)
เนื้อเป็ด ไร้ ไขมัน	2	ช้อนโต๊ะ(30 กรัม)
เนื้อปลาขนาด 1 x 1.5 นิ้ว	4	ชิ้น (300 กรัม)
ปลาขนาดกลาง	1	ตัว (300 กรัม)
เต้าหู้ขาว	$\frac{1}{2}$	อัน
เต้าหู้เหลือง	$\frac{2}{3}$	อัน
ปลากระป๋อง	3	อัน

11.11.2 เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 76 กิโลแคลอรี

เนื้อหมู	2	ช้อนโต๊ะ (30 กรัม)
เนื้อวัวบด	2	ช้อนโต๊ะ (30 กรัม)
เครื่องในสัตว์	2	ช้อนโต๊ะ (30 กรัม)
ไข่เป็ด ไข่ไก่	1	ฟอง (50 กรัม)
เบ็ด ไข่ติดหนัง	2	ช้อนโต๊ะ

11.11.3 เนื้อสัตว์ไขมันมาก 1 ส่วน มีไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 45 กิโลแคลอรี ไขมันอิ่มตัว (ควรหลีกเลี่ยง)

เนื้อหมูติดมัน	2	ช้อนโต๊ะ (30 กรัม)
เนื้อวัวติดมันมาก	2	ช้อนโต๊ะ (30 กรัม)
ซี่โครงหมู ($1 - \frac{1}{2}$ นิ้ว)	4-5	ชิ้นเล็ก
ไส้กรอก	2-3	อันเล็ก (30 กรัม)

11.12 หมวดไขมัน ไขมัน 1 ส่วน มีไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 45 กิโลแคลอรี ไขมันอิ่มตัว (ควรหลีกเลี่ยง)

เนย 1 ช้อนชา	1	ช้อนชา
น้ำมันหมู 1 ช้อนชา	1	ช้อนชา
ครีมเทียม(ผง)	4	ช้อนชา
เบคอน (สุก)	1	ชิ้น

เนยเทียม	1	ช้อนชา
น้ำมันพืช	1	ช้อนชา
ถั่วลิสงคั่ว	10	ช้อนชา
เม็ดมะม่วงหิมพานต์	1	ช้อนโต๊ะ

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2539) ได้แบ่งมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลิน ให้รับประทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ โดยกระจายพลังงานตามมื้อเช้าคิดเป็นร้อยละ 20-30 มื้อเที่ยงคิดเป็น ร้อยละ 30-40 และมื้อเย็นคิดเป็น ร้อยละ 30-40 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ควรรับประทานจุบจิบ ถ้าต้องการอาหารว่าง 1-2 มื้อ ให้แบ่งพลังงานจากมื้อหลัก

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน ต้องรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และปริมาณคงที่โดยรับประทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ และอาจมีอาหารว่างอีก 1-3 มื้อตามความจำเป็น และตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีการกระจายตัวของพลังงานเป็นมื้อเช้า คิดเป็นร้อยละ 10-30 มื้อเที่ยงคิดเป็นร้อยละ 20-40 และมื้อเย็น คิดเป็นร้อยละ 20-40 และมื้อว่างมีพลังงาน ร้อยละ 10 ต่อมื้อของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

12. กลวิธีในการป้องกันโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน ข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม โรคเบาหวานเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญโดยเฉพาะทางหลอดเลือด ตา ไต ระบบประสาท และยังมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนที่สูง การพยายามหาทางป้องกันการเกิดโรค การชะลอการดำเนินของโรค และการป้องกันภาวะทุพพลภาพ จึงเป็นวิธีการที่คุ้มค่าในการดูแลรักษาโรคนี้ คิงและดอว์ด (King and Dowd, 1990; อ้างถึงใน พงศ์สมร บุญนาค, 2542) ได้แบ่งการป้องกันโรคเบาหวานเป็น 3 ระดับ ดังนี้

12.1 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูง ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานที่ชัดเจน รวมทั้งพวกที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคตั้งแต่อายุน้อย ผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตจากดั้งเดิมเป็นแบบตะวันตกจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ผู้ที่มีประวัติโรคเบาหวานหรือความทนกลูโคสผิดปกติขณะตั้งครรภ์ ผู้ที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง อ้วน

WHO (1994) ได้ให้แนวทางในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มนี้ว่าควรเลือกใช้วิธีการให้ความรู้ที่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอว่าได้ผลในการป้องกันการเกิดโรค ข้อเสนอแนะที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานที่จะให้กับกลุ่มนี้คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต เช่น การพยายามควบคุมน้ำหนักตัว ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เน้นการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยให้มากขึ้น การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงยาบางอย่างที่อาจจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

12.2 การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป้าหมาย คือ การวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานให้ได้ในระยะแรกเริ่มเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีอาการอื่นร่วม ผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวานจนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น การคัดกรอง (Screening) ทำให้ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จะทำการวัดระดับ Fasting Plasma Glucose การวินิจฉัยโดยการตรวจพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (EPG) ถ้า FPG อยู่ระหว่าง 110 ถึง 125 mg% ถือว่าเป็นกลุ่ม Impaired Fasting Glucose (IFG) ถ้า IFG \geq 126 mg% ให้ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยกลุ่มผู้ที่มีความทนต่อน้ำตาลไม่สมบูรณ์ จะมีโอกาสเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (NIDDM) สูงตั้งแต่ร้อยละ 19 ถึง 61 ภายในระยะเวลา 5 ถึง 10 ปี (City Health Information, 2005) การป้องกันในระยะที่สองนี้จึงมุ่งเน้นการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มของโรคเพื่อทำการรักษาและควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

12.3 การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการรักษาเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดความพิการและการสูญเสียชีวิต ทำได้โดยการพยายามควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่ การดูแลรักษาเท้า การใช้ยาลดระดับน้ำตาล การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการลดภาวะเครียด

13. แนวทางในการป้องกันโรคเบาหวาน

13.1 ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้กล้ามเนื้อสามารถใช้กลูโคสได้มากขึ้น ส่งผลให้ระดับกลูโคสในพลาสมาลดลง ช่วยป้องกันโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน หรือเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ วอลเบิร์ก,รินคอนและซีราซ (Wallberg, Rincon, and Zierath, 1998, 25-35) การออกกำลังกายมีหลายชนิดที่สามารถเลือกทำได้ แต่การออกกำลังกายที่ได้ประโยชน์เต็มที่ คือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หรือเรียกว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic Exercise) คือการออกกำลังกายชนิดเสริมสร้างความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือด รวมทั้งความ

แข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อ การออกกำลังกายต้องคำนึงถึงความหนักเบาและระยะเวลาของ การออกกำลังกายด้วย ซึ่งควรออกกำลังกายติดต่อกันนานพอสมควร ประมาณ 20-30 นาที การออกกำลังกายต้องเริ่มแต่น้อยก่อนแล้วค่อยเพิ่มขึ้น ควรออกทุกวัน หรืออย่างน้อยวันเว้นวัน หรือ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง กิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค มีหลายวิธี เช่น การเดินเร็ว (Walking) วิ่งเหยาะ (Jogging) ถีบจักรยาน (Biking) การเต้นแอโรบิค (Aerobic Dance)

13.2 ความเครียดและพักผ่อนตามความเหมาะสม การจัดการกับความเครียดอาจใช้วิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือการทำสมาธิ ซึ่งจะมีผลต่อการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคือ ลดฮอร์โมนที่มีผลต่อการตอบสนองของระบบประสาทลง ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย ลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเวนทริเคิล ลดความดันโลหิตทั้งช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัว รวมถึงหลีกเลี่ยง การกระทำที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ขณะเครียดจึงควรงดเว้นสิ่งต่าง ๆ เช่น งดการดื่มสุรา และ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน งดการสูบบุหรี่ ไม่เล่นการพนัน ไม่ใช้ยาเสพติด ทุกชนิด เป็นต้น

13.3 ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล เช่น อาหารทอดต่าง ๆ และแกงกะทิไขมันจากสัตว์ต่าง ๆ เนื้อติดมัน ไข่แดง น้ำมันพืชบางชนิด ได้แก่ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม แต่ควรรับประทานน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา น้ำมันรำ เป็นต้น เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหัวใจ และรับประทานอาหารที่ใช้พลังงานต่ำ ได้แก่ ผักประเภทต่าง ๆ และเนื้อสัตว์ไม่ติดมันให้มากขึ้น งดหรือหลีกเลี่ยงของหวาน รวมทั้ง น้ำหวานประเภทขวดต่าง ๆ

13.4 การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จากการศึกษากลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานใน สหรัฐอเมริกา พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการทำน้ำหนักให้ลดลงจากเดิมร้อยละ 5.00 และ ออกกำลังกาย 150 นาทีต่อสัปดาห์จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานได้ร้อยละ 58.00 ซึ่งสูงกว่าการใช้ยา Metformin ที่ให้ผลเพียงร้อยละ 31.00 (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002, 86-108) รวมถึงผลการศึกษาในกลุ่มที่มีความทนต่อน้ำตาลผิดปกติ (IGT: Impaired Glucose Tolerance) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ร้อยละ 19.00 ถึง 61.00 ภายในระยะเวลา 5 ถึง 10 ปี ถ้าคนกลุ่มนี้ไม่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ร้อยละ 50.00 จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่ม ปกติ และสำหรับกลุ่มเสี่ยงทุก ๆ คนที่ออกกำลังกาย 30 นาทีเป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ และสามารถลดน้ำหนักลงจากเดิมร้อยละ 5.00 สามารถป้องกันไม่ให้เป็นโรคเบาหวานได้ 1 คน (City

Health Information, 2005) การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ใช้หลักการทั่วไป คือ การรับประทานแคลอรีให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน และควรทราบถึงน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น เพื่อที่จะลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยทั่วไปในผู้ใหญ่มักใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) โดยใช้สูตรดัชนีมวลกาย = น้ำหนัก (กิโลกรัม)/ส่วนสูง (เมตร)² (Garrow, 1988) การแปลผลสำหรับชาวเอเชียใช้เกณฑ์ดังนี้ (Steering Committee, 2000; อ้างถึงในกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์, 2549, 24)

ภาวะโภชนาการต่ำ BMI < 18.50 กิโลกรัม/เมตร²

ภาวะโภชนาการปกติ BMI 18.50 ถึง 22.90 กิโลกรัม/เมตร²

ภาวะโภชนาการเกิน BMI 23.00 ถึง 24.90 กิโลกรัม/เมตร²

ภาวะอ้วน ระดับ 1 BMI 25.00 ถึง 29.90 กิโลกรัม/เมตร²

ภาวะอ้วน ระดับ 2 BMI 30.00 ถึง 39.90 กิโลกรัม/เมตร²

ภาวะอ้วน ระดับ 3 BMI ≥ 40.00 กิโลกรัม/เมตร²

การประเมินภาวะอ้วนจากค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันร่างกาย แต่ค่า BMI ใช้ประเมินไขมันในผู้ที่อ้วนมาก ๆ ไม่ได้ และประเมินผู้ที่อ้วนน้อยเกินไปจากการสูงอายุไม่ได้ การวัดเส้นรอบเอว (Waist Circumference) จะมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในอวัยวะภายในช่องท้อง หากมีไขมันในช่องท้องมากจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าไขมันที่อยู่ตามแขนหรือขา โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินแต่เส้นรอบเอวไม่เกินกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อโรคไม่มาก เส้นรอบเอวที่เหมาะสมสำหรับคนเอเชียคือ < 90 เซนติเมตร (36.00 นิ้ว) สำหรับผู้ชาย และ < 80 เซนติเมตร (32.00 นิ้ว) สำหรับผู้หญิง ถ้ามีค่าจากที่กำหนดจะมีภาวะเสี่ยงต่อโรคที่สัมพันธ์กับความอ้วน (Steering Committee, 2000 อ้างถึงในกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์, 2549, 25)

เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤกษ์ (2540) ได้รายงานว่าการวัดการกระจายไขมันที่ได้ผลคืออีกวิธีหนึ่ง คือ การวัดอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก (Waist-to-hip ratio; WHR) คำนวณโดยการวัดขนาดเส้นรอบเอวหารด้วยขนาดเส้นรอบสะโพก เนื่องจากวิธีดังกล่าวเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย จึงเป็นเครื่องชี้วัดถึงการกระจายตัวของไขมันในร่างกายและใช้ในการประเมินความเสี่ยงของสุขภาพได้ โดยอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก (WHR) ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ > 1.00 ในเพศชาย และ > 0.80 ในเพศหญิง

สรุป โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดเชื้อที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกิดจากร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ในระยะยาว หรือไม่สามารถใช้ฮอร์โมนอินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรคเบาหวานมี 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ประเภทที่ 1 ชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus; IDDM) พบมากในวัยเด็กและวัยรุ่น ประเภทที่ 2 ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non Insulin

Dependent Diabetes Mellitus; NIDDM) ในประเทศไทยพบมากถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากปัจจัยใหญ่ ๆ 2 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม สำหรับการวินิจฉัยโดยการตรวจพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG) ถ้า FPG อยู่ระหว่าง 110 ถึง 125 mg% ถือว่าเป็นกลุ่ม Impaired Fasting Glucose (IFG) ถ้า IFG > 126 mg% ให้ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยกลุ่มผู้ที่มีความทนต่อน้ำตาลไม่สมบูรณ์ จะมีโอกาสเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (NIDDM) สูงตั้งแต่ร้อยละ 19 ถึง 61 ภายในระยะเวลา 5 ถึง 10 ปี (City Health Information, 2005, 39-50) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันโรค ซึ่งการป้องกันโรคเบาหวานในระยะเริ่มต้นนั้นคือการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคโดยการให้ข้อมูล ข่าวสาร หรือคำแนะนำ ระยะที่สองมุ่งเน้นการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มของโรคเพื่อทำการรักษา และควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยตรวจคัดกรองในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ส่วนการป้องกันในระยะที่สามนั้นเป็นการรักษา หรือชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดความพิการและการสูญเสียชีวิต ทำได้โดยการพยายามควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่ การดูแลรักษาเท้า ตลอดจนการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการลดภาวะเครียด

แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาจากทฤษฎีจิตวิทยาสังคมและพัฒนามาใช้เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล แบบจำลองนี้เป็นแบบจำลองที่ได้ระบุเอกลักษณ์ของแนวคิดรวบยอดที่เชื่อมโยงสนับสนุนการวัดระดับบุคคล เพื่อใช้ในการวางแผนโครงการหรือจัดยุทธวิธีเพื่อลดระดับความเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคล แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายแบบจำลองนี้ต้องการอธิบายว่า ทำไมประชาชนจึงมีพฤติกรรมปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง เช่น การมารับการตรวจเซลล์มะเร็ง ต้นเป็น

1. แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพได้มีข้อสันนิษฐาน (Assumption) เบื้องต้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้ (จินตนา มณฑลปัญญากุล, 2542, 14)

- 1.1 บุคคลต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 1.2 บุคคลต้องรับรู้ศักยภาพของความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรค

- 1.3 เชื่อในผลที่จะได้รับจากความรุนแรงของโรคนั้น
- 1.4 ปังจ้ยด้านแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม
- 1.5 ปังจ้ยร่วมได้แก่ อายุ เพศ บุคลิกภาพ
- 1.6 ปังจ้ยกระตุ้น ได้แก่ ข่าวสาร การเตือน จดหมาย ฯลฯ

จุดเด่นของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

คือ จะช่วยให้วินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลเป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลตัดสินใจกระทำได้อย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ

โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974, 330) ได้สรุปพื้นฐานของแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การเรียนรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าเรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงหรือมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตและการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่ควรมียุอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความอายเป็น ต่อมาเบคเกอร์ ผู้ปรับปรุงและพัฒนาดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)
2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness or Severity)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)
4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)
6. ปังจ้ยร่วม (Modifying Factors)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

เป็นความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ในแต่ละคนจะมีความเชื่อที่แตกต่างกัน และบุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพที่ดีในระดับที่แตกต่างกัน มีการศึกษา จำนวนมากที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์สรุปไว้ว่า บุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness or Severity)

หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนและผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคมหรือฐานะทางเศรษฐกิจในสังคมเพราะเชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงว่าจะเกิดโรคแต่ไม่รับรู้ต่อผลเสีย อันตรายที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย จิตใจ และครอบครัวตนเองแล้วบุคคลนั้นจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)

หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อให้หายจากการเป็นโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้นหรือโรคแทรกต่าง ๆ โดยการปฏิบัติตัวนั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)

หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบายหรือการมารับบริการ หรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยที่ขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งหรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัยบุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้น การรับรู้ต่ออุปสรรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลโดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งจากภายนอกและภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไปความพอใจที่จะยอมรับฟังคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวกส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัวเมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

หมายถึง ปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากปัจจัยที่กล่าวมาของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทาง พฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ พบว่า การที่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของ โรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคนั้น จำเป็นต้องอาศัยการกระตุ้น จากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกพร้อมกับปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคมมาช่วยทำให้ บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะนำตัวแปรตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรค การรับรู้ ความรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคในการปฏิบัติ ตัวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงนำไปสู่การตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรม การ ป้องกันโรคเบาหวานที่ถูกต้องต่อไป

การรับรู้ของบุคคล



ภาพประกอบ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
ที่มา (Becker และคณะ อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรจิต
ทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยและเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อ
สุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การสนับสนุนทาง
สังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมี
พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริม

สุขภาพและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม
สุขภาพบุคคลอาจรับมาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน หรือบุคคล
ทางการแพทย์ก็ได้ ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัย
การพึ่งพากันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและเกิดความมั่นคงรู้สึก
เป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้นจาก
แนวคิดดังกล่าวนี้ ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกัน
ออกไป เช่น

พิลิสุก (Pilisuk, 1982, 25) ให้คำนิยาม แรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความช่วยเหลือ
ระหว่างบุคคลในด้านวัตถุประสงค์ของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับ
ทางสังคม มีความรู้สึกมั่นคงและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

บารริร์รา (Barrera, 1982, 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด
ช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของแรงงาน ข้อมูลและคำแนะนำ

ทอยส์ (Thoits, 1982, 147) ให้ความหมายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคล
ในเครือข่ายทางสังคมได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูลซึ่งการสนับสนุน
นี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

เพนเดอร์ (Pender, 1987, 396) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการ
ที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของการได้รับความยอมรับได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่
ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคมเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิต
อารมณ์ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ได้ในสังคมได้อย่าง
เหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2538, 172) ได้ให้ความหมายไว้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมี
ความหมายในเชิงแคบและกว้าง ความหมายในเชิงแคบหมายถึงสิ่งที่ “ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุน”
“ได้รับจาก” “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของและการสนับสนุนทางจิตใจ
ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุน ได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการความหมาย
ในทางกว้าง แรงสนับสนุนหมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งครอบคลุม
ถึงความเกี่ยวเนื่องของเครือข่าย ปริมาณความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กันและรวมถึงหน้าที่ของ
เครือข่ายสังคมนั้นๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความหวังใจ ความรัก การให้วัตถุ
สิ่งของและการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

จากแนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม สรุปได้ว่าการสนับสนุนทาง
สังคมต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์

ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงานหรือวัตถุดิบของต่างๆจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

2. แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคม การเปลี่ยนแปลงตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่าย (Network size) ทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย นอกจากนี้พบว่าคนในกลุ่มไม่ได้เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางสังคมได้นั้นเป็นกลุ่มคนในระบบการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยของกลุ่มสังคมที่สามารถเชื่อถือได้ว่า ให้การสนับสนุนทางสังคมได้

Pender, (1987, 96 - 367) ได้แบ่งแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ระบบ คือ

2.1 ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้องซึ่งถือว่ามีค่ามากที่สุดต่อผู้ป่วยเพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็กเพราะเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรมการปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2.2 ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ ความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบผลสำเร็จและสามารถปรับตัวสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้

2.3 ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious Organizations or Denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอ สอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

2.4 ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแหล่งแรกที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อน

2.5 ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized Support not Directed by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครช่วยเหลือตนเอง (Self-Help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 3 ระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับเล็กที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับถัดมา คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือส่วนราชการ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุด คือ การสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบจะมีลักษณะไม่เป็นทางการ ต่างจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่างๆ หรือกลุ่มบุคคลในสังคมอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะไม่เป็นทางการ แต่ถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ให้สนับสนุนจะแบ่งได้สองชนิด คือ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

3. ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากแตกต่างกันไปดังนี้ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรักและการดูแล เอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ซื่อสัตย์และมีความผูกพันต่อกัน

3.2 การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้น

3.3 การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Supporter Network) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพัน

ทอยส์ (Thoits, 1982, 147) ได้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นระดับความต้องการพื้นฐานทางสังคมและได้แบ่งประเภทการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้เป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทองที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งคำแนะนำและการป้องกัน

3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socio - emotional Aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ทิลเดน (Tilden, 1985, 201) ที่ได้แบ่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน รักใคร่และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ตลอดจนความรู้สึกไว้น้ำใจเชื่อใจและไว้วางใจผู้อื่น
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Aid) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อมูลในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ โดยตรง ด้วยการให้สิ่งของเงินทองหรือบริการ

บราวน์ (Brown, 1986, 5) ได้กล่าวคือ แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านความรัก การเห็นคุณค่า การได้รับการดูแลความไว้วางใจรู้สึกเป็นห่วงและการยอมรับฟังความคิดเห็น
2. การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ และแรงงาน
3. การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินข่าวสาร ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

การได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเองหรือประเมินตัวเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

เพนเดอร์ (Pender, 1987, 150) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะการทำหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมให้พบกับเป้าหมายของตนเอง หรือให้ความร่วมมือความต้องการให้สถานการณ์เฉพาะอย่างการสนับสนุนทางสังคมนี้มีทั้งที่จับต้องได้ และจับต้องไม่ได้ ได้แก่

1. การสนับสนุนที่จับต้องได้ (Tangible Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านสิ่งของและการกระทำได้แก่ เงินหรือการช่วยเหลืออื่นๆ โดยการกระทำ
2. การสนับสนุนจับต้องไม่ได้ (Intangible Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การให้ความรัก ความอบอุ่น หรือการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์อื่นๆ
3. การให้คำแนะนำ ได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร แนวทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือทำงานได้สมบูรณ์

4. องค์ประกอบและระดับของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ (บุญเยี่ยม ตรีภูววงศ์, 2538 ; 594) ดังนี้

4.1 จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน

4.2 ลักษณะการ ติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดี ในตนอย่างจริงจัง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

4.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสารวัตถุประสงค์ของหรือทางด้านจิตใจ

4.4 จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้ คือ การมีสุขภาพดีแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจหรือวัตถุประสงค์ก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้รับที่ได้รับอย่างแน่นอนเพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

กอทท์ลิบ (Gottlieb, 1985, 5 - 22) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับคือ

4.4.1 ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคมอาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคมการดำเนินวิถีชีวิตในสังคมและการเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ

4.4.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนชนิดของการสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ความเป็นมิตรการสนับสนุนด้านอารมณ์และการยกย่อง

4.4.3 ระดับลึกหรือระดับแคบ (Micro level) เป็นการพิจารณาความสำคัญของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุดทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ ได้แก่ สามี ภรรยาและสมาชิกในครอบครัวหรือคนรักซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักใคร่และห่วงใย

5. ผลของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาที่แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแพร่หลาย จึงมีนักวิชาการหลายๆ ท่านได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยไว้หลายท่านเช่น

โคเฮน และวิลลิส (Cohen & Willis, 1985, 310 - 357) ได้ทำการศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคมเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการ คือ

5.1 การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and Immune System) ทำงานดีขึ้นหรืออาจส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่การต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดียิ่งขึ้นทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

5.2 การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤติของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะเป็นตัวลดความเครียด อันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคในขณะเดียวกันก็ทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

เพนเดอร์ (Pender, 1987, 396) ได้สรุปถึงผลการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ดังนี้

1. ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต และการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายพัฒนาสิ่งแวดล้อม เพิ่มการมีคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุขในชีวิต
2. ลดความเครียดของเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติในชีวิต
3. ช่วยยืนยัน รับรองหรือการทำให้เกิดความมั่นใจและคาดเหตุการณ์การกระทำของบุคคลนั้น ว่าเป็นที่ต้องการของสังคมเป็นกันชนรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติในชีวิตโดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์และการตอบสนองของอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีจึงช่วยลดการเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการป้องกันโรค

จากการที่นักวิชาการทั้งหลายได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย พอสรุปได้เป็น

1. ผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The direct effect on health) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ โดยไม่เกี่ยวข้องกับ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ และการมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคมนี้จะเป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมภาวะปกติสุขภาพได้จากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตนในสิ่งที่ถูกต้องหรือที่ประ โยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย

2. ปรับผลร้ายที่เกิดจากภาวะเครียด หรือการดูดซับผลกระทบที่เกิดภาวะเครียด (Modifying the Deleterious Effect of Buffering Hypothesis) การสนับสนุนทางสังคมลดความเครียดได้โดยตรงหรือช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็งมีผลถึงภาวะ

สุขภาพในที่สุด ซึ่งแคปแลน (Caplan, 1985, 7) ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ช่วยลดความเครียดซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจโดยทำให้บุคคลทนต่อปัญหาได้มากขึ้น ดังนั้น บทบาทในการป้องกันภาวะสุขภาพไม่ให้เกิดเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจโดยใช้กระบวนการเผชิญ ภาวะความเครียด (Coping Process) การใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดถ้าเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสมก็จะเกิดการปรับตัวที่ปกติแต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลวหรือไม่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดความ ผิดปกติขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นชุมพลที่อยู่ในสังคมทำ หน้าที่เสมือนเป็นสิ่งที่ช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์หรือ เปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์นั้นๆ หรืออาจเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 อย่าง

จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวได้ว่าเป็นแนวคิดที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของการประเมินหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การ สนับสนุนซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้การศึกษาใน ครั้งนี้จะมุ่งเน้นให้การสนับสนุนในด้านการสื่อสารและอารมณ์โดยให้ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติจาก ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานควรจะได้รับ การสนับสนุนทางสังคมเช่นกัน โดยได้รับการ ช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลต่างๆ ในสังคม ได้แก่ คู่สมรส ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีคนรัก ห่วงใย เอาใจใส่ เห็นคุณค่า มี ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสาร เงินทองและความช่วยเหลือด้าน แรงงานเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมลดภาวะแทรกซ้อนและอยู่ในสังคมอย่างมี ความสุข

แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน หรือการมีส่วนร่วมของประชาชน มีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการพัฒนาชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม 3 ประเด็น คือ (1) ความหมาย (2) หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วม และ (3) การวิเคราะห์ชุมชนแบบมี ส่วนร่วม สรุปได้ ดังนี้

1. ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ กระบวนการซึ่งประชาชน หรือผู้มีส่วนได้เสียโอกาส แสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่างๆ

เกี่ยวกับโครงการ เป็นที่ยอมรับร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงเข้าร่วมกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้น ติดตามและประเมินผล เพื่อเกิดความเข้าใจ รับรู้ เรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนร่วมกัน ซึ่งเป็น ผลประโยชน์ต่อทุกฝ่าย (มูลนิธิปริญญาโทนักบริหารรัฐกิจมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546, 2)

การศึกษาชุมชนแบบมีส่วนร่วม คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ปัญหาของ ชุมชนร่วมกันคิดวิธีแก้ไขปัญหา พิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจในการเลือก วิธีแก้ไขปัญหา วางแผนจัดกิจกรรมหรือโครงการแก้ไขปัญหา ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและ รับผลประโยชน์ร่วมกันอย่างทั่วถึง (ทักษิณ (ไทยยาภิรมย์) ลักษณะ – ภิญชัช, 2545, 99)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนา คือ การเข้าไปมีส่วนแบ่งอำนาจการตัดสินใจในการ กำหนดสิ่งที่ชุมชนหรือสังคมนั้นปรารถนา ร่วมกันหาสภาพปัญหาของชุมชน จากนั้นกำหนด แนวทางเลือกที่จะทำได้สิ่งที่ปรารถนานั้น แล้วร่วมมือกันปฏิบัติติดตาม ประเมินผลและรับ ผลประโยชน์ด้วยกัน (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2547, 1)

สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การที่ประชาชนหรือตัวแทน ประชาชน ได้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นเพื่อแสวงหาทางเลือกและการ ตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับร่วมกัน โดยเข้าร่วม กระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นติดตามและประเมินผลและรับผลประโยชน์ร่วมกันอย่างทั่วถึง

2. กระบวนการของการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงกระบวนการของการมีส่วนร่วมมีขั้นตอนดังนี้คือ

- 2.1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน วิเคราะห์ปัญหา
- 2.2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- 2.3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโดยจะต้องมี การร่วมตัดสินใจด้วยในทุก

ขั้นตอน

2.4. มีส่วนร่วมกำหนดการใช้ทรัพยากร ในการจัดสรรควบคุมการเงินและการบริการ การร่วมใช้ประโยชน์

- 2.5. มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

คาสเปอร์สัน และ บริแบท (Kasperson and Breitbart, 1974, 3-4; อ้างถึงใน ประพนธ์ ปิยรัตน์, 2534, 7) ได้เสนอมาตรวัดระดับของการจำแนกว่า การกระทำอะไรจึงถือเป็นการมีส่วน ร่วมซึ่งสรุปได้ว่าเป็น การกระทำโดยแต่ละบุคคลมิใช่เป็นการกระทำโดยกลุ่ม ซึ่งอาจจะทำให้การ ร่วมจะมองเห็นได้ถึง ค่านิยม การรับรู้ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ กริยาที่ถือว่าเป็น การมีส่วนร่วม เช่นกริยาที่แสดงออกต่อผลของการกระทำนั้น โดยตรงของแต่ละบุคคล ความ หนาแน่นของการกระทำซึ่งแสดงออกโดยการร่วมปฏิบัติที่บ่อยครั้ง ระยะเวลาของกิจกรรมที่

ยาวนานหรือความผูกพันที่มีแรงจูงใจต่อการกระทำคุณภาพของการเข้าร่วมซึ่งดูจากผลและผลกระทบของการกระทำในเบื้องต้น เช่น ความรับผิดชอบ การตัดสินใจ และการเปิดกว้างยอมรับความสามารถความคิดเห็น และมีการประเมินผล

เจมส์ คี บีนทอง (2533, 272 - 273) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอนด้วยกันคือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาจากชาวบ้าน
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล

ส่วนกรอบแนวคิดระบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2534, 7-8) ได้สรุปกรอบแนวคิดและระบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมไว้ดังนี้



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดและระบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม
ทิมา (ประพนธ์ ปิยรัตน์, 2534, 7-8)

จากกรอบแนวคิด ระบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้นที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาคือการเตรียมทางด้านสังคม เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความพร้อมแล้วจึงเริ่มดำเนินการปฏิบัติตามขั้นตอนของกลวิธีและกระบวนการพัฒนา

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้ช่วยกระตุ้นการป้องกัน และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายไม่ว่าจะเป็น ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสตึก และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก เข้ามาช่วยในด้านประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมทั้งการปฏิบัติตนแก่คนในชุมชน เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

แนวความคิดองค์กรชุมชนและความเข้มแข็งของชุมชน

1. ความหมายขององค์กรชาวบ้าน

มีคำหลายคำที่ใช้เรียกการรวมตัวของชาวบ้านตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เช่นองค์กรชุมชน องค์กรประชาชนและองค์กรชาวบ้าน หมายถึง คนที่อยู่ในชนบทและเมืองที่เป็นคนธรรมดาสามัญ ที่ประกอบอาชีพทางการเกษตรหรือรับจ้างมีรายได้เป็นฤดูกาลหรือรายวันและอยู่กันในพื้นที่ใกล้เคียงกัน ส่วนคำว่าชุมชนเป็นคำที่กว้างขวางกว่า โดยเน้นการมีเป้าหมายร่วมหรือผลประโยชน์ร่วมและคำว่าประชาชน ก็หมายรวมถึงบุคคลทุกสาขาอาชีพมารวมกัน ในบทความ “เรารู้อะไรไม่รู้อะไร ในเรื่ององค์กรชาวบ้าน” (สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ, 2540, 2-3) ได้ให้ความหมายขององค์กรชาวบ้านไว้หลายความหมาย ดังนี้ คือ

1.1 องค์กรชาวบ้านในความหมายของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออมทรัพย์ ธนาคารข้าว กลุ่มเกษตรผสมผสาน กลุ่มปศุสัตว์ ฯลฯ

1.2 องค์กรชาวบ้านในความหมายของการรวมกิจกรรมหลายๆกิจกรรมในหมู่บ้าน เข้าด้วยกัน

1.3 องค์กรชาวบ้านในความหมายของการประสานกิจกรรมเหมือน ๆ กันในต่างหมู่บ้าน เป็นเครือข่ายกิจกรรมต่างหมู่บ้าน เช่น องค์กรชาวบ้านเพื่อพัฒนาอีสาน กลุ่มอีโต้้น้อย เป็นต้น

1.4 องค์กรชาวบ้านในความหมายของการต่อรองกับนโยบายของรัฐบาลหรือผลประโยชน์ของชาวบ้านในหลายๆ หมู่บ้าน เช่น สัมชชาเกษตรกรรายย่อย เป็นต้น

ความหมายต่าง ๆ ข้างต้น ต้องพิจารณาควบคู่ไปกับองค์ประกอบขององค์กรชาวบ้านด้วย จึงจะเห็นความเป็นองค์กรที่ชัดเจนขึ้น

2. องค์ประกอบขององค์กรชาวบ้าน

องค์กรชาวบ้านกำลังได้รับการกล่าวถึงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 โดยก่อนหน้ามีการดำเนินการพัฒนาองค์กรชาวบ้านจากหน่วยงานของรัฐ องค์กร

พัฒนาเอกชนและตัวชาวบ้านเอง ความสำคัญขององค์กรชาวบ้านที่ได้รับการยอมรับให้เป็นแนวทางการพัฒนาและคำตอบของการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชุมชนจากวิกฤติการณ์ของชุมชนที่มีปัญหามากขึ้นทั้งทางเศรษฐกิจ (ความยากจน หนี้สิน รายได้ต่ำและการอพยพ)ทางการเมืองเกี่ยวพันกับการเลือกตั้งที่มีการซื้อเสียงและความขัดแย้งในชุมชนทางสังคม วัฒนธรรมมีปัญหาบ่อย ๆ สูญหายและไม่เป็นที่เข้าใจของเยาวชนรุ่นใหม่ ดังนั้น ประเพณีและความเชื่อต่าง ๆ ด้านสุขภาพก็มีโรคภัยร้ายแรงเกิดมากขึ้น ด้านสิ่งแวดล้อมก็เสื่อมโทรมลง และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันตลอดจนชีวิตครอบครัวก็มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการอยู่แบบตัวใครตัวมันและอยู่กันไม่ครบ พ่อแม่ ลูกในครอบครัว

ถ้าสังคมชนบทไม่ยั่งยืนหรือล่มสลายย่อมส่งผลกระทบต่อสังคม ทั้งหมดความยั่งยืนของสังคมชนบทขึ้นอยู่กับการเมืององค์กรและขบวนการเรียนรู้ของประชาชน การเมืององค์กรทำให้มีพลังเพิ่มขึ้นและมีความยั่งยืน โดยเป็นกลไกของการเรียนรู้ร่วมกัน และการจัดองค์กรชุมชนเป็นองค์กรที่ประชาชน ในชุมชนรวมตัวกันสร้างขึ้นเองและจัดการเองได้ไม่ใช่องค์กรของคนอื่นสร้างให้หรือยึดเสียให้หรือจัดการโดยคนอื่น องค์กรชุมชนที่เกิดขึ้นโดยขบวนการที่คนในชุมชนมาประชุมปรึกษาหารือกันแล้วทำอีกจนปรากฏตัวผู้นำตามธรรมชาติขึ้น มีการจัดการองค์กรมีการวิเคราะห์ปัญหา วินิจฉัยปัญหา วิเคราะห์ทางเลือกและตัดสินใจทางเลือกได้ถูกต้อง (ประเวศ วะสี, 2535, 3) แนวคิดนี้แม้ได้รับการยอมรับกันแล้ว แต่ก็ยังมีความสับสนอยู่หลายอย่างเป็นต้น อะไรคือองค์กรชาวบ้าน องค์กรประกอบมีอะไรบ้างปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาองค์กรชาวบ้าน ดังนั้นควรพยายามทำความเข้าใจในเรื่องนี้หิบบกองค์กรชาวบ้านที่เป็นอยู่ในสภาพปัจจุบันมาสังเคราะห์และสรุปทบทวน จึงเป็นเครื่องมือสำคัญของการทำงานพัฒนา

องค์กรชาวบ้านเป็นระบบใหญ่ระบบหนึ่งของชุมชน ที่มีระบบย่อยต่าง ๆ รวมกลุ่มกันเป็นองค์กรประกอบที่ทำให้องค์กรชาวบ้านดำรงอยู่ได้องค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญพอจำแนกได้หลายประการดังนี้ คือ (สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ, 2540, 3-9)

2.1 การมีอุดมการณ์ร่วมกัน หมายถึง การมีทัศนะต่อโลก สังคม ชุมชน ร่วมกันมีความเข้าใจกันตรงกันว่าชาวบ้านอยู่ในส่วนใดของความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับต่าง ๆ (กาญจนา แก้วเทพ, 2527, 211-212) อุดมการณ์ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะยึดเหนี่ยวทิศทางของการรวมกลุ่มกันเอาไว้ ยิ่งถ้าสามารถกำหนดเป้าหมายระยะยาว หรือวิสัยทัศน์ (Vision) ได้ยิ่งทำให้องค์กรนั้น ๆ มีอุดมการณ์ในการรวมตัวกันได้ดียิ่งขึ้น ตัวอย่างสหกรณ์การเกษตรทำนาแกว จังหวัดขอนแก่น กลุ่มแปรรูปข้าว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด และกลุ่มพรรณไม้ จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้ง 3 องค์กรมีอุดมการณ์ร่วมกันในอันที่จะสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจแก่ชุมชน โดยที่ไม่ละเลยที่จะส่งเสริมความเป็นชุมชนที่มีวัฒนธรรมร่วมกัน (นลินี ดันธุวนิตย์, 2538, 17)

2.2 การมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน ว่าเป็นเป้าหมายที่จะเดินทางไปข้างหน้าองค์กรชาวบ้านทำไปเพื่ออะไร เช่น การมีเป้าหมายเพื่อให้หลุดพ้นจากความยากจนและมีวัตถุประสงค์เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีเป้าหมายเพื่อสร้างอำนาจทางเศรษฐกิจและ การเมืองก็มีวัตถุประสงค์ในการต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจและการเมือง เป็นต้น

2.3 การมีผลประโยชน์ร่วมกัน และการกระจายผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง เป้าหมาย วัตถุประสงค์อาจมีลักษณะนามธรรมมาก แต่ผลประโยชน์มีลักษณะรูปธรรมที่โดยธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนก็ต้องการ องค์กรชุมชนทั่วไปจึงต้องสร้างข้อมูลให้เกิดการรับรู้ทั่วไปว่าผลประโยชน์ของการรวมตัวเป็นองค์กร คืออะไร

2.4 คน เป็นองค์ประกอบสำคัญขององค์กรชาวบ้านมีส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.4.1 ผู้นำ ถือเป็นผู้กุมความอยู่รอดขององค์กรชาวบ้าน หากผู้นำได้รับการยอมรับ มีบารมี มีความสามัคคี ปฏิบัติดี มีความสามารถและคิดถึงส่วนรวมจริง ๆ ก็สามารถนำพาองค์กรชาวบ้านให้ประสบผลสำเร็จและสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรชาวบ้านได้ผู้นำคนหนึ่ง ๆ สามารถจัดอยู่ได้หลายประเภทด้วยกัน โดยมีลักษณะผสมผสานอยู่ในบุคคลเดียวกัน เช่น เป็นผู้นำทางความคิด การปฏิบัติและการเผยแพร่ร่วมอยู่ในบุคคลเดียวกัน อย่างไรก็ตามการจัดประเภทของผู้นำ สามารถจัดได้ดังนี้

2.4.1.1 ผู้นำทางความคิด

2.4.1.1.1 พัฒนาค้นแล้วพัฒนาเศรษฐกิจโดยใช้หลักอริยสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) เน้นให้ชาวบ้านรู้จักตนเอง รู้จักปัญหา รู้จักลดอบายมุข อยากพึ่งตนเองจนนำไปสู่การเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา

2.4.1.1.2 การพึ่งตนเองทางการเกษตรด้วยการทำเกษตรผสมผสานมีความรู้ทางธุรกิจในการซื้อขาย การจัดการและมีการออมทรัพย์

2.4.1.1.3 การวิเคราะห์ชุมชนและทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจเพื่อการพึ่งตนเอง แบ่งกลุ่มชาวบ้านให้ชัดเจน

2.4.1.1.4 วิเคราะห์ศักยภาพกลุ่มคนจน คัดเลือกเกษตรกรรายย่อยที่ยากจนและส่งเสริมให้พวกเขาเข้าร่วมกลุ่มและกระตุ้นผู้นำให้เกิดขึ้นจนเป็นที่ยอมรับ

2.4.1.1.5 การจัดการศึกษาเพื่อชุมชนโดยมีกิจกรรม ที่ร่วมมือกับครู ผู้ปกครองและนักเรียนอย่างใกล้ชิด มีครูร่วมนำชาวบ้านแก้ปัญหาที่ชุมชนและทำกิจกรรมร่วมกับผู้นำ

2.4.1.2 ผู้นำทางด้านศีลธรรม โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้นำเริ่มจากการเทศน์สอน ธรรมฐาน การลดละอบายมุขและประยุกต์กับงานพัฒนา

2.4.1.3 ผู้นำทางด้านอาชีพ เทคนิคการปฏิบัติ แบ่งได้ 2 ประเภท คือ ผู้นำที่เน้นหนักการทำกิจกรรมเฉพาะด้าน เช่น เกษตรผสมผสาน ปศุสัตว์ สัตว์ประรด และผู้นำที่มีกระบวนการทำงานที่ดีกับชาวบ้าน คือ มีความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดประชุม อบรม ศึกษาดูงาน วิเคราะห์ชุมชน จัดอันดับปัญหาเน้นการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน

2.4.1.4 ผู้นำด้านการพูดแบบกระตุ้นเร้าทั้งแนวคิดและการปฏิบัติ การพูดในสิ่งที่ตัวเองทำมาด้วยมือ การพูดอธิบายแบบเรียบ ๆ

2.4.1.5 ผู้นำที่สามารถประยุกต์งานราชการเข้ากับเป้าหมายงานเพื่อชาวบ้าน ได้ โดยเสนอแผนงานและกิจกรรมเข้าสู่หน่วยงานราชการได้

2.4.1.6 ผู้นำทางการประสานทรัพยากรภายในและภายนอกชุมชน การมีบารมีและความสามารถในการระดมทุนภายในชุมชนและภายนอก

2.4.2 สมาชิก การที่สมาชิกมาร่วมมือกันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้งทางความคิด การวางแผน การตัดสินใจ การปฏิบัติและการติดตามประเมินผลตลอดจนมีสิทธิที่จะได้รับผลประโยชน์จากองค์กรนับเป็นบทบาทหน้าที่และสิทธิอันพึงมีของสมาชิกในการรวมกลุ่มเป็นองค์กรชาวบ้าน สมาชิกมีหลายประเภททั้งสมาชิกที่เข้าร่วมคิดร่วมทำงานกับองค์กรอาจจะเข้าร่วมกิจกรรมบ้างไม่เข้าร่วมบ้างและสมาชิกประเภทเฝ้าดูอยู่เฉย ๆ มีมากกว่าประเภทอื่น ๆ ชาวบ้านทั่วไป ที่ไม่เข้าร่วมอยู่ในองค์กรแต่ก็มีผลต่อการดำรงอยู่ และความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน เพราะเป็นกลุ่มคนที่เฝ้าดูติดตามวิพากษ์วิจารณ์และพร้อมจะเข้าร่วมมือ หรือไม่เข้าร่วมมือกับองค์กร

2.5 การบริหารจัดการ ถือเป็นเรื่องซึ่งขาดความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน โดยเฉพาะทุกกิจกรรมมีเรื่องเงิน คน เข้าไปเกี่ยวข้องจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยการจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้ คือ

2.5.1 การตัดสินใจร่วม นับเป็นหัวใจสำคัญของการรวมตัวกันเป็นองค์กรชาวบ้าน เพราะถ้า หากสมาชิกไม่มีโอกาสตัดสินใจด้วยการเป็นเจ้าขององค์กรก็ย่อมไม่มีความอยู่รอด องค์กรจะขาดความตระหนักและช่วยกันประคับประคอง แต่จะปล่อยให้ขึ้นอยู่กับผู้นำว่าจะนำไปทิศทางใด องค์กรจะดีหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับผู้นำ ดังนั้นการทำอะไรที่สำคัญ ๆ ในองค์กรจึงต้องให้สมาชิกในองค์กรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

2.5.2 โครงสร้างบทบาทหน้าที่โดยทั่วไปมีโครงสร้างจัดไว้เป็นรูปแบบมาตรฐาน คือมีประธาน รองประธาน เลขานุการ ประชาสัมพันธ์ ปฏิคม เสรฐัญญิก ฝ่ายซื้อ ฝ่ายขาย ตรวจสอบกรรมการอื่น ๆ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันตามตำแหน่งโครงสร้างนี้ อาจไม่จำเป็นสำหรับองค์กรที่มีเนื้อหางานชัดเจน ควรมีตำแหน่งที่มีเนื้อหางานให้ปฏิบัติจริง

2.5.3 สถานที่และวัสดุอุปกรณ์เพื่อเป็นศูนย์กลางของการรวมตัวกันสำหรับการประชุม การจัดกิจกรรม การเก็บวัสดุอุปกรณ์และการใช้ประโยชน์อื่น ๆ สำหรับชุมชน

2.5.4 กฎกติการ่วมกัน เพื่อ ยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติและเป็นข้อตกลงร่วมกันการที่คนหลายคนมารวมกลุ่มกัน ย่อมมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันหรือขัดแย้งกัน ทักษะต่อการปฏิบัติตามจึงเป็นสิ่งสำคัญขององค์กรชาวบ้าน

2.5.5 การสื่อสารระหว่างผู้นำกับสมาชิกองค์กรชุมชน ซึ่งมีหลายรูปแบบเป็นต้นว่า การจัดการประชุมชี้แจงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาข้อสรุปร่วมกัน การแจ้งข้อมูลข่าวสาร หอกระจายข่าว การประชุมแกนนำองค์กร และกระจายข้อมูลต่อในกลุ่มย่อย การใช้ความสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรมระหว่างผู้นำและสมาชิกในการส่งต่อ และรับข้อมูลข่าวสารความรู้ระหว่างกัน (ชาติชาย ณ เชียงใหม่, 2533, 204-206) ฯลฯ การสื่อสารนี้มีความสำคัญในการช่วยให้เกิดการรับรู้เข้าใจและร่วมมือกันมากขึ้น หากไม่มีการสื่อสาร หรือมีน้อยหรือการสื่อสารไขว้เขวจากความเป็นจริง การที่จะประสบผลสำเร็จในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็เป็นไปได้

2.5.6 การควบคุมการตรวจสอบ เมื่อมีการแบ่งบทบาทหน้าที่แล้ว ต้องมีการควบคุมตรวจสอบกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการรับรู้อย่างโปร่งใส โดยเฉพาะกิจกรรมพัฒนาเกือบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการเงิน ถ้าอยู่ในมือเหรียญหรือฝ่ายการเงินเพียงคนเดียว ย่อมมีโอกาสเกิดการรั่วไหลเงินสูญหายหรือถูกนำไปใช้ก่อน การควบคุมตรวจสอบกันและกันอยู่เสมอ จะช่วยให้องค์กรหรือชาวบ้านไม่มีปัญหาหรือแก้ปัญหาได้แต่เนิ่น ๆ

2.6 กิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกฝนและการปฏิบัติจริงที่อยู่ที่การพัฒนา โดยทั่วไปกิจกรรมในชุมชนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรมเป็นหลัก บางชุมชนอาจมีกิจกรรมทางการเมืองบ้างในยุคปัจจุบันก็มีกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมมากขึ้นตามสภาวะบ้านเมืองที่มีปัญหามากขึ้น กิจกรรมในด้านเศรษฐกิจที่นิยมทำกันมากในชนบท คือ กลุ่มออมทรัพย์ ศูนย์สาธิตการตลาด กลุ่มปุ๋ย ธนาคารข้าว กลุ่มทอผ้าพื้นเมือง เป็นต้น

2.7 งบประมาณ เพื่อที่จะสามารถดำเนินงานไปด้วยดี จำเป็นที่จะต้องมีการระดมหุ้นทั้งภายในและภายนอกเพื่อทำกิจกรรมได้ ความคุ้นเคยในการถูกพัฒนาจากคนภายนอกทั้งรัฐและเอกชน ทำให้ชาวบ้านมักรอคอยงบประมาณจากภายนอกถึงจะช่วยกันทำงานพัฒนา แต่ในทางความเป็นจริงที่ดีแล้ว ควรมีการระดมหุ้นจากภายในชุมชนเมื่อขาดเหลือแล้วค่อยแสวงหางบประมาณจากภายนอก ในองค์กรหนึ่ง ๆ ควรมีงบประมาณ 1,000,000 บาทต่อชาวบ้าน 100 ราย ๆ ละ 1,000 บาท ที่มีเงินหมุนเวียนสำหรับใช้พัฒนาชีวิตของตนเองและครอบครัว โดยสามารถทำกิจกรรมหลาย ๆ กิจกรรมให้เกื้อหนุนกัน

แนวคิดการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบของการวิจัยแบบใหม่ ที่ประยุกต์และเป็นการรวมเอาแนวความคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) มาผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยเป็นการวิจัยที่เกิดขึ้นจากความคิดที่ว่า การวิจัยเป็นกิจกรรมทางสังคมที่จะต้องใช้ทรัพยากรของสังคมในการศึกษา จึงเป็นสมบัติของสังคม และเป็นการกระทำที่มุ่งหมายจะให้ประโยชน์หรือเป็นการรับใช้สังคม ด้วยเหตุนี้การวิจัยจึงควรคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุด และการวิจัยที่จะให้ผลประโยชน์สูงสุดนั้น ย่อมเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research for Development) หรือการวิจัยพัฒนา (Research and Development) โดยที่การพัฒนาและการเป็นหุ้นส่วนจะต้องเดินทางร่วมกัน ดังนั้น ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนอย่างมีเสรีและเป็นประชาธิปไตย โดยจุดที่แตกต่างกันของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมก็คือ การวิจัยแบบมีส่วนร่วมนั้น เป็นการวิจัย ที่เน้นในมิติของการเก็บข้อมูล แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการประยุกต์หาวิธีการแก้ไขปัญหาไปพร้อม ๆ กัน หรือกล่าวได้ว่ามีการแสวงหาแนวความคิดและแนวทางในการแก้ไขปัญหาและทรัพยากรที่ผู้ถูกวิจัยมีอยู่เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหา

1. ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

สุภางค์ จันทวานิช (2531) กล่าวถึง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง วิธีการที่ให้ ผู้ถูกวิจัย (ชาวบ้าน) เข้ามามีส่วนร่วมวิจัยเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่ การระบุปัญหาการดำเนินการ การช่วยให้ข้อมูล และช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนช่วยหาวิธีแก้ไขหรือส่งเสริมกิจกรรมนั้น ๆ

อมรา พงศาพิชญ์ (2537) ได้ให้คำนิยามของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยประชาชนมีส่วนร่วม คือ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับชุมชน โดยนักวิจัยและชาวบ้านร่วมกันศึกษา ชาวบ้านตั้งคำถาม ช่วยให้ข้อมูลและอยู่ในทีมวิจัยด้วย เน้นการให้ความสำคัญกับข้อมูลและความคิดชาวบ้าน การเก็บข้อมูลเป็นการแลกเปลี่ยนข่าวสารแบบ Two-way Communication และการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นักวิจัยและชาวบ้านศึกษาสภาพชุมชนร่วมกัน รวมทั้งแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา ในการศึกษาชุมชนจึงศึกษาชุมชนโดยเน้นการศึกษาปัญหาและศึกษาทรัพยากรในท้องถิ่น เพื่อช่วยแก้ปัญหา

อุทัย ดุลยเกษม (2536) กล่าวถึง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยประชาชนมีส่วนร่วมว่า เป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประชาชนผู้เคยเป็นประชากรที่ถูกวิจัยกลับบทบาทเปลี่ยนเป็นผู้ร่วมในการทำวิจัยนั่นเอง โดยการมีส่วนร่วมนี้จะต้องมีตลอดกระบวนการวิจัย นับแต่การตัดสินใจ ควรมีการริเริ่มศึกษาวิจัยในชุมชนนั้นหรือไม่ การประมวลเหตุการณ์ หลักสูตรและข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหา

วิจัย การเลือกกระบวนการประเด็นปัญหาการสร้างเครื่องมือ การเก็บข้อมูล วิเคราะห์และเสนอสิ่งที่ค้นพบ จนกระทั่งถึงการกระจายความรู้ที่ได้จาก การวิจัยไปสู่การลงปฏิบัติ

ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์ (2536) ได้สรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการรวมทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเข้าด้วยกัน กล่าวคือ เป็นการวิจัยที่พยายามศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางแก้ปัญหา วางแผนดำเนินเพื่อแก้ไขปัญหา ปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล โดยทุกขั้นตอนมีสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมด้วย มีผู้ให้คำนิยามการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ 3 ประการ คือ

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) หมายความว่า การร่วมกันดำเนินกระบวนการวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งที่เป็นชาวบ้าน และนักพัฒนา กับผู้วิจัยภายนอก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพความจริงของสังคมนั้น และเพื่อให้เห็นภาพแห่งคุณลักษณะสำคัญของการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เด่นชัด

2. คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

คุณลักษณะสำคัญของงานวิจัยรูปแบบดังกล่าวเมื่อเทียบกับงานวิจัยแบบดั้งเดิม สามารถสรุปได้จากผลงานความคิดของพันธุทิพย์ รามสูตร ได้ดังนี้

ประเด็น เปรียบเทียบการวิจัยแบบดั้งเดิมการ
รูปแบบ เป็นพิมพ์เขียวที่กำหนดให้

อุดมการณ์/ปรัชญา เน้นกลุ่มคนชั้นสูง
จุดมุ่งหมาย ไม่ผูกพันทำให้ได้ข้อมูลเพื่อตอบปัญหาการวิจัย

กรอบการวิจัย กำหนดโดยนักวิจัย
จุดเน้น วัตถุประสงค์การสร้างสิ่งของคนเริ่มที่คนเป็นหลัก
เป้าหมาย กำหนดไว้ล่วงหน้า

ยุทธวิธี เน้นการวางแผนที่อ้างว่าชาวบ้านไม่สามารถวางแผนเองได้

วิธีการ เข้มงวดรัดกุม เน้นหลักการวิจัยเชิงปริมาณ
มองมิติชุมชนที่ศึกษา และใช้เทคโนโลยีหรือ
ระเบียบวิธีการขั้นสูง
การวิเคราะห์สถานการณ์ เน้นการย่อส่วน (Reductionism)
รูปแบบการพัฒนา ควบคุม ชี้นำและให้แรงจูงใจเป็นวัตถุ
เน้นการทำงานตามแผนและส่งเสริมวัฒนธรรมการพึ่งพา

มองชาวบ้าน เป็นผู้รับประโยชน์จากความสำเร็จของโครงการวิจัย

ผลลัพธ์ (Output) เน้นวัตถุที่เป็นผลิตผลของโครงการ
เช่น รั้ว ถนน อาคารเป็นต้น

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เน้นกระบวนการที่ปรับเปลี่ยนได้ตาม
สถานการณ์

เน้นกลุ่มคนที่คอยโอกาสในสังคมคนชนขอบ
มีพันธกรณีระหว่างนักวิจัยกับชาวบ้าน
ที่จะร่วมกันเพื่อสิทธิของมนุษย์

องค์กรกำหนดโดยประชาชนในพื้นที่
ทำให้คนมีคุณค่าสร้างภาคภูมิใจและกำลังใ
หน้าปรับเปลี่ยนตามความต้องการของ
ท้องถิ่นตามเงื่อนไขความเหมาะสม

เน้นการมีส่วนร่วม เชื่อมมั่นใน
ความสามารถในการเรียนรู้ของคน

เรียบง่าย ใช้วิธีการที่ชาวบ้าน
รู้จักและถนัด มองชุมชนอย่าง

เป็นองค์รวม และใช้เทคโนโลยีชาวบ้าน

การมององค์รวม (Holistic Approach)

ปลดปล่อย สร้างกำลังอำนาจในการคิด

และต่อรองให้สำเร็จในสิ่งที่ได้กระทำ

โดยมีแรงจูงใจคือความภูมิใจในศักดิ์ศรี

ของตน และเป็นการส่งเสริมวัฒนธรรม

การพึ่งพาตนเอง

เป็นผู้ทำประโยชน์ เป็นผู้ลงมือกระทำ

โครงการสำเร็จและมีมีส่วนร่วม

ไม่เน้นวัตถุ แต่เน้นความสามารถของ

ชุมชน เน้นการเรียนรู้ ความพอใจ ความ

หลากหลาย กำลังใจและแรงใจของ

ประชาชน

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ปัญหาสำคัญของการพัฒนาที่ผ่านมามิใช่การขาดความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่อยู่ที่ว่าการกระจายผลพวงของการพัฒนายังไม่ตกไปถึงมือผู้ยากไร้และขัดสนจริง ๆ ทำนองเดียวกันกับการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ประสบปัญหาในลักษณะดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นการวิจัยเพื่อแสวงหารูปแบบเพื่อการพัฒนาการวิจัย เพื่อการวางแผนหรือการวิจัยเพื่อนำเอาวิทยาการสมัยใหม่ไปปรับใช้ในชนบท ต่างก็มีได้ช่วยให้กระบวนการพัฒนาและผลพวงของการศึกษาคงถึงกลุ่มคนที่ควรจะเป็นเป้าหมายที่แท้จริงอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยแต่อย่างไร (สุริชัย หวันแก้ว, 2523, 25) ทั้งนี้ก็อาจเป็นเพราะว่างานวิจัยแบบดั้งเดิมเพื่อการพัฒนาชุมชนนั้นจะให้ความสำคัญกับชาวบ้านในฐานะที่เป็น “ผู้ถูกวิจัย” และมักจะกั้นผู้ถูกวิจัยออกไปหรือปฏิบัติต่อเขาในฐานะที่เป็นเพียงแหล่งข้อมูลดิบ วิธีการวิจัยต่าง ๆ แบบแผนการวิจัย ระเบียบวิธี การรวบรวม ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนกรอบแนวความคิดทางทฤษฎีต่าง ๆ จะถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว และนักวิชาการหรือนักวิจัย ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกชุมชนมักจะเป็นผู้กำหนดหรือผู้วิเคราะห์และสรุปว่าปัญหาในชุมชนหนึ่ง ๆ นั้นได้แก่อะไรบ้างซึ่งถ้าโครงการวิจัยนั้นทำโดยนักวิชาการหรือนักวิจัยสาขาใด การกำหนดปัญหาของชุมชนมักขึ้นอยู่กับศาสตร์ (Discipline) หรือความสนใจของนักวิชาการหรือนักวิจัยสาขานั้น ๆ และหากการวิจัยนั้น ๆ ได้รับการมอบหมายให้หน่วยงานหนึ่งที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบหน่วยงานนั้น ๆ ก็มักจะทำการศึกษาวิจัยเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสำหรับหน่วยงานของตน การกำหนดปัญหาเพื่อการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนจึงเป็นไปเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยงานนั้น ๆ มากกว่าเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน (โกวิท กระจ่าง, 2522, 43) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความร่วมมือของประชาชนในการรวบรวมข้อมูลปัญหาทั้งหลายนั้นอยู่ในวงจำกัดและประชาชนเกือบจะไม่ได้อะไรจากการวิจัยอันเป็นองค์ความรู้เหล่านั้นเลย (กมล สุดประเสริฐ, 2540, 7)

ต่อมาแทนที่จะเป็นการศึกษาโดยนักวิจัยฝ่ายเดียว จึงได้มีการปรับใช้วิธีการศึกษาเป็นแบบสองทาง คือ ผู้ถูกศึกษา หรือ สมาชิกของชุมชน ได้มีโอกาสรับรู้ด้วยว่านักวิจัยกำลังศึกษาเรื่องอะไร เพื่ออะไร เป็นต้น และจะได้มีส่วนร่วมในการศึกษานั้น เมื่อสมาชิกในชุมชนเข้าใจในโครงการวิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัย (อकिन รพีพัฒน์และคณะ, 2536, 10-11) และผู้วิจัยยอมรับการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือประชาชน โดยการเชื่อมโยงระหว่างความร่วมมือของชุมชนในการตัดสินใจกับวิธีการศึกษาสภาพปัญหา ซึ่งใช้ความพยายามทุกวิถีทางที่จะพัฒนาแนวทางการวิจัยให้รวมเอาผู้ที่คาดว่าจะได้รับประโยชน์จากการวิจัยเอาไว้ด้วย และให้เข้ามามีบทบาทตั้งแต่เริ่มวางแผนโครงการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล การตีความของข้อมูล การเชื่อมโยงดังกล่าวนี้ เป็นวิธีการวิจัยที่เรียกว่า การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) ซึ่งการวิจัยแบบนี้เข้ามามีบทบาทในฐานะ

ที่เป็นทางเลือกและนวัตกรรมเพื่อใช้ในการพัฒนาชุมชนตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1960 เป็นต้นมา การวิจัยแบบมีส่วนร่วมได้รับการพัฒนาเป็นระยะ ๆ ปัจจุบันได้มีการใช้การวิจัยแบบนี้มากขึ้นทั้งภาครัฐบาลและเอกชน (โกวิท กระจ่าง, 2522, 40)

แนวคิดพื้นฐานและวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์ (2536) ได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ การวิจัยเริ่มต้นจากสถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะหนึ่ง เคลื่อนที่ไปยังสถานการณ์ที่ควรจะเป็นอนาคตซึ่งไม่อาจทำนายได้โดยการเคลื่อนที่ดังกล่าวเกิดขึ้นได้ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงเองในสถานการณ์นั้น ถูกกระทบจากเหตุการณ์แวดล้อมนอกกระบวนการวิจัยและเกิดจากกระบวนการวิจัยรวมทั้งผู้ร่วมในการวิจัยเอง การเกิดขึ้นของการเปลี่ยนแปลงจะต้องถูกเก็บมาเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์และตัดสินใจในการเคลื่อนไหวของกิจกรรมต่อ ๆ มาในกระบวนการวิจัยเสมอ ดังนั้นกระบวนการวิจัยจึงต้องมีลักษณะยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้กำหนดเวลาอาจคลาดเคลื่อนไม่มีความแน่นอน สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาและกิจกรรมแก้ไขปัญหาไม่สามารถกำหนดไว้ล่วงหน้าได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะประสบความสำเร็จได้เมื่อนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่าคนทุกคนมีศักยภาพและความสามารถในการคิดและการทำงานร่วมกันเพื่อชุมชนที่ดีขึ้น ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญเช่นเดียวกับภูมิปัญญาของนักวิจัย นักวิชาการหรือนักพัฒนาและทุกสิ่งทุกอย่างในชุมชนทั้งเรื่องของความรู้ ความชำนาญ ทรัพยากรที่มีอยู่และจะหาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเหมาะสมกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มจากความรู้สึกของคนที่มีปัญหาหรือความต้องการของชุมชนแล้วเคลื่อนสู่การสร้างความเข้าใจและการกระทำที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองและชุมชนทั้งในมิติของปัญหา จิตใจ และกายภาพ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินอย่าง ต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดในวงจร แต่เป็นการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ซึ่งเป็นวงจรของการแสวงหาความรู้และการกระทำโดยวงจรนี้จะดำรงอยู่และดำเนินต่อไปได้ราบเท่าที่คนในชุมชนยังสามารถมีส่วนร่วมกันวิจัยอยู่ได้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมนี้มีเป้าหมายการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ได้พัฒนาตนเองในการนำไปสู่การพัฒนาชุมชนและสังคมทุกท่านซึ่งสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. เพื่อปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนได้ตระหนักในปัญหาของตนเองและเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของตนเองและชุมชน

2. เพื่อดำเนินการวิจัยโดยเน้นการวิเคราะห์ การเก็บรวบรวม การวิเคราะห์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ กำหนดปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยอาจร่วมกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ

3. เพื่อร่วมกับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มและการทำงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาชุมชน อีกทั้งผลักดันให้กิจกรรมทั้งหมดดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

3. ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยแบบ PAR

สุรียา วีรวงศ์ (ม.ป.ป.) ได้เสนอว่า การทำวิจัยแบบ “PAR” มีขั้นตอนสำคัญๆ ในการดำเนินการอยู่ 2 ขั้นตอนหลักดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ

1. การคัดเลือกชุมชนและการเข้าสู่ชุมชน
2. การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน

2. ขั้นตอนการวิจัย เพื่อการวางแผนพัฒนาตามแผนและการติดตามประเมินผล

1. การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน
2. การพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ โครงการพัฒนา
3. การกำหนดแผนงาน โครงการและการจัดการ
4. การปฏิบัติตามโครงการ
5. การติดตามประเมินผล

รายละเอียดมีดังนี้

ขั้นตอนการเตรียมการ (Pre-research Phase)

1. การคัดเลือกชุมชนและการเข้าสู่ชุมชน (Selecting and Entering Community)

ข้อมูลชุมชนเป็นสิ่งสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำมาประกอบการพิจารณาตัดสินใจเลือกพื้นที่ดำเนินการ ข้อมูลดังกล่าวควรเป็นข้อมูลทุกด้าน อาทิ กายภาพ-ชีวภาพ สังคม-วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี ฯลฯ ในการรวบรวมข้อมูลดังกล่าวควรรวบรวมทั้งข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับแหล่งข้อมูลในขั้นตอนนี้จะเป็นแหล่งข้อมูลจากหน่วยงานราชการ อาทิ กชช. 2ค จปฐ. และข้อมูลองค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องกับหัวเรื่องวิจัยและพัฒนาที่กำหนดไว้หรือนักวิจัยจะดำเนินการจัดเก็บเองโดยการสำรวจชุมชน (Survey) มีการติดต่อกับผู้นำและบุคคลสำคัญในชุมชนเป็นเบื้องต้นไว้

2. การสร้างความสัมพันธ์ (Building-up Rapport)

การเริ่มวางโครงการวิจัยและพัฒนาในชุมชนมิได้ขึ้นอยู่กับเจตน์จำนงของผู้วิจัยฝ่ายเดียว ย่อมต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยความพร้อมของชุมชนด้วย นักวิจัยจะต้องเริ่มดำเนินการสร้างความสัมพันธ์กับชาวบ้านด้วยการแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการทั้งในรูปของการพูดคุยไม่เป็นทางการและการจัดประชุมกึ่งทางการรวมทั้งการประชาสัมพันธ์โครงการให้ชุมชนได้รับรู้

การไปพักอาศัยอยู่กับชาวบ้านเป็นวิธีสร้างความสัมพันธ์ขั้นต้นที่ดีที่สุด ประเด็นสำคัญ คือ การปฏิบัติตนของนักวิจัยต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน นักวิจัยควรร่วมกิจกรรมทุกอย่างของชุมชน โดยไม่แสดงความรังเกียจหรือไม่เต็มใจ การกระทำดังกล่าวเป็นเครื่องช่วยให้นักวิจัยเข้าใจโลกทัศน์ของชาวบ้านได้เร็วขึ้น และพร้อมกันนั้นชาวบ้านก็ยอมรับนักวิจัยเป็นสมาชิกของชุมชนได้โดยสนิทใจ เมื่อนักวิจัยได้สร้างความคุ้นเคยกับชาวบ้านแล้วจะวางตัวเป็นคนนอกไม่ยุ่งเกี่ยวกับชีวิตของชุมชนไม่ได้ เพราะชาวบ้านจะคาดหวังให้เข้ามามีส่วนร่วม ถ้าไม่ทำจะขาดความศรัทธาและไมตรี นักวิจัยต้องแสดงความเป็นผู้มีน้ำใจที่เอื้ออาทรต่อชาวบ้าน เช่น รับประทานอาหารที่ชาวบ้านขอร้อง รับฟังเรื่องราวร้องทุกข์ร้อน ให้คำปรึกษาในเรื่องที่ชาวบ้านต้องการ สิ่งเหล่านี้ช่วยโครงการพัฒนาดำเนินไปด้วยดี แต่นักวิจัยก็ต้องระมัดระวังในสองเรื่อง คือ ระวังมิให้ตนมีบทบาทเกินกว่าที่ควรเป็น และระวังมิให้เกิดความลำเอียงในการดำเนินงาน

ในบางกรณี นักวิจัยอาจสร้างความสนิทสนมกับคนในชุมชนคนใดคนหนึ่งเป็นพิเศษและให้คนนั้นเป็นกุญแจแนะนำคนอื่นๆ ต่อไป นักสังคมวิทยาเรียกวิธีการนี้ว่า Snow Ball Sampling Technique นั่นคือ การเริ่มจากคนๆ หนึ่งไปสู่กลุ่มคนที่ศึกษาค่อย ๆ พอกพูนขึ้นเหมือนก้อนหิมะที่กลิ้งไปแล้วมีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ การเข้ากลุ่มตามเพศและวัย เช่น กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มคนชรา กลุ่มสมาชิกสภาแพ ก็ช่วยให้สร้างความสัมพันธ์ได้ดีและได้ข้อมูลที่ดี โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการเมืองในท้องถิ่นและ โครงสร้างความสัมพันธ์ในชุมชนนั้นๆ

ขั้นตอนการวิจัย (Research Phase)

1. การศึกษาและการวิเคราะห์ปัญหาชุมชน (Problem Identification and Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการเน้นการศึกษาวิเคราะห์ชุมชนและการให้การศึกษาแก่ชุมชน (Community Education Participation = CEP) พร้อมกันไปโดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ด้วยการฝึกปฏิบัติ วิธีการจะเป็นการอภิปรายถกปัญหา (Dialogue) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับชาวบ้านทั้งที่เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนระดับบุคคลและระดับกลุ่ม เพื่อเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน (Need Assessment) พร้อมกันไปกับการประเมินความเป็นไปได้ในด้านทรัพยากร (Resource Assessment) ที่มีอยู่ทั้ง ในชุมชนและนอกชุมชน ทั้งที่เป็นทรัพยากรมนุษย์

โดยเฉพาะภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติและทรัพยากรจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งนี้ เพื่อจะได้นำทรัพยากรต่าง ๆ ดังกล่าวมาใช้ในการกำหนดแผนเพื่อการจัดทำโครงการต่อไป

2. การพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโครงการ (Project Appraisal and Identification)

ตามที่โครงการ “PAR” เน้นย้ำให้สมาชิกในชุมชนเป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการกำหนดปัญหาความต้องการของชุมชน การประเมินทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อนำทรัพยากรเหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตลอดจนการตัดสินใจ การเจรจาต่อรองและการจัดการเพื่อการทำโครงการใหม่ ดังนั้น เมื่อมีการวิเคราะห์โดยการประเมินจากความต้องการของชุมชนและการประเมินทรัพยากรชุมชนจะทำให้ชาวบ้านและนักวิจัยได้ทางเลือกหรือโครงการที่ควรดำเนินการในเงื่อนไขของทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างไรก็ตาม แนวทางแก้ไขปัญหานี้ ในความจริงจะมีหลายแนวทาง เพราะปัญหาในชุมชนมักมีอยู่หลายปัญหาซ้อนกันอยู่ ซึ่งสภาพเช่นนี้ เป็นสภาพปกติธรรมดาของปรากฏการณ์สังคม ชาวบ้านและนักวิจัยจึงจำเป็นต้องพิจารณาร่วมกันว่า ปัญหาใดเร่งด่วนกว่ากัน และวิธีแก้ไขปัญหาคด้วยวิธีใดจึงเหมาะสมกับพื้นที่ ความเข้ากันได้กับขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน โครงการพัฒนาที่เหมาะสมแก้ปัญหาก็ได้ แต่ต้องลงทุนสูงมากก็อาจถือเป็นโครงการที่ไม่เหมาะสมหรือมีความเป็นไปได้น้อย โครงการที่ขัดต่อค่านิยมของชาวบ้านก็จะมีความเป็นไปได้น้อยเช่นกัน การพิจารณาในขั้นนี้จึงเป็นการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ เงื่อนไขอีกประการหนึ่งที่สำคัญมาก คือ ชาวบ้านควรมีบทบาทเป็นตัวหลักในการเลือกกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา แนวทาง แก้ไข และกำหนดโครงการหรือกิจกรรมพัฒนาที่จะทำ หน่วยงานใดก็ตามไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชนที่ได้เข้ามาถึงหมู่บ้านจะมาพยายามชักจูงชาวบ้านให้ร่วมกิจกรรมพัฒนาที่หน่วยงานนั้นกำหนดไว้แล้ว โดยไม่สนใจกับปัญหาที่แท้จริงหรือความสอดคล้องกับสภาพของชุมชนนั้นๆ ไม่นับว่าเป็นโครงการที่ชาวบ้านมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

3. กำหนดแผนงานโครงการและการจัดการ (Planning Phase)

กิจกรรมในช่วงนี้จะเป็นกระบวนการตัดสินใจร่วมกันเพื่อคัดเลือกโครงการและกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ ดังนั้น เพื่อความมั่นใจว่าโครงการที่ได้รับการคัดเลือกมานั้นเป็นโครงการที่ประชากรในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ดังนั้น หลังจากที่มีการดำเนินการผ่านขั้นตอนที่ 2 มาแล้วผู้วิจัยควรจะต้องมีวิธีการที่จะกระตุ้นให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมให้มากยิ่งขึ้นโดยการสนับสนุนและช่วยเหลือจากนักวิชาการ/นักปฏิบัติที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพัฒนาที่กำหนดในโครงการ อาทิ นักพัฒนาด้านโภชนาการ ด้านการเกษตร ด้านการพัฒนาอาชีพ ฯลฯ และเพื่อนำไปสู่การนำโครงการไปปฏิบัติได้ โดยจะต้องให้มีการตอบคำถามร่วมกันของกลุ่มผู้ดำเนินงานใน

ประเด็นที่เกี่ยวกับว่า โครงการนั้นเป็นโครงการที่มีกิจกรรมอะไร ใครเป็นผู้ทำและทำอย่างไร อาทิ จะต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในโครงการดังกล่าว เช่น การแสวงหางบประมาณและหน่วยงานสนับสนุนจะต้องมีการกำหนดให้ชัดว่า “ใคร” จะเป็นผู้รับผิดชอบในการเจรจาต่อรองและดึงทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกมาใช้ตามที่กำหนดไว้ในแผนหรือโครงการ

ในขั้นตอนนี้ควรให้ชาวบ้านจัดให้มีแกนนำเป็นกลุ่มทำงานหรือองค์กรเพื่อรองรับการทำโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาและมีการสร้างข้อตกลงระหว่างชาวบ้านหรือกลุ่มทำงาน องค์กรที่จะรองรับโครงการที่คัดเลือกในข้อ 2.3 อาจเป็นองค์กรที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้านหรือในพื้นที่ข้อเสนอแนะ คือ พยายามใช้องค์กรที่มีอยู่แล้วในพื้นที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบต.) ได้ทำบทบาทหน้าที่ทางด้านนี้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าพิจารณาเห็นว่าองค์กรที่มีอยู่แล้วไม่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และวิธีการทำงานก็อาจจัดตั้งองค์กรชุมชนขึ้นใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับงานที่จะทำให้มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็้องค์กรใหม่หรือองค์กรเดิม รายละเอียดของการทำงานในโครงการที่คัดเลือกในข้อ 2.3 จะต้องเป็นที่รู้จักดีในหมู่สมาชิก บทบาทของนักวิจัยและหรือนักพัฒนาในระยะนี้คือการชี้แจงรายละเอียดของโครงการและประสานงานให้ชาวบ้านตกลงกันให้ได้ว่าใครจะต้องรับผิดชอบในเรื่องอะไรบ้าง กำหนดข้อตกลงกันในรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินงานในทุกขั้นตอน ให้ทุกคนรับรู้ความรับผิดชอบซึ่งกันและกัน ข้อตกลงทุกเรื่องจะต้องเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย มีความโปร่งใส และตรวจสอบได้

4. การนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Phase)

ขั้นตอนของการนำแผนไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง คำถามที่ผู้วิจัยจะต้องใช้ถามกันในกลุ่มหรือคณะทำงาน เพื่อการดำเนินงานขั้นนี้ คือ ทำอะไร ที่ไหน ใครทำ ทำเมื่อไรและทำอย่างไร เนื่องจากขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจปฏิบัติงานตามโครงการ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบด้านการเงิน วัสดุ และเทคนิค ฯลฯ ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าของโครงการตามที่ได้มีการติดต่อเจรจาต่อรองขอมมา เพื่อการทำโครงการขั้นตอนที่ 2.3 โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งนักวิชาการ ชาวบ้าน/องค์กรชุมชน และนักพัฒนาที่เกี่ยวข้อง

5. การติดตามประเมินผลโครงการ (Monitoring and Evaluation Phase)

การติดตามและประเมินผล โครงการนับเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและขาดไม่ได้ในกระบวนการวิจัยแบบ “PAR” การติดตามผล หมายถึง การตรวจสอบของชาวบ้านหรือองค์กรชาวบ้านตลอดเวลาว่า งานหรือกิจกรรมที่ได้เริ่มทำไปในขั้นตอนที่ 2.4 นั้น สามารถดำเนินงานไปได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ ในการตรวจสอบผู้ติดตามประเมินผลควรใช้การตรวจสอบโดยคำถามชุดเดิม คือ ทำอะไร ใครทำ ทำเมื่อไร ทำที่ไหน และทำอย่างไร เพื่อตรวจสอบว่าในระยะหลังจากที่

ได้เริ่มดำเนินงานแล้ว งานได้ดำเนินต่อไปอย่างเหมาะสมหรือมีปัญหาอุปสรรคอย่างไรหรือไม่ เพื่อที่จะได้มีการจัดการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมได้ทันการ

สำหรับกลไกในการติดตามประเมินผลนั้น อาจจะเป็นทั้งลักษณะของการติดตาม ประเมินผลในรูปแบบที่มีการกำหนดระยะเวลา วิธีการ หรือมีแบบฟอร์มเพื่อใช้ในการตรวจสอบ งานอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นแนวทางให้ชาวบ้าน องค์กรชาวบ้านนำไปใช้ได้ หรือเป็นการติดตาม ประเมินผลโดยการจัดกลุ่มอภิปรายถึงกระบวนการของการดำเนินโครงการเพื่อหาข้อบกพร่องจะได้แก้ไขได้ทันการ และในขณะเดียวกันก็เพื่อจะหาข้อดีซึ่งจะได้เป็นบทเรียนในการที่จะนำไป ปฏิบัติในโครงการเดิมที่จะทำต่อไป หรือโครงการใหม่

นักวิจัยภายนอกควรกระตุ้นด้วยการเสนอให้ชาวบ้านจัดตั้งกลุ่มทำงานติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานของหมู่บ้านขึ้นมา และถ้าทางกลุ่มทำงานขาดความรู้และทักษะในด้านนี้ และร้องขอ ว่าเป็นความจำเป็นที่จะต้องหาความรู้ในวิธีการดังกล่าว นักวิจัยก็ควรจะต้องประสานและจัดหาผู้มี ความรู้มาฝึกอบรมให้กับกลุ่มทำงานเพื่อให้มีความรู้ความสามารถนำไปปฏิบัติได้

งานการติดตามประเมินผลเป็นงานสำคัญงานหนึ่งในการวัดผลสำเร็จของโครงการ หาก โครงการใดไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 3-5 ปี ก็อาจเป็นข้อพิถุนถึง ความไม่ประสบผลสำเร็จของโครงการ และเป็นการแสดงให้เห็นถึงความย่อหย่อนด้าน ความสามารถของชุมชนหรือองค์กรชุมชนในการสานต่อโครงการวิจัยและพัฒนา ซึ่งเป็นการแสดง ถึงการไม่สามารถบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์การพัฒนาที่มุ่งเน้นให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและ สามารถพึ่งพาตนเองได้

การแบ่งขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นการแบ่งเพื่อให้เกิดความชัดเจน และเพื่อเป็นแนวทาง ในการพิจารณาบททวนการดำเนินงานในแต่ละระยะของโครงการ แต่ในการปฏิบัติแล้วขั้นตอนต่าง ๆ เหล่านี้จะมีระยะเวลาการดำเนินการคาบเกี่ยวกันหรือกระทำการไปพร้อมๆ กัน บางครั้งอาจต้อง เริ่มขั้นหนึ่งก่อน แล้วจึงจะเริ่มขั้นต่อไปได้ และบางครั้งอาจต้องย้อนกลับไปทำขั้นตอนต้นๆ ใหม่ ทั้งนี้ เพราะในกระบวนการการทำงานวิจัยและพัฒนาร่วมกับชาวบ้านโดยเฉพาะในรูปแบบที่เป็น การสร้างเสริมและสนับสนุนประชาชนและหรือองค์กรชาวบ้านให้เข้มแข็งนั้น ไม่สามารถที่จะทำ ให้สำเร็จเป็นขั้นเป็นตอนภายในระยะเวลาอันรวดเร็วได้ เนื่องจากมีเงื่อนไขหลายประการที่จะต้อง คำนึงถึงโดยเฉพาะในด้านความพร้อม ความเข้าใจปัญหาพื้นฐานของประชาชนและปัญหาสภาพ พื้นที่ของแต่ละท้องถิ่น ดังนั้น กระบวนการทำงานวิจัยและพัฒนาโดยเน้นหลักการพัฒนาโดย ประชาชนมีส่วนร่วม นั้น ก็คือ กระบวนการเรียนรู้ไปพร้อมๆ กันระหว่างนักวิชาการ/นักวิจัย เจ้าหน้าที่ของรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชน ในการที่จะร่วมมือและประสานการทำงาน พัฒนาไปด้วยกัน

อาจกล่าวโดยสรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไม่ต่างจากการจัดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน เนื่องจากอาสาพัฒนาสามารถศึกษาได้จากเอกสารเรื่องการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การจัดเวทีประชาคม และอื่นๆ อยู่แล้ว การเชิญชวนนักวิจัยชาวบ้านที่หมายตาไว้และคนในชุมชนระดมพลังมาช่วยกันคิดวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน หาคำตอบและตัดสินใจเป็นจุดเริ่มของการทำงาน ซึ่งอาจเริ่มต้นจากคำถามต่อไปนี้ สถานการณ์ของชุมชนเป็นอย่างไรและได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจภายนอกหรือไม่เพียงใด ใครบ้างในชุมชนที่ได้รับผลกระทบและคนๆ นั้นถูกระทบในทางใด (วิเคราะห์ตรงกับการศึกษาปรากฏการณ์ และการตั้งโจทย์วิจัยในระเบียบวิธีวิจัยดั้งเดิม)

Y หมายถึง จะวางแผนอย่างไรเพื่อจัดการกับปัญหาเรื่องนี้ (วางแผนตรงกับขั้นตอนการตั้งสมมติฐานในระเบียบวิธีวิจัยดั้งเดิม)

X หมายถึง จะดำเนินการตามแผนได้อย่างไร ใครจะทำอะไร จะทำเมื่อไร จะทำโดยวิธีไหนทรัพยากรที่จำเป็นมาจากที่ไหน (ดำเนินการตรงกับการวางแผนใส่กิจกรรมทดลองในระเบียบวิธีวิจัยดั้งเดิม)

á หมายถึง จะติดตามผลการดำเนินการต่างๆ อย่างไร เพื่อให้แน่ใจว่าการดำเนินการเหล่านั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ติดตามผล ตรงกับการออกแบบวิธีการเก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูลในระเบียบวิธีวิจัยดั้งเดิม)

Ñ หมายถึง จะประเมินผลการดำเนินการต่างๆ อย่างไร แก่ปัญหาของชุมชนได้ บ้านหรือยังสถานการณ์เปลี่ยนไปอย่างไร (ประเมินผล ตรงกับการออกแบบวิธีการเก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูล และการศึกษาปรากฏการณ์หลังทดลองในระเบียบวิธีวิจัยดั้งเดิม)

คำตอบทั้ง 5 ข้อ จะทำให้เกิดข้อตกลงที่จะทำงานร่วมกันในทิศทางเดียวกันของคนในชุมชน ซึ่งหากมีการลงมือทำตามข้อตกลงนี้อย่างต่อเนื่อง ชุมชนก็จะมีประสบการณ์เพิ่มพูนขึ้นที่จะระดมพลังของชุมชนในการเผชิญกับปัญหาที่ได้รับผลกระทบจากสังคมได้ในทุกเรื่อง

บทสรุป

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นับเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสังคม และชุมชนที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยเป็นงานวิจัยที่เริ่มต้นจากชุมชน สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ และมี

นักวิจัยภายนอก ทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยให้กระบวนการวิจัยบังเกิดผลสอดคล้องกับเป้าหมายอันนับได้ว่าการวิจัยได้ช่วยสร้างคุณลักษณะของการเรียนรู้แบบพหุภาคี พร้อมกับก่อให้เกิดผลพลอยได้ที่เป็นจิตสำนึกตระหนักในปัญหา หน้าที่ และร่วมกันแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม ทำงานร่วมกันทั้งแก้ปัญหา และพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืนของชุมชน

เอกสารที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

ไพวัลย์ นรสิงห์ (2546) ศึกษาการประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน 3 หมู่บ้านในอำเภอท่าสนธิ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 25 คน กิจกรรมแทรกแซงคือ ดำเนินการประชุมตามกระบวนการ AIC แนวทางการสนทนากลุ่ม ผลที่ได้จากการประชุม AIC มี 3 โครงการ คือ โครงการอบรมสร้างความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับผู้ป่วยต่างพื้นที่ที่มีคู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ระดับความดันโลหิตการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินงาน

พีระ อารีรัตน์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเขตเทศบาลเมืองนครพนม โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการและแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนกลุ่มผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ กลุ่มแกนนำ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 30 – 65 ปี ที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ม²) ขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เจาะลึก การบันทึกภาคสนาม การบันทึกการรับประทานอาหาร การบันทึกการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการประเมินสภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง จากการชั่งน้ำหนัก วัดความสูง วัดความดันโลหิต ตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ จากนั้นผู้ร่วมช่วยกันหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปรับแนวคิดสู่การส่งเสริมสุขภาพ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีการรับประทานอาหารเหมาะสมมากขึ้นกลุ่มเสี่ยงมีการออกกำลังกายมากขึ้นกลุ่มเสี่ยงมีการลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนักชุมชนที่ศึกษาได้รับการยกย่องให้เป็นชุมชนออกกำลังกายตัวอย่าง

วาสนา เหนือผุยผาย (2547) ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างการใช้สื่อประสมและการให้ความรู้ตามปกติที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิก

เบาหวาน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าการใช้สื่อประสมประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรับรู้และนำความรู้ไปปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างดีและส่งผลดีต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง

สุรภี พรหมแสง (2548) ศึกษาการรณรงค์เพื่อการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 98 คน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาสาเหตุของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรณรงค์ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ประชาชนไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโรค มาจากสาเหตุขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารความเข้าใจในการดูแลภาวะสุขภาพในบางเรื่องและมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองโรคเจตคติต่อทีมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและหลังการรณรงค์ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไปรับการตรวจคัดกรองโรคมามากขึ้นและมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคการรับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นและมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองโรคและต่อทีมสุขภาพดีขึ้น

ภัทรกร จันทวร (2548) ศึกษาการพัฒนาแผนการให้ความรู้โดยใช้ชุดการสอนเรื่องโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง 25 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังจากการให้ความรู้และผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการให้ความรู้โดยใช้ชุดการสอนอยู่ในระดับดี

สมศักดิ์ ไพบูลย์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลด้านความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารรสจัดมันจัดเป็นประจำวันอยู่ในระดับการปฏิบัติตัวปานกลาง และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุราก็อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับมากทั้งๆ ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงถึงร้อยละ 76 ส่วนเรื่องความเครียดที่วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเมื่อรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน อยู่ในระดับน้อยแต่เรื่องการออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง

กรรณิกา ลองจ่านงค์ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี และปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

เจษฎา จงไพบุลย์พัฒนนะ (2546) ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มในการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้และทักษะต่อการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสตูล จำนวน 40 ราย ผลการศึกษาพบว่า หลังการให้ความรู้แบบกระบวนการกลุ่มผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ถูกต้องมากขึ้น การรับรู้และทักษะต่อการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรอนงค์ นารอด (2543) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการสอน ต่อความสามารถในการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพนัสนิคม จำนวน 10 คน โดยรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วย การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม การสาธิต และใช้สื่อหลายอย่าง ได้แก่ รูปภาพ วีดีโอ พบว่า ความรู้เจตคติ และการปฏิบัติตนหลังการใช้รูปแบบการสอนสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า หลังการใช้รูปแบบการสอนลดลงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อนุชา นิลอยู่ (2542) ได้ศึกษาการประยุกต์แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนอายุ 40-50 ปี ในอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 - 160/95 มิลลิเมตรปรอทและยังไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมแทรกแซงคือ แผนกิจกรรมสุขศึกษา ประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สื่อบุคคล และการได้รับการแนะนำและกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุขผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเผชิญปัญหาและการรับรู้ในความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังดำเนินการ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศรีเกตุ ธีญาวินิชกุล (2543) ได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ 2 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ดำเนินการวิจัยโดยค้นหาผู้ป่วยโดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในปัสสาวะและ

ในเลือด ตรวจวัดคั้นโลหิต ได้ผู้ป่วยเบาหวาน 37 คน ความดันโลหิตสูง 73 คน และกลุ่มเสี่ยง 1,184 คน จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้มิกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 5 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและให้เหตุผลในการมาร่วมออกกำลังกายอยู่แล้ว และเพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และมีความมั่นใจว่าสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น และในกลุ่มผู้ป่วยระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และให้ข้อเสนอแนะว่ากระบวนการในการติดตามและให้การสนับสนุนกลุ่มส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนสำคัญในความสำเร็จของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

วิภาวรรณ ลิ้มเจริญ (2542) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานอายุ 40-50 ปีในตำบลโสนลอย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็นหมู่บ้านทดลอง 1 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง 37 คน หมู่บ้านเปรียบเทียบ 1 หมู่บ้าน จำนวนคนเท่ากัน กิจกรรมแทรกแซงคือ การใช้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับบันทึกการดูแลตนเองที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กชกร สมมัง (2542) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 69 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 72 คน กิจกรรมแทรกแซงคือ โปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่มร่วมกับการเสนอแนะเพิ่มเติมของวิทยากร การแจกคู่มือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การเสนอตัวแบบ การสาธิตและฝึกปฏิบัติและการให้สัญญาใจ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะคิด การรับรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปริญา พึ่งประสิทธิ์ (2540) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตธนบุรี กรุงเทพฯ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกิจกรรมแทรกแซงคือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม ร่วมกับกระบวนการกลุ่มการจูงใจและการกระตุ้นเตือน กลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุคนละชุมชนกับกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 50 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เจตคติพฤติกรรมการส่งเสริมภาวะสุขภาพค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิมลมาศ จันทรเชื้อและคณะ (2545) ได้ศึกษาความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนตำบลกับชุมชนในการส่งเสริมป้องกันโรคของประชาชนหมู่ 2 บ้านหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่พบในชุมชน 5 อันดับคือ ความเครียด ยาเสพติด (บุหรี่ยาสูบ) ผู้สูงอายุขาดคนดูแลไข้เลือดออกและการใช้สารเคมีปราบศัตรูพืชในการส่งเสริมและการป้องกันโรคนั้น อบต. จะให้การสนับสนุนงบประมาณ มีรูปแบบความร่วมมือระหว่าง อบต. กับประชาชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นพบปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การจัดทำแผน การจัดสรรงบประมาณ การดำเนินการ การติดตามประเมินผล เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อบต. ควรให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะของ อบต. ในการป้องกันโรคตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขให้เป็นรูปธรรม และจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

จุฬารณย์ โสตะและคณะ (2546) ได้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการเพื่อการออกกำลังกาย พบว่า อบต. ต้องมีการบริหารจัดการให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้งการศึกษาปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล มีนโยบายสนับสนุนที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน ในการรณรงค์ส่งเสริมชุมชนได้ออกกำลังกาย เช่น การแข่งขันกีฬา การสร้างสนามกีฬา เป็นต้น

บังอร ฤทธิภักดี (2528) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาระดับหมู่บ้านโนนรัง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสภาพที่เกิดขึ้นเพราะคนภายนอก (รัฐ) นำโครงการเข้าไป ประชาชนมีลักษณะการมีส่วนร่วมแบบจำเป็นต้องเข้าร่วม (Coreced Participation) หรือเป็นเพียงความร่วมมือของประชาชนเท่านั้น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านทุกโครงการนั้น รัฐเป็นผู้กำหนดขึ้นมาทั้งสิ้น ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่รัฐกำหนดคืออาสาสมัครสาธารณสุข ในหมู่บ้านกระบวนการดำเนินการกำหนดปัญหา การวางแผน การประเมินผล และการควบคุมตรวจสอบนั้น แทบจะไม่มีการมีส่วนร่วมจากประชาชนเลย ส่วนปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนพบว่ามีทั้งปัจจัยจากฝ่ายรัฐและปัจจัยจาก

ชุมชน นั่นคือ เจ้าหน้าที่ฝ่ายรัฐยังไม่ให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน มาปฏิบัติอย่างจริงจัง แต่กลับมีการเร่งรัดและกำหนดกิจกรรมจากฝ่ายรัฐให้แก่ชุมชน และปัจจัย ฝ่ายชุมชนพบว่า ชุมชนยังขาดความพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน อย่างเป็นฝ่ายกระทำ (Active Participation) เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างของสังคม วัฒนธรรม และลักษณะทางเศรษฐกิจของชุมชนที่เป็นอยู่

พิชญางค์ จุแจ่มยาน (2529) ได้ศึกษาถึงปัจจัยสำคัญบางประการที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการบัตรสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการ จัดลำดับ ความสำคัญ คือ ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าเป็นสมาชิกของโครงการ และการประสานงาน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยเป็นปัจจัย ที่สนับสนุนและกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการ ภาวะสุขภาพของสมาชิกและคนใน ครอบครัวรวมถึงนโยบายเรื่องบัตรสุขภาพซึ่งเป็นนโยบายของรัฐต่อการมีส่วนร่วมใน โครงการ และแรงผลักดันของผู้มีอำนาจทางราชการ เช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเป็นที่มีส่วนสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วม ส่วนรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ บัตรสุขภาพนั้นพบว่า ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงแท้ ลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นไป ในรูปแบบของการที่ประชาชนให้ความร่วมมือกับโครงการต่างๆที่รัฐนำไปสู่ชุมชน และเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการแต่อย่างใด แต่เปิดโอกาสให้ ผู้นำของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนมากกว่า

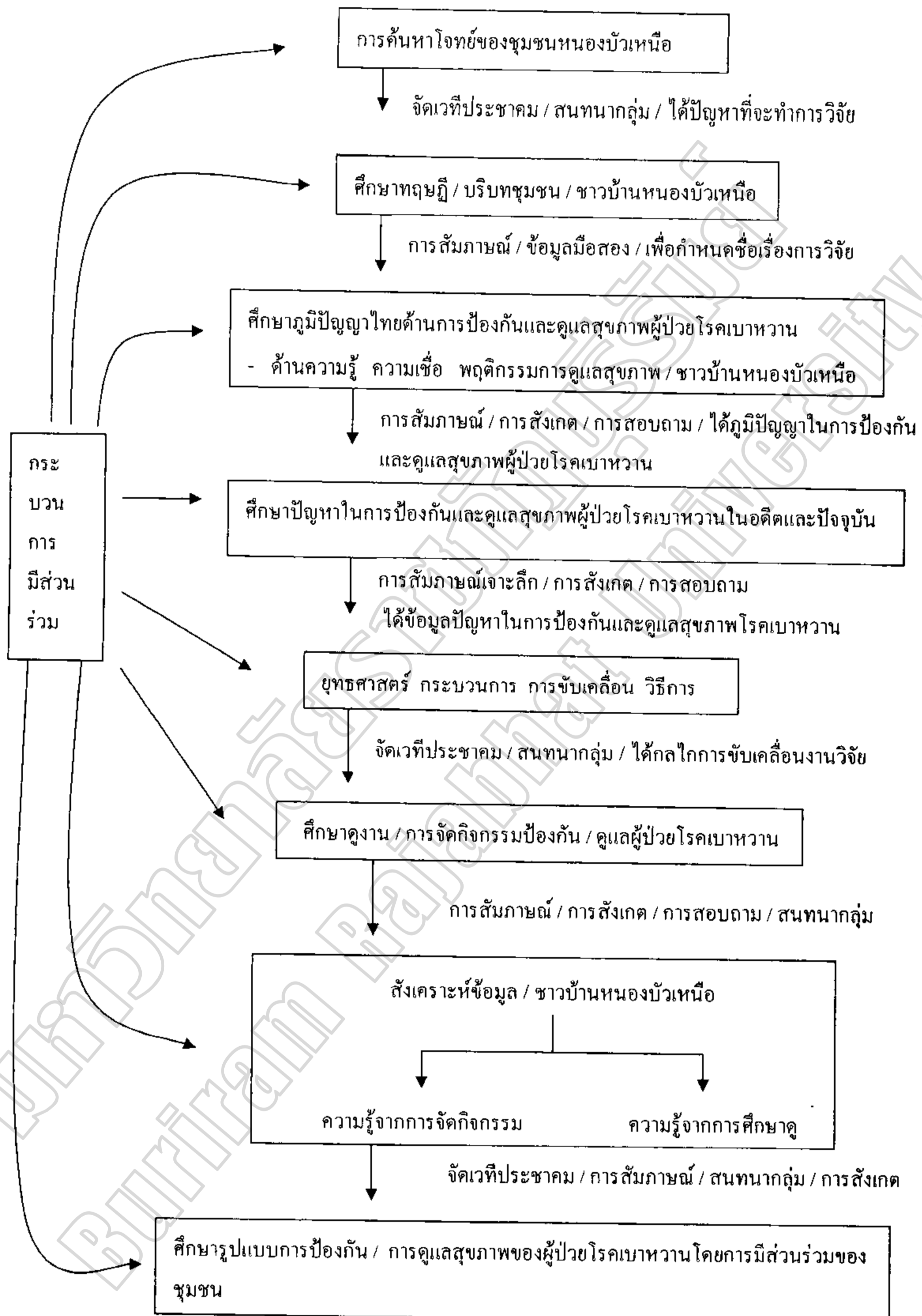
กรรณิการ์ พงษ์สนิทและคณะ (2543) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนบ้านถวายหมู่ 2 และบ้านสารภีหมู่ 4 ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน นั้น เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะใช้บริการที่สถานีนอนามัย เจ็บป่วยมากจะไปรักษาที่โรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ผู้นำชุมชน ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น ต่างมี บทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน ปัญหาที่ที่พบคือผู้นำชุมชนยังขาดความรู้ในเรื่องการ เขียนแผนและวางแผนโครงการ จึงต้องมีการฝึกอบรมผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไปในการค้นหา ปัญหาการวางแผน การเขียนโครงการ การดำเนินการตามแผน และการประเมินผลเพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการพึ่งตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืน

สุวาริ สุขุมาลวรรณ (2544) ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการแผนแม่บทชุมชนบ้านหนองบอน ตำบลบ่อแก้วทอง อำเภอ บ่อทอง จังหวัดชลบุรี พบว่ากระบวนการจัดทำแผนแม่บทชุมชนนั้นต้องให้ชุมชนรู้จักตนเองรู้จัก

โลกสามารถเชื่อมโยงข้อมูลความรู้ไปสู่การค้นพบและเข้าใจปัญหาของตนเองทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน ตลอดจนนำเอาข้อมูล ความรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชนจึงจะส่งผลให้ชุมชนได้เรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาของชุมชน โดยจัดทำแผนแม่บทชุมชนด้วยตนเองและเป็นการสร้างโอกาสให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มและเครือข่ายต่างๆ เพื่อพัฒนาความคิดและปรับทัศนคติ ค่านิยมในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัวแบบพึ่งตนเองและสร้างค่านิยมการรวมกลุ่มและการเกื้อกูลกันในชุมชน

จิราพร มงคลประเสริฐ และคณะ (2545) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนวัดคำเรือง อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มดูแลสุขภาพจะเน้นการดูแลสุขภาพตนเองและผสมผสานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กลุ่มสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขที่ชุมชนเห็นผลดีของการดูแลสุขภาพตนเองเป็นที่ประจักษ์ชัดทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม และได้รับการสนับสนุนทั้งด้านวัสดุ สิ่งของ สถานที่ งบประมาณและกำลังใจจากหน่วยงาน องค์กรส่วนท้องถิ่นเกิดการขยายเครือข่ายไปยังชุมชนอื่น โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและสาธิตการออกกำลังกายจนสามารถสร้างเครือข่ายในการดูแลสุขภาพไปสู่ชุมชนอื่นๆ เป็นการปลูกกระแสให้ประชาชนได้หันมาเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการให้ความรู้และการให้คำแนะนำในรูปแบบต่างๆ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำรูปแบบของการให้ความรู้และการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อให้กลุ่มดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่ถูกต้องและดียิ่งขึ้น



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน แก้ปัญหาโรคเบาหวาน และเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งร่วมกันหารูปแบบ หรือแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (Appreciate Influence Control : AIC) และการประชุมวางแผนค้นหาอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : F.S.C.) ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล
7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1.1 ประชากร ได้แก่ ประชาชนในชุมชนหนองบัวเหนือ หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนทั้งหมด 865 คน เป็นชาย 412 คน เป็นหญิง 453 คน

1.2 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายใช้วิธีการ สุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

ผู้ใหญ่บ้าน	1	คน
คณะกรรมการหมู่บ้าน	9	คน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	15	คน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	10	คน
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	10	คน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	17	คน
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	17	คน
รวม	79	คน

ผู้ร่วมทีมวิจัย ประกอบด้วย นักวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลสตึก จำนวน 25 คน

ผู้ให้ข้อมูล ขอจําแนกตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ภูมิปัญญาในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของชุมชนรวมทั้งปัญหาในอดีตและปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยง ตามความมุ่งหมายของการวิจัยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวนทั้งสิ้น 79 คน แต่มาร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จำนวน 49 คน

2. เพื่อศึกษากระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงานและวิธีการของชุมชนและหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาล สตึก และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลสตึก ตามความมุ่งหมายของการวิจัยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวนทั้งสิ้น 79 คน แต่มาร่วมวิเคราะห์กระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงาน วิธีการ จำนวน 35 คน

3. เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มเสี่ยง ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลสตึก และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลสตึก มีผู้ร่วมสังเคราะห์รูปแบบ จำนวนทั้งสิ้น 79 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ส่วน

2.1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะบ้าน ประวัติคนในครอบครัว หรือญาติ

สายตรงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และผลการคัดกรองภาวะเบาหวานได้แก่ ส่วนสูง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

2.1.2 ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบทดสอบนี้ผู้วิจัยปรับปรุงจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นคำถามให้เลือกตอบมีจำนวน 25 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบถ้าตรงกับข้อที่ถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (จันทิมา โดษะนันท์, 2543, 65)

คะแนนร้อยละ 0-49 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 50-74 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับดี

2.1.3 ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งวัด 3 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และปัญหาอุปสรรคในการป้องกันโรค ลักษณะ จำนวน 18 ข้อ คำถามแบบประเมินค่าของ ลิเคิร์ต (Likert scale) โดยดัดแปลงแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เป็น 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ข้อความที่มีความหมายทางบวกให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

ข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	3

การคิดคะแนนมีการแปลผลค่าเฉลี่ยระดับความเชื่อแบบอิงเกณฑ์โดยดัดแปลงมาจากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาเสรี ลาชโรจน์ (เสถียรพงษ์ ศิวินา, 2546, 65 อ้างถึงใน เสรี ลาชโรจน์, 2537, 65-68) พิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระดับความเชื่อ
2.34 - 3.00	ระดับสูง
1.67 - 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 - 1.66	ระดับต่ำ

2.1.4 ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยปรับปรุงให้ครอบคลุมพลังความสามารถ 10 ประการ เพื่อวัดพฤติกรรมในการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของ (Likert) ซึ่งมี 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2543, 36-42)

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน	ความหมาย
5	มากที่สุด
4	มาก
3	ปานกลาง
2	น้อย
1	น้อยที่สุด

การแปลผล

ระดับคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.51-5.00	เหมาะสมมากที่สุด
3.51-4.50	เหมาะสมมาก
2.51-3.50	เหมาะสมปานกลาง
1.51-2.50	เหมาะสมน้อย
1.00-1.50	เหมาะสมน้อยที่สุด

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.2.1 แบบสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ตอน ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสาเหตุ อาการของโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง การใช้สมุนไพรที่เชื่อถือได้ ผลการรักษาโดยการใช้สมุนไพร การใช้ยาแผนปัจจุบัน ผลการรักษาโดยการใช้ยาแผนปัจจุบัน

2.2.2 แบบสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group Interviews) 1) สัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ประเด็น บริบทชุมชน ทีมวิจัยถาม “อยากให้ผู้ใหญ่บ้านเล่าประวัติความเป็นมาของหมู่บ้านว่ามีถิ่นฐานหรืออพยพมาจากที่ใด” 2) ผู้วิจัยถามอาสาสมัครสาธารณสุข “ทราบหรือไม่ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในหมู่บ้านมีกี่คน และรู้ได้อย่างไรว่าเป็นโรคเบาหวาน” 3) สนทนากลุ่มระหว่างทีมวิจัยและชาวบ้าน ด้านสภาพสังคมวัฒนธรรม “ความสัมพันธ์ของคนในหมู่บ้านมีลักษณะอย่างไร และการสร้างบ้านเรือนในอดีตและปัจจุบันมีความแตกต่างกันอย่างไร” 4) ทีมวิจัยถาม คณะกรรมการชุมชน “อาชีพดั้งเดิมของคนในหมู่บ้านคืออะไร”

2.2.3 การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมทีมวิจัยได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยสังเกตจากการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน การค้นหาโจทย์และการทำยุทธศาสตร์การป้องกันดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และมีวิธีสังเกต จากการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไข ร่วมติดตามและร่วมประเมินผล

2.2.4 การสร้างยุทธศาสตร์แผนปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการวิจัย ปัญหาความต้องการของชุมชน โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (Appreciate Influence Control : AIC) และการประชุมวางแผนค้นหาอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : F.S.C.) เพื่อหาแนวทางการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.2.5 เครื่องมือในการสรุปบทเรียนจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (After Action Review : A.A.R.) ทำให้เกิด 1) รูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยชุมชนและหน่วยงานมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมติดตาม และประเมินผล 2) รูปแบบการจัดกิจกรรมได้แก่ การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง – สมาธิ และอาหารพื้นบ้านต้านเบาหวาน 3) รูปแบบการศึกษาดูงานได้แก่ ด้านสมุนไพรในการรักษาโรค และการนวดคลายเครียด เป็นต้น

3. การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน

3.2 ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.3 สร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามฉบับร่างวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแลและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยศึกษาและปรับปรุงจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามต่างๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียง

3.4 นำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่สร้างเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไข

3.5 นำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out)
กับผู้ป่วย ผู้ดูแลและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย แต่มีลักษณะใกล้เคียงกับ
กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 คน จากผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่า เครื่องมือแบบ
การทดสอบความรู้โรคเบาหวาน แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9852 0.7708 และ 0.9105 ตามลำดับ

3.6 ปรับปรุงคุณภาพแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามให้ถูกต้องและสมบูรณ์พร้อมที่จะ
นำไปใช้กับการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยต่อไป

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการทำวิจัย (Pre – Research Phase)

1.1 การบูรณาการทีมวิจัยเข้ากับชุมชนโดยเข้าไปทำการคุ้นเคย เพื่อความเป็นกันเอง
และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ถามและผู้ตอบ

1.2 คัดเลือกชุมชนที่จะทำการปฏิบัติการวิจัย และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

1.3 จัดเวทีเพื่อค้นหาปัญหาร่วมกับประชาชนในชุมชนหลังจากนั้น ค้นหาผู้ที่สมัครใจ
เข้าร่วมโครงการ (24 เมษายน 2551)

1.4 เตรียมทีมวิจัยได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลสตึกและเทศบาลตำบลสตึก
จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นผู้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งปัญหาสุขภาพในพื้นที่
คือโรคเบาหวาน จากนั้นทำการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา บทบาทของผู้ร่วมวิจัย
ในการศึกษาครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและประชากรในชุมชนที่ศึกษา การดำเนินการ
คัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในประชากรอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และทำความเข้าใจกับ
เครื่องมือ โดยเฉพาะแบบสัมภาษณ์อย่างละเอียดถี่ถ้วนเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน และ
ตรงกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 ระยะทำการวิจัย (Research Phase)

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciate Influence Control : AIC)
และการประชุมวางแผนค้นหาอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : F.S.C.) (15 มกราคม
2552)

- 1.1 ประชุมทีมวิจัยเพื่อแบ่งบทบาทหน้าที่ และมอบหมายงานโครงการวิจัย
- 1.2 ประชุมชี้แจงโครงการกับชุมชนและภาคี เพื่อชุมชนจะได้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับ

โครงการ

- 1.3 ประชุมออกแบบเครื่องมือในการเก็บข้อมูล
- 1.4 ศึกษาบริบทชุมชน เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ได้แก่ ประวัติศาสตร์ชุมชน สภาพทางกายภาพ ฮีต 12 คอง 14 สภาพเศรษฐกิจ ผู้นำชุมชน เป็นต้น
- 1.5 เวทีสรุปผลการเก็บรวบรวมข้อมูล และเวทีนำเสนอข้อมูลระดับตำบล เป็นการถอดบทเรียนคืนข้อมูลแก่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน

เป็นขั้นตอนปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการที่ได้จากการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม

(AIC)

2.1 การศึกษาชุมชน ณ โรงพยาบาลวัฒนานคร สาขาการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว โดยมีผู้ร่วมศึกษาดูงานประกอบด้วยทีมวิจัย กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมวิจัย และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการป้องกันโรคเบาหวาน

2.2 ทดลองปฏิบัติตามแผน ก่อนเข้าร่วม ได้แก่ เจาะเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อน-หลัง เข้าร่วมโครงการ ทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเชื่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย เป็นต้น

2.3 สรุปความรู้ได้จากการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การเจาะเลือดก่อนและหลังเข้าโครงการอบรมและให้ความรู้เรื่องนวดคลายเครียดด้วยตนเองและฝีกสมาธิ อบรมและให้ความรู้เรื่องอาหารพื้นบ้านต้านเบาหวาน อบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

2.4 สรุปความรู้จากการศึกษาดูงาน ได้แก่ การนวดคลายเครียด และสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรค

2.5 ศึกษารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสนทนากลุ่มและอภิปรายกลุ่มเพื่อให้ได้แนวทางป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของคนในชุมชน โดยลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยรายเก่า เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามประเมินผล

3.1 ประเมินผลกระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในประเด็น จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม บรรยากาศการประชุม ความสนใจของผู้เข้าร่วมประชุม การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมทั้งในกลุ่มย่อยและในกลุ่มใหญ่

3.2 ประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้จากการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)

3.3 ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยใช้แบบสัมภาษณ์

3.4 ประเมินผลสรุปบทเรียนรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้กำหนดวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ดังต่อไปนี้

5.1 การรวบรวมข้อมูลเอกสาร

5.1.1 เอกสารทางวิชาการ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารประเภทหนังสือ วิทยานิพนธ์ งานวิจัยต่างๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ การป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

5.1.2 เอกสารประกอบอื่นๆ เช่น บทความจากหนังสือพิมพ์ วารสาร อินเทอร์เน็ตและเอกสารสรุปผลการดำเนินงานของส่วนราชการ

5.2 การเก็บข้อมูลภาคสนาม

มีรายละเอียดและขั้นตอนดำเนินการต่อไปนี้

5.2.1 การเตรียมพื้นที่ศึกษาโดยเข้าไปแนะนำตัวเองกับกลุ่มผู้นำชุมชน และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ที่ศึกษาวิจัย

5.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย สมุดบันทึก ปากกา เทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป แนวคำถาม แบบสัมภาษณ์ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง

5.2.3 ประชากรที่ศึกษา กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยชาวบ้านชุมชนหนองบัวเหนือ และหน่วยงานของรัฐ มีจำนวน 79 คน

5.2.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

5.2.4.1 ผู้วิจัยและทีมวิจัยเข้าพื้นที่ชุมชน เพื่อศึกษาสภาพทั่วไป และแหล่งข้อมูลพื้นฐานของชุมชน พร้อมพบปะผู้นำชุมชนและชาวบ้านหนองบัวเหนือเพื่อสร้างความคุ้นเคย โดยแจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย และเก็บข้อมูลโดยวิธีการสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสังเกต สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของชุมชน สภาพภูมิประเทศ การตั้งถิ่นฐานของหมู่บ้าน ด้านสาธารณสุข ผู้วิจัยได้มาจากเอกสารต่างๆ ของหน่วยงานราชการและบางส่วนได้มาจากการพูดคุยกับผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อสม. และผู้อาวุโสในหมู่บ้าน นอกจากนี้ทีมวิจัยได้ทำการ สัมภาษณ์เจาะลึก อสม. โดยเน้นด้านภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

5.2.4.2 หลังจากได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วได้นัดหมายผู้ให้ข้อมูลประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Interviews) เพื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดความสมบูรณ์ให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและสามารถนำมาวิเคราะห์จัดทำแผนปฏิบัติการและประเมินผลได้อย่างครบถ้วน

5.2.4.3 เมื่อได้ข้อมูลเพียงพอและตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำข้อมูลมาจัดทำแผนปฏิบัติงานรูปแบบการป้องกันและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการจัดกิจกรรมระดมความคิดเห็น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมซึ่งเน้นความสัมพันธ์ในการใช้ภูมิปัญญาไทย ในการป้องกันและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสตึกและชาวบ้านหนองบัวเหนือ

5.3 สรุปเป็นองค์ความรู้

5.4 เขียนรายงานการวิจัย

6. การตรวจสอบข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วน และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยอาศัยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการดังนี้

6.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งประกอบด้วย เวลา สถานที่ บุคคล แล้วคิดว่าถ้าข้อมูลที่ได้นั้น ต่างเวลาต่างสถานที่ และต่างบุคคล ในการให้ข้อมูลนั้นจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากข้อมูลที่ได้นั้นเหมือนกันหรือซ้ำกัน ผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเป็นข้อมูลจริงและเชื่อถือได้

6.2 การตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ผู้วิจัยจะใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรม ควบคู่กับการซักถาม การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลจากเอกสารประกอบ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดย

7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาความถี่ ค่าร้อยละเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา คุณลักษณะครอบครัว ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการโดยใช้สถิติ Paired t-test

7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่เปรียบเทียบความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย โดยการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า ด้านตัวบุคคล เวลา สถานที่ และสรุปประเด็นสำคัญนำอธิบาย บรรยาย และอภิปรายตามสภาพความเป็นจริง

7.3 การสังเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลใช้รูปแบบการนำเสนอแบบตารางและการพรรณนาวิเคราะห์

8. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1 สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

8.1.1 ความเที่ยงตรงของแบบวัดความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน โดยการหาค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยใช้สูตร IOC ด้วยการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ (สมนึก ภักดิ์ทิษณี, 2544, 221)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

7.1.2 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยวิธีการหาค่าจากสูตร Lovett (บุญชม ศรีสะอาด, 2543, 93)

$$r_{\infty} = \frac{K \sum X_i - \sum X_i^2}{(K-1) \sum (X_i - C)^2}$$

เมื่อ r_{∞} แทน ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

K แทน จำนวนข้อสอบ

X_i แทน คะแนนของแต่ละคน

C แทน คะแนนหรือเกณฑ์หรือจุด

7.1.3 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (บุญชม ศรีสะอาด, 2543, 96)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum st^2}{st^2} \right]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

K แทน จำนวนข้อความทั้งหมด

$\sum st^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

st^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวม

7.2 สถิติพื้นฐาน

7.2.1 ร้อยละ (Percentage) (บุญชม ศรีสะอาด, 2543, 101)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

7.2.2 ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ใช้สูตรดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2543, 102)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคะแนนในกลุ่ม

7.2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้สูตรดังนี้ (สมนึก กัททัยธณี, 2544, 251)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

X แทน คะแนนแต่ละตัว

N แทน จำนวนสมาชิกในกลุ่มนั้น

7.3 สถิติเปรียบเทียบค่าความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเชื่อสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองโดยใช้ Paired t – test ตามสูตรดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2543, 112)

$$t = \frac{\Sigma D}{\sqrt{\frac{N\Sigma D^2 - (\Sigma D)^2}{N-1}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าอัตราส่วนวิกฤต

D แทน ผลต่างของคะแนนก่อนและหลัง

D² แทน ผลต่างของคะแนนระหว่างก่อนและหลังยกกำลังสอง

ΣD แทน ผลรวมของผลต่างระหว่างก่อนและหลัง

(ΣD)² แทน ผลรวมของผลต่างระหว่างก่อนและหลังยกกำลังสอง

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

กระบวนการศึกษา

การศึกษารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างทีมวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลสตึก เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสตึก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการชุมชน และชาวบ้านชุมชนหนองบัวเหนือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนและวิธีการศึกษาชุมชนแบบมีส่วนร่วม มีกระบวนการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. กระบวนการค้นหาและกำหนดโจทย์
2. กระบวนการพัฒนาโครงการ
3. กระบวนการสร้างทีมวิจัยและพัฒนาทีมวิจัย
4. กระบวนการศึกษาข้อมูล
5. กระบวนการวิเคราะห์และสรุปข้อมูล
6. กระบวนการวางแผน
7. ปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน
8. สรุปบทเรียนรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กระบวนการค้นหาและกำหนดโจทย์

ในกระบวนการผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างทีมวิจัยและสร้างความเข้าใจกับชุมชนคัดเลือกชุมชนหนองบัวเหนือเป็นพื้นที่การศึกษา เหตุผลที่เลือกชุมชนนี้เพราะ 1) ศักยภาพของชุมชนเข้มแข็ง 2) มีวิถีชีวิตกึ่งเมือง 3) ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลสตึก โดยตรงมากกว่า 10 ปี แต่ไม่สามารถลดปัญหาการเกิดโรคเบาหวานได้ 4) การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน อายุ 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นโรคมามากขึ้นนอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้าไปทำการค้นเคยกกับชาวบ้านเพื่อสร้างความเป็นกันเอง และสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จนกระทั่งวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2551 ได้จัดเวทีเพื่อค้นหาปัญหาร่วมกับชาวบ้าน ณ ศาลาอเนกประสงค์ของหมู่บ้าน เวลา 09.00 – 12.00 น. โดยการทำสนทนากลุ่ม ทำให้ทราบว่าในชุมชนหนองบัวเหนือมีปัญหาหลายปัญหาที่ต้องแก้ไข เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปัญหาน้ำประปาหมู่บ้าน ปัญหาการประชาสัมพันธ์ที่ขาดอุปกรณ์เครื่องเสียง ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น นำมาจัดลำดับความสำคัญและช่วยกันวิเคราะห์ว่าปัญหาใดที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนผลสรุปคือ โรคเบาหวานเป็นปัญหาที่ต้อง

แก้ไขก่อนเพราะชาวบ้านให้ข้อคิดว่าโรคเบาหวาน 1) เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้แต่ทำไมโรคนี้จึงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ 2) การแก้ไขปัญหาโรคนี้ ไม่ต้องใช้งบประมาณ ซึ่งแก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค และการออกกำลังกาย ดังนั้นชุมชนหนองบัวเหนือจึงเลือกศึกษาโรคเบาหวานภายใต้หัวข้อเรื่องรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขั้นตอนมา วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ได้นัดประชุมทีมวิจัยซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งบทบาทหน้าที่และบทบาทงานวิจัย ประกอบด้วย นักศึกษาปริญญาโท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสตึก อสม. ผู้ใหญ่บ้านและคณะกรรมการชุมชน ณ ศาลาอเนกประสงค์ของชุมชน เวลา 17.00 น.

ผลที่ได้จากการทำกิจกรรม คือ ทำให้ทีมวิจัยและอาสาสมัครทีมวิจัยได้รับบทบาทหน้าที่และให้ทุกคนมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบร่วมกัน เช่น ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านมีหน้าที่ประสานงานและนัดหมายการประชุม วัน เวลา สถานที่กับชาวบ้าน ประธาน อสม. มีหน้าที่จัดเตรียมอาหารและเครื่องดื่ม นางประนอม บุญทอง มีหน้าที่เก็บเอกสารและข้อมูลต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรม เป็นต้น

นอกจากจะมีการประชุมทีมวิจัยแล้วยังมีประชุมประชาคมหมู่บ้านเพื่อให้ชุมชนเข้าใจถึงเหตุผลที่เข้ามาทำการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ ในวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ณ ศาลาอเนกประสงค์ของชุมชน เวลา 17.00 น. โดยการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยน ถาม-ตอบ ข้อสงสัยเพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการและปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ซึ่งมีวิธีการดำเนินงาน เริ่มจาก 1) นัดหมายชาวบ้านในชุมชน โดยผ่านผู้นำของชุมชน 2) แนะนำตัวเองและแจกเอกสารแนะนำโครงการ 3) ชี้แจงรายละเอียดของโครงการเพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจ 4) นำเสนอและเขียนรายละเอียดลงในกระดาษปรีฟประกอบ 5) สรุปผล

ผลที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ ชาวบ้านเข้าใจและมีความยินดีให้ความร่วมมือในการทำการศึกษาวิจัย และทุกคนพร้อมเสียสละงานส่วนตัวเพื่องานส่วนรวม เพราะเป็นงานวิจัยชิ้นแรกของหมู่บ้าน และเป็นงานท้าทายความสามารถที่จะพัฒนาต่อยอดไปสู่โครงการอื่น ๆ โดยนายบุคคา ศาลางาม อายุ 39 ปี ได้กล่าวว่า “อยากให้เห็นความสามัคคีของคนในชุมชนร่วมมือกันทำงานวิจัยให้สำเร็จ อย่างน้อยประโยชน์ที่ได้ก็คือชุมชนมีสุขภาพดี”

กระบวนการพัฒนาโครงการ

กระบวนการพัฒนาโครงการเพื่อนำไปสู่โจทย์การวิจัยในครั้งนี้ เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรชุมชน ผู้นำชุมชน ภาควิชาการ อาจารย์ที่ปรึกษา และทีมนักศึกษาโดยนำโจทย์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินงานและการศึกษาความเหมาะสมร่วมกันโดยผู้วิจัยได้ร่วมเข้า

ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับโจทย์วิจัยและกำหนดวัตถุประสงค์ให้เหมาะสมกับชุมชน
มีรายละเอียดดังนี้

วันที่ 6 พฤษภาคม 2551 จัดประชุมเวทีชาวบ้าน เรื่อง โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบ
การสนับสนุนทุนวิจัยเพื่อท้องถิ่นในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตนักศึกษาปริญญาโท ณ ชุมชน
หนองบัวเหนือ หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

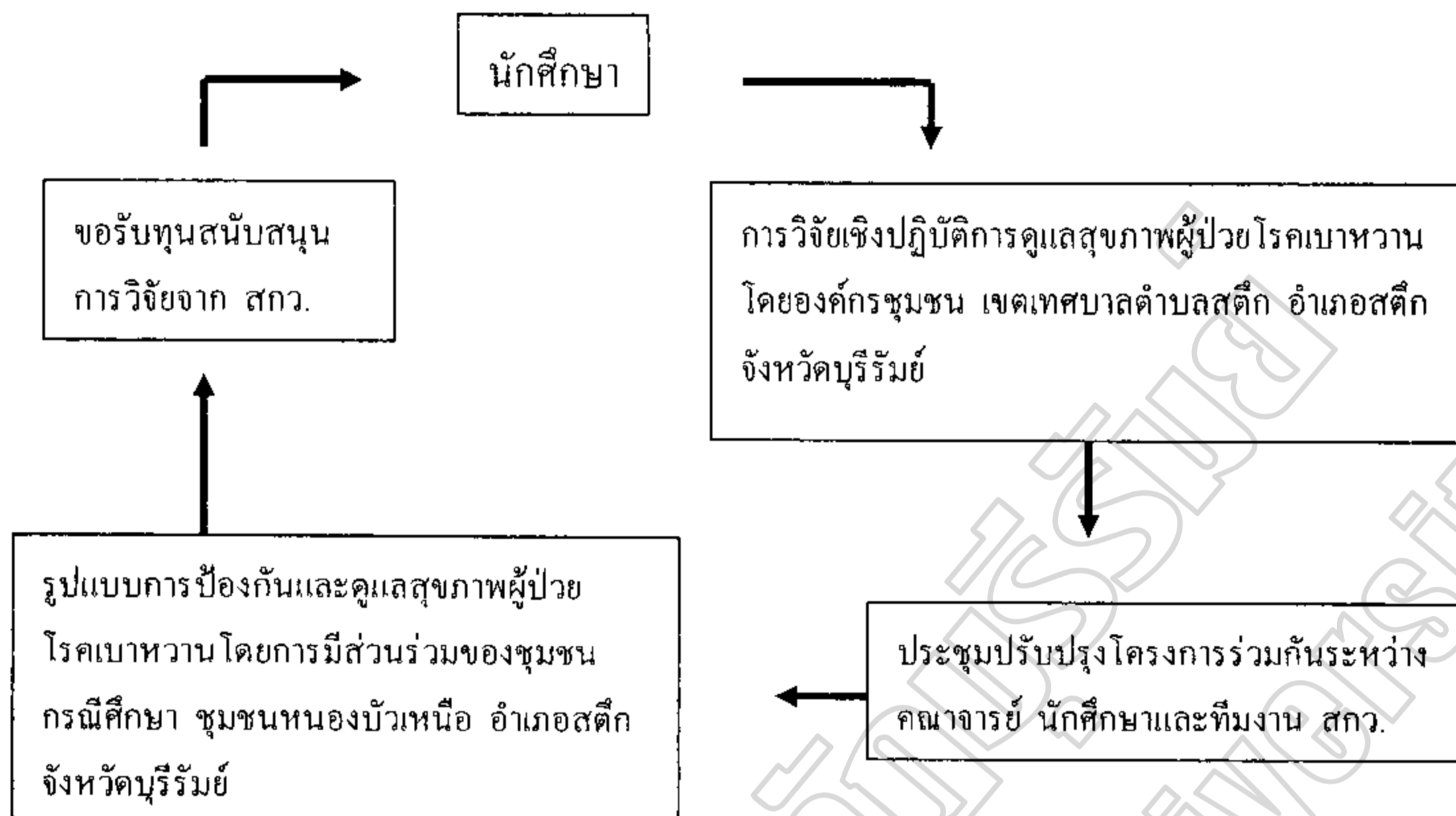
วันที่ 28-30 กรกฎาคม 2551 ผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการของเทคนิคงานวิจัยโดยเข้าร่วม
สัมมนาเชิงปฏิบัติการแนวคิดเทคนิคงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมภาคอีสาน โดยปฏิบัติ
ลงพื้นที่ภาคสนาม ณ จังหวัดมหาสารคาม

วันที่ 8 ธันวาคม 2551 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำโครงการพัฒนาและวิจัยสุขภาวะ
ชุมชน เพื่อความอยู่ดีมีสุข ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ในการ
ค้นหาโจทย์และการสร้างเครื่องมือในการวิจัยโดยชาวบ้านมีส่วนร่วม

วันที่ 23-24 ธันวาคม 2551 ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องเทคนิคการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ
แบบมีส่วนร่วม ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและได้แนวทางการสร้าง
เสริมสุขภาพของประชาชน

วันที่ 14-17 พฤษภาคม 2552 อบรมสรุปบทเรียนโครงการ CBMAG ณ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏบุรีรัมย์ทำให้ผู้วิจัยได้ประสบการณ์การสรุปบทเรียน

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโครงการวิจัยตามประเด็นคำถามหลัก ความมุ่งหมายของการ
วิจัยและความสำคัญของการวิจัยซึ่งมีวิธีการดำเนินงานโดยการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน
ระหว่างนักศึกษา คณาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์และทีมจากเจ้าหน้าที่ Node และ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เพื่อสรุปผลการพัฒนาโจทย์ เทคนิคการทำวิจัย
เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมซึ่งจัดทำแผนภูมิแสดงขั้นตอนการพัฒนาโครงการดังนี้



ภาพประกอบ 4 แผนผังกระบวนการพัฒนาโครงการวิจัย

ผลที่ได้จากการทำกิจกรรม คือ ผู้วิจัยมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะและประสบการณ์ ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้สำหรับการ ศึกษาวิจัย “รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์” อย่างเป็นรูปธรรม

กระบวนการสร้างทีมและพัฒนาทีมวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดบุคลากรเพื่อพัฒนาเป็นทีมวิจัยชุมชนตามกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กร ชุมชน โดยคัดเลือกบุคลากรจากหน่วยงานราชการ องค์กรชุมชน และทีมวิจัยที่ปรึกษา สำหรับ กระบวนการสร้างทีมวิจัยและพัฒนาทีมวิจัย มีขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงานศึกษาวิจัย ดังนี้ ทีมวิจัยของโครงการมี 2 ส่วน

1. ทีมวิจัยหลักที่เป็นคนนอกได้แก่ นักศึกษาปริญญาโท เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล สตึก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลสตึก รวม 10 คน
2. ทีมวิจัยและอาสาสมัครที่เป็นคนในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวม 15 คน

ขั้นตอนการสร้างทีมและศักยภาพทีม

1. หาอาสาสมัครที่มีความคล่องตัวมีความสนใจ เสียสละและอยากทำงานวิจัยด้วยความเต็มใจ
2. ประชุมทีมวิจัยและแกนนำชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกำหนดบทบาทหน้าที่แนวทางดำเนินงาน
3. ผู้วิจัยและทีมวิจัยได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ ศูนย์นวัตกรรมโรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว เรื่องการนวดคลายเครียดด้วยตนเอง

ผลที่ได้รับจากการทำกิจกรรม คือ 1) ทีมวิจัยมีความรู้ความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานจากวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยทุกฝ่ายที่เข้าร่วมประชุมได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งแสดงออกถึงความพร้อมในการร่วมมือสนับสนุนการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน 2) ทีมวิจัยและผู้วิจัย อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสตึก คณะกรรมการชุมชนได้รับรู้บทบาทหน้าที่และกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม และการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการทำงานต้องคำนึงถึงลักษณะความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เช่น งานเก็บเอกสารและข้อมูลต่าง ๆ ควรมอบหมายหน้าที่ให้บุคคลที่มีความละเอียดรอบคอบในการทำงาน และสามารถใช้เครื่องมือและสื่อเทคโนโลยีในการเก็บบันทึกข้อมูลได้เป็นอย่างดีเป็นต้น 3) การประชุมชี้แจงโครงการร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่ายผู้เข้าร่วมประชุมและทีมวิจัยได้กำหนดแนวทางการเก็บข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง โดยยึดจากบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ประวัติคนในครอบครัวตัวนี้มวกลายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทเป็นต้น ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2543

กระบวนการศึกษาข้อมูล

ในการศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน สถานการณ์และภูมิปัญญาในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองบัวเหนือ ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบและขั้นตอน ดังนี้

1. ประชุมออกแบบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2551 เวลา 17.00 น. ณ ศาลาอเนกประสงค์ของหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการออกแบบเครื่องมือเก็บข้อมูลตามวัตถุประสงค์การดำเนินงานเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุดคือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เจาะลึก

วิธีการดำเนินงาน คือ 1) ประสานงานทีมวิจัยและที่ปรึกษาโครงการฯ ในพื้นที่เพื่อเข้าร่วมเวทีประชุม 2) จัดประชุมทำแบบเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทชุมชนประกอบด้วยประวัติ

ชุมชน สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม สภาพทางทรัพยากรธรรมชาติ สภาพเศรษฐกิจ สภาพปัญหาของชุมชนและสังคม 3) จัดทำแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะบ้าน ประวัติคนในครอบครัวหรือญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตเป็นต้น นอกจากนี้ยังมีแบบพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4) จัดทำแบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In Depth Interviews) ใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง เป็นต้น 5) จัดทำแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) 6) นำแบบเครื่องมือที่สร้างเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไข 7) ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจแบบสอบถามร่วมกับทีมวิจัย 8) กำหนดทีมวิจัย ลงเก็บข้อมูลตามแผนการดำเนินงาน

ผลที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ คือ ทีมวิจัยได้เรียนรู้กระบวนการมีส่วนร่วมและเทคนิคต่าง ๆ การออกแบบเครื่องมือประกอบด้วยแบบเก็บบริบทชุมชน แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างและแนวคำถามประกอบสนทนากลุ่มเป็นต้น การออกแบบเครื่องมือครั้งนี้พบปัญหาในการดำเนินงานคือ นักวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีพื้นฐานของการทำงานวิจัยชุมชนทำให้การออกแบบเครื่องมือในช่วงแรก ๆ ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นควรปรึกษาผู้ที่มีความรู้ความสามารถในกระบวนการงานวิจัยมาช่วยแนะนำเทคนิคต่าง ๆ เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นจริงและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์โดยทุกคนควรมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทชุมชน และข้อมูลภูมิปัญญาในการป้องกันโรคเบาหวาน
เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2551 – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2551 ณ ชุมชนหนองบัวเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนและภูมิปัญญาในการป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งมีวิธีดำเนินการ 1) นักวิจัยและทีมวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลบริบทชุมชนตามละเอียดในแบบเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทชุมชนกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้นำชุมชน พร้อมเก็บข้อมูลพื้นฐานกับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างโดยมี อสม. คณะกรรมการชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นศูนย์กลางในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) นักวิจัยและทีมวิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกด้านข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีการสนทนากลุ่มด้านภูมิปัญญาไทยในการป้องกันโรคเบาหวานจากผู้รู้ในชุมชน 3) นำข้อมูลที่จัดเก็บมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

ผลที่ได้จากการทำกิจกรรม ทำให้ทราบความเป็นมาของหมู่บ้านรวมถึงข้อมูลภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ 1) ภูมิปัญญาไทยด้านอาหารในชุมชนหนองบัวเหนือมีพืชผักสมุนไพร สัตว์หลายชนิดสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2) ภูมิปัญญาไทยด้านการออกกำลังกายชุมชนหนองบัวเหนือเป็นชุมชนกึ่งเมืองที่ยังมีวิถีชีวิตการออกกำลังกายเหมือนอดีต คือ การรดน้ำผักโดยเดินลงไปตักน้ำในสระแล้วเดินหิ้วถังน้ำขึ้นมารดผัก ซึ่งถือว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งเพราะทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเวลาโดยประมาณ 20 – 30 นาทีทำให้ได้เหงื่อและการทำงานก่อสร้างถือเป็นรูปแบบหนึ่งในการออกกำลังกายเพราะชาวบ้านทำงานอย่างต่อเนื่องมากกว่า 30 นาที ต่อวันเป็นต้น 3) ภูมิปัญญาไทยด้านอารมณ์เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าชุมชนหนองบัวยังมีวิถีชีวิตกึ่งเมือง ดังนั้นความสัมพันธ์ยังเป็นแบบพี่น้องมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันและชาวบ้านมักมีเวลาไปมาหาสู่กันเสมอ เช่น มีเวลาพูดคุยกัน รับประทานอาหารร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้ความเครียดลดลงได้ซึ่งมีผลทางอ้อมช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้เช่นกัน

กระบวนการวิเคราะห์และสรุปข้อมูล

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการ 2 กิจกรรมประกอบด้วย 1) เวทีสรุปผลการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เวทีนำเสนอข้อมูลระดับตำบลซึ่งดำเนินการในวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 และวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2551 ตามลำดับ ณ ศาลาอเนกประสงค์ของหมู่บ้าน เวลา 18.00 น. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องและมีวิธีดำเนินการคือ 1) นัดทีมวิจัยประชุม 2) ประชุมโดยการสนทนากลุ่มหรืออภิปรายกลุ่ม ร่วมกับ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการชุมชน เจ้าหน้าที่ของรัฐ และชาวบ้านในชุมชน โดยนำข้อมูลที่ได้ออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีการเสนอความคิดเห็นว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้นถูกต้องหรือไม่ ถ้าไม่ถูกต้องมีการแก้ไขอย่างไรเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ยกตัวอย่าง เช่น 1) ด้านประวัติศาสตร์ชุมชนความเป็นมาของหมู่บ้านเปิดให้มีการวิพากษ์วิจารณ์ได้ข้อสรุปว่า คำบอกเล่าของนายนาย แสงงาม ผู้ใหญ่บ้านที่ทุกคนเห็นร่วมกันว่ามีความใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่ชาวบ้านรู้มา คือ การตั้งหมู่บ้านที่มีเอกสารบอกไว้ว่าหมู่บ้านตั้งประมาณ ต้นสมัยรัชกาลที่ 5 ให้แก่เป็นตั้งปลายสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งไม่ได้ขัดแย้งกับข้อมูลที่เก็บมา 2) ด้านราคาของถ่านซึ่งเดิมชุมชนนี้มีอาชีพ ทำนา ทำสวน เมื่อปี พ.ศ. 2509 เกิดภัยแล้งข้าวยากมากแพง ชาวบ้านเดือดร้อนจึงได้เปลี่ยนอาชีพมาตัดไม้เพื่อนำไปเผาถ่าน ซึ่งนางคุณ พิมละมาศ เล่าว่า ถ่าน 1 กระสอบราคา 20 บาท ชาวบ้านบอกให้แก้ไขใหม่เป็น ถ่าน 1 กระสอบ ราคา 6 บาท เป็นต้น

ผลที่ได้จากการทำกิจกรรม 1) ได้ทราบประวัติศาสตร์ความเป็นมาของชุมชนพร้อมทั้งได้มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้คนในชุมชนรุ่นลูก รุ่นหลานทราบความเป็นมาของชุมชน

2) ประเด็นการหมดไปของทรัพยากรป่าไม้ในหมู่บ้าน โดยเปิดให้มีการวิพากษ์วิจารณ์ นายเมินเนียมณี อายุ 79 ปี เล่าว่า สาเหตุที่ป่าไม้หมดนั้นเกิดจากปี พ.ศ. 2509 เกิดภัยแล้งข้าวยากมากแพง ชาวบ้านเดือดร้อนจากการทำนา ทำสวน จึงได้ชักชวนกันไปตัดไม้ เพื่อนำมาเผาถ่านขาย ซึ่งราคาถ่านสมัยนั้นราคาดีสามารถเลี้ยงชีพและครอบครัวให้อยู่รอดได้ ดังนั้นจากที่หมู่บ้านเคยอุดมสมบูรณ์ไปด้วยป่า จึงค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ ที่สำคัญที่สุดชาวบ้านไม่มีการปลูกป่าทดแทนเลย

3) ด้านความเชื่อ ชุมชนหนองบัวเหนือสืบเชื้อสายมาจากชาวกูย ซึ่งจะมีประเพณีรำแม่มด มีความเชื่อว่าครูแม่มดจะช่วยปกป้องรักษาบุคคลนั้นให้อยู่เย็นเป็นสุขปราศจากโรคภัย เดิมชาวบ้านไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร จนกระทั่งชาวบ้านได้เข้าร่วมทำงานวิจัยครั้งนี้ จึงได้เกิดความคิดที่จะบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

4) ทำให้ทราบข้อมูลหมอพั้นบ้านมีทั้งหมด 7 คน ดังรายละเอียดในตาราง 13

5) ทำให้ทราบสมุนไพรในการรักษาโรคต่าง ๆ

6) ทำให้ทราบว่า มีสมุนไพรที่ใช้ในการประกอบอาหารและรักษาโรคหลายชนิด

กระบวนการวางแผน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลบริบทชุมชน สภาพทางสังคม วัฒนธรรม สภาพทรัพยากร สิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุขและภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้ผู้วิจัยและทีมวิจัยสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการจัดทำรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีแผนปฏิบัติงานดังนี้

ตาราง 2 แผนปฏิบัติงานในการจัดทำรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดย
การมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

ลำดับ	วันที่	กิจกรรม
1	15 ม.ค. 52	ยุทธศาสตร์การป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2	1 มี.ค. 52	เจาะเลือดก่อนเข้าร่วมโครงการ
3	8 มี.ค. 52	อบรมและให้ความรู้เรื่องการนวดคลายเครียดด้วยตนเองและฝึกสมาธิ
4	22 มี.ค. 52	อบรมและให้ความรู้เรื่องอาหารพื้นบ้านด้านเบาหวาน
5	30 มี.ค. 52	อบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
6	16 พ.ค. 52	ศึกษาดูงานโรงพยาบาลพัฒนานคร สาขาแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว
7	31 พ.ค. 52	เจาะเลือดหลังเข้าร่วมโครงการ
8	24 มิ.ย. 52	สรุปบทเรียนรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการปฏิบัติการ

กระบวนการปฏิบัติการตามแผนนั้นผู้วิจัยและทีมวิจัยได้ปรึกษาหารือเบื้องต้นให้ทำแผน
ยุทธศาสตร์การป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2552
เวลา 10.00 น. ณ ศาลาอเนกประสงค์ของหมู่บ้าน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 75 คน มี
วัตถุประสงค์ เพื่อหาแนวทางหรือรูปแบบในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดย
การทำสนทนากลุ่ม ผลที่ได้จากการทำกิจกรรม คือ 1) การป้องกันและดูแล มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 3 ยุทธศาสตร์การป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ยุทธศาสตร์	ยุทธวิธี	กิจกรรมทางเลือก
1. การป้องกัน	1.1 ออกกำลังกาย	<ul style="list-style-type: none"> - เดินแอโรบิก - ว่ายน้ำพลอง - โยคะ <p>ควรออกกำลังกายติดต่อกันประมาณ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง</p>
	1.2 ลดความเครียด	<ul style="list-style-type: none"> - ไปทำบุญที่วัด - การสนทนากลุ่ม - การฝึกสมาธิ - การนวดคลายเครียด - งดบุหรี่
	1.3 ลดการบริโภคอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - ณรงค์ให้ความรู้ - การประชาสัมพันธ์ข่าวสารโดยใช้เสียงตามสายของหมู่บ้าน แผ่นพับ เป็นต้น
	1.4 ลดความอ้วน	<ul style="list-style-type: none"> - การเยี่ยมบ้าน - วัดความดันโลหิต - วัดรอบเอว - วัดรอบสะโพก - วัดส่วนสูง/ชั่งน้ำหนัก เพื่อหัดขมิ้นมวลกาย

ตาราง 3 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	ยุทธวิธี	กิจกรรมทางเลือก
2. การดูแล	2.1 การดูแลด้านอาหาร 2.2 การดูแลด้านยา 2.3 การดูแลด้านการออกกำลังกาย 2.4 การดูแลด้านเท้า	<ul style="list-style-type: none"> - การอบรมให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน - พี่นฟูตำรับอาหารพื้นบ้าน - การอบรมให้ความรู้เรื่องยา ได้แก่ การรับประทานยาตามขนาด ตรงตามเวลาที่แพทย์แนะนำ ไม่ควรปรับและเพิ่มขนาดยาเอง - การอบรมให้ความรู้ด้านออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การเดินเร็ว ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน การวิ่งเหยาะ เป็นต้น - การอบรมให้ความรู้หรือให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เรื่องเท้า ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> * การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า โดยการบริหารเท้า เป็นประจำทุกวัน ได้แก่ การแกว่งเท้า การกระดกปลายเท้า เป็นต้น * ตรวจเท้าทุกวัน เพื่อหาความผิดปกติ โดยเฉพาะชอกนิ้วเท้า เล็บ ฝ่าเท้า หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ * รองเท้าที่ใส่ไม่คับหรือหลวมเกินไป

2) ทունเดิมของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 4 ทունเดิมของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ทունเดิม	การนำมาใช้ (ทำอะไร)	ประเภทด้าน สาธารณสุข	การสนับสนุน
1. ด้านสมุนไพร - ย่านาง - แมงลัก - มะแว้ง - มะระขี้นก - ตำลึง - เตย - มะเขือพวง - หอมหัวใหญ่ - ถั่วฝักยาวและ - ถั่วต่างๆ ฯลฯ	1. แหล่งเรียนรู้ 2. ทำอาหาร 3. แปรรูป เช่น ปั้น บรรจุภัณฑ์ ต้ม/ชา สมุนไพร อบแห้ง บดเป็นผง อัดเม็ด แคปซูล 4. เชิญวิทยากรอบรม แปรรูป 5. ปลูกพืชสมุนไพร	1. การส่งเสริม 2. การป้องกัน 3. การรักษา 4. การฟื้นฟู	1. งบประมาณจาก โรงพยาบาลตึก และ โครงการวิจัย 2. กลุ่มศึกษา สมุนไพร 3. การปลูกสมุนไพร 4. สนับสนุนด้าน วิทยากร
2. ด้านกลุ่ม อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้านจำนวน 15 คน	1. หยอดทรายอะเบท 2. ชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี 3. วัดความดันโลหิต 4. ออกเยี่ยมผู้พิการ 5. จิตอาสา / โรงพยาบาลตึก 6. ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 7. เจาะเลือดผู้ป่วย โรคเบาหวาน 8. ดูแลผู้สูงอายุ 9. ทำแผล 10. แจกยาสามัญ ประจำบ้าน	- การป้องกัน - การป้องกัน - การป้องกัน - การดูแล และฟื้นฟู - การป้องกัน - การดูแลช่วยเหลือ - การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และ การรักษา - การดูแลรักษา และ ฟื้นฟู - การดูแลรักษา	1. เทศบาลและ โรงพยาบาลตึกควร สนับสนุนงบประมาณ ให้แก่ อสม. 2. อบรมเพิ่มเติม เพื่อ เพิ่มศักยภาพด้าน ความรู้ต่างๆ มา ประยุกต์ใช้ในการ ทำงาน

ตาราง 4 (ต่อ)

ทุนเดิม	การนำมาใช้ (ทำอะไร)	ประเภทด้าน สาธารณสุข	การสนับสนุน
3. ด้านวัด (หลวงพ่อ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานงานกับหลวงพ่อและแม่ชี 2. อบรมให้ความรู้เรื่องการอบสมุนไพรม 3. สถานที่อบสมุนไพรรภายในวัดแบ่งเป็น 2 ส่วน <ol style="list-style-type: none"> 1. อบเฉพาะพระสงฆ์ 2. อบเฉพาะฆราวาส 	-การดูแล	<ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมสมุนไพรรไว้อบ 2. เตรียมจัดหาพื้นและอุปกรณ์ต่างๆ 3. ปรับปรุงสถานที่ 4. จัดหาวิทยากรในการให้ความรู้ 5. เทศบาลและโรงพยาบาลสตึกควรสนับสนุนงบประมาณให้แก่ วัด
4. ด้านสร้างศูนย์อบสมุนไพรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. แหล่งเรียนรู้สมุนไพรม 2 เป็นสถานที่บริการเพื่อสุขภาพ 	- การดูแลรักษา	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนงบประมาณ 2. สร้างกระโจมอบสมุนไพรม ศาลาอเนกประสงค์ 3. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล และโรงพยาบาล
5. ด้านหมอนวดแผนไทย (สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน)	- นวดคลายเครียด (ไม่เปิดประตูลม)	- การดูแลรักษา	- อบรมเพิ่มเติม เรื่องการนวดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ตาราง 5 โครงการภูมิปัญญานวดแผนไทยเพื่อสุขภาพ

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
โครงการภูมิ ปัญญานวด แผนไทย เพื่อสุขภาพ	1. เพื่อให้ ผู้ป่วย โรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาล ในเลือดอยู่ใน เกณฑ์ปกติ 2. เพื่อ เผยแพร่ภูมิ ปัญญาไทยใน การรักษา โรคเบาหวาน 3. เพื่อ อนุรักษ์ภูมิ ปัญญาไทยให้ คงอยู่ต่อไป	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ป่วย โรคเบาหวาน 3. ผู้ดูแล ผู้ป่วย โรคเบาหวาน 4. กลุ่มเสี่ยง จำนวน 73 คน	มี.ค.-พ.ค. 2552	20,000 บาท	1. ผู้ป่วย โรคเบาหวานมี ระดับน้ำตาลใน เลือดอยู่ในเกณฑ์ ปกติและลด ภาวะแทรกซ้อน 2. ช่วยเผยแพร่ภูมิ ปัญญาไทยในการ รักษา โรคเบาหวาน 3. ช่วยอนุรักษ์ภูมิ ปัญญาไทยให้คง อยู่ต่อไป	นาง ประนอม บุญทอง นางสาว น้อย เพรี

ตาราง 6 โครงการอาหารพื้นบ้านด้านเบาหวาน

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
โครงการ อาหาร พื้นบ้าน ด้าน เบาหวาน	1. เพื่อให้ ผู้ป่วย โรคเบาหวาน และชุมชนเกิด องค์ความรู้ใน การดูแล สุขภาพของ ตนเอง ด้วยวิธี ธรรมชาติ ตระหนักถึง คุณค่าของการ สร้างสุขภาพ ของตนเอง และคุณค่า ของผัก พื้นบ้าน 2. เพื่อ ควบคุมระดับ น้ำตาลใน เลือดอยู่ใน เกณฑ์ปกติ 3. เพื่อ ส่งเสริมภูมิ ปัญญาไทยให้ คงอยู่ต่อไป	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ป่วย โรคเบาหวาน 3. ผู้ดูแล ผู้ป่วย โรคเบาหวาน 4. กลุ่มเสี่ยง จำนวน 73 คน	มี.ค.-พ.ค. 2552	10,000 บาท	1. ผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการดูแลด้าน โภชนาการและ ด้านอื่นๆ อย่าง เป็นองค์รวม สอดคล้องกับวิถี ชีวิตในชุมชนและ ชุมชนหันมาเห็น คุณค่าของผัก พื้นบ้าน 2. ผู้ป่วย โรคเบาหวาน สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดอยู่ในระดับดี 3. ส่งเสริมภูมิ ปัญญาไทยให้คง อยู่ต่อไป	นาง ประนอม บุญทอง นางสาว น้อย เพรี

ดังนั้นเมื่อทีมวิจัยและชาวบ้านได้ค้นหาทุนเดิมด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนและได้วางยุทธศาสตร์การป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงได้ตกลงร่วมกันเลือกแผนปฏิบัติการเพื่อการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยคัดเลือกกิจกรรมที่เป็นความรู้ภูมิปัญญาเดิมของหมู่บ้านผนวกกับความรู้ใหม่ที่ได้รับและมีการเลือกกิจกรรมการนวดคลายเครียดด้วยตนเอง - ฝึกสมาธิ และอาหารพื้นบ้านต้านเบาหวาน เป็นรูปแบบของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมก่อนที่จะเข้าสู่ช่วงการทดลองกลุ่มเป้าหมายจะต้องผ่านการเจาะเลือดก่อนเข้าโครงการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ผู้ดูแล กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไว้เปรียบเทียบ ดำเนินกิจกรรมเมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2552 เวลา 07.00 น. ณ ศาลาอเนกประสงค์ของหมู่บ้านและมีวิธีดำเนินกิจกรรมโดย 1) นัดหมายชาวบ้านเจาะเลือด โดยผ่านผู้นำชุมชนโดยให้ทั้งคนนำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนเจาะเลือด 2) ประสานงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก ดำเนินการเจาะเลือดพร้อมอุปกรณ์ต่าง ๆ 3) ทำการซักประวัติ วัดความดันโลหิต หาดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว รอบสะโพก และเจาะเลือด

ผลที่ได้จากการทำกิจกรรม คือ 1) ชาวบ้านและทีมวิจัยมีส่วนร่วมอย่างสูงในการติดตามกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานออกมาเพื่อเจาะเลือด 2) ทีมวิจัยบางคนสามารถเรียนรู้วิธีการเจาะเลือดกลุ่มเป้าหมายและทดลองปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

เมื่อทราบผลเลือดของกลุ่มเสี่ยงผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนเข้าโครงการเรียบร้อยแล้ว ทีมวิจัยจึงได้จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง 1) การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง - ฝึกสมาธิ 2) อาหารพื้นบ้านต้านเบาหวาน 3) โรคเบาหวาน ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 ณ ชุมชนหนองบัวเหนือ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการ นัดหมายชาวบ้านโดยผ่านผู้นำชุมชนประสานงานวิทยากรจากโรงพยาบาลสตึกและโรงพยาบาลพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการอบรมให้ความรู้ - สาธิตและฝึกปฏิบัติ

ผลที่ได้จากการทำกิจกรรม กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและดูแลสุขภาพมากขึ้น เช่น รู้จักสัดส่วนอาหาร อาหารทดแทน การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้าที่ถูกต้อง เป็นต้น

หลังจากนั้นจึงพากลุ่มเป้าหมายไปศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านทักษะการนวดคลายเครียดด้วยตนเองและสมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน โดยเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลวัฒนานคร สาขาแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว ในวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

ผลที่ได้จากการทำกิจกรรม 1) ทำให้ทีมวิจัยและกลุ่มเป้าหมายได้เปิดโลกทัศน์ใหม่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการจัดสถานที่นวดที่แบ่งได้เป็นสัดส่วน สะอาด เรียบร้อย การจำหน่ายยาสมุนไพรในการรักษาโรคต่าง ๆ และของใช้ที่ผลิตจากสมุนไพร เป็นต้น 2) ทำให้ทีมวิจัยและกลุ่มเป้าหมายได้ทราบข้อมูลที่ถูกต้อง เช่น สะเดา เป็นสมุนไพรที่รักษาโรคเบาหวาน เดิมชาวบ้านเข้าใจว่าให้รับประทานดอกแต่เมื่อได้ไปศึกษาดูงาน ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควร

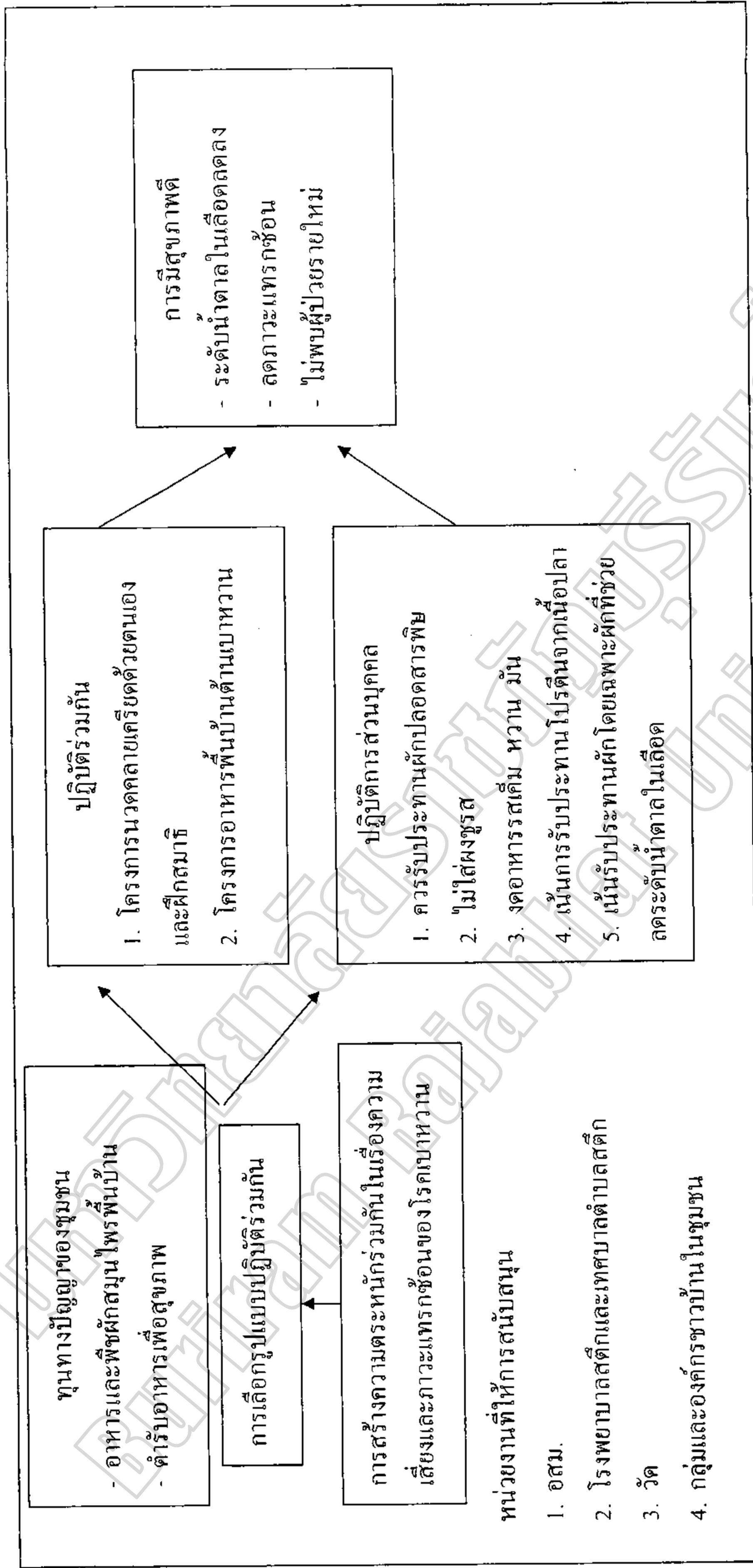
รับประทานดอกของสะเดาเพราะในดอกมีสารที่ผลิตน้ำตาลให้เพิ่มขึ้นส่วนที่เป็นประโยชน์ในการรักษาโรคเบาหวานที่จริงแล้ว คือ ราก เมื่อดำเนินการตามแผนเสร็จสิ้นทีมวิจัยได้ประสานกับผู้นำชุมชนเพื่อเจาะเลือดหลังเข้าโครงการ ไว้เปรียบเทียบกับก่อนเข้าโครงการ

สรุปทเรียนรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากเวทีสรุปทเรียนทำให้ทีมวิจัยทราบว่า 1) ชาวบ้านอยากทำงานวิจัยร่วมด้วยเพราะเป็นโอกาสที่ดีจะได้ความรู้และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นโดยเริ่มจากการค้นหาปัญหาและคนในชุมชนช่วยกันแก้ไขปัญหาร่วมกันซึ่งปัญหาที่พบจากการทำเวที คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ขาดแคลนน้ำประปา โรคเบาหวาน โรคไข้เลือดออก แต่ชาวบ้านเลือกจะแก้ปัญหาระยะยาว โรคเบาหวาน เพราะเป็นโรคเรื้อรังสามารถป้องกันได้และใช้งบประมาณน้อย 2) ชาวบ้านและทีมวิจัยมีกระบวนการพัฒนาโครงการ โดยการประชุม อบรมและแบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน เช่น ผู้ใหญ่บ้านมีหน้าที่ประสานงานและประชาสัมพันธ์โครงการ ประธาน อสม. มีหน้าที่จัดเตรียมอาหารและเครื่องดื่ม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย นอกจากนี้ชาวบ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสา ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสตึก จึงนำเอาประสบการณ์จากการทำกิจกรรมมาพัฒนาโครงการ 3) ทำให้ชาวบ้านและทีมวิจัยได้ทราบประวัติศาสตร์ความเป็นมาของชุมชนและความเปลี่ยนแปลงของชุมชน เช่น อาชีพเดิมคือเผาถ่านขายแต่ในปัจจุบันเปลี่ยนเป็นอาชีพรับจ้างจากเดิมพื้นที่ในชุมชนมีที่นาไว้ปลูกข้าวแต่ปัจจุบันเป็นที่อยู่อาศัย 4) ด้านสาธารณสุขทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ในชุมชนมีกี่คน ใครบ้าง และสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคมีอะไรบ้าง 5) ชุมชนหนองบัวเหนือมีทุนเดิมหลายด้าน ได้แก่ หมอนวด อสม. กลุ่มสตรี สมุนไพร วัด เป็นต้น แล้วช่วยกันวิเคราะห์ว่าทุนเดิมไหนมีความเกี่ยวข้องสามารถป้องกันและดูแลสุขภาพโรคเบาหวานได้ผลสรุปคือ หมอนวด สมุนไพร วัด จากการที่ทราบทุนเดิมทำให้เกิดรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 ด้าน คือ การนวด คลายเครียดด้วยตนเอง - ฝึกสมาธิและอาหารพื้นบ้านต้านเบาหวาน 6) ก่อนที่จะมีการทดลองรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องเจาะเลือดก่อนในการเจาะเลือดนั้นทีมวิจัยได้เข้ามาช่วยเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสตึกเจาะเลือด ชั่งน้ำหนัก หาดัชนีมวลกายวัดความดันโลหิต วัดรอบเอว ทำให้ทีมวิจัยทราบขั้นตอนการตรวจคัดกรองโรค และเมื่อชาวบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานเจ็บป่วย ทีมวิจัยสามารถตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น 7) การทดลองโดยการอบรมให้ความรู้ สาธิต ฝึกปฏิบัติด้วยการให้กลุ่มเป้าหมายนวดคลายเครียดด้วยตนเอง - ฝึกสมาธิ นั้น กลุ่มเป้าหมายได้ประโยชน์คือ จิตนิ่ง มีสมาธิ มีความสามัคคี และมีส่วนร่วมในการกิจกรรมเพิ่มขึ้น รู้สึกเสียสละ เช่น นางประนอม บุญทอง อายุ 50 ปี หมอนวด เสียสละเวลามาช่วยในการเป็นผู้นำการนวดและฝึกสมาธิ นอกจากนั้นยังดื่มน้ำสมุนไพรหญ้าหวาน

มาให้ดื่มหลังการทำกิจกรรมเสร็จเพื่อลดการกระหายน้ำและเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตได้ดีขึ้น รู้จักปล่อยวาง เช่น นางเกิด อินสำราญ อายุ 61 ปี มีอาชีพประดิษฐ์ดอกไม้ขาย พอถึงเวลาช่วงเย็นประมาณ 18.00 น. ก็จะเดินทางมาร่วมกิจกรรมนวดคลายเครียดด้วยตนเองและฝึกสมาธิทุกครั้ง ตามนัดผลที่ได้จากการออกกำลังกาย คือ การมาพบปะเพื่อนบ้านมีการพูดคุยหยอกล้อกันทำให้สบายใจไม่เครียด 8) กลุ่มเป้าหมายได้นำภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชนมาใช้ในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยร่วมคิด ร่วมทำ ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งนำเอาพืชผักปลอดสารพิษริ้วมาเป็นอาหาร ได้แก่ อ่อมปลาผัดรวม อ่อมหอยผักปลัง แกงส้มดอกแค - มะรุม นึ่งปลาตำแจ่ว แกงหน่อไม้ใส่ย่านางและแกงบอนใต้ไข่มดแดง เป็นต้น 9) หลังจากการอบรมผู้เข้าร่วมอบรมมีความสนใจและตั้งใจอบรมเป็นอย่างดี นอกจากนี้มีการแต่งตั้งหัวหน้ากลุ่มในการฝึกปฏิบัตินวดและฝึกสมาธิต่อไปอีก 2 เดือน เพื่อจะควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 10) การศึกษาดูงานครั้งนี้ทำให้ทีมวิจัยและชาวบ้านมีวิสัยทัศน์กว้างขึ้น กล้าคิด กล้าถาม กล้าตอบและมีการพูดคุยปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นมีการแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มในชุมชนและขยายไปสู่ชุมชนใกล้เคียงและการศึกษาดูงานครั้งนี้ทำให้ทราบสมุนไพรต่าง ๆ ในการรักษาโรคเพิ่มขึ้น เช่น บอระเพ็ดและรากสะเดาสามารถรักษาโรคเบาหวานได้ 11) ความคาดหวังจากการทำงานวิจัยครั้งนี้คือ ลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงและจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและสามารถเป็นโครงการต้นแบบของโครงการอื่น ๆ 12) สิ่งที่ทำร่วมกันในการวิจัย คิดหาสูตรอาหารพื้นบ้านและออกกำลังกายร่วมกัน 13) ผลที่ได้จากการทำวิจัยกลุ่มเป้าหมายเกิดความเข้าใจเกิดกลุ่มเรียนรู้และฟื้นฟูป้องกันโรคเบาหวาน นอกจากนี้ทำให้เห็นความแตกต่างคือ พฤติกรรมเปลี่ยนไปรู้จักควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและมีการดูแลตนเองดีขึ้น ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และการดูแลเท้า 14) สิ่งที่คิดจะทำต่อจากโครงการนี้คือ โครงการลดบุหรี่ - สุรา โครงการคนไทยไร้พุงและโครงการผู้สูงวัยใส่ใจธรรมชาติ

จากเวทีสรุปบทเรียนนี้ทำให้มองเห็นความสำเร็จของโครงการนี้คือ ทุกคนในชุมชนต้องมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมติดตาม โดยไม่ต้องแยกส่วนกัน



ภาพประกอบ 5 กระบวนการศึกษารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทที่ 5

บริบทชุมชน

สภาพทั่วไปของชุมชน

1. ที่ตั้ง - อาณาเขต

บ้านหนองบัวเหนือ ตั้งอยู่หมู่ที่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่บนทางหลวงหมายเลข 219 สายสตึก - บุรีรัมย์ ห่างจากตัวอำเภอสตึก ไปทางทิศใต้เป็นระยะทางประมาณ 2 กิโลเมตร และห่างจากตัวจังหวัดเป็นระยะทางประมาณ 38 กิโลเมตร

บ้านหนองบัวเหนือ มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 1570 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ใกล้เคียงดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับบ้านนิคมสมบูรณ์ หมู่ที่ 17 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์
ทิศใต้ ติดต่อกับบ้านหนองบัวเจ้าป่า หมู่ที่ 5, 11 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์
ทิศตะวันออก ติดต่อกับบ้านนิคม หมู่ที่ 7 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์
ทิศตะวันตก ติดต่อกับบ้านหนองม่วง หมู่ที่ 23 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

2. ลักษณะภูมิศาสตร์ - ภูมิอากาศ

ลักษณะภูมิศาสตร์

พื้นที่โดยทั่วไปของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ ส่วนใหญ่มีสภาพเป็นเนินหรือโคกประมาณร้อยละ 80 และเป็นที่ราบประมาณ ร้อยละ 20

สภาพภูมิอากาศ

เป็นแบบมรสุมเขตร้อน โดยมีอุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปีเท่ากับ 26.87 องศาเซลเซียส
- ฤดูฝน เริ่มประมาณ เดือนพฤษภาคม ถึง กลางเดือนตุลาคม โดยได้รับอิทธิพลจากมรสุมตะวันตกเฉียงใต้เป็นส่วนใหญ่ ปริมาณน้ำฝนโดยเฉลี่ย 1214.5 มิลลิเมตรต่อปีและมีฝนตกมากที่สุดในเดือนกรกฎาคม

- ฤดูหนาว เริ่มประมาณเดือนตุลาคม ถึงกลางเดือนกุมภาพันธ์ ซึ่งเป็นช่วงที่ได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ อุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ 18.17 องศาเซลเซียส อากาศจึงหนาวเย็น

- ฤดูร้อน เริ่มประมาณกลางเดือนกุมภาพันธ์ ถึงกลางเดือนพฤษภาคม ลมแปรปรวน อุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ 36.31 องศาเซลเซียส (สถานีอุตุนิยมวิทยาบุรีรัมย์, 2550)

ประวัติศาสตร์ชุมชน

จากการสัมภาษณ์ นายนาย แสงงาม ผู้ใหญ่บ้านหนองบัวเหนือ ได้เล่าความเป็นมาของ หมู่บ้านหนองบัวเหนือ หมู่ที่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ดังนี้ ปี พ.ศ. 2440 ปลายสมัยรัชกาลที่ 5 มีชาวภูจากบ้านกระโพ – บ้านตากกลาง ตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัด สุรินทร์ จำนวน 6 ครอบครัว นำโดย นายวัง ยิบรัมย์ นายพิมพ์ ยิบรัมย์ นายลี เพรี นายโน โพร้ไทร นายมา หอมหวล สาเหตุที่อพยพเพราะบ้านกระโพ – บ้านตากกลางมีที่ดินทำกินน้อย ที่อยู่อาศัยเริ่มคับแคบ จึงได้พาครอบครัวและเพื่อนบ้านมาอาศัยอยู่บ้านดงกระทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ แต่อยู่ได้ไม่นาน นายวัง ยิบรัมย์ เห็นว่าพื้นที่ไม่อุดมสมบูรณ์จึงได้พาครอบครัว เพื่อนบ้าน และญาติพี่น้องไปอยู่ที่ใหม่ ซึ่งปัจจุบันเป็นที่ตั้งของบ้านนิคมหมู่ที่ 17 อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ นายวัง ยิบรัมย์และเพื่อนบ้านมีความเห็นว่าเป็นพื้นที่ลุ่มใกล้แม่น้ำมูลเกรงว่าช่วงฤดู ฝนจะเกิดน้ำท่วม จึงได้อพยพพาครอบครัวไปตั้งถิ่นฐานอยู่ที่เนิน (โคก) ห่างจากที่เดิมประมาณ 2 กิโลเมตร เป็นพื้นที่ที่อุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การเพาะปลูก เลี้ยงสัตว์ และบริเวณของหมู่บ้าน มีหนองน้ำขนาดใหญ่มีบัวหลวงเต็มหนองน้ำ ประกอบกับเป็นหมู่บ้านช้างใช้ช้างเป็นพาหนะ ในการเดินทางช้างเป็นสัตว์ขนาดใหญ่ จึงได้นามว่า “เจ้าป่า” และในปี พ.ศ. 2440 ได้ตั้งชื่อของ หมู่บ้านว่า “หนองบัวเจ้าป่า”

ต้นตระกูลที่สำคัญๆ ของหมู่บ้านหนองบัวเจ้าป่ามี 3 ตระกูล ได้แก่ ศาลางาม ยิบรัมย์ ยุรัมย์ เป็นต้น ปี พ.ศ. 2514 นายมา ยุรัมย์ ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านหนองบัวเจ้าป่า เห็นว่า หมู่บ้านมีประชากรเพิ่มขึ้นไม่สะดวกต่อการปกครองจึงได้ขอแยกหมู่บ้านออกหนึ่งหมู่บ้านโดยตั้ง ชื่อว่า บ้านหนองบัวเหนือ เพราะอยู่ทางทิศเหนือของบ้านหนองบัวเจ้าป่า

สภาพทางกายภาพ

1. การคมนาคม

หมู่บ้านหนองบัวเหนือตั้งอยู่บนทางหลวงหมายเลข 219 สายสตึก – บุรีรัมย์ ห่างจาก ตัวอำเภอไปทางทิศใต้เป็นระยะทางประมาณ 2 กิโลเมตร และห่างจากตัวจังหวัดบุรีรัมย์ ระยะทาง ประมาณ 38 กิโลเมตร เป็นถนนลาดยาง และถนนคอนกรีตตัดผ่านไปสู่หมู่บ้านและเชื่อมต่อ ระหว่างหมู่บ้านอื่นๆ การคมนาคมระหว่างหมู่บ้านสะดวก ทุกๆ ฤดูกาลชาวบ้านส่วนใหญ่นิยม เดินทางไป ซื้อ – ขาย สินค้าที่ตลาดสดเทศบาลตำบลสตึก ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางมี ทั้งรถจักรยาน รถจักรยานยนต์และรถยนต์ส่วนตัว เป็นต้น

2. สภาพทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

หมู่บ้านหนองบัวเหนือ มีทรัพยากรต่างๆ ดังนี้

2.1 ดิน

สภาพดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย ดินจะอุ้มน้ำเก็บน้ำได้น้อยดินมีความอุดมสมบูรณ์ต่ำและดินบนค่อนข้างเป็นทราย

2.2 แหล่งน้ำ

หมู่บ้านหนองบัวเหนือมีแหล่งน้ำธรรมชาติขนาดใหญ่ของหมู่บ้าน คือ หนองบัวซึ่งจะอยู่ทางทิศใต้ของหมู่บ้าน ประโยชน์ที่ใช้แหล่งน้ำแห่งนี้ คือ อุปโภคและบริโภค ซึ่งบางปีจะมีน้ำใช้ตลอดปีแต่บางปีก็แห้งขอด ดังนั้นชาวบ้านและพระสงฆ์จะร่วมกันพัฒนาแหล่งน้ำแห่งนี้โดยการขุดลอกหนองให้ลึกลงไปอีก นอกจากนี้ถ้าหลังคาเรือนใดอยู่ไกลจากแหล่งน้ำมาก ชาวบ้านก็จะขุดบ่อน้ำตื้นขึ้นไว้ใช้เองและมีการแบ่งปันน้ำให้แก่บ้านใกล้เคียงเคียงเสมอ

ปี พ.ศ. 2537 หมู่บ้านแห่งนี้ได้รับงบประมาณจัดสรรจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดบุรีรัมย์ ให้ขุดสระ 1 แห่ง ขนาด 141 x 99 x 10 เมตร สมาชิกในหมู่บ้านใช้ประโยชน์ในการเพาะปลูก และเลี้ยงสัตว์เท่านั้น เนื่องจากปัจจุบันหมู่บ้านมีระบบประปาใช้ทั่วครัวเรือน เมื่อปี พ.ศ. 2527

2.3 ป่าไม้

พื้นที่บริเวณที่ตั้งของหมู่บ้านหนองบัวเหนือในปัจจุบันเดิมมีสภาพเป็นป่าดงดิบประกอบด้วย ไม้เต็ง ไม้รัง ไม้จิก ป่าละเมาะ ป่าแพะ ขึ้นปกคลุมอยู่จำนวนมากซึ่งถือได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ เป็นแหล่งอาหาร และที่อยู่ของสัตว์ป่าทั้งหลายที่ใช้ในการดำรงชีวิต อันได้แก่ เก้ง กวาง หนู กระต่าย ไก่ฟ้า นกยูง ช้าง ต่อมาเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2509 เกิดภัยแล้งข้าวยากมากแพงชาวบ้านเดือดร้อนดังนั้นจึงชวนกันไปตัดต้นไม้เพื่อนำมาเผาถ่านขายหรือแลกอาหารมาประทังชีวิต สมัยนั้นการเผาถ่านถือว่าเป็นอาชีพที่ได้รับความนิยม ถ่าน 1 กระสอบ ราคา 6 บาท ถือว่าราคาดีมากมีผลทำให้ป่าไม้ในหมู่บ้านถูกทำลายลงไปและชาวบ้านไม่มีการปลูกป่าหรือปลูกพืชอื่นๆ ทดแทนเลยซึ่งในปัจจุบันนี้พบว่าหมู่บ้านหนองบัวเหนือไม่มีป่าไม้หลงเหลือ อีกเลย นอกจากวัดป่าสติกพัฒนาที่ยังคงอนุรักษ์ป่าสงวน ป่าสมุนไพรและรณรงค์ให้มีการปลูกป่าภายในวัดมากยิ่งขึ้นด้วย

นอกจากนี้ชาวบ้านยังได้ประโยชน์จากป่าภายในวัดป่าสติกพัฒนา โดยเข้าไปหาอาหารประเภท เห็ด ผักต่างๆ และยารักษาโรค แล้วนำเห็ด ผักต่างๆ มาจำหน่ายที่ตลาดสดเทศบาลตำบลสติก ถือว่าสร้างรายได้ให้กับชาวบ้านอีกทางหนึ่ง

2.4 สิ่งสาธารณูปโภคในชุมชน

จากการศึกษาหมู่บ้านพบว่า หมู่บ้านหนองบัวเหนือมีสิ่งสาธารณูปโภคซึ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพ และการประกอบอาชีพของสมาชิกในหมู่บ้าน ดังนี้

2.4.1 สระน้ำมีจำนวน 1 แห่ง ได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปี พ.ศ. 2537 ซึ่งชาวบ้านจะใช้อุปโภคในการเพาะปลูกและเลี้ยงสัตว์เท่านั้น ปัจจุบันสามารถใช้น้ำได้ตลอดปี

2.4.2 บ่อบาดาลมี 1 บ่อ เป็นบ่อทางราชการกรมทรัพยากรสร้างให้ชาวบ้านได้ใช้ประโยชน์ในการอุปโภค ในปี พ.ศ. 2546

2.4.3 ถนนเริ่มสร้างเมื่อปี พ.ศ. 2513 เป็นถนนลูกรัง จนกระทั่งเมื่อปี พ.ศ. 2538 ได้เริ่มทยอยสร้างเป็นถนนคอนกรีตทำให้การคมนาคมระหว่างหมู่บ้านสะดวกสบายยิ่งขึ้น

2.4.4 ไฟฟ้า เริ่มดำเนินการปี พ.ศ. 2524

2.4.5 หอกระจายข่าว มีจำนวน 1 แห่ง ดำเนินการในปี พ.ศ. 2533 ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกำนันชัย ชิดชอบ และต่อมาในปี พ.ศ. 2548 ได้รับงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อนำมาปรับปรุงหอกระจายข่าวจากนายสุรศักดิ์ นาคดี สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในขณะนั้น

2.4.6 ศาลาอเนกประสงค์ มีจำนวน 1 แห่ง ดำเนินการในปี พ.ศ. 2549 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานเทศบาลตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

2.4.7 โทรศัพท์สาธารณะ มีจำนวน 1 แห่งดำเนินการในปี พ.ศ. 2543 โดยสำนักงานองค์การโทรศัพท์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม

สภาพทางสังคมและวัฒนธรรมในการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและโครงสร้างของประชากร

บ้านหนองบัวเหนือ มีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 239 ครัวเรือน มีประชากรทั้งหมด 865 คน โดยแยกเป็นชาย 412 คน และเป็นหญิง 453 คน

ตาราง 7 จำนวนประชากรหมู่บ้านหนองบัวเหนือ แยกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	412	47.63
หญิง	453	52.37
รวม	865	100

ที่มา (เทศบาลตำบลสตึก, หมู่บ้านหนองบัวเหนือ, 2551)

จากตาราง 7 แสดงจำนวนเพศของชาวบ้านหนองบัวเหนือพบว่า มีประชากร ทั้งหมด 865 คน แยกเป็นเพศชาย 412 คน คิดเป็นร้อยละ 47.63 และเพศหญิง 453 คน คิดเป็นร้อยละ 52.37

ตาราง 8 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ

จำนวนสมาชิก	จำนวนครัวเรือน	ร้อยละ
1-3	63	26.35
4-6	112	46.86
7-9	49	20.50
10-12	14	5.85
13-15	1	0.41
รวม	239	100

ที่มา (สำนักบริหารการทะเบียน, หมู่บ้านหนองบัวเหนือ, 2551)

จากตาราง 8 แสดงว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือนของชาวบ้านหนองบัวเหนือพบว่า มีสมาชิก 4-6 คน มากที่สุด จำนวน 112 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 46.86 รองลงมาคือ จำนวนสมาชิก 1-3 คน จำนวน 63 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 26.35 และจำนวนสมาชิก 7-9 คน จำนวน 49 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 20.50 ตามลำดับ

ตาราง 9 ช่วงอายุประชากรหมู่บ้านหนองบัวเหนือ

ช่วงอายุ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
0 – 5 ปี	31	31	62	7.2
6 – 10	32	33	65	7.5
11 – 15	39	45	84	9.7
16 – 20	33	34	67	7.8
21 – 26	30	37	67	7.8
26 – 30	43	33	76	8.8
31 – 35	33	52	85	9.8
36 – 40	40	39	79	9.1
41 – 45	42	36	78	9.0
46 – 50	21	31	52	6.0
51 – 55	14	20	34	3.9
56 – 60	21	18	39	4.5
60 ปีขึ้นไป	34	20	77	8.9
รวม	412	453	865	100

ที่มา (สำนักบริหารการทะเบียน , หมู่บ้านหนองบัวเหนือ, 2551)

จากตาราง 9 พบว่า ช่วงอายุของประชากรในบ้านหนองบัวเหนือ อยู่ในช่วงอายุ 31 – 35 ปี มากที่สุด จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 9.8 รองลงมาช่วงอายุ 11 – 15 ปี จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 และช่วงอายุน้อยที่สุด คือ 51 – 55 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 ตามลำดับ

2. การตั้งถิ่นฐานบ้านเรือน

การสร้างบ้านเรือนของชาวบ้าน ในหมู่บ้านหนองบัวเหนือนั้นส่วนใหญ่จะสร้างติดกับ 2 ฝากฝั่งถนนและติดกับแหล่งน้ำมักนิยมสร้างในบริเวณพื้นที่เดียวกันระหว่างเครือข่ายที่ดิน 1 แปลงจะมีบ้านอยู่ 4 – 5 หลังคาเรือน ลักษณะของหลังคาเรือนในอดีตจะเป็นบ้านไม้ยกใต้ถุนสูง พื้นที่ใต้ถุนบางครั้งเป็นคอกวัว ควาย ช้าง และบางครั้งพื้นที่ใต้ถุนบ้านมีไว้สำหรับพักผ่อน

เป็นสถานที่พูดคุยกันในยามว่างระหว่างญาติพี่น้องเพื่อนบ้าน ส่วนบ้านที่สร้างในปัจจุบันจะเป็นบ้าน 2 ชั้น ครึ่งตึกครึ่งไม้ หรือ บ้านปูน 1 ชั้น เป็นต้น

3. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างคนในหมู่บ้านหนองบัวเหนือ จะมีลักษณะเป็นเครือญาติสืบเนื่องจากการอพยพถิ่นฐานจากบ้านกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ มาตั้งถิ่นฐานในหมู่บ้านแห่งนี้ ในระยะแรกมีไม่กี่ครอบครัว หลังจากนั้นก็มีการแต่งงานและขยายครอบครัวขึ้นภายในหมู่บ้านจะมีนามสกุลหลักอยู่ เช่น ศาลางาม บุตรรัมย์ ยิบรัมย์ เป็นต้น

ชาวบ้านในหมู่บ้านหนองบัวเหนือจะมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมาก มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างครอบครัวและเพื่อนบ้านทุกคนในหมู่บ้านจะรู้จักกันหมดถ้ามีข่าวสารต่างๆ หรือมีความเคลื่อนไหวต่างๆ เช่น มีคนป่วย คนตาย มีคนนอกเข้ามาในหมู่บ้าน ก็จะทราบข่าวสารกันทั่วถึงอย่างรวดเร็ว หรือเมื่อในหมู่บ้านมีงานขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน งานศพ หรือกิจกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน ชาวบ้านแห่งนี้จะให้ความสำคัญมากและจะช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ ซึ่งเป็นธรรมเนียมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาตั้งแต่รุ่นบรรพบุรุษ

การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาวะผู้นำ

อดีตการปกครองหมู่บ้านหนองบัวเหนือก็เช่นเดียวกับหมู่บ้านอื่น คือ จะยึดถือผู้อาวุโสหรือผู้ที่สืบทอดความเป็นผู้นำตามระบบเครือญาติ เพื่อให้เป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจและความมั่นคงในชีวิต และผู้นำจะอยู่ในตำแหน่งได้คราวละหลายๆ ปี หรืออยู่จนกระทั่งเกษียณ หรือเสียชีวิตถึงจะเปลี่ยนผู้นำครั้งหนึ่ง

ในปัจจุบันชุมชนหนองบัวเหนือเป็นหนึ่งในจำนวน 15 ชุมชนของเทศบาลตำบลศึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ การเลือกผู้นำชาวบ้านจะเลือกตามระบอบประชาธิปไตย เสียสละ ซื่อสัตย์ อุดหนุน มีความรู้ความสามารถ และเป็นที่พึ่งของชาวบ้านได้

รายชื่อผู้ใหญ่บ้านหนองบัวเหนือจากอดีตถึงปัจจุบัน มีดังนี้

1. นายทอง โพธิ์ไทร ดำรงตำแหน่งในช่วงปี พ.ศ. 2514 – 2527 ปัจจุบันถึงแก่กรรม อยู่ในเขตการปกครองของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ หมู่ที่ 29 ตำบลศึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ อุปนิสัยของนายทอง โพธิ์ไทร เป็นคนจิตใจดี สุขุมเป็นกันเองกับลูกบ้าน

ผลงานที่เด่นชัด คือ

1. นำลูกบ้านร่วมกับโรงเรียนหนองบัวเจ้าป่าจัดประกวดการพัฒนาคู่ในหมู่บ้าน
2. นำลูกบ้านเข้าวัดปฏิบัติธรรม และทำนุบำรุงพระพุทธศาสนา

2. นายชาย เขี้ยยครมย์ ดำรงตำแหน่งในช่วงปี พ.ศ. 2527 – 2533 ปัจจุบันถึงแก่กรรม เปลี่ยนการปกครองเป็นบ้านหนองบัวเหนือ หมู่ที่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ อุปนิสัยของนายชาย เขี้ยยครมย์ ร่าเริง พุดเพราะ ให้เกียรติลูกบ้าน และเป็นผู้ที่พูดภาษาส่วยได้ เก่งมาก จนได้รับฉายาว่า “ ส่วยสากล ”

ผลงานที่เด่นชัด คือ

1. นำเรือประจำหมู่บ้าน ชื่อ ศรีธรรณูชัย เข้าร่วมแข่งขันในงานประเพณี แข่งเรือยาว ประจำอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จนได้แชมป์ 2 สมัย และติดอันดับ 1 ใน 3 หลายสมัย
2. สร้างศาลเจ้าพ่อแดงประจำหมู่บ้าน
3. เริ่มประเพณีการทำบุญเบิกบ้าน

3. นายนาย แสงงาม ดำรงตำแหน่งในช่วงปี พ.ศ. 2533 – ปัจจุบัน อายุ 59 ปี อุปนิสัยของนายนาย แสงงาม เป็นคนจริงจัง ซื่อสัตย์ ขยัน ตัดสินใจรวดเร็วขาดการวิเคราะห์

ผลงานที่เด่นชัด คือ

1. นำประปา บ่อบาดาลเข้าหมู่บ้าน
2. ขอบสร้างอาคารอเนกประสงค์ศาลากลางบ้าน
3. สร้างสระน้ำสาธารณะ
4. ประสานงานและร่วมพัฒนาหมู่บ้านกับเทศบาลตำบลสตึก

ในหมู่บ้านมีผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ได้แก่ นายบุคคา ศาลางาม นายมงคล แสนคำ มีหน้าที่ช่วยในด้านการปกครองและฝ่ายรักษาความสงบและมีกรรมการที่ปรึกษาในหมู่บ้านอีก 3 คน ซึ่งจะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและเคยผ่านงานด้านการปกครองท้องถิ่นมาก่อนหรือเป็นผู้อาวุโสซึ่งชาวบ้านให้ความเคารพนับถือและภายในหมู่บ้านจะแบ่งเขตการปกครองเป็น 3 คุ่ม แต่ละคุ่มยังไม่มีตัวแทนหรือหัวหน้าประจำคุ่ม ดังนั้นการบริหารงานส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับผู้ใหญ่บ้าน

ถ้าหากมีงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในหมู่บ้านก็จะมีการจัดประชุมคณะกรรมการของหมู่บ้าน ทั้งหมดที่ศาลาอเนกประสงค์ ทุกวันที่ 5 ของเดือนหรือขึ้นอยู่กับว่าเมื่อผู้ใหญ่บ้านได้ทราบข้อราชการมาจากอำเภอหรือทางเทศบาลตำบลสตึกหรือแม้แต่งานที่ชาวบ้านเสนอขึ้นมา ผู้ใหญ่บ้านก็จะเรียกประชุมอีกครั้งหนึ่ง โดยขั้นแรกจะประกาศเสียงตามสายของหมู่บ้านว่าจะมีการประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน เมื่อมีการประชุมแล้วผู้นำแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้องก็จะไปประชุมบอกชาวบ้านในส่วนของตนที่รับผิดชอบอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ทราบหลักการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทางเดียวกัน ซึ่งจะทราบข้อมูลกันอย่างรวดเร็วและชาวบ้านก็จะร่วมมือช่วยเหลือในทุกกิจกรรมในหมู่บ้านด้วยความเต็มใจ

กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชน

หมู่บ้านหนองบัวเหนือมีองค์กรต่างๆ ในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการขึ้นในหมู่บ้าน และได้มีการจัดตั้งกลุ่มต่างๆ ขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสามัคคีและสะดวกในการทำงานพัฒนาหมู่บ้านกลุ่มต่างๆ ดังนี้

องค์กรที่เป็นทางการ

1. คณะกรรมการหมู่บ้าน

หมู่บ้านหนองบัวเหนือจะมีคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นรูปองค์กรมาตรฐานเหมือนหมู่บ้านอื่น เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น คณะกรรมการหมู่บ้านแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 7 หมวด โดยมีคณะกรรมการแต่ละคนเป็นหัวหน้าหมวด นอกจากนี้ยังได้แบ่งหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละฝ่ายและมีผู้รับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้องตามความถนัด ทั้งนี้เพื่อการกระจายอำนาจในการปกครองต่างๆ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการประสานงานและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายในหมู่บ้าน รายชื่อคณะกรรมการหมู่บ้านมีดังนี้

1. นายนาย แสงงาม	ประธานคณะกรรมการหมู่บ้าน
2. นายสุรศักดิ์ แดงอาจ	รองประธานคณะกรรมการหมู่บ้าน
3. นายพันธ์ ยืนนาน	ฝ่ายการปกครอง
4. นายบุญจันทร์ เนียมมณี	ฝ่ายป้องกันและรักษาความสงบเรียบร้อย
5. นางงา ศาลางาม	ฝ่ายพัฒนา
6. นายเลิศ ศาลางาม	ฝ่ายการศึกษา
7. นางคุณ พิมละมาศ	ฝ่ายสวัสดิการ
8. นางติ่ม สายสาลี	ฝ่ายสาธารณสุข
9. นางวิไลย์ วิลัยศิลป์	ฝ่ายคลัง

ส่วนการเลือกคณะกรรมการในหมู่บ้านหรือตัวแทนต่างๆ ในหมู่บ้านส่วนใหญ่จะยึดหลักประชาธิปไตย โดยจะมีการจัดประชุมให้ชาวบ้านได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและยกมือโหวตเสียง ถ้าผู้ใดมีความเสียสละเพื่อหมู่บ้าน ขยัน อดทน ซื่อสัตย์ ก็จะได้รับเลือกให้เป็นตัวแทน

2. คณะกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุข

หมู่บ้านหนองบัวเหนือมีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น 15 คน ดังนี้

1. นางสาวน้อย เพรี
2. นางคุณ พิมละมาศ
3. นายคำ สุขเลิศ

4. นางคิม สายสาตี
5. นางสาวแกด เพรี
6. นายบุญทัน กักคินันท์
7. นางสุวรรณ บุตรรัมย์
8. นางโสภา เนียมมณี
9. นางบุญเพ็ง แสงงาม
10. นายนาย แสงงาม
11. นายปิยะ เสลารักษ์
12. นางประนอม บุญกอง
13. นางภาณี จงใจงาม
14. นายบัวลอย โพธิศิริ
15. นายมงคล แสนคำ

แต่ละคนจะรับผิดชอบประมาณ 10 หลังคาเรือน ตามละแวกบ้านของตนและได้รับมอบหมายการปฏิบัติงานตามนโยบายของทางโรงพยาบาลสตึกและเทศบาลตำบลสตึก เช่น การประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวาน ชั่งน้ำหนักเด็กเพื่อดูภาวะการขาดสารอาหารของเด็กก่อนวัยเรียน การดูแลผู้พิการผู้สูงอายุและรับผิดชอบโครงการต่างๆ ด้านสุขภาพ เป็นต้น การคัดเลือก อสม. นั้นส่วนใหญ่จะทำประชาคมและแต่งตั้งโดยประธาน อสม. และคณะกรรมการหมู่บ้าน พิจารณาจากความขยัน อดทน เสียสละและถามความสมัครใจว่าสนใจจะทำงานเพื่อชาวบ้านหรือไม่ โดยจะไม่ได้คำตอบแทนใดๆ ยกเว้นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในครอบครัว จากบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งจะมีสิทธิได้ 2 ปี ถ้ายังทำหน้าที่ อสม. ในปีนั้นต่อไปก็จะได้รับการต่ออายุบัตรถ้าสนใจโดยประธานจะเรียกประชุมคณะกรรมการ อสม. เพื่อแสดงความคิดเห็นแล้วจึงทำการคัดเลือกสมาชิก อสม. แล้วประธานก็จะเสนอชื่อไปให้แก่ทางสถานีอนามัยเพื่อดำเนินการแต่งตั้งต่อไป

ผลการดำเนินงาน อสม. ชุมชนหนองบัวเหนือมีศักยภาพการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามโครงการต่างๆ ได้อย่างสอดคล้องตามแนวนโยบายของหน่วยงานราชการ

3. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

เมื่อปี พ.ศ. 2539 หมู่บ้านหนองบัวเหนือได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2,000 บาทและกล่องอุปกรณ์สาธารณสุข อาทิเช่น ปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องชั่งน้ำหนัก แผ่นตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ เป็นต้น จัดตั้งศูนย์ที่บ้านของ อสม.

ต่อมาปี พ.ศ. 2546 ทางหมู่บ้านได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาลตำบลสตึก จำนวน 200,000 บาท สร้างศาลาอเนกประสงค์ เพื่อให้ชาวบ้านได้ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันและได้รับงบประมาณจากโครงการของ SML จำนวน 90,000 บาท เพื่อมาต่อเติมตัวอาคารให้สมบูรณ์มากขึ้น ศาลาอเนกประสงค์แล้วเสร็จช่วงเวลาเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2546 พร้อมทั้งย้ายศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมาอยู่ที่ศาลาอเนกประสงค์ เพื่อความสะดวกในด้านการบริการด้านสาธารณสุข เมื่อชาวบ้านเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน มีไข้ มีบาดแผล เป็นต้น ผู้ป่วยจะไปตามประธาน อสม. มารักษาพยาบาลเบื้องต้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้น อสม. จะเขียนใบส่งตัวและแนะนำให้ไปโรงพยาบาลสตึก ส่วนยาสามัญประจำบ้านและอุปกรณ์ล้างแผลทาง อสม. จะไปประสานงานกับทางโรงพยาบาลสตึก ในการซื้อยาและนำมาจำหน่ายให้ชาวบ้านต่อไป

กลุ่มองค์กรที่ไม่เป็นทางการ

1. กลุ่มแม่บ้าน

เป็นกลุ่มที่ดั่งขึ้นมาเพราะความต้องการของชาวบ้าน เนื่องจากเห็นตัวอย่างจากหมู่บ้านอื่น วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งกลุ่มแม่บ้าน มีดังนี้

1.1 เพื่อรวมกลุ่มแม่บ้านในหมู่บ้านให้เกิดความสามัคคี

1.2 เพื่อทำงานช่วยเหลือคนในหมู่บ้านในส่วนงานของแม่บ้าน

วิธีบริหารองค์กรของกลุ่มแม่บ้านก็เหมือนกันกับองค์กรอื่นๆ ในหมู่บ้านจะมีประธานแม่บ้าน คือ นางคุณ พิมละมาศ เป็นผู้บริหารงานกลุ่มแม่บ้าน และมีรองประธาน มีเลขานุการ เจริญญิก ปัจจุบันมีสมาชิกกลุ่มประมาณ 50 คน การเลือกประธานก็จะยึดถือหลักประชาธิปไตย คือ ต้องเป็นคนทำงานเพื่อส่วนรวมจริงๆ และจะมีผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้สนับสนุนในการดำเนินงานต่างๆ รวมทั้งให้คำปรึกษาในการบริหารงาน

การแบ่งเขตรับผิดชอบของกลุ่มแม่บ้านนั้นยังไม่ชัดเจน ทุกคนจะช่วยกันทำกิจกรรมหรืองานต่างๆ ร่วมกัน ปีพ.ศ. 2550 หมู่บ้านหนองบัวเหนือได้งบประมาณสนับสนุนจากเทศบาลตำบลสตึก จำนวน 3,000 บาท ในการจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ เพื่อผลิตขนมดอกจอกออกจำหน่าย ผลปรากฏว่าผลิตภัณฑ์ขนมดอกจอกนั้นไม่สามารถสร้างผลกำไร ไม่คุ้มแก่การลงทุนและด้านเวลา กลุ่มแม่บ้านไม่ย่อท้อจึงคิดหาผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ คือ การทอเสื่อกก วัสดุอุปกรณ์ในการทอแม่บ้านทุกคนช่วยกันหาอุปกรณ์ ซื่อเชือก ซื่อสีย้อมกันเอง เสื่อกก 1 ผืนราคา 50 บาท กลุ่มแม่บ้านนำไปจำหน่ายตามตลาดนัด บางครั้งนำเสื่อกกไปแลกกับข้าวสารตามหมู่บ้านต่างๆ ถือเป็นการสร้างรายได้ให้กับกลุ่มอีกวิธีหนึ่ง

ผลการดำเนินงาน การรวมกลุ่มในเบื้องต้นยังไม่ประสบความสำเร็จจึงได้ปรับกลยุทธ์โดยการสร้างผลิตภัณฑ์ของกลุ่มรูปแบบใหม่ ซึ่งเป็นที่ต้องการของตลาดทำให้สามารถสร้างรายได้ให้กับสมาชิกกลุ่มได้อย่างยั่งยืน

2. ชมรมผู้สูงอายุ

ปีพ.ศ. 2551 เทศบาลตำบลสตึกได้สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความสามัคคีระหว่างผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเทศบาลตำบลสตึกได้ยึดถือวันผู้สูงอายุตามที่ทางรัฐบาลกำหนดขึ้น คือ วันที่ 14 เมษายน ของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุ

วิธีการบริหารองค์กรชมรมผู้สูงอายุก็เหมือนกับองค์กรอื่นๆ คือ จะมีประธานชมรมผู้สูงอายุ คือ นายหัด ศาลางาม และมีรองประธาน 2 คน มีเลขานุการและเหรัญญิก ปัจจุบันมีสมาชิกชมรมประมาณ 60 คน

ผลการดำเนินงาน ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างพร้อมเพรียงกัน กิจกรรมที่เข้าร่วมได้แก่ การเข้าร่วมประเพณีต่างๆ การพัฒนาหมู่บ้าน ฟังเทศน์ จำศีล และใช้ศาลาอเนกประสงค์เป็นสถานที่ประชุม พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้สูงอายุกิจกรรมของผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. กลุ่มอาสาพัฒนา

เริ่มก่อตั้งในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2551 มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการพัฒนาและอนุรักษ์ป่าจำนวนเนื้อที่ประมาณ 5 ไร่ 2 งาน อยู่ติดกับการประปาส่วนภูมิภาค มีนายบุญเลี้ยง บุครรัมย์ เป็นประธานกลุ่ม โดยกำหนดอาทิตย์แรกของทุกเดือน เป็นวันพัฒนาป่า เวลาที่ใช้ในการพัฒนาประมาณ 3 ชั่วโมง ส่วนเวลาที่เหลือจะพูดคุยปรึกษาปัญหาของหมู่บ้าน

ผลการดำเนินงาน ได้แก่ การปลูกต้นไม้ ปลูกสมุนไพร ถางหญ้า ตัดกิ่งไม้ เป็นต้น โดยประสานงานไปยังผู้ใหญ่บ้านให้ช่วยหาอาสาสมัครมาพัฒนาหมู่บ้านอาสาสมัครคนใดช่วยเหลือในการพัฒนาป่าบ่อยๆ ทางกลุ่มอาสาสมัครพัฒนาจะมีเงินสาธารณะจากกองทุนสวัสดิการคอยช่วยเหลือเป็นค่าตอบแทน หรือแรงจูงใจในการทำงานต่อไป

4. กองทุนสวัสดิการ

เริ่มก่อตั้งในวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2551 โดยมีวัตถุประสงค์อันได้แก่ เพื่อเสริมสร้างความสามัคคีของคนในหมู่บ้าน เสริมสร้างคุณภาพชีวิต ปลูกจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคม และส่งเสริมการออมทรัพย์ให้เกิดในหมู่บ้าน มีคณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านจำนวน 15 คน ดังนี้

1. นายเฉลี่ยม ระหงษ์ทอง	ประธานกรรมการ
2. นายบุศดา ศาลางาม	รองประธานกรรมการ
3. น.ส.วิไลย์ วิไลศิลป์	รองประธานกรรมการ
4. น.ส.วิลาสิณี แสงงาม	เลขานุการ
5. นายธวัชชัย ประจง	ผู้ช่วยเลขานุการ
6. นายศรารุช โยชนรัมย์	เหรัญญิก
7. นางฉันทพศุ เพ็รี	ผู้ช่วยเหรัญญิก
8. นางคิม สายสาลี	ปฏิคม
9. นางสุมาลี เขียมรัมย์	ปฏิคม
10. นางสาวกาญจนา เดือนแห่รัมย์	ประชาสัมพันธ์
11. นางทองคำ โพธิศิริ	ประชาสัมพันธ์
12. นายพันธ์ ยืนนาน	กรรมการ
13. นางงา ศาลางาม	กรรมการ
14. นายทา แสงสุข	กรรมการ
15. นางสุข ชัยบุตร	กรรมการ

ผลการดำเนินงานเงินกองทุนสวัสดิการมีจำนวน 29,330 บาท มีสมาชิกทั้งหมด 330 คน การออมทรัพย์จะเก็บเงินเข้ากองทุนรายเดือนๆ ละ 30 บาท และสมาชิกจะได้รับสวัสดิการเมื่อออมได้ประมาณ 180 วัน

ยกตัวอย่าง ด้านสวัสดิการ ถ้าสมาชิกเข้ารับการรักษาพยาบาลต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางกองทุนจะจ่ายค่าสวัสดิการให้คืนละ 100 บาท ปีละไม่เกิน 10 คืน

ค่ารักษาพยาบาลในการคลอดบุตร จ่ายค่าสวัสดิการให้สมาชิกที่คลอดบุตร ให้มารดาและบุตร 500 บาทต่อครัวเรือน

ค่าจัดงานศพสวัสดิการจะจ่ายตามอายุการออมของการเป็นสมาชิก หรือคณะกรรมการจะมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมตามมติ

5. ชมรมฌาปนกิจสงเคราะห์

การก่อตั้งกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ในหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างครอบครัวผู้เสียชีวิตกับชาวบ้าน

ฌาปนกิจสงเคราะห์หมู่บ้านหนองบัวเหนือแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. แบ่งตามครัวเรือน

1.1 เก็บครัวเรือนละ 30 บาท / ศพ

1.2 เก็บครัวเรือนละ 100 บาท / ศพ

2. แบ่งตามกองทุนเงินล้าน สมาชิกเก็บเป็นรายหัวๆละ 20 บาท / ศพ

ผลการดำเนินงาน เงินฌาปนกิจสงเคราะห์ขณะนี้ มีจำนวน 15,493 บาท ถ้าสมาชิกในกลุ่ม เสียชีวิตชมรมฌาปนกิจสงเคราะห์จะมอบเงินช่วยเหลือครอบครัวผู้เสียชีวิตไว้เป็นค่าใช้จ่ายในงาน ฌาปนกิจศพ เป็นต้น

ศาสนา ความเชื่อ และการเคารพนับถือ

1. ศาสนา

การนับถือศาสนาและความเป็นมาด้านศาสนาของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ชาวบ้านนับถือศาสนา พุทธ โดยชาวบ้านนิยมไปทำบุญที่วัดหนองบัวเจ้าป่า และวัดป่าสตึกพัฒนา ชาวบ้านจะใช้วัดเป็น ศูนย์รวมจิตใจ และสถานที่ในการประกอบศาสนกิจร่วมกัน เช่น การทำบุญตักบาตรทุกวันพระ และวันสำคัญทางพุทธศาสนา เป็นต้น

ประวัติความเป็นมาของวัด

หมู่บ้านหนองบัวเหนือมีวัดประจำหมู่บ้าน 1 แห่ง ชื่อว่าวัดป่าสตึกพัฒนาอยู่ทางทิศ ตะวันตกของหมู่บ้าน เริ่มก่อสร้างและได้รับอนุญาตให้ตั้งเป็นวัดเมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2537 พระครูโสภาธรรมญาณเป็นเจ้าอาวาส มีพระภิกษุสงฆ์จำพรรษา 15 รูป และสามเณร 2 รูป รวม 17 รูป เนื้อที่ภายในวัดมีประมาณ 110 ไร่ และบริเวณที่จัดเป็นอุทยานการศึกษาในวัด จำนวน 40 ไร่

บทบาทวัดกับชุมชน

วัดเป็นศูนย์รวมของชาวบ้านในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยแบ่ง ดังนี้

1. การพัฒนาด้านจิตใจ

พระเป็นแกนนำที่สำคัญในการสั่งสอนหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า เพื่อให้ ชาวบ้านนำไปเป็นหลักยึดเหนี่ยวในการดำรงชีวิต กิจกรรมที่ชาวบ้านหนองบัวเหนือร่วมกันปฏิบัติ ได้แก่ การทำบุญตักบาตร การฟังธรรม การฝึกสมาธิ ซึ่งมีผลทำให้จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน มองโลก ในแง่ดี เป็นต้น

2. การพัฒนาด้านคุณธรรม / จริยธรรม

นักเรียนโรงเรียนหนองบัวเหนือจะได้เรียนวิชาพุทธศาสนาทุกคน โดยทางโรงเรียนได้ นิมนต์พระภิกษุเข้าไปเป็นผู้สอน ฝึกปฏิบัติสมาธิทุกวันจันทร์และวันอังคาร นอกจากนี้พระภิกษุ ยังเป็นวิทยากรอบรมเรื่องโรคเอดส์ ยาเสพติดแก่เยาวชน และปี พ.ศ. 2551 วิทยาลัยการอาชีพสตึก

ได้นำนักเรียน เข้าไปปฏิบัติธรรมในวัดป่าตึกพัฒนา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทางโรงเรียนให้ความสำคัญต่อวัด และความเป็นชาวพุทธเป็นอย่างมาก อย่างน้อยเด็กนักเรียนจะมีสมาธิ สติ ในการเรียนและเป็นคนดีของสังคมต่อไป

3. การพัฒนาหมู่บ้านด้านสาธารณสุข

จากการสัมภาษณ์พระครูโสภาธรรมญาณ ได้เล่าว่า มนุษย์เมื่อเกิดมาแล้วควรจะดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ร่างกายจะได้แข็งแรงปราศจากโรคต่างๆ แต่พระภิกษุสงฆ์นั้นจะมาออกกำลังกายอย่างฉะวาสไม่ได้ และเมื่อครั้งเป็นฉะวาสเคยไปอบรมเรื่องสมุนไพรที่จังหวัดขอนแก่น จึงเกิดแรงบันดาลใจนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ โดยปี พ.ศ. 2545 สร้างห้องอบสมุนไพรภายในวัดให้แก่พระสงฆ์แทนการออกกำลังกาย ต่อมาชาวบ้านจึงเกิดแรงศรัทธาขอเข้าไปอบร่างกายด้วย ทั้งคนที่มีสุขภาพแข็งแรง และคนป่วยก็สามารถเข้าไปใช้บริการอบได้ ประโยชน์ของการอบสมุนไพร ได้แก่ การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ลดน้ำหนัก ลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น ปัจจุบันจะมีชาวบ้านและพระสงฆ์ใช้บริการอบสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง โดยทางวัดให้บริการฟรี สมุนไพรที่ใช้ในการอบหาได้จากภายในวัด ซึ่งประกอบด้วย

ตาราง 10 สมุนไพรที่ใช้ในการอบ

สมุนไพร	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	สรรพคุณ
ใบนาคน	ใบ	ต้ม	แก้โรคผิวหนัง
ใบเป่า	ใบ	ต้ม	คลายกล้ามเนื้อ
เสลดพังพอน	ใบ	ต้ม	การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น
ตะไคร้หอม	ใบ, ต้น, ราก	ต้ม	การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น
ใบมะขาม	ใบ	ต้ม	การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น
ใบมะกรูด	ใบ	ต้ม	ลดน้ำหนัก, การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น
ใบแดง	ใบ	ต้ม	คลายกล้ามเนื้อ
ใบยูคา	ใบ	ต้ม	ลดน้ำหนัก, คุ้ดจุมูก

2. ความเชื่อ และการเคารพนับถือ

ในเรื่องของความเชื่อเรื่องผีและไสยศาสตร์ ของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ มีดังนี้

1. ศาลเจ้าพ่ออุดม

เป็นศาลปู่ตาที่ชาวบ้านหนองบัวเหนือ หนองบัวเจ้าป่า หนองบัวเงิน ให้ความเคารพ และถือว่าเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำหมู่บ้านให้ความคุ้มครอง ดูแลรักษาให้ปลอดภัยจากอันตรายทั้งปวง ในเดือน 6 ของทุกปีต้องไปทำพิธีเช่นไหว้ ของเช่นไหว้ประกอบด้วย ไก่ 1 ตัว น้ำ 1 ขวด เหล้าขาว 1 ขวด ต้นข่า ต้นตะไคร้ ประกอบด้วยบั้งไฟน้อยเสียงทาย ถ้าจุดบั้งไฟน้อยแล้วขึ้นสูง แสดงว่าปีนั้นข้าวปลาอาหารสมบูรณ์ อยู่ดี มีสุข

2. ร้าแม่ मद

เป็นพิธีกรรมรักษาผู้ป่วยของชาวกูย หรือ ลัวะ โดยมีคนทรงเรียกว่า กะแมด ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างมนุษย์ กับวิญญาณผีบรรพบุรุษ และเทพเจ้าที่ศักดิ์สิทธิ์ที่คุ้มครองคน และสถานที่ ในขณะที่กะแมดมีการเข้าทรงจะมีดนตรีบรรเลง เครื่องดนตรีประกอบด้วย แคน กลอง และเสียมตีกระทบกัน และเป็นพิธีกรรมที่ได้รับการถ่ายทอดสืบเนื่องกันมา โดยเมื่อสมัย ปู่ ย่า ตา ยาย ประมาณ 80 ปีที่ผ่านมา ในส่วนของชาวกูยหรือชาวส่วยนั้น หมอตำแยเป็นผู้ทำคลอด จะต้องคอยสังเกตสายรกของทารก และจะทำนายลักษณะของสายรกซึ่งทำนายได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. สายรกล้องคอกทารกกล้วยสายสะพาย ทารกนั้นจะมีครุกำเนิดเรียกว่า

“สังวาลย์”

2. สายรกกปคีระษะทารก ทารกนั้นจะมีครุกำเนิดเรียกว่า “สนม”

3. สายรกกทารกตลอดเป็นปกติ ถือว่าทารกนั้นไม่มีครุกำเนิดหรือไม่มีครุแม่ मद

นอกจากนี้ยังมีคำทำนายว่า ทารกชายที่มีครุกำเนิดเป็นสังวาลย์ หรือ สนมจะต้องได้บวชในพระพุทธศาสนาอย่างแน่นอน และทารกใดที่มีครุกำเนิด “ครุแม่ मद” จะคอยปกป้องรักษาบุคคลนั้นให้อยู่เย็นเป็นสุขปราศจากโรคภัย แต่ถ้าครุแม่ मद แผลงฤทธิ์ จะทำให้บุคคลนั้นป่วยรักษาไม่หาย จะต้องไปให้หมอทำนายเห็นครุกำเนิดหรือครุแม่ मद จะต้องเตรียมเครื่องเช่นไหว้ครุแม่ मद ชันบูชารับครุให้มาปกป้องรักษาคุ้มครอง บุคคลนั้นเริ่มเจริญอาหาร หายป่วยในที่สุด เครื่องเช่นไหว้ประกอบด้วยกล้วย 4 ลูก ข้าวต้มมัด 4 กlib และใบตองกล้วยทำเป็นบายสี บุคคลที่มีครุกำเนิดจะต้องเข้าพิธีกรรมครุแม่ मद เป็นประจำทุกปี ในช่วงเดือน 3 ถึงเดือน 5 ถ้าปีไหนไม่ได้เล่น ร้าแม่ मद จะทำให้บุคคลนั้นไม่สบาย

การรำแม่มดต้องเตรียมพิธีกรรมดังนี้

1. ฉอม นิยมทำจากไม้ยอป่าหรือไม้เนื้ออ่อนมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 – 6 เซนติเมตร ส่วนความสูงนั้นจะเป็นชั้นๆ ให้ปลายเล็กลงเหมือนเจดีย์มีตั้งแต่ 3 – 7 ชั้น แล้วแต่ครูกำเนิด

ต้องการกี่ชั้น ซึ่งสามารถรู้ได้โดยให้หมอคูทำนายให้ เมื่อนำไม้ยอป่าทำชั้นเสร็จแล้ว ต้องทาด้วยน้ำมันเพื่อให้เหลืองสวยงาม และรอบๆ แต่ละชั้นเจาะเป็นรูเล็กๆ เท่าทางมะพร้าวให้สวยงาม นำใบของต้นลำควนมาพันเหมือนใบพลูเสียบเข้าทางด้านทางมะพร้าวแล้วนำไปเสียบเข้ากับรูที่เจาะไว้ตามชั้นของฉอม ส่วนปลายยอดจะเป็นหมากแห้ง ถ้าเป็นครูแม่มดสนมจะต้องกางร่มแดงไว้บนยอดแล้วนำใบตาลอ่อนมาตัดลวดลายให้สวยงามโดยให้ผู้เฒ่าออกแบบลวดลายให้ทำ 3 – 4 อันต่อ

1 ฉอม แล้วทาด้วยน้ำมันจะมีสีเหลืองสวยงามนำไปห่อ หุ้มไม้ยอป่าที่ทำเป็นชั้นๆ ให้สวยงาม

2. ชั้นหมากเบง (กระทง) ทำโดยใช้ใบกล้วยสดสีเหลืองพันเป็นวงกลมให้กว้างและสูงเท่ากับกระป๋องนมข้น ตกแต่งด้วยดอกกลั่นทม ดอกลำควนให้สวยงาม

3. เตรียมจานถวายบูชา 2 จาน ต่อ 1 ร่างทรง ซึ่งแต่ละจานประกอบด้วยกล้วย

4 ลูก ข้าวต้มมัด 4 กlib และทำใบตองกล้วยทำเป็นบายสี

4. ชั้นร่างทรงใหม่ ประกอบด้วย ค้าย 1 ใจ กระจก 1 บาน หวี 1 อัน ข้าวสาร 1 กำมือ แป้ง 1 ครอบ น้ำมันทาหม 1 คลับ กรวยขัน 5 1 ชูต ใบตองพับเป็นหูกระต่าย 1 คู่ เทียน 1 คู่ เงินเหรียญจำนวน 1 – 5 เหรียญ

ปะรำในพิธีกรรมต้องมีเสา 6 ต้น หญ้าคา 3 ไพ และผ้าขาวรองข้างล่าง 1 ผืน เรียกว่าดาวเพดาน ตามรอยต่อของไพหญ้าคาต้องเสียบดอกไม้ไว้เช่น ดอกกลั่นทม ดอกมันปลา ดอกลำควน ปะรำพิธีจะทำเป็นเสาชั่วคราว ทำชั้นวางประมาณ 1.2 เมตร เพื่อวางจานบูชาและชั้นหมากเบง ขนาดของชั้นต้องทำให้เพียงพอต่อจำนวนร่างทรง และต้องมีกระโจมไม้ไผ่ติดตั้งไว้เสากลางด้านทิศตะวันตกในกระโจมไม้ไผ่ใส่ค้าย เหล้าขาว 1 ขวด น้ำ 1 ขวด ดอกไม้ 5 คู่ ข้าวต้ม 4 กlib กล้วย 4 ลูก รูปเทียน หมากพลู 2 คำ บุหรี่ 2 มวน

เมื่อถึงวันกำหนดพิธีกรรมรำแม่มด ผู้เป็นร่างทรงก่อนออกจากบ้านจะต้องบอกแม่ธรณี สิ่งศักดิ์สิทธิ์ในบ้านและบริเวณบ้าน และขอขมาสามีก่อน เมื่อร่างทรงไปพร้อมกันที่ปะรำพิธีหมดทุกคนแล้ว ฝ่ายคนตรีพร้อมก็เป็นอันเริ่มพิธี ซึ่งจะเริ่มด้วยการจุดดอกดาวเรือง คือจุดเทียนเหลืองเล่มเล็กเป็นการบอกกล่าวแม่ธรณี และระลึกถึงบุญคุณบิดา มารดา ครูอาจารย์ อย่าได้เข้ามาขัดขวางในการทำพิธีกรรมรำแม่มดในครั้งนี้ และเมื่อให้ครูกำเนิดมาเข้าร่างทรงให้ได้ ในขณะที่แม่มดมาเข้าร่างทรง แม่มดจะขอเครื่องแต่งตัวตามที่ท่านชอบ เช่น ผ้าถุง ผ้าโสร่ง ผ้าขาวม้า ผ้าโพกหัวสีต่างๆ ผ้าสไบสีต่างๆ ผ้าคาดเอวสีต่างๆ และเครื่องดื่ม เช่น เหล้า น้ำอัดลม บุหรี่ หรือแม่มดบางท่านต้องการให้บุคคลที่มีครูกำเนิดหรือครูแม่มดมาขอขมาต่อร่างทรงด้วย ร่างทรง 1 ร่าง

สามารถสื่อสารกับครูกำเนิด หรือครูแม่เมดได้หลายครู ไม่มีกำหนดแล้วแต่สภาพร่างกาย เมื่อร่างทรงได้เข้าทุกร่างทรงแล้วก็จะทำการร่ายรำอย่างสนุกสนานตลอดทั้งคืน พอถึงช่วงเวลา 05.30 น. หรือ 06.00 น. ทำพิธีรำเก็บดอกไม้ที่เสียบไว้กับรอยต่อใบหญ้าคา กับขันหมากเบ็ง เข้าแถวรำรอบกระโจมไม้ไผ่เสาด้านกลางจำนวน 3 รอบ เสร็จแล้วร่างทรงต้องมาเข้าทรงลา เมื่อร่างทรงสิ้นร่างทรงจะตีคันทันออกไปข้างหน้าขันออกไปข้างหน้าแสดงว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ วิญญาณบรรพบุรุษแม่เมด ได้ออกจากร่างทรงแล้ว เมื่อเสร็จพิธีทุกคนจะรับประทานอาหารร่วมกันก่อนแยกย้ายกันกลับบ้าน ส่วนร่างทรงที่อยู่ไกลจะต้องมีของฝากด้วย เช่น น้ำขวด เหล้า ข้าวต้มมัด เป็นการเสร็จพิธี

พิธีกรรมรำแม่เมด จึงเป็นพิธีกรรมที่มีความศักดิ์สิทธิ์ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวภูยที่มีมาแต่โบราณให้มีความรักความสามัคคี จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมและอนุรักษ์ต่อไป (เมิน เนียมมณี, สัมภาษณ์, 2551)

3. ผีปะกำ

คือพิธีกรรมเช่นไหว้ผีบรรพบุรุษของชาวภูย มีความเชื่อว่าผีบรรพบุรุษมาคุ้มครองปกป้องรักษา ให้ปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ ซึ่งมักใช้กับการไปคล้องช้างในต่างบ้านต่างเมือง

หนังปะกำนิยมใช้หนังควายทำ โดยนำหนังควายทำเป็นริ้วๆ ตากแห้งแล้วนำเอา 3 ริ้วมาพันให้เป็นเชือกให้ได้ความยาวประมาณ 100 - 150 เมตร เมื่อได้ความยาวพอแล้วก็จะนำขึ้นบ้านปะกำทำพิธีเลี้ยง ก็จะเรียกว่าหนังปะกำ

ก่อนจะออกเดินทางไปคล้องช้างต้องดูฤกษ์ยามก่อน เมื่อได้ฤกษ์ยามแล้วก่อนออกเดินทาง 1 วัน ตอนเช้าต้องทำพิธีเลี้ยงผีปะกำ เช่น ไหว้ผีบรรพบุรุษ วงศาณญาณาดิตอนเย็นทำพิธีสะเดาะเคราะห์ ผูกข้อมือขอพรจากญาติผู้ใหญ่ ให้ปลอดภัยจากอันตรายทั้งปวง เดินทางไป - กลับโดยสวัสดิภาพ พร้อมทั้งได้ช้างกลับมาด้วย

วันออกเดินทางจากชะรม (ที่พักระหว่างเดินทาง) ที่ไม่ไกลจากบ้านเพื่อให้ บุตรและภรรยา นำอาหารไปส่งได้ จะพักอยู่ชะรมใกล้บ้าน 3 คืน ถ้าคณะที่มีสควมนำทาง (สควม คือ ผู้ที่กำลังศึกษาเรียนรู้วิชาจากกำหลวง รองกำหลวง) ต้องเดินทางไปรวมกันที่ชะรม บ้านกระโพ บ้านตากกลาง อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ เพื่อไปรวมกับกำหลวงใหญ่ จะมีกำหลวงแก้ว บ้านกระโพ กำหลวงมาบ้านยางชุม (กำหลวง คือ อาจารย์ใหญ่ในการนำคณะออกเดินทาง) พอไปถึงบ้านตะโพ บ้านตากกลาง กำหลวงใหญ่ก็จะแบ่งแยกออกไปเป็นชะรม เป็นคณะ เป็นกลุ่ม แต่ละ ชะรมจะมีช้างจำนวน 3 - 5 เชือก ของกระบวนกำหลวงใหญ่ ช้างแต่ละเชือกกำหลวงใหญ่กำหนดให้ นำไก่อมาเลี้ยงผีปะกำเป็นชะรมใครชะรมมัน แต่ในบางครั้งขบวนคล้องช้างจากบ้านหนองบัวเจ้าป่า นำโดย

กำหลวงพิมพา กำหลวงอวน จะเดินทางไปพักบ้านเมืองสิง อำเภอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เป็นเวลา 1 คืน จากนั้นเดินทางไปเขาพระวิหาร เข้าสู่ประเทศเขมรต่อไป

การคล้องช้างส่วนใหญ่นิยมไปคล้องช้างที่ประเทศเขมรเพราะเป็นป่าดงดิบอุดมสมบูรณ์ มีช้างป่าจำนวนมาก ระหว่างเดินทางคณะคล้องช้างจะนำหนังวัวมาทำเป็นกระสอบไว้ใส่ข้าวสาร ส่วนพริกเกลือ น้ำดื่ม จะใส่ในกระบอกไม้ไผ่ห้อยไว้กับโทนบนหลังช้าง

ส่วนการสื่อสารจะใช้ภาษาผี เช่น คนเรียกว่ามนุษย์ หมูบ้านเรียกว่าเพียง ช้างเรียกว่าเทวดา ควายเรียกว่าทพธิ เสือเรียกว่าปะพอง ช้างเรียกว่ากรวด กินข้าวเรียกว่าเคลียงกรวด สุนัขเรียกว่าเจาคนาย กินหมากเรียกว่าเปลีสเนียนพลู น้ำเรียกว่าอวน ดงเรียกว่าแจงทุ่งนาเรียกว่า ลำอานา เจ้าของช้างเรียกว่ามะตามด้วยชื่อช้าง ช้างงาเรียกว่าเปลียว ช้างคอเรียกว่ามูม ข้อห้ามระหว่างการเดินทาง ถ้าพบเห็นอะไรระหว่างเดินทางให้ใช้ภาษาผี ห้ามใช้นิ้วชี้ ควรใช้กำปั้นแทนห้ามรับประทานผึ้ง หัวปลา ไข่ทุกชนิดเครื่องในสัตว์ แม้กระทั่งการสูบบุหรี่บนศีรษะช้างและจับสาวก็ควรงดเช่นกัน ยกเว้นกำหลวงใหญ่จะอนุญาตตามเห็นสมควร (การสูบบุหรี่บนศีรษะช้างถ้าการคล้องช้างรอบนั้นสามารถคล้องได้ 3 เชือกแล้วให้สูบบุหรี่ได้)

การละเล่นของบุตรและภรรยา ของทุกอย่างในบ้านห้ามยกออก เช่น ถ้ามีคนมาขอข้าวสารจะต้องไปยืมข้าวสารบ้านผู้อื่นมาให้ ผ้าถุงให้ถุงผืนเดียวถ้าจะเตรียมผ้าถุงไว้เปลี่ยนก่อนสามีจะออกเดินทางต้องนุ่งผ้าถุงซ้อนให้สามีเห็น ผมไม่ให้ตัด ห้ามคนอื่นมานอนบ้านยกเว้นตายเลือดเดียวกัน การกวาดบ้านในห้องนอนให้กวาดขึ้นไปทางหัวนอน เป็นต้น ดังที่กล่าวมาข้างต้นถ้าไม่ปฏิบัติตามข้อห้ามฝ่ายที่ไปคล้องช้างจะต้องเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้

การใช้ชีวิตในป่ากำหลวงใหญ่จะเป็นคนคอยดูแลเรื่องอาหาร เช่น การหุงข้าวควรรุ่งครั้งละน้อยๆ เพื่อให้เพียงพอระหว่างเดินทางไปกลับ ควรเน้นรับประทานเนื้อสัตว์แทนข้าว ถ้ารับประทานเนื้อสัตว์เหลือให้ทำเป็นเนื้อแดดเดียวเพื่อนำมาฝากบุคคลที่อยู่ทางบ้าน และก่อนจะถึงบ้านลูกเมียทำกระทงสามเหลี่ยมไปรับสามีเพื่อไล่เสนียดจัญไรออกไป

ก่อนเดินทางกลับถึงบ้านสามีจะยังไม่เข้าบ้านแต่จะส่งเสียงเป็นการเตือนล่วงหน้าว่ากลับมาแล้วนะ ภรรยาและบุตรจะต้องเตรียมน้ำอุ่นไว้ให้ชำระร่างกายเพื่อนำเชื้อโรค ญาติๆ จะมากอดต้อนรับถามข่าวคราวและให้กำลังใจถ้าได้ช้างป่ามาฝ่ายภรรยาต้องจัดเตรียมหาอาหารเครื่องคัมไว้ต้อนรับสามี และเพื่อนบ้านที่ร่วมแสดงความยินดี โดยฝ่ายคล้องช้างจะมีเนื้อสัตว์ตากแห้งมาฝากเพื่อนบ้าน หนึ่งปะกำต้องสร้างบ้านให้อยู่อย่างดี ถ้าได้ช้างป่ามาต้องจัดเลี้ยงหนึ่งปะกำ เลี้ยงด้วยหัวหมู ไก่ เป็ด เพื่อแสดงความเคารพบรรพบุรุษ และวงศาคณาญาติ

ผีปะกำได้รับความเคารพนับถือมาจากบรรพบุรุษปู่ ย่า ตา ยาย เป็นเวลาช้านานของชาวกูย ตระกูลไหนมีช้างต้องมีผีปะกำ ถ้าไม่มีช้างแล้วแต่ยังมีเชื้ออยู่จะต้องทำการเลี้ยงผีปะกำเป็น

ประจำจะขาดไม่ได้ การเลี้ยงผีประจำจะต้องเรียกหาผีบรรพบุรุษให้มารับทราบ คอยปกป้องรักษา
คุ้มครองให้ปลอดภัยเช่นเดียวกับร่ำแม่่มด (เมิน เนียมมณี , สัมภาษณ์ : 2551)

4. ศาลเจ้าพ่อแดง

ถือได้ว่าเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำหมู่บ้านหนองบัวเหนือ คอยช่วยดูแลปกป้องรักษา
ลูกหลานในหมู่บ้าน ให้ปลอดภัยจากอันตรายทั้งปวง และมีสุขภาพแข็งแรง ศาลแห่งนี้สร้างในปี
พ.ศ. 2529 โดยชาวบ้านหนองบัวเหนือช่วยกันสร้างในบริเวณโรงเรียนหนองบัวเจ้าป่า ถ้าใคร
เดือดร้อน หรือจะไปทำงานต่างจังหวัด จะมาบอกกล่าวให้ท่านช่วยเหลือในบางครั้งขอให้ท่านช่วย
เสี่ยงทายสภาพดินฟ้าอากาศ โดยบังไฟน้อยชิ้นสูงในปีนั้นฝนตกมีน้ำใช้ตลอดปี ไม่แห้งแล้งข้าว
ปลาอาหารสมบูรณ์ดี

ประวัติความเป็นมาศาลเจ้าพ่อแดง

เมื่อปีพ.ศ. 2529 สองพี่น้องชื่อ นางสี เนียมมณี และนางน้อย ยามรัมย์ ได้ชวนกัน
ไปขุดมันบริเวณโรงเรียนหนองบัวเจ้าป่า ขณะขุดมันนางสีมีอาการแปลกประหลาดคือ ตัวสั่น ตา
ขวางขาไปทั้งตัว ไม่ยอมพูดกับนางน้อยจากที่ขุดมันได้ไม่มาก ก็ขุดได้แต่หัวมันใหญ่ๆ เป็นจำนวน
มาก จึงชวนกันกลับบ้าน พอกลับถึงบ้านสามีของนางสีจึงบอกให้นางสีไปดูพิธีบวงสรวงเรือ ซึ่ง
ชาวบ้านได้มาใหม่ เพื่อจะฝึกพายและไปแข่งขันในงานประเพณีแข่งเรือยาวที่ตัวอำเภอสตึก จังหวัด
บุรีรัมย์ ในเดือน พฤศจิกายน เมื่อนางสีมองไปที่บันไดบ้านมองเห็นสิ่งลึกลับตัวใหญ่มาก ผิวดำฟัน
ขาว กระโดดไปเรื่อยๆ นางสีจึงเก็บเรื่องนี้เป็นความลับไม่บอกใคร ต่อจากนั้นจึงไปดูพิธีบวงสรวง
เรือ ในการทำพิธีจะมีเสียงดนตรี เช่น การเป่าแคน แต่นางสีก็บอกชาวบ้านไม่ต้องเป่าแคน ให้ตีฉิ่ง
แทน จากนั้นนางสีจึงได้ร้ายรำโดยไม่รู้สึกรู้สึกรู้ ชาวบ้านเข้าใจว่านางสีถูกผีเข้า จึงถามว่าท่านชื่อ
อะไร ต้องการอะไร ข้าชื่อเจ้าพ่อแดง ต้องการมาอยู่ดูแลลูกหลานให้อยู่เย็นเป็นสุข ปราศจาก
โรคภัยต่างๆ ในหมู่บ้านแห่งนี้ เมื่อถึงเดือน พฤศจิกายน 2529 ก่อนชาวบ้านจะนำเรือไปแข่งขัน
จึงได้มาขอพรให้เจ้าพ่อแดงช่วยให้ชนะด้วยเถิด ในปีนั้นจึงได้รับชัยชนะเป็นอันดับ 3 และปี
พ.ศ. 2530 ชนะเลิศเป็นอันดับที่ 1

สภาพการศึกษา

สถานศึกษาที่สำคัญของหมู่บ้าน คือ โรงเรียน หมู่บ้านหนองบัวเหนือมีโรงเรียนที่ตั้ง
ในเขตความรับผิดชอบทั้งหมด 3 โรงเรียน

1. โรงเรียนหนองบัวเจ้าป่า ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2477 เดิมชื่อว่าโรงเรียน
ประชาตำบลคงพลอง 4 อาศัยศาลาวัดเป็นสถานที่เรียน มีนายสุทธิ ภัคคินันท์ เป็นครูใหญ่ เปิด
สอนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงประถมศึกษาปีที่ 4 ต่อมานายประดิษฐ์ โพธิ์เงิน เป็นครูใหญ่

ได้ย้ายโรงเรียนจากวัดมาตั้งเป็นอาคารเรียนชั่วคราว ในบริเวณที่ตั้งปัจจุบันมีเนื้อที่ 13 ไร่ 2 งาน 10 ตารางวา ปี พ.ศ. 2503 นายพรมา พันธุ์พินิจ ครูใหญ่ได้ก่อสร้างอาคารเรียนถาวรขึ้น จากนั้นได้พัฒนาปรับปรุงมาเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน และเปิดสอนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันนายชนพล จงปัดนา เป็นผู้อำนวยการโรงเรียนหนองบัวเจ้าป่า

2. โรงเรียนสตึกมัธยม เป็นโรงเรียนประจำอำเภอสตึก ทำการเปิดสอนวันแรก วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2501 เปิดสอนระดับชั้นมัธยมศึกษา บริเวณที่ตั้งเดิมอยู่ที่วัดประชาบูรณะ ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ มีเนื้อที่ 16 ไร่ เนื่องจากเนื้อที่ไม่เพียงพอ ไม่สามารถขยาย ได้จึงได้ย้ายมาอยู่ในเนื้อที่ปัจจุบัน มีเนื้อที่ 400 ไร่ ในวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2518 เปิดสอน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีนายพิรพงศ์ เจริญพันธุ์วงศ์ เป็นผู้อำนวยการ โรงเรียนสตึกมัธยม

3. วิทยาลัยการอาชีพสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2540 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายการเปิดสอนวิชาชีพ และผลิตกำลังคนด้านวิชาชีพเข้าสู่ตลาดแรงงาน ให้แก่นักเรียน และประชาชนในระดับอำเภอ มีพื้นที่ทั้งหมด 170 ไร่ ห่างจากอำเภอสตึกประมาณ 3 กิโลเมตร มีนายกาญจนสิทธิ์ กุลวงศ์ เป็นผู้อำนวยการวิทยาลัยการอาชีพสตึก

บทบาทของสถาบันการศึกษาต่อหมู่บ้าน

โรงเรียนนอกจากจะเป็นสถานที่ศึกษาของบุตรหลานแล้วยังเป็นสถานที่อำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ใช้เป็นสถานที่ฝึกอบรม การพักผ่อนของลูกเรือ การซ่อมกีฬาหรือออกกำลังกายของหมู่บ้าน และกิจกรรมต่างๆ จะมีการประสานงานกันตลอดเวลา เช่น ถ้ามีงานศพในหมู่บ้านจะไปขอให้ทางโรงเรียนส่งวงดุริยางค์ และนักเรียนไปอ่านกลอนในงานศพ เป็นต้น

การพัฒนาทางการศึกษา

จากการสัมภาษณ์ นายบุคคล ศาลางาม (2551) เล่าว่าเดิมชาวบ้านหนองบัวเหนือไม่ค่อยให้ความสำคัญต่อการศึกษา เนื่องจากเมื่อก่อนชาวบ้านมีฐานะยากจน ไม่มีเงินส่งลูกหลานเล่าเรียนหนังสือ จึงให้ลูกหลานออกจากโรงเรียนมาช่วยทำงานบ้านหรือรับจ้าง ปัจจุบันนี้ชาวบ้านได้ให้ความสำคัญต่อการศึกษามาก จะพยายามส่งลูกหลานให้เล่าเรียนสูงๆ แต่ในบางครั้งลูกหลานไม่ได้ตั้งใจที่จะเล่าเรียน เกเร หนีเรียน มักไปอยู่ตามป่าหรือร้านเกมส์ เป็นต้น

นอกจากนี้ชาวบ้านยังเข้ารับการศึกษาเพิ่มเติมจากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนอำเภอสตึก ทำให้ชาวบ้านหนองบัวเหนือ มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จึงเป็นแนวทางการพัฒนาบุคลากรในหมู่บ้านที่มีความสำคัญในปัจจุบันอย่างยิ่ง

สภาพทางเศรษฐกิจ

1. อาชีพ

การประกอบอาชีพดั้งเดิมของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ ประกอบอาชีพการเกษตร เช่น การทำนาดำ ทำไร่ป่อ เป็นหลัก ในปี พ.ศ. 2525 อิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงหมู่บ้านหนองบัวเหนือ เกิดจากคนและธรรมชาติ โดยได้มีการสัมปทานคูศทรายในแม่น้ำมูล ทำให้ตลิ่งแม่น้ำมูลพังทลาย มีผลกระทบต่ออาชีพทำไร่ป่อของชาวบ้านในหมู่บ้านและชาวบ้านต้องประสบกับปัญหาภาวะราคาข้าว ป่อ มันล้มปะหลังตกต่ำ พ่อค้าคนกลางชูดริตข้าวไร่ป่อ ชาวนาอย่างหนัก บางครั้งก็เกิดปัญหาน้ำท่วม หรือภัยแล้ง ทำให้การประกอบอาชีพเป็นไปด้วยความลำบาก เป็นผลให้ชาวบ้านต้องขายที่ทำกินให้กับบริษัท สัมปทาน คูศทราย และขายให้กับพ่อค้า แล้วหันไปประกอบอาชีพรับจ้างแทน

ตาราง 11 การประกอบอาชีพของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ

อาชีพหลัก	จำนวนครัวเรือน	ร้อยละ
รับจ้าง	114	47.70
เกษตรกร	85	35.56
รับราชการ	20	8.37
อื่นๆ	20	2.37
รวม	239	100

ที่มา (นายบุศดา ศาลางาม, สัมภาษณ์, 2551)

จากตาราง 11 พบว่า การประกอบอาชีพของชาวบ้านหนองบัวเหนือ อาชีพรับจ้างจำนวนมากที่สุด จำนวน 114 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 47.70 รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร จำนวน 85 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 35.56 อาชีพที่น้อยที่สุดคือ อาชีพอื่นๆ จำนวน 20 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 2.37

ตาราง 12 แหล่งเงินกู้ของชาวบ้านบัวเหนือ

แหล่งเงินกู้	จำนวนครัวเรือน	ร้อยละ
ธนาคารออมสิน	10	8.47
ธนาคารเพื่อการเกษตรและ สหกรณ์การเกษตร (ธกส)	5	4.24
สหกรณ์ออมทรัพย์	10	8.47
กองทุนหมู่บ้าน	51	43.23
นายทุนในอำเภอ	7	5.93
นายทุนนอกอำเภอ	10	8.47
ญาติพี่น้อง	25	21.19
รวม	118	100

จากตาราง 12 พบว่าแหล่งเงินกู้ของชาวบ้านหนองบัวเหนือเป็นกองทุนหมู่บ้าน ที่มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 51 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 43.23 รองลงมาคือ จากญาติพี่น้อง จำนวน 25 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 21.19 แหล่งเงินกู้ที่น้อยที่สุดคือ ธกส. จำนวน 5 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 4.24

การสาธารณสุข

สภาพโดยทั่วไปของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ เรื่องของการสาธารณสุขได้มีจากการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต มักเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ แต่ในปัจจุบันสาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มาจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมมารับประทานอาหารของชาวบ้าน จากการสนทนากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า อาการป่วยของชาวบ้านที่มาใช้บริการส่วนมากจะป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ เช่น ระบบกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินหายใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคเบาหวาน เป็นต้น

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ

สมัยอดีตที่ยังไม่มีสถานอนามัยและโรงพยาบาล เมื่อชาวบ้านเกิดการเจ็บป่วยก็จะไปรักษากับหมอพื้นบ้านหรือรักษาด้วยตนเอง ซึ่งหมายถึงการอดทนต่อการเจ็บปวด การใช้ยาสมุนไพร การนวด การควบคุมอาหาร เช่น การชะล่าต่าง ๆ ซึ่งเป็นความรู้ที่ชาวบ้านมี และเป็นองค์ความรู้ที่ได้ตกทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ เมื่อรักษาด้วยตนเองแล้วอาการไม่ทุเลา ก็จะไปพบกับผู้ที่มีความรู้

ความสามารถมากกว่า ได้แก่ หมอพื้นบ้านที่มีความรู้เฉพาะด้านต่าง ๆ เช่น หมอเป่า หมอนวด หมอสมุนไพร หมอธรรม เป็นต้น

สมัยปัจจุบัน ด้วยระบบการคมนาคมขนส่ง การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ที่ทันสมัย สะดวกสบาย และบริการสาธารณสุขของรัฐเริ่มเข้ามามีบทบาทต่อหมู่บ้าน มีการก่อตั้งโรงพยาบาล ซึ่งระยะทางห่างจากหมู่บ้านประมาณ 2 กิโลเมตร และชาวบ้านส่วนใหญ่จะมีบัตรประกันสุขภาพ เช่น บัตร 0-12 ปี บัตรผู้พิการ บัตร อสม. บัตรผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งสามารถไปรับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมจึงเปลี่ยนไป เมื่อมีการเจ็บป่วย หรือไม่สบาย ในกรณีเจ็บป่วยเล็กๆ น้อย ๆ ชาวบ้านจะนิยมไปซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยา ร้านค้าในหมู่บ้าน หรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน มารับประทานเอง ถ้าอาการไม่ทุเลาจึงจะไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลสตึก อย่างไรก็ตามวิธีการรักษาตนเองของชาวบ้าน ยังมีบุคคลบางกลุ่มใช้วิธีการรักษาผสมผสานระหว่าง รักษาแบบพื้นบ้านกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

นายวิมล พิมลมาศ อายุ 57 ปี เล่าว่า ชีวิตในวัยหนุ่มสูบบุหรี่วันละ 2 ซอง ดื่มเหล้ามาทุกวัน จนกระทั่งปี 2519 มักจะมีไข้ต่ำ ๆ ในช่วงบ่ายทุกวัน ไอไม่มีเสมหะ ต่อมาอาการรุนแรงขึ้น คือมีอาเจียนปนเลือดออกมาประมาณ 1 กระโถน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล รักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบัน แต่อาการไม่ดีขึ้น น้ำหนักลดลง รับประทานอาหารได้น้อย จึงตัดสินใจกลับมารักษาแพทย์แผนไทยกับหมอแสงจันทร์ ราชาคำ ด้วยสมุนไพร 7 ขนาน ประกอบด้วย ขอบhutง รากมะพร้าวไฟ อ้อยดำ รังไหม ฝ้ายดำ ฝ้ายแดง อย่างละ 7 ส่วน และเหล็ก 1 ส่วน นำมาต้มรับประทาน จากนั้นอาการของนายวิมล จึงดีขึ้นเรื่อย ๆ น้ำหนักเพิ่ม รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีไข้ (วิมล พิมลมาศ, สัมภาษณ์, 2551)

แหล่งที่ให้บริการด้านสาธารณสุขที่ชาวบ้านนิยมไปรับบริการมีทั้งด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แบบพื้นบ้าน

แหล่งที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน มีดังนี้

- 1) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ตั้งอยู่ในหมู่บ้านหนองบัวเหนือ มียารักษาพื้นฐาน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบและให้บริการตลอดเวลาตามความต้องการของชาวบ้าน และมีเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลสตึก เข้ามาติดตามดูแลประจำทุกเดือน
- 2) ร้านขายยาในอำเภอสตึก มีทั้งหมด 9 ร้าน มีเภสัชกรประจำร้านจำนวน 2 ร้าน
- 3) คลินิกเอกชนในอำเภอ โดยแพทย์ระดับปริญญามีใบประกอบโรคศิลป์ มีทั้งหมด 6 แห่ง เปิดบริการรักษาโรคทุกชนิด นอกเวลาราชการ

4)โรงพยาบาลสตึก เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอสตึก ขนาด 60 เตียง ห่างจากบริเวณหมู่บ้านหนองบัวเหนือ 2 กิโลเมตร

แหล่งที่ให้บริการด้านแพทย์แบบพื้นบ้าน

หมอพื้นบ้าน ถือเป็นศักยภาพในหมู่บ้านที่มีบทบาทในการช่วยบำบัดดูแลรักษาโรคให้กับชาวบ้าน มาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ถึงแม้ว่าปัจจุบันการแพทย์แผนปัจจุบันที่เข้ามามีบทบาทแทนการแพทย์พื้นบ้าน ทำให้หมอพื้นบ้านถูกลดบทบาทในการดูแลสุขภาพลง แต่ก็ยังคงมีส่วนเกี่ยวข้องในการช่วยบำบัดดูแลรักษาสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน แหล่งที่ให้บริการด้านการแพทย์แบบพื้นบ้าน มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 13 ข้อมูลหมอพื้นบ้านในหมู่บ้าน

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	การศึกษา	ประเภท	ประสบการณ์
1	นางประนอม บุญทอง	49	ม.ศ.5	หมอนวด	6 ปี
2	นางสาวน้อย เพรี	38	ม.6	หมอทรง	5 ปี
3	นายแสงจันทร์ ราชดำ	58	ป.3	หมอยา	6 ปี
4	นายหอย ยามรัมย์	73	-	หมอยา หมอเป่า	30 ปี
5	นายเมิน เนียมมณี	77	-	หมอยา หมอเป่า	50 ปี
6	นางคุณ พิมละมาศ	54	ม.3	หมอนวด	6 ปี
7	นายสวัสดิ์ ทองสุข	59	ป.4	หมอยา	30 ปี

ตาราง 14 ชนิดของผู้รักษาที่พบในสังคมไทย และวิธีการรักษาตามสาเหตุและลักษณะของความเจ็บป่วย

ชนิดของผู้รักษา	วิธีการรักษาตามสาเหตุ	ลักษณะของความเจ็บป่วย
1. หมอกระดูก	- การเข้าเฝือกและการใช้น้ำมันเป่าพร้อมสมุนไพรพอก หรือประคบ	- สำหรับการเจ็บป่วยของกระดูกหัก เตะ หรือเกี่ยวกับเส้นต่างๆ
2. หมอธรรมหรือหมอมนต์	- เวทย์มนต์ (Magical Power) หรืออาจใช้สิ่งของที่เป็นสัญลักษณ์ร่วมด้วย เช่น ของรักษาน้ำมันต์ การรักษาโดยใช้ไข หรือด้ายสายสิญจน์ เป็นต้น - พิธีกรรมต่างๆ เช่น พิธีแต่งแก้ พิธีเสียเคราะห์	- ส่วนใหญ่เป็นการปิดเป่าอาการไม่สุขสบายจากการกระทำของผี เป็นอาการที่ไม่รุนแรงมาก เช่น เด็กเถิกร้องไห้ งอแงจากการรบกวนจากผีแม่ก่าหรือเป็นการปกป้องคุ้มครองจากการรบกวนของผี โดยการรับเวทย์มนต์และของรักษา - การรักษาโดยพิธีกรรมมักทำสำหรับการจัดการกับผีไม่ดี เช่น ผีปอบ
3. หมอยา	- ใช้น้ำมันสมุนไพรโดยการฝน การต้ม การประคบ การอาบ หรือการแช่ การย่างไฟ	- เป็นอาการที่เกิดจากสาเหตุทางธรรมชาติ เช่น เป็นผื่น เป็นตุ่มคัน ไข้ ปวดท้อง จี๊ด หรือยาต้มสำหรับผู้ป่วยบางประเภท เช่น เบาหวาน นิ้ว การย่างไฟเป็นการรักษาที่พบมากในรายที่ประสบอุบัติเหตุ มีฟกช้ำ ถลอก หรือเป็นแผล
4. หมอส่อง	- วิเคราะห์สาเหตุการเจ็บป่วย และแนะนำวิธีการรักษา โดยอาศัยเวทย์มนต์	- เป็นขั้นตอนแรกเพื่อนำการรักษาแบบพื้นบ้านอื่นๆ หรือแม้กระทั่งแผนปัจจุบันตามผลการวิเคราะห์ที่ได้ มักกระทำร่วมกับการรวบรวมประวัติศาสตร์การเจ็บป่วยและครอบครัว
5. หมอเอ็นหมोजับเส้นหรือหมอนวด	- ใช้การนวดจับเส้น ซึ่งอาจมีการประคบสมุนไพรด้วย	- สำหรับการปวดตามร่างกาย เมื่อย เคล็ดต่างๆ เช่น ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเอว ตึงบริเวณต้นคอและอาการแน่น อึดท้อง

ตาราง 15 สมุนไพรที่ใช้ในการรักษา

ชื่อยา	สรรพคุณ	ส่วนที่ใช้	วิธีการใช้
กลุ่มที่ 1 ดองแ่่ง ส่องฟ้า บะสาต	แก้มืดสำแดง แก้มืดสำแดง แก้มืดสำแดง	ราก ราก หัว	ต้มดื่มแทนน้ำจันทวย ละลายหมด
กลุ่มที่ 2 บะสาต ส่องฟ้า พังคิ	แก้มืดอืด แก้มืดอืด แก้มืดอืด	ราก ราก ราก	ต้มดื่มแทนน้ำจันทวย ละลายหมด
กลุ่มที่ 3 ขนวน	ขับเลือด แก้มืดค้ำง	เปลือก	ต้มดื่มแทนน้ำจันทวย ละลายหมด
กลุ่มที่ 4 ต้นหนามครอง ต้นเล็บแมว ต้นก้นครก ต้นหุนให้ ต้นตองแ่่ง ต้นเพก	ยาขับเลือด ยาขับเลือด ยาขับเลือด ยาขับเลือด ยาขับเลือด ยาขับเลือด	ราก ราก ราก ราก ราก ราก	ต้มดื่มแทนน้ำจันทวย ละลายหมด
กลุ่มที่ 5 ต้นตุมกา ต้นพญาษา	แก้มืดสำแดง แก้มืดสำแดง	ราก ราก	ต้มดื่มแทนน้ำจันทวย ละลายหมด

ตาราง 15 (ต่อ)

ชื่อยา	สรรพคุณ	ส่วนที่ใช้	วิธีการใช้
กลุ่มที่ 6 ต้นขี้ดมอญตัวผู้/ เม็บบ ต้นก้นจ้ำ	แก้ผิสดำแดง แก้ผิสดำแดง	ราก ราก	ต้มดื่มแทนน้ำจืดด้วย ละลายหมด
กลุ่มที่ 7 ต้นจันทร์แดง ต้นจันทร์หอม ต้นตะไคร้ต้น	แก้ไข้ แก้ไข้ แก้ไข้	ราก ราก ราก	ต้มดื่มแทนน้ำจืดด้วย ละลายหมด
กลุ่มที่ 8 ต้นเสลดพังพอน	แก้แมลงกัดต่อย	ใบ	ตำมาทา หรือพอก
กลุ่มที่ 9 ยอดทุ้ง รากมะพร้าวไฟ อ้อยดำ รังไหม ฝ้ายดำ ฝ้ายแดง นำมาอย่างละ 7 ส่วน เหล็ก 1 ส่วน	แก้เลือดออกตามไรฟัน แก้ไอเป็นเลือด แก้อาเจียนเป็นเลือด แก้วัณโรค	ราก ใบ ผล	ต้มดื่มแทนน้ำจืดด้วย ละลายหมด

สมุนไพร

สมุนไพร หมายถึง พืชหรือส่วนต่างๆ ของพืช ที่หาได้ในท้องถิ่น และนำมาใช้เป็นยา ในการบำบัดรักษาโรคในท้องถิ่น (กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ, 2554: 12) หมู่บ้านหนองบัวเหนือก็เป็น อีกชุมชนหนึ่งที่มีสมุนไพร เราจะพบได้โดยทั่วไปตามบ้าน ทุ่งนา หรือป่าอนุรักษ์ สมุนไพร

เหล่านี้ ล้วนมีบทบาทและความสำคัญต่อวิถีชีวิตของชุมชน ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ในด้านการดูแลสุขภาพให้หายจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในอดีตที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่ได้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพให้กับชุมชน ดังนั้น สมุนไพรจึงเป็นที่พึ่งของชุมชนในภาวะที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยอาศัยภูมิปัญญาในการบำบัดรักษาจากหมอพื้นบ้านในชุมชน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการช่วยดูแลชาวบ้านเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และได้รับการยอมรับจากชาวบ้านว่า สมุนไพรเป็นยาที่ช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้ จึงมีการสืบทอดกันมาจนถึงปัจจุบัน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้สภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้เข้ามามีบทบาทในการรักษามากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยคุณค่าของสมุนไพรที่ยังคงมีอยู่ จึงทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญและยอมรับการใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวัน ทั้งในรูปแบบของยารักษาโรคหรือยาบำรุงกำลัง หรือในรูปแบบของอาหารที่มีสมุนไพรเป็นผักในการประกอบอาหาร

จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรในหมู่บ้านหนองบัวเหนือกับกลุ่มตัวอย่าง 73 คน พบว่า มีสมุนไพรที่ใช้ในการประกอบอาหารและรักษาโรคหลายชนิด ผู้วิจัยขอสรุปตัวอย่างสมุนไพร ดังนี้

ตาราง 16 ตัวอย่างสมุนไพรในหมู่บ้าน

ชื่อ	ชีวสาร	ส่วนที่ใช้ประโยชน์	สรรพคุณ
กระเทียม	-อัลลิอิน(Alliin) -อัลลิซิน(Allicin)	- ใบ ต้น ราก	-แก้ท้องอืด ขับเหงื่อ ปัสสาวะ เสมหะ ทาแก้กลากเกลื้อน -ช่วยลดไขมันในเส้นเลือด
กระชาย	-ไพเนน(Pinene) -การบูร(Camphor)	- ราก เหง้า	-ขับลม เหงื่อ ปัสสาวะ -แก้ปากเปื่อย ปากเป็นแผล -ขับระดูขาว
ขิง	-โอเลโอเรซิน(Oleorecin) -ฟีนอล(Fenol) -เอสเตอร์(Ester)	-เหง้า	-ขับเหงื่อ แก้ท้องอืด
ข่า	-ยูจีนอล(Eugenol) -การบูร(Camphor) -ซินีออล(Cineol)	-เหง้า	-ขับเหงื่อ รักษาเกลื้อน ทาแก้ลมพิษ

ตาราง 16 (ต่อ)

ชื่อ	ชีวสาร	ส่วนที่ใช้ ประโยชน์	สรรพคุณ
ขี้เหล็ก	-แอนทราควิโนน(Anthraquinones) -เบต้าแคโรทีน(Betacarotene) -บารากอล(Barakol) -แคสเซียมิน(Cassiamine)	-แก่นไม้ ใบอ่อน ดอก ฝัก ราก	-ยาระบาย ช่วยให้นอน หลับ ขับปัสสาวะ รักษา นิ่ว
มะระขี้นก	-ซาแรนทิน(Charanthin)	-ผล	-ยาระบาย -ป้องกันโรคเบาหวาน -ช่วยให้เจริญอาหาร
สะเดา	-บาคายานิน(Bacayanin) -นิมบิควิน(Nimbiquin)	-ใบ ดอก ราก	-ช่วยเจริญอาหาร -คลายเครียด ยาระบาย
ใบยอ	-ซีโรนิน (Seroin)	-ใบ ผล	-ช่วยลดอาการภูมิแพ้ -ช่วยให้เจริญอาหาร
ตะไคร้	-ซิทรัล(Citral) -ยูจีนอล(Eugenol)	-ทั้งต้น	-ขับเหงื่อ -แก้ท้องอืด จุกเสียด
กระเพรา	-ยูจีนอล(Eugenol) -โอซิโมล(Ocimol) -แคมเฟน(Camphene)	-ใบ ลำต้น	-ยาขับลม -แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ
เตย	-คูมาริน(Curcurin) -ไลนาโลอล(Linalool)	-ใบ	-บำรุงหัวใจ ขับปัสสาวะ -รักษาโรคเบาหวาน
ตำลึง	-เบต้าแคโรทีน(Etacarotene)	-ราก ใบ ต้น	-แก้ไข้ แก้คัน -ช่วยลดระดับน้ำตาลใน เลือด
น้อยหน่า	-แอนโนนิน(Annonin) -ฟลาโวนอยด์(Flavonoid)	-ใบ เมล็ด	-ยากล่อมประสาท รักษาหิด -รักษากลากเกลื้อน
พลู	-ชาวิกอล(Chavicol) -ยูจีนอล(Eugenol)	-ใบ	-แก้ลมพิษ

ตาราง 16 (ต่อ)

ชื่อ	ชีวสาร	ส่วนที่ใช้ ประโยชน์	สรรพคุณ
ไพล	-เคอร์คูมิน(Curcumin) -การบูร(Camphor) -ซาบินิน(Sabinin)	-เหง้า	-แก้เคล็ดขัดยอก -ลดอาการบวมอักเสบ
มะเขือพวง	-เพกติน(Pectin)	-ลำต้น ใบ ราก ผล	-ขับปัสสาวะ ขับเสมหะ -แก้ฟกช้ำ แก้ส้นเท้าแตก -แก้โรคเบาหวาน
สระระแห่น	-เมนทอล(Menthol) -ยูจีนอล(Eugenol) -แทนนิน(Tannin)	-ใบ	-แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ
มะละกอ	-ปาเปน(Papain)	-ผล ราก	-ยาระบาย
เสลดพังพอน		-ลำต้น ใบ ราก	-แก้พิษแมลงสัตว์กัดต่อย -แก้ริ้ว งูสวัด
บอระเพ็ด	-กลุ่มเทอร์ปีนอยด์ (Terpenoid Group)	-เถา ใบ ผล	-แก้ไข้ -แก้โรคเบาหวาน
กัตถ์		-ราก ดอก ผล	-ช่วยขับโลหิตเน่าเสีย -บำรุงโลหิต -แก้เลือดกำเดาไหลและ เลือดออกตามไรฟัน
ข่อย		-เมล็ด ราก ใบ และ เปลือก	-แก้ท้องอืด -แก้โรครำมะนาด
ฟ้าทะลาย โจร		-ทั้งต้น	-แก้ไข้ -แก้พิษแมลงสัตว์กัดต่อย

ตาราง 16 (ต่อ)

ชื่อ	ชีวสาร	ส่วนที่ใช้ ประโยชน์	สรรพคุณ
ขมิ้นชัน	-เคอร์คิวมิน(Curcumin)	-เหง้า ใบ	-รักษาแผลในกระเพาะ ขับลม -รักษาโรคผิวหนัง -บำรุงผิวพรรณ
ดอกแค	-แทนนิน(Tannin) -แคลเซียม(Calcium) -ธาตุเหล็ก(Zinc) -แคโรทีน(Carotene) -ฟอสฟอรัส(Phosphorus) -เบต้าแคโรทีน(Betacarotene)	-ดอก	-แก้ปวดศีรษะเนื่องจากไมเกรน -แก้ท้องเสีย
มะแว้ง	-เอนไซม์ ออกซิเดส (Enzyme Oxidase) -เพกติน(Pectin)	-ผล ดอก	-ช่วยขับเสมหะ แก้ไอ -ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้สำหรับในคนที่เป็ เบาหวาน
โหระพา	-ชาวิคอล(Chavicol)	-ใบ	-รักษาริดสีดวงทวาร ช่วยให้หลอดเลือดไหลเวียนดี
แมงลัก	-สารเมือก -ยูซิลเลจ(Ucillage) -แคมเฟิน(Camphene)	-ใบ ผล	-ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด -ยาระบาย
มะรุม	-รูทีน(Rutin) -เคอเวเซทีน(Quercetin)	-ยอด ดอก ฝัก ใบ	-รักษาโรคความดันโลหิตสูง -ลดระดับไขมันในเลือด -ลดระดับน้ำตาลในเลือด -รักษาโรคกระดูก ข้อ -บำรุงน้ำนม -บำรุงสายตา ชะลอความแก่

จากตาราง 16 ทำให้ทราบว่าชาวบ้านมีการนำ พืช-ผัก สมุนไพรในหมู่บ้านมาประกอบอาหาร พืช-ผัก บางชนิดสามารถรักษาโรคต่างๆ ได้ จากการสัมภาษณ์ นางคุณ พิมละมาศ (2551) ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะมีความรู้เรื่องสมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน โดยได้รับการอบรมความรู้จากโรงพยาบาลสตึก และการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ ใบเตย มะแว้ง แมงลัก ตำลึง มะระขี้นก สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งนางคุณ พิมละมาศ ได้ทดลองนำสมุนไพรดังกล่าวมาประกอบอาหารแล้วพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ไม่เกิน 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

สรุปภาพรวมของหมู่บ้านหนองบัวเหนือ

หมู่บ้านหนองบัวเหนือเป็นชุมชนชนบทขนาดใหญ่ ที่มีการรวมกลุ่มต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อแสดงถึงการร่วมมือในการพัฒนาหมู่บ้านได้อย่างเป็นระบบ และเป็นที่ยอมรับนับถือของประชาชนในหมู่บ้าน การปกครองในหมู่บ้านจะมีผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในหมู่บ้าน และปกครองในรูปแบบประชาธิปไตย ชาวบ้านจะให้ความนับถือ ศรัทธาเกรงใจผู้นำต่างๆ ในหมู่บ้าน และจะทำตามกิจกรรมที่ผู้นำกำหนดมาให้ ลักษณะทางเศรษฐกิจของหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ชาวบ้านส่วนใหญ่จึงอาศัยอยู่ในชุมชน ลักษณะความสัมพันธ์ของคนในหมู่บ้านจะเป็นแบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นอย่างดี ชาวบ้านจะให้ความสำคัญต่องานในหมู่บ้านทั้งงานส่วนบุคคลและของหมู่บ้าน ในหมู่บ้านจะมีวัด โรงเรียน เป็นที่พึ่งของชุมชนในขบวนการขัดเกลาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ชาวบ้านส่วนใหญ่ นับถือ ศาสนาพุทธ มีความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมที่ดิดงามปฏิบัติสืบต่อกันมา และในหมู่บ้านจะมีที่พึ่งด้านสุขภาพคือ ศสมช. ซึ่งแกนนำหมู่บ้าน อสม. และชาวบ้านได้ร่วมกันก่อตั้งขึ้นมา มีการบริหารจัดการและดำเนินกิจกรรมโดย อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งอสม.ได้รับการอบรมด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก ฉะนั้นอสม.จึงรักษาการเจ็บป่วยเล็กน้อยได้ ถ้าคนในหมู่บ้านเจ็บป่วยด้วยอาการหนักมาก อสม. จะแนะนำและส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสตึก

บทที่ 6

ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับความมุ่งหมายของการวิจัย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของชุมชนรวมทั้งปัญหาในอดีตและปัจจุบัน
2. เพื่อศึกษากระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงานและวิธีการของชุมชนและหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

จากการศึกษาเพื่อตอบความมุ่งหมายข้อที่ 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของชุมชนรวมทั้งปัญหาในอดีตและปัจจุบัน

ผลการวิจัย แบ่งได้ 2 ประเด็นดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหา ความเจ็บป่วยโรคเบาหวานในชุมชนหนองบัวเหนือ พบว่า

1.1 สถานการณ์ปัญหาในอดีต

อดีตที่ผ่านมาชาวบ้านในชุมชนหนองบัวเหนือไม่มีใครรู้จักโรคเบาหวานทราบเพียงว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยอาการปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย เวียนศีรษะ หน้ามืด และคันตามผิวหนัง เป็นต้น ดังนั้น สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่มีเพราะขาดการวินิจฉัยจากแพทย์ วิธีการรักษาอาการดังกล่าวข้างต้นเน้นการรักษาแบบพื้นบ้านโดยนำเอาสมุนไพร (รากไม้) ที่มีอยู่ในชุมชนมาต้มดื่ม นอกจากนี้ ขาดหน่วยงานให้ความรู้ และการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน จึงมีผลทำให้ชาวบ้านไม่ทราบโรคที่ตนเป็นอยู่

1.2 สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507 เริ่มมีสถานีอนามัยบุคลากรทางการแพทย์และยาแผน

ปัจจุบันทำให้ชาวบ้านเริ่มดูแลสุขภาพโดยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จึงทำให้ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร และชุมชนหนองบัวเหนือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 17 คน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 เดือนถึง 6 ปี ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากการสัมภาษณ์ นายบุศดา ศาลางาม (2551) กล่าวว่า “ในหมู่บ้านจะมีปัญหาด้านสุขภาพหลายโรคด้วยกัน หนึ่งในนั้นก็คือโรคเบาหวานและเมื่อก่อนจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีไม่กี่คนแต่ปัจจุบันนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในหมู่บ้านทั้งหมด จำนวน 17 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ” ดังนั้นสถานการณ์ของชุมชนสอดคล้องกับสถานการณ์ของคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสตึก โดยสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสตึกจากปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1,323 คน เพิ่มขึ้นเป็น 1,802 คน

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการลงพื้นที่และศึกษาด้วยตนเองพบว่าจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 17 คน ส่วนใหญ่พบในคนที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป กรรมพันธุ์ และพฤติกรรมการบริโภคและขาดการออกกำลังกาย และจากการสัมภาษณ์ นางทองดี ทองสุข (2551) กล่าวว่า “ป้าป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 5 ปีแล้ว และในครอบครัวก็มีแม่ พี่สาว ก็เป็นโรคเบาหวานเหมือนกัน อีกสาเหตุหนึ่งป้าชอบกินหมูสามชั้น ขนมหวาน และไม่มีการออกกำลังกาย เพราะต้องทำมาหากิน”

2. ภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากการสำรวจของทีมวิจัยเกี่ยวกับภูมิปัญญาไทยในการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่าในชุมชนมีภูมิปัญญาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งผู้วิจัยได้แยกประเภทภูมิปัญญาไทยออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านยา 4) ด้านอารมณ์และความเครียด

2.1 ภูมิปัญญาไทยด้านอาหาร

จากการสำรวจของทีมวิจัยในอดีตเรื่อง การดูแลสุขภาพของชาวบ้านหนองบัวเหนือแต่เดิมนั้น โดยมากจะสัมพันธ์กับการใช้ชีวิตที่เป็นธรรมชาติ เรียบง่าย การทำมาหากินไม่ต้องดิ้นรนมาก เพราะในหมู่บ้านมีความอุดมสมบูรณ์มาก มีทั้งป่า สัตว์ป่าต่างๆ หนองน้ำ และชาวบ้านหนองบัวเหนือ ส่วนใหญ่จะประกอบอาหารเอง โดยจะนำพืชผักที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือปลูกไว้ตามริมรั้วข้างบ้าน เช่น ตำลึง มะเขือพวง เตย มาประกอบอาหาร จากการสัมภาษณ์นางต็ม สายสาตี อายุ 43 ปี ได้กล่าวว่า “แต่ก่อนนั้นชาวบ้านนิยมปลูกผักกินเอง แบ่งปันกัน ปลอดสารพิษ และอยากกินก็สามารถเก็บกินตามริมรั้วได้เลย” และจากการสัมภาษณ์นายเมิน เนียมมณี อายุ 79 ปี กล่าวว่า “ตนเองมีอายุยืนยาวมาจนถึงอายุ 79 ปี นั้น

เพราะตาชอบกินผัก ปลา ที่สามารถหาได้ภายในหมู่บ้าน” นอกจากนั้นยังพบว่า ชาวบ้านหนองบัวเหนือ ส่วนใหญ่ก็มีรูปแบบความเป็นอยู่คล้ายกันกล่าวคือ การปลูกผักกินเอง ไม่มีสารเคมีในการปลูกผัก ชาวบ้านก็ตำกินเองซึ่งมีกากใยและวิตามินสูง จากการสัมภาษณ์ชาวบ้านเกี่ยวกับภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชนหนองบัวเหนือ สามารถสรุปภูมิปัญญาออกมาในรูปตารางได้ดังตาราง 17

ตาราง 17 ภูมิปัญญาไทยด้านอาหารสมุนไพรในอดีต

ชื่อ	ชีวสาร	ส่วนที่ใช้ประโยชน์	สรรพคุณ
ขี้เหล็ก	-แอนทราควิโนน (Anthraquinones) -เบต้าแคโรทีน (Betacarotene) -บารากอล(Barakol) -แคสเซียมิน(Cassiamine)	-แก่นไม้ ใบอ่อน ดอก ฟัก ราก	-ยาระบาย ช่วยให้นอนหลับ -ขับปัสสาวะ รักษาเนื้องอก
มะระขี้นก	-ซาแรนทิน(Charanthin)	-ผล	-ยาระบาย ป้องกันโรคเบาหวาน -ช่วยให้เจริญอาหาร
สะเดา	-บาคายานิน(Bacayanin) -นิมบิดิน(Nimbidin)	-ใบ ดอก	-ช่วยเจริญอาหาร คลายเครียด -ยาระบาย
ใบขมิ้น	-ซีโรนิน (Seroin)	-ใบ	-ช่วยลดอาการภูมิแพ้ -ช่วยให้เจริญอาหาร
ตะไคร้	-ซิทรัล(Citral) -ยูจีนอล(Eugenol)	-ทั้งต้น	-ขับเหงื่อ -แก้ท้องอืด จุกเสียด
กระเพรา	-ยูจีนอล(Eugenol) -โอซิโมล(Ocimol) -แคมเฟน(Camphene)	-ใบ ลำต้น	-ยาขับลม -แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ
เตย	-คูมาริน(Curcurin) -ไลนาโลอล(Linalool)	-ใบ	-บำรุงหัวใจ ขับปัสสาวะ -รักษาโรคเบาหวาน
ตำลึง	-เบต้าแคโรทีน (Betacarotene)	-ราก ใบ ต้น	-แก้ไข้ แก้คัน -ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
น้อยหน่า	-แอนโนนิน(Annonin) -ฟลาโวนอยด์(Flavonoid)	-ใบ เมล็ด	-ยาฆ่าเหา รักษาหิด -รักษากลากเกลื้อน

ตาราง 17 (ต่อ)

ชื่อ	ชีวสาร	ส่วนที่ใช้ประโยชน์	สรรพคุณ
พลู	-ชาวิคอล(Chavicol) -ยูจีนอล(Eugenol)	-ใบ	-แก้ลมพิษ
ไพล	-เคอร์คูมิน(Curcumin) -การบูร(Camphor) -ซาบินิน(Sabinin)	-เหง้า	-แก้เคล็ดขัดยอก -ลดอาการบวมอักเสบ
กระเทียม	-อัลลิอิน(Alliin) -อัลลิซิน(Allicin)	- ใบ ต้น ราก	แก้ท้องอืด ขับเหงื่อ ปัสสาวะ เสมหะ ทาแก้กลากเกลื้อน ช่วย ลดไขมันในเส้นเลือด
ข่า	-ยูจีนอล(Eugenol) -การบูร(Camphor) -ซินีออล(Cineol)	-เหง้า	-ขับเหงื่อ รักษาเกลื้อน ทาแก้ ลมพิษ
มะเขือพวง	-เพกติน(Pectin)	-ลำต้น ใบ ราก ผล	-ขับปัสสาวะ ขับเสมหะ -แก้ฟกช้ำ แก้ส้นเท้าแตก -แก้โรคเบาหวาน
สระระแห่น	-เมลทอล(Mental) -ยูจีนอล(Eugenol) -แทนนิน(Tannin)	-ใบ	-แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ
มะละกอ	-ปาเปน(Papain)	-ผล ราก	-ยาระบาย
เสลดพังพอน		-ลำต้น ใบ ราก	-แก้พิษแมลงสัตว์กัดต่อย -แก้ริ้ว งูสวัด
บอระเพ็ด	-กลุ่มเทอร์ปีนอยด์ (Terpenoid Group)	-เถา ใบ ผล	-แก้ไข้
คัตตะ้า		-ราก ดอก ผล	-ช่วยขับโลหิตเน่าเสีย -บำรุงโลหิต -แก้เลือดกำเดาไหลและ เลือดออกตามไรฟัน
ข่อย		-เมล็ด ราก ใบและ เปลือก	-แก้ท้องอืด -แก้โรครำมะนาด
ฟ้าทะลายโจร		-ทั้งต้น	-แก้ไข้ -แก้พิษแมลงสัตว์กัดต่อย

ตาราง 17 (ต่อ)

ชื่อ	ชีวสาร	ส่วนที่ใช้ประโยชน์	สรรพคุณ
ขมิ้นชัน	-เคอร์คิวมิน(Curcumin)	-เหง้า ใบ	-รักษาแผลในกระเพาะ ขับลม -รักษาโรคผิวหนัง -บำรุงผิวพรรณ
ดอกแค	-แทนนิน(Tannin) -แคลเซียม(Calcium) -ธาตุเหล็ก(Zinc) -แคโรทีน(Carotene) -ฟอสฟอรัส(Phosphorus) -เบต้าแคโรทีน (Betacarotene)	-ดอก	-แก้ปวดศีรษะเนื่องจากไมเกรน -แก้ท้องเสีย
มะแว้ง	-เอนไซม์ ออกซิเดส (Enzyme Oxidase) -เพกติน(Pectin)	-ผล	-ช่วยขับเสมหะ แก้ไอ -ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ สำหรับในคนที่เบาหวาน
แมงลัก	-สารเมือก -ยูซิลเลจ(Ucillage) -แคมเฟน(Camphene)	-ใบ ผล	-ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด -ยาระบาย
มะรุม	-รูทีน(Rutin) -เคอเซทิน(Quercetin)	-ยอด ดอก ฝัก ใบ	-รักษาโรคความดันโลหิตสูง -ลดระดับไขมันในเลือด -ลดระดับน้ำตาลในเลือด -รักษาโรคกระดูก ข้อ -บำรุงน้ำนม -บำรุงสายตา ชะลอความแก่

ปัจจุบันสภาพทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ได้เปลี่ยนแปลงไปทุกคนต้องทำงานแข่งกับเวลา ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปด้วย คือ การประกอบอาหารรับประทานเองน้อยลง ต้องพึ่งอาหารตามสั่ง อาหารที่มีแป้ง น้ำตาล ไขมันสูง มีผลทำให้ร่างกายอ้วนมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน เป็นต้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคและการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาอาการของโรคโดยใช้ภูมิปัญญาผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ นางคุณ พิมพ์มาศ อายุ 54 ปี ซึ่งได้กล่าวว่า “สมัยเป็นวัยรุ่นป่าชอบกินหมูสามชั้น กะทิ และประกอบอาหารทุกครั้งต้องใส่ผงชูรส ผลที่ตามมาคือ อ้วน ในที่สุดป่า

ก็ป่วยเป็นโรคเบาหวาน” และจากการสัมภาษณ์ นายหอย ยามรัมย์ อายุ 73 ปี ได้กล่าวว่า “ตนเองก็ป่วยเป็นโรคเบาหวานเช่นกันแต่มีวิธีการรักษาสุขภาพ คือ กินมะเขือพวง และตำลึงจิ้มกับน้ำพริกช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้” จากการสัมภาษณ์บุคคลทั้งสองทำให้ทราบว่าในปัจจุบันชาวบ้านในชุมชนยังมีความห่วงใยในสุขภาพ และได้นำสมุนไพรมาประกอบอาหาร เพื่อสุขภาพ และจากการสำรวจพบว่าอาหารจากธรรมชาติและสมุนไพรในชุมชนที่ชาวบ้านนำมาประกอบอาหารและรักษาโรคในปัจจุบัน ได้แก่ ปลา มะเขือพวง หอมหัวใหญ่ ถั่วฝักยาว ถั่วแห้ง มะระจีนก เตยหอม ตำลึง มะแว้ง ข้าวกล้อง มะรุม ดังสุภายิตกล่าวไว้ว่า กินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นพื้น ภูมิปัญญาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถสรุปเป็นตาราง 18

ตาราง 18 อาหารจากธรรมชาติและพืชผักสมุนไพรที่ชาวบ้านนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

อาหารจากธรรมชาติและพืชผักสมุนไพร	สรรพคุณภูมิปัญญาชาวบ้าน	สรรพคุณทางการแพทย์
ปลา	เป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย	- ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งคนรับประทานปลาเป็นประจำมีโอกาสเกิดปัญหาตับอ่อนหลังอินซูลินน้อย ทำให้น้ำตาลในเลือดน้อยกว่าคนที่ไม่กินปลาถึง 50 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งกรดโอเมก้า 3 ทำให้ร่างกายจัดการใช้กลูโคสได้ดีขึ้น
มะเขือพวง	แก้โรคเบาหวาน	- เป็นพืชที่มีเส้นใยสูงมาก โดยมีเส้นใยมากกว่ามะเขือยาว 3 เท่า และมากกว่ามะเขือเปราะ 65 เท่า เส้นใยในมะเขือพวงมีชื่อเรียกว่า เพคตินสารนี้จะสามารถเปลี่ยนเป็นวุ้นไปเคลือบที่ผิวของลำไส้ดูดซึมแป้ง และน้ำตาลที่ย่อยแล้วได้ช้าลง จึงเป็นการช่วยไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเร็วเกินไป ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้
หอมหัวใหญ่	แก้หวัด	- ทางทางการแพทย์กล่าวว่าในหอมใหญ่นั้น มีสารตัวหนึ่งชื่อ cycloalliin เป็นตัวกระตุ้นให้ตับเปลี่ยนกลูโคสเป็น ไกลโคเจน และกระตุ้นการหลั่งอินซูลิน สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้
มะรุม	บำรุงน้ำนม ช่วยลดความดันโลหิต ลดระดับไขมันในเลือด	มะรุมมีสาระสำคัญ หลายชนิด ได้แก่ รูทีน(rutin) เควอเซทีน(querctetin)ช่วยรักษาโรคความดันโลหิตสูง ลดระดับไขมันในเลือด ลดระดับน้ำตาลในเลือด รักษาโรคกระดูก ข้อ บำรุงน้ำนม บำรุงสายตา ชะลอความแก่ แก้ปวดศีรษะ

ตาราง 18 (ต่อ)

ชื่อ	สรรพคุณภูมิปัญญาชาวบ้าน	สรรพคุณทางการแพทย์
ถั่วฝักยาวและถั่วต่างๆ	เป็นยาระบาย	- เป็นอาหารที่มีไฟเบอร์ชนิดละลายน้ำสูงมากซึ่งไฟเบอร์ที่ละลายน้ำได้ จะเคลือบผิวกระเพาะโดยทำปฏิกิริยากับกรดในกระเพาะได้สารชั้นจำพวกเจลลาติน ทำให้รู้สึกอิ่มเร็ว และอิ่มนาน ดังนั้น คนที่เป็นเบาหวานอยู่แล้วควรรับประทานถั่วเพราะมีไฟเบอร์จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้
มะระขี้นก	แก้โรคมะเร็ง	- สามารถบำบัดโรคเบาหวานได้เนื่องจากมีสาร charantin ช่วยลดน้ำตาลในเลือดได้ เพราะสารตัวนี้จะกระตุ้นการเปลี่ยนกลูโคสในเลือดให้เป็นไกลโคเจนที่ตับ และยังกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อน การใช้มะระขี้นกมีหลายวิธี แต่วิธีที่ดีที่สุดคือการคั้นน้ำ
ข้าวกล้อง	แก้โรคเหน็บชา	- มีคุณค่าทางโภชนาการสูง คือ มีไฟเบอร์หรือใยอาหารสูง ทำให้ดูดซึมอาหารช้าลง รู้สึกอิ่มนานขึ้น ดังนั้นจึงช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
เคยหอม	แก้โรคเบาหวาน	- ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
ตำลึง	เป็นยาระบาย	- ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
มะแว้ง	แก้ไอและโรคเบาหวาน	- ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด

ที่มา (โภชนาบำบัดด้วยอาหารสมุนไพร, 2549 และชาวบ้านหนองบัวเหนือ, สัมภาษณ์, 2551)

2.2 ภูมิปัญญาไทยด้านการออกกำลังกาย

อดีตการออกกำลังกายของชาวบ้านหนองบัวเหนือ นั้นจะเป็นลักษณะการออกกำลังกายตามวิถีของชาวบ้าน โดยการเดินทางไปกลับมาของตนเอง การดำข้าว การเกี่ยวข้าว การนวดข้าว หาบน้ำใส่โอ่งทั้งตอนเช้าและตอนเย็น จากการสัมภาษณ์ คุณยายอ้อ เพรี อายุ 60 ปีกล่าวว่า “ตอนเช้ายายจะเดินทางไปนา ตอนเย็นก็กลับ แค่นี้ก็เหนื่อยแล้ว”

ปัจจุบันเทคโนโลยีต่างๆ ได้พัฒนามากขึ้น และเศรษฐกิจในหมู่บ้านได้เปลี่ยนไป ภายในหมู่บ้านมีระบบน้ำประปา โรงสีข้าว รถเกี่ยวข้าว มีผลทำให้การใช้กิจกรรมทางกายต่างๆ ที่เคยทำในอดีตจึงลดน้อยลง และที่สำคัญเดิมชาวบ้านในหมู่บ้านนี้มีอาชีพ ทำนา ทำสวน แต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนมาเป็นอาชีพรับจ้าง ดังนั้นการออกกำลังกายจึงออกมาในรูปแบบของการใช้แรงงาน

จากการสัมภาษณ์ นายนาย แสงงาม อายุ 60 ปี กล่าวว่า “คนในหมู่บ้านมีอาชีพรับจ้างทั่วไป เช่น ก่อสร้าง ทำวิกรม ประดิษฐ์ดอกไม้ ทำงานบ้าน เป็นต้น ไม่มีเวลาไปออกกำลังกายหรือ”

ดังนั้นการที่ชาวบ้านใช้กิจกรรมทางกายโดยการทำงานก่อสร้าง ทำงานบ้านก็ถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง เพราะชาวบ้านทำงานอย่างต่อเนื่องมากกว่า 30 นาที ต่อวันและทำทุกวัน แต่ถ้าชาวบ้านคนใดไม่ได้มีการทำกิจกรรมทางกายหรือทำกิจกรรมทางกายน้อย เช่น นั่งทำวิก ก็จะมีผลเสียต่อสุขภาพเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

สำหรับภูมิปัญญาไทยเกี่ยวกับการออกกำลังกายสืบทอดจากอดีตถึงปัจจุบัน และจากการสำรวจของทีมวิจัย พบว่า มีภูมิปัญญาไทยในการออกกำลังกายที่สำคัญดังนี้ 1) กิจกรรมประเพณีตามความเชื่อ ได้แก่ การรำแม่ผัด 2) กิจกรรมตามประเพณีทางศาสนา ได้แก่ การแห่เทียน การบวชนาค การลอยกระทง 3) กิจกรรมตามวัฒนธรรม ได้แก่ หมอลำ

2.3 ภูมิปัญญาไทยด้านยา

อดีตที่ผ่านมาลักษณะการเจ็บป่วยของชาวบ้านหนองบัวเหนือ ส่วนใหญ่จะเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ รวมถึงโรคที่มากับสภาพแวดล้อม และความเป็นอยู่จะใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมการกินยาต้ม ยาฝน การเป่าโดยหมอพื้นบ้าน โดยใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นในการรักษาโรคยกตัวอย่าง ดังนี้

1. กระดูกหัก แขนหัก ขาหัก ใช้การนวดน้ำมันงา เข้าเฝือกไม้ และชะล่าอาหาร
2. เด็กร้องไห้ไม่มีสาเหตุ ใช้การเป่า
3. น้ำร้อนลวก ใช้รูนว่านหางจระเข้ที่ล้างยางสีเหลืองออกแล้วมาแปะไว้
4. ท้องอืด ใช้รากของต้นบะสาต ส่องฟ้า พังคิ นำมาต้ม แล้วจึงรับประทาน
5. รกค้าง ใช้เปลือกของต้นขนวนมาต้มแล้วจึงรับประทาน
6. งูสวัด ฝี ใช้การเป่า
7. แมลงสัตว์กัดต่อย ใช้ใบเสลดพังพอนมาต้มและทาบริเวณที่กัด
8. ไข้ ใช้รากของต้นจันทร์แดง จันทร์หอม ตะไคร้ มาต้มแล้วจึงรับประทาน
9. ผิดสำแดง ใช้รากของต้นขั้ดมอญ ต้นกันจ้ำ มาต้มแล้วรับประทาน
10. วัณโรค ใช้ข่อยทุ้ง รากมะพร้าวไฟ อ้อยดำ รังไหม ฝ้ายดำ ฝ้ายแดง เหล็ก นำมาต้มแล้วจึงรับประทาน

ดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคนั้นมีอยู่หลายชนิด แต่ในหมู่บ้านนี้ยังไม่มีหมอพื้นบ้านคนไหนที่มีภูมิปัญญาในการรักษาโรคเบาหวาน จากการสัมภาษณ์

นายหอย ยามรัมย์ อายุ 73 ปี กล่าวว่า “ถ้ารู้ว่ามีหมู่บ้านมีสมุนไพรป้องกันและรักษาโรคเบาหวานตนเองคงไม่เป็นโรคเบาหวานแล้ว”

ปัจจุบันบริการด้านสาธารณสุขของรัฐเริ่มเข้ามามีบทบาทต่อหมู่บ้าน และโรงพยาบาล ซึ่งมีระยะทางห่างจากหมู่บ้าน 2 กิโลเมตร ชาวบ้านจึงนิยมไปรักษาที่โรงพยาบาลเพราะยาปัจจุบันรักษาหายเร็วส่วนยาหมอพื้นบ้านรักษาหายช้าใช้เวลานาน มีข้อห้ามค่อนข้างมากปฏิบัติตัวลำบาก แต่ยังมีชาวบ้านส่วนหนึ่งที่ยังเลือกรักษาด้วยหมอพื้นบ้านก่อนแล้วจึงไปโรงพยาบาลหรือใช้ควบคู่กัน ส่วนในด้านอาหารเสริมหรือยาชุดนั้น ชาวบ้านและผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่นิยมซื้อมารักษาตนเอง เพราะมีอาการบวม กระดูกผุ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาประกอบกับได้รับความรู้จากโรงพยาบาล สติก และสื่อต่างๆ

2.4 ภูมิปัญญาไทยด้านอารมณ์และความเครียด

ชุมชนหนองบัวเหนือในอดีตจะมีความเป็นอยู่ คือ

1. มีความสัมพันธ์เป็นแบบพี่น้อง แม้ไม่ได้ร่วมสายเลือดก็ร่วมสายวัฒนธรรมเป็นคนบ้านเดียวกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังคำกล่าวของนางสี เนียมมณี “เมื่อก่อนยังไม่มีน้ำประปาถ้าบ้านหลังใดอยู่ไกลจากแหล่งน้ำมากชาวบ้านก็จะขุดบ่อน้ำตื้นขึ้นไว้ใช้เองและมีการแบ่งปันน้ำให้แก่บ้านใกล้เคียงเสมอ”

2. ชาวบ้านมักมีเวลาไปมาหาสู่กันเสมอ เช่น มีเวลาพูดคุยกัน รับประทานอาหารร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้ความเครียดลดลงได้

3. มีวัดเป็นศูนย์กลางของชีวิตชุมชน ซึ่งเป็นที่พึ่งทางจิตใจ เป็นสถานที่ในอุดมคติแห่งความร่วมมือ ความสงบสุข ทำให้ความเครียดลดลงได้

ปัจจุบันสังคมไทยมีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วด้านวัตถุ ด้านเศรษฐกิจ แต่เกิดความเสื่อมทางด้านจิตใจ ส่งผลให้มีความเครียดมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นครอบครัวแตกแยกขาดความอบอุ่น การติดยาเสพติด เด็กเร่ร่อน และจากการสัมภาษณ์ นายบุคคา ศาลางาม อายุ 39 ปี กล่าวว่า “เด็กสมัยนี้เขาไม่ชอบเรียนหนังสือ เวลาไปเรียนก็ต้องพกโทรศัพท์มือถือไปด้วย” ทำให้พ่อแม่เกิดความเครียดทางจิตใจที่ลูกหนีเรียน ไหนจะไม่มีเงินเสียค่าทอม เป็นต้น และจากการสัมภาษณ์ นายปิยะ เสลารักษ์ อายุ 58 ปี กล่าวว่า “หนุ่มสาวชอบไปทำงานที่กรุงเทพฯ ไปได้สักพักก็ชอบลูกมาให้พ่อแม่ที่บ้านเลี้ยง” นี่ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียด

ดังนั้นความเครียดจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน คือ ถ้ามีความเครียดมากระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นด้วย

จากการศึกษาเพื่อตอบความมุ่งหมายข้อ 2. เพื่อศึกษากระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงาน และวิธีการของชุมชนและหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิจัย แบ่งได้ 4 ประเภท ดังนี้

1. กระบวนการ

1.1 กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนทำการวิจัยนั้น ไม่มี เนื่องจากชาวบ้านขาดความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และปัญหาสุขภาพไม่เคยถูกนำมาเป็นประเด็นในการประชุมชาวบ้าน และมองว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาเฉพาะบุคคล คาดไม่ถึงว่าคนในชุมชนจะร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพได้

1.2 กระบวนการของหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพได้แก่ 1) คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานจะทำหน้าที่ในการรักษาตรวจวัดความดันโลหิต ไรด์รอบเอว หาดัชนีมวลกาย พร้อมทั้งให้คำปรึกษา 2) ห้องยามีหน้าที่บริการให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา-ฉีดยา และผลข้างเคียงของยา 3) ห้องชันสูตรมีหน้าที่เจาะเลือดพร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเจาะเลือด

2. การขับเคลื่อน

2.1 การขับเคลื่อนของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย อสม. คณะกรรมการชุมชน และผู้นำชุมชน มีหน้าที่ประสานงานและดำเนินกิจกรรมตามนโยบายของรัฐที่นำมาให้

2.2 การขับเคลื่อนของหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลสตึก จากอดีตที่ผ่านมาโรงพยาบาลสตึกทำงานในการตั้งรับหรือเรียกง่าย ๆ ว่าซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ โดยเน้นให้การรักษาภายในโรงพยาบาล เท่านั้น แต่ในปี พ.ศ. 2538 ทางโรงพยาบาลสตึกมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทำงานด้านเชิงรุก มีการเยี่ยมบ้าน การตรวจรักษาพยาบาลนอกสถานที่ การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องโรคต่างๆ โดยการผ่านสื่อ เสียงตามสาย แผ่นพับ เป็นต้น ซึ่งการทำงานด้านเชิงรุกถือเป็นสิ่งดีช่วยกระตุ้นให้ชาวบ้านสนใจการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นและช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยลงได้ 2) เทศบาลตำบลสตึก เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำหน้าที่บริการประชาชน ภายในหน่วยงานของเทศบาลตำบลสตึกจะมีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่ดูแลด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งในอดีตกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเน้นการทำงานด้านสิ่งแวดล้อม (การกำจัดขยะมูลฝอย) มากกว่าด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูด้านสุขภาพเพราะขาดบุคลากรด้านสาธารณสุข จนกระทั่งปีพ.ศ. 2550 ได้มีพยาบาลวิชาชีพโอนมาทำงานกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสตึก ดังนั้นลักษณะงานจึงได้เปลี่ยนไปโดยทำงานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมไปพร้อมๆกัน โดยเน้นการทำงานเชิงรุกเข้าไปในชุมชนมี อสม. เป็นแกน

นำในการทำงานไม่ว่าจะเป็นการเยี่ยมผู้พิการ ผู้สูงอายุ การชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี การหยอดทรายอะเบท การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตในชุมชน เป็นต้น

ดังนั้นโรงพยาบาลสตึกและเทศบาลตำบลสตึกได้เล็งเห็นความสำคัญการดูแลสุขภาพของชุมชนจึงได้เน้นการทำงานเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับหรือสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพเพื่อให้ชาวบ้านมีสุขภาพที่ดีทั้งกาย ใจ สังคม ปัญญา โดยมี อสม. เป็นแกนนำในการทำงาน

3. แผนงาน

3.1 แผนงานของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน นั้นยังไม่มี

3.2 แผนงานของหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่

โครงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับข้าราชการ ประกันสังคม ชาวบ้าน เป็นต้น

4. วิธีการ

4.1 วิธีการของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน นั้นยังไม่มี เพราะ ชาวบ้านหนองบัวเหนือไม่ได้มีส่วนร่วมคิดการวางแผน การตัดสินใจให้มีโครงการขึ้น แต่ชาวบ้านจะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ผู้นำได้กำหนดมาให้เท่านั้น

4.2 วิธีการของหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย โรงพยาบาลสตึกและเทศบาลตำบลสตึก จะคิดโครงการให้แก่ชุมชน และการดำเนินงานของทั้ง 2 หน่วยงาน ขาดการประสานงานต่างคนต่างทำ ทำให้กลุ่มเป้าหมายถูกเจาะเลือดซ้ำ และสิ้นเปลืองงบประมาณ

จากการศึกษาเพื่อตอบความมุ่งหมายข้อ 3 เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

รูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มวิจัยและชาวบ้าน ได้ทำการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 45 คน โดยได้มีการขับเคลื่อนตามกระบวนการการวิจัยที่มีชุมชนมีส่วนร่วมหลังการทดลองพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ดังเห็นได้จาก ผลการศึกษาเชิงปริมาณในตารางที่ 20 ถึง 30

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

ตาราง 19 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) N= 45	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	11.1
หญิง	40	88.9
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	2	4.4
21 – 30 ปี	1	2.2
31 – 40 ปี	9	20.0
41 – 50 ปี	11	24.4
51 – 60 ปี	12	26.7
60 ปี ขึ้นไป	10	22.2
สถานภาพสมรส		
โสด	3	6.7
สมรส	36	80
หม้าย	6	13.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	6.7
ประถมศึกษา	36	80
มัธยมศึกษา	6	13.3
อาชีพ		
แม่บ้าน	9	20
เกษตรกร	4	8.9
รับจ้าง	24	53.3
ค้าขาย	3	6.7
อื่นๆ	5	11.1

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) N= 45	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	4	8.7
1,001 – 2,000 บาท	10	22.2
2,001 – 3,000 บาท	8	17.8
3,001 – 4,000 บาท	4	8.9
4,001 – 5,000 บาท	5	11.1
5,001 บาท ขึ้นไป	4	8.9
ไม่ระบุ	10	22.2
ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย		
บ้านปูน 1 ชั้น	25	55.6
บ้านครึ่งตึกครึ่งไม้	11	24.4
บ้านมีใต้ถุนสูง	7	15.6
บ้านไม้ชั้นเดียว	2	4.4
บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	20	44.4
มีความดันโลหิต มากกว่า 140/90	11	23.9
มีดัชนีมวลกาย มากกว่า 25	18	39.1

จากตาราง 19 พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.9) มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี (ร้อยละ 26.7) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 80) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 80) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 53.3) รายได้อยู่ระหว่าง 1,001 – 2,000 บาท (ร้อยละ 22.2) ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่เป็นบ้านปูน 1 ชั้น (ร้อยละ 55.6) พบประวัติมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 44.4) เริ่มมีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 11 คน (ร้อยละ 23.9) มีดัชนีมวลกายเกิน 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 18 คน (ร้อยละ 39.1)

2. การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพัฒนาตามรูปแบบปฏิบัติการ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปฏิบัติการวิจัยตามรูปแบบปฏิบัติการที่กำหนดขึ้นเป็นเวลา 3 เดือน และได้ทำการประเมินผลการพัฒนาตามรูปแบบปฏิบัติการก่อนและหลังการพัฒนาในด้านความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ผลดังนี้

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของเป้าหมายก่อนและหลังปฏิบัติการพัฒนาตามรูปแบบปฏิบัติการ

ข้อความ	ก่อนปฏิบัติการ			หลังปฏิบัติการ		
	\bar{X}	S.D.	ความหมาย	\bar{X}	S.D.	ความหมาย
ระดับความรู้	18.38	4.024	ปานกลาง	22.16	1.774	ดี
ระดับความเชื่อ						
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	14.78	3.288	สูง	17.53	.726	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	15.69	3.356	สูง	17.73	1.405	สูง
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	15.20	2.889	สูง	17.71	.626	สูง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ด้านอาหาร	20.02	3.251	มาก	22.11	3.607	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	18.76	5.745	มาก	22.60	4.505	มากที่สุด
ด้านการดูแลเท้า	20.22	4.016	มาก	23.20	3.603	มากที่สุด
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	20.69	3.036	มาก	23.56	4.240	มากที่สุด
ระดับน้ำตาลในเลือด	117.15	48.08	ค่อนข้างสูง	101.37	31.74	ปกติ
ความดันโลหิตช่วงบน	127.58	20.05	ปกติ	113.49	12.22	ปกติ

จากตาราง 20 จะเห็นได้ว่าหลังการปฏิบัติการกลุ่มเป้าหมายจะมีความรู้ความเชื่อด้าน สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทุกด้านและระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตช่วงบน ลดลงเช่นกัน

ตาราง 21 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการ
(n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ผลการเปรียบเทียบ	\bar{X} (%)	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	18.38 (73.52)	4.024	-6.164	44	.000
หลังดำเนินการ	22.16 (88.64)	1.774			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 ก่อนดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ระดับปานกลางและมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานเฉลี่ยเท่ากับ 18.38 คิดเป็น (ร้อยละ 73.52) หลังดำเนินการมีความรู้ระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานเท่ากับ 22.16 คิดเป็น (ร้อยละ 88.64) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ

ตาราง 22 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการ (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 18 คะแนน)

ผลการเปรียบเทียบ	\bar{X}	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	14.78 (2.46)	3.288	-6.164	44	.000
หลังดำเนินการ	17.53 (2.92)	.726			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 ก่อนดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีระดับความเชื่อสูงและมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเท่ากับ 14.78 หลังดำเนินการมีระดับความเชื่อสูงและมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเท่ากับ 17.53 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ

ตาราง 23 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการ (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 18 คะแนน)

ผลการเปรียบเทียบ	\bar{X}	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	15.69 (2.72)	3.356	-4.527	44	.000
หลังดำเนินการ	17.73 (2.96)	1.405			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 ก่อนดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีระดับความเชื่อสูงและมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานเท่ากับ 15.69 หลังดำเนินการมีระดับความเชื่อสูงและมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานเท่ากับ 17.73 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ

ตาราง 24 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคก่อนและหลังดำเนินการ (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 18 คะแนน)

ผลการเปรียบเทียบ	\bar{X}	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	15.20 (2.53)	2.889	-5.578	44	.000
หลังดำเนินการ	17.71 (2.95)	.626			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 ก่อนดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีระดับความเชื่อสูงและมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคเท่ากับ 15.20 หลังดำเนินการมีระดับความเชื่อสูงและมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคเท่ากับ 17.71 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ

ตาราง 25 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลัง
 ดำเนินการ จำแนกรายด้านการควบคุมอาหาร (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ผลการเปรียบเทียบ	\bar{X}	S.D.	t- test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	20.02 (4.00)	3.251	-3.227	44	.002
หลังดำเนินการ	22.11 (4.42)	3.607			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 ก่อนดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจระดับมากและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 20.02 หลังดำเนินการมีความพึงพอใจระดับมากและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 22.11 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ

ตาราง 26 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลัง
 ดำเนินการ จำแนกรายด้านการออกกำลังกาย (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ผลการเปรียบเทียบ	\bar{X}	S.D.	t- test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	18.76 (3.75)	5.745	-3.848	44	.000
หลังดำเนินการ	22.60 (4.52)	4.505			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 ก่อนดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจระดับมากและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 18.76 หลังดำเนินการมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 22.60 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ

ตาราง 27 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลัง
ดำเนินการ จำแนกรายด้านการดูแลเท้า (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ผลการเปรียบเทียบ	\bar{X}	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	20.22 (4.13)	4.016	-3.803	44	.000
หลังดำเนินการ	23.20 (4.64)	3.603			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 ก่อนดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจระดับ
มากและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า เท่ากับ 20.22 หลังดำเนินการมีความพึงพอใจระดับ
มากที่สุดและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า เท่ากับ 23.20 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง
ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า ก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ

ตาราง 28 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและ
หลังดำเนินการ จำแนกรายด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป (n = 45 คน) (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ผลการเปรียบเทียบ	\bar{X}	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	20.69 (4.14)	3.036	-3.803	44	.000
หลังดำเนินการ	23.56 (4.71)	4.240			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 ก่อนดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจระดับ
มากและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป เท่ากับ 20.69 หลังดำเนินการมีความพึง
พอใจระดับมากที่สุดและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป เท่ากับ 23.56 เมื่อ
เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป ก่อนและหลัง
ดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมี
ค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ

ตาราง 29 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังดำเนินการ (n = 45 คน)

ผลการเปรียบเทียบ	\bar{X}	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	117.15	48.08	3.858	44	.000
หลังดำเนินการ	101.37	31.74			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 ก่อนดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 117.15 หลังดำเนินการมีระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 101.37 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนดำเนินการ

ตาราง 30 เปรียบเทียบความแตกต่างความดันโลหิตช่วงบน (ซิสโตลิก) ก่อนและหลังดำเนินการ (n = 45 คน)

ผลการเปรียบเทียบ	\bar{X}	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	127.58	20.05	5.745	44	.000
หลังดำเนินการ	113.49	12.22			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 30 ก่อนดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตช่วงบนเท่ากับ 127.58 หลังดำเนินการมีความดันโลหิตช่วงบนเท่ากับ 113.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตช่วงบนก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีความดันโลหิตช่วงบนลดลงกว่าก่อนดำเนินการ

ดังนั้นรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. ส่วนที่เป็นกระบวนการเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานประกอบด้วย กระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงาน วิธีการ

2. ส่วนที่เป็นวิธีการปฏิบัติตนของชุมชนเป็นรูปแบบการปฏิบัติตนจำแนกตามประเภทของกลุ่มในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. ส่วนที่เป็นกระบวนการเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานประกอบด้วย กระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงาน วิธีการ

1.1 กระบวนการ

กระบวนการในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงาน นั้น ควรสร้างความตระหนักให้แก่กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานว่า ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาของส่วนรวมในการป้องกันและแก้ไข และทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และเกิดพลังด้วยการให้ความรู้ อบรมจากวิทยากรโดยการบรรยาย การแบ่งกลุ่ม ในระดับความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค หลังจากนั้นได้เปิดประเด็นการถาม และให้ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันตอบคำถาม นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล กลุ่มเสี่ยงได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งเสนอตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้เล่าประสบการณ์ถึงสาเหตุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อาการของโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ผู้ป่วยมีอาการ ซึ่งทำให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น และร่วมกับมีแรงสนับสนุนทางสังคม คือ เทศบาลตำบลสตึก ร่วมกับโรงพยาบาลสตึก ออกตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งแจกเอกสาร แผ่นพับในเรื่องโรคเบาหวาน และ อสม. ในชุมชนนี้ได้ไปทำงานจิตอาสา ที่คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสตึก ดังนั้น อสม. จึงได้นำความรู้ ประสบการณ์ การทำงานมาให้แก่ชุมชน นอกจากนี้ชุมชนร่วมกับโรงพยาบาลสตึกและเทศบาลตำบลสตึก มีการติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเบาหวานในหัวข้อเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา การดูแลเท้า การปฏิบัติตนพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.2 การขับเคลื่อน

การขับเคลื่อนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงาน นั้นอาศัยกลไก อสม. ผู้นำชุมชน พระภิกษุ/วัด คนในครอบครัว เป็นตัวขับเคลื่อนกิจกรรมเนื่องจากเป็นบุคคลใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.3 แผนงาน

แผนงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงาน นั้นหลังจากชุมชนได้เข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ทำให้ชาวบ้านเริ่มคิด เริ่มวางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับหน่วยงานของรัฐฯได้ แผนงานมีรายละเอียดดังนี้ 1) โครงการอาหารพื้นบ้านต้านเบาหวาน 2) โครงการอบรมให้ความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยง 3) โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 4) โครงการปลอดเหล้า/บุหรี่ 5) โครงการคนไทยไร้พุง 6) โครงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

1.4 วิธีการ

1.4.1 ด้านความตระหนัก ประกอบด้วย

1) การอบรมให้ความรู้จากหน่วยงานด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า เป็นต้น 2) การสร้างบุคคลต้นแบบมาแล้วประสบการณ์ของการเป็นโรคเบาหวานแก่ กลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแล 3) นำประเด็นปัญหาสุขภาพสู่เวทีสาธารณะของชุมชน และผลจากเวทีสรุปบทเรียน นายบุคดา ศาลางาม อายุ 39 ปี ได้กล่าวว่า “เดี๋ยวนี้เวลาที่มีการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านพวกเราก็ได้พูดคุยปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น มักจะถามว่าเดี๋ยวนี้ความดันลดลงเท่าไร ระดับน้ำตาลลดลงไหม”

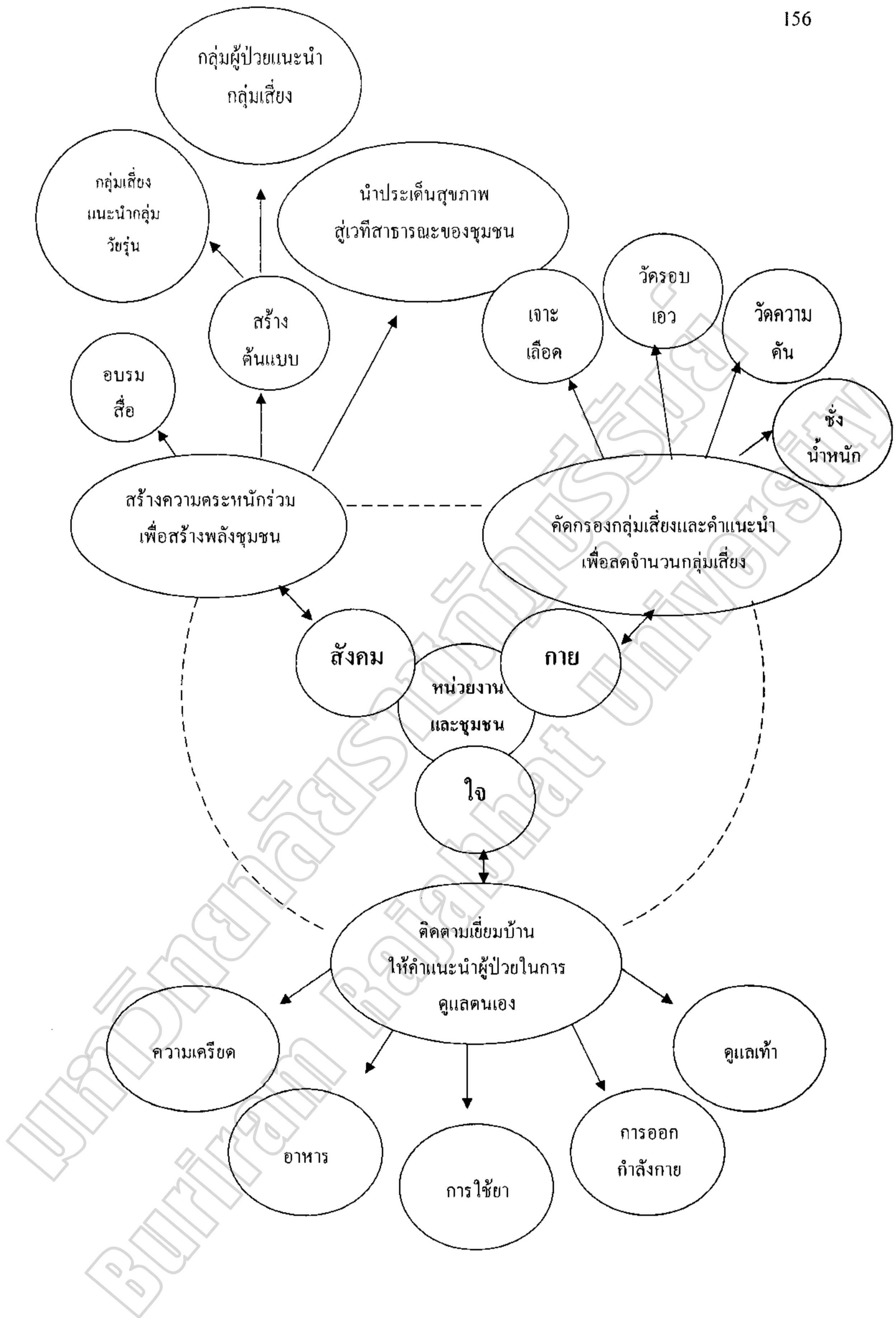
1.4.2 การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน กิจกรรมที่ดำเนินการได้แก่ การเจาะเลือด การวัดรอบเอว การวัดความดันโลหิต และหาดัชนีมวลกาย เป็นต้น

1.4.3 การติดตามเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษา โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลสตึก และเทศบาลตำบลสตึก ร่วมกับ อสม. ออกติดตามเยี่ยมบ้าน ด้วยการตรวจการวัดความดันโลหิต การวัดรอบเอว หาดัชนีมวลกาย และให้คำปรึกษาด้านสภาพการกินอยู่ โภชนาการ ความเครียด การใช้ยา การออกกำลังกาย เป็นต้น

ดังนั้นกระบวนการรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในครั้งนี้คือ ชุมชนและหน่วยงานต้องดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง กาย ใจ สังคม โดยนำกลุ่มเป้าหมายมาทำกิจกรรมร่วมกัน เริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา สาเหตุของการเจ็บป่วยและแนวทางแก้ไขซึ่งชุมชนและหน่วยงานได้ร่วมแก้ไขปัญหา โดยการนำภูมิปัญญาในท้องถิ่นมาใช้ กล่าวคือนำการนวดคลายเครียดด้วยตนเอง – ผักสมาริ และพื้นฟูตำรับ อาหารเพื่อสุขภาพ มี 6 เมนู ประกอบด้วย อ่อมปลาฝักรวม อ่อมหอยฝักปลั่ง นึ่งปลาตำแจ่ว แกงส้มมะรุม – ดอกแค หมกปลีกล้วยใส่กบ แกงบอนใส่ไข่ผัดแดง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมในการป้องกันและดูแลสุขภาพ โดย

1. สร้างความตระหนักร่วม โดยการอบรมให้ความรู้ นำต้นแบบมาเล่าประสบการณ์ของการเจ็บป่วย และนำประเด็นสุขภาพสู่เวทีสาธารณะของชุมชน
2. การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเพื่อลดจำนวนกลุ่มเสี่ยง และลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยรายเก่า
3. การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ของผู้ดูแลและผู้ป่วย โรคเบาหวาน

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University



ภาพประกอบ 6 รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. รูปแบบการปฏิบัติตนจำแนกตามประเภทของกลุ่มในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วย

โรคเบาหวาน

รูปแบบการปฏิบัติตนดังต่อไปนี้ได้จากการสังเคราะห์และข้อค้นพบของงานวิจัยครั้งนี้
ผสมผสานกับหลักการสร้างเสริมสุขภาพ ดังตาราง

ตาราง 31 รูปแบบในการปฏิบัติของประชาชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

รูปแบบ	กลุ่มเสี่ยง	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล
การควบคุมอาหาร	1. รับประทานผักพื้นบ้าน - ริมรั้ว - ปลุกเอง 2. ดำรับอาหารเพื่อสุขภาพ - อ่อมปลาผักรวม - อ่อมหอยผักปลัง - หมกปลีกด้วยใส่กบ - นึ่งปลาคำแจ่ว - แกงส้มดอกแค-มะรุม - แกงบอนใส่ไข่มัดแดง 3. รับประทานข้าวกล้องและ ข้าวซ้อมมือ 4. เน้นรับประทานเนื้อปลา 5. งคหรือเลี้ยงของหวาน	1. รับประทานผักพื้นบ้าน - ริมรั้ว - ปลุกเอง 2. ดำรับอาหารเพื่อสุขภาพ - อ่อมปลาผักรวม - อ่อมหอยผักปลัง - หมกปลีกด้วยใส่กบ - นึ่งปลาคำแจ่ว - แกงส้มดอกแค-มะรุม - แกงบอนใส่ไข่มัดแดง 3. รับประทานข้าวกล้อง และข้าวซ้อมมือ 4. เน้นรับประทานเนื้อปลา 5. งคหรือเลี้ยงของหวาน	การดูแลตนเอง 1. รับประทานผักพื้นบ้าน - ริมรั้ว ปลุกเอง 2. ดำรับอาหารเพื่อสุขภาพ - อ่อมปลาผักรวม - อ่อมหอยผักปลัง - หมกปลีกด้วยใส่กบ - นึ่งปลาคำแจ่ว - แกงส้มดอกแค-มะรุม - แกงบอนใส่ไข่มัดแดง 3. รับประทานข้าวกล้อง และข้าวซ้อมมือ 4. เน้นรับประทานเนื้อปลา 5. งคหรือเลี้ยงของหวาน การดูแลผู้ป่วย 1. ดูแลรับประทานผัก พื้นบ้าน 2. ดูแลดำรับอาหารเพื่อสุขภาพ - อ่อมปลาผักรวม - อ่อมหอยผักปลัง - หมกปลีกด้วยใส่กบ - นึ่งปลาคำแจ่ว - แกงส้มดอกแค-มะรุม - แกงบอนใส่ไข่มัดแดง

ตาราง 31 (ต่อ)

รูปแบบ	กลุ่มเสี่ยง	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล
			<p>การดูแลผู้ป่วย</p> <p>3. ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานข้าวกล้องและข้าวซ้อมมือ</p> <p>4. งดหรือเลี่ยงการประกอบอาหารที่มีรสหวาน เค็ม และมีไขมันสูงสำหรับผู้ป่วย</p>
การออกกำลังกาย	<p>1. การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง</p> <p>2. การฝึกสมาธิ</p> <p>3. เดินเร็ว วิ่งเหยาะ</p>	<p>1. การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง</p> <p>2. การฝึกสมาธิ</p> <p>3. เดินเร็ว วิ่งเหยาะ</p>	<p>การดูแลตนเอง</p> <p>1. การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง</p> <p>2. การฝึกสมาธิ</p> <p>3. เดินเร็ว วิ่งเหยาะ</p> <p>การดูแลผู้ป่วย</p> <p>1. การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง</p> <p>2. การฝึกสมาธิ</p> <p>3. เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ</p>
การใช้ยา		<p>1. รับประทานยาและฉีดยาให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ</p> <p>2. ไม่ปรับ - ลด - เพิ่มยาเอง</p> <p>3. ควรทราบผลข้างเคียงของยา</p> <p>4. แจ้งแพทย์ว่ามีประวัติแพ้ยา</p>	<p>การดูแลตนเอง</p> <p>-</p> <p>การดูแลผู้ป่วย</p> <p>1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลาและสม่ำเสมอ</p> <p>2. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา-ฉีดยาตามแผนการรักษา เช่น ตรงเวลาและถูกขนาดตามแผนการรักษา</p>

ตาราง 31 (ต่อ)

รูปแบบ	กลุ่มเสี่ยง	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล
การดูแลเท้า		<ol style="list-style-type: none"> 1. รักษาความสะอาดเท้าให้สะอาด 2. ตรวจสอบเท้าหาความผิดปกติ 3. ตัดเล็บให้เป็นแนวตรง 4. รองเท้าที่สวมใส่ไม่คับหรือหลวมเกินไป 5. บริหารเท้าเป็นประจำ 6. หลีกเลี่ยงการวางกระเป๋าน้ำร้อนเพราะอาจทำให้เกิดแผลได้ 7. ถ้ามีแผลควรไปพบแพทย์ 	<p>การดูแลตนเอง</p> <p>-</p> <p>การดูแลผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ถูกหลานควรตัดเล็บให้ผู้ป่วยเพราะสายตาของผู้ป่วยมัวอาจทำให้เกิดแผลได้ และก่อนตัดเล็บควรแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นประมาณ 10 - 15 นาที จะทำให้เล็บอ่อนตัดง่าย 2. ตรวจสอบดูเท้าผู้ป่วยทุกวัน ป้องกันการเกิดแผล 3. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเดินเท้าเปล่า 4. หลีกเลี่ยงการวางกระเป๋าน้ำร้อนบนขาผู้ป่วย 5. เลือกใช้ถุงเท้าที่ไม่มีตะเข็บและทำจากผ้าฝ้าย 6. ถ้ามีแผลควรพาไปพบแพทย์

จากตาราง 31 สามารถอธิบายได้รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และจากการทำงานวิจัยทำให้มีข้อค้นพบความเหมือนและความแตกต่าง สรุปประเด็นได้ดังนี้

ด้านความเหมือน

1. การควบคุมอาหาร

กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ทำกิจกรรมร่วมกันโดยเน้นรับประทานพืชผักสมุนไพรที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นนำมารับประทาน ได้แก่ มะเขือพวง รากสะเดา ใบแมงลัก บวบ ดอกแค มะระขี้นก ตำลึง เป็นต้น ซึ่งพืชผักดังกล่าวนี้มีเส้นใยสูง ใยอาหารจะช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลและไขมันในอาหาร ทำให้ระดับน้ำตาลลดลงได้ นอกจากนี้กลุ่มเสี่ยงเน้นรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวขาว เพราะในข้าวกล้องมีเส้นใยอาหารมากกว่าข้าวขาว 9 เท่า ช่วยให้อึดง่าย เป็นผลให้รับประทานแป้งน้อยลง และจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มนั้น พบว่า เหตุที่กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เลือกพืช - ผักข้างต้นมาเป็นรูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น ได้มาจากภูมิปัญญาดั้งเดิมของชาวบ้าน จากผู้เฒ่า ผู้แก่บอกต่อ ๆ กันมา และได้จากการไปศึกษาดูงาน ทำให้กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการเรียนรู้มากขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะรับประทานดอกสะเดาจิ้มกับน้ำพริก หลังจากกลับจากศึกษาดูงาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานเปลี่ยนเป็นรากสะเดาจิ้มน้ำพริกแทนดอกสะเดา ซึ่งสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ ทีมวิจัยได้นำวิทยากรมาอบรมเรื่อง อาหารพื้นบ้าน ด้านเบาหวานให้แก่กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้ว ทุกคนได้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมปฏิบัติ ชูเมนูตำรับอาหารเพื่อสุขภาพซึ่งเป็นเมนูที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ อ่อมปลาผัดรวม อ่อมหอยผัดปลั่ง แกงส้มดอกแค - มะรุม นึ่งปลาดำแจ่ว หมกปลีกกล้วยใส่กบ และแกงบอนใส่ไข่มดแดง ซึ่งทราบได้จากการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานจากกลุ่มเป้าหมาย 45 คน พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงนั้น มีจำนวน 38 คน ยกตัวอย่างได้แก่ นางลอย สุขเลิศ อายุ 80 ปี และ นางหัด แสงงาม อายุ 40 ปี รายละเอียด ดังตาราง 32

ตาราง 32 ระดับน้ำตาลในเลือด

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	ระดับน้ำตาลในเลือด	
			ก่อน	หลัง
1	นางลอย สุขเลิศ	80	127	122
2	นางหัด แสงงาม	40	202	149

หมายเหตุ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมภาคผนวก ข

2. การออกกำลังกาย

เช่นเดียวกับการควบคุมอาหาร กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ทำกิจกรรมร่วมกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน ทำให้ได้รูปแบบการออกกำลังกาย คือ การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง - ฝึกสมาธิ ปฏิบัติวันละ 30 นาที เป็นอย่างน้อย และ 3 วันต่อสัปดาห์ โดยมีนางประนอม บุญกอง เป็นผู้นำในการทำกิจกรรม ประโยชน์จากการนวดและฝึกสมาธิ มีดังนี้

- 1) ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น
- 2) คลายความเครียด
- 3) ทำให้จิตใจนิ่ง
- 4) รู้จักปล่อยวาง

ซึ่งประโยชน์ข้างต้นสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ยกตัวอย่างนางดารารวรรณ ยามรัมย์ อายุ 39 ปี และ นายธิ สุขา อายุ 67 ปี รายละเอียดดังตาราง 33

ตาราง 33 ระดับน้ำตาลในเลือด - ความดันโลหิต

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	ระดับน้ำตาลในเลือด		ความดันโลหิต	
			ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	นางดารารวรรณ ยามรัมย์	39	268	219	112/74	105/81
2	นายธิ สุขา	67	112	56	202/113	118/75

หมายเหตุ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมภาคผนวก

ด้านความแตกต่าง

พบได้ใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในประเด็นการใช้ยา และการดูแลเท้า ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับความรู้จากโรงพยาบาลสตึก กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลสตึก และ จาก อสม. ที่มาเป็นจิตอาสา ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสตึก ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การใช้ยา

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีข้อควรปฏิบัติดังนี้

1. รับประทานยาและฉีดยาให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ
2. ไม่ควรปรับ - ลด - เพิ่ม ยาเอง
3. ควรทราบผลข้างเคียงของยาโดยสอบถามจากแพทย์
4. ควรแจ้งแพทย์ว่ามีประวัติแพ้ยาอะไรบ้าง

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีข้อควรปฏิบัติ ดังนี้

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ

6. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและฉีดยาอย่างเคร่งครัดตามแผนการรักษา เช่น ตรง

เวลา และถูกขนาดตามแผนการรักษา

7. ผู้ดูแลควรทราบผลข้างเคียงของยาโดยสอบถามจากแพทย์

2. การดูแลเท้า

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีข้อควรปฏิบัติดังนี้

ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานาน 10 ปี ขึ้นไปมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เนื่องจากการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานจะมาจากการถูกทำลายโดยตรงจากการเหยียบของมีคม เนื่องจากการเดินเท้าเปล่าหรือสวมรองเท้าแตะบาง ๆ แรงกดที่กระทำอยู่ต่อเนื่องจากการสวมรองเท้าที่บีบรัดทำให้เกิดตุ่มพอง และผิวหนังถลอกเป็นแผลได้ง่าย และเกิดการติดเชื้อตามมา จนทำให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดขา

จากภาวะดังกล่าวผู้ป่วยควรมีความรู้ความสามารถในเรื่องการดูแลเท้าอย่างถูกต้องต่อเนื่องและสม่ำเสมอในเรื่องดังนี้

1. ดูแลรักษาความสะอาดเท้าโดยล้างเท้า ฟอกสบู่อ่อนเวลาอาบน้ำ ล้างตามซอกนิ้ว และส่วนต่าง ๆ ของเท้าอย่างทั่วถึง ซับให้แห้งด้วยผ้าขนหนู

2. ตรวจสอบเท้าทุกวันเพื่อหาความผิดปกติโดยเฉพาะซอกนิ้วเท้า เล็บ ฝ่าเท้า หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์

3. ตัดเล็บเท้าให้เป็นแนวตรง ไม่สั้นชิดเนื้อ เพื่อป้องกันเล็บขบ และเกิดบาดแผลจากการตัดเล็บ

4. ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า โดยการบริหารเท้าเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ การแกว่งเท้า กระจกปลายเท้า เป็นต้น

5. รองเท้าที่สวมใส่ ไม่คับหรือหลวมเกินไป หัวรองเท้ากว้างปกปิดเท้าได้หมดทั้งบริเวณนิ้วเท้าและส้นเท้าก่อนสวมรองเท้าทุกครั้ง ต้องตรวจดูภายในรองเท้าว่ามีวัตถุหรือสิ่งแปลกปลอมตกอยู่ในรองเท้าหรือไม่ ในกรณีที่ซื้อรองเท้าใหม่ ในระยะแรกควรสวมวันละครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง เพื่อให้หนังนุ่มและชินเท้า ป้องกันรองเท้ากัด

ควรระวังในเรื่องต่อไปนี้

1. ไม่ใช้ของแหลมคม และ ซอกเล็บและผิวหนังหนา ๆ หรือตาปลาออกเอง ถ้ามีเล็บขบหรือมีเชื้อรา ควรปรึกษาแพทย์

2. ไม่เดินเท้าเปล่าเพราะถูกเศษหิน ของแหลม ของมีคมกระทบกระแทกเกิดแผลได้ง่าย

3. ถ้ามีเท้าชา หรือเท้าเย็น ควรหลีกเลี่ยงการวางกระเป๋า น้ำร้อน เฉพาะที่เพราะอาจทำให้ผิวหนังพองได้

4. ไม่ควรใช้แปรงโรยชอกนิ้วเท้า เพราะจะเป็นการหมักหมม ทำให้เชื้อราได้ง่าย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีข้อควรปฏิบัติดังนี้

การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้ง่าย และเสี่ยงต่อการตัดขา แต่สามารถป้องกันได้ โดยผู้ดูแลมีบทบาทดังนี้

1. ลูกหลานควรตัดเล็บให้ผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีสายตามัวอาจเกิดบาดแผลได้ง่าย ก่อนตัดเล็บควรแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นไม่เกิน 37 องศาเซลเซียสนาน 10-15 นาที จะทำให้เล็บอ่อนตัดง่าย

2. ตรวจสอบเท้าทุกวันป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

3. แนะนำให้ผู้ป่วยใส่รองเท้าหุ้มส้นและไม่ควรเดินเท้าเปล่า

4. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่ขาและเท้าอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 15 นาที

เพื่อให้เลือดไหลเวียนที่ขาดีขึ้น

5. งดสูบบุหรี่เพราะบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เส้นเลือดตีบ

6. เมื่อเกิดแผล ตาปลา ผู้ดูแลควรแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์

7. เลือกใช้ถุงเท้าที่ไม่มีตะเข็บและทำจากฝ้าย

8. ไม่ควรวางกระเป๋า น้ำร้อนบนขาผู้ป่วย

9. หลีกเลี่ยงการนั่งขาไขว่ห้าง โดยเฉพาะผู้ที่มีหลอดเลือดแดงที่ขาตีบ

บทที่ 7

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาสถานปัญหา ภูมิปัญญาไทยในการป้องกัน และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของชุมชนรวมทั้งปัญหาในอดีตและปัจจุบัน 2) ศึกษากระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงาน และวิธีการของชุมชนและหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นพื้นที่การวิจัยและมีทีมวิจัยชาวบ้านจำนวน 25 คน ร่วมดำเนินการตามกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 1) การค้นหาและกำหนดโจทย์ 2) พัฒนาโครงการ 3) สร้างทีม ศักยภาพทีม 4) การศึกษาข้อมูลบริบทของชุมชน 5) วิเคราะห์ปัญหาและศักยภาพของชุมชน 6) วางแผน 7) ปฏิบัติการ 8) สรุปบทเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณทั้งผลการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผลเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังดำเนินการใช้ Paired t – test ทุกขั้นตอนสามารถสรุปประเด็นสำคัญ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหา ภูมิปัญญาไทยในการการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของชุมชนรวมทั้งปัญหาในอดีตและปัจจุบัน สถานการณ์ปัญหาในอดีตที่ผ่านมา ชาวบ้านในชุมชนหนองบัวเหนือไม่มีใครรู้จักโรคเบาหวานทราบเพียงว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยอาการ ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย เวียนศีรษะ หน้ามืด และคันตามผิวหนัง เป็นต้น ดังนั้น สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่มีเพราะขาดการวินิจฉัยจากแพทย์ วิธีการรักษาอาการดังกล่าวข้างต้นเน้นการรักษาแบบพื้นบ้านโดยนำเอาสมุนไพร (รากไม้) ที่มีอยู่ในชุมชนมาต้มดื่ม นอกจากนี้ขาดหน่วยงานให้ความรู้ และการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน จึงมีผลทำให้ชาวบ้านไม่ทราบโรคที่ตนเป็นอยู่ส่วนภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในอดีต ชุมชนหนองบัวเหนือเป็นอีกชุมชนหนึ่งที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยพืชผักสมุนไพรประกอบกับเป็นชุมชนสังคมเกษตร จึงนำผักพื้นบ้านที่มีอยู่ในชุมชนมาประกอบอาหาร เช่น ตำลึง แมงลัก ดอกแค มะเขือพวง มะรุม ใบย่านาง เป็นต้น ซึ่งผักดังกล่าวมีสรรพคุณทางยาสามารถนำมารักษาโรคเบาหวานได้ แต่

สมุนไพร (รากไม้) ในการรักษาโรคเบาหวานโดยตรงไม่มี และการออกกำลังกายเป็นที่นิยมของชาวบ้านคือเดิน สำหรับสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507 เริ่มมีสถานอนามัยบุคลากรทางการแพทย์และยาแผนปัจจุบันทำให้ชาวบ้านเริ่มดูแลสุขภาพโดยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จึงทำให้ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร จึงทำให้ทราบว่าสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจากปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1,323 คน เพิ่มขึ้นเป็น 1,802 คน วิธีการรักษาโรคเบาหวาน เน้นการรับประทานยาแผนปัจจุบันไม่นิยมยาลูกกลอน ประกอบกับชาวบ้านมีความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานมากขึ้น โดยหน่วยงานของรัฐ เช่น โรงพยาบาลสตึกและเทศบาลตำบลสตึก ได้ให้ความรู้ และการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ส่วนภูมิปัญญาไทยในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจจุบัน วิถีชีวิตของชุมชนเปลี่ยนไปจากสังคมเกษตรกรรม เปลี่ยนเป็นสังคมกึ่งเมืองนิยมซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรืออาหารถุงจากตลาด เนื่องจากมีอาชีพรับจ้างทำให้ไม่มีเวลาประกอบอาหารเองจนกระทั่งปี พ.ศ. 2551 ผู้วิจัยได้เชิญชวนชาวบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรม เรื่อง รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้ชาวบ้านเกิดการตื่นตัวและได้ฟื้นฟูตำรับอาหารพื้นบ้านขึ้นมา และร่วมกันคิดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ 6 เมนู ได้แก่ อ่อมปลาผักรวม อ่อมหอยใส่ผักปลัง หมกปลีกกล้วยใส่กบนึ่งปลาตำแจ่ว แกงส้มดอกแค-มะรุม และแกงบอนใต้ไข่มดแดง (มีรายละเอียดเพิ่มเติมที่ภาคผนวก) ทั้งนี้ส่วนประกอบที่นำมาปรุง นั้น เน้นผักที่มีอยู่ในชุมชน เช่น มะรุม ดอกแค ใบแมงลัก ใบย่านาง ตำลึง มะเขือพวง ซึ่งมีสรรพคุณทางยาในการป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน และกิจกรรมการออกกำลังกายในปัจจุบันลดลงเพราะชาวบ้านมีอาชีพรับจ้าง เช่น ทำดอกไม้ประดิษฐ์ ทำวิกผม เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป สถานการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป เช่น รับประทานอาหารจำพวกแป้งและไขมันสูง และขาดการออกกำลังกาย มีผลทำให้เกิดโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยการเกิดโรคเบาหวาน นอกจากนี้ชาวบ้านไม่ได้นำภูมิปัญญาเดิมที่มีอยู่ในอดีตมาใช้ในการฟื้นฟูในการป้องกันและดูแลสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเบาหวาน จนกระทั่งทีมวิจัยได้เข้าไปศึกษารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชาวบ้านจึงเริ่มสนใจการดูแลสุขภาพ โดยการฟื้นฟู ภูมิปัญญาไทยเรื่องอาหารพื้นบ้าน ขึ้นมาในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. เพื่อศึกษากระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงานและวิธีการของชุมชนและหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากชาวบ้านศรัทธา เชื่อถือ ไว้วางใจในการให้แนะนำและคำปรึกษา

กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าชุมชนไม่มีกระบวนการทำงาน เนื่องจากชาวบ้านขาดความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และปัญหาสุขภาพไม่เคยถูกนำมาเป็นประเด็นในการประชุมชาวบ้าน และมองว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาเฉพาะบุคคลคาดไม่ถึงว่าคนในชุมชนจะร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ ส่วนการขับเคลื่อนของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย อสม. คณะกรรมการชุมชน และผู้นำชุมชน มีหน้าที่ประสานงานและดำเนินกิจกรรมตามนโยบายของรัฐที่นำมาให้สำหรับแผนงานของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าชุมชนไม่มีการดำเนินการมาก่อน ส่วนวิธีการของชุมชนในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่มีเพราะชาวบ้านหนองบัวเหนือไม่ได้มีส่วนร่วมคิด และตัดสินใจให้มีโครงการขึ้นมา แต่ทำตามนโยบายที่เจ้าหน้าที่ของรัฐนำมาให้ และชาวบ้านเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากเห็นถึงความสำคัญของสุขภาพ และอันตรายของโรคและศรัทธาในตัว อสม.

กระบวนการของหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กระบวนการของหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพได้แก่ 1) คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานจะทำหน้าที่ในการรักษาตรวจวัดความดันโลหิต วัดรอบเอว หาดัชนีมวลกาย พร้อมทั้งให้คำปรึกษา 2) ห้องยามีหน้าที่บริการให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา-ฉีดยา และผลข้างเคียงของยา 3) ห้องชั้นสูตรมีหน้าที่เจาะเลือดพร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเจาะเลือด ส่วนการขับเคลื่อนของหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าส่วนใหญ่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลสตึก และเจ้าหน้าที่จากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสตึก สำหรับแผนงานของหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1)โครงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยมีงบประมาณ 50,000 บาท ผู้รับผิดชอบโครงการคือ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสตึก เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2548 โครงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยมีงบประมาณ 20,000 บาท ผู้รับผิดชอบโครงการคือ โรงพยาบาลสตึกเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2542 3) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับข้าราชการ ประกันสังคม ชาวบ้าน งบประมาณ 100,000 บาท ผู้รับผิดชอบโครงการคือ โรงพยาบาลสตึก เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2542 ส่วนวิธีการของหน่วยงานในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย โรงพยาบาลสตึกและเทศบาลตำบลสตึก จะคิดโครงการให้แก่ชุมชน และการดำเนินงานของทั้ง 2 หน่วยงาน ขาดการประสานงานต่างคนต่างทำ ทำให้กลุ่มเป้าหมายถูกเจาะเลือดซ้ำ และสิ้นเปลืองงบประมาณ

กล่าวโดยสรุป ชุมชนและหน่วยงานขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผน ร่วมคิด ร่วมติดตามและประเมินผลร่วมกัน และการทำงานของโรงพยาบาลสตึก เทศบาลตำบลสตึกยังขาดการประสานงานทำงานแยกส่วนกัน ซ้ำซ้อน ทำให้กลุ่มเป้าหมายเจ็บซ้ำเจ็บซ้อน และสิ้นเปลืองงบประมาณ

3. เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน

3.1 ส่วนที่เป็นกระบวนการเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานประกอบด้วย กระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงาน วิธีการ

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในครั้งนี้คือ ชุมชนและหน่วยงานต้องดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง กาย ใจ สังคม โดยนำกลุ่มเป้าหมายมาทำกิจกรรมร่วมกัน เริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา สาเหตุของการเจ็บป่วยและแนวทางแก้ไขซึ่งชุมชนและหน่วยงานได้ร่วมแก้ไขปัญหา โดยการนำภูมิปัญญาในท้องถิ่นมาใช้ กล่าวคือ นำการนวดคลายเครียดด้วยตนเอง - ผีกสมาริ และฟื้นฟูตำรับ อาหารเพื่อสุขภาพ มี 6 เมนู ประกอบด้วย อ่อมปลาฝักรวม อ่อมหอยฝักปลั่ง นึ่งปลาดำแจ่ว แกงส้มมะรุ้ม - ดอกแค หมกปลีกล้วยใส่กบ แกงบอนใส่ไข่ต้มแดง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมในการป้องกันและดูแลสุขภาพ โดย

1. สร้างความตระหนักร่วม โดยการอบรมให้ความรู้ นำต้นแบบมาแล้วประสบการณ์ของการเจ็บป่วย และนำประเด็นสุขภาพสู่เวทีสาธารณะของชุมชน
2. การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเพื่อลดจำนวนกลุ่มเสี่ยง และลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยรายเก่า
3. การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ของผู้ดูแลและผู้ป่วย โรคเบาหวาน

3.2 รูปแบบการปฏิบัติตนของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการปฏิบัติตนของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน นั้นทำให้การขับเคลื่อนรูปแบบในการป้องกันและดูแลสุขภาพของชุมชนและหน่วยงานประสบความสำเร็จร่วมกับการทดลอง (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 6) ซึ่งใช้วิธีการปฏิบัติตนโดยดึงเอาภูมิปัญญาชาวบ้านมาผสมผสานกับความรู้ทางการแพทย์ในการดูแล

ตนเองพบว่า กลุ่มทดลองมีสุขภาพดีขึ้นซึ่งประกอบด้วยความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด
ดัชนีมวลกายลดลงและจากการทดสอบความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนสูงขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับการศึกษารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วย
โรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนหนองบัวเหนือ อำเภอสตึก จังหวัด
บุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้นำประเด็นที่ค้นพบมาอภิปรายผล ดังนี้

1. สถานการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากประชาชน
ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป เช่น รับประทานอาหาร
จำพวกแป้งและไขมันสูง และขาดการออกกำลังกาย มีผลทำให้เกิดโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัย
การเกิดโรคเบาหวาน นอกจากนี้ชาวบ้านไม่ได้นำภูมิปัญญาเดิมที่มีอยู่ในอดีตมาใช้ในการฟื้นฟูใน
การป้องกันและดูแลสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเบาหวาน จนกระทั่งทีมวิจัยได้เข้าไป
ศึกษารูปแบบการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชาวบ้านจึงเริ่มสนใจการดูแลสุขภาพ
ดังนั้นทีมวิจัยและชาวบ้านได้ร่วมคิดค้นและฟื้นฟู ภูมิปัญญาไทยเรื่องอาหารพื้นบ้านขึ้นมาในการ
ป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีอาหารเพื่อสุขภาพทั้งหมด 6 เมนู ประกอบด้วย
อ่อมปลาฝักรวม อ่อมหอยฝักปลั่ง หมกปลีกกล้วยใส่กบ แกงส้มดอกแค - มะรุ่ม ฝรั่งปลาตำแจ่ว
แกงบอนใส่ไข่แดง นอกจากนี้ทีมวิจัยได้ร่วมกับชาวบ้านทำการออกกำลังกายโดยการนวดคลาย
เครียดด้วยตนเอง - ฟีกสมาธิ ผลจากการปฏิบัติการดังกล่าวข้างต้นพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง
ความดันโลหิตลดลงเช่นกัน โดยเห็นได้จากจำนวนคนที่ระดับน้ำตาลลดลงถึง 38 ราย จาก 44 ราย
ซึ่งสอดคล้องกับ สุรภี พรหมแสง (2548, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการรณรงค์เพื่อการตรวจคัดกรอง
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตรับผิดชอบของ
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ประชาชนไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโรค
มาจากสาเหตุขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูล
ข่าวสาร ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพในบางเรื่อง และมีเจตคติต่อการตรวจกรองโรค
เจตคติต่อทีมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการรณรงค์ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไป
รับการตรวจคัดกรองโรค ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น และมีเจตคติ
ต่อการตรวจคัดกรองโรค และต่อทีมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา นิลอยู่
(2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทาง
สังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง ผลการทดลองพบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีความรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเผชิญปัญหา และการรับรู้ใน

ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังดำเนินการ และตีความกลุ่มเปรียบเทียบ

2. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่ผ่านมายังขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและประเมินผลร่วมกัน และการทำงานของโรงพยาบาลสตึก เทศบาลตำบลสตึกยังขาดการประสานงานทำงานแยกส่วนกัน ซ้ำซ้อน ทำให้กลุ่มเป้าหมายเจ็บซ้ำ เจ็บซ้อน และสิ้นเปลืองงบประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับ จุฬารัตน์ โสตะและคณะ (2546, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการเพื่อการออกกำลังกาย พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต้องให้ประชาชนมีบทบาทในการเป็นสมาชิกกลุ่ม ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อกลุ่มโดยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการทำกิจกรรม ชาวบ้าน จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดในการร่วมกันแก้ไขปัญหาของชุมชน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิมลมาศ จันทร์เชื้อและคณะ (2547, บทคัดย่อ) เกี่ยวกับความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กับชุมชนในการส่งเสริมป้องกันโรคของประชาชนพบว่า อบต. ควรมีการพัฒนาความรู้ทักษะของ อบต. ในการส่งเสริมป้องกันโรคให้เป็นรูปธรรม โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม เป็นสำคัญเช่นเดียวกับ บังอร ฤทธิภักดี (2528, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาระดับหมู่บ้านโนนรัง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสภาพที่เกิดขึ้นเพราะคนภายนอก (รัฐ) นำโครงการเข้าไป ประชาชน มีลักษณะการมีส่วนร่วมแบบจำเป็นต้องเข้าร่วม (Coerced participation) หรือเป็นเพียงความร่วมมือของประชาชนเท่านั้น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านทุกโครงการนั้น รัฐเป็นผู้กำหนดขึ้นมาทั้งสิ้น ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่รัฐกำหนดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน กระบวนการดำเนินการกำหนดปัญหา การวางแผน การประเมินผล และการควบคุมตรวจสอบนั้น แทบจะไม่มีส่วนร่วมจากประชาชนเลย ส่วนปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนพบว่ามีทั้งปัจจัย จากฝ่ายรัฐและปัจจัยจากชุมชน นั่นคือ เจ้าหน้าที่ฝ่ายรัฐยังไม่ให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมาปฏิบัติอย่างจริงจัง แต่กลับมีการเร่งรัดและกำหนดกิจกรรมจากฝ่ายรัฐให้แก่ชุมชน และปัจจัยฝ่ายชุมชนพบว่า ชุมชนยังขาดความพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นฝ่ายกระทำ (Active Participation) เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างของสังคม วัฒนธรรม และลักษณะทางเศรษฐกิจของชุมชนที่เป็นอยู่ และสอดคล้องกับ พิชญาต์ จูแจ่มยาน (2529, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงปัจจัยสำคัญบางประการที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในโครงการบัตรสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการ จัดลำดับความสำคัญ คือ

ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าเป็นสมาชิกของโครงการ และการประสานงาน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยเป็นปัจจัยที่สนับสนุนและกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการ ภาวะสุขภาพของสมาชิกและคนในครอบครัวรวมถึงนโยบายเรื่องบัตรสุขภาพซึ่งเป็นนโยบายของรัฐต่อการมีส่วนร่วมในโครงการ และแรงผลักดันของผู้มีอำนาจทางการเมือง เช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเป็นที่มีส่วนสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วม ส่วนรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการบัตรสุขภาพนั้นพบว่า ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นไปในรูปแบบของการที่ประชาชนให้ความร่วมมือกับโครงการต่างๆที่รัฐนำไปสู่ชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการแต่อย่างใด แต่เปิดโอกาสให้ผู้นำของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนมากกว่า

3. รูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วน

3.1 ส่วนที่เป็นกระบวนการเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานประกอบด้วย กระบวนการ การขับเคลื่อน แผนงาน วิธีการนั้นควรให้ชุมชนรู้จักคิด คือ การนำกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคเบาหวานมาทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างพลังและเกิดการเรียนรู้ โดยสร้างกระบวนการร่วมกัน เริ่มจากวิเคราะห์สาเหตุปัญหาร่วมกันค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีกี่คน เกิดจากสาเหตุใดบ้าง กรรมพันธุ์หรือพฤติกรรมกรบริโภคและการออกกำลังกาย และนำคนทั้ง 3 กลุ่มมาสร้างความตระหนักรู้ แล้วไปค้นหาแนวทางการรักษาแบบพึ่งตนเองได้ คือ ใช้สิ่งที่มีอยู่ในชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือทุนเดิมมาแก้ปัญหา ไม่ใช่พึ่งพาแต่การรักษาทางโรงพยาบาลและควรปฏิบัติตามคิงเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นและบุคคลต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับกรณีการ พงษ์สนธิ (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนบ้านถวายนุ่ม 2 และบ้านสารภีน่ม 4 ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนนั้น เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะใช้บริการที่สถานอนามัย เจ็บป่วยมากจะไปรักษาที่โรงพยาบาลและการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ผู้นำชุมชน ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น ต่างมีบทบาทในการแก้ไขปัญหสุขภาพร่วมกัน ปัญหาที่พบคือผู้นำชุมชนยังขาดความรู้ในเรื่องการเขียนแผนและวางแผนโครงการ จึงต้องมีการฝึกอบรมผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไปในการค้นหาปัญหาการวางแผน การเขียนโครงการ การดำเนินการตามแผน และการประเมินผลเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการพึ่งตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนและสอดคล้องกับสวารี

สุขุมลวรรณ (2544, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการแผนแม่บทชุมชนบ้านหนองบอน ตำบลบ่อขวางทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี พบว่า กระบวนการจัดทำแผนแม่บทชุมชนนั้นต้องให้ชุมชนรู้จักตนเอง รู้จักโลก สามารถเชื่อมโยงข้อมูลความรู้ไปสู่การค้นพบและเข้าใจปัญหาของตนเองทั้งในระดับครอบครัว และชุมชนตลอดจนนำเอาข้อมูล ความรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชนจึงจะส่งผลให้ชุมชนได้เรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาของชุมชน โดยจัดทำแผนแม่บทชุมชนด้วยตนเองและเป็นการสร้างโอกาสให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มและเครือข่ายต่างๆ เพื่อพัฒนาความคิดและปรับทัศนคติ ค่านิยมในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัวแบบพึ่งตนเองและสร้างค่านิยมการรวมกลุ่มและการเกื้อกูลกันในชุมชนและสอดคล้องกับจิราพร มงคลประเสริฐ และคณะ(2545, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนวัดคำเรือ อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มดูแลสุขภาพจะเน้นการดูแลสุขภาพตนเองและผสมผสานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กลุ่มสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองได้ ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขที่ชุมชนเห็นผลดีของการดูแลสุขภาพตนเองเป็นที่ประจักษ์ชัดทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม และได้รับการสนับสนุน ทั้งด้านวัสดุ สิ่งของ สถานที่ งบประมาณและกำลังใจจากหน่วยงาน องค์กรส่วนท้องถิ่นเกิดการขยายเครือข่ายไปยังชุมชนอื่น โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และสาธิตการออกกำลังกายจนสามารถสร้างเครือข่ายในการดูแลสุขภาพไปสู่ชุมชนอื่นๆ เป็นการปลูกกระแสให้ประชาชนได้หันมาเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้นและสอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender, 1987, 96-367) กล่าวว่า ระบบสนับสนุนจากเพื่อน เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ ความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบผลสำเร็จและสามารถปรับตัวสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้

3.2 รูปแบบการปฏิบัติตนของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน นั้นทำให้การขับเคลื่อนรูปแบบในการป้องกันและดูแลสุขภาพของชุมชนและหน่วยงานประสบความสำเร็จร่วมกับการทดลอง(รายละเอียดอยู่ในบทที่ 6) ซึ่งใช้วิธีการปฏิบัติตนโดยดึงเอาภูมิปัญญาชาวบ้านมาผสมผสานกับความรู้ทางการแพทย์ในการดูแลตนเองพบว่า กลุ่มทดลองมีสุขภาพดีขึ้นซึ่งประกอบด้วยความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกายลดลงและจากการทดสอบความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนสูงขึ้น สอดคล้องกับกชกร สมมัง (2542, บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้สูงอายุมีความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับ อรอนงค์

บุญรอด (2543, บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการใช้รูปแบบการสอนต่อความสามารถในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการได้รับความรู้มากกว่าก่อนได้รับความรู้ตามความต้องการของบุคคลจะช่วยพัฒนาความรู้และการปฏิบัติและหลังจากได้รับความรู้แล้วผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองดีขึ้น และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า หลังการใช้รูปแบบการสอนก็ลดลงเช่นกัน ขณะเดียวกันการให้ความรู้ยังเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในตัวบุคคล โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และนำไปพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การชี้แนะ การสนับสนุน การให้กำลังใจ รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมในรูปแบบของการเข้ากลุ่มเป็นระยะจะช่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พัฒนาศักยภาพด้านความคิด การตัดสินใจ และเลือกวิธีปฏิบัติที่ผู้ป่วยต้องการกระทำ รวมทั้งสามารถประเมินผลสิ่งที่ลงมือกระทำ เพื่อคงไว้หรือเลิกกระทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองและภาวะควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าโครงการสนับสนุนและให้ความรู้แล้ว ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรักษาสุขอนามัยของร่างกายและการดูแลเท้า สูงกว่าก่อนเข้าโครงการและจากการศึกษาของทีมวิจัย ผลการวิจัยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิตช่วงบน และดัชนีมวลกายหลังการปฏิบัติกรวิจัยส่วนใหญ่มีค่าลดลงทุกด้าน โดยวิเคราะห์จากการทดสอบทางสถิติ t-test พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะรูปแบบปฏิบัติการที่เราได้ให้กลุ่มเป้าหมายได้ดำเนินการปฏิบัติกรนั้นมีประสิทธิภาพทำให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสภาวะอาการของโรคดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับ ปริญา พึ่งประสิทธิ์ (2540, บทคัดย่อ) ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตธนบุรี กรุงเทพฯ โดยประยุกต์ทฤษฎีกรเรียนรู้ของบลูม ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม การจูงใจ และการกระตุ้นเตือน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เจตคติ พฤติกรรมกรส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของชีพจรอัตราการหายใจ และความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

บทเรียนที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

1. จากการทำงานร่วมกับชาวบ้านและทีมวิจัยชาวบ้าน พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการนั้น ชาวบ้านและทีมวิจัยชาวบ้านมีวิสัยทัศน์เพิ่มขึ้น เริ่มรู้จักมองปัญหาในชุมชนและสามารถหาแนวทางแก้ไข โดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากงานวิจัยมาช่วยในการดำเนินงาน และสามารถนำไปต่อยอดโครงการต่างๆ ในชุมชนได้ เช่น โครงการผู้สูงอายุใส่ใจธรรมชาติ โครงการออมทรัพย์วันละบาท และโครงการคเหล่านุหรือเข้าพรรษา เป็นต้น และจากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ชาวบ้านและทีมวิจัยชาวบ้านกล้าพูด กล้าถาม กล้าตอบ กล้าแสดงความคิดเห็น ในการจัดเวทีชาวบ้านมากขึ้น

2. ชุมชนมีผู้นำที่เข้มแข็ง สมาชิก/คนในชุมชนมีความเสียสละ เช่น ผู้นำหรือคณะกรรมการ หรือกลุ่มแกนนำมีความเสียสละเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกเน้นการมีส่วนร่วม ยึดถือผลประโยชน์ของชุมชนเป็นหลัก สมาชิกหรือคนในชุมชนมีจิตสำนึกที่ดีในการร่วมกันพัฒนาและร่วมกิจกรรมในชุมชน มีความสามัคคีและให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นอย่างดี เช่น เมื่อชาวบ้านได้รับการประสานงานจากผู้ใหญ่บ้านให้มาประชุม ทุกคนจะมาประชุมโดยพร้อมกัน ต่างจากเมื่อก่อนเริ่มโครงการชาวบ้านไม่สนใจไม่ฟัง ไม่รวมประชุม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1.1 การดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพประชาชน หน่วยงานของรัฐควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมติดตาม ในการทำโครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ ไม่ใช่ให้ประชาชนเป็นฝ่ายรับนโยบายเพียงอย่างเดียว

1.2 หน่วยงานของรัฐควรสนับสนุนด้านงบประมาณ และด้านวิชาการแก่ประชาชน เพื่อประชาชนจะได้มีความตระหนักในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น วิธีการรณรงค์ เพื่อสร้างจิตสำนึกในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ผู้นำชุมชนต้องเข้มแข็งสามารถประสานการทำงานสถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนหันมาใส่ใจร่วมกันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ

2.2 ควรมีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารเพื่อสุขภาพ และฝึกให้เด็ก เยาวชน รับประทานผักพื้นบ้านในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

2.3 หน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐควรให้การสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและเฝ้าระวังโรคด้วยการตรวจสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ โดยเฉพาะการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Study) ของการใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) ในพื้นที่ระหว่างชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท เนื่องจากบริบทของแต่ละพื้นที่ มีความแตกต่างกัน ความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัยในลักษณะนี้อาจเกิดจากปัจจัยเงื่อนไขที่แตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาเปรียบเทียบจะเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้ยิ่งขึ้น
2. ผลจากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) สามารถสร้างพลัง (Empowerment) ให้ชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้ และสามารถแก้ไขปัญหาชุมชนได้ด้วย ดังนั้น จึงควรนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) ไปขยายผลต่อพื้นที่ใกล้เคียง
3. สนับสนุนการทำวิจัยเชิงกระบวนการและติดตามประเมินผล โดยเน้นสร้างเครือข่ายในชุมชนที่ทำมามีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือโครงการต่างๆ ที่หนุนเสริมกิจกรรมแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน เช่น ศูนย์การเรียนรู้ สสมช. เป็นต้น

บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

บรรณานุกรม

- กชกร สมมั่ง. (2542). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัด ลพบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกรัตน์ เรวรรณ. (2546). การประยุกต์รูปแบบการเพิ่มพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กมล สุดประเสริฐ. (2540). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ : สำนักโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2531). แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. นนทบุรี : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรรณิการ์ พงษ์สนิทและคณะ. (2543). เทคนิคการสอนและรูปแบบการเขียนข้อสอบแบบเลือกตอบ วิชาคณิตศาสตร์เบื้องต้น. กทม. : ประสานการพิมพ์.
- กรรณิกา ทองจำนงค์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. การศึกษาค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ (2549). พฤติกรรมเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของประชาชน กลุ่มเสี่ยงตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กองสุขศึกษา. (2539). นโยบายการสุขศึกษาแห่งชาติ. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤกษ์. (2540). รายงานการวิจัย เรื่อง ภาวะโภชนาการและสุขภาพของเด็กทารกและเด็กวัยก่อนเรียนในหมู่บ้านหินลาด = Nutritional Status and Health of Infants and Preschool Children in Ban Hin Lad. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- โกวิท กระจ่าง.(2522). การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ในการเรียนวิชาประชากรศึกษา ของนักเรียนที่มี
ภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคมต่างกัน ที่เรียนในระดับ มัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์.(2536). โครงสร้างและการเข้าถึงเครือข่ายเศรษฐกิจนอกระบบในชนบท.
วิทยานิพนธ์พัฒนาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9. (2544). วารสารการส่งเสริม
สุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านสาธารณสุข.
- จันทิมา โคชะนันท์, (2543). การเปรียบเทียบผลของการใช้สถานการณ์จำลองและการเสริมแรง
ทางบวก ที่มีต่อความเฉลียวฉลาด ทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนวัด
เสวตฉัตร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จาระเพ็ญ แทนนิล. (2531). การมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลต่อระดับการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา. กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล.(2542). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล
ตนเอง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จินตนา อยู่สมบูรณ์. (2544). การประเมินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลบางพลี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิตชลบุรี :
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิราพร มงคลประเสริฐ และคณะ .(2545). การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ
ตนเองของชุมชนวัดคำเรือ อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- เจษฎา จงไพบูลย์พัฒนนะ. (2546). “การประเมินประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการ
ดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสตูล”, วารสารวิชาเขต 12 14(2): 32: เมษายน – มิถุนายน.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง.(2533). โครงการพัฒนาการสอนการควบคุมอาหารผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูเรือ. กรุงเทพฯ : คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จุฬารักษ์ โสตะและคณะ. (2546). “บทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหารส่วน
ตำบลในการบริหารจัดการเพื่อการออกกำลังกาย”. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ
พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันพระบรมราชชนก. กรุงเทพฯ ฯ : ยุทธวิธีนทร์การพิมพ์.

- ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. (2542). โรคเบาหวาน. ศรีนครินทร์เวชสาร 14(1): 51 – 61 : มีนาคม.
- ชัชวาล วงษ์ประเสริฐ. (2548). การจัดการความรู้ในองค์กรธุรกิจ. กรุงเทพฯ: เอ็กเปอร์เน็ท.
- ชาติชาย ณ เชียงใหม่.(2533). การบริหารการพัฒนาชนบทเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน.
กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เดือนใจ เสือดีและคณะ. (2545). “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมือง นครสวรรค์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์”, วารสารวิชาการแพทย์ เขต 8. 10 (2) :11 - 28 : มกราคม – สิงหาคม.
- ทัศนีย์ (ไทยยาภิรมย์) ลักษณะ-ภิชนชัย. (2545). การสังคมนาเคราะห์ชุมชน: มรรควิธีสู่ชุมชนเข้มแข็ง.
คณะสังคมนาเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เทพ หิมะทองคำและคณะ. (2545). ความรู้เรื่องเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
นพมาศ มานะเลิศเรืองกุล . (2546). คู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. เทคนิคการแพทย์.
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา พวงราช และคณะ. (2551). การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน
โรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดบุรีรัมย์.
- นลินี ตันธุนิตย์. (2538). การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่ององค์การชาวบ้าน. ขอนแก่น :
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บังอร ฤทธิภักดี. (2528). การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน : กรณีศึกษาระดับ
หมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์สังคมนาเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2538). “จิตวิทยากับการสาธารณสุข,” ใน เอกสารการสอนวิชาสังคมนาวิทยา
การแพทย์ หน่วยที่ 1-8. หน้า 40-48. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช.
- ปรีญา พึ่งประสิทธิ์. (2540). โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ
เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประพนธ์ ปิยรัตน์. (2534). “การวิจัยอย่างมีส่วนร่วม” เอกสารรายงานสรุปการสัมมนา
สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2540). อาหารไทยกับความหลากหลายทางชีวภาพ กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.

- พิชญางค์ จูแจ่มยาน. (2529). ปัจจัยสำคัญบางประการที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการบัตรสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พงศ์สมร บุญนาค. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน : การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พีระ อารีรัตน์ และคณะ. (2542). การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเขตชุมชนเทศบาลเมืองนครพนม. นครพนม:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล.(2539). แนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน
- ไพวัลย์ นรสิงห์. (2546). การประยุกต์ใช้แนวคิดเทคนิค AIC ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ : กรณีศึกษา 3 หมู่บ้านในตำบลเขารวก อำเภอสนธิ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัทรกร จันทวร. (2548). การพัฒนาแผนการให้ความรู้โดยใช้ชุดการสอนเรื่องโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การศึกษาค้นคว้าอิสระ การศึกษามหาบัณฑิต มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มหาวิทยาลัย สุขุทัยธรรมมาธิราช. (2539). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- รุจิรา สัมมะสุด.(2541).หลักการปฏิบัติด้านโภชนาบำบัด. กรุงเทพฯ: บริษัทพรการพิมพ์ จำกัด.
- วาสนา เหนือผุยผาย. (2547). การเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานระหว่างการใช้สื่อประสมและการให้ความรู้ตามปกติ. การศึกษาค้นคว้าอิสระ การศึกษามหาบัณฑิต มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิทยา ศรีมาดา.(2542). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยูนิดี.
- วิมลมาศ จันทร์เชื้อและคณะ. (2545). “ความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)กับชุมชนในการส่งเสริมป้องกันโรคของประชาชน หมู่ที่ 2 บ้านหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์.” เอกสารประกอบการประชุมรับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันพระบรมราชชนก. กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์ การพิมพ์.

- วิภาวรรณ ลีเมธี. (2542). ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลโสนลอย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ. (2540). การให้บริการสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในครอบครัวและชุมชน หมู่ 4 อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วุฒินันท์ พระภูจำนง. (2534). การรักษาแบบพื้นบ้านโดยใช้สมุนไพรของชาวนบตอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม.
- ศรีเกตุ ชาญวินิชกุล. (2543). “โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง”. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 7 (1) (ม.ค.-มี.ค.): 113 – 119.
- ศรีสมัย วิบูลยานนท์. (2540). อาหารผู้ป่วยเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2542). การพยาบาลโรคเบาหวาน การทบทวนองค์ความรู้ และสถานการณ์ปัจจัยในการในการดูแลตนเอง. กรุงเทพฯ : ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศศิธร ศิริวรราชย์. (2546). การพัฒนาเกณฑ์คะแนนและรูปแบบในการดำเนินการประเมินการใช้ยา. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถานีอุตุนิยมวิทยาบุรีรัมย์. พยากรณ์อากาศระยะปานกลางและระยะนาน. ข้อมูลวันที่ 12 ตุลาคม 2550.
- สาธิต วรรณแสง และคณะ. (2546). ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุภาพค์ จันทวานิช. (2531). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวารี สุขุมลวรรณ. (2544). “การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการแผนแม่บทชุมชนบ้านหนองบอน ตำบลบ่อขวางทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสถาบันพระบรมราชชนก. กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สุริยา วีรวงศ์. (ม.ป.ป.). คู่มือการประเมินผลโครงการ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริชัย หวันแก้ว. (2523). สาเหตุของวิกฤตการณ์พลังงานในประเทศไทยทัศนะทางสังคมวิทยา. กรุงเทพฯ, สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรภี พรหมแสง. (2548). การรณรงค์เพื่อการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. อุตรธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี.

- สมศักดิ์ ไพบุลย์.(2541). “ปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย.”
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. 12(1) : 12-22 , มกราคม – มิถุนายน.
- สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ.(2540). การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน.ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. (2551). ข้อมูลจากการตรวจสอบทะเบียนบ้าน. ณ วันที่ 28 เดือนเมษายน 2551.
- สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์.(2538).สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทยพ.ศ.2538 และแนวโน้มมาตรการแก้ไข. กรุงเทพฯ:กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ จังหวัดบุรีรัมย์. (2550). ความชุกของสถานะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลตั้งแต่ ม.ย.-ก.ย.50.
- เสรี लाखโรจน์. (2537). หน่วยที่ 3 สภาพการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. ใน : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์. การบริหารและการจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษา (หน่วยที่ 1-7). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- เสาวนีย์ จักรพิทักษ์.(2539).โภชนาการสำหรับครอบครัวและผู้ป่วย. กรุงเทพฯ :ไทยวัฒนาพานิช.
- อมรา พงศาพิชญ์.(2537). รวมบทความการวิจัยเชิงคุณภาพ (อัดสำเนา)
- อำภพร พัววิไล และคณะ. (2543). “ คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2” วารสารวิจัยทางการแพทย์. 4(2) : 218-238:
พฤษภาคม – สิงหาคม.
- อรอนงค์ นารอด. (2543). ผลการใช้รูปแบบการสอนต่อความสามารถในการปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อคิน รพีพัฒน์และคณะ. (2536). คู่มือ การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา. ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อลิศรา ชูชาติ นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และวิไล โกยแก้วพริ้ง.(2538). เทคนิคการศึกษาเพื่อการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับซิง.
- อุทัย คุณยศยม.(2536). คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา. ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อนุชา นิลอยู่. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ
40 – 59 ปี อำเภอชัยบาดาลจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Barrera, J.M. (1982). "Social Support in the Justment of Pregnant Adolescents Issues," In **Social Network and Social Support**. Edited by B.H. Gottib. P. 69-96. London : SAGE.
- Brown, J.P.& M.A. Mc. Greedy. (1986). "The Hale Elderly : Health Behavior and Its Correlate,"
Research in Nursing and Health. 5(2) : 9.
- Caplan, G. and others. (1985). "Social Support and Health," **Medical Care**. 6(2) : 47 -58 ;
May,1977.
- City Health Information. (2005). **The New York City Department Of Health and Mental Hygiene October**. Vol. 24 (7) : 39 – 50.
- Cohen, S., & Willis, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis.
Psychological Bulletin.
- Diabetes Prevention Program Research Group .(2002). J Pancreas (Online).
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa012512>. 28 January 2009.
- Gottlieb. B.H. (1985). "Social Network and Social Support : An Overview of Research,
Practice and Policy Implications" **Health Educ Quarterly**.
- Oakley P. (1989). **Community Involment in Health Development**. Switzerland : World Health Organization.
- Pender, N.J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange,.
- Pilisuk,M. (1982). "Delivery of Social Support : The Social Implication," **American Jounal Orthopsychaitry**. 52(1) : 20-30 ; January,.
- Rifkin, S.B.,Muller, F.,and Bichman, W.(1989). Primary Health Care : On Measuring Participation.
Social Science Medicine, 26 (9) : 931-940.
- Rosenstock, I.M. (1996). Historical Origin of Health Believe Model. **Health Education Monographs** : 329-355.
- Tartar, M. (1996). Community Participation in Health Care the Turkish Case. **Social Science Medicine**, 42 (11): 1493-1500.

- Thoits, V.P. (1982). "Conceptual Methodology and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress," **Journal of Health and Social Behavior**.
- Tilden, V.P. "Issue of Conceptualization and Measurement of Nursing Theory," **Research in Nursing Behavior**. 8(3) : 199-206 ; 1985.
- Wallberg, H., Rincon, J., & Zierath, J. H. (1998, January). Exercise in Management of non-insulin-Dependent Diabetes Mellitus. **Sport- Med**, 25, 25-35.
- Wild, S. and others. (2004). "Global Prevalence of Diabetes", **Diabetes Care**. 27(5) : 1047 -1050 : May.
- World Health Organization. (1994). "**Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors.**" Geneva : WHO publications.

มุกตานุกรม

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Buriram Rajabhat University

บุคลากรกรม

นางแกลด เพรี 187 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางคุณ พิมพ์มาศ120/1 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางจรรุษา ทรงจอหอ 133 หมู่ 16 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางติ่ม สายสาลี127/1 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นายทวีศักดิ์ พิมพ์วัน 126/1 หมู่ 20 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางสาวธนิตา เดชวีระธรรม 24 หมู่ 4 ตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางสาวน้อย เพรี138 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นายนาย แสงงาม122/4 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางนิภา อาษากิจ378/2 หมู่ 16 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นายบัวลอย โพธิ์สิริ184 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นายบุญทัน กักคีนันท์122/2 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางบุญเพ็ง แสงงาม92 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นายบุศดา ศาลางาม33 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางประนอม บุญกอง49 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางภาณี จงใจงาม140 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นายมงคล แสนคำ61 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางลัดดา เทียงธรรม319 หมู่ 10 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางสาววันวิสาข์ คุณมณีวงศ์ 43/14 หมู่ 7 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางวินัส ชวยบุญชุม18 หมู่ 17 ตำบลร่อนทอง อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางสุภา วิเวก126/4 หมู่ 20 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางสุภาวรรณ ลุนาบุตร 235 หมู่ 10 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางสุวรรณ บุครรัมย์ 117 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

นางโสภา เนียมมณี 133 หมู่ 12 ตำบลนิคม อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การนวดคลายเครียด

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

การนวดคลายเครียด

หลักการ

ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปวดต้นคอ ปวด

หลัง เป็นต้น

การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง

สบายตัว หายเครียด และลดอาการเจ็บปวดต่างๆ ลง

การนวดที่จะนำเสนอในที่นี้ เป็นการนวดไทย ซึ่งสามารถนวดได้ด้วยตนเอง และเหมาะ

สำหรับผู้ที่มีการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ บ่า และไหล่ อันมีสาเหตุมาจากความเครียด

ข้อควรระวัง

1. ไม่ควรนวดขณะที่กำลังเป็นไข้ หรือกล้ามเนื้อบริเวณนั้นอักเสบ หรือเป็นโรคผิวหนัง ฯลฯ
2. ควรตัดเล็บให้สั้นก่อนนวดทุกครั้ง

หลักการนวดที่ถูกต้องวิธี

1. การกด ให้ใช้ปลายนิ้วที่ถนัด ได้แก่ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้หรือนิ้วกลาง
2. ในที่นี้การนวดจะให้การกด และการปล่อยเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้เวลากดแต่ละครั้ง

ประมาณ 10 วินาที และใช้เวลาปล่อยนานกว่าเวลากด

3. การกดให้ค่อยๆ เพิ่มแรงทีละน้อย และเวลาปล่อยให้ค่อยๆ ปล่อย
4. แต่ละจุด ควรนวดซ้ำประมาณ 3-5 ครั้ง

จุดที่นิ้วกดดังนี้



1. จุดกลางระหว่างคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง



2. จุดใต้หัวคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง



3. จุดขอบกระดูกท้ายทอย จุดกลาง ใช้นิ้วหัวแม่มือกด 3 – 5 ครั้ง จุดสองจุด
ด้านข้าง ใช้วิธีประสานมือบริเวณท้ายทอย แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดจุดสองจุดพร้อมๆ กัน
3 – 5 ครั้ง



4. บริเวณต้นคอ ประสานมือบริเวณท้ายทอย ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดตามแนว
สองข้างของกระดูกต้นคอ โดยกดไล่จากตีนผมลงมาถึงบริเวณบ่า 3 – 5 ครั้ง



5. บริเวณบ่า ใช้ปลายนิ้วมือขวาบีบไหล่ซ้ายไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ ใช้ปลายนิ้วมือ
ซ้ายบีบไหล่ขวาไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ ทำซ้ำ 3 – 5 ครั้ง



6. บริเวณบ่าด้านหน้า ใช้นิ้วหัวแม่มือขวา กดจุดใต้กระดูกไหปลาร้า จุดต้นแขน และจุดเหนือรักแร้ของบ่าซ้าย ใช้นิ้วหัวแม่มือซ้าย กดจุดเดียวกัน ที่บ่าขวา ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง



7. บริเวณบ่าด้านหลัง ใช้นิ้วที่ถนัดของมือขวา อ้อมไป กดจุดบนและจุดกลางของกระดูกสะบัก และจุดรักแร้ด้านหลังของบ่าซ้าย ใช้นิ้วที่ถนัดของมือซ้าย กดจุดเดียวกันที่บ่าขวา ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Buriram Rajabhat University

ภาคผนวก ข

การวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกรายข้อ

ตารางผนวก เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการจำแนกรายข้อ

ข้อคำถาม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t-test	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
1. โรคเบาหวานเป็นกลุ่มอาการของโรคซึ่งร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ	.73	.447	1.00	.000	-4.00	.000
2. สาเหตุอย่างหนึ่งของโรคเบาหวาน คือ พันธุกรรม	.62	.490	.89	.318	-3.611	.001
3. คนที่มีความเครียดทางร่างกายและอารมณ์มาก มีแนวโน้มที่จะป่วย เป็นโรคเบาหวานได้	.62	.490	1.00	.000	-5.169	.000
4. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีหรืออ้วนมีญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคเบาหวานถือว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการ ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาก	.71	.458	.98	.149	-4.000	.000
5. อาการของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะจำนวนมากและบ่อยดื่มน้ำมาก รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักตัวลดลง	.76	.435	.98	.149	-3.546	.001
6. การเป็นแผลและฝິงาย แต่หายยาก ไม่ใช่อาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน	.29	.458	.71	.458	-4.102	.000
7. ผู้ป่วยเบาหวานบางราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ จะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ ตาบวม ไตวาย เป็นต้น	.82	.387	.96	.208	-2.211	.032
8. วัตถุประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวานคือ ให้หายจากโรค	.47	.505	.16	.367	3.500	.001
9. การรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญคือ ทำให้หายจากโรค	.56	.503	.13	.344	4.855	.000
10. การลดหรือการเพิ่มปริมาณยาเองตามอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำจะ ช่วย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ารับประทานยาเบาหวานตามแพทย์สั่ง	.36	.484	.24	.435	1.219	.229
11. ถ้าจะควบคุมโรคเบาหวานให้ได้ดี ท่านจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ 100 – 140 mg %	.730	.447	1.000	.000	-4.000	.000

ตารางผนวก เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการจำแนก
รายชื่อ

ข้อความ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t-test	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
12. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น รู้สึกคล้าย จะเป็นเหน็บชาที่ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง หรือ มีอาการปวดแสบปวดร้อน	.76	.435	.98	.149	-3.162	.003
13. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มักจะมีอาการ เหงื่อออก อ่อนเพลีย คล้ายจะเป็นลม	.87	.344	.98	.149	-2.345	.024
14. ผู้ป่วยเบาหวานควรมาตามแพทย์นัดทุกครั้ง ถึงแม้ว่าจะมีอาการปกติก็ตาม	.91	.288	1.00	.000	-2.072	.044
15. ผลไม้ที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยง คือ ผลไม้ที่มีรสหวานจัดเช่น ทุเรียน ขนุน น้อยหน่าลำไย ละมุด	.82	.387	.96	.208	-1.956	.057
16. ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมอาหารได้ จะมีประโยชน์ คือ ช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดไม่เพิ่มขึ้น	.91	.288	1.00	.000	-2.072	.044
17. ผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ตรงเวลาก็ได้	.18	.387	.33	.477	-1.551	.128
18. ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายในเวลาเช้าหรือเย็น เพื่อหลีกเลี่ยงอากาศที่ร้อนจัด	.69	.468	.89	.318	-2.283	.027
19. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีบาดแผล ควรไปพบแพทย์หรือรับ รักษาให้หายให้เร็วที่สุด และไม่ควรรักษาเอง	.71	.458	.91	.288	-2.934	.005
20. ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายทุกวัน โดยแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง	.38	.490	.04	.208	3.964	.000
21. ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มี ความจำเป็นต้องทำความสะอาดหรือดูแลเท้าเป็นพิเศษ	.22	.42	.09	.288	1.956	.057

ตารางผนวก เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการจำแนกรายข้อ

ข้อคำถาม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t-test	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
22. ผู้ป่วยเบาหวานต้องบริหารเท้าเป็นพิเศษ นอกจากการเดินเช่น กระจกเท้า หมุนข้อเท้า หรือการบริหารเท้าอื่นๆ	.76	.435	.93	.252	-2.231	.031
23. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถ ค้ม เครื่องค้มที่มี แอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมได้เช่นเดียวกับคน ปกติ	.18	.387	.29	.458	-1.301	.200
24. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่ใช่ สิ่งจำเป็น สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	.31	.468	.33	.477	-0.256	.800
25. ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากญาติและบุคคลในครอบครัว ด้วยความเข้าใจอยู่เสมอ	.93	.252	1.00	.000	-1.773	.083

* = P < .05

ตารางผนวก เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

ข้อคำถาม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t-test	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
1. คนที่มีญาติสายตรงเช่น พ่อแม่ พี่หรือน้องเป็น เบาหวานจะมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าคนอื่น	2.44	.813	2.96	.298	-2.789	.008
2. คนอ้วนมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนผอม	2.49	.695	2.93	.252	-2.144	.038
3. ผู้หญิงที่เคยคลอดลูกน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4 กก. มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานมากกว่าผู้อื่น	2.18	.777	2.93	.252	-2.712	.010
4. คนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเป็น โรคเบาหวาน มากกว่าคนอายุน้อย	2.53	.694	3.00	.000	-2.187	.034
5. คนที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานมากกว่าคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ	2.67	.674	2.96	.208	-0.598	.553

6. คนที่เครียดเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนไม่เครียด	2.47	694	2.76	.484	-2.449	.018
---	------	-----	------	------	--------	------

* = P < .05

ตารางผนวก เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวาน ก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อความ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t-test	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
1. คนที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ จะทำให้ปลายประสาทเสื่อมมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า	2.64	.645	2.96	.208	-2.411	.020
2. ในคนที่เป็นเบาหวานอาจมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น จากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้	2.73	.580	2.96	.298	-3.172	.003
3. คนที่เป็นเบาหวานนานๆ จะทำให้จอตาเสื่อมถึงตาบอด	2.69	.633	3.00	.000	-3.982	.000
4. คนที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ จะทำให้ไตอักเสบ และไตวาย	3.20	4.600	2.96	.298	-5.014	.000
5. คนที่เป็นเบาหวานจะเป็นแผลเรื้อรังได้ง่าย แต่ หายยากและบางคนแผลลุกลามถึงต้องตัดอวัยวะ	2.64	.743	2.96	.298	-2.976	.005
6. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	2.44	.693	2.95	.302	-4.989	.000

* = P < .05

ตารางผนวก เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันโรค ก่อน
และหลังดำเนินการ

ข้อคำถาม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t-test	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
1. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ ปกติ สามารถป้องกัน โรคเบาหวานได้	2.56	.693	2.82	.387	-2.485	.017
2. การป้องกันโรคเบาหวานทำได้โดยการรู้จัก เลือก กินอาหาร ในปริมาณที่พอเหมาะกับการใช้ พลังงานของแต่ละคน	2.67	.640	3.00	.000	-3.496	.001
3. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยป้องกันการเกิดเบาหวาน	2.60	.654	3.00	.000	-4.105	.000
4. การรู้จักจัดการกับความเครียด ทำจิตใจให้ สบายจะช่วยป้องกันโรคเบาหวาน	2.45	.761	2.93	.255	-3.997	.000
5. การทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายแบบหนึ่ง แต่ไม่มีผลต่อระบบหลอดเลือด และหัวใจ	2.36	.743	2.96	.298	-4.811	.000
6. โรคเบาหวานสามารถป้องกันได้ด้วยการ หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารมัน	2.56	.725	3.00	.000	-4.114	.000

* = P < .05

ตารางผนวก ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย, ผู้ดูแล, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	DTX		ดัชนีมวลกาย		ความดันโลหิต		หมายเหตุ
			ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
1	ญ	80	127	122 *	15	15	126/74	114/70	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2	ญ	40	202	149 *	25.10	26.10	143/82	139/87	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3	ญ	39	268	219 *	19	17.8	112/74	105/81	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4	ญ	60	255	103 *	22.20	22.20	114/69	108/64	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
5	ญ	60	147	121 *	40	38.26	147/73	113/58	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
6	ญ	60	112	109 *	25.80	26	150/70	116/62	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
7	ญ	60	139	104 *	24	22.90	103/65	110/70	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
8	ญ	70	95	87 *	17.10	17.50	148/66	139/93	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
9	ญ	74	115	113 *	22.20	20.88	145/98	132/82	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
10	ช	67	112	56 *	24.20	23.04	202/113	118/75	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
11	ช	74	137	106 *	19.30	19	129/90	108/73	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
12	ญ	54	169	175	26.60	26.25	103/85	110/87	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
13	ญ	36	86	77 *	30.80	31.20	113/80	93/66	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
14	ญ	49	105	100 *	32.80	32.40	137/83	119/70	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
15	ญ	62	107	93 *	29.70	28.80	144/76	135/66	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
16	ญ	55	113	114	28	26.20	132/78	118/85	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
17	ญ	31	87	80 *	25.70	25.70	102/61	98/63	ผู้ดูแลผู้ป่วย
18	ญ	39	92	86 *	23.30	24.10	125/59	101/63	ผู้ดูแลผู้ป่วย
19	ญ	13	104	90 *	23.40	24.20	106/95	102/71	ผู้ดูแลผู้ป่วย
20	ญ	34	95	89 *	30.30	30.30	147/102	115/76	ผู้ดูแลผู้ป่วย
21	ญ	74	85	89	21	21	119/68	109/73	ผู้ดูแลผู้ป่วย
22	ญ	32	95	94 *	23.50	23.50	122/72	115/64	ผู้ดูแลผู้ป่วย
23	ญ	43	102	99 *	21.50	21.80	174/88	132/73	ผู้ดูแลผู้ป่วย
24	ญ	50	295	212 *	23.30	23.30	124/78	120/80	ผู้ดูแลผู้ป่วย
25	ช	55	95	88 *	22.50	22.50	110/80	121/83	ผู้ดูแลผู้ป่วย
26	ญ	35	77	73 *	23.29	24	103/60	95/53	ผู้ดูแลผู้ป่วย
27	ญ	13	102	88 *	24.80	25.10	125/72	118/79	ผู้ดูแลผู้ป่วย
28	ญ	41	98	95 *	25	25	105/72	109/81	กลุ่มเสี่ยง
29	ญ	57	99	90 *	24.40	24.80	120/79	108/76	กลุ่มเสี่ยง

ตารางผนวก ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย, ผู้ดูแล, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ(ต่อ)

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	DTX		ดัชนีมวลกาย		ความดันโลหิต		หมายเหตุ
			ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
30	ญ	49	94	86 *	26.70	26.70	137/100	118/87	กลุ่มเสี่ยง
31	ญ	42	99	88 *	35.50	35.50	101/72	112/71	กลุ่มเสี่ยง
32	ญ	39	89	89	33.3	33.3	119/87	111/80	กลุ่มเสี่ยง
33	ญ	39	107	105 *	30	30	134/98	129/83	กลุ่มเสี่ยง
34	ญ	28	84	86	24.60	24.60	138/82	112/78	กลุ่มเสี่ยง
35	ญ	61	102	76 *	22.90	22.90	124/84	100/76	กลุ่มเสี่ยง
36	ญ	42	112	106 *	31	31	116/88	114/81	กลุ่มเสี่ยง
37	ญ	59	91	88 *	21.40	21.40	134/84	106/61	กลุ่มเสี่ยง
38	ญ	63	90	87 *	23.10	21.30	146/102	136/86	กลุ่มเสี่ยง
39	ญ	44	84	75 *	26.30	26.70	122/90	106/81	กลุ่มเสี่ยง
40	ญ	39	91	86 *	29.30	29.30	130/75	119/87	กลุ่มเสี่ยง
41	ญ	52	88	90	23.80	23.80	151/85	119/81	กลุ่มเสี่ยง
42	ญ	67	117	105 *	18.30	18.30	110/78	97/65	กลุ่มเสี่ยง
43	ญ	55	99	71 *	20	20	116/71	96/64	กลุ่มเสี่ยง
44	ญ	40	101	96 *	30.30	30.30	118/72	123/85	กลุ่มเสี่ยง
45	ญ	49	109	107 *	24.10	24.10	115/70	109/81	กลุ่มเสี่ยง

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Buri Ram Rajabhat University

ภาคผนวก ค

การวิเคราะห์แบบทดสอบ

ตารางผนวก การวิเคราะห์ความสอดคล้องของแบบทดสอบกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม

ข้อคำถาม	ข้อสอบ ที่	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ			$\sum R$	IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1.โรคเบาหวานเป็นกลุ่มอาการของโรคซึ่งร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ	1	1	1	1	3	1
2.สาเหตุอย่างหนึ่งของโรคเบาหวาน คือ พันธุกรรม	2	1	1	1	3	1
3.คนที่มีความเครียดทางร่างกายและอารมณ์มาก มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคเบาหวานได้	3	1	1	1	3	1
4.ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีหรืออ้วน มีญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคเบาหวานถือว่ามีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานมาก	4	1	1	0	2	0.66
5.อาการของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะจำนวนมากและบ่อย ตื่นน้ำมาก รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักตัวลดลง	5	1	1	1	3	1
6.การเป็นแผลและฝีง่ายแต่หายยากไม่ใช่อาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน	6	1	1	1	3	1
7.ผู้ป่วยเบาหวานบางราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ ตามัว ไตวาย เป็นต้น	7	1	1	1	3	1
8.วัตถุประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวาน คือ ให้หายจากโรค	8	1	1	1	3	1
9.การรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ ทำให้หายจากโรค	9	1	1	1	3	1
10.การลดหรือการเพิ่มปริมาณยาเองตามอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ารับประทานยาเบาหวานตามแพทย์สั่ง	10	1	1	1	3	1
11.ถ้าจะควบคุมโรคเบาหวานให้ได้ดี ท่านจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับในเลือดให้อยู่ในระดับ 100 – 140 mg %	11	1	0	1	2	0.66
12.ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น รู้สึกคล้ายจะเป็นเหน็บชาที่ปลายเท้าทั้ง 2 ข้างหรือมีอาการปวดแสบปวดร้อน	12	1	1	1	3	1

ตารางผนวก การวิเคราะห์ความสอดคล้องของแบบทดสอบกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม (ต่อ)

ข้อคำถาม	ข้อสอบ ที่	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ			$\sum R$	IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
13.ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักจะมีอาการเหงื่อออก อ่อนเพลีย คล้ายจะเป็นลม	13	1	1	1	3	1
14.ผู้ป่วยเบาหวานควรมาตามแพทย์นัดทุกครั้ง ถึงแม้ว่าจะมีอาการปกติก็ตาม	14	1	1	1	3	1
15.ผลไม้ที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยง คือ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน น้อยหน่า ลำไย ละมุด	15	1	1	1	3	1
16.ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมอาหารได้ จะมีประโยชน์ คือ ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เพิ่มขึ้น	16	1	1	1	3	1
17.ผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ตรงเวลาก็ได้	17	1	1	0	2	0.66
18.ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายใน เวลาเช้าหรือเย็น เพื่อหลีกเลี่ยงอากาศที่ร้อนจัด	18	1	1	1	3	1
19.ผู้ป่วยเบาหวานที่มีบาดแผล ควรไปพบแพทย์หรือรับรักษาให้หายให้เร็วที่สุด และไม่ควรรักษาเอง	19	1	1	1	3	1
20.ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายทุกวัน โดยแต่ละครั้งควรใช้เวลานานประมาณ 2 ชั่วโมง	20	1	1	1	3	1
21.ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มี ความจำเป็นต้องทำความสะอาดหรือดูแลเท้าเป็นพิเศษ	21	1	1	1	3	1
22.ผู้ป่วยเบาหวานต้องบริหารเท้าเป็นพิเศษ นอกจาก การเดิน เช่น กระจกเท้า หมุนข้อเท้า หรือการบริหารเท้าอื่นๆ	22	1	1	1	3	1
23.ผู้ป่วยเบาหวานสามารถ คัด เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมได้เช่นเดียวกับคนปกติ	23	1	1	1	3	1
24.ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่ใช่ สิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	24	1	1	1	3	1
25.ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการดูแล เอาใจใส่จากญาติและบุคคลในครอบครัวด้วยความเข้าใจอยู่เสมอ	25	1	1	1	3	1

ตารางผนวก ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งหมด

คนที่	x	x^2	x-c
1	18	324	5
2	19	361	6
3	20	400	7
4	16	256	3
5	17	289	4
6	21	441	8
7	18	324	5
8	19	361	6
9	17	289	4
10	18	324	5
11	17	289	4
12	16	256	3
13	18	324	5
14	14	196	1
15	13	169	0
16	15	225	2
17	12	144	-1
18	16	256	3
19	14	196	1
20	16	256	3
21	20	400	7
22	19	361	6
23	13	169	0

ตารางผนวก ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ (ต่อ)

คนที่	x	x ²	x-c
24	17	289	4
25	17	289	4
26	20	400	7
27	18	324	5
28	18	324	5
29	21	441	8
30	15	225	2
31	12	144	-1
Σ	524	9046	121

$$r_{cc} = 0.98$$

การประเมินแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางผนวก ผลการประเมินแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อคำถาม	\bar{X}	S.D.	ระดับความเชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก
1. คนที่มีญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่หรือน้องเป็นเบาหวาน จะมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าคนอื่น	2.87	.34	ระดับความเชื่อสูง	.38
2. คนอ้วนมีโอกาสดเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนผอม	2.84	.37	ระดับความเชื่อสูง	.58
3. ผู้หญิงที่เคยคลอดลูกน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4 กก. มีโอกาสดเกิดโรคเบาหวานมากกว่าผู้อื่น	2.65	.49	ระดับความเชื่อสูง	.15
4. คนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนอายุน้อย	2.65	.66	ระดับความเชื่อสูง	.04
5. คนที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสดเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ	2.81	.40	ระดับความเชื่อสูง	.48

ตารางผนวก ผลการแบบประเมินแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อคำถาม	\bar{X}	S.D.	ระดับความเชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก
6. คนที่เครียดเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนไม่เครียด	2.74	.51	ระดับความเชื่อสูง	.18
7. คนที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ จะทำให้ปลายประสาทเสื่อมมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า	2.87	.34	ระดับความเชื่อสูง	.53
8. ในคนที่เป็นเบาหวานอาจมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้	2.81	.40	ระดับความเชื่อสูง	.42
9. คนที่เป็นเบาหวานนานๆ จะทำให้จอตาเสื่อม ถึงตาบอด	2.84	.37	ระดับความเชื่อสูง	.47
10. คนที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ จะทำให้ไตอักเสบ และไตวาย	2.81	.40	ระดับความเชื่อสูง	.72
11. คนที่เป็นเบาหวานจะเป็นแผลเรื้อรังได้ง่าย แต่หายยาก และบางคนแผลลุกลามถึงต้องตัดอวัยวะ	2.81	.40	ระดับความเชื่อสูง	.72
12. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	2.65	.49	ระดับความเชื่อสูง	.30
13. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ ปกติสามารถป้องกันโรคเบาหวานได้	2.77	.43	ระดับความเชื่อสูง	.57
14. การป้องกันโรคเบาหวานทำได้โดยการรู้จักเลือกกินอาหารในปริมาณที่พอเหมาะกับการใช้พลังงานของแต่ละคน	2.84	.37	ระดับความเชื่อสูง	.36
6. คนที่เครียดเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนไม่เครียด	2.74	.51	ระดับความเชื่อสูง	.18
7. คนที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ จะทำให้ปลายประสาทเสื่อมมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า	2.87	.34	ระดับความเชื่อสูง	.53
8. ในคนที่เป็นเบาหวานอาจมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้	2.81	.40	ระดับความเชื่อสูง	.42
9. คนที่เป็นเบาหวานนานๆ จะทำให้จอตาเสื่อม ถึงตาบอด	2.84	.37	ระดับความเชื่อสูง	.47
10. คนที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ จะทำให้ไตอักเสบ และไตวาย	2.81	.40	ระดับความเชื่อสูง	.72

ตารางผนวก ผลการประเมินแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อคำถาม	\bar{X}	S.D.	ระดับความเชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก
15. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยป้องกัน การเกิดเบาหวาน	2.87	.34	ระดับความเชื่อสูง	.56
16. การรู้จักจัดการกับความเครียด ทำจิตใจให้สบายจะช่วยป้องกันโรคเบาหวาน	2.94	.25	ระดับความเชื่อสูง	.41
17. การทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายแบบหนึ่งแต่ไม่มีผลต่อระบบหลอดเลือด และหัวใจ	2.58	.67	ระดับความเชื่อสูง	-.15
18. โรคเบาหวานสามารถป้องกันได้ด้วยการหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารมัน	2.84	.37	ระดับความเชื่อสูง	.53

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ (α - Coefficient) = 0.77

การประเมินแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ผลดังตาราง

ตารางผนวก ผลการประเมินแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับความเหมาะสม	ค่าอำนาจจำแนก
1. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ	3.67	.85	เหมาะสมมาก	.21
2. ท่านรับประทานผักสด หรือผักลวกกับน้ำพริก	4.13	.9	เหมาะสมมาก	.64
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทาน ไขมัน น้ำอัดลม ขนมหวาน	3.73	1.06	เหมาะสมมาก	.05
4. ท่านจะประกอบอาหารโดยวิธี นึ่ง ย่าง ต้ม เป็นส่วนใหญ่	4.30	.95	เหมาะสมมาก	.72
5. ท่านไม่ดื่มเหล้า เบียร์ ในเดือนที่ผ่านมา	3.77	1.57	เหมาะสมมาก	.64
6. ท่านยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย	3.57	1.31	เหมาะสมมาก	.65
7. ท่านออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อทุกส่วน ทำงานต่อเนื่อง เช่น การเดิน กายบริหาร ปั่นจักรยาน	3.6	1.13	เหมาะสมมาก	.56

ตารางผนวก ผลการประเมินแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับความเหมาะสม	ค่าอำนาจจำแนก
8. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที	3.40	1.33	เหมาะสมปานกลาง	.65
9. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	3.00	1.4	เหมาะสมปานกลาง	.67
10. ท่านออกกำลังกายและรีบมาปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากผิดปกติ ระหว่างการออกกำลังกาย	4.03	.99	เหมาะสมมาก	.66
11. เมื่อท่านมีแผลที่เท้าเกิดขึ้น ท่านได้ไปพบแพทย์ทันที โดยไม่ต้องรอให้แผลหายเอง	4.23	1.0	เหมาะสมมาก	.45
12. ท่านจะออกกำลังกายบริหารเท้าโดยหมุนข้อเท้า ยกเท้าขึ้นลง ทุกครั้งที่มีโอกาส	4.00	1.05	เหมาะสมมาก	.67
13. ท่านจะสวมรองเท้าที่มีขนาดกระชับเหมาะสม ไม่หลวมไม่คับ ทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน	4.17	1.11	เหมาะสมมาก	.74
14. เมื่อท่านมีอาการมีนชาขา ท่านจะไม่วางเท้าบนน้ำร้อนที่มีขาข้างที่มีนชา	3.53	1.33	เหมาะสมมาก	.39
15. ท่านบีบนิ้วมือ เท้า เมื่อมีอาการมีนชา	4.23	.89	เหมาะสมมาก	.53
16. ท่านจะอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายโดยเฉพาะซอกอับชื้น เช่น รักแร้ ขาหนีบ	4.73	.69	เหมาะสมมากที่สุด	.48
17. ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	3.33	1.626	เหมาะสมปานกลาง	.42
18. ท่านได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยตามนัด	4.23	1.14	เหมาะสมมาก	.60
19. ท่านตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุกเดือน (ตามแพทย์นัด)	3.87	1.33	เหมาะสมมาก	.78
20. ท่านป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยรับประทานอาหารหรือลูกอมรสหวาน ติดตัวเสมอ	3.63	1.19	เหมาะสมมาก	.43

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามความพึงพอใจ

มหาวิทยาลัยราชภัฏบรียัม
Buriram Rajabhat University

เครื่องมือจะใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง จงตอบตามความเป็นจริง โดยกรอกข้อมูลลงในช่องว่างหรือกา ✓ ใน หน้าข้อที่ตรงกับข้อมูลท่านมากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่า / แยก
4. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. ปริญญาตรี
 5. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 1. แม่บ้าน 2. เกษตรกรรม
 3. รับจ้าง 4. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
 5. รับราชการ 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
7. ลักษณะบ้าน
 1. บ้านปูน 1 ชั้น 2. บ้านปูน 2 ชั้น
 3. บ้านครึ่งตึกครึ่งไม้ 4. บ้านไม้ได้ถุนสูง
 5. บ้านไม้ชั้นเดียว 6. อื่นๆ ระบุ.....
8. ประวัติคนในครอบครัวหรือญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน
 1. มี 2. ไม่มี
9. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
10. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
11. ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัมต่อตารางเมตร
12. ระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คำชี้แจง แบบทดสอบนี้เป็นข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โปรดอ่านข้อคำถามต่อไปนี้อย่างละเอียด แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้ของท่าน

และโดยกาเครื่องหมาย ในช่อง ให้ตรงกับ ข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคเบาหวานเป็นกลุ่มอาการของโรคซึ่งร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ		
2. สาเหตุอย่างหนึ่งของโรคเบาหวาน คือ พันธุกรรม		
3. คนที่มีความเครียดทางร่างกายและอารมณ์มาก มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคเบาหวานได้		
4. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีหรืออ้วนมีญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคเบาหวาน ถือว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานมาก		
5. อาการของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะจำนวนมากและบ่อย คิมน้ำมาก รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักตัวลดลง		
6. การเป็นแผลและฝีง่าย แต่หายยาก ไม่ใช่ อาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน		
7. ผู้ป่วยเบาหวานบางราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ ตาบวม ไตวาย เป็นต้น		
8. วัตถุประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวาน คือ ให้หายจากโรค		
9. การรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ ทำให้หายจากโรค		
10. การลดหรือการเพิ่มปริมาณยาเองตามอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ารับประทานยาเบาหวานตามแพทย์สั่ง		
11. ถ้าจะควบคุมโรคเบาหวานให้ดี ท่านจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ 100 - 140 mg %		
12. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น รู้สึกคล้ายจะเป็นเหน็บชาที่ปลายเท้าทั้ง 2 ข้างหรือมีอาการปวดแสบปวดร้อน		

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
13. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักจะมีอาการ เหงื่อออก อ่อนเพลีย คล้ายจะเป็นลม		
14. ผู้ป่วยเบาหวานควรมาตามแพทย์นัดทุกครั้ง ถึงแม้ว่าจะมีอาการ ปกติก็ก็ตาม		
15. ผลไม้ที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยง คือ ผลไม้ที่มีรสหวาน จัดเช่น ทูเรียน ขนุน น้อยหน่า ลำไย ทุเรียน		
16. ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมอาหารได้ จะมีประโยชน์ คือ ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เพิ่มขึ้น		
17. ผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ตรงเวลาก็ได้		
18. ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายใน เวลาเช้าหรือเย็น เพื่อหลีกเลี่ยงอากาศที่ร้อนจัด		
19. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีบาดแผล ควรไปพบแพทย์หรือรีบ รักษาให้หายให้เร็วที่สุด และไม่ควรรักษาเอง		
20. ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายทุกวัน โดยแต่ละครั้งควรใช้ เวลานานประมาณ 2 ชั่วโมง		
21. ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มี ความจำเป็นต้องทำความสะอาดหรือดูแล เท้าเป็นพิเศษ		
22. ผู้ป่วยเบาหวานต้องบริหารเท้าเป็นพิเศษ นอกจากการเดิน เช่น กระจกเท้า หมุนข้อเท้า หรือการบริหารเท้าอื่นๆ		
23. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถ ต้ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นส่วนผสมได้เช่นเดียวกับคนปกติ		
24. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่ใช่ สิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน		
25. ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการดูแล เอาใจใส่จากญาติและบุคคล ในครอบครัวด้วยความเข้าใจอยู่เสมอ		

ข้อมูลความเชื่อเรื่องสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามตารางให้ตรงตามความรู้สึก ความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			
1. คนที่มีญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่ หรือน้องเป็นเบาหวาน จะมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าคนอื่น			
2. คนอ้วนมีโอกาสดเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนผอม			
3. ผู้หญิงที่เคยคลอดลูกน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4 กก. มีโอกาสดเกิดโรคเบาหวานมากกว่าผู้อื่น			
4. คนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนอายุน้อย			
5. คนที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสดเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ			
6. คนที่เครียดเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนไม่เครียด			
การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
7. คนที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ จะทำให้ปลายประสาทเสื่อม มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า			
8. ในคนที่เป็นเบาหวานอาจมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น จากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้			
9. คนที่เป็นเบาหวานนานๆ จะทำให้จอตาเสื่อม ถึงตาบอด			

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
10. คนที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ จะทำให้ไตอักเสบ และไตวาย			
11. คนที่เป็นเบาหวานจะเป็นแผลเรื้อรังได้ง่าย แต่หายยาก และบางคนแผลลุกลามถึงต้องตัดอวัยวะ			
12. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค			
13. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถป้องกันโรคเบาหวานได้			
14. การป้องกันโรคเบาหวานทำได้โดยการรู้จักเลือกกินอาหารในปริมาณที่พอเหมาะกับการใช้พลังงานของแต่ละคน			
15. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยป้องกัน การเกิดเบาหวาน			
16. การรู้จักจัดการกับความเครียด ทำจิตใจให้สบายจะช่วยป้องกันโรคเบาหวาน			
17. การทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายแบบหนึ่งแต่ไม่มีผลต่อระบบหลอดเลือด และหัวใจ			
18. โรคเบาหวานสามารถป้องกันได้ด้วยการหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารมัน			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ซึ่งมี 5

ระดับ

เหมาะสมที่สุด	ให้	5	คะแนน
เหมาะสมมาก	ให้	4	คะแนน
เหมาะสมปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เหมาะสมน้อย	ให้	2	คะแนน
เหมาะสมที่สุด	ให้	1	คะแนน

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
การควบคุม					
1. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ					
2. ท่านรับประทานผักสด หรือผักลวกกับน้ำพริก					
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทาน ไขมัน น้ำอัดลม ขนมหวาน					
4. ท่านจะประกอบอาหารโดยวิธี นึ่ง ย่าง ต้ม เป็นส่วนใหญ่					
5. ท่านไม่ดื่มเหล้า เบียร์ ในเดือนที่ผ่านมา					
การออกกำลังกาย					
6. ท่านยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย					
7. ท่านออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อทุกส่วน ทำงานต่อเนื่อง เช่น การเดิน กายบริหาร ปั่นจักรยาน					
8. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที					
9. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง					
10. ท่านออกกำลังกายและรีบมาปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากผิดปกติ ระหว่างการออกกำลังกาย					
การดูแลเท้า					
11. เมื่อท่านมีแผลที่เท้าเกิดขึ้น ท่านได้ไปพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้แผลหายเอง					
	ระดับความคิดเห็น				

ข้อความ	5	4	3	2	1
12. ท่านจะออกกำลังบริหารเท้าโดยหมุนข้อเท้า ยกเท้า ขึ้นลง ทุกครั้งที่มีโอกาส					
13. ท่านจะสวมรองเท้าที่มีขนาดกระชับเหมาะสม ไม่หลวม ไม่คับ ทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน					
14. เมื่อท่านมีอาการมีนชาขา ท่านจะไม่วางกระเป๋าหน้าร้อนที่ขาข้างที่มีนชา					
15. ท่านบีบนวดมือ เท้า เมื่อมีอาการมีนชา					
การดูแลสุขภาพทั่วไป					
16. ท่านจะอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายโดยเฉพาะซอกอับชื้น เช่น รักแร้ ขาหนีบ					
17. ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง					
18. ท่านได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือสถานอนามัยตามนัด					
19. ท่านตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุกเดือน (ตามแพทย์นัด)					
20. ท่านป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยนำอาหารหรือลูกอมรสหวาน ติดตัวเสมอ					

เครื่องมือจะใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง จงตอบตามความเป็นจริง โดยกรอกข้อมูลลงในช่องว่างหรือกา ใน หน้าข้อที่ตรงกับข้อมูลท่านมากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่า / แยก
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 4. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 5. สูงกว่าปริญญาตรี	
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> 5. รับราชการ	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
7. ลักษณะบ้าน

<input type="checkbox"/> 1. บ้านปูน 1 ชั้น	<input type="checkbox"/> 2. บ้านปูน 2 ชั้น
<input type="checkbox"/> 3. บ้านครึ่งตึกครึ่งไม้	<input type="checkbox"/> 4. บ้านไม้ใต้ถุนสูง
<input type="checkbox"/> 5. บ้านไม้ชั้นเดียว	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....
8. ประวัติคนในครอบครัวหรือญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน

<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
--------------------------------	-----------------------------------
9. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
10. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
11. ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัมต่อตารางเมตร
12. ระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เจาะลึกใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง

1. ท่านทราบได้อย่างไรว่าเป็นโรคเบาหวาน
2. ท่านทราบจากใคร
3. ท่านตรวจที่ไหน
4. เมื่อท่านทราบแล้วทำอะไร
 1. ท่านคิดว่าโรคเบาหวานเกิดจากสาเหตุใด.....
 2. ท่านคิดว่าอาการของโรคเบาหวานเป็นอย่างไร.....
 3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเป็นอย่างไร.....
 4. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายเป็นอย่างไร.....
 5. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาเป็นอย่างไร.....
 6. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอารมณ์เป็นอย่างไร.....
 7. ในอดีตท่านเคยใช้สมุนไพรในการป้องกัน ดูแล รักษาสุขภาพหรือไม่
 - ใช่ เพราะ.....
 - (ระบุ) สมุนไพรที่ใช้.....
 - ไม่ใช่เพราะ.....
 8. ในปัจจุบันท่านใช้สมุนไพรในการ ป้องกัน ดูแล รักษาสุขภาพหรือไม่
 - ใช่ เพราะ.....
 - (ระบุ) สมุนไพรที่ใช้.....
 - ไม่ใช่เพราะ.....
 9. ผลการรักษาโดยการใช้สมุนไพรเป็นอย่างไร.....
 10. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน.....
 -
 11. ผลการรักษาโดยการใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นอย่างไร.....
 -

ภาคผนวก จ
เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ ชุมชนหนองบัวเหนือ

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
Buriram Rajabhat University

ตารางผนวก เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ อ่อมปลาฝักรวม

วัตถุดิบ	รส	สรรพคุณทางยาไทย
1.ผักชีลาว	เผ็ด	ขับเหงื่อ ขับลม แก้ไอ แก้เวียนเลือด ลดไขมันในเลือด ลดความดันโลหิต
2.ตำลึง	เย็น	ลดไข้ แก้คัน ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
3.มะเขือพวง	ขม	ขับปัสสาวะ ขับเสมหะ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
4.แค	ขม	แก้ปวดศีรษะเนื่องจากไมเกรน แก้ท้องเสีย
5.บวบ	เย็นจืด	ช่วยเจริญอาหาร และแก้โรคผิวหนัง
6.ใบแมงลัก	เผ็ด	เป็นยาระบาย ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
7.พริก	เผ็ด	ช่วยเจริญอาหาร ขับลม ช่วยย่อย
8.ตะไคร้	เผ็ดร้อน	ขับเหงื่อ แก้ท้องอืด เจริญอาหาร
9.หอมแดง	เผ็ดร้อน	ลดไข้ ขับเสมหะ แก้ไข้หวัด
10.กระเทียม	เผ็ดร้อน	ขับลม ขับเสมหะ ลดไขมันในเลือด
11.ปลา	---	ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด

เครื่องปรุงรส ประกอบด้วย น้ำปลาร้า น้ำปลา เกลือ ข้าวเบือ (ข้าวคั่ว)

วิธีปรุง

โขลกเครื่องแกง คือ พริก หอมแดง กระเทียม ตะไคร้ ให้เข้ากันไม่ต้องละเอียด นำหม้อตั้งไฟ ใส่น้ำลงไปเล็กน้อย ใส่พริกแกงที่โขลกไว้ ใส่น้ำปลา ปรุงด้วยรสน้ำปลาร้า เกลือเล็กน้อย ถ้าน้ำน้อยเพิ่มได้ ต่อจากนั้นใส่ผัก เมื่อสุกดีแล้วชิมได้รสที่ต้องการ ก็ใส่ข้าวคั่วพร้อมใบแมงลัก จึงปิด

เคล็ดลับ

ข้าวเบือ หมายถึง ข้าวเหนียวที่นำไปแช่น้ำประมาณ 20 นาที เอาน้ำที่แช่ออกแล้วนำตำให้ละเอียด

ข้าวคั่ว หมายถึง การนำข้าวสารและข้าวเหนียวไปคั่วในกระทะร้อนจนข้าวเริ่มเป็นสีเหลืองออกน้ำตาลหลังจากนั้นนำมาตำให้ละเอียด

ตารางผนวก เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ อ่อมหอยใส่ผักปลังหรือชะพลู

วัตถุดิบ	รส	สรรพคุณทางยาไทย
1.ผักปลัง	เย็น	ขับลม แก้ท้องผูก แก้พิษฝีดาษ
2.ชะพลู	เผ็ด	ขับลม ขับเสมหะ
3.ผักชีลาว	เผ็ด	ขับเหงื่อ ขับลม ลดไขมันในเลือด ลดความดันโลหิต
4.ต้นหอม	เผ็ด	แก้หวัด กัดจมูก น้ำมูกไหล
5.พริก	เผ็ด	ช่วยเจริญอาหาร ขับลม ช่วยย่อย
6.ตะไคร้	เผ็ดร้อน	ขับเหงื่อ แก้ท้องอืด ช่วยเจริญอาหาร
7.หอมแดง	เผ็ด	ลดไข้ ขับเสมหะ แก้ไข้หวัด
8.กระเทียม	เผ็ดร้อน	ขับลม ขับเสมหะ ลดไขมันในเลือด
9.ข่า	เผ็ด	ขับลม แก้ท้องร่วง
10.หอย	-	มีโปรตีนสูง

เครื่องปรุงรส ประกอบด้วย น้ำปลาร้า น้ำปลา เกลือ ข้าวเบือ(ข้าวคั่ว)

วิธีปรุง

โขลกเครื่องแกง คือ พริก หอมแดง กระเทียม ตะไคร้ ข่า ให้เข้ากันไม่ต้องละเอียด นำหม้อตั้งไฟ ใส่น้ำลงไปเล็กน้อย ใส่พริกแกงที่โขลกไว้ ใส่น้ำปลา ปรุงด้วยรสด้วยน้ำปลาร้า ใสหอย ถ้าน้ำน้อยเพิ่มได้ ต่อจากนั้นใส่ผัก เมื่อสุกดีแล้วชิมได้รสที่ต้องการ ก็ใส่ข้าวคั่วพร้อมต้นหอม จึงปิดไฟ

เคล็ดลับ ข่าต้องนำไปเผาไฟก่อนนำมาโขลก

ตารางผนวก เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ แกงส้มดอกแค มะรุม

วัตถุดิบ	รส	สรรพคุณทางยาไทย
1.ดอกแค	หวานออกขม	แก้ปวดศีรษะ แก้ท้องเสีย
2.มะรุม	เผ็ด ขม หวาน	ลดไขมันในเลือด ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด
3.พริก	เผ็ด	ช่วยเจริญอาหาร ขับลม ช่วยย่อย
4.หอมแดง	เผ็ด	ลดไข้ ขับเสมหะ แก้ไข้หวัด
5.กระเทียม	เผ็ด	ลดไขมันในเลือด ขับลม ขับเสมหะ
6.ตะไคร้	เผ็ดร้อน	ขับเหงื่อ แก้ท้องอืด ช่วยเจริญอาหาร
7.มะขามเปียก	เปรี้ยว	ขับเสมหะ แก้ไอ แก้ท้องผูก
8.ปลา	-	ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด

เครื่องปรุงรส ประกอบด้วย น้ำปลา กะปิ น้ำตาล

วิธีปรุง

- 1.นำปลามาทำความสะอาดและหั่นเป็นชิ้นๆ
 - 2.ใส่น้ำสะอาดในภาชนะ ปิดฝาให้สนิท ตั้งไฟจนเดือด ใส่ปลาลงต้มในหม้อ
 - 3.เมื่อปลาสุกแล้วให้นำส่วนหัว ไปโขลกรวมกับเครื่องแกง ละลายน้ำใส่หม้อ ตั้งไฟเดือด
- ใส่ดอกแคหรือมะรุมที่เตรียมไว้ ปรุงรสด้วยน้ำปลา น้ำมะขามเปียก น้ำตาล ปิดฝาภาชนะให้สนิท ตั้งไฟต่ออีกประมาณ 5 นาที นำมารับประทานขณะร้อนๆ

ตารางผนวก เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ แกงบอนใส่ไข่มดแดง

วัตถุดิบ	รส	สรรพคุณทางยาไทย
1.บอน	-	แก้ท้องอืด แก้ท้องผูก
2.กล้วยดิบ	ฝาด	แก้โรคกระเพาะ
3.ใบย่านาง	จืด	ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด
4.ใบแมงลัก	เผ็ด	ยาระบาย ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
5.ต้นหอม	เผ็ด	แก้หวัด คัดจมูก น้ำมูกไหล
6.พริก	เผ็ด	ช่วยเจริญอาหาร ขับลม ช่วยย่อย
7.หอมแดง	เผ็ด	ลดไข้ ขับเสมหะ แก้ไข้หวัด
8.กระเทียม	เผ็ดร้อน	ขับลม ขับเสมหะ ลดไขมันในเลือด
9.ไข่มดแดง	-	คุณค่าทางโปรตีนสูง

เครื่องปรุงรส ประกอบด้วย น้ำปลาร้า น้ำปลา

วิธีปรุง

- 1.ลวกบอนแล้วนำมาต้มน้ำทิ้ง 1-2 ครั้ง เพื่อลดอาการคัน
- 2.โขลกใบย่านาง แล้วนำไปคั้นกับน้ำ ให้นำใบย่านางออกกรองใส่หม้อ
- 3.โขลกเครื่องพริกแกงให้ละเอียด แล้วนำหม้อที่ใส่ใบย่านาง ยกขึ้นตั้งไฟ ใส่บอน ใส่ไข่มดแดง ตามด้วยเครื่องปรุงรส
- 4.เมื่อทุกอย่างสุกแล้ว ใส่ใบแมงลักและต้นหอม ยกหม้อลง

ตารางผนวก เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ หมกปลีกกล้วยใส่กบ-ปลา

วัตถุดิบ	รส	สรรพคุณทางยาไทย
1.ปลีกกล้วย	ฝาด	รักษาแผลสด รักษาโรครกระเพราะ
2.ผักชีลาว	เผ็ด	ขับเหงื่อ ขับลม ลดไขมันในเลือด
3.ตะไคร้	เผ็ดร้อน	ขับเหงื่อ แก้ท้องอืด ช่วยเจริญอาหาร
4.ใบแมงลัก	เผ็ด	ยาระบาย ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
5.ต้นหอม	เผ็ด	แก้หวัด คัดจมูก น้ำมูกไหล
6.พริก	เผ็ด	ช่วยเจริญอาหาร ขับลม ช่วยย่อย
7.หอมแดง	เผ็ดร้อน	ลดไข้ ขับเสมหะ แก้ไข้หวัด
8.กระเทียม	เผ็ดร้อน	ขับลม ขับเสมหะ ลดไขมันในเลือด
9.กบหรือปลา	---	ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด

เครื่องปรุงรส ประกอบด้วย น้ำปลา กะปิ เกลือ

วิธีปรุง

- 1.หั่นกบหรือปลาเป็นชิ้นเล็กๆ
- 2.ปลีกกล้วยนำหัวสับให้ละเอียด แล้วโขลกรวมกับเครื่องพริกแกงและนำกบหรือปลา แล้วปรุงรส กะให้เค็มสักหน่อยเพราะหลังจากนี้รสชาติจะพอดี ใส่ผักชีลาว ใบแมงลัก ต้นหอม คนให้เข้ากัน
- 4.นำไปห่อใบตอง ก่อนกลัดด้วยไม้กลัด นำไปนึ่ง

ตารางผนวก เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ นึ่งปลาตำแจ่ว

วัตถุดิบ	รส	สรรพคุณทางยาไทย
1.กะหล่ำปลี	หวาน	มีฤทธิ์ต้านมะเร็ง
2.ดอกแค	ขม	แก้ปวดศีรษะ แก้ท้องเสีย
3.มะเขือ	ขม	ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
4.บวบ	เย็นจืด	ช่วยเจริญอาหาร และแก้โรคผิวหนัง
5.พริก	เผ็ด	ช่วยเจริญอาหาร ขับลม ช่วยย่อย
6.ตำลึง	เย็น	ลดไข้ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
7.หอมแดง	เผ็ดร้อน	ลดไข้ ขับเสมหะ แก้ไข้หวัด
8.กระเทียม	เผ็ดร้อน	ขับลม ขับเสมหะ ลดไขมันในเลือด
9.ใบแมงลัก	เผ็ด	ยาระบาย ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด
10.แตงกวา	จืดเย็น	ยาระบาย ช่วยย่อย บำรุงผิวพรรณ
11.ปลา	---	ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด

เครื่องปรุงรส ประกอบด้วย น้ำปลาร้า น้ำปลา มะนาว

วิธีปรุง

- 1.ล้างปลาให้สะอาดแล้วนำไปนึ่ง
- 2.ล้างผักให้สะอาดแล้วนำไปนึ่ง
- 3.คั่วพริก กระเทียม หอมแดง แล้วนำมาโขลกให้ละเอียด จากนั้นนำมาปรุงรสด้วยน้ำปลา

น้ำปลาร้า มะนาว ชิมรสชาติที่ต้องการ

ภาคผนวก จ

ภาพกิจกรรมดำเนินการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha Rajabhat University



ภาพกิจกรรมการค้นหาโจทย์



ภาพกิจกรรมการค้นหาโจทย์



ภาพกิจกรรมประชุมทีมวิจัยเพื่อแบ่งบทบาทหน้าที่



ภาพกิจกรรมการสัมภาษณ์การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค



ภาพกิจกรรมเวทีนำเสนอข้อมูลคืนสู่ชุมชน



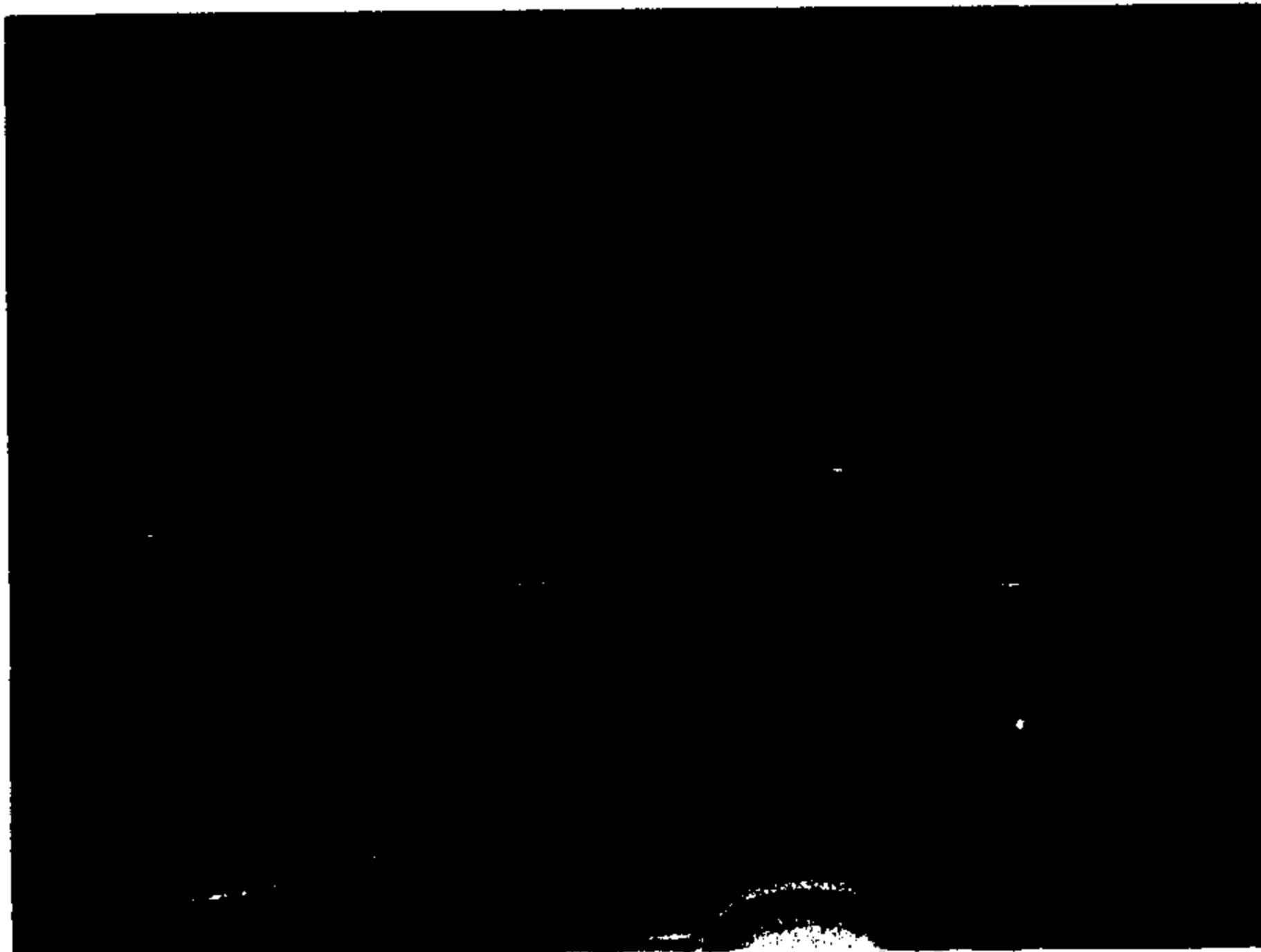
ภาพกิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน



ภาพกิจกรรมการทำยุทธศาสตร์การป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน



ภาพกิจกรรมนวดคลายเครียดด้วยตนเอง



ภาพกิจกรรมการอบรมให้ความรู้อาหารพื้นบ้านด้านเบาหวาน



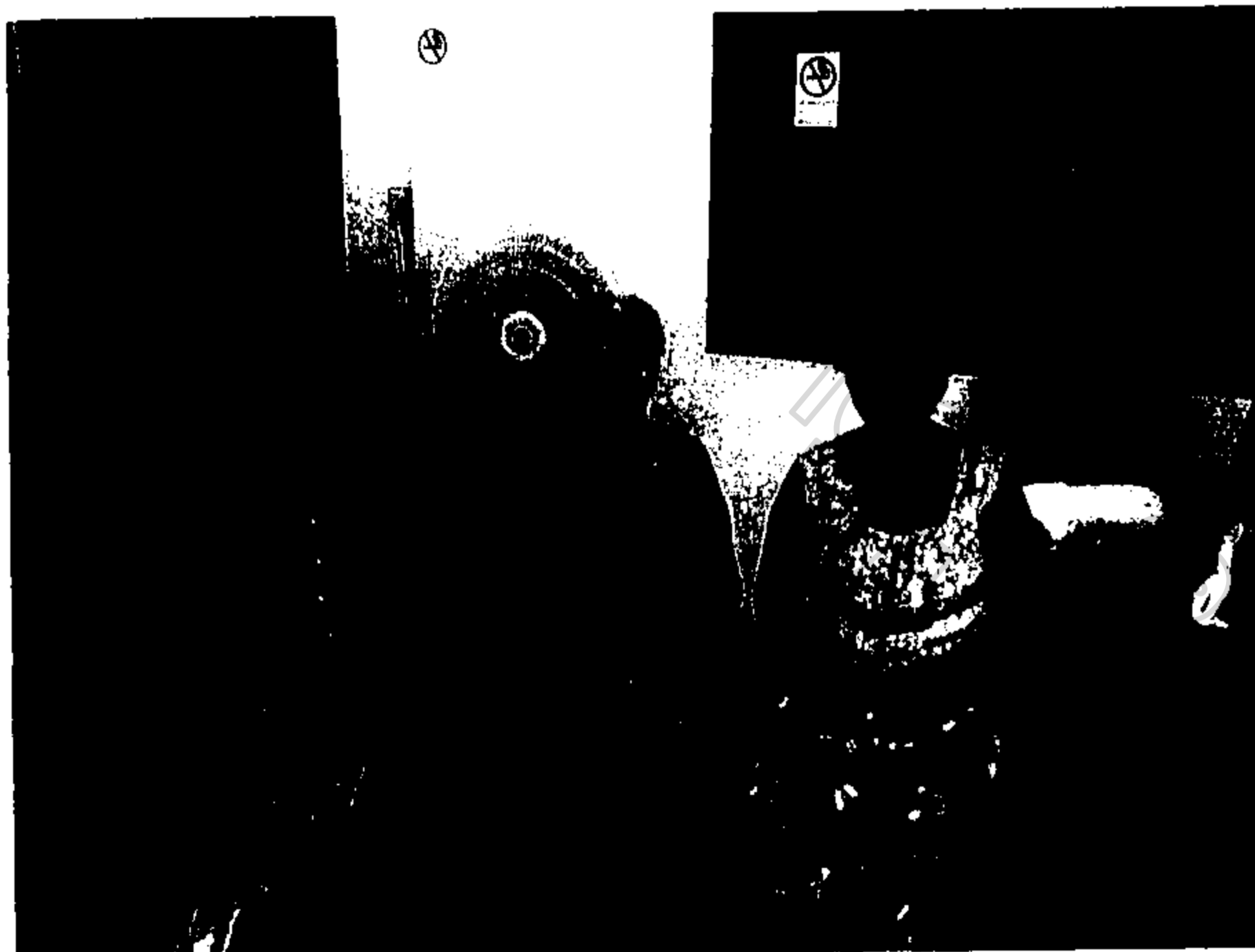
ภาพกิจกรรมการอบรมให้ความรู้อาหารพื้นบ้านด้านเบาหวาน



ภาพกิจกรรมเวทีสรุปบทเรียน



ภาพทีมวิจัยและชาวบ้านหนองบัวเหนือถ่ายรูปร่วมกัน



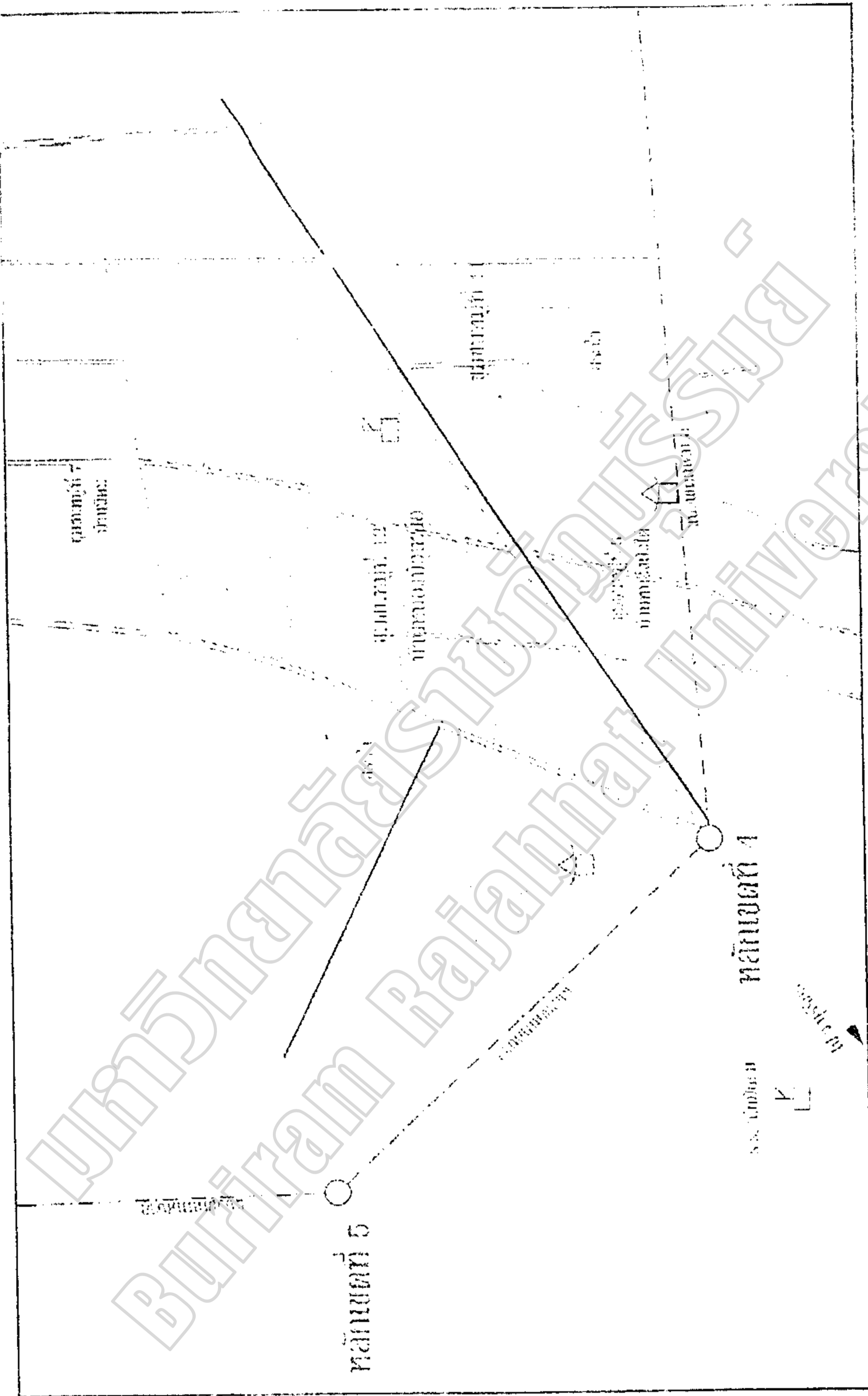
ภาพผู้ป่วยเบาหวานถ่ายรูปร่วมกัน



ภาพแสดงแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน

ภาคผนวก ข
แผนที่ชุมชนหนองบัวเหนือ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Buriram Rajabhat University



แผนผังการเดินรถของรถโดยสาร
 No. 234

Buriram Rajabhat University

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสุนทรี เชยชุ่ม
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2514
สถานที่เกิด	ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 24 - 28 หมู่ที่ 1 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ 31150
สถานที่ทำงาน	สำนักงานเทศบาลตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์
ตำแหน่งงาน	นักบริหารงานสาธารณสุข 7
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2526 ประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2532 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนคอนเมืองทหารอากาศบำรุง กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2536 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2552 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ศศ.บ.) สาขาการวิจัยและพัฒนา ห้องถิ่นมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์