

ผลกระทบจากโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของกรมควบคุมโรค
ต่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในประเทศไทย
IMPACT FROM THE PARTICIPATORY ACTION RESEARCH PROJECT OF
THE DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL FOR PREVENTION
AND CONTROL OF DISEASE AND HEALTH
HAZARDS IN THAILAND

เดชา บัวเทศ¹,

นิเทศ สนั่นนารี² และ ธงศักดิ์ ดอกจันทร์³

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี¹

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น²

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี³

Decha Buathet¹,

Nites Sanannaree² and Thongsak Dokchan³

The Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi²

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Khon Kaen Campus²

The Office of Disease Prevention and Control 10, Ubon Ratchathani³

Corresponding Author, E-mail: pray.poku2518@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบและการยอมรับจากการดำเนินโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของกรมควบคุมโรคระหว่างปี 2552-2554 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และประชาชนทั่วไป จำนวน 80 คน ด้วยการสนทนากลุ่มและบันทึกผลการดำเนินงาน ตามตัวแปร

* ได้รับบทความ: 14 กรกฎาคม 2564; แก้ไขบทความ: 23 ธันวาคม 2564; ตอรับตีพิมพ์: 29 ธันวาคม 2564

ด้านการเปลี่ยนแปลงระดับปัจเจกบุคคล ระดับชุมชน ระดับองค์กรหรือสถาบัน และความยั่งยืนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การเสนอแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบยั่งยืนผลการวิจัย พบว่า ประชาชน ผู้นำชุมชน อสม. บุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่สามารถพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพในการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนได้ อสม.และประชาชนผลักดันตนเองให้เป็นผู้นำชุมชน เป็นวิทยากรบรรยายให้ความรู้ด้านสุขภาพชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหาของชุมชนตนเอง นำไปสู่ชุมชนต้นแบบในการพัฒนาและขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น ๆ ทำให้เกิดการยอมรับของหน่วยงานภายนอกเข้ามาศึกษาดูงาน และได้รับเชิญไปเป็นวิทยากรถ่ายทอดวิธีการพัฒนา

คำสำคัญ: กรมควบคุมโรค; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม; การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

Abstract

This research aimed to study the impact and acceptance of the participatory research project of the Department of Disease Control between 2009-2011. The research method was a qualitative research, collected data from a sample group of community leaders, Local government officials, Health officials, volunteers and the general public of 80 people with group discussions and the performance record. According to variables of change at individual, community, organizational or institutional levels and the sustainability of the participatory action research process to lead to the presentation of the development of a health system using a sustainable participatory process.

The results of the research were that people, community leaders, health volunteers, public health personnel at the local level were able to develop themselves to be able to analyze the problems of the community. Health Volunteers and people push themselves to be community leaders guest speakers to give knowledge on community health, able to analyze problems ,establish a problem-solving process of their own community, leading to the community development model and expanded to other communities, causing the acceptance of external agencies to visit and learn, and were invited to be a guest speakers to convey the development methods

Keywords: Department of Disease Control; Participatory Action Research; Disease Prevention and Health Hazards

บทนำ

กระบวนการเรียนรู้เป็นกลไกสำคัญที่สุดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทักษะและพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปได้ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและสังคมระดับต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นรากฐานของแก้ไขปัญหาของชุมชนและสังคม รวมทั้งเป็นการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตลอดจนทำให้มนุษย์เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (ประเวศ วะสี, 2546; เกษม วัฒนชัย. 2549; สิริลักษณ์ แยมประสาพร. 2548; เดวิด แมททิวส์, 2540) ก่อให้เกิดการปรับตัวของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชากรของโลก ให้ตามทันกระแสการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการวิจัย (ทิบดี ทัพพรณ์ และประสพชัย พสุนนท์. 2561)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) (สิทธิรัฐ ประพุทธนิธินสาร, 2546) เป็นรูปแบบที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม ชุมชน เทคนิคการมีส่วนร่วมยังเป็นรูปแบบของกระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่น (Community-Based Research : CBR) (เพ็ญประภา ภัทรานุกรม, 2560) โดยมีเป้าหมายสำคัญในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง นักวิจัยชาวบ้าน คนในชุมชนท้องถิ่น นักวิชาการ ข้าราชการ นักพัฒนาและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยจะช่วยกันแสวงหารูปแบบของการพัฒนา หรือหาวิธีการแก้ปัญหากันจนกว่าจะได้อารมณ์ของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจ (Aneksuk, A., 2017)

ในปี 2552-2554 กรมควบคุมโรคได้ดำเนินโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) จำนวน 12 โครงการ ในพื้นที่ต่าง ๆ ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ ศรีสะเกษ กำแพงเพชร สงขลา ลำพูน ชัยนาท ฉะเชิงเทรา สุรินทร์ มหาสารคาม อำนาจเจริญ แม่ฮ่องสอน และสุราษฎร์ธานี โดยทีมวิจัยจากบุคลากรของกรมควบคุมโรค ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และทีมวิจัยจากชุมชนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน การดำเนินงานผ่านมาระยะเวลาประมาณ 10 ปี ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการต่าง ๆ สามารถคงอยู่เพื่อจัดการปัญหาหรือพัฒนาท้องถิ่นชุมชนให้ดำเนินการต่อไปได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดจากโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาการยอมรับโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในประเทศไทย
3. เพื่อเสนอรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในอนาคตแบบยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Qualitative Descriptive Analysis Research)

เนื้อหาการวิจัย ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงระดับปัจจัยบุคคล ระดับชุมชน และระดับองค์กรหรือสถาบัน 2) การยอมรับการดำเนินโครงการวิจัยของกรมควบคุมโรคจากเครือข่ายและ 3) ความยั่งยืนที่เกิดจากการดำเนินโครงการวิจัยของกรมควบคุมโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรศึกษา ได้แก่ บุคลากรสังกัดกรมควบคุมโรคที่เป็นทีมวิจัย บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่วิจัย ทุกคน

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงรวมทั้งสิ้น 80 คนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้
กลุ่มที่ 1 บุคลากรสังกัดกรมควบคุมโรคที่เป็นทีมวิจัย จำนวน 15 คน

กลุ่มที่ 2 บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นพื้นที่วิจัย ตามจำนวนที่เข้าร่วมดำเนินการทุกโครงการ รวมทั้งสิ้น 5 คน

กลุ่มที่ 3 บุคลากรของเครือข่ายในพื้นที่วิจัย แห่งละ 12 คน รวม 60 คน

สถานที่วิจัย จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำพูน ชัยนาท ฉะเชิงเทรา สุรินทร์ และศรีสะเกษ
ระยะเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณ 2563)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ (Interview Form) เป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non Structure Interview) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

2. แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการกำหนดประเด็นการสนทนากลุ่มเพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่ม ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่มเข้าร่วมในการให้ข้อมูลประมาณ 8-10 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) เพื่อให้ได้องค์ความรู้ ประวัติความเป็นมา สภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการพัฒนา

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลกับตัวแทนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อคิดเห็นและแนวทางในการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยการตีความ (interpretation) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

1.1 การเปลี่ยนแปลงระดับปัจเจกบุคคล บุคลากรของ สสจ./สสอ./รพ.สต./องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/อสม. และประชาชนในชุมชนเกิดกระบวนการพัฒนาดตนเองให้สามารถคิด วิเคราะห์ สภาพปัญหาของชุมชนได้ และนำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมแก้ไขปัญหาได้ 5 ใน 9 ของ แกนนำ อสม.สามารถผลักดันตนเองให้เป็นผู้นำชุมชนได้ และ 1 คน สามารถพัฒนาดตนเองให้เป็น อสม. ดีเด่นในระดับจังหวัดและระดับเขต นำไปสู่การเป็นวิทยากรถ่ายทอดกระบวนการทำวิจัยให้พื้นที่อื่น ๆ ได้ สำหรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) เกิดการพัฒนาดตนเองให้เป็นผู้วิทยากรเผยแพร่ องค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนวิธีคิด มีจิตอาสาในการทำกิจกรรมของชุมชน และวิธีการ แก้ไขปัญหาในพื้นที่ ตั้งแต่กระบวนการคิด วิเคราะห์ เพื่อหาประเด็นปัญหา ซึ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม “คิดเป็น ทำเป็น” และนำไปสู่การต่อยอด การพัฒนาดในปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ได้

1.2 การเปลี่ยนแปลงระดับชุมชน ทำให้ชุมชนรู้และตระหนักดีว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมันมาจากชุมชน ของเขาเอง เขาจะต้องรู้และจัดการกับปัญหานั้น แทนที่จะโยนให้คนอื่นที่อยู่นอกชุมชนมาจัดการ เดิมก็ ทำอยู่เฉพาะแกนนำท้องถิ่น ไม่รู้ว่าจะเอาคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างไร และทุกคนจะต้องเป็น เจ้าของปัญหาให้ได้ ก่อให้เกิดโครงการที่สำคัญเป็นต้นแบบได้ในปัจจุบัน เช่น โครงการโรงพยาบาล 75 เตียง การอบรม อสม.ให้มีความรู้และทักษะในการบริหารผู้ป่วยติดเตียงได้อีกทั้งตำบล จำนวน 160 คน สุดท้าย จึงเป็นที่มาของโรงเรียน อสม.แห่งแรกในประเทศไทย และเกิดนักบริหารชุมชนขึ้นเป็นแห่งแรกใน ประเทศไทย นอกจากนี้ต้องทำให้ประชาชนมีความเข้าใจ เกิดความตระหนักต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ หลากหลายมากขึ้น ชุมชนเกิดการตื่นตัวและตระหนักต่อภาวะเสี่ยงมากขึ้น ที่สำคัญมีการขยายพื้นที่ ดำเนินการ มีการกำหนดกฎของชุมชน มีการติดตามประเมินความสำเร็จ นอกจากนี้ชุมชนสามารถโน้มน้าว ชาวบ้านให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน อสม.สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยการดึงเครือข่ายมาร่วมทำงาน

1.3 การเปลี่ยนแปลงระดับหน่วยงาน การพัฒนาโดยใช้กระบวนการ PAR ทำให้หน่วยงานชุมชน ประชาชน เกิดกระบวนการทำงานร่วมกันมากขึ้นและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ก่อให้เกิดความตระหนัก ความเป็นเจ้าของปัญหา มีการพัฒนา ปรับปรุงวิธีการทำงานอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับ จากหน่วยงานภายนอก ได้รับรางวัลผลการดำเนินงานมากมาย ตัวอย่างเช่น เกิดหมู่บ้านต้นแบบอาหาร ปลอดภัย โครงการปลาร้าปลอดภัย อำเภอ จังหวัดที่มีกองทุนสุขภาพตำบล 100% แห่งแรกของ ประเทศไทย ที่เริ่มจากหาหาอาษา หมู่บ้านชนะเลิศการจัดบ้านน่าอยู่น่าอาศัยของจังหวัดชัยนาท โรงเรียน อสม.แห่งแรกของประเทศไทย ฯลฯ

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหา มีการตื่นตัว มีการคิดอย่างเป็นระบบ เปลี่ยนแปลงวิธีคิดในการมองความขัดแย้งในชุมชนให้เป็นธรรมชาติ ไม่ได้มองอย่างหนักใจ ใช้กระบวนการวิจัย PAR เป็นฐานในการแก้ปัญหา ดึงเครือข่ายมาร่วมและที่สำคัญมีเวทีเปิดใจนั่งคุย รับฟังและนำแนวคิดสู่การแก้ไขปัญหาชุมชน

2. การยอมรับของชุมชนต่อโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมการยอมรับ/การถ่ายทอดส่งต่อโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมก่อให้เกิดการต่อยอดจากตำบลหนึ่งไปสู่อีกตำบลหนึ่ง ตัวอย่างเช่น ตำบลหาดอาษา ขยายผลให้เกิดตำบลต้นแบบขึ้นในทุกอำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นตัวขับเคลื่อนในการพัฒนาและขยายผลจนครบทุกตำบลในจังหวัดชัยนาทเป็นต้น สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนด้วยการมีกองทุนสุขภาพตำบลครบทั้งจังหวัดเป็นแห่งแรกในประเทศไทย การขยายผลก่อให้เกิดตำบลต้นแบบที่มีความยั่งยืน คือ ตำบลห้วยงู อ.หันคา ที่ขับเคลื่อนจนเป็นที่ยอมรับในการศึกษาฐานของหน่วยงานภายนอก ปีละ 15-20 หน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

การยอมรับจากโครงการวิจัยของกรมควบคุมโรค ส่งผลให้เกิดนักวิจัยชุมชน เกิดการชักชวน ดึงคนเข้ามามีส่วนร่วม การทำงานร่วมกัน ทั้งแกนนำชุมชน อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) เทศบาล ทำให้ท้องถิ่นยอมรับนำไปสู่การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการพัฒนา และเกิดการรวมตัวของนักพัฒนาชุมชนหรือนักวิจัยพื้นที่ เพราะโครงการวิจัย PAR ฝึกให้คนมีแผน มีความพร้อม เป็นผู้รับฟังผู้อื่น เสนอความคิดเห็นที่หลากหลาย และทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ปัญหาชุมชนที่ต้องแก้ไขร่วมกัน

3. ความยั่งยืนของโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ความยั่งยืนเกิดจากมีเครือข่ายเกิดขึ้น ในท้องถิ่น สนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองมีทั้งเครือข่ายที่เป็นบุคคล กลุ่ม หรือองค์กร นอกจากนี้ยังมีจิตอาสาร่วมดำเนินการ การรวมพลังจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ การขยายพื้นที่และสร้างการยอมรับทั้งจากคนในพื้นที่และคนนอกพื้นที่ และนำเอาไปใช้หรือประยุกต์ใช้ได้อย่างหลากหลาย และการนำไปใช้ได้จริงตามสภาพปัญหาของชุมชน และขยายผลในพื้นที่ต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่จะได้เกิดโครงข่าย ถักทอเป็นสายใยการพัฒนา นี่คือการยั่งยืนของโครงการ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพภาพชุมชน

1.1 การเปลี่ยนแปลงระดับปัจเจกบุคคล จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล (รพ.สต.)องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชน เกิดการพัฒนาตนเองสามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของชุมชนได้ เป็นที่ยอมรับของประชาชน 5 ใน 9 ของ แก่นนำ อสม.สามารถผลักดันตนเองให้เป็นผู้นำชุมชนได้ และ 1 คน สามารถพัฒนาตนเองให้เป็น อสม. ดีเด่นในระดับจังหวัดและระดับเขต จึงสะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มีความเป็นพลวัตรของการพัฒนา ให้ความอิสระในการคิดเชิงปัจเจกบุคคล (อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และ พิมพิมล วงศ์ไชยา, 2560)

1.2 การเปลี่ยนแปลงระดับชุมชนพบว่า ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลง รู้และตระหนักดีว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นมันมาจากชุมชนของเขาเอง เขาจะต้องรู้และจัดการกับปัญหานั้น แทนที่จะโยนให้คนอื่น ที่อยู่นอกชุมชนมาจัดการจะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหาของตนเองและจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ด้วย ตนเอง (สำราญ สารบรรณ และคณะ, 2555; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2554) ทำให้ปัญหาเป็น ของชุมชน และทุกคนจะต้องเป็นเจ้าของปัญหาให้ได้ ก่อให้เกิดโครงการที่สำคัญเป็นต้นแบบได้ในปัจจุบัน เช่น โครงการโรงพยาบาล 75 เตียง การอบรม อสม.ให้มีความรู้และทักษะในการบริหารผู้ป่วยติดเตียงได้ อีกทั้งตำบล 160 คน สูดทัยจึงเป็นที่มาของโรงเรียน อสม.แห่งแรกในประเทศไทย และเกิดนักบริหารชุมชน ขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศไทย

1.3 การเปลี่ยนแปลงระดับหน่วยงานพบว่า หน่วยงานชุมชน ประชาชน เกิดกระบวนการ ทำงานร่วมกันมากขึ้นและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ก่อให้เกิดความตระหนัก ความเป็นเจ้าของปัญหา มีการพัฒนา ปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง รับรู้เป้าหมายร่วมกันทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับจาก หน่วยงานภายนอก (จุฑารัตน์ ผาสุ และ ธนวรรณ อิมสมบุญ, 2555)

2. การยอมรับของชุมชนต่อโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีการขยาย พื้นที่ที่เกิดเป็นตำบลต้นแบบ มีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ มีการศึกษาดูงานของหน่วยงานภายนอก ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการยอมรับให้เป็นผู้ถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้นำท้องถิ่น และ ที่สำคัญได้เกิดการขยายผลการใช้เครื่องมือพัฒนาท้องถิ่นที่เรียกว่า แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ในการ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ถึงแม้ว่าจะใช้ได้ไม่เต็มรูปแบบนัก แต่ก็เป็นการประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบท พื้นที่ (จุฬา ทองประไพ, 2562)

3. ความยั่งยืนของโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วม การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า มีการขยายพื้นที่และ สร้างการยอมรับทั้งจากคนในพื้นที่และคนนอกพื้นที่ได้อย่างกว้างขวาง เป็นต้นแบบการปฏิบัติงานในฐานะ แก่นนำสุขภาพในระดับชุมชน บุคลากรของชุมชนพัฒนาตนเองให้เป็นวิทยากรเผยแพร่องค์ความรู้ แนวทาง ปฏิบัติ จุดประกายให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของผู้นำสุขภาพในระดับตำบลมากขึ้น ท้ายสุดจะนำไปสู่การ สร้างแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ตรงกับสภาพปัญหามากที่สุด

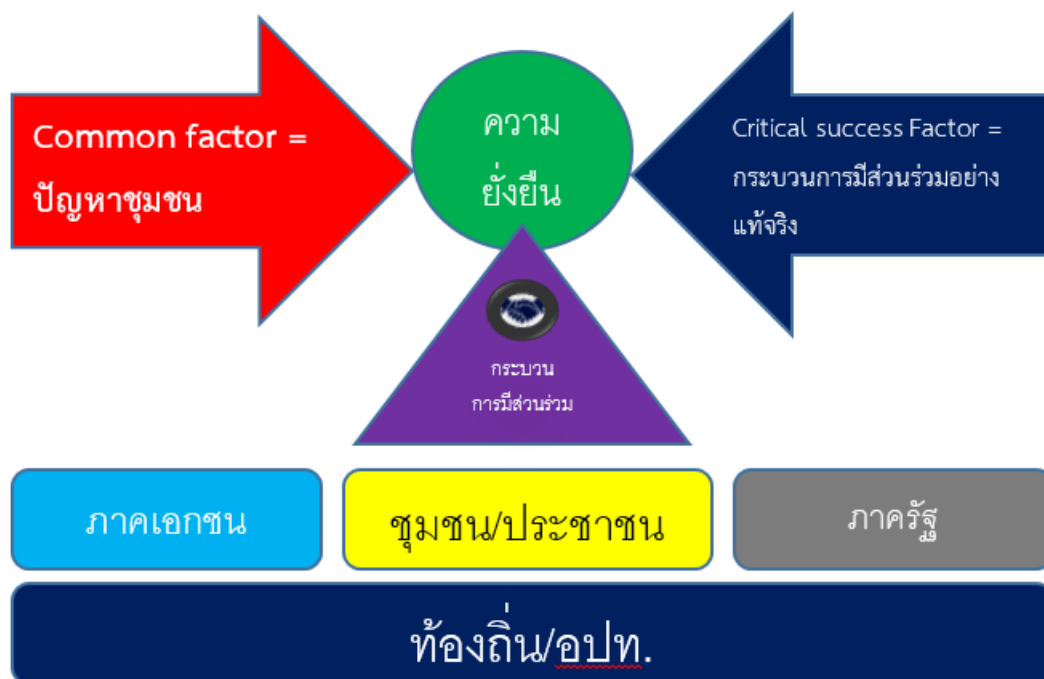
(สุจิตรา อังศรีทองกุล และ วราภรณ์ อึ้งพานิชย์, 2553)

ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหากนำไปใช้หรือประยุกต์ใช้ได้อย่างชาญฉลาด และนำไปใช้ได้จริงตามสภาพปัญหาของชุมชน มันคือความยั่งยืนของโครงการ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนานักวิจัยทั้งในระดับหน่วยงานและในระดับท้องถิ่นชุมชน เน้นการสร้างนักวิจัยชุมชนที่นำเอาชาวบ้านมาเป็นนักวิจัยและนักพัฒนาท้องถิ่นชุมชน
2. การพัฒนางานวิจัย ต้องเน้นการแก้ไขปัญหาในระดับชุมชนที่ผสมผสานกับกระบวนการวิจัย PAR ให้มากขึ้น
3. โครงการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนควรมีความต่อเนื่อง เน้นการสร้างต้นแบบให้กับชุมชน และขยายต่อในระดับพื้นที่
4. การพัฒนาและแก้ไขปัญหาชุมชนต้องกำหนดเป็นระดับนโยบาย หากปล่อยให้ไปไปตามความคิดและความต้องการของนักวิจัย จะไม่เกิดประโยชน์ในเชิงพื้นที่และการแก้ไขปัญหา รวมทั้งไม่เกิดนักวิจัยท้องถิ่นชุมชน
5. การกำกับ ติดตาม สร้างแรงจูงใจ ให้รางวัล กับนักวิจัย/นักพัฒนา เพื่อให้เกิดการสร้างสรรคงานวิจัยและนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์กับท้องถิ่นชุมชน มากกว่าการสร้างงานวิจัยขึ้นหิ้งหรืองานวิจัยเพื่อเลื่อนระดับ

องค์ความรู้ใหม่



เอกสารอ้างอิง

- เกษม วัฒนชัย. (2549). การเรียนรู้ที่แท้และพอเพียง. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- เดวิด แมททิวส์ (แปลโดย จีรวุฒิ เสนาคำ). (2540). จากปัจเจกสู่สาธารณะ กระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- เพ็ญประภา ภัทรานุกรม. (2560). วิจัยเพื่อท้องถิ่น : บทบาทมหาวิทยาลัยในการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน. *วารสารร่วมพฤษภูมิ มหาวชิราวุธวิทยาลัย*, 35(3), 137-156.
- จุฑารัตน์ ผาสุข และธนวรรณ อิมสมบุญ. (2555). ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. *วารสารควบคุมโรค*, 38(3), 256-262.
- จุฬา ทองประไพ. (2562). แนวทางการขับเคลื่อนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์สู่การบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อสร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน. *รายงานการวิจัย*. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ: กรุงเทพมหานคร.

- ทิปดี ทัทพรรณ และ ประสพชัย พสุนนท์. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนา ศักยภาพผู้ประกอบการเชิงสร้างสรรค์. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*, 11(2), 46-76.
- ประเวศ ะสี. (2546). การพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบพุทธ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2554). การศึกษาผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน. *รายงานการวิจัย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: นนทบุรี.
- สำราญ สารบรรณ และคณะ. (2555). โครงการส่งเสริมการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตมันสำปะหลังปี 2554. *รายงานการวิจัย*. กองวิจัยและพัฒนางานส่งเสริมการเกษตร สำนักส่งเสริมและจัดการสินค้าเกษตร สำนักพัฒนาคุณภาพสินค้าเกษตร กรมส่งเสริมการเกษตร 2555: กรุงเทพมหานคร.
- สิทธิณัฐ ประพุทธิสาร. (2546). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : แนวคิดและแนวปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: วณิดา เพรส.
- สิริลักษณ์ ไยมประสาพร. (2548). กระบวนทัศน์ใหม่กับการเรียนรู้ของชุมชน. กรุงเทพมหานคร: พิสิษฐ์ไทยออฟเซต.
- สุจิตรา อังศรีทองกุล และวารวรณ์ อึ้งพานิชย์. (2553). การพัฒนางานเสริมสร้างสุขภาพป้องกันควบคุมโรค โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กรณีศึกษา : ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. *วารสารควบคุมโรค*, 36(1), 1-9.
- อมาวลี อัมพันศิริรัตน์ และ พิมพิล วงศ์ไชยา. (2560). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 36(6), 192-202.
- Aneksuk, A. (2017). Participatory Action Research. Retrieved 23 June 2021, from: <https://www.gotoknow.org/posts/378030>