

รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรีย
ในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ศรัญญา ดวงสิงห์ชัย

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาธารณสุขศาสตร์

กันยายน 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเลีย
ในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

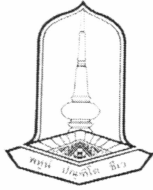
ศรัญญา ดวงสิงห์ชัย

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

กันยายน 2557

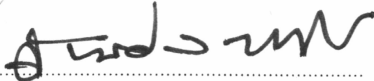
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ นางศรีัญญา ดวงสิงห์ชัย
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

✓ 

(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

ประธานกรรมการ

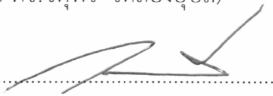
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)



(อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล)

กรรมการ

(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)



(อาจารย์ ดร.กระจ่าง ตลับนิล)

กรรมการ

(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)



(อาจารย์ ดร.กัลยา หาญพิชาญชัย)

กรรมการ

(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

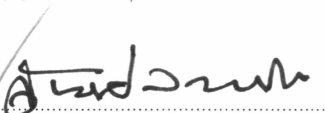


(อาจารย์ ดร.ธีรยุทธ อุดมพร)

กรรมการ

(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

✓ 

(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์



(ศ.ดร.ประติษฐ์ เทอดพูล)

ผู้รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 19 เดือน ก.ย. พ.ศ. 2557



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.กระจ่าง ตลับนิล กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาช่วยแนะนำ และตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจน ชี้แนะในการแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ จนสำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ นางนิภา สุทธิพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ แพทย์หญิงภัทรี เลาดิเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ และนายประเสริฐ เก็มประโคน นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการ พิจารณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำแนะนำที่ดีในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายอำเภอโนนดินแดง นายกเทศมนตรีองค์การบริหารตำบลส่วนท้องถิ่น อำเภอโนนดินแดง และคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการให้พื้นที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการ ผู้บริหาร เพื่อนร่วมงาน โรงพยาบาลโนนดินแดง สำนักงานสาธารณสุข อำเภอโนนดินแดง ที่มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุน เพื่อนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.11) สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และ ครอบครัวที่ให้ความสำคัญช่วยเหลือทุกด้านระหว่างที่ศึกษา และให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข วิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอน้อมนำคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ บูชาพระคุณ บูพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ ด้านวิชาการ คุณธรรมและจริยธรรม เพื่อให้ผู้วิจัยได้นำไปพัฒนาตน พัฒนาคณะและพัฒนางาน ให้มีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลต่อไป

ศรัณญา ดวงสิงห์ชัย



ชื่อเรื่อง	รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูภาค อำเภอนอนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
ผู้วิจัย	นางศรัญญา ดวงสิงห์ชัย
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
กรรมการควบคุม	อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ ดร.กระจ่าง ตลับนิล
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ทราบรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูภาค อำเภอนอนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ควรมีลักษณะอย่างไร โดยการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การศึกษาเชิงสำรวจ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 40 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข 15 คน คณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 9 คน คณะกรรมการจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง 8 คน และคณะกรรมการภาคประชาชน 8 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์การมีส่วนร่วม ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติ คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ความพร้อมต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.26$) เมื่อพิจารณารายด้าน ปรากฏว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ ($\bar{x} = 3.83$) รองลงมาคือด้านการบริหารจัดการ ($\bar{x} = 3.49$) ด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.65$) และรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูภาค มี 9 ขั้นตอน คือ (1) การศึกษาบริบทของพื้นที่ (2) ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดำเนินงาน (3) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ (4) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (5) การประสานแผนและบูรณาการด้านงบประมาณ (6) การพัฒนามาตรฐานงานควบคุมโรคมalariaเรื้อรังตามมาตรฐานควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยา (7) การมีส่วนร่วมระหว่างการทำงานกิจกรรม (8) การมีส่วนร่วมหลังการดำเนินกิจกรรม และ (9) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและสรุปปัญหาอุปสรรคเสนอแนะแนวทางแก้ไข

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูภาค ด้วยการระดมทรัพยากร ด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ และการบริหารจัดการ โดยผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูภาคสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : รูปแบบ, โรคมalariaเรื้อรัง, คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรค



TITLE Participation Building Model of Malaria Prevention and Control Committee in Periodic Transmission Areas of Non Din Daeng District, Buriram Province

AUTHOR Ms. Sarunya Duangsinghachai

DEGREE Master of Public Health **MAJOR** Public Health

ADVISOR Jatuporn Luangubon, Ph.D.
Krajang Talabnin, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2014

ABSTRACT

This research is action research examines the participation building model of Malaria prevention and control committee in periodic transmission areas of Non Din Daeng District, Buriram Province, The procedures were divided into 2 phases: 1) a survey study taken in Non Din Daeng District, Buriram Province; and 2) development the participation building model of Malaria prevention and control committee in periodic transmission areas of Non Din Daeng District, Buriram Province, by applying an appreciation influence control technique. The purposive sampling technique was used to select 40 samples, which included 15 samples from the public health committee, 9 samples from the local government committee, 8 samples from relevant government sectors, and 8 samples from the public sector. Both quantitative and qualitative data were collected. Data were analyzed for the participation and factors affecting success in prevention and control of Malaria in periodic transmission areas. and analyzed using percentage, mean, and standard deviation.

The research results regarding the participation building model of Malaria prevention and control committee in periodic transmission areas of Non Din Daeng District, Buriram Province, show that the operation availability of Malaria prevention was at moderate level ($\bar{x} = 3.26$) in overall. The consideration of individual aspects showed that the aspect with the highest mean was educational equipment ($\bar{x} = 3.83$), followed by administration ($\bar{x} = 3.49$). The aspect with the lowest mean was expenditure ($\bar{x} = 2.65$). The results regarding development of the participation building model of Malaria prevention and control committee in periodic transmission areas showed that the development operations consisted of 9 steps: 1) a study of area context, 2) a participatory workshop for problems analysis and operation planning, 3) a training workshop for potential development of Malaria prevention and control committee in the area, 4) a participation support of network associates, 5) plan coordination and integration of expenditure, 6) standard development of Malaria



control based on epidemic disease control of 5 epidemiological characteristics, 7) participation during the operation, 8) participation after the operation, and 9) an exchange of lessons learned, summary of problems, and suggestion of solution.

All in all, the key success factors of the participation building model of Malaria prevention and control committee in periodic transmission areas of Non Din Daeng District, Buriram Province, depended on the mobilization of 4 resources: personnel, expenditure, educational equipment, and administration. In addition, the administrators should be and the policy should be clear. The participation of relevant people with knowledge and understanding in the roles could lead to the effective participation and performance and make the participation building model of Malaria prevention and control committee in periodic transmission areas of Non Din Daeng District, Buriram Province, appropriate to the area context and effective.

Keywords: Model, Malaria, disease prevention and control committee



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพประกอบ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
1.4 ความสำคัญของการวิจัย	3
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	5
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	6
2.1 ความรู้โรคมะเร็ง	6
2.2 ความรู้เกี่ยวกับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	11
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วม	12
2.4 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม	21
2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	24
2.6 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	35
3.1 รูปแบบการวิจัย	35
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
3.4 วิธีดำเนินการวิจัย	38
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
3.6 การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย	39
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	40
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	41
4.1 ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงสำรวจ	41
4.1.1 ข้อมูลทั่วไปอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	41



4.1.2 ข้อมูลโครงสร้างคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ในเขตพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	45
4.2 ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	49
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากร	53
ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อ บางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	55
ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อ บางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	59
ตอนที่ 4 ข้อมูลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	62
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	66
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	66
5.2 สรุปผล	67
5.3 อภิปรายผล	74
5.4 ข้อเสนอแนะ	78
เอกสารอ้างอิง	79
ภาคผนวก	82
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	83
ภาคผนวก ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	85
ภาคผนวก ค ผลการตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	87
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	94
ภาคผนวก จ แผนปฏิบัติการที่ได้จากการศึกษาวิจัย	102
ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรม	107
ประวัติย่อผู้วิจัย	114



สารบัญตาราง

		หน้า	
ตาราง	4.1	ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะประชากร	53
ตาราง	4.2	ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล จำแนกรายด้าน	55
ตาราง	4.3	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านบุคลากร จำแนกรายข้อคำถาม	55
ตาราง	4.4	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านงบประมาณ จำแนกรายข้อคำถาม	56
ตาราง	4.5	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ จำแนกรายข้อคำถาม	57
ตาราง	4.6	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านการบริหารจัดการ จำแนกรายข้อคำถาม	58
ตาราง	4.7	การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	62



สารบัญภาพประกอบ

		หน้า	
ภาพประกอบ	2.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	34
ภาพประกอบ	4.1	แผนที่แสดงเขตการปกครองอำเภอโนนดินแดง	43
ภาพประกอบ	4.2	การรายงานโรคของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	48
ภาพประกอบ	4.3	รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	65



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

มาลาเรียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ประชากรร้อยละ 36 ของประชากรจากกว่า 90 ประเทศทั่วโลกอาศัยอยู่ในบริเวณที่มีการแพร่กระจายของโรคมาลาเรีย สำหรับประเทศไทยมาลาเรียยังเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อปรสิตที่มีความสำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาลาเรียฟัลซิพารัม เนื่องจากอาจมีอาการรุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้ แม้ว่าโรคนี้จะมีอัตราป่วยและอัตราตายลดลงแต่ยังไม่สามารถกวาดล้างมาลาเรียให้หมดไปได้ ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา อัตราป่วยและอัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปัจจุบันนี้เทคโนโลยีทางการแพทย์ติดต่อสื่อสาร การคมนาคม และการไปมาหาสู่กัน ระหว่างประชาชนที่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดนระหว่างประเทศ มีความสะดวกรวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหาการแพร่กระจายของโรคติดต่อไปยังประชาชนที่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดนระหว่างประเทศอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีผลกระทบมาจากสภาพปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองจากประเทศเพื่อนบ้าน ประชากรส่วนหนึ่งที่ยากจนจึงอพยพเคลื่อนย้ายไปแสวงหางานทำและบางส่วนได้หนีภัยการเมืองเข้ามาอยู่ตามแนวชายแดนหรือหลบหนีเข้าเมืองเป็นแรงงานในประเทศไทย โดยได้รับจดทะเบียนแรงงานและไม่จดทะเบียนแรงงานบ้าง จากสภาพการเคลื่อนย้ายประชากรดังกล่าวทำให้เกิดสภาพปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญคือ การนำโรคติดต่อมาด้วย เช่น โรคไข้กาฬหลังแอ่น, ไข้มาลาเรีย, วัณโรค, อุจจาระร่วง, และโรคติดต่ออื่น ๆ (กรมควบคุมโรค, 2554)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้โรคเอดส์ โรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก และวัณโรค เป็น 4 โรคหลัก ที่ต้องเร่งแก้ไขโดยด่วน เนื่องจากแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นทั่วโลก โดยจำนวนผู้ที่ติดเชื้อมาลาเรียทั่วโลกมีจำนวน 300 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 1 ล้านคน โดยพบว่าร้อยละ 90 เกิดขึ้นในทวีปแอฟริกา ส่วนใหญ่เกิดกับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ด้านสถานการณ์ผู้ป่วยมาลาเรียในประเทศไทย นับตั้งแต่เดือน มกราคม - ธันวาคม 2553 มีทั้งหมด 25,629 ราย เป็นคนไทย 18,371 ราย และชาวต่างชาติ 27,257 ราย เมื่อเปรียบ เทียบผู้ป่วย ปี 2553 กับปีที่ผ่านมา พบจำนวน ผู้ป่วยไทยสูงขึ้นร้อยละ 6.14 พบว่าชาวต่างชาติได้เพิ่มจำนวนสูงขึ้นถึงร้อยละ 30.26 และพบว่าปัญหาหลักในการเพิ่มอัตราการเกิดโรคมาลาเรียในไทยเนื่องจากการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย จังหวัดที่มีแนวโน้มการระบาดของอย่างรุนแรงคือจังหวัดชายแดนที่มีพื้นที่ติดกัมพูชา, พม่า และมาเลเซีย กรมควบคุมโรคจึงได้ให้ความสำคัญกับภาวะการติดต่อยาแพร่กระจาย โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวตามเขตชายแดนและพบมากในพื้นที่เสี่ยง A1 และ A2 ซึ่งจะต้องมีมาตรการรองรับที่ชัดเจน (กรมควบคุมโรค, 2554)

จากรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์พบว่าสถานการณ์โรคมาลาเรียระดับจังหวัดปี 2552 มีอัตราป่วย 4.08 ต่อประชากรแสนคน ปี 2553 มีอัตราป่วย 4.45 ต่อประชากรแสนคน ปี 2554 มีอัตราป่วย 4.44 ต่อประชากรแสนคน ปี 2555 มีอัตราป่วย 0.64 ต่อประชากรแสนคน และปี 2556 มีอัตราป่วย 0.19 ต่อประชากรแสนคนซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศูนย์เท่ากับ 3 ราย อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคืออำเภอแคนดง



อัตราป่วยเท่ากับ 6.12 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอ โนนดินแดงและอำเภอเฉลิมพระเกียรติ (ศูนย์ระบาดวิทยาจังหวัดบุรีรัมย์, 2556) โดยในพื้นที่อำเภอโนนดินแดงเป็นพื้นที่เสี่ยง A2 นั่นคือ พบการเกิดโรคมาลาเรียแพร่เชื้อบางฤดูกาลรวมแล้วน้อยกว่า 6 เดือนต่อปี ตลอดระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งปี 2552 มีอัตราป่วย 6.02 ต่อประชากรแสนคน ปี 2553 มีอัตราป่วย 3.45 ต่อประชากรแสนคน ปี 2554 มีอัตราป่วย 3.58 ต่อประชากรแสนคน ปี 2555 ไม่พบผู้ป่วยแต่กลับพบผู้ป่วยอีกครั้งในปี 2556 มีอัตราป่วย 3.59 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์, 2556) ซึ่งพื้นที่อำเภอโนนดินแดงส่วนใหญ่เป็นเขตป่าสงวนแห่งชาติและมีพื้นที่ติดชายแดนกัมพูชาและมีแรงงานต่างด้าวมาทำงานเป็นจำนวนมาก ซึ่งเสี่ยงต่อการระบาดของโรคมาลาเรีย และมีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขแบบตั้งรับ

ผลจากการนิเทศติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ ร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ พบประเด็นว่า ปีงบประมาณ 2556 หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) ได้โอนงานมาลาเรียมายังสาธารณสุขจังหวัด เนื่องจากไม่มีการจัดสรรบุคลากรทดแทน โดยการโอนงานไม่มีการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร สนับสนุนส่วนวัสดุอุปกรณ์บางส่วนโอนรับต่อจากหน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง โดยงานควบคุมโรคติดต่อ สาธารณสุขจังหวัด ต้องบริหารรูปแบบเอง จึงพบว่า อำเภอ โนนดินแดงยังขาดการทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันโรคมาลาเรียและเมื่อเกิดโรคในเขตรับผิดชอบ ผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุขมีการออกควบคุมโรคร่วมกับหน่วยควบคุมมาลาเรียซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่นอกพื้นที่น้อยมาก ทำให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียยังมีจุดอ่อนเรื่องความร่วมมือของประชาชนและภาคีเครือข่าย อีกทั้งขาดกระบวนการวิเคราะห์ และวางแผนด้านสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรียจนเป็นพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล (perennial transmission area) หรือพื้นที่ A2 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของทวีศักดิ์ ศรีวงศ์พันธ์ (2551) ศึกษาเรื่อง ระดับความพร้อมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกลุ่มเป้าหมายผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีความพร้อมระดับปานกลาง ด้านที่มีความพร้อมสูงสุด ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ รองลงมาได้แก่ด้านงบประมาณ ส่วนด้านบุคคลมีความพร้อมต่ำสุด สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตเมือง จังหวัดเชียงราย ได้แก่ ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถโดยตรงในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม (participation theory) มาใช้ในการกำหนดรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการแก้ไขปัญหาเป็นเครื่องมือ เน้นให้คณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยภูมิปัญญาและทรัพยากรในท้องถิ่น ในการค้นหาทางเลือกแก้ปัญหา พร้อมทั้งลงมือ



ปฏิบัติ และติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อและสามารถการแก้ปัญหาของพื้นที่ได้

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ควรมีลักษณะอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2 วัตถุประสงค์ทั่วไปวัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.2 เพื่อการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถติดตามปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทกับพื้นที่ จะทำให้คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้ออำเภอโนนดินแดงมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของในการคิดวางแผน ลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง จะนำไปสู่การลดขั้นตอนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล ลดการดำเนินงานซ้ำซ้อนกับหน่วยงานสาธารณสุข ลดการสิ้นเปลืองของการใช้ทรัพยากรโดยไม่จำเป็นในพื้นที่ โดยใช้รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ต่อไป



1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหา ระดับความพร้อม และบริบทของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยศึกษาถึงรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

2.1 ด้านพื้นที่ อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

2.2 ประชากร คือ คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 คน

2.3 กลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

2.4 ระยะเวลาที่ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน 2557

2.5 ตัวแปรของการวิจัย ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ตัวแปรบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ตัวแปรด้านความรู้ และกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 พื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล (periodic transmission area) หรือพื้นที่ A2 ซึ่งเป็นหมู่บ้าน หรือกลุ่มบ้าน ที่พบผู้ป่วยติดเชื้อมาในพื้นที่ยี่สิบเฉพาะบางเดือน รวมแล้วน้อยกว่า 6 เดือนต่อปี ตลอดระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา

1.6.2 การควบคุมโรค (control) หมายถึง การลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรค ด้วย มาตรการแทรกแซงต่าง ๆ เพื่อหยุดยั้งอุบัติการณ์ของโรค ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม รวมทั้ง การหยุดยั้ง กระบวนการที่จะเกิดตามมาจากการเกิดโรค การควบคุมโรคนั้นสามารถทำให้สำเร็จได้โดยการให้การรักษา และไม่มีการระบาดของโรค

1.6.3 การป้องกันโรค (principle of prevention) หมายถึง วิธีการหรือมาตรการ ที่นำมาใช้เพื่อช่วยไม่ให้เกิดโรครุนแรงขึ้น

1.6.4 ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance rapid and respond team: SRRT) หมายถึง ข้าราชการพลเรือนหรือพนักงานของรัฐ ลูกจ้างชั่วคราวสายงานวิชาการ และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยา ที่ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

1.6.5 คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรค หมายถึง บุคคลที่ได้รับแต่งตั้งจากนายอำเภอ ในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย



1.6.6 เครือข่าย หมายถึง ขบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์และความต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่างโดยที่สมาชิกยังคงความเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน

1.6.7 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ หมายถึง การเข้าร่วมของคณะกรรมการในการ กำหนดปัญหา การหาสาเหตุของปัญหา การหาแนวทางแก้ไขปัญหา การตัดสินใจเลือกแนวทาง การแก้ไขปัญหา และการวางแผนพัฒนาแก้ไขปัญหาคือการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนามตามแผนการประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนาและการร่วมใช้ประโยชน์จากสิ่งที่ได้

1.6.8 การดำเนินงานระดับวิทยา หมายถึง การปฏิบัติงานด้านระดับวิทยา ในการเฝ้าระวังทางระดับวิทยาทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรายงานโรค การตรวจสอบ การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลความหมาย การแจ้งข่าวการระบาด และการสอบสวนควบคุมโรค

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1.7.1 ทราบบริบทรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรค มาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.7.2 รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.7.3 ผลการพัฒนา รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรค มาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.7.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรค มาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนา รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัด บุรีรัมย์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย และกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย (Malaria)
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance and rapid response team: SRRT)
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วม (participation)
- 2.4 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (appreciation influence control: A-I-C)
- 2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)
- 2.6 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย (malaria)

มาลาเรีย (Malaria) ไข้ป่า ไข้จับสั่น ไข้ป่า งู ไข้ร้อนเย็นหรือไข้ดอกสีก คำว่า malaria มาจากภาษาอิตาเลียน mal และ aria แปลว่า "อากาศไม่ดี" เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโปรโตซัวพลาสโมเดียมหรือพลาสโมเดียมเป็นโรคที่ทำให้คนที่เป็นมีอาการจับไข้ หนาวสั่น

2.1.1 ประวัติโรคมาลาเรีย

ตามหลักฐานการบันทึกได้มีการรายงาน ว่า การติดเชื่อโรคมาลาเรียในประชากรมนุษย์ นั้น มีมานานกว่า 50,000 ปีแล้ว และเชื่อกันว่าอาจเป็นเชื้อก่อโรคในมนุษย์ที่มีการกำเนิดมาพร้อมกับ การมีมนุษย์บนโลกก็เป็นได้ พบว่าเชื้อที่มีความใกล้เคียงกับมาลาเรียสามารถเป็นปรสิตในลิง ชิมแปนซีซึ่งมีความใกล้เคียงกับมนุษย์มาก ในช่วงประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ การติดเชื่อมาลาเรียได้ มีการถูกบันทึกไว้อย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ในประเทศจีนเมื่อ 2700 ปีก่อนคริสตกาลคำว่ามาลาเรียมี ที่มาจากภาษาอิตาลีโบราณคำว่า *mala aria* ซึ่งแปลว่า อากาศที่ไม่ดี

การศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์ได้ก่อให้เกิดความก้าวหน้าที่สำคัญต่อองค์ความรู้เรื่อง โรคมาลาเรียในปี พ.ศ. 2423 เมื่อแพทย์ทหารชาวฝรั่งเศสที่ทำงานในประเทศอัลจีเรียชื่อ Charles Louis Alphonse Laveran ได้สังเกตเห็นปรสิตในเม็ดเลือดแดงของคนที่เป็นมาลาเรีย จึงเสนอแนวคิดว่าสาเหตุก่อโรคมาลาเรียคือเชื้อโปรโตซัว ซึ่งการตั้งสมมุติฐานนี้เป็นครั้งแรกที่มีการระบุว่าเชื้อโปรโตซัวเป็นสาเหตุของโรค จากการค้นพบครั้งนี้และงานอื่นๆ ทำให้เขาได้รับรางวัลโนเบล สาขาสรีรวิทยาและการแพทย์ในปี พ.ศ. 2450 เชื้อโปรโตซัวนี้ได้รับการตั้งชื่อว่า *Plasmodium* (พลาสโมเดียม) โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวอิตาลีชื่อ Ettore Marchiafava และ Angelo Celli



ในปีต่อมา แพทย์ชาวคิวบาชื่อ Carlos Finley ซึ่งปฏิบัติหน้าที่รักษาผู้ป่วยโรคไข้เหลืองในฮาวานาได้เสนอว่ามาลาเรียสามารถติดต่อได้โดยมียุงเป็นพาหะ อย่างไรก็ตาม แพทย์ชาวอังกฤษชื่อ Sir Ronald Ross ที่ทำงานอยู่ในประเทศอินเดียได้พิสูจน์ในปี พ.ศ. 2441 ว่าเชื้อมาลาเรียติดต่อผ่านทางยุงได้จริง เขาสามารถพิสูจน์ได้ว่ายุงชนิดหนึ่งได้นำเชื้อโรคนี้ติดต่อไปยังนก และสามารถสกัดปรสิตมาลาเรียจากต่อมน้ำลายของยุงที่ไปกัดนกที่ติดเชื้อมันได้ จากการวิจัยนี้ทำให้ Ross ได้รับรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์ในปี พ.ศ. 2445 หลังจากลาออกจากการปฏิบัติงานทางการแพทย์ในประเทศอินเดีย Ross ได้เข้าทำงานใน Liverpool School of Tropical Medicine ที่เพิ่งก่อตั้งขึ้นใหม่ และมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคมาลาเรียในประเทศอียิปต์ ปานามา กรีซ และ มอริเชียส การค้นพบของ Finlay และ Ross ได้รับการยืนยันในเวลาต่อมาโดย medical board นำโดย Walter Reed ในปีพ.ศ. 2443 และได้รับการนำไปใช้ William C. Gorgas ในหน่วยงานสาธารณสุขระหว่างการก่อสร้างคลองปานามา การปฏิบัติงานทางสาธารณสุขนี้ช่วยชีวิตคนงานนับพันและได้เริ่มสร้างวิธีการในการต่อสู้กับโรคมาลาเรียในปัจจุบัน

2.1.2 สาเหตุของโรค

มาลาเรียเกิดจากเชื้อปรสิต สกุล *Plasmodium* 4 ชนิดได้แก่ *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae* และ *Plasmodium ovale* ซึ่งพบว่าเชื้อ *P. falciparum* และ *P. malariae* เป็นชนิดร้ายแรงที่สุด จะสามารถเข้าไปบุกรุก (invade) และทำลายเซลล์เม็ดเลือดแดงทุกระยะ แต่ *P. vivax* และ *P. ovale* นั้น จะทำลายเฉพาะเซลล์เม็ดเลือดแดงที่ยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ (Reticulocyte) เท่านั้น โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนี้ในประเทศไทยมี 2 ชนิด คือ *Plasmodium falciparum* กับ *Plasmodium vivax*

2.1.3 การติดต่อ

การติดต่อสู่คนโดยการถูกยุงก้นปล่องตัวเมียที่มีเชื้อมาลาเรียกัด ยุงก้นปล่อง ที่เป็นพาหะของมาลาเรียที่สำคัญ ในเมืองไทย มี 2 ชนิด คือ

2.1.3.1 *Anopheles Dirus* พบในป่าที่ขอบออกไข่ตามแอ่งน้ำนิ่งขังตามธรรมชาติ ลักษณะนิสัยชอบกินเลือดคนมาก ไม่ชอบกินเลือดสัตว์อื่นออกหากินตอนกลางคืนถึงเข้ามืด แต่ถ้าป่าทึบมาก ๆ ก็หากินช่วงกลางวันด้วย ยุงชนิดนี้ เป็นชนิดที่มีความสามารถในการแพร่เชื้อมาลาเรียมากกว่ายุงพาหะชนิดอื่นในประเทศไทย

2.1.3.2 *Anopheles Minimus* พบตามชายป่า ขอบวงไข่ในลำธาร น้ำใสไหลเอื่อย ๆ

2.1.4 แหล่งระบาดของโรคมาลาเรีย

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประเมินแนวโน้มการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรียว่าปี พ.ศ. 2550 นี้จะมีผู้ติดเชื้อมาลาเรียกว่า 500 ล้านคน โดยจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้อย่างน้อยหนึ่งล้านคนแหล่งโดยกรมควบคุมแห่งประเทศไทย พบว่า การระบาดของมาลาเรียในประเทศไทยอยู่ตามจังหวัดชายแดน โดยเฉพาะบริเวณที่เป็นภูเขาสูง ป่าทึบ และมีแหล่งน้ำ ลำธาร อันเป็นแหล่งแพร่พันธุ์ของยุงก้นปล่อง จังหวัดที่พบบ่อย ได้แก่ แม่ฮ่องสอน ตาก ตรานอง กาญจนบุรี จันทบุรี สระแก้ว ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี และชุมพร



2.1.5 พยาธิกำเนิด

โรคมาลาเรียในมนุษย์มี 2 ระยะ ระยะแรกอยู่ภายนอกเม็ดเลือดแดง (exoerythrocytic phase) คืออยู่ในเซลล์ตับ อีกระยะหนึ่งอยู่ภายในเม็ดเลือดแดง (erythrocytic phase) และเมื่ออยู่ที่ติดเชื้อมาลาเรียไปดูดเลือดจากมนุษย์ สปอโรซอยต์ (sporozoite) ในน้ำลายของยุงตัวนั้นจะเข้าไปสู่กระแสเลือดของมนุษย์ เมื่อสปอโรซอยต์เข้าสู่กระแสเลือดแล้วเชื้อจะไปเดินทางไปถึงตับ และจะเข้าสู่เซลล์ตับภายใน 30 นาที หลังจากยุงกัด หลังจากนั้นเชื้อจะสืบพันธุ์แบบไม่อาศัยเพศอยู่ประมาณ 6-15 วัน โดยไม่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติใดๆต่อผู้ได้รับเชื้อ เชื้อในตับจะเพิ่มจำนวนขึ้นได้นับพันหรือหมื่นตัวต่อหนึ่งเซลล์ตับ แต่ละตัวเรียกว่า เมอโรซอยต์ (merozoite) กระบวนการนี้เรียกว่า เมอโรโกนี (merogony) หรือ ชิโซโกนี (schizogony) เมื่อเจริญถึงระดับหนึ่ง เซลล์ตับจะแตกออกและเมอโรซอยต์จำนวนมากจะเข้าสู่กระแสเลือด และเข้าสู่เม็ดเลือดแดง เป็นการเริ่ม erythrocytic phase เชื้อนี้ออกจากตับโดยเอาเยื่อหุ้มเซลล์ของเซลล์ตับคลุมตัวเองไว้ ภูมิคุ้มกันไม่สามารถตรวจจับได้ เมื่อเข้าสู่ระยะในเม็ดเลือดแดงแล้ว เชื้อจะเพิ่มจำนวนแบบไม่อาศัยเพศอีกครั้ง

เมื่อได้จำนวนมากพอก็จะทำให้เม็ดเลือดแดงแตกออก และเชื้อจำนวนมากก็จะถูกแพร่เข้าสู่กระแสเลือดไปสู่เม็ดเลือดแดงใหม่ต่อไป ในแต่ละครั้งที่เม็ดเลือดแดงแตกออกและมีเชื้อจำนวนมากเข้าสู่กระแสเลือด ผู้ป่วยจะมีไข้เป็นระยะๆ การมีไข้จับเป็นระยะๆ นี้เอง ที่เรียกว่า "จับไข้" เชื้อพลาสโมเดียมบางชนิด เช่น *P. vivax* และ *P. ovale* เมื่อเข้าสู่เซลล์ตับแล้วอาจจะไม่พัฒนาเป็นเมอโรซอยต์ในทันที แต่จะเข้าสู่ระยะพักที่เรียกว่า เฮบโนซอยต์ (hypnozoite) แทน เชื้ออาจอยู่ในระยะนี้ได้นานถึง 6-12 เดือน ไปจนถึง 3 ปี หลังจากนั้นแล้ว เชื้อจึงจะเจริญต่อไป ทำให้ได้เมอโรซอยต์จำนวนมากไปสู่กระแสเลือด ที่ทำให้โรคมาลาเรียที่เกิดจากเชื้อดังกล่าวมีระยะพักตัวนาน และอาจมีการเป็นโรคซ้ำได้อีก

ปรสิตนี้แทบไม่ถูกกำจัดโดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เพราะวงจรชีวิตของเชื้อนี้ส่วนใหญ่จะอยู่ในเซลล์ คือเซลล์ตับและเซลล์เม็ดเลือดแดง ทำให้ไม่ถูกตรวจจับโดยภูมิคุ้มกันของร่างกาย อย่างไรก็ตาม เซลล์เม็ดเลือดที่ติดเชื้อจะถูกกรองและทำลายทิ้งที่ม้าม ซึ่งเป็นการทำลายเชื้อได้ทางหนึ่ง อย่างไรก็ตาม เชื้อ *P. falciparum* มีวิธีหลบหลีกจากกระบวนการการของร่างกายดังกล่าว โดยปรสิตจะมีการสร้างโปรตีนยึดเกาะบนผิวเซลล์เม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงที่ติดเชื้อไปติดอยู่กับหลอดเลือดขนาดเล็ก ซึ่งทำให้เม็ดเลือดติดเชื่อนั้นไม่ถูกกำจัดที่ม้ามและเชื้อปรสิตสามารถเจริญเติบโตต่อไปได้ การที่เม็ดเลือดแดงไปติดอยู่กับหลอดเลือดนี้เองเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนเป็นเลือดออกของมาลาเรีย และยังอาจทำให้เส้นเลือดอุดตันได้ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมาลาเรียขึ้นสมอง (cerebral malaria) แม้ว่าโปรตีนยึดเกาะนี้ (PFEMP1 ย่อมาจาก *Plasmodium falciparum* erythrocyte membrane protein 1) จะถูกนำไปแทรกไว้ที่ผิวเม็ดเลือดแดงก็ตาม โปรตีนนี้ไม่สามารถกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้ทำงานได้มากนัก เนื่องจากโปรตีนนี้มีความหลากหลายมาก ลักษณะนี้อาจเปรียบเทียบกับคนร้ายปลอมตัวที่เมื่อถูกจับได้ครั้งหนึ่งก็เปลี่ยนหน้ากากเป็นอีกแบบหนึ่ง จึงทำให้ไม่ถูกตรวจจับได้โดยง่าย

เมอโรซอยต์บางตัวจะกลายเป็นเซลล์สืบพันธุ์เพศผู้และเพศเมีย (gametocyte) หากยุงมากัดคนที่ติดเชื้อและดูดเอาเลือดที่มีเม็ดเลือดที่ติดเชื้อมาลาเรียในระยะ gametocyte (gametocyte) นี้ไป เซลล์เพศผู้และเพศเมียจะผสมพันธุ์กันในทางเดินอาหารของยุง (เนื่องจากการที่มีการสืบพันธุ์



แบบอาศัยเพศในยุงนี้เอง จึงทำให้ถือว่าเป็น ติฟิไนท์พ โฮส (definitive host) ของเชื้อมาลาเรีย) เมื่อผสมพันธุ์กันแล้วจะทำให้ได้สปอโรซอยต์ใหม่เดินทางไปอยู่ในต่อมน้ำลายของยุง และเมื่อยุงไปกัดคนอื่นต่อไป ก็จะนำเชื้อมาลาเรียระยะสปอโรซอยต์ไปติดคนใหม่

2.1.6 อาการของโรคมาลาเรีย

หลังจากได้รับเชื้อมาลาเรียประมาณ 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการนำคล้ายกับเป็นหวัด คือ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารได้ ลักษณะเฉพาะของโรคที่เรียกว่า ไข้จับสั่น คือ มีอาการหนาวสั่น ไข้สูง และตามด้วยเหงื่อออก อาการไข้ซึ่งเป็นอาการที่เด่นชัดของมาลาเรีย ประกอบด้วย 3 ระยะคือ 6.1 ระยะสั่น ผู้ป่วยจะมีอาการหนาวสั่น ปากและตัวสั่น ซีด ผิวหนังแห้งหยาบ อาจเกิดขึ้นนานประมาณ 15 – 60 นาที ระยะนี้ตรงกับอาการแตกของเม็ดเลือดแดง 6.2 ระยะร้อน ผู้ป่วยจะมีไข้สูง อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย หน้าแดง ระยะนี้ใช้เวลา 2 – 6 ชั่วโมง 6.3 ระยะเหงื่อออก ผู้ป่วยจะมีเหงื่อออกจนชุ่มที่นอน หลังจากระยะเหงื่อออก จะมีอาการอ่อนเพลีย ไข้ลด

2.1.7 การรักษาโรค

มาลาเรียเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว และได้รับการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ ตรงตามชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุ ยารักษามาลาเรียชนิดแรกทำจากเปลือกของต้นชิงโคนาและเรียกชื่อว่า ควินิน ตัวยายังมีการแบ่งตัวของปรสิต ส่วนยาแผนปัจจุบันที่ใช้รักษาที่มีใช้อยู่มีดังนี้คือ คลอโรควิน (chloroquine), มีโฟควิน (mefloquine), ด็อกซีซัยคลิน (doxycycline), โปรแกวนิล (proguanil) ประเทศแซมเบียใช้ยารักษามาลาเรียที่ทำจากสมุนไพรชื่อ*อาดเทค* ยอาร์ที่มีซิโนมีประสิทธิภาพเทียบเท่าควินิน แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า ส่วนยอาร์ที่มีซิโนมีประสิทธิภาพเทียบเท่าควินิน แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า นับเป็นยารักษามาลาเรียชนิดสุดท้ายที่มีอยู่ เพราะปรสิตได้พัฒนาจนดื้อยาทุกตัวที่ใช้รักษา รวมทั้งควินินด้วย จึงมีการนำอนุพันธ์ของยอาร์ที่มีซิโนไปให้ร่วมกับยาอื่น เพื่อลดโอกาสในการดื้อยอาร์ที่มีซิโนของปรสิต กลายเป็นยาชุดต้านมาลาเรียเอซีที (artemisinin-based combination therapy: ACT)

2.1.8 การแบ่งพื้นที่ในการปฏิบัติงาน (area stratification)

การแบ่งพื้นที่ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคมาลาเรีย เพื่อความเหมาะสมในการเลือกใช้มาตรการควบคุมโรค และให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าของการควบคุมโรคในแต่ละพื้นที่ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1.8.1 พื้นที่ควบคุม (control area) หรือ พื้นที่ CA มีหน่วยวัดเป็นระดับหมู่บ้านหรือระดับกลุ่มบ้าน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท 1) พื้นที่แพร่ควบคุมที่มีการแพร่เชื้อ (transmission area) หรือพื้นที่ A ได้แก่ พื้นที่แพร่เชื้อตลอดปี (perennial transmission) หรือพื้นที่ A1 ซึ่งเป็นหมู่บ้าน หรือกลุ่มบ้าน ที่พบผู้ป่วยติดเชื้อในท้องถิ่นนั้นตลอดทั้งปี โดยใช้เกณฑ์การติดเชื้อในพื้นที่ ตั้งแต่ 6 เดือนต่อปีขึ้นไป พื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล (periodic transmission area) หรือพื้นที่ A2 ซึ่งเป็นหมู่บ้าน หรือกลุ่มบ้าน ที่พบผู้ป่วยติดเชื้อในท้องถิ่นเฉพาะบางเดือน รวมแล้วน้อยกว่า 6 เดือน ต่อ ปี ตลอดระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา 2) พื้นที่ควบคุมไม่มีการแพร่เชื้อ (non-transmission area) หรือพื้นที่ B ได้แก่ พื้นที่ไม่มีการแพร่เชื้อ – เสี่ยงสูง (high risk area) หรือพื้นที่ B1 เป็นหมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านที่ไม่มีการแพร่เชื้อในพื้นที่ อย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป และสำรวจพบยุงพาหะตัวเต็มวัย หรือ ลูกน้ำ หรือมีสภาพภูมิประเทศเหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์



ของยุงพาหนะหลักหรือพาหนะรอง พื้นที่ไม่มี การแพร่เชื้อ- เสี่ยงต่ำ (low risk area) หรือพื้นที่ B2 เป็นหมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านไม่มี การแพร่เชื้อในพื้นที่ อย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป และไม่พบยุงพาหนะ หรือสภาพภูมิประเทศไม่เหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ ของยุงพาหนะหลักหรือพาหนะรอง

2.1.8.2 พื้นที่เตรียมการผสมผสานงาน (pre-integration area) หรือพื้นที่ PA มีหน่วยวัดเป็นระดับอำเภอ โดยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านในอำเภอนั้นที่ไม่มี การแพร่เชื้อ-เสี่ยงต่ำ ที่เป็นพื้นที่ B2 อย่างน้อย 3 ปี ติดต่อกัน ดำเนินงานให้ลดความถี่ในการ ความรับผิดชอบของสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การค้นหาผู้ป่วยทางอ้อม เฉพาะ รพ.สต.และโรงพยาบาลชุมชน สำหรับอาสาสมัครไม่มี การเจาะเลือด 2) การรักษา จ่ายยาขึ้นหายขาดแก่ผู้ป่วยทุกราย ส่วนยารักษาขั้นต้นจ่ายเฉพาะ โรงพยาบาลชุมชน ไม่มีกล้องจุลทรรศน์ 3) การติดตาม/สอบสวน ไม่มี การติดตามผู้ป่วย แต่สอบสวนผู้ติดเชื้อทุกราย เพื่อให้รู้ว่าไปติดเชื้อมาจากท้องที่ใด 4) การประชาสัมพันธ์ เผยแพร่สื่อตามความจำเป็นเท่านั้น 5) ควบคุมยุงพาหนะ ไม่มีความจำเป็นต้องควบคุม ยกเว้นพิสูจน์ได้ว่ามีแหล่งแพร่เชื้อเกิดขึ้นใหม่ ทาง หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเข้าไปดำเนินการเอง

2.1.8.3 พื้นที่ผสมผสานงาน (integration area) หรือพื้นที่ IA มีหน่วยวัดเป็น ระดับจังหวัดโดยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านในจังหวัดนั้นเป็นพื้นที่ PA อย่าง น้อย 3 ปี ขึ้นไป และจังหวัดสามารถดำเนินการเองได้เป็นอย่างดี ภายใต้ความรับผิดชอบของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กิจกรรมส่วนใหญ่เหมือนกับพื้นที่ PA เว้นแต่การเจาะโลหิตที่ รพ.สต. เลือกรักษาเป็นบางพื้นที่และไม่มีการใช้ยารักษาขั้นต้นในพื้นที่นี้

2.1.9 หลักการในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย (กองมาลาเรีย กรมควบคุม โรคติดต่อ, 2543)

2.1.9.1 การป้องกันส่วนบุคคล (individual protection) ลดโอกาสในการสัมผัส กันระหว่างคนและยุง ได้แก่ 1) ยาทากันยุง (mosquito repellent) เช่น DEET, DMP ซึ่ง สามารถป้องกันโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อะโนฟีเลส แมคูลาเทส (anopheles maculates) 2) ใช้มุ้ง (bed nets) ซุบเปอร์แมทธริน (permethrin) 3) มุ้งลวด (house screening) ขนาดร่างตาข่าย น้อยกว่า 1.2- 1.3 มิลลิเมตร 4) การสร้างบ้านที่ใกล้แหล่งน้ำควรให้อยู่เหนือลม 5) ฉีดยากันยุง (house spraying) ที่ออกฤทธิ์เป็น แบบเร็ว (quick knock-down) เช่น ไพริทรัม (pyrethrum)

2.1.9.2 การควบคุมแมลงพาหนะ (vector control) ได้แก่ 1) การทำให้ สิ่งแวดล้อมผันเปลี่ยนเพื่อให้ไม่เหมาะสมกับอุปนิสัยชอบเพาะพันธุ์ของยุง (environmental modification and manipulation) 2) การลดความหนาแน่นของลูกน้ำยุงด้วยการใช้สารเคมีและ สิ่งมีชีวิตในการกำจัด (chemical and biological larvicides) เช่น อะเบท ทามิเฟส (abate temephos), อินเซท โกร เลคกรูทอร์ (insect growth regulators: IGRs) และแบคทีเรีย เช่น แบคทีเรีย ทุริงยีนส์ซิส (Bacillus thuringiensis) และ แบคทีเรีย สฟิริกัส (bacillus sphericus) หรือปล่อยปลาหางนกยูงเพื่อกินลูกน้ำยุง เป็นต้น 3) การใช้ยาฆ่าแมลง (insecticide space spraying) เพื่อลดความหนาแน่นของยุง เช่น malathion (ultra-low volume spraying) หรือ เพื่อลดอายุขัยของยุงลงโดยใช้ เรสิดิวอัล อินเซคทิไซด์ สเปย์ (residual insecticide spraying)

2.1.9.3 มาตรการอื่น ๆ ได้แก่ 1) การค้นหาผู้ป่วยเพื่อดำเนินการรักษาโดยเร็วทั้ง ทางตรงและทางอ้อม (active และ passive case detection) 2) การสืบสวนโรค



(surveillance) ด้านระบาดวิทยา 3) การนิเทศงานและการประเมินผลงานการป้องกันและควบคุมโรค (supervision และ evaluation) 4) การจัดอบรมอาสาสมัครมาลาเรีย (อมม.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ให้สุศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันไข้มาลาเรีย

2.2 ความรู้เกี่ยวกับเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance and rapid response team: SRRT)

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เป็นทีมปฏิบัติการประจำหน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศตั้งแต่ระดับอำเภอจนถึงส่วนกลาง ที่มีทุกระดับมีภารกิจเดียวกัน คือการเฝ้าระวังและตอบสนอง (response) ต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (public health emergency) แต่ละระดับต่างกันด้วยบทบาทและขอบเขตของงาน ภายใต้การบังคับบัญชาของหน่วยงานต่างสังกัด แต่ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย ประสานงานและส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทีม SRRT แต่ละทีมมีความชำนาญต่างกัน อันเนื่องจากประสบการณ์ที่มีต่อปัญหาในพื้นที่ไม่เหมือนกัน การจัดการความรู้ (knowledge management: KM) จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างทีม SRRT รวมถึงช่วยเพิ่มศักยภาพในการตอบสนองต่อปัญหาภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

2.2.1 ความหมายของทีม SRRT

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance and rapid response team: SRRT) หมายถึง ทีมงานทางสาธารณสุขที่มีภารกิจในการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรง ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (public health emergency) สอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ทันท่วงที ควบคุมโรคฉุกเฉิน (ขั้นต้น) เพื่อหยุดยั้งหรือจำกัดการแพร่ระบาดไม่ให้ขยายวง และแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคตลอดจนร่วมมือกันในการเฝ้าระวังตรวจจับการระบาด

2.2.2 ขีดความสามารถของทีม SRRT

หน่วยงานทุกแห่งที่มีพื้นที่รับผิดชอบในการป้องกันควบคุมโรค ต้องมีทีม SRRT ประจำ ตั้งแต่ระดับอำเภอ, จังหวัด, เขต (ทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรค) และประเทศหรือส่วนกลาง (ทีมกรมควบคุมโรค) รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งขีดความสามารถของทีมเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) ความสามารถทางระบาดวิทยาพื้นฐาน เป็นพื้นฐานของทีมทุกทีมที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจหลักการทางระบาดวิทยา สามารถทำการเฝ้าระวังโรคและสอบสวนโรคเบื้องต้นได้
- 2) ความสามารถในการเฝ้าระวังสอบสวนโรคภัยที่ได้มาตรฐาน เป็นความสามารถในการจัดการปัญหาโรคภัยที่พบบ่อยในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น อาหารเป็นพิษ อหิวาตกโรค ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก ไข้มาลาเรีย อุบัติเหตุจากแอมโมเนียรั่วในโรงงานขนาดเล็ก การบาดเจ็บจากการจราจรฯ ซึ่งกำหนดให้ทีมระดับอำเภอและจังหวัดมีขีดความสามารถขั้นต่ำนี้ โดยทีมระดับจังหวัดอาจเพิ่มความสามารถในการเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ และสนับสนุนทีมระดับอำเภอ
- 3) ความสามารถในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่รุนแรง เป็นความสามารถในการตอบสนองต่อโรคภัยที่ยังยากซับซ้อน รุนแรงหรือแปลกใหม่ เช่น โรคติดต่ออุบัติใหม่, อวูซิวภาพ, สารเคมีรั่วจากโรงงานอุตสาหกรรม, วิทยาศาสตร์ ฯ กำหนดให้ทีมระดับเขตและ



ส่วนกลางมีขีดความสามารถระดับนี้ โดยทีมระดับเขตเป็นทีมด้านหน้าของกรมควบคุมโรคที่ประจำในพื้นที่ กรณีที่ต้องใช้ทีมที่มีความเชี่ยวชาญส่งจากส่วนกลาง ทีมระดับเขตต้องสามารถดำเนินงาน บางส่วนล่วงหน้าได้ทันที องค์ประกอบทีม SRRT ควรมีสมาชิกขั้นต่ำสุด 4 คน ประกอบด้วย บุคลากร 3 ส่วน คือ 1) หัวหน้าทีมหรือผู้บริหารทีม เป็นผู้นำทีมออกปฏิบัติงานในพื้นที่ หรือ อำนวยการให้ทีมออกปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น 2) แกนหลักของทีม (core group) เป็นกลุ่ม บุคลากรที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังโรคในยามปกติและเมื่อมีการระบาดของโรค จะเป็นแกนหลักในการระดม ทีมออกปฏิบัติงานได้รวดเร็วทันที 3) ผู้ร่วมทีม เป็นกลุ่มบุคลากรที่ยามปกติมีหน้าที่ภารกิจของตนเอง เช่น แพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ, นักวิชาการด้านควบคุมโรค, นักวิชาการด้าน สุขาภิบาล, นักวิชาการด้านสุขศึกษา ฯลฯ การปฏิบัติงานของทีม SRRT บางครั้งจำเป็นต้องร่วมกับ ทีมของหน่วยงานอื่น หรือภาคเอกชน สนธิกำลังเป็นทีมขนาดใหญ่ ภายใต้การอำนวยการของผู้ บัญชาการเหตุการณ์ที่แต่งตั้งขึ้นเฉพาะกรณี

นั่นคือ ทีม SRRT เป็นทีมงานประจำหน่วยงานที่มีพื้นที่รับผิดชอบในการป้องกัน ควบคุมโรค มีภารกิจในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุข การปฏิบัติงานของทีม SRRT จะต้องใช้ความรู้ทางระบาดวิทยา ที่เป็นองค์ความรู้ทาง ระบาดวิทยาของโรคและภัยสุขภาพ และความรู้ด้านขั้นตอนหรือวิธีการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ขอบเขตของความรู้ที่ใช้ ส่วนหนึ่งเป็นความรู้ที่เป็นทฤษฎี และหลักการทั่วไป อีกส่วนหนึ่งเป็นความรู้ และเทคนิคเฉพาะพื้นที่ ที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ขณะปฏิบัติงาน การจัดการความรู้จึง เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้เกิดการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้จากสมาชิกทีม SRRT ทีมความ เชี่ยวชาญ ไปยังสมาชิกทีมอื่น ๆ โดยมีรูปแบบหลักที่สำคัญคือการฝึกอบรมตามหลักสูตร และการ พัฒนาระหว่างปฏิบัติงาน

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

สำหรับความหมายของการมีส่วนร่วม มีนักวิชาการทั้งชาวไทย และชาวต่างประเทศที่มีความรู้ ความสามารถ และทำวิจัย แต่งตำรา เกี่ยวกับเรื่องนี้มานาน ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ดังรายละเอียด ดังนี้

อาร์นสทีน (Arnstien, 1969) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า คือการเข้าไปมีส่วนร่วม โดยไม่มีบทบาทอะไรเลย ย่อมไม่ได้ผลการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้น ผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักใช้อำนาจ และสามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้จึงจะทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

เบิร์คเลย์ (Berkley, 1975) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมไว้ว่า การที่ผู้นำเปิด โอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

วิลเลียม เออร์วิน (William Erwin, 1976) กล่าวถึงการมีส่วนร่วม คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1981) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วม ไว้ว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่า



ควรทำอะไรและอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

ยูไนเต็ด เนชั่น (United Nations, 1981) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมไว้ว่า คือ การเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในด้านต่างๆ ได้แก่ ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ

พูททิ (Putti, 1987) กล่าวถึงการมีส่วนร่วม นั่นคือ พื้นฐานของกิจกรรมต่างๆ ที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการมีลักษณะกว้าง ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้การมีส่วนร่วมขยายไปสู่การปฏิบัติงานในระดับล่างขององค์การ

นิคม ผัดแสน (2540) ได้อธิบายถึงการมีส่วนร่วม คือการที่ให้ประชาชนได้คิดค้นแนวทางขึ้นเอง เป็นผู้กำหนดการตัดสินใจ คิดค้นปัญหา และการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ เช่น แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ และสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ

อุทัย บุญประเสริฐ (2542) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในกิจกรรมใดๆ ให้ความช่วยเหลือและมีอิทธิพลต่อการดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อประชาชน

พีระ พรนวม (2544) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า เป็นการกระจายอำนาจให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาปัญหาความต้องการร่วมกัน ในการตัดสินใจร่วมกัน วางแผนดำเนินงานหรือแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ดำเนินการหรือปฏิบัติงานร่วมกัน ตลอดจนรับรู้ผลดี เสีย จนเกิดความภาคภูมิใจร่วมกัน

พรทิพย์ คำพอ (2544) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมก็คือ การที่บุคคล หรือคณะบุคคล เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนทำประโยชน์ต่างๆ หรือกิจกรรมต่างๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือกระบวนการบริหาร ประสิทธิภาพขององค์การขึ้นอยู่กับความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์การนั้นในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิด สติปัญญา ก็คือ การให้มีส่วนร่วมในองค์การนั้นบุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการหรือปฏิบัติภารกิจต่างๆ เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพัน (commitment) ต่อภารกิจและองค์การ

สมยศ นาวิการ (2545) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมคือ กระบวนการของการให้ ผู้ใต้บังคับบัญชาได้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ (participative management) เน้นการมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคล PM ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของพวกเขาในการแก้ปัญหาของการบริหาร

เฉลิมว บุรีภักดี และคณะ (2545) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมไว้ว่า การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคล ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนา การมีส่วนร่วมต้องเป็นไปในรูปที่ผู้รับการพัฒนา เข้ามามีส่วนกระทำให้เกิดการพัฒนา มิใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไป ทั้งนี้เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวร การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ใช่หมายความว่าเพียงการดึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรมตามที่ผู้นำท้องถิ่นคิดหรือจัดทำขึ้น เพราะแท้จริงแล้วในหมู่บ้านหรือชุมชนต่างๆ มีกิจกรรม และวิธีดำเนินงานของตนอยู่แล้ว ประชาชนมีศักยภาพที่จะพัฒนาหมู่บ้าน



ของตนได้ แต่ผู้บริหารการพัฒนาไม่สนใจสิ่งที่มีอยู่แล้ว โดยพยายามสร้างสิ่งใหม่ๆ ขึ้นมาเพื่อให้ได้ชื่อว่าเป็นความคิด หรือโครงการของตน

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมคือการที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจหรือเคยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้น

จิราภรณ์ ศรีคำ (2547) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้ การที่บุคคลที่มีความสนใจหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกันเข้ามาาร่วมกัน เพื่อปฏิบัติการกิจ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินงาน การรับทราบผลการดำเนินงาน การติดตามประเมินผล หรือร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตกลงกันไว้

จินตนา สุจจันท์ (2549) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมคือ กระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน โดยให้สมาชิกเข้ามาร่วมวางแผน ปฏิบัติและประเมินงาน เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมได้แก่การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สัญญา เคนาภูมิ (2551) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมไว้ว่า การที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวมร่วมกัน

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้คือ การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

โดยสรุป จะเห็นว่ามีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมใกล้เคียงกัน นั่นคือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาคนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใสและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3.2 กระบวนการมีส่วนร่วม

เมื่อกล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้ว จะต้องนึกถึงกระบวนการที่จะให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม เพราะอย่างน้อยที่สุดประชาชนจะต้องได้รับรู้ขั้นตอนการดำเนินการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการตัดสินใจ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนในการประเมินผลงาน เพื่อให้รับรู้ถึงความเป็นไปในกิจกรรมสาธารณะต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน มีนิกวิชาการที่ได้ทำการวิจัย ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมตามประเด็นสำคัญต่าง ๆ เช่น



ถวิลวดี บุรีกุล (2543) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมที่นำมาประมวลเป็นระดับไว้ได้อย่างน่าสนใจ โดยถวิลวดี ได้ทำวิจัยเรื่องประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และได้ข้อสรุปถึงกระบวนการมีส่วนร่วม ควรจะมีลำดับขั้นประกอบไปด้วย การให้ข้อมูล การเปิดรับความคิดเห็นของประชาชน การปรึกษาหารือการวางแผนร่วมกัน การร่วมปฏิบัติและการควบคุมติดตามโดยประชาชน โดยเป็นการเริ่มจากการสื่อสารทางเดียว ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแต่เพียงอย่างเดียวไปจนถึงสื่อสารสองทางที่เป็นการปรึกษาหารือ ร่วมคิด ร่วมวางแผน และเมื่อสื่อสารกันเข้าใจตรงกันแล้ว จึงเป็นการร่วมทำ และในที่สุดเป็นการร่วมติดตามควบคุม ซึ่งนับเป็นขั้นตอนของการมีส่วนร่วมสูงสุด อภิญา กังสนารักษ์ (2544) ได้นำเสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์วิธีการแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวก็ได้

ประพันธ์ สร้อยเพชร (2547) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมที่แท้จริงน่าจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การค้นหาปัญหา และสาเหตุ 2) การวางแผนดำเนินกิจกรรม 3) การลงทุนและการปฏิบัติงาน 4) การติดตามและประเมินผล ในขณะเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (2548) ได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมที่มีความลึกซึ้งไปอีก ได้แก่ 1) การตัดสินใจและผลกระทบที่สำคัญ 2) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อบางคนมากกว่าคนอื่น 3) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อผลประโยชน์ของบางคนหรือกลุ่มคนที่มีอยู่เดิม 4) การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีความขัดแย้งอยู่ก่อนแล้ว 5) ความจำเป็นเพื่อให้มีการสนับสนุนต่อผลการตัดสินใจ ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (2547) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน 4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

งานวิจัยของทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์ (2550) ได้ทำวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ได้ใช้หลักการที่อิงไปในแนวทางของนโยบาย และได้พบว่า แท้จริงแล้วกระบวนการมีส่วนร่วมมีลักษณะที่คล้ายกับการกำหนดนโยบาย เพราะท้ายที่สุดของการกำหนดนโยบาย คือ การตัดสินใจและการตัดสินใจนี้เอง จึงเป็นเหตุเบื้องต้นของการกำหนดนโยบาย และเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามาแสดงความคิดเห็นเสมือนหนึ่งเป็นการขัดเกลานโยบายให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชน ตามแนวคิดของ ทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์แล้ว กระบวนการการมีส่วนร่วมน่าจะเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบการประเมินผล ในขณะที่ เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ได้กล่าวถึงกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยที่มีความสอดคล้องกับ ทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์ แต่ได้เพิ่มบางประเด็นที่เห็นว่า ยังมีข้อบกพร่องและอาจจะเสริมประเด็นดังกล่าวให้มีความชัดเจนขึ้น โดยเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ 2) มีส่วนร่วมในการวางแผน 3)



มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 5) มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล 6) มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดของ ทรวงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์ และเมตต์ เมตต์การุณจิต ยังคงมีลักษณะในเชิงแคบ หากแต่ ยูวัฒน์ วุฒิเมธี (อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้ให้ความเห็นในกระบวนการมีส่วนร่วมที่ลึก หรือเป็นการต่อเติมประเด็นสำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วมมากกว่า ซึ่งยูวัฒน์ วุฒิเมธีนี้ ได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมไปในทางของการพัฒนาชุมชน โดยการบูรณาการแนวทางที่เป็นนโยบายเข้ากับการพัฒนา จึงสะท้อนแนวคิดในเชิงสังคมมากกว่า ตามแนวคิดของเขาแล้ว กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การมีส่วนร่วมในการคิด 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล 6) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ สอดคล้องกับแนวคิดของวรรณศิลป์ พีรพันธุ์ (2553) ได้กล่าวถึง กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนของประชาชนประกอบไปด้วย 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การให้ความเห็น 3) การประชุมรับฟังความเห็น 4) การร่วมตัดสินใจ 5) การทำงานร่วมกัน

จากแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ทรรศนะไว้ในเบื้องต้นที่กล่าวมา มีความหลากหลายในประเด็นมากพอสมควร แต่อย่างไรก็ตาม หากนำมาประมวลให้เป็นลักษณะที่เป็นระบบตามแนวคิดของ Cohen & Uphoff, (1980) จะเห็นว่า มีความเป็นระบบในเรื่องของประเด็นสำคัญ โดยเขาได้มีการนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการทั้งหลายมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และได้จำแนก รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้นได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารการงานและการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) ในส่วนที่เกี่ยวข้องผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (views) ความชอบ (preferences) และความคาดหวัง (expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้โดยสรุป กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะมุ่งให้ความสนใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในประเด็น การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและ



ดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

2.3.3 ประเภทการมีส่วนร่วม

เฉลียว บุรีภักดี และคณะ (2545) สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (marginal participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่าเทียมกันกล่าวคือ ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่า มีทรัพยากรหรือความรู้ด้อยกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (partial participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการกำหนดนโยบายของรัฐ โดยไม่รู้ความต้องการของประชาชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนบางเรื่องเท่านั้น

3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (full participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาด้วยความเท่าเทียมกันทุกฝ่าย จัดเป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงของประชาชนตามแนวความคิดและหลักการพัฒนาชุมชน เมื่อนำมาใช้ในการเรียนรู้จะสนับสนุนและส่งเสริมให้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จักร พิสุทธิ (2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคม องค์กรต่างๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

2) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้ง ค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็นริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำที่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

จินตนา สุจจันท์ (2549) ได้แบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (genuine participation) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบโครงการ เริ่มตั้งแต่ร่วมศึกษาปัญหาและความต้องการ ร่วมหาวิธีแก้ปัญหา ร่วมวางนโยบายและแผนงาน ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ และร่วมประเมินผลโครงการ

2) การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง (no genuine participation) เป็นการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนโดยเฉพาะเข้าร่วมในการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว เช่น การเข้าเป็นสมาชิก หรือการร่วมเสียสละแรงงาน

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (อังกะโนศิริพัฒน์ ลาภจิตร, 2550) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้



1) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง (direct participation) โดยผ่านองค์กรที่จัดตั้งโดยประชาชน (inclusive organization) การรวมกลุ่มเยาวชนต่างๆ

2) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อม (indirect participation) โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน (representative organization) กรรมการของกลุ่มหรือชุมชน

3) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ (open participation) โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน (non-representative organization) เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อไรก็ได้ตลอดเวลา

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ได้กล่าวถึงประเภทของการมีส่วนร่วมโดยสามารถจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมโดยตรง การมีส่วนร่วมในการบริหารเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการตัดสินใจเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมโดยตรง เช่น ผู้บริหาร หัวหน้าโครงการ มักจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในรูปของกรรมการที่ปรึกษาที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ เพราะกิจกรรมบางอย่างอาจมีอุปสรรค ไม่สามารถแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงจำเป็นต้องให้บุคคลอื่นเข้ามาร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้ผลการตัดสินใจเป็นที่ยอมรับแก่คนทั่วไปหรือเกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมโดยตรงจึงมีสาระสำคัญอยู่ที่ว่า เป็นการร่วมอย่างเป็นทางการและมักทำเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น คำสั่งแต่งตั้ง หนังสือเชิญประชุม บันทึกการประชุม เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมโดยอ้อม การมีส่วนร่วมโดยอ้อมเป็นเรื่องของการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้บรรลุเป้าหมายอย่างไม่เป็นทางการ โดยไม่ได้ร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการบริหาร แต่เป็นเรื่องของการให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายเท่านั้น เช่น การบริจาคเงิน ทรัพย์สิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เข้าช่วยสมทบ ไม่ได้เข้าร่วมประชุมแต่ยินดีร่วมมือ เป็นต้น

2.3.4 ลักษณะการมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมนั้น จะพิจารณาได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่าจะสนใจศึกษาในประเด็นบ้าง ประเด็นที่น่าสนใจในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การเน้นลักษณะการมีส่วนร่วมในประเด็นที่เกิดจากกิจกรรม เช่น การเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในประโยชน์สาธารณะ การเข้าร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน และร่วมตรวจสอบในลักษณะองค์กรชุมชน ฯลฯ และการเน้นการศึกษาในลักษณะของการบริหารที่เกิดจากการดำเนินงานในทางนโยบายและในทางปฏิบัติการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐร่วมกับชุมชน ดังมีนักวิชาการได้ให้ความเห็น เช่น Ornstein (อ้างใน ชูชาติ พวงสมจิตต์, 2540) เห็นว่าการมีส่วนร่วมจะมีลักษณะมากน้อยเพียงใด ให้พิจารณาว่าผู้นำเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปร่วมในการใช้อำนาจและมีบทบาทในการควบคุมได้เท่าใด ซึ่งเป็นข้อบ่งบอกถึงภาวะผู้นำที่เป็นประชาธิปไตย มีสูงหรือต่ำ โดย Ornstein ได้สรุปลักษณะการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วม 2) การมีส่วนร่วมพอเป็นพิธีหรือร่วมเพียงบางส่วน 3) การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง คือ มีอำนาจและบทบาทมาก สอดคล้องกับ แนวคิดของ Campbell และ Ramseyer ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) ลักษณะที่ไม่มีส่วนร่วมเลย 2) ลักษณะที่มีส่วนร่วมน้อย 3) ลักษณะที่มีส่วนร่วมปานกลาง 4) ลักษณะที่มีส่วนร่วมมาก 5) ลักษณะที่มีส่วนร่วมมากที่สุด

ฮันติงตัน และ เนลสัน (Huntington & Nelson, 1975) ได้อธิบายถึง ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่าจะเป็นการพิจารณาจาก กิจกรรม และการบริหาร ซึ่งจะต้องมี



การศึกษาควบคู่กันไป ในระดับกิจกรรมนั้น จะเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการทำให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด ส่วนในด้านการบริหารนั้น จะเป็นลักษณะของผู้มีอำนาจหน้าที่ที่จะเปิดทางให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น หรือแสดงออกถึงเข้าร่วมในกิจกรรม โดย Huntington และ Nelson ได้มีหลักในการพิจารณาถึงลักษณะการมีส่วนร่วมดังมีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรม ลักษณะของการมีส่วนร่วมประเภทนี้ให้ดูจากกิจกรรมที่เข้าร่วม เช่น ด้านการเมือง อาจพิจารณาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเลือกตั้ง การลงประชามติ การประท้วง กรณีที่รัฐมีโครงการที่มีผลกระทบต่อประชาชน เป็นต้น ว่า สามารถกระทำได้เพียงใด

2) ระดับการบริหาร โครงสร้างขององค์กรหนึ่งจะต้องมีสายการบังคับบัญชา ดังนั้น การมีส่วนร่วมจะพิจารณาได้จาก

2.1) ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง ดังนั้น การมีส่วนร่วมในแนวราบจึงเป็นไปอย่างหลวมๆ ไม่จริงจัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีสถานะหรือตำแหน่งเท่ากัน

2.2) ในแนวตั้ง เป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา เช่น มีหัวหน้าลูกน้อง มีฝ่าย แผนกต่างๆ ลดหลั่นกันไป เป็นต้น การทำงานจึงมีการตรวจสอบตามลำดับชั้น การแสวงหาผลประโยชน์เพื่อตนเองหรือผู้อื่นจะได้รับการตรวจสอบจากผู้บังคับบัญชา

2.3) การมีส่วนร่วมทั้งแนวราบและแนวตั้งนั้น ในบางครั้งจะต้องทำงานร่วมกัน ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในแผนกอื่น จึงต้องแสดงบทบาทตาสถานภาพของแนวราบและแนวตั้ง

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรพนทิพย์ เพชรมาก (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนไว้ ในเอกสารประกอบการสอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเมืองและชนบท โดยได้ข้อสรุปลักษณะการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่

1) การรับรู้ข่าวสาร (public information) การมีส่วนร่วมแบบนี้ ประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2) การปรึกษาหารือ (public consultation) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังเป็นช่องทางการกระจายข่าวสารข้อมูลไปยังประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกการตัดสินใจ

3) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (public meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายวิธีการ เช่น การประชุมระดับชุมชน (community Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นเชิงวิชาการ (technical meeting)

4) การประชาพิจารณ์ (public hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังของผู้ที่มีส่วนได้และเสียของโครงการ การประชาคมและคณะกรรมการจัดประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และมีการแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบอย่างชัดเจน



5) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้นๆ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการเลือกตั้งตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการที่มีอำนาจการตัดสินใจ

6) การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงการป้องกันและแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและการป้องกันสิทธิของตนเองอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองควรจะได้รับ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้หลักเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้หลายประการ และประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจกหรือในรูปแบบกลุ่ม องค์กร ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

โดยสรุป ลักษณะการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในระดับกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้ ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น การประชาพิจารณ์ การลงประชามติ และการมีส่วนร่วมในระดับการบริหาร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การใช้กลไกทางกฎหมาย ในประเด็นการมีส่วนร่วมในระดับการบริหารนี้ ยังจะต้องพิจารณาจาก ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอภาคกันในด้าน และ ในแนวตั้งเป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา

2.3.5 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

คูฟแมน (Koufman, 1949) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในขณะที่ ประยูร ศรีประสาธน์ (2542) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วม ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล และมีความสอดคล้องกับสุธี วรประดิษฐ์ (2553) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน และได้้นำเสนอปัจจัยที่มีส่วนในการผลักดันให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยได้สรุปแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ 2) ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ 3) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร แต่ไม่สอดคล้องกับ Leeder (อ้างใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้สรุปปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ไว้ว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นสอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐาน ทศนคติ และค่านิยมของตน มีคุณค่าสอดคล้องกับกับผลประโยชน์ของตน มีเป้าหมายที่จะส่งเสริมและปกป้องรักษาผลประโยชน์ของตน สอดคล้องกับสิ่งที่ตนได้มาหรือหวังเอาไว้ และบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะไม่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดก็ต่อเมื่อตนเองได้มีประสบการณ์ที่เป็นอดีตต่อเรื่องนั้นๆ มาแล้ว และบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ย่อมขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของตนเป็นใหญ่ ขึ้นอยู่กับอุปนิสัยและจารีตประเพณี ขึ้นอยู่กับโอกาสที่จะอำนวยขึ้นอยู่ กับความสามารถรวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ของบุคคลและกลุ่มบุคคลจะกระทำโดย



การบีบบังคับหาได้ไม่ นอกจากนี้บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุน กระตุ้นยั่วและจูงใจให้เกิดขึ้น

ในขณะเดียวกัน ก็มีนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เน้นที่ปัจจัยส่วนบุคคล องค์กรและชุมชน ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่เหมาะสมกับการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ เช่น สิริพัฒน์ ลากิจิตร (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนการบริหารงาน องค์กรบริหารส่วนตำบล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้ข้อสรุปประเด็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การเป็นหน้าที่ของประชาชน อาสาสมัครด้วยใจ มีความรู้ความสามารถ กล้าพูดกล้าแสดงความคิดเห็น เป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน มีทักษะและประสบการณ์ เป็นประโยชน์กับตัวเองและชุมชน 2) ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ชุมชนให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม เลือกให้เป็นตัวแทน ชุมชนมีความสามัคคี และมีกลุ่มต่างๆ ที่สนับสนุนผลักดันการมีส่วนร่วม 3) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ อบต. ดำเนินงานเป็นไปตามกฎระเบียบ เอาใจใส่กระตือรือร้นในการแก้ปัญหา มีประชาพิจารณ์ประชาคมหมู่บ้าน สอดคล้องกับ เนตรรุ่ง อยู่เจริญ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของครูสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จากการทำวิจัยครั้งนี้ เนตรรุ่ง อยู่เจริญ (2553) ได้พบตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ บรรยากาศองค์กร และการติดต่อสื่อสาร 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษา

โดยสรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ 2) ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ชุมชนให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม เลือกให้เป็นตัวแทน ชุมชนมีความสามัคคี และมีกลุ่มต่างๆ ที่สนับสนุนผลักดันการมีส่วนร่วม 3) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ บรรยากาศองค์กร การติดต่อสื่อสาร กฎระเบียบ การเอาใจใส่กระตือรือร้นในการแก้ปัญหา มีประชาพิจารณ์ประชาคม 4) ปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน

2.4 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (appreciation influence control: A-I-C)

2.4.1 ความหมายของกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ (2544) ได้ให้ความหมายของกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (appreciation influence control technique: AIC) ว่าเป็นกระบวนการที่มีวิวัฒนาการมาจากกระบวนการกลุ่ม แบบโนมินอล (nominal group technique) และแบบเดลไฟ (delphi) โดยเทคนิคกระบวนการ AIC ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองกระบวนการทัศน์ใหม่ในการทำงานทางด้านการพัฒนา (new development paradigm) โดยมองว่าการพัฒนาสังคมเป็นเรื่องที่ยุ่ยาก และซับซ้อน ไม่ตรงไปตรงมาเหมือนการพัฒนาทางด้านวัตถุ กระบวนการ AIC จะดึงบุคคลที่หลากหลายและจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาในภาพรวม โดยไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อกัน และเน้นการคิดในเชิงบวกเป็นสำคัญ



ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543) ให้ความหมายของเทคนิคกระบวนการ AIC ว่าเป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสาร ที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์หาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา และการพัฒนา มีการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์ และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน

สรุปได้ว่า เทคนิคกระบวนการ AIC เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิก ได้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการระดมสมองในเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหา วิเคราะห์ทางเลือก เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนา มีการตัดสินใจร่วมกันและทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ เป็นการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีตามที่ตั้งไว้ และเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

2.4.2 ความสำคัญของกระบวนการ AIC

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543) ได้สรุปความสำคัญของเทคนิคกระบวนการ AIC จากประสบการณ์ในการนำเอาเทคนิคกระบวนการ AIC ไปใช้ในการพัฒนา ดังนี้

2.4.2.1 เทคนิคกระบวนการ AIC ช่วยให้ประชาชน และกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น

2.4.2.2 เทคนิคกระบวนการ AIC เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ประชาชน โดยเฉพาะผู้รู้ กลุ่มคนจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้หญิง และเยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด กำหนดแนวทางการพัฒนา และการจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และการเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน เป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์

2.4.2.3 ประชาชน กลุ่มองค์กรต่างๆ มีความรู้สึกเป็นทั้งเจ้าของกิจกรรมโครงการ ผลของการพัฒนา และความเป็นเจ้าของชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดความมีพลัง รู้ถึงศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง

2.4.2.4 องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน เรียนรู้ที่จะร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้อง

สามารถสรุปได้ว่า เทคนิคกระบวนการ AIC ช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่สร้างสรรค์มีส่วนร่วม และเสริมสร้างพลังของชุมชนในการพัฒนา

2.4.3 ปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้เทคนิคกระบวนการ AIC ประสบความสำเร็จได้

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543) ได้ศึกษาและกล่าวว่าปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้เทคนิคกระบวนการ AIC ประสบความสำเร็จ มีดังนี้

2.4.3.1 การจัดประชุมตามเทคนิคกระบวนการ AIC นี้ “เน้นความเป็นกระบวนการ” จะดำเนินการข้ามขั้นตอน หรือสลับขั้นตอนไม่ได้ เน้นการระดมความคิด และสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจในการกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์ และเสนอทางเลือกในการพัฒนา และพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา



2.4.3.2 การศึกษาและการเตรียมชุมชน

1) การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์ของหมู่บ้าน/ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ การทราบความสามารถ ศักยภาพของกลุ่มสภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอ และเป็นข้อเท็จจริงในการกำหนดอนาคต ทางเลือกรวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ

2) การเตรียมชุมชนเพื่อให้กลุ่มต่างๆ ภายในชุมชน และประชาชนเข้าใจแล้ว ส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของกลุ่ม เข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาส ให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่างๆ เป็นต้น

3) วิทยากรกระบวนการ ที่เข้าใจขั้นตอนของเทคนิคกระบวนการ AIC มีประสบการณ์ ความรู้ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถไกล่เกลี่ย หรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้งที่เหมาะสม เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุม และสรุป

สรุปได้ว่า หัวใจของเทคนิคกระบวนการ AIC คือ การระดมความคิด และสร้างการยอมรับซึ่งกันและกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ ในการกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์ และเสนอทางเลือกในการพัฒนา ฉะนั้น วิทยากรกระบวนการจะต้องทำการศึกษา และการเตรียมชุมชนก่อนดำเนินการมาเป็นอย่างดี รวมทั้งต้องมีประสบการณ์ ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่เหมาะสม จึงจะสามารถดำเนินการตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง

2.4.4 กระบวนการ A-I-C

มีวิธีดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 กระบวนการสร้างความรู้สึก ชื่นชม หรือยอมรับผู้อื่น (Appreciation: A) นั่นคือ การทำให้ทุกคนให้การยอมรับและชื่นชมคนอื่น ไม่แสดงอาการต่อต้านวิพากษ์วิจารณ์ กระบวนการนี้ทุกคนมีโอกาสแสดงออกเท่าเทียมกันด้วยศักยภาพ ทำให้ทุกคนมีโอกาสใช้ทั้งข้อเท็จจริง ความรู้สึก เหตุผล การแสดงออกในลักษณะต่างๆ ตามความเป็นจริงเมื่อทุกคนได้แสดงออกโดยได้รับการยอมรับจากผู้อื่น จะทำให้ทุกคนมีความรู้สึกที่ดี มีความสุข อบอุ่นเกิดพลังขึ้นในขณะที่มาประชุมร่วมกันในช่วงของการแสดงออก แต่ละคนอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตของชุมชนว่าเป็นเช่นไร เป็นการใช้จินตนาการที่ไม่ถูกจำกัดด้วยปัจจัยหรือสถานการณ์ปัจจุบันจึงทำให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มองการณ์ไกล ซึ่งจินตนาการดังกล่าวช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ของแต่ละคน เมื่อมารวมกันยังมีพลังมากขึ้น กลายเป็นวิสัยทัศน์ร่วมกัน มีความปรารถนาาร่วมกันของชุมชน

ขั้นที่ 2 กระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหาแนวทางการพัฒนา (Influence: I) โดยกล่าวถึงการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกัน กำหนดวิธีการหรือยุทธศาสตร์ที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกัน เมื่อได้วิธีการที่เสนอแนะมา นำมาจัดหมวดหมู่ พิจารณาเลือกวิธีการสำคัญที่คิดว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการ

ขั้นที่ 3 กระบวนการยอมรับวิธีการสำคัญ และสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) โดยการนำวิธีการสำคัญมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ (action plan) อย่างละเอียดว่าทำอะไร มีหลักการสำคัญ มีเป้าหมายอย่างไร ใครรับผิดชอบ ใครต้องให้ความร่วมมือ ใช้งบประมาณเท่าไร



จากแหล่งใด ในขั้นนี้สมาชิกในกลุ่มจะเลือกอาสาสมัครใจรับผิดชอบเรื่องใดเพื่อเป็นการกำหนดข้อผูกพันให้ตนเอง ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกันของกลุ่ม

จากเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม หรือ เทคนิคกระบวนการ AIC ผู้วิจัยได้ประยุกต์เอาเทคนิคกระบวนการ AIC มาใช้ในการประชุมและ เป็นแนวทางปฏิบัติในการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม หรือ เทคนิคกระบวนการ AIC ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาที่เปิดโอกาสให้คณะกรรมการผู้เข้าร่วมในกิจกรรมได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ สามารถนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ ช่วยให้เกิดการระดมสมอง ในการศึกษาวิเคราะห์และพัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน ช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ มีความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกรับรู้ถึงความเป็นเจ้าของและเกิดความรู้สึกรักภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาอย่างแท้จริง

2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยมุ่งนำผลการวิจัยมาเพื่อแก้ไขปัญหา หรือนำผลการวิจัยมาพัฒนา หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงานขององค์กร หน่วยงานหรือชุมชน ปัจจุบันได้นักวิชาการหลายท่านหันมาสนใจการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังนี้

2.5.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

คำว่า “action research” มีผู้ให้ความหมายทั้งกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์และนักวิจัยส่วนหนึ่งที่น่าแนวคิดของกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์ไปประยุกต์ใช้กับงานด้านการศึกษา ซึ่งมีผู้สรุปความหมายไว้ดังต่อไปนี้

ธีระวุฒิ เอกะกุล (2550) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรวบรวมและหรือการแสวงหาข้อเท็จจริง โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบโดยผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการซ้ำหลาย ๆ ครั้งจนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า คือ การวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสร้างสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ

ประวัติ เอรารวรรณ (2545) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าร่วมกันอย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจต่อ



ปัญหาหรือข้อสงสัยที่กำลังเผชิญอยู่ และให้ได้แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติงาน

สุภางค์ จันทวานิช (2542) ได้กล่าวถึงความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ว่าเป็น กระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เขาเห็นว่าดี เหมาะสม ตามความรู้ ความเข้าใจของผู้วิจัย มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ ได้หรือไม่ประเมินดูความเหมาะสมในความเป็นจริง ควบคุมแนวทางปฏิบัติแล้วนำผลมาปรับปรุงการปฏิบัติการเพื่อนำผลไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ นำไปใช้และเผยแพร่ได้

2.5.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ยาใจ พงษ์สมบุญ (2537) ได้สรุปความหมายของว่าจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหาเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ และนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

ประวัต เอรารวรรณ (2545) ได้ศึกษาและสรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อ แก้ไขปัญหา และเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานแบบมีอาชีพ โดยการนำกระบวนการวิจัยไปใช้เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางาน

2.5.3 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

สุวิมล ว่องวานิช (2552) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดประเภทวิจัยปฏิบัติการดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ (formal and informal research)

1.1 การวิจัยแบบเป็นทางการ (formal research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยเคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (academic research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย หรือของนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์ มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามวิจัยได้ชัดเจน และมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่จำแนกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

1.2 การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (informal research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดแบบการวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยเชิงวิชาการ มุ่งเน้นการตอบคำถามวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการเรียนการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้บางครั้งพบว่ามีรายงานผลเพียง 1-2 หน้า

2. รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Zuber-Skerrit

2.1 การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (technical action research) การวิจัยตามรูปแบบนี้มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก มาช่วยในการทำวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทบาทของผู้วิจัยหลักโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการ



นำเสนอความคิด วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2.2 การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (practical action research) เป็น การวิจัยที่ให้นักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (process consultancy role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุง ประสิทธิภาพการทำงานแล้ว ยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ใน กระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนผลและคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีโอกาสที่จะเรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดใน ประเด็นปัญหาวิจัยที่มาจากการปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

2.3 การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์/อิสระ (critical / emancipatory action research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานใน หน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยปฏิบัติการแบบที่ 1 และ 2 คือนอกจากพัฒนา ประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่เป็นอยู่ใต้อำนาจให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมี บุคคลภายนอกกร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้ แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่สอง การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนา ความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติ และนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์ และพันธนาการ ทางความคิดเดิม

จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิด ของการทำงานจากผู้ปฏิบัติถูกรวบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (cooption) ซึ่งเป็นแบบแรก มา เป็นการทำงานร่วมกัน (cooperation) ในแบบที่สอง และรูปแบบการทำงานที่สามซึ่งเป็นการทำงาน แบบร่วมมือ (collaboration) ซึ่งเป็นแนวทางการวิจัยปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมและยอมรับกันว่า จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่น ๆ

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้จำแนกรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการ ไว้ 5 แบบดังนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) หรือที่รู้จักกันในชื่อสั้น ๆ ว่า “PAR” เป็นรูปแบบการวิจัยที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิด ระหว่างการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory research) หรือ “PR” กับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) หรือ “AR” เข้าด้วยกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบนี้ถือว่าเป็นแนวทางหรือ กลยุทธ์ในการสืบค้นหาความรู้ความจริงทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์แบบใหม่ โดยมีจุดเน้น อยู่อยู่ที่การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน ในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจริงใน สถานที่ดังกล่าว ผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรสร้างเกิดขึ้นในรูปของความรู้เชิงปฏิบัติการที่ได้จาก การสืบค้นแบบมีส่วนร่วมระหว่างมุมมองของคนใน (emic view) และคนนอก (etic view) จะถูก นำไปใช้สำหรับปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันที่

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวิพากษ์ (critical action research) เป็นรูปแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเน้นหนักไปในด้านการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันใน กระบวนการทำวิจัยของบุคคลผู้เป็นสมาชิกของชุมชนหรือสังคมในวงกว้าง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือบุคคล



ภายในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) เกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัย การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ภายใต้สภาวะการณ์เงื่อนไขที่เป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้น นักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถแสดงทัศนะได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งเป็นอิสระและปราศจากการครอบงำทางความคิดและการกระทำจากนักวิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชนซึ่งเป็นสถานที่ทำการศึกษาวิจัย ดังนั้นจึงทำให้การวิจัยรูปแบบนี้บางครั้งถูกเรียกว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (emancipatory action research)

3. การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (action learning) เป็นรูปแบบการแสวงหาความรู้เชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งภายใต้แนวคิดพื้นฐานสำคัญที่ว่า การเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันระหว่างกลุ่มบุคคลร่วมสาขาวิชาความรู้หรือสาขาอาชีพเดียวกัน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR) ที่ไม่จำเป็นต้องเน้นว่าเป็นการวิจัยและสร้างความรู้เชิงทฤษฎีที่เป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้ปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาอย่างทันที่

4. วิทยาศาสตร์เชิงปฏิบัติการ (action science) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผสมผสานวิชาความรู้ทางด้านทฤษฎี การวิเคราะห์เชิงจิตวิทยา และพฤติกรรมองค์กรเข้าด้วยกัน โดยมีจุดมุ่งเน้นไปที่การสืบค้นหาความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ (scientific knowledge) ที่สามารถนำไปใช้สำหรับปฏิบัติการปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร ชุมชน หรือสังคม การมุ่งเน้นดังกล่าวนี้ดำเนินไปพร้อมกับการสร้างทฤษฎีเชิงปฏิบัติการ (action theory) ที่บูรณาการผสมผสานขั้นตอนการสร้างและการทดสอบทฤษฎีเชิงปฏิบัติการเข้าไว้ด้วยกันในลักษณะเป็นองค์รวม

5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิงชุมชน (community-base action research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งที่มีรากฐานการพัฒนาจากการร่วมมือระหว่างนักวิชาการที่เป็นผู้ปฏิบัติการระดับ “มีอาชีพ” กับประชาชนทั่วไปในฐานะเป็นผู้เกี่ยวข้องหรือสัมผัสกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างแท้จริง การรวมพลังกายและพลังความคิดร่วมกันระหว่าง “นักวิจัยเชิงวิชาการ” ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะจากภายนอกชุมชนและ “นักวิจัยชาวบ้านหรือนักวิจัยท้องถิ่น” ผู้มีประสบการณ์ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชุมชน นำไปสู่การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้หรือกลยุทธ์ในการพัฒนาอื่นใดที่มีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกลมกลืนกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ประวัติความเป็นมา และ วัฏจักรความเป็นไปในชุมชน (community life) เป็นผลให้การใช้ความรู้หรือกลยุทธ์ที่สรรค์สร้างขึ้นในกระบวนการปรับปรุงแก้ไข ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้เพราะประชาชนในชุมชนให้การยอมรับและให้ความร่วมมือในการเป็น “กลไกการพัฒนา” อันสำคัญ ในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกหรือที่พึงปรารถนาขึ้นในชุมชนที่พวกเขาเหล่านั้นเป็นสมาชิกอยู่

Mckeman (ประวิต เอราวรรณ์, 2545: 7; อ้างอิงจาก Mckeman, 1996) ได้แบ่งการวิจัยปฏิบัติการออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิธีวิทยาศาสตร์ (scientific action research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่อาศัยกระบวนการวิทยาศาสตร์เป็นวิธีวิจัยหรือวิธีแก้ปัญหา เช่น รูปแบบวิจัย



ปฏิบัติการของ Kurt Lewin ที่มีขั้นตอนคือ การวางแผน (planning) การค้นหาความจริง (fact finding) การดำเนินการ (execution) และการวิเคราะห์ผล (analysis) เป็นต้น

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (practical-deliberative action research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจและปรับปรุงพัฒนาวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งรูปแบบนี้จะเน้นที่การให้เกิดการวิจัยขึ้นจากค่านิยมในการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เริ่มโครงการและบทบาทของผู้วิจัย คือ การกระตุ้น และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจและเริ่มทำการปรับปรุงการปฏิบัติงาน เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของ John Elliot จะเน้นวิธีการให้ผู้ปฏิบัติงานสะท้อนการพัฒนาตนเอง ซึ่งเขาเชื่อว่าการวิจัยปฏิบัติการจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ดีในสถานการณ์ทางสังคม ส่วนรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการของ David Ebbutt ซึ่งเสนอว่าแนวทางที่ดีที่สุดในความคิดเชิงกระบวนการคือ ลำดับขั้นตอนตามวงจรแห่งความสำเร็จ ไม่ใช่การดำเนินงานแลกเปลี่ยน

3. การวิจัยปฏิบัติการเชิงอิสระ (emancipatory action research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขององค์กร โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มผู้วิจัยมีอิสระในการเผชิญหน้ากับปัญหา และร่วมมือกันแสวงหาวิธีการที่ดีที่จะแก้ไข แล้วส่งสะท้อนตนเองจากผลการปฏิบัติ เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย Deakin หรือการวิจัยปฏิบัติการตามรูปแบบของ Kemmis และคณะ ซึ่งมีความคิดว่า กระบวนการวิจัยปฏิบัติการมีลักษณะเป็นเกลียว (spiral) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล

4. กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research process) กระบวนการเชิงวิจัยปฏิบัติการประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (spiral of steps) (องอาจ นัยวัฒน์, 2548: 341; อ้างอิงมาจาก Kurt Lewin, 1946) ซึ่งในแต่ละวงจรประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการเบื้องต้น (pre-step) ได้แก่ การกำหนดจุดมุ่งหมายโดยทั่วไป ขั้นการวางแผน (planning) ขั้นการลงมือปฏิบัติการ (action) และขั้นการค้นหาข้อเท็จจริง (fact finding) การดำเนินการวิจัยในสามขั้นตอนสุดท้ายถือเป็นกิจกรรมหลักของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (core activities) นักวิจัยวิทยาการวิจัยแต่ละบุคคลหรือคณะที่มีความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ทำการประยุกต์แนวคิดของ Kurt Lewin ไปใช้ในการศึกษาวิจัยและการเรียบเรียงตำรา โดยจำแนกกิจกรรมหลักทั้งสามขั้นตอนในลักษณะแตกต่างกันไปตามแนวคิด ความเชื่อและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีต่อการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Kemmis และ McTaggart (องอาจ นัยวัฒน์, 2548: 342; อ้างอิงจาก Kemmis & McTaggart, 1988) จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลักคือ

1. การวางแผน (planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหา เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหา เกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร



2. การลงมือปฏิบัติงาน (action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในชั้น การวางแผนมาดำเนินการ โดยวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันประกอบไปด้วยการปรับปรุง แก้ไขแผน

3. การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (observation) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ด้วยความรอบครอบซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความคาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการ เก็บข้อมูล

4. การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงรอบ การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัด ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อ เป็นแนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับปรุง และการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เป็นรูปแบบการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคมเพื่อต้องการที่จะพัฒนาหา หลักการและวิธีการปฏิบัติงาน โดยได้รูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ ให้สอดคล้องกับ ภาวะของสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนางานไปในทิศทางที่ต้องการ โดยใช้ วิธีการเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด สามารถอธิบายสถานการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เกิดการเรียนรู้วิธีการเพื่อพัฒนาหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (planning) การปฏิบัติการ (action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection)

2.6 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กมล ภูวนภกรธรรม (2549: 92) ได้ทำการศึกษาผลของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมใน การดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดย นำเอาแนวคิดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้เป็นแผนการฝึกอบรม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มผู้ที่ เข้าร่วมแผนการฝึกอบรม มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชนสูงกว่าก่อนทดลอง

บุษบง เจาทานนท์ และคณะ (2550) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลการนำกระบวนการ ตลาดเชิงสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร โดยศึกษาถึงการรับรู้ของ เกษตรกรในเรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเป็นไข้มาลาเรีย ผลดีในการป้องกันตัวเอง พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ความสัมพันธ์กับการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับความรู้ ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยไข้มาลาเรีย และการรับรู้เรื่องมาลาเรีย โดยใช้สถิติ พบว่า ก่อน-หลังการทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างในคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม สำหรับ พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ต่อผลดีในการป้องกันตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ และพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นไข้มาลาเรีย และการรับรู้ต่อผลดีใน การป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกรมีความแตกต่างกัน



อย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นไข้มาลาเรียกับพฤติกรรม การป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกรและอายุ เพศ ระดับความรู้ ประสบการณ์ป่วยด้วยไข้มาลาเรีย การรับรู้เรื่องมาลาเรียกับการรับรู้เรื่องสุขภาพ รวมทั้งหมวด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

จเร แสงสายัณห์ (2552) ได้ทำการศึกษารูปแบบการกระจายของโรคมาลาเรียและ ความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ระดับชุมชน โดยศึกษาระยะทางระหว่างบ้าน ผู้ป่วยโรคมาลาเรียไปยังแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะเป็นเกณฑ์ รวมถึงการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมยุงพาหะในแหล่งเพาะพันธุ์ ได้แก่ อุณหภูมิอากาศ ความเร็วลม ความชื้นสัมพัทธ์ แสงแดด อุณหภูมิ น้ำ ความเป็นกรด ด่างของน้ำ ปริมาณออกซิเจนที่ละลายในน้ำและความหนาแน่น ของลูกน้ำยุงพาหะที่สำรวจพบ นอกจากนี้ยังศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมป้องกันตนเอง ของโรคมาลาเรีย ได้แก่ การใช้ยาทากันยุง การใช้ยาจุดกันยุง การใช้มุ้งชุบสารเคมี และการใช้พัดลม ไล่อุง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปตามโปรแกรม SPSS ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value} < 0.05$) พบว่า แหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะที่มีระยะห่างจากบ้านผู้ป่วยมาลาเรียไม่เกิน 2-3 กิโลเมตร เป็นปัจจัย ที่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรีย โดยมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมี ความสัมพันธ์กับความหนาแน่นของลูกน้ำยุงพาหะ โดยมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ พบว่า พฤติกรรมที่ใช้มุ้งชุบสารเคมี ลากการใช้พัดลมไล่อุง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมาลาเรีย โดยมี นัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนพฤติกรรมการใช้ยากันยุง และใช้จุดกันยุงมีความสัมพันธ์กับการ เกิดโรคมาลาเรีย โดยมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ดังนั้นหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว จะสามารถลดการเกิดโรคมาลาเรียได้

พิศติภรณ์ ตาละนาค (2551) ได้ศึกษาเรื่องการประเมินโครงการ พัฒนาประสิทธิภาพ การสื่อสารสาธารณะและการส่งเสริมประชาชนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย เพื่อประเมินผล ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย โดยการเปรียบเทียบกับผลการประเมินผลเบื้องต้น ว่าสื่อที่ใช้ในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคมาลาเรียมีประสิทธิภาพในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนหลังการเข้าร่วมรณรงค์ของประชาชน พื้นที่ท่าแซะ จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่าสื่อที่ใช้ในการรณรงค์ในครั้งนี้คือ ป้ายรณรงค์ โปสเตอร์ และถ้อยคำ มีส่วนประกอบ คือ รูปภาพ รูปแบบ สี สัน และข้อความ มีประสิทธิภาพใน การให้ความรู้และทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียอยู่ในระดับสูง พฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดคือ การนอนกางมุ้งที่ชุบสารเคมี ร้อยละ 95.7 โดยผลประเมินเบื้องต้นของเกษณี กัดฟ่วง พบร้อยละ 98.0 ซึ่งสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ตั้งเป้าไว้ต่ำกว่าที่ร้อยละ 80 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อย ที่สุดคือทายากันยุงเวลาออกไปทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 69.6 โดยผลประเมินเบื้องต้นของเกษณี กัดฟ่วง พบร้อยละ 58 โดยพบว่า พื้นที่ดังกล่าว ยาทากันยุงหาซื้อยากและราคาแพง ทั้งยังพบว่าการใช้ยากันยุงทำให้ตัวเหนียวเหนอะหนะ ไม่ชอบกลิ่น จึงทำให้ทายากันยุงน้อย

ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร์ และคณะ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ มารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำ ของผู้ป่วยมาลาเรียในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยทำการเปรียบเทียบความ รวดเร็วของการมารับการรักษาและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาซ้ำ ผลพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการมารับการรักษามาลาเรียซ้ำอย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา



สถานภาพการสมรส ระดับรายได้ ความรู้เกี่ยวกับมาลาเรีย การป้องกันโรคมมาลาเรีย ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการป่วยครั้งสุดท้าย อาการแสดง และชนิดเชื้อมาลาเรีย

วรรณมา ศรีสัจจรักษ์ และคณะ (2551) ได้ศึกษาเรื่อง "การประเมินผลสัมฤทธิ์การอบรมหลักสูตร" เจ้าหน้าที่ตรวจบำบัดในมาลาเรียคลินิก" โดยการติดตามการทำหน้าที่ตรวจบำบัดในมาลาเรียคลินิกหลังผู้อบรมกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ของตน และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับเกณฑ์ประเมิน ผลการศึกษาพบว่า มีผู้จบการอบรมกลับไปทำหน้าที่ตรวจบำบัดในมาลาเรียคลินิก ร้อยละ 52 โดยผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งสองวิธี คือ ฟิล์มโลหิตและการอ่านผลจากกล้องจุลทรรศน์ ร้อยละ 36 ปัจจัยที่มีผลต่อการแม่นยำในการวินิจฉัยมาลาเรียของผู้ทดสอบอ่านฟิล์มโลหิตคือ ทำหน้าที่ตรวจบำบัดในมาลาเรียคลินิก ส่วนเพศ อายุ และการศึกษาไม่สัมพันธ์กับความแม่นยำ

สมหมาย แจ่มกระจ่าง และคณะ (2551) ได้ทำการศึกษาการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาการจัดทำแผนชุมชนเทศบาลตำบลบางพระ จังหวัดชลบุรี พบว่า สภาพปัญหา และความต้องการทั่วไป ของชุมชนในเทศบาลตำบลบางพระ ซึ่งเป็นชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งเมือง สภาพโครงสร้างและสังคมค่อนข้างดี มีปัญหาและความต้องการด้านโครงสร้างชุมชนและด้านสังคมเพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีอยู่ เช่น ไฟฟ้าแสงสว่างสาธารณะ การเพิ่มรายได้และการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนมีส่วนร่วมและมีความสามารถในการจัดทำแผนชุมชน ระยะ 3 ปี อย่างสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ทั้ง 10 ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมได้อย่างสมบูรณ์ และมีแนวทางพัฒนากิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ประชาชนในชุมชน และบุคลากรของเทศบาลตำบลบางพระ จังหวัดชลบุรี ได้เรียนรู้ มีทักษะและประสบการณ์ในการทำงานพัฒนาชุมชนร่วมกันมีกิจกรรมการพัฒนาระดับ ท้องถิ่นที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และมีความพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดำเนินงานพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไปได้เป็นอย่างดี

ปัจพจน์ วิมลรัตนชัยศิริ (2552) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก:กรณีศึกษาในเขตอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. โดยศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากแบบสอบถามรวมทั้งสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการตัดสินใจและวางแผน ด้านการปฏิบัติกิจกรรม การติดตาม ประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากและเมื่อเปรียบเทียบกับระดับการมีส่วนร่วมพบว่า อายุ อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยไข้เลือดออก สถานภาพทางสังคม สมาชิก อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประภัสสร สุวรรณบงกช และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พบว่า การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มแกนนำ และคนในชุมชน ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับการร่วมคิดและร่วมดำเนินการ คือการให้ข้อมูล การร่วมวางแผน และการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลวิธีในการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะผู้วิจัยมุ่งเน้นไปที่การมีส่วนร่วมเฉพาะกลุ่มผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กลุ่มแกนนำ จึงอาจส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในพื้นที่ได้ เมื่อมีการเปลี่ยนผู้นำในพื้นที่



จรรยาศักดิ์ หวังล้อมกลาง (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พบว่าหลังการทดลองแกนนำชุมชนมีการรับรู้ในเรื่องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนทดลองโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนทดลองโดยรวมอยู่ในระดับสูงและพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนทดลองโดยกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.0001$) และมีค่าชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยสรุป การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกได้ ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนนทบุรี เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกำจัดลูกน้ำยุงลายและลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย อันจะนำไปสู่การลดปัญหาโรคไข้เลือดออกต่อไป

กัณนิษฐา มาเห็ม (2553) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังจากประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการประชุม ดังนั้น การให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ (AIC) ที่มีการปรับความเข้าใจ ให้ความรู้เพิ่มเติม ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มปัญหาอื่น ๆ เพื่อพัฒนา

อวยพร พิศเพ็ง (2553) ได้ทำการศึกษาผลการประยุกต์ใช้การจัดการอย่างมีส่วนร่วมร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ กรณีศึกษาตำบลเมืองแก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพนั้น แกนนำสุขภาพต้องมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ การวางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผลด้วยตนเอง มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นต้องให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง และมีที่ปรึกษาด้านวิชาการอย่างใกล้ชิด

กาดตร์วี กอบสุข (2554) ศึกษาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านโคกบรณรง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายเพื่อหาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในผู้สูงอายุ 60-70 ปี จำนวน 34 คน จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 59 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการศึกษา ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนปฏิบัติการ การดำเนินกิจกรรมตามแผนและการประเมินผลกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมุติฐานด้วย Paired Samples t-test ผลการวิจัย พบว่าปัญหาการส่งเสริมสุขภาพจากการที่ผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเองไม่มีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน และการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ดังนั้นรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วน



ตำบล และชุมชน โดยใช้กระบวนการ (A-I-C) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยสรุปการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดความสำเร็จและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกด้าน ดังนั้นจึงควรนำเอารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัยนี้ไปใช้ในชุมชนอื่นต่อไป

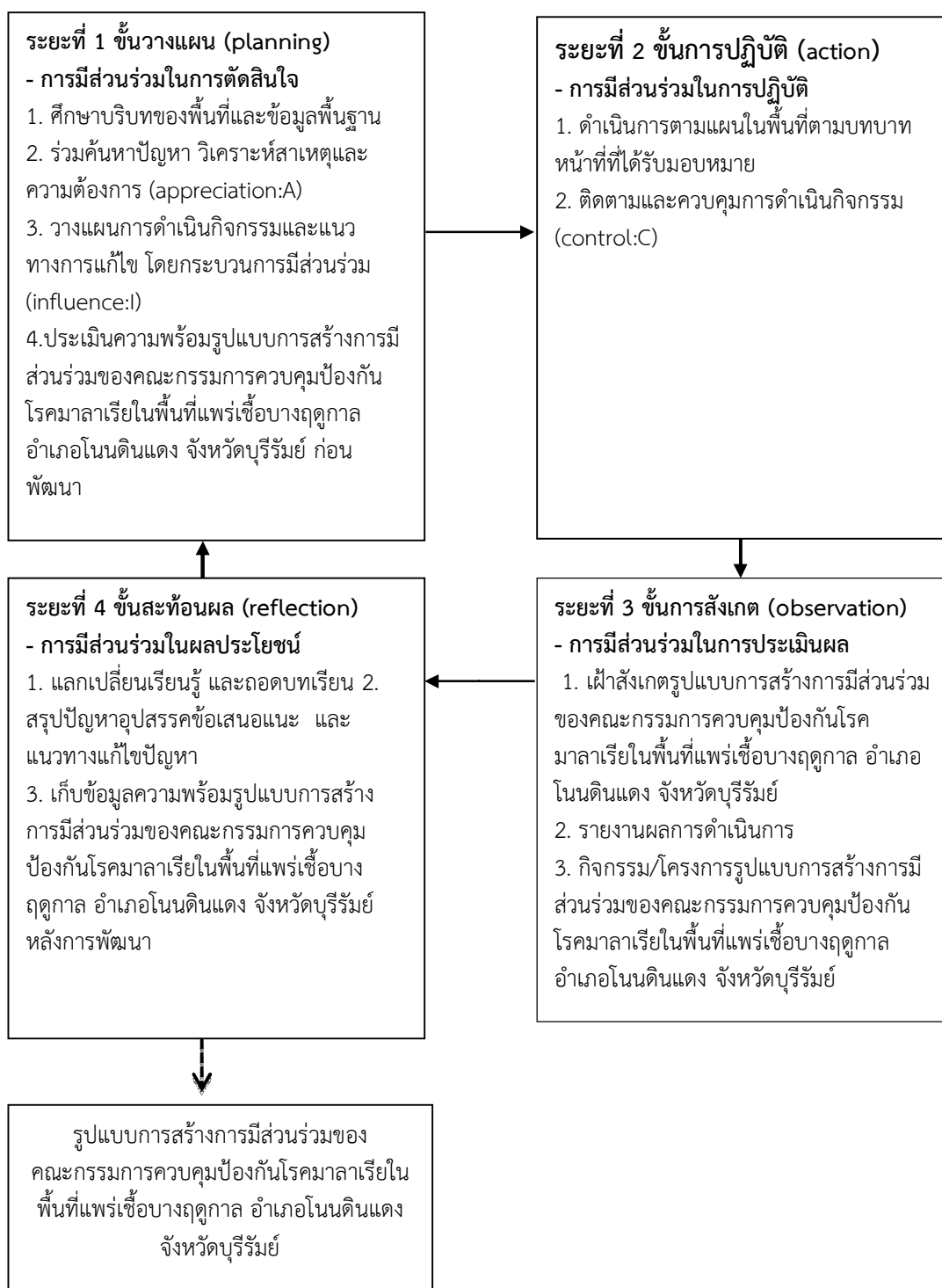
นุชรินทร์ ทองดี (2555) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนจำแนกตาม เพศ อาชีพ ระดับการศึกษาและเขตการเลือกตั้ง อีกทั้งศึกษาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยรวม ด้านรายได้ ส่วนด้านการตัดสินใจ การดำเนินการ และการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับมาก ในส่วนด้านผลประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมจำแนกตามเพศและการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการจำแนกตามอาชีพ 3 ด้าน ได้แก่ การดำเนินการ ด้านการได้รับประโยชน์ และการติดตามประเมินผลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับกับด้านการตัดสินใจ โดยในด้านข้อเสนอแนะ พบว่าคณะกรรมการชุมชนเสนอว่า ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาต้นแบบเป็นตัวอย่างของการพัฒนาชุมชนโดยมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง ควบคู่กับการให้ผู้นำชุมชนเข้าอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดในการทำงานและเติมเต็มความรู้ใหม่ๆอยู่เสมอ มีการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมในการดำเนินงานต่างๆเกี่ยวกับการวางแผนที่ชัดเจน และทั่วถึงและควรสร้างแรงจูงใจโดยจัดสวัสดิการให้กับคณะกรรมการชุมชนในรูปแบบของ เงินอุดหนุน ค่าตอบแทนหรือของรางวัล

สรุปได้ว่า จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบรมแบบมีส่วนร่วม สามารถสรุปเป็นแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ว่า การมีส่วนร่วมทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะในการรับรู้ปัญหา และนำไปสู่กระบวนการคัดเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียแบบมีส่วนร่วมในอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับทัศนคติเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางของกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลให้แนวความคิดที่ได้แลกเปลี่ยนกัน เกิดความยั่งยืนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมตามหลักการที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดเพื่อการวิจัยครั้งนี้โดยเป็นประยุกต์ใช้ P-A-O-R ดังรายละเอียดตามแนวทางต่อไปนี้





ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม (participation theory) มาใช้ในการกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมดำเนินงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) เพื่อสำรวจสภาพปัญหาและความพร้อมของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังอำเภอโนนดินแดง และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อการพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 วิธีการดำเนินการวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การจัดการกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย
- 3.7 สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) เป็นการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากกรณีศึกษาของกลุ่มงานควบคุมโรคสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับหน่วยป้องกันควบคุมโรคนำโดยแมลงและได้นำมาทบทวนโดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรัง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา ระดับความพร้อม ในพื้นที่เอง พบว่ามีความไม่ชัดเจนในด้านบุคลากรงบประมาณ ด้านการบริหารและด้านวัสดุการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยให้นำผลจากการศึกษา ระยะที่ 1 มาสู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะที่ 2 กำหนดขั้นตอนการวิจัยในลักษณะวงรอบ (spiral) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) การสะท้อนผล (reflection) ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (A-I-C) ในขั้นตอนการวางแผน ออกแบบการศึกษากลุ่มเดียว มีการเก็บข้อมูลหลังการพัฒนา ถอดบทเรียน และนำผลไปวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในรอบต่อไป โดยขั้นตอนการจัดกิจกรรมรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม



ร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (planning) ประกอบด้วย

1. การเตรียมคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคและชุมชน
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาบริบทของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรค

และชุมชน

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ A-I-C ดังนี้

3.1 สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานป้องกันโรคมลาเรีย

3.2 วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุม

ป้องกันโรคและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันโรคมลาเรีย

3.3 สังเคราะห์รูปแบบ

3.4 สร้างเครื่องมือ

ขั้นที่ 2 ลงมือปฏิบัติงาน (action) ประกอบด้วย ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1

ขั้นที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติ (observation) จำนวน 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1. การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำ

2. สังเกตการร่วมกิจกรรมรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

3. การประเมินระดับการมีส่วนร่วมตามแบบประเมิน โดยการวิจัยในครั้งนี้ ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 การออกแบบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

3.2 การทดสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

3.3 การเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

3.4 การวิเคราะห์และแปลผล

ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับผลปฏิบัติงาน (reflection) ประกอบด้วย

1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. ถอดบทเรียน

3. สรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผน แก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป



3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) ครั้งนี้ คือ คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย

3.2.2.1 คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข จำนวน 15 คน

3.2.2.2 คณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน

3.2.2.3 คณะกรรมการจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 คน

3.2.2.4 คณะกรรมการภาคประชาชน จำนวน 8 คน

รวมทั้งสิ้น 40 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงสำรวจ (survey method)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เอกสารผลจากการนิเทศติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ ร่วมกับ คณะกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่และฐานข้อมูลอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือสำหรับการสังเกตและจดบันทึก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย แผนปฏิบัติการรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้

แบบสอบถาม (questionnaires) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลลักษณะประชากร ของประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ทั้งแบบปิด (close end) และแบบเปิด (open end) โดยการเติมข้อมูลลงในช่องว่าง 7 ข้อ เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว หลังจัดกิจกรรมรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ แพลผลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความพร้อมของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (closed-end question) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเดียว จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีผลต่อการพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุครุภัณฑ์ ด้านงบประมาณ และด้านบริหารจัดการ

ส่วนที่ 3 ความความเห็นและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (open-ended questions)

ชุดที่ 3 เครื่องมือสำหรับการสังเกตและจดบันทึก

1. แบบบันทึกการประชุมการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาการดำเนินงานแบบสังเกตและจดบันทึกการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียแบบมีส่วนร่วม

2. แบบสัมภาษณ์ ตามแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการ

3. แบบสังเกต ตามแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการ

4. แบบนิเทศ ติดตาม

3.4 วิธีดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนดำเนินการแบ่งออกได้เป็น ดังนี้

3.4.1 เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

3.4.1.1 ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.4.1.2 ขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

3.4.1.3 เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยการประสานเพื่อเข้าไปทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประสานนายอำเภอ ประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่น

3.4.2 ดำเนินการวิจัย ในเบื้องต้นเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างการดำเนินการ

3.4.3 สรุปผลและถอดบทเรียน ดังนี้

3.4.3.1 รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

3.4.3.2 ผลการพัฒนาการรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

3.4.3.3 ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์



3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

3.5.1 ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ นายอำเภอ โนนดินแดง เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3.5.2 ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตจากหน่วยงานถึงนายอำเภอ ประธานคณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อขออนุญาตและอำนวยความสะดวกในพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.3 ผู้ศึกษาติดต่อประสานงานกับบุคลากรที่ได้รับมอบหมายจากท่านนายอำเภอ ประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขและผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อขออนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.4 ประชุมชี้แจงผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นนักวิชาการสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่ออธิบายการใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ครบถ้วนและถูกต้อง

3.5.5 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มหลังการดำเนินการ

3.5.6 นำแบบสอบถามทั้งหมดมากำหนดรหัส สร้างตัวแปร บันทึกข้อมูล ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติต่างๆ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยคอมพิวเตอร์

3.5.7 สรุปผลและถอดบทเรียน

3.6 การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

3.6.1 การจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน ของแบบสอบถามและจัดการกับเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึก การสรุปผลการจัดกิจกรรมกระบวนการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (questionnaires) กำหนดการวัดค่าตัวแปรและการแปลผล ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามคุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ แสดงรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความพร้อมของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียกในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (closed-end question) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามแบบมาตรวัดของ ลิเคอร์ท (Likert 's scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุดโดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียกในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยพิจารณาจากค่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม แบ่งระดับของการมีส่วนร่วม 5 ระดับ (รังสรรค์ สิงหาเลิศ, 2550) ดังนี้



ระดับการมีส่วนร่วม	ค่าคะแนนเฉลี่ย
มากที่สุด	4.21 - 5.00
มาก	3.41 - 4.20
ปานกลาง	2.61 - 3.40
น้อย	1.81 - 2.60
น้อยที่สุด	1.00 - 1.80

แบบสอบถามปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัด บุรีรัมย์ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมโดยใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การถอดบทเรียนและการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปประเด็นการจัดกิจกรรมกระบวนการพัฒนาตามแผนปฏิบัติงาน มีขั้นตอนดังนี้

3.6.2.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและความครบถ้วนครอบคลุมของแบบสรุปผลการจัดกิจกรรมต่าง ๆ

3.6.2.2 กำหนดรหัสตามตัวแปรที่กำหนด

3.6.2.3 นำข้อมูลทั้งหมดจากแบบสอบถามลงรหัส

3.6.2.4 บันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ จัดระบบข้อมูล วิเคราะห์แปรผลและสรุปผล

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุม ป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยผู้วิจัยทำการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะประชากร ข้อมูลระดับความรู้ และข้อมูลการปฏิบัติ เพื่อหาค่าการแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3.7.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์เอกสาร (document analysis)



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยการวิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ การศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) เพื่อสำรวจสภาพปัญหา ความพร้อมในพื้นที่ของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) แล้วนำผลการศึกษามาประกอบการวางแผนเพื่อกำหนดรูปแบบในการวิจัย เพื่อการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ให้สอดคล้องภายใต้บริบทพื้นที่ที่ได้ทำการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการโดยทำการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยใช้ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการจัดกิจกรรม แบบสังเกต และแบบนิเทศ ติดตาม ได้ผลการวิจัย ดังนี้

4.1 ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงสำรวจ (survey study)

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

4.1.2 ข้อมูลทั่วไปของโครงสร้างคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย
อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

4.2 ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

4.2.1 ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ

4.2.2 ผลการศึกษาเชิงสำรวจบุคลากรคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย
อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

4.2.3 ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของ
คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัด
บุรีรัมย์

4.2.4 ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ
ควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

4.1 ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงสำรวจ (survey study)

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเส้นรุ้งที่ 14 องศา 15 ลิปดาเหนือ กับ 15 องศา 45 ลิปดาเหนือ เส้นแวงที่ 102 องศา 30 ลิปดาตะวันออก กับ 103 องศา 45 ลิปดาตะวันออก อยู่เหนือระดับน้ำทะเลปานกลาง 150 - 200



เมตร มีเนื้อที่ประมาณ 10,393.945 ตารางกิโลเมตร หรือ ประมาณ 6,451,178.125 ไร่ ห่างจาก กรุงเทพมหานครไปทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทางรถยนต์เป็นระยะทางประมาณ 385 กิโลเมตร ทางรถไฟประมาณ 376 กิโลเมตร มีลักษณะสภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบสูงทางตอนใต้ บริเวณอำเภอละหานทราย อำเภอโนนดินแดง และอำเภอบ้านกรวด มีเทือกเขาบรรทัดและเทือกเขาพนมดงรัก กั้นพรมแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศกัมพูชาประชาธิปไตย พื้นที่ลาดจากทิศใต้ลงไปทางทิศเหนือมีลักษณะเป็นลูกคลื่นน้อยๆ เป็นที่ราบขั้นบันไดของเขา และภูมิประเทศที่เกิดจากภูเขาไฟ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง คือ ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคามและจังหวัดสุรินทร์, ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดสุรินทร์, ทิศตะวันตก, ติดต่อกับจังหวัดสระแก้วและประเทศกัมพูชาประชาธิปไตย และทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดนครราชสีมา

อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เดิมอยู่ในเขตการปกครองของอำเภอละหานทราย เป็นพื้นที่ป่าไม้ที่สมบูรณ์ เมื่อประมาณปี พ.ศ.2514 - 2516 มีประชาชนจากพื้นที่ข้างเคียง ได้แก่ ประชาชนจากตำบลปะคำ (ปัจจุบันเป็นอำเภอปะคำ) อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ และ อำเภอ เสงีสาง จังหวัดนครราชสีมา ได้อพยพเข้ามาบุกเบิกที่ดินทำกิน ประกอบอาชีพทำไร่ และ ตัดไม้ ประมาณ 400 - 500 ครอบครัว ต่อมาในปี 2518 ได้เกิดการปะทะกันอย่างรุนแรงระหว่าง ทหารฝ่าย รัฐบาล กับฝ่ายที่มีแนวคิดฝักใฝ่พรรคคอมมิวนิสต์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการ ก่อสร้างถนนสายละหานทราย - ตาพระยา กระทั่งในปี 2519 ทางราชการได้ประกาศจัดตั้งเป็น หมู่บ้านโนนดินแดง ขึ้นกับเขตการปกครอง อำเภอละหานทราย และได้รับการประกาศเป็นตำบล ในเวลาต่อมา

ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนจากสถานการณ์การสู้รบ ซึ่งเกิดจากความขัดแย้งทางความคิดของสังคมไทยขณะนั้น ทำให้ประชาชนในพื้นที่ประสบความอดอยาก ทุกข์ยาก เดือดร้อนไปทั่วทั้งพื้นที่ เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างปลอดภัย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ จึงทรงริเริ่มโครงการหลวงต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือประชาชนในการประกอบอาชีพ ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีรายได้ และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ประกอบกับสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมืองได้คลี่คลายลง จนสงบเป็นปกติ ทำให้ชุมชนได้ขยายขึ้นอย่างรวดเร็ว ต่อมากระทรวงมหาดไทยได้ประกาศยกฐานะตำบลโนนดินแดง ตำบล สัมปอ่ย และตำบลลำนางรอง เป็น กิ่งอำเภอโนนดินแดง เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2536 และได้รับการยกฐานะเป็นอำเภอ โนนดินแดง เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2539 มีพื้นที่ 448 ตารางกิโลเมตร (780,800 ไร่) ปัจจุบันมีประชากร 26,512 คน 6,346 หลังคาเรือน ห่างจากตัวจังหวัด 93 กิโลเมตร



23 แห่ง กระจายทั่วพื้นที่ อุณหภูมิเฉลี่ย 30 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดประมาณ 12 องศาเซลเซียส ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยประมาณ 825 มิลลิเมตรต่อปี

การปกครอง

อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์มีการปกครองท้องที่ ประกอบด้วย 3 ตำบล คือ ตำบลโนนดินแดง ตำบลส้มป่อยและตำบลลำนางรอง ซึ่งอำเภอโนนดินแดงมี 39 หมู่บ้าน และการปกครองท้องที่ ประกอบด้วย 1 เทศบาล 3 องค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ 1.เทศบาลตำบลโนนดินแดง มีพื้นที่ 8 ตารางกิโลเมตร 13 ชุมชน ประกอบด้วยพื้นที่ในส่วนของตำบลโนนดินแดง 11 ชุมชน และบางส่วนของตำบลส้มป่อย 2 ชุมชน ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย 1 องค์การบริหารส่วนตำบลโนนดินแดง มีพื้นที่ 43 ตารางกิโลเมตร 7 หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลส้มป่อย มีพื้นที่ 26 ตารางกิโลเมตร 7 หมู่บ้านและองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง มีพื้นที่ 371 ตารางกิโลเมตร 15 หมู่บ้าน

การศึกษา อาชีพ ภาษา ศาสนา

การศึกษาในอำเภอโนนดินแดงสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่ 3 จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย โรงเรียนระดับประถมศึกษา 12 แห่ง (ขยายโอกาส 3 แห่ง) ,โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 1 แห่ง ,โรงเรียนเอกชนเปิดสอนในระดับอนุบาลถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย 1 แห่ง ,โรงเรียนพระปริยัติธรรมเปิดสอนในระดับมัธยมศึกษา 1 แห่ง และศูนย์ปฏิบัติการอุตสาหกรรมเกษตรเพื่อชีวิต 1 แห่ง (สังกัดอาชีวศึกษา) อาชีพหลัก ประกอบอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ ทำไร่ ทำสวน ทำนา และเลี้ยงสัตว์ อาชีพรองคือ รับจ้าง ส่วนอาชีพเสริมทอผ้า เย็บผ้า ปลูกหญ้าคา แปรรูปผลิตภัณฑ์เสาวรส ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปีประมาณ 14,700 บาท ภาษา ส่วนใหญ่ใช้ภาษาไทย อีสานคิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาได้แก่ภาษาเขมรคิดเป็นร้อยละ 30 และภาษาส่วยร้อยละ 2 น้อยที่สุด

การศาสนา อำเภอโนนดินแดง มีวัด 1 แห่ง ที่พักสงฆ์ 17 แห่ง และโบสถ์คริสต์ 1 แห่ง

ทรัพยากรธรรมชาติ

1. ทรัพยากรดิน เป็นดินเกิดจากการย่อยสลาย เน่าเปื่อย ของอินทรีย์วัตถุ ซากพืช มีส่วนน้อยที่เกิดจากตะกอนทับถมของน้ำที่เกิดจากการชะล้าง สภาพดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย และดินเหนียว ซึ่งเหมาะแก่การเพาะปลูกทำการเกษตร

2. ทรัพยากรป่าไม้ เป็นพื้นที่ป่าสงวนดงใหญ่ และอุทยานตาพระยา มีพื้นที่ประมาณร้อยละ 70 ของพื้นที่อำเภอ เป็นเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าดงใหญ่

3. ทรัพยากรน้ำ มีเขื่อนดินขนาดใหญ่เก็บกักน้ำเพื่อการเกษตร คือ เขื่อนลำนางรอง และอ่างเก็บน้ำขนาดเล็กกระจายทั่วพื้นที่

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์มีโรงพยาบาลประจำอำเภอเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง 1 แห่ง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง, ศูนย์แพทย์ชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชนมี 3 แห่ง,



ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) 37 แห่ง ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด 505 คน

4.1.2 ข้อมูลทั่วไปของโครงสร้างคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalaria ในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

การป้องกันควบคุมโรคมalaria ในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชน เดิมเป็นภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการผ่านทางกรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ต่อมาพรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้การป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อเป็นหน้าที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำ และภายหลังการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับบทบาทมาทำหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์ ควบคุมกำกับ และสนับสนุนทางวิชาการ

สำหรับอำเภอโนนดินแดงก็เช่นกันมีการปรับเปลี่ยนคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalaria ในการทำงาน ซึ่งการแต่งตั้งทีมในการดำเนินงานอย่างชัดเจน โดยมีประกอบด้วยหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเพื่อการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalaria ในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีอำเภอเป็นจุดเชื่อมโยงการบริหารจัดการทรัพยากร ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมalaria โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ดังนี้

1. คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalaria ระดับอำเภอ อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.1	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนดินแดง	หัวหน้าและที่ปรึกษาทีม
1.2	สาธารณสุขอำเภอ	ผู้จัดการทีม
1.3	ผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละ รพ.สต.	คณะทำงาน
1.4	หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล	คณะทำงาน
1.5	หัวหน้าแผนกตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล	คณะทำงาน
1.6	หัวหน้าแผนกตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาล	คณะทำงาน
1.7	หัวหน้างานชั้นสูตรโรงพยาบาล	คณะทำงาน
1.8	ประธานชมรม อสม. อำเภอโนนดินแดง	คณะทำงาน
1.9	ผู้รับผิดชอบหลักสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	เลขาฯ ทีม
1.10	ผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาล	ผู้ช่วยเลขาฯ ทีม

2. คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalaria ระดับเทศบาลตำบลโนนดินแดง ประกอบด้วย

2.1	นายกเทศมนตรีตำบลโนนดินแดง	ที่ปรึกษาทีม
2.2	ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	ผู้จัดการทีม
2.3	ผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาล	คณะทำงานหลัก
2.4	หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาล	คณะทำงาน
2.5	ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล	คณะทำงาน
2.6	ผู้รับผิดชอบหลัก รพ.สต. สัมปอัย	คณะทำงาน



	2.7 ผู้รับผิดชอบหลักเทศบาลตำบลโนนดินแดง	คณะทำงาน
	2.8 อสม.ผู้รับผิดชอบหลักตำบลโนนดินแดง	คณะทำงาน
	2.9 อสม.ผู้รับผิดชอบหลักตำบลส้มป่อย	คณะทำงาน
	3. คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียองค์การบริหารส่วนตำบลโนนดินแดง	
ประกอบด้วย		
	3.1 นายก อบต.โนนดินแดง	ที่ปรึกษาทีม
	3.2 ผอ.รพ.สต.ซำพะเนิง	ผู้จัดการทีม
	3.3 ผู้รับผิดชอบหลัก รพ.สต.ซำพะเนิง	คณะทำงานหลัก
	3.4 นิติกร อบต.โนนดินแดง	คณะทำงาน
	3.5 ผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาล	คณะทำงาน
	3.6 อสม.ผู้รับผิดชอบหลักเขต อบต.โนนดินแดง	คณะทำงาน
	3.7 ผู้รับผิดชอบหลัก อบต.โนนดินแดง	คณะทำงาน
	3.8 นักวิชาการสุขาภิบาล อบต.โนนดินแดง	คณะทำงาน
	4. คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียองค์การบริหารส่วนตำบลส้มป่อย	
ประกอบด้วย		
	4.1 นายก อบต.ส้มป่อย	ที่ปรึกษาทีม
	4.2 ผอ.รพ.สต.ส้มป่อย	ผู้จัดการทีม
	4.3 ผู้รับผิดชอบหลัก รพ.สต.ส้มป่อย	คณะทำงานหลัก
	4.4 ประธานชมรม อสม.ตำบลส้มป่อย	คณะทำงาน
	4.5 ผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาล	คณะทำงาน
	4.6 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน อบต.ส้มป่อย	คณะทำงาน
	4.7 อสม.ผู้รับผิดชอบหลักเขต อบต.ส้มป่อย	คณะทำงาน
	5. คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง	
ประกอบด้วย		
	5.1 นายก อบต.ลำนางรอง	ที่ปรึกษาทีม
	5.3 ผอ.รพ.สต.ลำนางรอง	ผู้จัดการทีม
	5.4 ผอ.รพ.สต.หนองเสม็ด	ผู้ช่วยผู้จัดการทีม
	5.5 ผู้รับผิดชอบหลัก รพ.สต.ลำนางรอง	คณะทำงานหลัก
	5.6 ผู้รับผิดชอบหลัก รพ.สต.หนองเสม็ด	ผู้ช่วยคณะทำงาน
	5.7 นักวิชาการการเงินและบัญชี อบต.ลำนางรอง	คณะทำงาน
	5.8 ผู้รับผิดชอบหลัก อบต.ลำนางรอง	คณะทำงาน
	5.9 อสม.ผู้รับผิดชอบหลักเขตตำบลลำนางรอง	คณะทำงาน
	5.10 อสม.ผู้รับผิดชอบหลักเขตบ้านหนองเสม็ด	คณะทำงาน
	5.11 ผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาล	คณะทำงาน

โดยมีหน้าที่ดังนี้

1. ดำเนินการในการเฝ้าระวังโรคโรคมมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล ตามนโยบายของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างเคร่งครัดและ



ต่อเนื่องจริงจัง ทั้งก่อนเกิดโรค ระหว่างเกิดโรค และหลังเกิดโรค

2. ประสานและร่วมกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในเชิงรุกให้เหมาะสมกับท้องถิ่นและทรัพยากรที่มีอยู่ ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องผสมผสานกับงานสาธารณสุขอื่นๆในท้องถิ่น

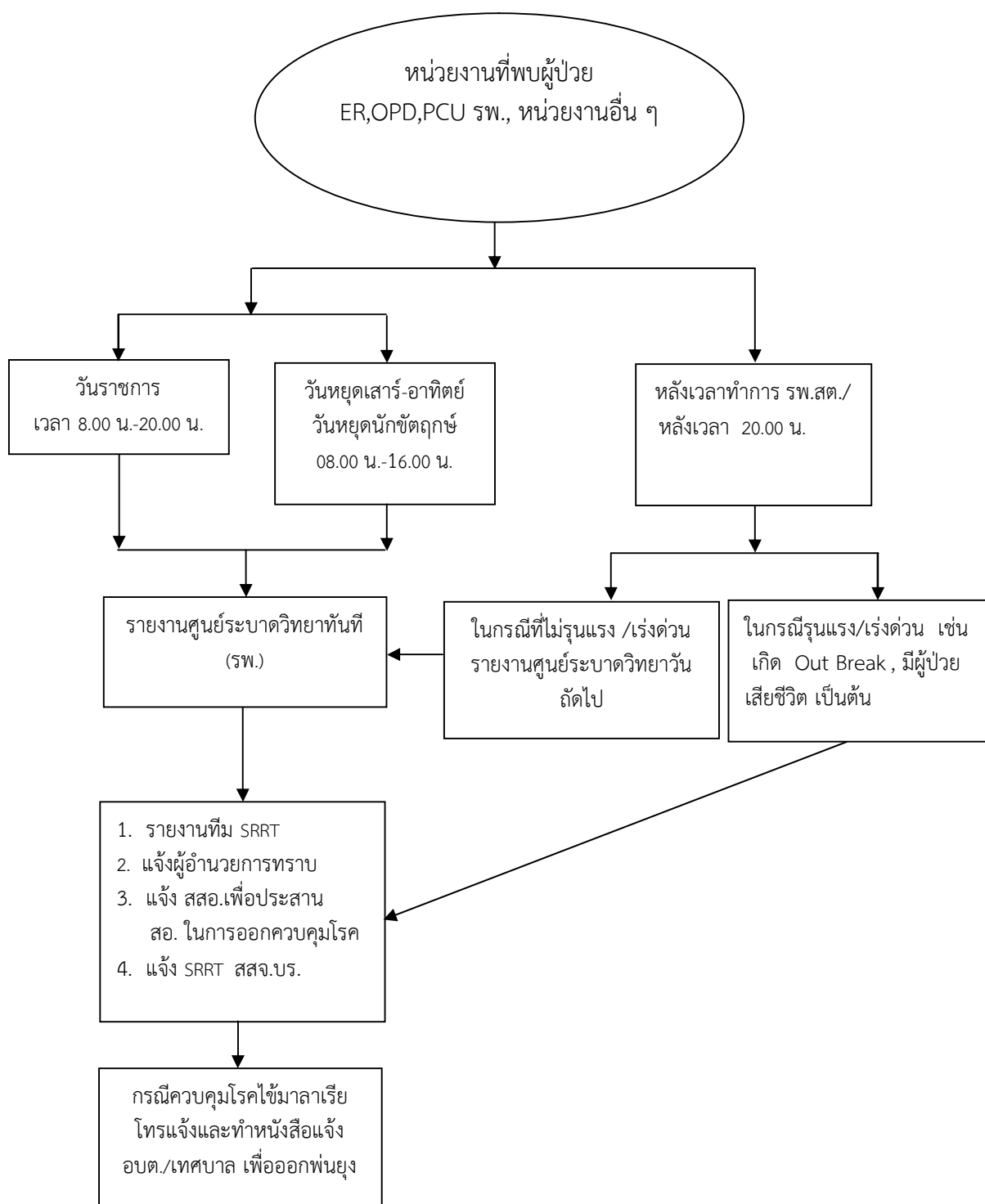
3. ออกสอบสวนและควบคุมโรคทันทีภายใน 3 ชั่วโมง หลังจากได้รับรายงานผู้ป่วยโรคมาลาเรียและจัดส่งแบบรายงานสอบสวนโรคให้ทางศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคของอำเภอ (WAR ROOM)

4. ให้หัวหน้าคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่รับผิดชอบบริหารการสุ่มสำรวจค่า HI : CI ในหมู่บ้าน โดยสุ่มสำรวจทุกหมู่บ้าน ๆ ละ 30 หลังคาเรือน เพื่อจัดส่งอำเภอทุกเดือน

5. ให้มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคโรคมาลาเรียประจำตำบล (WAR ROOM) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง เพื่อเป็นที่ประสานงานข้อมูลข่าวสารในการควบคุมโรคดังกล่าว โดยมีคณะทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วย ทั้งแจ้งต่อหัวหน้าทีมควบคุมโรค และแจ้งอำเภอในระบบข้อมูลทางด่วน จัดเก็บแบบรายงานสอบสวนโรค ทั้งนี้คณะทำงานควบคุมโรคต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติงานทั้งในวันปกติและวันหยุดราชการ



กระบวนการรายงานควบคุมโรคมาลาเรีย



ภาพประกอบ 4.2 การรายงานโรคในรูปแบบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์



4.2 ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มาใช้การพัฒนากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (planning) ขั้นปฏิบัติ (action) สังเกตผลการปฏิบัติ (observation) และการสะท้อนกลับผลปฏิบัติงาน (reflection) โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ทุกขั้นตอน ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

1. ศึกษาบริบทของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐาน

ผู้วิจัยได้ศึกษาและจัดเก็บจากการรวบรวมข้อมูลบริบทพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานของอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ และข้อมูลคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557 ณ ห้องประชุมว่าการอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยกระบวนการ A-I-C ซึ่งคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง ประกอบไปด้วยตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนจากภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้นำชุมชน และตัวแทนจากส่วนราชการส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครูอนามัย ตำรวจ ปศุสัตว์ นคม. ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เพื่อการพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดู ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C มีผลสรุปดังนี้

1.1 ตัวแทนจากสาธารณสุข สรุปได้ว่า การดูแลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นหน้าที่หลักของหน่วยควบคุมโรคที่นำโดยแมลง (นคม.) สาธารณสุขมีหน้าที่ทางด้านวิชาการไม่ได้ลงค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ หากมีการลงพื้นที่จะทำร่วมกับหน่วยควบคุมโรคที่นำโดยแมลง (นคม.) ซึ่งยังไม่ทราบรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่อย่างแท้จริง ส่วนใหญ่จะทำตามแนวปฏิบัติของโรคไข้เลือดออก ซึ่งไม่ถูกต้องนัก

1.2 ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สรุปได้ว่า การดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียควรเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลมีความหลากหลายและโดนย้ายมาจากหลายหน่วยงานทำให้ขาดความรู้และทักษะในการดำเนินงาน ส่วนในเรื่องงบประมาณในการดำเนินงาน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสามารถสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้กับสาธารณสุขได้ตามภารกิจและการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นการดำเนินงานตามนโยบายเท่านั้น ยังขาดการบูรณาการและประสานแผนในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และข้อมูลโรคมาลาเรียส่วนใหญ่จะอยู่ที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบงานด้านการป้องกันโรคมาลาเรียยังขาดประสบการณ์การวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ของโรคมาลาเรีย



1.3 ตัวแทนภาคประชาชน (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/กลุ่มผู้นำชุมชน) การป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ผ่านมามุ่งเน้นไปที่การควบคุมโรคมากกว่าการดำเนินงานป้องกันโรค เนื่องจากคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง หากได้รับข้อมูลผู้ป่วยจากสาธารณสุข จะมีการประสานมายังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกดำเนินการควบคุมโรคตามแต่ละเหตุการณ์และประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าการทำงานป้องกันโรคติดต่อเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรง และที่สำคัญที่สุดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเงินเดือนจะต้องเป็นผู้ดำเนินการ

1.4 ตัวแทนจากส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง การดูแลป้องกันโรคมาลาเรียในโรงเรียนจะมีเจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขแจ้งเป็นช่วงๆในช่วงที่มีการเกิดของโรค ครูอนามัยมีหน้าที่อำนวยความสะดวกและเน้นย้ำให้นักเรียนรับทราบ ในส่วนของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องก็เช่นกันจะรอฟังการประกาศเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

โดยได้ข้อสรุปว่าควรมีการจัดประชุมจัดประชุมคณะกรรมการอีกครั้งโดยให้ทางสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และความต้องการจากนั้น

4.2.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาการรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้ได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ ดังนี้

1. ด้านบุคลากร การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการไว้อย่างชัดเจนและสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน
2. ด้านงบประมาณ ประสานแผนและบูรณาการด้านงบประมาณ ด้านการป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดู กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ด้านวัสดุครุภัณฑ์ พัฒนามาตรฐานงานควบคุมโรคมาลาเรียตามมาตรฐานควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยา
4. ด้านการบริหารจัดการ จัดตั้งคณะกรรมการและเครือข่ายดำเนินงานมาลาเรียและทบทวนโครงสร้างการทำงาน เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้กำหนด 4 แผนงาน/โครงการ หลังจากนั้นได้นำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติจริง (action) เก็บรวบรวมข้อมูล (observe) ระหว่างการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการและวิเคราะห์ข้อมูลสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติการ ดังนี้



1. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้ทราบถึงขอบเขตในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล และทราบบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจนและสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน ใช้ในการประกอบการวางแผนในการดำเนินงานป้องกันโรคมลาเรียต่อไป

1.1 ผลการดำเนินงาน คณะกรรมการการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ทราบถึงแนวทางในการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลและทราบบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจนและสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน

1.2 การเรียนรู้ คณะกรรมการการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ทราบถึงขอบเขตในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรีย และทราบถึงวิธีการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่เบื้องต้น นำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมาสำราญนำความรู้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ต่อไป

2. โครงการประสานแผนและบูรณาการด้านงบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดการประสานแผนการดำเนินงานด้านงบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและไม่เกิดช่องว่างในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคของพื้นที่ โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข ประชาชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จะมีการร่วมวางแผนการใช้งบประมาณในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลมีการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการและหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่อย่างชัดเจน

2.1 ผลการดำเนินงาน เกิดการประสานแผนงานและการบูรณาการงบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลกับหน่วยงานในพื้นที่และเกิดการพัฒนารูปแบบการสร้างมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างเป็นรูปธรรม

2.2 การเรียนรู้ เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านงบประมาณระหว่างหน่วยงานทำให้ไม่เกิดความซ้ำซ้อนของการใช้งบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล และมีแผนงาน/กิจกรรม กำหนดช่วงเวลาในการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน

3. โครงการ พัฒนามาตรฐานงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียตามมาตรฐานควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยา



เป็นโครงการที่จัดทำเพื่อพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ตามมาตรฐานควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยาซึ่งจะส่งผลให้เกิดการควบคุมโรคมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว สามารถตอบสนองได้อย่างทันท่วงที

3.1 ผลการดำเนินงาน คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลและภาคีเครือข่าย มีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานงานควบคุมโรคติดต่อ ส่งผลให้การควบคุมโรคติดต่อ “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว”

3.2 การเรียนรู้ คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลและภาคีเครือข่าย มีการเตรียมความพร้อมในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ตามมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ ส่งผลให้เกิดแนวทางในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน ซึ่งจะส่งผลต่อด้านประสิทธิภาพของการดำเนินงานควบคุมโรค

4. โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล

เป็นโครงการที่จัดทำเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีช่องทางในการสื่อสาร การแจ้งข้อมูลข่าวสารที่มีความผิดปกติในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียเบื้องต้นเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลได้

4.1 ผลการดำเนินงาน ประชาชนในพื้นที่ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล หากพบผู้ป่วยที่มีอาการหรือสงสัยป่วยเป็นโรคมาลาเรียจะมีการแจ้งข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อแจ้งคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง ให้ติดตามตรวจสอบ หรือให้คำแนะนำในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย และนอกจากนั้น มีการส่งบทความประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารโรคติดต่อเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในพื้นที่ ให้ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว และสาธารณสุขจะมีการเน้นย้ำโรคระบาดตามฤดูกาลผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทุกๆ เดือน

4.2 การเรียนรู้ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ทำให้เกิดช่องทางในการสื่อสารมากกว่า 1 ช่องทาง เกิดเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียโดยทุกหมู่บ้านจะมีการประชาสัมพันธ์โรคมาลาเรียอย่างต่อเนื่องในช่วงมีการเกิดโรคและทุกกลุ่มสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว มีทำเนียบเบอร์โทรศัพท์คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดงในพื้นที่ ในการสอบถามข้อมูลข่าวสาร หรือปรึกษาอาการเบื้องต้น

4.2.2 ผลการศึกษาเชิงสำรวจบุคลากรคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการศึกษาเชิงสำรวจคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ประกอบไปด้วย 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ตัวแทนจากส่วนราชการสาธารณสุข 15 คน ได้แก่ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานระบบการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัด



บุรีรัมย์ จำนวน 15 คน

2. ตัวแทนจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายก และ ผู้รับผิดชอบงานระบบการควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 9 คน

3. ตัวแทนจากภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครผู้รับผิดชอบงานระบบการควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 8 คน

4. ตัวแทนจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นคท., ครู, ตำรวจ, ปศุสัตว์, ผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อตามฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 8 คน

รวมจำนวนกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 40 คน (N=40) และได้กำหนดขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มประชากร นั่นคือ จำนวน 40 คน (n=40)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากร

ตาราง 4.1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณลักษณะประชากร (n=40)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	27 (67.5)
หญิง	13 (32.5)
อายุ(ปี)	
20-29	7 (17.5)
30-39	12 (30.0)
40-49	14 (35.0)
50-59 ปี	6 (15.0)
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	1 (2.5)
สถานภาพสมรส	
โสด	4 (10.0)
สมรส	34 (85.0)
หม้าย/หย่า/แยก	2 (5.0)



ตาราง 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
การศึกษาสูงสุด	
ประถมศึกษา	3 (7.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (5.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3 (7.5)
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	7 (17.5)
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	25 (62.5)
ตำแหน่ง	
สาธารณสุข	15 (37.5)
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	9 (22.5)
ภาคประชาชน	8 (20.0)
ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องอื่นๆ	8 (20.0)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
ต่ำกว่า 8,500	6 (15.0)
8,500 - 15,000	10 (25.0)
15,001 - 20,000	11(27.5)
มากกว่า 20,000 ขึ้นไป	13 (32.5)
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง (ปี)	
น้อยกว่า 5	15 (37.5)
5 - 10	14 (35.0)
มากกว่า 10	11 (27.5)

จากตาราง 4.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.5 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 35.0 รองลงมาอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 30.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 39.2 อายุสูงสุด 63 ปี และอายุต่ำสุด 22 ปี สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 85.0 การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 62.5 รองลงมาประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 17.5 ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ปัจจุบันส่วนใหญ่คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข ร้อยละ 37.5 รองลงมา คณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 22.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 32.5 รองลงมาไม่มีรายได้15,001-20,000บาท ร้อยละ 27.5 โดยมีรายได้เฉลี่ย 19,165.25 บาท รายได้สูงสุด 100,000.00 บาท และรายได้น้อยสุด 5,000.00 บาท ระยะเวลาดำรงตำแหน่งส่วนใหญ่อายุงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 37.5 รองลงมาอายุงาน 5 - 10 ปี ร้อยละ 35.0 ระยะเวลาดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 7.97 ปี ระยะเวลาดำรงตำแหน่งสูงสุด 20 ปี และระยะเวลาดำรงตำแหน่งน้อยสุด 1 ปี



ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ตาราง 4.2 ความพร้อมรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล จำแนกรายด้าน (n=40)

ความพร้อมจำแนกรายด้าน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพร้อม
การบริหารจัดการ	3.49	0.47	สูง
วัสดุครุภัณฑ์	3.83	0.67	สูง
บุคลากร	3.05	0.71	ปานกลาง
งบประมาณ	2.65	0.49	ปานกลาง
โดยรวม	3.26	0.69	ปานกลาง

จากตาราง 4.2 พบว่า ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยภาพรวมมีความพร้อมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.26$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ ($\bar{x} = 3.83$) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ($\bar{x} = 3.49$) ส่วนด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.65$)

ตาราง 4.3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านบุคลากร จำแนกรายข้อคำถาม (n=40)

ความพร้อมด้านบุคลากร	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพร้อม
มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร ด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจน	3.37	1.17	สูง
มีคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จบการศึกษาด้านสาธารณสุขหรือด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง	3.58	1.06	สูง
มีแผนพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้ ความสามารถในการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล	2.73	1.11	ปานกลาง
มีการจัดตั้งอัตรากำลังบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เพียงพอ	3.35	0.69	ปานกลาง



ตาราง 4.3 (ต่อ)

ความพร้อมด้านบุคลากร	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพร้อม
มีบุคลากรมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่รวมถึงกฎระเบียบในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่	3.33	0.97	ปานกลาง
การจัดตั้งคณะกรรมการด้านการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่	3.13	0.76	ปานกลาง
มีการกำหนดนโยบายด้านการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่	1.63	0.67	ปานกลาง
การพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่	3.27	0.96	ปานกลาง

จากตาราง 4.3 ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านบุคลากร เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จบการศึกษาด้านสาธารณสุขหรือด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ($\bar{x} = 3.58$) ค่าเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจน ($\bar{x} = 3.37$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ ($\bar{x} = 1.63$)

ตาราง 4.4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านงบประมาณ จำแนกรายข้อคำถาม (n=40)

ความพร้อมด้านงบประมาณ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพร้อม
การจัดสรรงบประมาณเพื่อการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ ภาวะฉุกเฉิน	3.70	1.07	สูง
การจัดสรรงบประมาณสำหรับการบำรุงรักษาและซ่อมแซมครุภัณฑ์ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่	3.40	0.71	สูง
ระบบการประเมินประสิทธิภาพ การใช้งบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่	3.90	0.71	สูง
การจัดตั้งกองทุนการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่	1.67	0.69	ปานกลาง



ตาราง 4.4 (ต่อ)

ความพร้อมด้านงบประมาณ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพร้อม
รายได้/รายรับเพียงพอต่อการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ โดยไม่ต้องพึ่งพาเงินอุดหนุนจากรัฐบาล	1.65	0.48	น้อย
ความสามารถในการจัดสรรเงินตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของบุคลากรที่รับผิดชอบงาน	1.63	0.58	น้อย

จากตาราง 4.4 ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านงบประมาณ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ระบบการประเมินประสิทธิภาพ การใช้งบประมาณด้านการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล ($\bar{x} = 3.90$) ค่าเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณเพื่อป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ภาวะฉุกเฉิน ($\bar{x} = 3.70$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ความสามารถในการจัดสรรเงินตอบแทนในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคนอกเวลาราชการของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข ($\bar{x} = 1.63$)

ตาราง 4.5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ จำแนกรายข้อคำถาม (n=40)

ความพร้อมด้านวัสดุครุภัณฑ์	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพร้อม
การจัดให้มีหรือสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน	3.55	0.90	สูง
มีวัสดุที่ใช้ควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่เช่น มุ้งชุบครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ เช่น เครื่องพ่นหมอกควัน เครื่องพ่นละอองฝอย	3.80	0.88	สูง
มีสารเคมีที่ใช้การป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ เช่น ทรายอะเบท สำหรับควบคุมลูกน้ำยุง	3.60	1.00	สูง
ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสารเพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน	4.02	0.80	สูง
ยานพาหนะเพื่อใช้ป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน	3.90	0.63	สูง
	4.13	0.65	สูง



จากตาราง 4.5 ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุม ป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านวัตถุประสงค์ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ยานพาหนะเพื่อใช้ป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน ($\bar{x} = 4.13$) ค่าเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ มีสารเคมีที่ใช้การป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ เช่น ทราายอะเบท สำหรับควบคุมลูกน้ำยุงลาย ($\bar{x} = 4.02$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การจัดให้มีหรือสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการควบคุม ป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ($\bar{x} = 3.55$)

ตาราง 4.6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้าง การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านการบริหารจัดการ จำแนกรายข้อคำถาม (n=40)

ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ	คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ ความ พร้อม
กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการด้าน การป้องกันควบคุม โรคมะเร็งในพื้นที่	3.92	0.69	สูง
การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน วางแผน-งาน / โครงการ และแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่	3.70	0.85	สูง
การใช้ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนประกอบการ วางแผนงบประมาณด้านสาธารณสุขของการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่	3.60	0.63	สูง
การประสานการดำเนินงานด้านควบคุมป้องกันโรคมะเร็งใน พื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ	3.57	0.64	สูง
ความสามารถจัดกิจกรรมที่ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสภาพ โดยประชาชนมีส่วนร่วม	3.35	0.74	สูง
ความสามารถในการเฝ้าระวังด้านการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่	3.45	0.72	สูง
ความสามารถในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่ผสมผสานกับการ ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสภาพ โรคมะเร็งในพื้นที่ โดยการมี ส่วนร่วมของคณะกรรมการ	3.45	0.84	สูง
ความสามารถขอความร่วมมือ และระดมทรัพยากรจาก องค์กร/ หน่วยงานทางภาครัฐ เอกชน และประชาชน	4.07	0.69	สูง
รูปแบบและกลไกในการควบคุมการบริหารงบประมาณด้านการ ป้องกันควบคุมโรคมะเร็งให้บรรลุเป้าหมายโครงการ/ กิจกรรม	3.82	0.63	สูง



ตาราง 4.6 (ต่อ)

ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพร้อม
รูปแบบการประเมินประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณไปพัฒนาบริหารงบประมาณ	2.85	0.77	สูง
การนิเทศ ควบคุม กำกับ และติดตามงาน ด้านควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่อย่างเป็นระบบ	3.33	0.86	ปานกลาง
การประสานแผนงานโครงการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ	3.12	0.82	ปานกลาง
ความสามารถการเอื้ออำนวยในการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2.85	0.77	ปานกลาง
การจัดทำรายงานบัญชีทรัพย์สินในการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่	2.85	0.86	ปานกลาง

จากตาราง 4.6 ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านการบริหารเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ความสามารถขอความร่วมมือ และระดมทรัพยากรจากองค์กร / หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ($\bar{x} = 4.07$) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการด้าน การป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่ ($\bar{x} = 3.92$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ความสามารถในการเอื้ออำนวยในการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและการจัดทำรายงานบัญชีทรัพย์สินในการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ ($\bar{x} = 2.85$)

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องในรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1. การดำเนินงานรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

พบว่าปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานมาลาเรียอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ คือ เรื่องงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ไม่เพียงพอและขาดความชัดเจนโดยส่วนสาธารณสุขยังไม่มีที่ตั้งงบประมาณเฉพาะเนื่องจากเพิ่งได้รับโอนงานจากหน่วยควบคุมโรคหน้าโดยแมลงเมื่อปีงบประมาณ 2556 ในส่วนของงบประมาณส่วนท้องถิ่นตั้งเป็นงบประมาณไว้แบบรวมในงบของโรคติดต่อทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ เป็นไปอย่างล่าช้าขาดความตระหนักในชุมชนและยังไม่มีแนวทางการค้นหาผู้ป่วยสัมผัสเชื้อจากหน่วยงานสาธารณสุข อีกทั้งยังพบว่าบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข มีจำนวน



น้อย ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ไม่มีบุคลากรปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการและประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่

2. วิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค หรือผลกระทบต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

พบว่า วิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค หรือผลกระทบ ที่สำคัญที่สุดคือ การสร้างโครงสร้างของคณะทำงานเพื่อทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะนำมาซึ่งการดึงงบประมาณและประสานความร่วมมือทุกรูปแบบทั้งจากภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

3. ความต้องการความช่วยเหลือในรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

พบว่า คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียอำเภอโนนดินแดง มีความต้องการความช่วยเหลือด้านการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ คือการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพิ่มจากรัฐบาลและเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากรร่วมถึงภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ อีกทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ สุดท้ายต้องมีการประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบถึงโรคมาลาเรียในพื้นที่เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

4. ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

พบว่า ส่วนมากเห็นว่า การสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายและประชาชน โดยมีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรค อีกทั้งการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ในพื้นที่ทำให้รับทราบข้อมูลรวดเร็ว ถูกต้อง และเกิดความชัดเจนในผู้รับผิดชอบงาน สุดท้ายเห็นว่า ควรมีการพัฒนาช่องทางในการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแจ้งข้อมูลข่าวสารให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ

สรุปได้ว่า รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับความพร้อมในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ระดับสูง แต่ในด้านบุคลากรและงบประมาณยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่เนื่องจากทางสาธารณสุขเพิ่งรับการโอนงานจากหน่วยควบคุมโรคมาลาเรียโดยแมลงปีงบประมาณ 2557 จึงยังไม่มีที่ตั้งงบประมาณที่ชัดเจนและแนวทางในการปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้เครือข่ายในการปฏิบัติงาน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังไม่ชัดเจนในเรื่องโครงสร้างและงบประมาณในการบริหารจัดการเช่นกัน จึงควรมีการพัฒนาโครงสร้างจัดแบ่งหน้าที่กันให้ชัดเจนและการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ต่อไป



4.2.3 ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

4.2.3.1 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection)

เมื่อได้นำแผนงาน/โครงการการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ไปปฏิบัติเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงานแล้ว ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาแต่ ละแผนงาน/โครงการ โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติ ดังนี้

1. ด้านบุคลากร พบว่า คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังอำเภอ โนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีความมั่นใจ พึ่งพอใจในการพัฒนาศักยภาพด้านการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ นอกจากนั้น ยังมีการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค malariaเรื้อรังโดยการจัดทำทำเนียบเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ พร้อมเบอร์โทรในการ ประสานงานระหว่างเครือข่าย มีรายชื่อผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ทุกระดับ ชัดเจน สามารถประสานงานทางโทรศัพท์ได้ทันที และมีระบบติดตาม กำกับ และประเมินผลอย่าง เป็นรูปธรรม

2. ด้านงบประมาณ พบว่า เกิดการประสานแผนงานด้านงบประมาณระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข นคม. กองทุนหมู่บ้าน และ กองทุนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค malariaเรื้อรังในพื้นที่ นอกจากนั้นยังมี แผนปฏิบัติการด้านการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังใน พื้นที่มีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานร่วมกัน และมีชื่อผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ รวมทั้ง ผลลัพธ์ที่ต้องการไว้อย่างชัดเจน

3. ด้านวัสดุครุภัณฑ์ พบว่า คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังอำเภอ โนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีรายชื่อทำเนียบหน่วยงานอ้างอิงด้านวิชาการดำเนินงานควบคุมป้องกัน โรคมalariaเรื้อรัง เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดย แผลง 5.1 จังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นต้น เพื่อติดต่อประสานความ ร่วมมือเป็นศูนย์อ้างอิงทางวิชาการในการจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค malariaเรื้อรังในพื้นที่ นอกจากนั้น ยังมีได้จัดทำทะเบียนครุภัณฑ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกัน โรคภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานเพื่อประกอบการวางแผนในการจัดหาวัสดุครุภัณฑ์เพิ่มเติม ในกรณีที่ทรัพยากรดังกล่าวอาจไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่

4. ด้านการบริหารจัดการ พบว่า คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรัง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้มีการสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค malariaเรื้อรังทุกระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแผลง 5.1 จังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้บริหารสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลในการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ ส่งผลให้คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรค malariaเรื้อรังอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีข้อมูลโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ เพื่อใช้ในการจัดสรร ทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในระดับพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที



สรุปการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) สามารถสะท้อนผลมุมมองทั้ง 4 ด้าน โดยรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง คือ

1. มีการระดมทรัพยากรด้านบุคลากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่
2. มีการบูรณาการด้านงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ เพื่อลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน
3. มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ในการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่โดยอ้างอิงข้อมูลทางวิชาการ
4. มีการสร้างภาคีเครือข่ายและแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรีย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในระดับพื้นที่

ตอนที่ 4 ข้อมูลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ตาราง 4.7 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=40)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันโรคมลาเรีย	หลังการพัฒนา		
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการ มีส่วนร่วม
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ			
ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่	3.35	0.70	สูง
ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาโรคมลาเรียในพื้นที่	3.58	1.06	สูง
ท่านมีความเข้าใจสภาพปัญหาการดำเนินงานป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่	3.33	0.97	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ			
ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินแผนงานโครงการ/กิจกรรมแก้ไขปัญหาโรคมลาเรียในพื้นที่	3.83	0.64	สูง
ท่านได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่	3.55	0.90	สูง



ตาราง 4.7 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันโรคมะเร็ง	หลังการพัฒนา		
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการ มีส่วนร่วม
ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่	3.60	1.00	สูง
ท่านมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสารโรคมะเร็งในพื้นที่ให้ประชาชนในพื้นที่ ทราบ	3.45	0.71	สูง
ท่านมีส่วนร่วมในการแจ้งข้อมูลการระบาดของ โรคมะเร็งในพื้นที่	3.13	0.82	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์			
ท่านมีความพึงพอใจในตัวท่านที่เข้าร่วม ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่	2.85	0.77	ปานกลาง
ท่านมีความภูมิใจในตัวท่านที่ได้เข้าร่วมการ ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่	3.33	0.86	ปานกลาง
ส่วนร่วมในการประเมินผล			
ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดำเนินงาน ป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่	2.73	1.11	ปานกลาง
ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน ป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่	2.57	0.64	ปานกลาง
ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางการแก้ไข ปัญหาการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งใน พื้นที่	3.40	0.70	ปานกลาง
สรุปการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ			
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.42	0.91	สูง
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	3.51	0.81	สูง
การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์	1.81	0.81	ปานกลาง
ส่วนร่วมในการประเมินผล	2.90	0.82	ปานกลาง

จากตาราง 4.7 รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกเป็นรายด้าน พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง



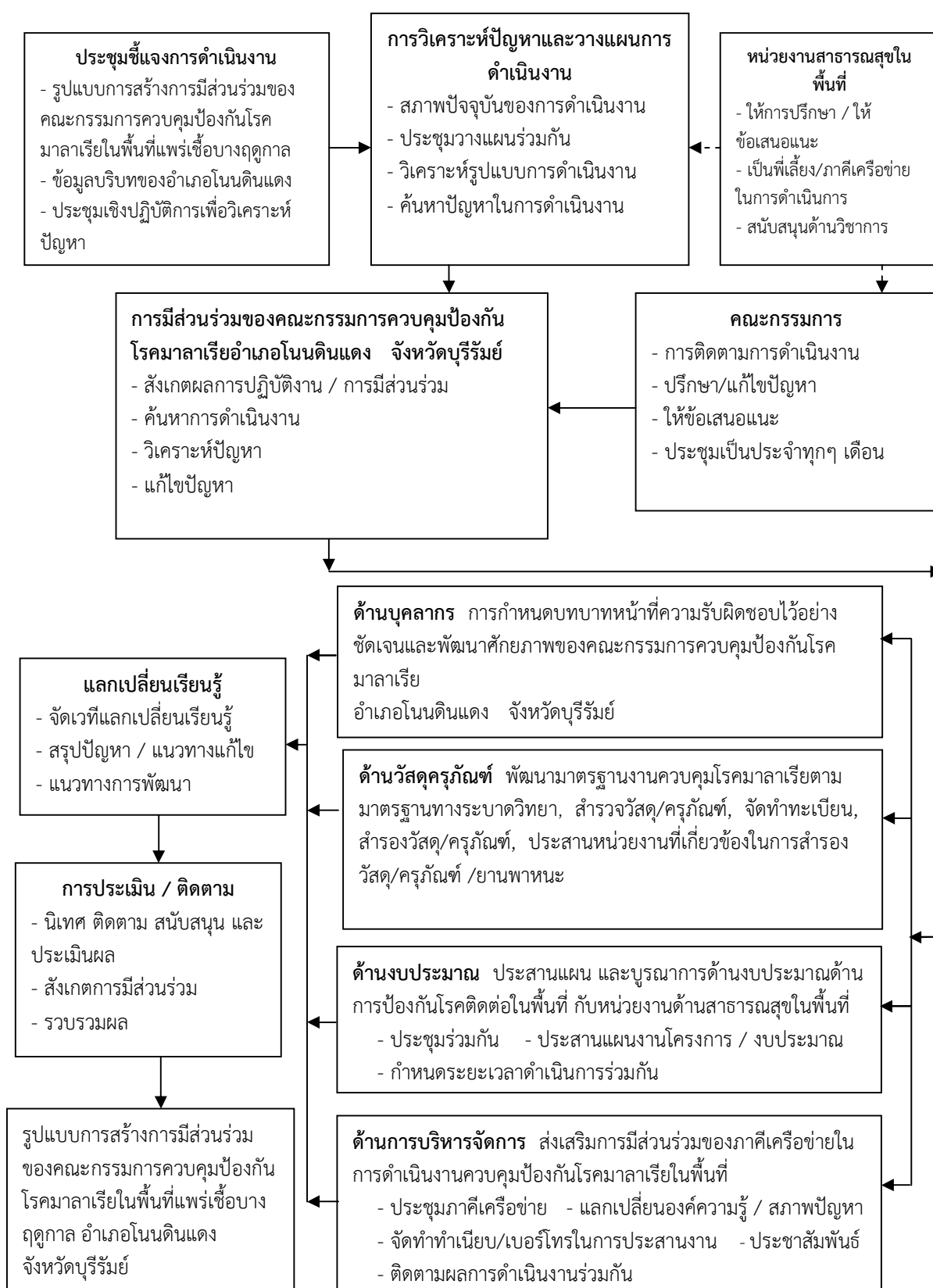
4.2.4 ปัจจัยความสำเร็จต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการA-I-Cจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยได้มีข้อคิดเห็นตรงกันเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การระดมทรัพยากรด้านบุคลากร อีกทั้งการบูรณาการงบประมาณเพื่อลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน รวมถึงการประสานหน่วยงานสร้างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดท้าวัสตุครุภัณฑ์ในการดำเนินงานและมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่เปรียบเทียบกับสถานการณ์ทั่วไป อันจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ผลจากการวิจัย รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การระดมทรัพยากรทั้ง 4 ด้าน คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ และการบริหารจัดการ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

1. มีการกำหนดนโยบายด้านการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล และระดมทรัพยากรการดูแลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม
2. มีการจัดทำแผนพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้ ความสามารถในการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ เพื่อเป็นแหล่งวิชาการให้กับเครือข่ายในการดำเนินงานและประชาชนทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีการประสานแผนงานและการบูรณาการงบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ และเกิดรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างเป็นรูปธรรม
4. คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่และภาคีเครือข่าย มีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานงานควบคุมโรคติดต่อ ส่งผลให้การควบคุมโรคติดต่อ “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว” เพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
5. มีการติดตาม ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างต่อเนื่องและรับฟังข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่





ภาพประกอบ 4.3 รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย
ในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการวิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ การศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) เพื่อสำรวจสภาพบริบทปัญหา ความพร้อมในพื้นที่อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) แล้วนำผลการศึกษาเชิงสำรวจ มาประกอบการวางแผนเพื่อกำหนดรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) พัฒนาเชิงปฏิบัติการ (action Research) ให้สอดคล้องภายใต้บริบทพื้นที่ที่ได้ทำการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาเชิงปฏิบัติการ (action Research) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการทำการหลังจากการพัฒนา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยใช้แบบบันทึกการจัดกิจกรรม แบบสังเกต แบบนิเทศ ติดตาม แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ในกลุ่มประชากรตัวอย่างใช้วิธีแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข 15 คน คณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 9 คน คณะกรรมการจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง 8 คน คณะกรรมการภาคประชาชน 8 คน รวมเป็น 40 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. สรุปผล
3. อภิปรายผล
4. ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

5.1.2.1 เพื่อศึกษาบริบทรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.2.2 เพื่อการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์



5.2 สรุปผล

จากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อการพัฒนา รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบาง ฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยสรุปผลตามส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงสำรวจ (survey study)

5.2.1 ข้อมูลบริบทพื้นที่อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเส้นรุ้งที่ 14 องศา 15 ลิปดาเหนือ กับ 15 องศา 45 ลิปดาเหนือ เส้นแวงที่ 102 องศา 30 ลิปดา ตะวันออก กับ 103 องศา 45 ลิปดาตะวันออก อยู่เหนือระดับน้ำทะเลปานกลาง 150 - 200 เมตร มีเนื้อที่ประมาณ 10,393.945 ตารางกิโลเมตร หรือ ประมาณ 6,451,178.125 ไร่ ห่างจาก กรุงเทพมหานครไปทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทางรถยนต์เป็นระยะทางประมาณ 385 กิโลเมตร ทางรถไฟประมาณ 376 กิโลเมตร มีลักษณะสภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบสูงทางตอนใต้ บริเวณอำเภอละหานทราย อำเภอโนนดินแดง และอำเภอบ้านกรวด มีเทือกเขาบรรทัดและเทือกเขาพนมดงรัก กั้นพรมแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศกัมพูชาประชาธิปไตย พื้นที่ลาดจากทิศใต้ลงไปทางทิศเหนือมีลักษณะเป็นลูกคลื่นน้อยๆ เป็นที่ราบขั้นบันไดช่องเขา และภูมิประเทศที่เกิดจากภูเขาไฟ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง คือ ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคามและจังหวัดสุรินทร์, ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดสุรินทร์, ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดสระแก้วและประเทศกัมพูชาประชาธิปไตย และทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดนครราชสีมา

อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เดิมอยู่ในเขตการปกครองของอำเภอละหานทราย เป็นพื้นที่ป่าไม้ที่สมบูรณ์ เมื่อประมาณปี พ.ศ.2514 - 2516 มีประชาชนจากพื้นที่ข้างเคียง ได้แก่ ประชาชนจากตำบลปะคำ (ปัจจุบันเป็นอำเภอปะคำ) อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ และ อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา ได้อพยพเข้ามาบุกเบิกที่ดินทำกิน ประกอบอาชีพทำไร่ และตัดไม้ ประมาณ 400 - 500 ครอบครัว ต่อมาในปี 2518 ได้เกิดการปะทะกันอย่างรุนแรงระหว่าง ทหารฝ่ายรัฐบาล กับฝ่ายที่มีแนวคิดฝักใฝ่พรรคคอมมิวนิสต์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการก่อสร้าง ถนนสายละหานทราย - ตาพระยา กระทั่งในปี 2519 ทางราชการได้ประกาศจัดตั้งเป็นหมู่บ้านโนนดินแดงขึ้นกับเขตการปกครอง อำเภอละหานทราย และได้รับการประกาศเป็นตำบลในเวลาต่อมา

ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนจากสถานการณ์การสู้รบ ซึ่งเกิดจากความขัดแย้งทางความคิดของสังคมไทยขณะนั้น ทำให้ประชาชนในพื้นที่ประสบความอดอยาก ทุกข์ยาก เดือดร้อนไปทั่วทั้งพื้นที่ เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างปลอดภัย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ จึงทรงริเริ่มโครงการหลวงต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือประชาชนในการประกอบอาชีพ ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีรายได้ และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เป็นลำดับ ประกอบกับสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมืองได้คลี่คลายลง จนสงบเป็นปกติ ทำให้ชุมชนได้ขยายขึ้นอย่างรวดเร็ว ต่อมากระทรวงมหาดไทยได้ประกาศยกฐานะตำบลโนนดินแดง ตำบลสัมป่อย และตำบลลำนางรอง เป็นกิ่งอำเภอโนนดินแดง เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2536 และได้รับการยกฐานะเป็นอำเภอโนนดินแดง เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2539 มีพื้นที่ 448 ตารางกิโลเมตร



(780,800 ไร่) ปัจจุบันมีประชากร 26,512 คน 6,346 หลังคาเรือน ห่างจากตัวจังหวัด 93 กิโลเมตร

การคมนาคม อำเภอโนนดินแดงมีเส้นทางผ่านหลายอำเภอและเป็นเส้นทางเลียบกรุงเทพฯที่มีผู้คนใช้มากมาย โดยมีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 384 เป็นถนนลาดยาง เชื่อมการคมนาคมระหว่างอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว กับอำเภอโนนดินแดง อำเภอปะคำและอำเภอนางรอง เพื่อไปยังจังหวัดบุรีรัมย์ อีกทั้งยังมีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2075 เป็นถนนลาดยาง เชื่อมการคมนาคมระหว่างอำเภอโนนดินแดง อำเภอละหานทราย และอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์เพื่อเป็นเส้นทางลัดสู่จังหวัดสุรินทร์และมีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 3308 เป็นถนนลาดยาง เชื่อมทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 384 ที่สามแยกอนุสาวรีย์เราสู้ ไปทางทิศตะวันออกผ่านเขื่อนลำนางรอง ตำบลสำโรงใหม่ ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ไปถึงตำบลทัพไทย ตำบลทับราช อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นเส้นทางเลียบเข้าสู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับกรุงเทพฯ โดยปัจจุบันเป็นเส้นทางสู่ตลาดอินโดจีน ตลาดโรงเกลือ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว ซึ่งจะเดินทางข้ามไปยังประเทศกัมพูชาได้และเป็นเส้นทางหลักเชื่อมต่อระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคตะวันออก มีรถยนต์โดยสารประจำทางผ่าน 3 สาย ได้แก่ บุรีรัมย์ - จันทบุรี บุรีรัมย์ - ตาพระยา และมุกดาหาร - พัทยา ปัจจุบันยังมีรถตู้วิ่งทุกชั่วโมงซึ่งมีความสะดวกมากขึ้น

สภาพทางภูมิศาสตร์ เป็นพื้นที่เขาสลับพื้นที่ราบสูง ลูกคลื่นลอนลาดต่ำ ลาดเอียงไปทางทิศเหนือ มีความสูงโดยประมาณจากระดับน้ำทะเลปานกลางที่ 208 - 233 เมตร ทิศใต้และทิศตะวันตกเป็นแนวเทือกเขาบรรทัด เป็นพื้นที่ต้นน้ำของลำน้ำนางรอง เป็นที่ตั้งของเขื่อนลำน้ำนางรอง ซึ่งเป็นเขื่อนดินขนาดใหญ่ตามโครงการพระราชดำริ บรรจุน้ำได้ 122 ล้านลูกบาศก์เมตร และมีแหล่งเก็บกักน้ำขนาดเล็ก 23 แห่ง กระจายทั่วพื้นที่ อุณหภูมิเฉลี่ย 30 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดประมาณ 12 องศาเซลเซียส ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยประมาณ 825 มิลลิเมตรต่อปี

การปกครองอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์มีการปกครองท้องที่ ประกอบด้วย 3 ตำบล คือ ตำบลโนนดินแดง ตำบลสัมปอ่ยและตำบลลำน้ำนางรอง ซึ่งอำเภอโนนดินแดงมี 39 หมู่บ้าน และการปกครองท้องถิ่น ประกอบด้วย 1 เทศบาล 3 องค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ 1.เทศบาลตำบลโนนดินแดง มีพื้นที่ 8 ตารางกิโลเมตร 13 ชุมชน ประกอบด้วยพื้นที่ในส่วนของตำบลโนนดินแดง 11 ชุมชน และบางส่วนของตำบลสัมปอ่ย 2 ชุมชน ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลประกอบด้วย 1. องค์การบริหารส่วนตำบลโนนดินแดง มีพื้นที่ 43 ตารางกิโลเมตร 7 หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลสัมปอ่ย มีพื้นที่ 26 ตารางกิโลเมตร 7 หมู่บ้านและองค์การบริหารส่วนตำบลลำน้ำนางรอง มีพื้นที่ 371 ตารางกิโลเมตร 15 หมู่บ้าน

การศึกษา อาชีพ ภาษา ศาสนา

การศึกษาในอำเภอโนนดินแดงสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่ 3 จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย โรงเรียนระดับประถมศึกษา 12 แห่ง (ขยายโอกาส 3 แห่ง), โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 1 แห่ง, โรงเรียนเอกชนเปิดสอนในระดับอนุบาลถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย 1 แห่ง, โรงเรียนพระปริยัติธรรมเปิดสอนในระดับมัธยมศึกษา 1 แห่ง และศูนย์ปฏิบัติการอุตสาหกรรมเกษตรเพื่อชีวิต 1 แห่ง (สังกัดอาชีวศึกษา)



อาชีพหลัก ประกอบอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ ทำไร่ ทำสวน ทำนา และเลี้ยงสัตว์ อาชีพรองคือ รับจ้าง ส่วนอาชีพเสริม ทอผ้า เย็บผ้า ไทพญาคา แปรรูปผลิตภัณฑ์เสาวรส ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปีประมาณ 14,700 บาท

ภาษา ส่วนใหญ่ใช้ภาษาไทยอีสานคิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาได้แก่ภาษาเขมรคิดเป็นร้อยละ 30 และภาษาส่วยร้อยละ 2 น้อยที่สุด

การศาสนา อำเภอโนนดินแดง มีวัด 1 แห่ง ที่พักสงฆ์ 17 แห่ง และโบสถ์คริสต์ 1 แห่ง

ทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรดิน เป็นดินเกิดจากการย่อยสลาย เน่าเปื่อยของอินทรีย์วัตถุ ซากพืช มีส่วนน้อยที่เกิดจากตะกอนทับถมของน้ำที่เกิดจากการชะล้าง สภาพดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย และดินเหนียว ซึ่งเหมาะแก่การเพาะปลูกทำการเกษตร ส่วนทรัพยากรป่าไม้ เป็นพื้นที่ป่าสงวนดงใหญ่ และอุทยานตาพระยา มีพื้นที่ประมาณร้อยละ 70 ของพื้นที่อำเภอ เป็นเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าดงใหญ่และทรัพยากรน้ำ มีเขื่อนดินขนาดใหญ่เก็บกักน้ำเพื่อการเกษตร คือ เขื่อนลำนางรอง และอ่างเก็บน้ำขนาดเล็กกระจายทั่วพื้นที่

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์มีโรงพยาบาลประจำอำเภอเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง 1 แห่ง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง, ศูนย์แพทย์ชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชนมี 3 แห่ง, ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) 37 แห่ง ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ทั้งหมด 505 คน

5.2.2 ข้อมูลจากการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study)

5.2.2.1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.5 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 35.0 รองลงมาอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 30.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 39.2 อายุสูงสุด 63 ปี และอายุต่ำสุด 22 ปี สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 85.0 การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 57.5 รองลงมาประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 17.5 ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ปัจจุบันส่วนใหญ่คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข ร้อยละ 37.5 รองลงมาคณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 22.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 32.5 รองลงามีรายได้ 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 27.5 โดยมีรายเฉลี่ย 19,165.25 บาท รายได้สูงสุด 100,000.00 บาท และรายได้น้อยสุด 5,000.00 บาท ระยะเวลาดำรงตำแหน่งส่วนใหญ่อายุงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 37.5 รองลงมาอายุงาน 5-10 ปี ร้อยละ 35.0 ระยะเวลาดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 7.97 ปี ระยะเวลาดำรงตำแหน่งสูงสุด 20 ปี และระยะเวลาดำรงตำแหน่งน้อยสุด 1 ปี

5.2.2.2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ความพร้อมต่อการดำเนินงานรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยภาพรวมมีความพร้อมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.26$) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ ($\bar{x} = 3.83$) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ



($\bar{x} = 3.49$) ส่วนด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.65$) เมื่อพิจารณารายด้านผล ดังนี้

1) ด้านบุคลากรมีความพร้อมระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.05$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียอำเภอนอนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จบการศึกษาด้านสาธารณสุขหรือด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ($\bar{x} = 3.58$) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจน ($\bar{x} = 3.37$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ ($\bar{x} = 1.63$)

2) ด้านงบประมาณมีความพร้อมระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.64$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ระบบการประเมินประสิทธิภาพ การใช้งบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ ($\bar{x} = 3.90$) ค่าเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณเพื่อการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ ภาวะฉุกเฉิน ($\bar{x} = 3.70$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ ความสามารถในการจัดสรรเงินตอบแทนในการ ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนอกเวลาราชการ ของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข ($\bar{x} = 1.63$)

3) ด้านวัสดุครุภัณฑ์มีความพร้อมระดับสูง ($\bar{x} = 3.83$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ยานพาหนะเพื่อใช้ควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน ($\bar{x} = 4.13$) ค่าเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ มีสารเคมีที่ใช้การควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ เช่น ทราายอะเบท สำหรับควบคุมลูกน้ำยุง ($\bar{x} = 4.02$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การจัดให้มีหรือสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ($\bar{x} = 3.55$)

4) ด้านการบริหารจัดการมีความพร้อมระดับสูง ($\bar{x} = 4.69$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ความสามารถขอความร่วมมือและระดมทรัพยากรจากองค์กร,หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ($\bar{x} = 4.07$) ค่าเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการด้านการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ ($\bar{x} = 3.92$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ความสามารถการเอื้ออำนวยในการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและการจัดทำรายงานบัญชีทรัพย์สินในการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ ($\bar{x} = 2.85$)

5) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอนอนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยที่ผ่านมา พบว่าปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานจังหวัดบุรีรัมย์ คือ เรื่องงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ไม่เพียงพอและขาดความชัดเจนเนื่องจากหน่วยงานควบคุมโรคที่ป้องกันได้โดยแมลงเพิงโอนงานมาสาธารณสุขและในส่วนท้องถิ่นได้ตั้งงบประมาณไว้แบบรวมในงบของโรคติดต่อทั่วไป นอกจากนั้นยังพบว่าการดำเนินควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่เป็นไปอย่างล่าช้าขาดความตระหนักในชุมชนและใช้แนวทางการควบคุมป้องกันโรคตามแนวทางของโรคไข้เลือดออก อีกทั้งยังพบว่าบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข มีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ ไม่มีบุคลากรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่และประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่



6) วิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค หรือผลกระทบของรูปแบบการสร้าง การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอ โนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า วิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค หรือผลกระทบ ที่สำคัญที่สุด คือ การสร้างโครงสร้างของคณะทำงาน เพื่อทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะนำมาซึ่ง การดึงงบประมาณและประสานความร่วมมือทุกรูปแบบทั้งจากภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมาพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

7) ความต้องการความช่วยเหลือด้านการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง มีความต้องการความช่วยเหลือด้านการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่คือการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้าน สาธารณสุขเพิ่มจากรัฐบาลและเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบ การสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์อีกทั้งสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค มาลาเรียในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ สุดท้ายต้องมีการประชาสัมพันธ์สร้าง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในพื้นที่

8) ข้อเสนอแนะในรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุม ป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนมากเห็นว่าการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายและ ประชาชนในพื้นที่ควรมีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง อีกทั้ง การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่เพิ่มเติมแบ่งหมวดหมู่ ชัดเจน สุดท้ายเห็นว่า การพัฒนาช่องทางในการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแจ้ง ข้อมูลข่าวสารให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มาใช้เป็นรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอ โนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (planning) ขั้นปฏิบัติ (action) สังเกตผลการปฏิบัติ (observation) และการสะท้อนกลับผลปฏิบัติงาน (reflection) โดยการ ประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ทุกขั้นตอน จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่ารูปแบบการสร้าง การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอ โนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ให้ความสำคัญกับ การระดมทรัพยากรทั้ง 4 ด้าน เช่น ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ และด้านบริหารจัดการ จึงได้กำหนด 4 แผนงาน/โครงการ หลังจากนั้นได้นำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติจริง (action) เก็บรวบรวมข้อมูล (observe) ระหว่าง การปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการและวิเคราะห์ข้อมูลสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติการ ดังนี้

1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรค มาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดู อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

2) โครงการ ประสานแผนและบูรณาการด้านงบประมาณด้านการป้องกันมาลาเรีย ในพื้นที่กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



3) โครงการพัฒนามาตรฐานงานควบคุมโรคมalariaเรีย ตามมาตรฐานควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยา

4) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่

5.2.3 การดำเนินงานตามการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อ ขององค์การบริหารส่วนตำบล

เมื่อการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อ ขององค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบไปด้วย 4 แผนงาน/โครงการ แล้วได้นำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ได้ข้อสรุปผลการดำเนินตามแผนงาน / โครงการ ดังนี้

1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์เพื่อให้ทราบถึงขอบเขตในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมalariaเรียในพื้นที่และทราบบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจนและสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน ใช้ในการประกอบการวางแผนในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียต่อไป

2) โครงการประสานแผนและบูรณาการด้านงบประมาณด้านการควบคุมป้องกันมalariaเรียในพื้นที่กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดการประสานแผนการดำเนินงานด้านงบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และไม่เกิดช่องว่างในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข ประชาชน และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จะมีการร่วมวางแผนการใช้งบประมาณในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่มีการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการและหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่อย่างชัดเจน

3) โครงการพัฒนามาตรฐานงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรีย ตามมาตรฐานควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยา

เป็นโครงการที่จัดทำเพื่อพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรีย ตามมาตรฐานควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยาซึ่งจะส่งผลให้เกิดการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว สามารถตอบสนองได้อย่างทันท่วงที

4) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่

เป็นโครงการที่จัดทำเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีช่องทางในการสื่อสาร การแจ้งข้อมูลข่าวสารที่มีความผิดปกติในพื้นที่และภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินการควบคุมป้องกันโรคเบื้องต้นเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรคมalariaเรียในพื้นที่ได้



5.2.4 ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

เมื่อได้นำแผนงาน/โครงการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ไปปฏิบัติ เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงานแล้ว ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาแต่ละแผนงาน/โครงการ โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติ ดังนี้

5.2.4.1 ด้านบุคลากร พบว่า คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีความมั่นใจ พึ่งพอใจในการพัฒนาศักยภาพด้านการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในโรคมะเร็งในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังมีการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ในพื้นที่ โดยการจัดทำทำเนียบเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็ง พร้อมเบอร์โทรในการประสานงานระหว่างเครือข่าย มีรายชื่อผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ ทุกระดับชัดเจน สามารถประสานงานทางโทรศัพท์ได้ทันที และมีระบบติดตาม กำกับ และประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม

5.2.4.2 ด้านงบประมาณ พบว่า เกิดการประสานแผนงานด้านงบประมาณระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข นคม. กองทุนหมู่บ้าน และกองทุนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมี แผนปฏิบัติการด้านการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ มีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานร่วมกัน และมีชื่อผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ต้องการไว้อย่างชัดเจน

5.2.4.3 ด้านวัสดุครุภัณฑ์ พบว่า คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีรายชื่อทำเนียบหน่วยงานอ้างอิงด้านวิชาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อ เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง 5.1 จังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นต้น เพื่อติดต่อประสานความร่วมมือเป็นศูนย์อ้างอิงทางวิชาการในการจัดหาวัสดุเคมีภัณฑ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังมีได้จัดทำทะเบียนครุภัณฑ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานเพื่อประกอบการวางแผนในการจัดหาวัสดุครุภัณฑ์เพิ่มเติม ในกรณีที่ทรัพยากรดังกล่าวอาจไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่

5.2.4.4 ด้านการบริหารจัดการ พบว่า คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้มีการสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อทุกระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง 5.1 จังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์ประจำตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้บริหารสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในการ ควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ ส่งผลให้คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีข้อมูลโรคติดต่อในพื้นที่ เพื่อใช้ในการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในระดับพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที



5.2.5 ปัจจัยความสำเร็จต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ผลจากการวิจัยรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การระดมทรัพยากรทั้ง 4 ด้าน คือ บุคลากรงบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ และการบริหารจัดการ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นก่อนการพัฒนา โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อ ดังนี้

5.2.5.1 มีการกำหนดนโยบายด้านการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล และระดมมาตรการการดูแลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม

5.2.5.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้ ความสามารถในการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ เพื่อเป็นแหล่งวิชาการให้กับเครือข่ายในการดำเนินงานและประชาชนทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.5.3 มีการประสานแผนงานและการบูรณาการงบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ และเกิดรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างเป็นรูปธรรม

5.2.5.4 คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่และภาคีเครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานงานควบคุมโรคติดต่อ ส่งผลให้การควบคุมโรคติดต่อ “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว” เพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.5.5 มีการติดตาม ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างต่อเนื่องและรับฟังข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

5.3 อภิปรายผล

ผลจากการดำเนินการในครั้งนี้ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยการวิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ การศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) เพื่อสำรวจสภาพปัญหา ความพร้อมของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกรายด้าน พบว่า ความพร้อมต่อการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้านบุคลากรมีความพร้อมระดับปานกลาง ด้านงบประมาณมีความพร้อมระดับปานกลาง ด้านวัสดุครุภัณฑ์มีความพร้อมระดับสูง ด้านการบริหารจัดการมีความพร้อมระดับสูง โดยข้อคิดเห็นต่อความพร้อมของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ผ่านมา ตัวแทนจากสาธารณสุข สรุปได้ว่า การดูแลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของ



คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นหน้าที่หลักของหน่วยควบคุมโรคที่นำโดยแมลง(นคม.) สาธารณสุขมีหน้าที่ทางด้านวิชาการไม่ได้ลงค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ หากมีการลงพื้นที่จะทำร่วมกับหน่วยควบคุมโรคที่นำโดยแมลง(นคม.) ซึ่งยังไม่ทราบรูปแบบการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ อย่างแท้จริง ส่วนใหญ่จะทำตามแนวปฏิบัติของโรคไข้เลือดออก ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สรุปได้ว่า การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลมีความหลากหลายและโดนย้ายมาจากหลายหน่วยงานทำให้ขาดความรู้และทักษะในการดำเนินงาน ส่วนในเรื่องงบประมาณในการดำเนินงานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสามารถสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้กับสาธารณสุขได้ตามภารกิจและการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นการดำเนินงานตามนโยบายเท่านั้น ยังขาดการบูรณาการและประสานแผนในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และข้อมูลโรคมะเร็งในพื้นที่ส่วนใหญ่จะอยู่ที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบงานด้านการป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ยังขาดประสบการณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคมะเร็งในพื้นที่ ตัวแทนภาคประชาชน (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/กลุ่มผู้นำชุมชน) การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ผ่านมามุ่งเน้นไปที่การควบคุมโรคมะเร็งมากกว่าการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค เนื่องจากคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง หากได้รับข้อมูลผู้ป่วยจากสาธารณสุข จะมีการประสานมายังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกดำเนินการควบคุมโรคตามแต่ละเหตุการณ์และประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรง และที่สำคัญที่สุดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเงินเดือนจะต้องเป็นผู้ดำเนินการ ตัวแทนจากส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง การดูแลควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในโรงเรียน จะมีเจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขแจ้งเป็นช่วงๆในช่วงที่มีการระบาดของโรค ครูอนามัยมีหน้าที่อำนวยความสะดวกและเน้นย้ำให้นักเรียนรับทราบ ในส่วนของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องก็เช่นกันจะรอฟังการประกาศเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปัจพจน์ วิมลรัตนชัยศิริ (2552) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาในเขตอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. โดยศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากแบบสอบถามรวมทั้งสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการตัดสินใจและวางแผน ด้านการปฏิบัติกิจกรรม การติดตามประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากและเมื่อเปรียบเทียบกับระดับการมีส่วนร่วมพบว่า อายุ อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยไข้เลือดออก สถานภาพทางสังคม สมาชิก อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภัสสร



สุวรรณบงกช และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พบว่า การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มแกนนำ และคนในชุมชน ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับการร่วมคิดและร่วมดำเนินการ คือการให้ข้อมูล การร่วมวางแผน และการปฏิบัติร่วมกัน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลวิธีในการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะผู้วิจัยมุ่งเน้นไปที่การมีส่วนร่วมเฉพาะกลุ่มผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กลุ่มแกนนำ จึงอาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในพื้นที่ได้ เมื่อมีการเปลี่ยนผู้นำในพื้นที่ และผลการศึกษาของนุชรินทร์ ทองดี (2555) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอมือเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนจำแนกตาม เพศ อาชีพ ระดับการศึกษาและเขตการเลือกตั้ง อีกทั้งศึกษาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอมือเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอมือเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยรวม ด้านรายได้ ส่วนด้านการตัดสินใจ การดำเนินการ และการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับมาก ในส่วนด้านผลประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมจำแนกตามเพศและการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการจำแนกตามอาชีพ 3 ด้าน ได้แก่ การดำเนินการ ด้านการได้รับประโยชน์ และการติดตามประเมินผลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกันกับด้านการตัดสินใจ โดยในด้านข้อเสนอแนะ พบว่าคณะกรรมการชุมชนเสนอว่า ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาต้นแบบเป็นตัวอย่างของการพัฒนาชุมชนโดยมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง ควบคู่กับการให้ผู้นำชุมชนเข้าอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดในการทำงานและเติมเต็มความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ มีการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมในการดำเนินงานต่างๆ เกี่ยวกับการวางแผนที่ชัดเจนและทั่วถึงและควรสร้างแรงจูงใจโดยจัดสวัสดิการให้กับคณะกรรมการชุมชนในรูปแบบของ เงินอุดหนุน ค่าตอบแทนหรือของรางวัล

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ของ Kemmis และ McTaggart ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ใน 4 ขั้นตอน คือขั้นการวางแผน ขั้นการปฏิบัติ ขั้นสังเกตการพัฒนา และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ พบว่าในการวางแผนและพัฒนารูปแบบ เพื่อการพัฒนาารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอนอนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนภุชชัย รุชะจี (2553) โดยให้ความสำคัญการพัฒนาการมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหาร การมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (A-I-C) การสอนงาน การมอบหมายงาน การศึกษาดูงาน และการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล ทำให้ กลุ่มผู้ร่วมศึกษามีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ และเข้ามามีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ของตน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จรูญศักดิ์ หวังล้อมกลาง (2552) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปัญญา วิมลรัตน์ชัยศิริ (2552) พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการตัดสินใจและการวางแผน ด้านการปฏิบัติกิจกรรม การติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก ส่วน ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก

ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคขององค์การบริหารส่วนตำบลตูมใหญ่ อำเภอ คูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ภายหลังจากพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ก่อนการพัฒนาด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ในระดับปานกลาง และภายหลังจากพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ก่อนการพัฒนาด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และ ภายหลังจากพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวัฒน์ เรกระโทก (2553) พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกเกิดจากความร่วมมือของประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล โดยการเสริมสร้างพลัง อำนาจตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนัก 2) การสร้างพลังอำนาจ การระดมทรัพยากร 4 การขยายผลหลังพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตระหนัก และ คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกันกับผลการศึกษาของ กันนิษฐา มาเหิม (2553 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังจากประชุมกลุ่มตัวอย่างมี คะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแล ตนเองในวัยผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการประชุมดังนั้น การให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการประชุม เพื่อระดมความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) ที่มีการปรับความเข้าใจ ให้ความรู้ เพิ่มเติม ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในวัยสูงอายุ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่ม ปัญหาอื่น ๆ เพื่อพัฒนางาน

ดังนั้น รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียกในพื้นที่ แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้สามารถดำเนินการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนน ดินแดงร่วมกับภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ ให้เกิดกระบวนการ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วม ปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมในการประเมินผล ซึ่งจะส่งผลต่อความยั่งยืนในการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียกในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนน ดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ และการประสานแผนและบูรณาการด้านงบประมาณด้านการควบคุมป้องกัน โรคมalariaเรียกในพื้นที่ กับคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้ลด การดำเนินการที่ซ้ำซ้อน ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับของการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียกในพื้นที่ต่อไป



5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.4.1.1 ในการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalaria โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล จะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพได้นั้นต้องมีการประสานความร่วมมือจากหลายฝ่ายเพื่อให้เกิดความสอดคล้องในการดำเนินกิจกรรม เช่น การประสานแผนและโครงการร่วมกับคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคระดับอำเภอ โนนดินแดง ภาควิชาครีเอทีฟและประชาชนในพื้นที่

5.4.1.2 จากการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ระบอบการนำไปสู่การพัฒนา คือ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล โดยเน้นกระบวนการนิเทศติดตามของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคระดับอำเภอ ซึ่งจะก่อให้เกิดแนวคิดในการพัฒนา และแก้ไขปัญหาหารือร่วมกันโดยนำไปสู่ความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาต่อไป

5.4.1.3 จากรูปแบบที่ได้ทำให้เกิดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ โดยการทำงานที่มีหลายหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อลดขั้นตอน และลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนด้านสุขภาพ

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรมีการศึกษาในรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมalaria ในพื้นที่ที่มีความรุนแรงของโรคในพื้นที่แพร่เชื้อตลอดปี (perennial transmission) ซึ่งจะเห็นผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจนกว่าพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล (periodic transmission area)

5.4.2.2 ควรมีการสร้างมาตรการก่อนเหตุที่เข้มแข็งในเขตชายแดนเพื่อเป็นการคัดกรองผู้ป่วยเพราะเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะ ปี พ.ศ. 2558 เนื่องจากเริ่มเปิดอาเซียน

5.4.2.3 ควรมีการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานต่างด้าวและตำรวจ ทหาร ที่อยู่ในป่าพื้นที่เสี่ยงและมีการเคลื่อนย้ายหมุนเวียนกองกำลังเพื่อให้เกิดความชัดเจนในเรื่องปัจจัยการเกิดโรคและรูปแบบควบคุมป้องกันโรคมalaria



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กมล ภูวนกลกรรรม. (2549). ผลของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอเขาเชิง จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กันนิษฐา มาเต็ม. (2553). ประสิทธิภาพการให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บ้านโคกพันโพ ตำบลบ้านเปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552 ปีการศึกษา 2553. ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น.
- กานต์วี กอบสุข. (2554). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านโคกบรแลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จรรยาศักดิ์ หวังล้อมกลาง. (2552). ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จเร แสงสายัณห์. (2008). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพื้นที่เพื่อศึกษารูปแบบการกระจายของโรคมะเร็งและความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ระดับชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวางแผนสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาชุมชนและพัฒนาระบบมหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชรินทร์ ทองดี. (2555). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- บุษบง เจาทานนท์ และคณะ. (2550). ประสิทธิภาพการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร. วารสารโรคติดต่อฯ โดยแมลง, 4(1); 22-36. มกราคม-มิถุนายน.
- ปัจพจน์ วิมลรัตน์ชัยศิริ. (2552). การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาในเขตอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.
- ประภัสสร สุวรรณบงกช และคณะ. (2552). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. วารสารโรคติดต่อฯ โดยแมลง, 35(1); 1-10, มกราคม-มีนาคม.
- พิตติภรณ์ ตาละนาค. (2551). การประเมินโครงการ พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารสาธารณะและการส่งเสริมประชาชนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



- ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร์ และคณะ. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรียในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารโรคติดต่อนำโดยแมลง*, 7(2), 1-11.
- วรรณ ศรีสัจจรักษ์ และคณะ. (2551). การประเมินผลสัมฤทธิ์การอบรมหลักสูตร เจ้าหน้าที่ตรวจบำบัดในมาลาเรียคลินิก. *วารสารโรคติดต่อนำโดยแมลง*, 5(1); 36-56, มกราคม-มิถุนายน.
- สมหมาย แจ่มกระจ่าง และคณะ. (2551). การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน : กรณีศึกษา การจัดทำแผนชุมชนเทศบาลตำบลบางพระ จังหวัดชลบุรี. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 4(2), 33-50.
- อวยพร พิศเพ็ง. (2553). ผลการประยุกต์ใช้การจัดการอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ : กรณีศึกษา ตำบลเมืองแก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- Boonyisa. (2551). WHO ให้โรคมมาลาเรียเป็น 1 ใน 4 โรคที่ต้องเร่งแก้ไขด่วน. Bangkokbiznews. [online]. ได้จาก: <http://news.voicetv.co.th/global/3643.html>. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2556].



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ตรวจสอบเครื่องมือ



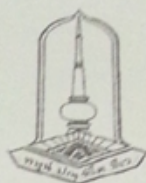
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นางนิภา สุทธิพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
2. พญ.ภัทรี เลาคิเจริญ นายแพทย์ เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนดินแดง
โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
3. นายประเสริฐ เก็มประโคน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์



ภาคผนวก ข
หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 225 / 2557

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ A2 โดยการมีส่วนร่วมของ
คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ผู้วิจัย : นางศรัญญา ดวงสิงห์ชัย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดบุรีรัมย์

วันที่รับรอง : 17 กันยายน 2557

วันหมดอายุ : 17 กันยายน 2558

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ปรีชา ประเทหา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ภาคผนวก ค
ผลการตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล



แบบสอบถาม

เรื่อง “รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรีย
ในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์”

.....

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย
เรื่อง รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรีย
ในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ แล้วเขียนผลการพิจารณาของท่านโดย
การให้คะแนนในช่อง ดังนี้

ให้ +1 เมื่อข้อคำถาม คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม คำตอบ สอดคล้อง
และครอบคลุมตัวแปรวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถาม คำตอบ ไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ
ควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของ
คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัด
บุรีรัมย์

นางศรีัญญา ดวงสิงห์ชัย

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

รายการขอความคิดเห็น	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
	1	2	3	
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โปรดเติมเครื่องหมาย / ลงในช่อง [] หรือเติมข้อความ ที่ตรงกับข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามหรือ เติมข้อความลงในช่องว่างให้ได้ ความสม ให้สมบูรณ์ 1. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	+1	+1	+1	1
2. อายุปัจจุบัน ปี (เต็ม)	+1	+1	+1	1
3. ปัจจุบันท่านมีสถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	+1	+1	+1	1
4. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับใด <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	+1	+1	+1	1
5. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง <input type="checkbox"/> คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข <input type="checkbox"/> คณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="checkbox"/> คณะกรรมการภาคประชาชน <input type="checkbox"/> คณะกรรมการจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ระบุ.....	+1	+1	+1	1
6. รายได้เฉลี่ยของท่านบาท/เดือน	+1	+1	+1	1
7. ระยะเวลาที่ท่านดำรงตำแหน่งในปัจจุบัน ปี (เต็ม)	+1	+1	+1	1



ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ
ควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

รายการขอความคิดเห็น	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
	1	2	3	
ตอนที่2 โปรดเติมเครื่องหมาย / ที่ตรงกับข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม ด้านบุคลากร				
1. การจัดอัตรากำลังบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เพียงพอ	+1	+1	+1	1
2.การกำหนดนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่	+1	+1	+1	1
3.แผนพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้ความสามารถในการป้องกันควบคุมมาลาเรียในพื้นที่	+1	+1	+1	1
4.การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจน	+1	+1	+1	1
5.บุคลากรมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ รวมถึงกฎระเบียบในการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่	+1	+1	+1	1
6.การจัดตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่	+1	+1	+1	1
7.คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จบการศึกษาด้านสาธารณสุขหรือด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	+1	+1	+1	1
8.การพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่	+1	+1	+1	1
9.ความสามารถในการจัดสรรเงินตอบแทนในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนอกเวลา-ราชการของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข	+1	+1	+1	1
ด้านงบประมาณ				
10.การจัดสรรงบประมาณในด้านการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่	+1	+1	+1	1
11.การจัดสรรงบประมาณเพื่อการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่ ภาวะฉุกเฉิน	+1	+1	+1	1
12.การจัดสรรงบประมาณสำหรับการบำรุงรักษาและซ่อมแซมครุภัณฑ์ ในการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่	+1	+1	+1	1
13. การจัดตั้งกองทุนการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่	+1	+1	+1	1
14.การใช้ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนประกอบการ วางแผนงบประมาณด้านสาธารณสุขของการป้องกันควบคุมโรค มาลาเรียในพื้นที่	+1	+1	+1	1



ตอนที่ 2 (ต่อ)

รายการขอความคิดเห็น	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
	1	2	3	
15.รายได้หรือรายรับเพียงพอต่อการนำมาป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่โดยไม่ต้องพึ่งพาเงินอุดหนุนจากรัฐบาล	+1	+1	+1	1
16.ความสามารถขอความร่วมมือ และระดมทรัพยากรจากองค์กร / หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน	+1	+1	+1	1
17.รูปแบบและกลไกในการควบคุมการบริหารงบประมาณด้านการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ/ กิจกรรม	+1	+1	+1	1
18. ระบบการประเมินประสิทธิภาพการใช้งบประมาณด้านการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่	+1	+1	+1	1
19. รูปแบบการประเมินประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณไปพัฒนา ระบบบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข	+1	+1	+1	1
ด้านวัสดุครุภัณฑ์				
20.การจัดให้มีหรือสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน	+1	+1	+1	1
21.มีวัสดุที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ เช่น มุ้งชุบ	+1	+1	+1	1
22. ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ เช่น เครื่องพ่นหมอกควัน เครื่องพ่นละอองฝอย	+1	+1	+1	1
23. มีสารเคมีที่ใช้การป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ เช่น ทราโยอะเบท สำหรับควบคุมลูกน้ำยุงลาย	+1	+1	+1	1
24. ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสารเพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน	+1	+1	+1	1
25.ยานพาหนะเพื่อใช้ป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน	+1	+1	+1	1
26.การจัดทำรายงานบัญชีทรัพย์สินในการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรัง	+1	+1	+1	1
ด้านการบริหารจัดการ				
27.กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่	+1	+1	+1	1
28. การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน วางแผน-งาน / โครงการและแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่	+1	+1	+1	1
29. การนิเทศ ควบคุม กำกับ และติดตามงาน ด้านการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่อย่างเป็นระบบ	+1	+1	+1	1



ตอนที่ 2 (ต่อ)

รายการขอความคิดเห็น	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
	1	2	3	
30.ความสามารถการเฝ้าระวังในการป้องกันควบคุมโรค มาลาเรียในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	+1	+1	+1	1
31. ความสามารถจัดกิจกรรมที่ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสุขภาพ โดยประชาชนมีส่วนร่วม	+1	+1	+1	1
32.ความสามารถในการเฝ้าระวังด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคมาลาเรียในพื้นที่	+1	+1	+1	1
33. ความสามารถในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่ ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสุขภาพ โรค มาลาเรียในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	+1	+1	+1	1
34. การประสานแผนงานโครงการป้องกันควบคุมโรค มาลาเรียในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	+1	+1	+1	1
35. การประสานการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุม โรคมาลาเรียในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	+1	+1	+1	1



ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องในรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

รายการขอความคิดเห็น	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
	1	2	3	
ตอนที่ 3 โปรตระบุความคิดเห็นที่ตรงกับความต้องการของท่าน 1. การดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ท่านพบปัญหาอุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานมีอะไรบ้าง	+1	+1	+1	1
2. ท่านมีวิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวอย่างไรบ้าง	+1	+1	+1	1
3. ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือด้านการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ท่านมีความต้องการความช่วยเหลือด้านใด โปรตระบุ	+1	+1	+1	1
4. ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	+1	+1	+1	1



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบสอบถาม

เรื่อง “รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรีย
ในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์”

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้สำหรับคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
2. แบบสอบถามชุดนี้มีความมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
3. แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
 - ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
 - ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
4. โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นางศรีัญญา ดวงสิงห์ชัย

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ที่ตรงกับข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม

ประเด็นคำถาม	ระดับความพร้อม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านบุคลากร					
1. การจัดอัตรากำลังบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เพียงพอ					
2. การกำหนดนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่					
3. แผนพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้ความสามารถในการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่					
4. การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจน					
5. บุคลากรมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่รวมถึงกฎระเบียบในการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่					
6. การจัดตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่					
7. คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จบการศึกษาด้านสาธารณสุขหรือด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง					
8. การพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่					



ประเด็นคำถาม	ระดับความพร้อม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านงบประมาณ					
9. ความสามารถในการจัดสรรเงินตอบ แทนในการ ปฏิบัติงานป้องกันควบคุม โรคติดต่อนอกเวลา- ราชการ ของ บุคลากรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข					
10.การจัดสรรงบประมาณในด้านการ ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่					
11.การจัดสรรงบประมาณเพื่อการ ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ภาวะ ฉุกเฉิน					
12.การจัดสรรงบประมาณสำหรับการ บำรุงรักษาและซ่อมแซมครุภัณฑ์ในการ ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่					
13. การจัดตั้งกองทุนการป้องกันควบคุม โรคมาลาเรียในพื้นที่					
14.รายได้หรือรายรับเพียงพอต่อการ นำมา ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียใน พื้นที่ โดยไม่ต้องพึ่งพาเงินอุดหนุนจาก รัฐบาล					
15.ระบบการประเมินประสิทธิภาพ การ ใช้ งบประมาณด้านการป้องกันควบคุม โรคมาลาเรียในพื้นที่					
ด้านวัสดุครุภัณฑ์					
16.การจัดให้มีหรือสนับสนุนเครื่องมือ และอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการ ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ให้อยู่ ในสภาพพร้อมใช้งาน					
17.มีวัสดุที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรค มาลาเรียในพื้นที่ เช่น มุ้งชุบ					
18.ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ เช่น เครื่อง พ่นหมอกควัน เครื่องพ่นละอองฝอย					



ประเด็นคำถาม	ระดับความพร้อม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
19.มีสารเคมีที่ใช้การป้องกันควบคุมโรค มาลาเรียในพื้นที่ เช่น ทรายาอะเบท สำหรับควบคุมลูกน้ำ					
20.ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสาร เพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน					
21.ยานพาหนะเพื่อใช้ป้องกันควบคุมโรค มาลาเรียในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน					
ด้านการบริหารจัดการ					
22..กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่					
23.การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน วางแผน-งาน / โครงการและแผนพัฒนา ด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่					
24.การนิเทศ ควบคุม กำกับ และติดตาม งาน ด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ อย่างเป็นระบบ					
25.ความสามารถการเอื้ออำนวยในการ ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ					
26.ความสามารถจัดกิจกรรมที่ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสภาพ โดย ประชาชนมีส่วนร่วม					
27.ความสามารถในการเอื้ออำนวยด้านการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรค มาลาเรียในพื้นที่					
28.ความสามารถในการจัดกิจกรรมด้าน สุขภาพที่ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสภาพ โรคมาลาเรียในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกัน โรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์					



ประเด็นคำถาม	ระดับความพร้อม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
29.การประสานแผนงานโครงการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์					
30. การประสานการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์					
31.การใช้ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุข และชุมชนประกอบการวางแผนงบประมาณด้านสาธารณสุขของการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่					
32.ความสามารถขอความร่วมมือ และระดมทรัพยากรจากองค์กร / หน่วยงาน ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน					
33.ระบบและกลไกในการควบคุมการบริหาร งบประมาณด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ ให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ/กิจกรรม					
34. ระบบการประเมินประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณไปพัฒนาระบบบริหาร งบประมาณด้านสาธารณสุข					
35.การจัดทำรายงานบัญชีทรัพย์สินในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่					



ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

คำชี้แจง โปรดระบุความคิดเห็นที่ตรงกับความต้องการของท่าน

1. การดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ท่านพบปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานมีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2. ท่านมีวิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

3. ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือตามรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ท่านมีความต้องการความช่วยเหลือด้านใด โปรดระบุ

.....

.....

.....

.....

4. ข้อเสนอแนะในรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบคำถาม



ภาคผนวก จ
แผนปฏิบัติการที่ได้จากการศึกษาวิจัย



แผนปฏิบัติการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการ
ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study)			
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลทั่วไปพื้นที่ดำเนินการวิจัย	1) ศึกษาข้อมูลทั่วไปอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	1 สัปดาห์	ผู้วิจัย
	2) ศึกษาโครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรค อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนดำเนินการ	5 วัน	ผู้วิจัย
ขั้นตอนที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	1) การออกแบบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	1 สัปดาห์	ผู้วิจัย และผู้เชี่ยวชาญ
	2) ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ	5 วัน	
	3) ทดสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	5 วัน	

ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการ
ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)			
ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาข้อมูลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	1) ประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 1.1) คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข จำนวน 15 คน 1.2) คณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน 1.3) คณะกรรมการจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 คน 1.4) คณะกรรมการภาคประชาชน จำนวน 8 คน เนื้อหาในการประชุมกลุ่ม ประกอบไปด้วย 1. การดำเนินงานป้องกันโรคมalariaในพื้นที่ 2. บทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรียในชุมชน 3. การปฏิบัติหรือการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรียในชุมชนของตนเอง ประชาชน และหน่วยงานในชุมชน 4. การสนับสนุนด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	2 ชั่วโมง 1 ชั่วโมง 3 ชั่วโมง 3 ชั่วโมง	
ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	ประชุมเชิงปฏิบัติการ เนื้อหาในการประชุม ประกอบไปด้วย 1) นำเสนอข้อมูลโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ 2) นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของชุมชน และสภาพปัจจุบันของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ 3) วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ 4) วิเคราะห์แนวทางในพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	1 ชั่วโมง 1 ชั่วโมง 3 ชั่วโมง 1 วัน	

ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการ
<p>ขั้นตอนที่ 5 การจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยการประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C</p>	<p>รูปแบบ มีการประชุม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข จำนวน 15 คน 2) คณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน 3) คณะกรรมการจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 คน 4) คณะกรรมการภาคประชาชน จำนวน 8 คน <p>มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้</p> <p>Appreciation</p> <p>A 0 ความเป็นมาจากอดีต เพื่อให้เข้าใจในสภาพปัจจุบัน โดยสรุปจากผลที่ได้ของขั้นตอนที่ 1-5</p> <p>A-1.1 สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ให้สมาชิกแต่ละคนวาดภาพลงบนแผ่นกระดาษ เล่าภาพของกลุ่ม รวมภาพเป็นภาพเดียว</p> <p>A-1.2 นำเสนอเข้าใจสภาพปัจจุบันตามความหมายภาพ 10 นาที</p> <p>A-2.1 เป้าหมาย อนาคตที่อยากเห็น ให้สมาชิกแต่ละคนวาดภาพชุมชนจากจินตนาการที่ตนเองอยากเห็นในอนาคต ใช้เวลา 15 นาที เล่าถึงภาพของตน แล้วรวมเป็นภาพเดียว ให้นำเสนอกลุ่มละ 10 นาที</p> <p>A-2.2 สร้างวิสัยทัศน์ ให้กลุ่มพิจารณาเลือกภาพใดภาพหนึ่ง มาต่อเติมให้เป็นภาพตัวแทนของอนาคตที่ต้องการของกลุ่มทุกๆ ด้าน สร้างทิศทางไปสู่อนาคตร่วมกัน</p> <p>Influence</p> <p>I-1 แนวทางการพัฒนาวิสัยทัศน์ร่วม ได้แก่ การทบทวนวิสัยทัศน์ร่วม สมาชิกแต่ละคนนำเสนอแนวทาง กิจกรรม รวบรวมและให้นำเสนอ</p> <p>I-2 วิเคราะห์ จำแนก และจัดลำดับการพัฒนาวิสัยทัศน์ร่วม ได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญและประเภทของกิจกรรม เลือก 3- 5 กิจกรรมเรียงลำดับจากกิจกรรมที่คะแนนมากที่สุดให้เป็นลำดับหนึ่ง</p>	<p>2 ชั่วโมง</p> <p>1 ชั่วโมง</p> <p>1 ชั่วโมง</p> <p>2 ชั่วโมง</p> <p>30 นาที</p> <p>30 นาที</p> <p>1 ชั่วโมง</p>	

ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการ
ขั้นตอนที่ 5 การจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยการประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C (ต่อ)	<p>Control</p> <p>C-1 เลือกแนวทาง/กิจกรรมที่สามารถทำได้เอง ส่วนกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับองค์กรอื่นมอบหมายให้ผู้ประสานดำเนินการยื่นข้อเสนอ</p> <p>C-2.1 จัดทำแผนปฏิบัติการ ให้แบ่งกลุ่มย่อยใหม่ตามกิจกรรมที่สมาชิกตัดสินใจเลือกไว้ ดำเนินการจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการและโครงการ</p> <p>C-2.2 นำเสนอแผนการปฏิบัติการ ให้นำเสนอรายละเอียดของกิจกรรมอภิปรายเพิ่มเติม เตรียมการเสนอแผนปฏิบัติการและโครงการต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>1 ชั่วโมง</p> <p>1 ชั่วโมง</p> <p>1 สัปดาห์</p>	
ขั้นตอนที่ 6 สังเคราะห์รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	สังเคราะห์รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	1 สัปดาห์	
ขั้นตอนที่ 7 ลงมือปฏิบัติงาน	นำรูปแบบที่ได้จากขั้นตอนที่ 4 - 7 ลงมือปฏิบัติตามแผนในพื้นที่อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	2 เดือน	
ขั้นตอนที่ 8 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน	<p>การสังเกตผลการปฏิบัติงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สังเกตการปฏิบัติงานตามรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 3) เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม 	2 เดือน	
ขั้นตอนที่ 9 การสะท้อนผล	<ol style="list-style-type: none"> 1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) ถอดบทเรียน สะท้อนผลที่ได้จากการพัฒนา 3) สรุปปัญหาและอุปสรรค 	1 สัปดาห์	



ภาคผนวก ฉ
ภาพกิจกรรม





ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการฯ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและหาความต้องการในการดำเนินการของพื้นที่



จัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อำเภอขึ้นที่ ภูวนาลี รีสอร์ท นครราชสีมา
วันที่ 4-5 เมษายน 2557





การวิเคราะห์สภาพการณ์ในปัจจุบันโดยรวมว่าเป็นอย่างไร



การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ในการพัฒนาที่ควรจะเป็น



การคิดหาวิธีการ - แนวทาง - การกำหนดกิจกรรมหรือโครงการฯและการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมและโครงการฯ



การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเหมาะสมและการตกลงในรายละเอียดการดำเนินงานที่ครอบคลุม



โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ สาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ



โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ



โครงการประสานแผนและบูรณาการด้านงบประมาณ



การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการสะท้อนผล





ปัจจัยแห่งความสำเร็จ..การร่วมมือ ร่วมใจ ในทุกภาคส่วน



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางศรีัญญา ดวงสิงห์ชัย
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2515
สถานที่เกิด	อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2534 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนลำปลายมาศ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2537 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ (ป.ผดุงครรภ์) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา พ.ศ. 2548 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลโนนดินแดง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ 31260
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 175 หมู่ที่ 6 ตำบลโนนดินแดง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ 31260

