

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเหมืองหม้อ เพื่อเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางกรอบความคิดในการศึกษาครั้งนี้ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่เป็นเอกสาร ตำรา และรายงานต่างๆ ตลอดจนผลงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550
2. แนวคิดธรรมนูญสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายธรรมนูญสุขภาพ
 - 2.2 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552
 - 2.3 การนำธรรมนูญสุขภาพไปใช้ประโยชน์
3. การนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ
4. แนวคิด "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา"
 - 4.1 ความหมายสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา
 - 4.2 การประยุกต์ใช้สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา
5. SWOT Analysis
6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.ให้ไว้ ณ วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2550 เป็นปีที่ 62 ในรัชกาลปัจจุบัน พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อม ให้ประกาศว่า โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อม ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

“บุคลากรด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ

“ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาล

“สมาชิกสุขภาพ” หมายความว่า กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการสรรหา” หมายความว่า คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการบริหาร” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

“กรรมการบริหาร” หมายความว่า กรรมการในคณะกรรมการบริหาร

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วน
ท้องถิ่นรัฐวิสาหกิจ องค์การควบคุมการประกอบวิชาชีพ องค์การมหาชนและหน่วยงานอื่นของรัฐ

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 4 ให้นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตาม
พระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกกฎกระทรวง เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวงนั้นเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

หมวด 2 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 13 ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช.” ประกอบด้วย

(1) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธาน
กรรมการ

(2) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

(3) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงที่นายกรัฐมนตรีกำหนดจำนวนไม่เกินห้าคน เป็นกรรมการ

(4) ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นกรรมการ

(5) ประธานกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เป็นกรรมการ

(6) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองจำนวนสี่คน เป็นกรรมการ

(7) ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมายจัดตั้งองค์กรละหนึ่งคน เป็น

กรรมการ

(8) ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ
ซึ่งเลือกกันเองจำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(9) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ ซึ่งต้องไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยเลือก
กันเองจำนวนหกคน เป็นกรรมการ

(10) ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ไม่ว่าจะจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล
หรือไม่ ซึ่งเลือกกันเองจำนวนสิบสามคน เป็นกรรมการ

ให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้เลขาธิการแต่งตั้งพนักงานของ
สำนักงานไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา 25 ให้ คสช. มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(1) จัดทำรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ

(2) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าวพร้อมทั้งเปิดเผยให้สาธารณชนทราบด้วย

(3) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

(4) จัดให้มี หรือส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

(5) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

(6) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาในการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัตินี้ หรือการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัตินี้

(7) กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินการของคณะกรรมการบริหารและสำนักงาน

(8) แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ คสช. มอบหมาย

(9) วางระเบียบว่าด้วยเบี้ยประชุมที่มีไขเบี้ยประชุมของ คสช. และระเบียบว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้

(10) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อเสนอแนะหรือคำ ปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตาม (2) ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และคำนึงถึงข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพด้วย

หมวด 4 สมัชชาสุขภาพ

มาตรา 40 การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คสช. กำหนด

ในกรณีที่สมาชิกสภาตามวรรคหนึ่ง มีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาคำเนิการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป

มาตรา 41 ให้ คสช. จัดให้มีสมาชิกสภาแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

มาตรา 42 ในการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติ ให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติคณะหนึ่งมีจำนวนตามที่ คสช. กำหนด

กรรมการตามวรรคหนึ่งให้แต่งตั้งจากผู้แทนหน่วยงานของรัฐและผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอัตราส่วนที่ คสช. กำหนด ทั้งนี้ ผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐจะต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละหกสิบของจำนวนกรรมการตามวรรคหนึ่ง

ให้คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติ มีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการเกี่ยวกับการจัดประชุมและหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่

มาตรา 43 ให้คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติ มีหน้าที่ในการจัดการประชุมสมาชิกสภาแห่งชาติ กำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการประชุม ซึ่งต้องประกาศให้ประชาชนทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสามสิบวันก่อนวันประชุม

มาตรา 44 ผู้ใดประสงค์จะเข้าร่วมสมาชิกสภาแห่งชาติในการประชุมครั้งใด ให้สมัครลงทะเบียนสำหรับการประชุมครั้งนั้นต่อเจ้าหน้าที่ที่คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติ กำหนดตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติกำหนด

นอกจากผู้ลงทะเบียนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติจะกำหนดให้เชิญบุคคล ผู้แทนหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรภาคเอกชนตามที่เห็นสมควรมาร่วมประชุมด้วยก็ได้

มาตรา 45 ในกรณีที่สมาชิกสภาแห่งชาติมีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาคำเนิการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป

หมวด 5 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 46 ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของสมาชิกสภามาประกอบด้วย



เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้
รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา
ให้ กสช. ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี
มาตรา 47 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่ง
ราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

- (1) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
- (2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
- (3) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
- (4) การสร้างเสริมสุขภาพ
- (5) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- (6) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- (7) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ
- (8) การคุ้มครองผู้บริโภค
- (9) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- (10) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- (11) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
- (12) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

มาตรา 48 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายและยุทธศาสตร์ด้าน
สุขภาพตามมาตรา 25 (2) ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้ผู้กพันหน่วยงานของรัฐและ
หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน

หมวด 6 บทกำหนดโทษ

มาตรา 49 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 7 หรือมาตรา 9 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือ
ปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ความผิดตามมาตรานี้เป็นความผิดอันยอมความได้

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่สุขภาพหมายถึง ภาวะของ
มนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล
การวางระบบ เพื่อดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อ
การรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และจะเพิ่ม
มากขึ้นตามลำดับ ในขณะที่ขณะนี้โรคระบาดและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความ



ผู้ยากลำบากชั้นซ้นมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

สรุป พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้ง 4 มิติ ของประชาชน เป็นกฎหมายที่มีผลบังคับต่อหน่วยงานของรัฐ กรณีละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ คู่ครองสิทธิของประชาชนและไม่มีผลบังคับต่อประชาชน กำหนดให้มีกลไกระดับชาติคือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้าร่วมกันดูแลระบบสุขภาพ โดยไม่มีอำนาจสั่งการบังคับบัญชา และมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่แทนองค์กรเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีเครื่องมือที่สำคัญคือ สมัชชาสุขภาพ จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีส่วนร่วมของประชาชนทุกระดับในระบบสุขภาพ

แนวคิดธรรมนูญสุขภาพ

ความหมายของธรรมนูญสุขภาพ

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จะเรียกว่า “ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “ ธรรมนูญสุขภาพ ” ได้กำหนดให้มีธรรมนูญสุขภาพเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ในทางกฎหมายธรรมนูญสุขภาพมีความสำคัญมีผลผูกพันที่ชัดเจนต่อหน่วยงานรัฐและที่เกี่ยวข้อง ในฐานะที่เป็นมติคณะรัฐมนตรี ขณะเดียวกันในทางสังคมธรรมนูญสุขภาพมีลักษณะเป็นเจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม (Social Commitment) เพื่อใช้เป็นกรอบของระบบสุขภาพของประเทศให้คำนึงถึงความหมายสุขภาพ 4 มิติ นอกจากสุขภาพทางกาย ใจ สังคม แล้วยังครอบคลุมถึงสุขภาพทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) ด้วย

ธรรมนูญสุขภาพ คือ กฎหมายแม่บทที่ทุกฝ่ายใช้อ้างอิงเพื่อขับเคลื่อนไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ กำหนดทิศทาง ปรัชญา หลักการ เครื่องมือ กลไก มาตรการและเงื่อนไขสำคัญของระบบสุขภาพการยกกว้างต้องเคลื่อนเข้าสู่การสร้างสุขภาพะ โดยมีกระบวนการต้องถักทอสังคัมร่วมกัน และเน้นการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง(พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550)

ธรรมนูญสุขภาพ คือ เครื่องมือทางกฎหมายที่จะมาผลักดัน ให้คนไทยมุ่งสู่การมีสุขภาพดีในอนาคต (อำพล จินดาวัฒนะ, 2552)

ธรรมนูญสุขภาพ คือ เครื่องมือนวัตกรรมทางสังคม ใช้เป็นแนวทางหลักของการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ รวมถึงการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ (ประเวศ วะศรี, 2551)

ธรรมนูญสุขภาพ คือ กรอบกำหนดทิศทางระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพหรือสุขภาพอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม (ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2550)

สรุป ธรรมนูญสุขภาพ คือ เครื่องมือนวัตกรรมทางสังคม ที่ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ การดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพหรือสุขภาพอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกาศใช้เป็นกฎหมายได้ระบุนัยสำคัญของ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ไว้ในหมวด 5 มาตรา 46-48 ว่า “เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ” ให้มีการทบทวนอย่างน้อยทุก 5 ปีโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่จัดทำ เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อเห็นชอบ แล้วเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ ก่อนประกาศในราชกิจจานุเบกษา

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้ธรรมนูญสุขภาพมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน ดังนั้น ธรรมนูญสุขภาพจึงมีความสำคัญในลักษณะแสดงความผูกพันที่ชัดเจนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในฐานะที่เป็นมติคณะรัฐมนตรี

ธรรมนูญสุขภาพมีลักษณะเป็นเจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม (Social Commitment) เพื่อใช้เป็นกรอบของระบบสุขภาพของประเทศ ดังนั้นกระบวนการจัดทำสาระสำคัญและกระบวนการแปลงธรรมนูญสุขภาพสู่การปฏิบัติ จึงมีสถานะเป็นเครื่องมือเชื่อมโยงและขับเคลื่อนบนหลักการมีส่วนร่วม โดยคำนึงถึงทุกภาคส่วนตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ภาครัฐ-ราชการ+ภาควิชาการ-วิชาชีพ+ภาคประชาคมและสังคม) เพื่อทำให้เกิดการ

ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสุขภาพของสังคมให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทุก
ระยะ 5 ปี

เทียบเคียงธรรมนูญสุขภาพกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ธรรมนูญสุขภาพ
เป็นเครื่องกำหนดทิศทาง ปรัชญา หลักการ เครื่องมือ กลไก มาตรการและเงื่อนไขสำคัญของระบบ
สุขภาพเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้าน
สุขภาพของประเทศ ธรรมนูญสุขภาพจึงไม่ใช่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดังนั้น จึง
จำเป็นต้องพัฒนาระบบการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กับธรรมนูญสุขภาพ ให้
ประสานสอดคล้องกันทั้ง ในเนื้อ หาสาระสำคัญและกรอบเวลา อันจะเป็นประโยชน์ในการ
ประเมินผล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551).

สรุป ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบและแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และ
การดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ การจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพ
แห่งชาติ มีหน้าที่นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของสมาชิกสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนา
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และเปิดกว้างแก่ทุกภาคส่วน มาประกอบการพิจารณาใน
การจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ จะต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็น
ภาคีสุขภาพจากภาคส่วน ต่างๆ ในกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ทั้งภาคประชาสังคม ภาค
ราชการ นักวิชาการ ผู้ประกอบวิชาชีพ มีผลผูกพันส่วนราชการ หน่วยงานอื่นของรัฐ และ
หน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่รายงานธรรมนูญสุขภาพ
แห่งชาติ ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้วต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและ
ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ธรรมนูญสุขภาพต้องสอดคล้องกันสถานการณ์ระบบสุขภาพของ
ประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต จึงต้องมีการพิจารณาทบทวนตามระยะเวลาที่เหมาะสม
กฎหมายจึงกำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่พิจารณาทบทวนธรรมนูญสุขภาพ
แห่งชาติอย่างน้อยทุก 5 ปี

การนำธรรมนูญสุขภาพไปใช้ประโยชน์

ชุมชนสามารถนำธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบและแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพ
ร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ ได้แก่ หน่วยงานของรัฐ องค์กรต่างๆ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ
สามารถใช้เป็นช่องทางในการสานพลังการขับเคลื่อนและสานพลังยุทธศาสตร์กับภาคส่วนต่างๆ
ทั้งในและนอกพื้นที่ตามมาตรการรายนวคตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552
ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

1. มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม ใช้องค์ความรู้เป็นฐานอย่างพอเพียง
2. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม
3. จัดให้มีการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคล ครอบครัวและชุมชนทางด้านสุขภาพ เพื่อการพึ่งตนเองและเปิดพื้นที่สาธารณะ พัฒนาเครื่องมือนวัตกรรม ให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง
4. มีการพัฒนาความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชนเครือข่ายและการกระจายยา เวชภัณฑ์ ความรู้เทคโนโลยีฯ เพื่อการพึ่งตนเอง
5. มีการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลปกป้องทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม
6. มีการพัฒนามาตรการทางการเงินการคลัง ระบบสวัสดิการชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการ ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสอย่างครบวงจรและยั่งยืน
7. มีการสร้างและจัดการความรู้ การวิจัย เทคโนโลยีทุน และการตลาดเพื่อการเกษตร อุตสาหกรรมธุรกิจ บริการที่เอื้อต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

หมวด 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

1. ชุมชนมีการรวมตัวและมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อปกป้องชุมชนและจัดกลไกรับเรื่องราวร้องทุกข์และแก้ปัญหา
2. ชุมชนร่วมพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีบูรณาการและเชื่อมโยงกันทุกระดับ
3. ชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสาร มีค่านิยมที่ถูกต้อง มีความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้ มีภูมิคุ้มกัน มีเครือข่าย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัย

หมวด 6 การบริหารสาธารณะและการควบคุมคุณภาพ

1. ส่งเสริมบริการ ปฐมภูมิที่จัดโดยแพทย์/บุคลากรประจำครอบครัวให้ครอบคลุม ประชากรและสถานบริการต้องสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแก้ปัญหาเชิงรุก โดยร่วมกับชุมชน และมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
2. อปท.มีการเตรียมความพร้อมและมีส่วนร่วมในการรับถ่ายโอนสถานบริการ แก่ อปท. โดยมุ่งเน้นประโยชน์ประชาชนเป็นหลัก
3. มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ อย่างเป็นระบบครบวงจร มีประสิทธิภาพ

4. มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ มีส่วนร่วมในรูปแบบของอาสาสมัคร และมุ่งประโยชน์สาธารณะ

5. มีการร่วมมือลดเหตุไม่พึงประสงค์และเยียวยาปัญหาที่เกี่ยวกับข้อจำกัดและความสัมพันธ์การบริการสาธารณสุขอย่างสมานฉันท์

หมวด 7 การส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

1. ฟื้นฟู สืบสาน ใช้ประโยชน์และมีบทบาทในการจัดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับชุมชน

2. ร่วมสนับสนุน การใช้ การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ทางด้านสถานภาพ ศักยภาพการสืบทอดรักษาแบบแผน การจัดการความรู้

3. ส่งเสริมการผลิตในชุมชน การใช้ยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักๆ และเภสัชตำรับ รพ.

4. ร่วมสร้างระบบและกลไกคุ้มครองภูมิปัญญา ท้องถิ่น ด้านสุขภาพให้เข้มแข็งและเชื่อมโยงกัน การพัฒนาทางกฎหมาย การเจรจาระหว่างประเทศ

หมวด 8 การคุ้มครองผู้บริโภค

1. มีการรวมตัวของประชาชนกลุ่ม/ชมรม/มูลนิธิ/สมาคม/เครือข่ายเพื่อดำเนินงานเพื่อบริโภคและสนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาชนระดับจังหวัด

2. ให้ประชาชนมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย วางแผนติดตามตรวจสอบการดำเนินงานทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น

3. มีระบบทดสอบมาตรฐานสินค้าและบริการที่ประชาชนมีส่วนร่วม และมีการเผยแพร่สู่สาธารณชนอย่างทั่วถึง

4. ให้ผู้บริโภคร่วมกำหนดนโยบาย/แผนงบประมาณ/ข้อบัญญัติท้องถิ่น/กลไกคุ้มครองของ อปท.

5. ร่วมกันพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งและเป็นธรรม มีตัวแทนผู้บริโภคเป็นกรรมการ

หมวด 9 การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

1. จัดให้กลุ่มองค์กรในพื้นที่มีส่วนร่วมในการสร้าง จัดการสื่อสาร และเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ โดย อปท. ให้งบประมาณสนับสนุน

2. มีการพัฒนาศักยภาพของภาคประชาชนในการสร้างจัดการความรู้ด้านสุขภาพ มีช่องทางการเรียนรู้ สื่อสารในชุมชน

3. ชุมชนร่วมลงทุนในการสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

4. มีการพัฒนาบุคลากร เครือข่ายด้านการสร้าง การจัดการ การสื่อสารและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

5. ชุมชนมีส่วนร่วมในระบบตรวจสอบ กลั่นกรองและติดตามการสื่อสารและเผยแพร่ความรู้สุขภาพ

หมวด 10 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพคือมีการร่วมจัดการ กำกับ ดูแล เพื่อให้เกิดการเผยแพร่ สื่อสาร การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้อย่างเหมาะสม

หมวด 11 การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

1. มีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดในการผลิตบุคลากรจากชุมชนท้องถิ่นและกลับไปปฏิบัติงานในท้องถิ่น

2. ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขสนับสนุนกำลังคน ด้านสุขภาพอื่นๆ ให้มีบทบาทขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกันอย่างจริงจัง

3. ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำงานขององค์กรวิชาชีพ ด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

4. ร่วมพัฒนากลไกระดับพื้นที่เพื่อประสานการวางแผนการกระจาย การใช้กำลังคนด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรม

การนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ

การนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ เป็นการศึกษาองค์กร บุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผู้สามารถนำพาและกระตุ้นให้มีการใช้ทรัพยากรการบริหารทั้งหมดมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุตามนโยบายที่ตั้งเป้าหมายไว้ หรือเป็นการผลักดันที่จะทำให้การทำงานของกลไกระบบการปฏิบัติงานทั้งหมดสามารถบรรลุผลตามนโยบายที่ตั้งเป้าไว้ การนำนโยบายไปปฏิบัติจะครอบคลุมถึงพฤติกรรมการปฏิบัติและปฏิสัมพันธ์ของบุคคล กลุ่มบุคคล ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การเมือง ความแตกต่างในสภาพแวดล้อมของพื้นที่ในท้องถิ่น(อ้างใน บุญฤทธิ เพ็ชรวิศิษฐ์, มปป.)

องค์กร บุคคล ที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (อ้างใน บุญฤทธิ เพ็ชรวิศิษฐ์, มปป.)

1. ฝ่ายการเมือง มีบทบาทสำคัญมากในกระบวนการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ นโยบายที่ฝ่ายการเมืองเอาใจใส่จะได้รับความเอาใจใส่ ตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานราชการหรือองค์กรอื่นๆจะให้ความสนใจและถือปฏิบัติตามอย่างจริงจัง

2. ระบบราชการหรือข้าราชการ หน่วยงานของรัฐจัดเป็นองค์กรที่สำคัญที่สุดในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะระบบราชการ เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่เก็บรวบรวม วิเคราะห์ และเสนอแนะข้อมูลให้ฝ่ายนักการเมืองพิจารณาตัดสินใจนโยบาย และก็เป็นหน่วยงานที่นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

3. ผู้รับผลประโยชน์ ผู้รับบริการหรือผู้รับผลประโยชน์ ในกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในฐานะที่เป็นบุคคล ที่จะต้องติดต่อกับข้าราชการผู้ปฏิบัติ หากคอยแต่รับบริการไม่มีองค์กรใดตรวจสอบยอมทำให้นโยบายสาธารณะนั้นเกิดปัญหา อุปสรรค ตรงกันข้าม หากผู้รับผลประโยชน์ได้รวมตัวกันเป็นกลุ่ม เพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ และเรียกร้องสิทธิมากขึ้นย่อมจะมีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับท้องถิ่น (อ้างใน บุญฤทธิ เพ็ชรวิศิษฐ์, มปป.)

1. ขั้นการระดมพลัง (Mobilization) เป็นขั้นตอนที่หน่วยงานในระดับท้องถิ่นจะต้องดำเนินการพิจารณารับนโยบายและการแสวงหาการสนับสนุน โดยท้องถิ่นจะพิจารณาว่านโยบายจากส่วนกลางมีความเหมาะสม มีความสำคัญเร่งด่วน ตรงตามเป้าหมายของหน่วยงาน และสามารถตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นหรือไม่เพียงใด หลังจากนั้นแสวงหาการสนับสนุนจากสมาชิกในหน่วยงาน ตลอดจนบุคคลสำคัญ หรือองค์กรอื่นๆที่อยู่ในท้องถิ่น เข้ามาร่วมออกแบบหรือกำหนดโครงการของท้องถิ่นที่จะจัดทำตั้งแต่เบื้องต้น จะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความสำเร็จและความต่อเนื่องให้เกิดขึ้นในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

2. ขั้นการปฏิบัติการ (Deliverer Implementation) ขั้นตอนการปฏิบัติตามนโยบายนี้มีความครอบคลุมถึงกระบวนการในการปรับเปลี่ยนโครงการ ที่ได้มา มีการยอมรับแล้วหลังจากออกมาในรูปของการปฏิบัติจริง ในบางครั้งผู้ปฏิบัติจะยินยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนให้สอดคล้องกับแผนหรือโครงการที่กำหนด ในบางครั้งผู้ปฏิบัติอาจทำการปรับแผนหรือโครงการให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการทำงานของตัวเอง การไม่มีการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเกิดขึ้นถ้าหากผู้ปฏิบัติไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนอย่างใดอย่างหนึ่ง

3. ขั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่อง (Institutionalization or Continuation) ขั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่อง เป็นผลที่เกิดจากขั้นตอนการปฏิบัติ เพราะความสำเร็จหรือผลลัพธ์ในระยะยาวของนโยบายใดก็ตามจะเกิดขึ้นไม่ได้ หากนโยบายนั้นไม่ถูกนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยผู้ปฏิบัติ การที่จะให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องนั้น นโยบายจะต้องถูกปรับเปลี่ยนและได้รับการยอมรับ ผู้บริหารในระดับท้องถิ่นจะต้องเป็นผู้นำที่จะชักจูงให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของนโยบาย และหาทางแปลงนโยบายให้เป็นภารกิจประจำวันของผู้ปฏิบัติ ในด้าน



ผู้ปฏิบัติก็จะต้องมีความพร้อมและเต็มใจที่จะปฏิบัติตามนโยบายนั้น ปัจจุบันได้มีการนำเอาแนวคิด การพัฒนาองค์กรเข้ามาประยุกต์ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีมให้ เกิดกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความผูกพัน และยอมรับ ต้องการดำเนิน โครงการที่จะ ส่งผลทำให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติต่อไป

ปัญหา อุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (อ้างใน บุญฤทธิ เพ็ชรวิศิษฐ์, มปป.)

1. ปัญหาทางด้านสมรรถนะของหน่วยงาน ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ย่อมขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติที่มีความสามารถในการดำเนินการ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ ด้านบุคลากร จำนวน คุณสมบัติ มีคุณภาพ ความรู้ ความสามารถ มีความยินดี หรือความเต็มใจที่จะปฏิบัติหรือไม่ เงินทุนก็เป็นเงื่อนไข และข้อจำกัดในการ ใช้เงินทุน ด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้เพียงพอหรือทันต่อเวลา

2. ปัญหาด้านการควบคุม ความสามารถในการติดตามความก้าวหน้าหรือผลจากการ ปฏิบัติของนโยบาย แผนงานหรือโครงการ ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเพิ่มมากขึ้น ถ้า หากผู้รับผิดชอบนโยบายขาดความสามารถที่จะทำการวัดผล หรือควบคุมผลงานของหน่วยปฏิบัติ

3. ปัญหาด้านความร่วมมือและการดำเนินการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง เงื่อนไขหรือ เหตุผลหลักที่ส่งผลให้สมาชิกในองค์กร หรือหน่วยปฏิบัติ ไม่ให้ความร่วมมือ หรือต่อต้านการ เปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากนโยบาย คือ นโยบายไม่ได้มีรากฐานความต้องการของคนที่เกี่ยวข้อง นโยบายนั้นมีผลทำให้สูญเสียเงินในการปฏิบัติงานตลอดจนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานประจำวัน ต้องเปลี่ยนแปลงไป หัวหน้าหน่วยงานไม่ให้การสนับสนุนนโยบาย การปฏิบัติตามนโยบายนั้นจะ ส่งผลให้งบประมาณ อัตรากำลังของหน่วยงานต้องลดลง นโยบายนั้นถูกกำหนดขึ้น โดยฝ่ายบริหาร ที่ไม่เข้าใจสภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน ไม่เห็นด้วยในสาระ หรือวิธีปฏิบัติในโครงการ หรือนโยบาย เพราะไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ไม่ให้ความร่วมมือหรือต่อต้านเนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจ

4. ปัญหาด้านอำนาจและความสัมพันธ์กับองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง การนำนโยบายไป ปฏิบัติจะมีความลำบากยิ่งขึ้น หากการทำงานของหน่วยปฏิบัติต้องผ่านขั้นตอนการควบคุม กลับกรองจากหน่วยงานที่ควบคุมนโยบาย และจะต้องแสวงหาความร่วมมือ พึ่งพาหรือทำความตกลง กับหน่วยงานอื่น ยิ่งวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ ตลอดจนการให้ความสำคัญแตกต่างกัน ความเห็นไม่ สอดคล้องกัน ก็ยากที่จะบรรลุนโยบาย

5. ปัญหาด้านความสนับสนุนและความผูกพันขององค์กรหรือบุคคลสำคัญ ความ ยากลำบากของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จะมีความมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ ผู้รับผิดชอบ หรือหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบในการนำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับฝ่าย

การเมืองมากนักน้อยเพียงใด ขาดความสัมพันธ์หรือความเข้าใจอันดีต่อสื่อมวลชน สื่อมวลชนก็อาจใช้ อิทธิพลของคนที่มีอยู่โจมตี หรือทำลายความน่าเชื่อถือของนโยบายได้

สรุป องค์ประกอบที่สำคัญที่จะน่านโยบายไปปฏิบัติประกอบไปด้วยหลายฝ่าย เช่น ฝ่ายการเมือง ที่จะติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของนโยบายที่ หน่วยงานของรัฐนำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติ และผู้รับบริการหรือผู้รับผลประโยชน์ในกระบวนการนำนโยบายไปสู่การ ปฏิบัติ ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีการระดมพลังหรือ ท้องถิ่นจะต้องพิจารณาว่า นโยบายจากส่วนกลางมีความเหมาะสม สำคัญเร่งด่วน ตรงตามเป้าหมายของหน่วยงาน และ ตอบสนองความต้องการท้องถิ่น หลังจากนั้นแสวงหาการสนับสนุนจากสมาชิก หรือเครือข่าย เข้า มาร่วมออกแบบหรือกำหนดเป็นโครงการแล้วนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ นโยบายสอดคล้องกับวิถีชีวิต หรือผู้ปฏิบัติอาจปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับนโยบายก็ได้ และหาทางปรับเปลี่ยนนโยบายให้เป็น ภารกิจประจำวันของผู้ปฏิบัติ และผู้ปฏิบัติก็ต้องปฏิบัติตามนโยบายด้วยความเต็มใจ ซึ่งจะส่งผลให้ เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติเช่น สมรรถนะของ หน่วยงานมีข้อจำกัดในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ไม่สามารถติดตามความก้าวหน้าหรือผลจากการ ปฏิบัตินโยบาย ขาดความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ถูกควบคุมจากภายนอกหน่วยงาน และขาด ความสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานอื่น

แนวคิด "สามเหลี่ยมเข็มนูกา"

ความหมาย

การพัฒนาประเทศไทยมีจุดหมายสำคัญ คือ การสร้างความเจริญ การทำให้ผู้คนใน สังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ ทำให้สังคมมีสุขภาวะ การจะบรรลุจุดหมายดังกล่าวภายใต้สังคมที่ ซับซ้อน เป็นเรื่องยากเปรียบเหมือนการเข็มนูกา แนวคิดสามเหลี่ยมเข็มนูกา จึงเป็นแนวคิด สำคัญที่กล่าวถึง การทำงานร่วมกันของ 3 ภาคส่วนในการพัฒนาระบบสุขภาพ

สามเหลี่ยมเข็มนูกา หมายถึง การพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการบูรณาการทำงาน ร่วมกันขององค์ประกอบในสังคมที่สำคัญ 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบภาควิชา การ องค์ประกอบภาคประชาสังคม องค์ประกอบภาครัฐและการเมือง หากองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน สามารถบูรณาการเข้าด้วยกัน เกิดการใช้ความรู้ ประกอบกับพลังการขับเคลื่อนของภาคประชา สังคม ภายใต้ช่องทางที่รัฐและการเมืองเปิดโอกาสและเห็นคุณค่าของการเรียนรู้ร่วมกัน ก็จะทำได้ เกิดกระบวนการสาธารณะที่ดีนำไปสู่สุขภาวะของสังคมได้ (ประเวศ วะสี, 2552)

ประเวศ วะสี (2551) "นูกา" หมายถึง สิ่งยากที่ดูเหมือนเข็มนูกาไม่ได้ สามารถจัดการให้ เข็มนูกาได้โดย โครงสร้างสามเหลี่ยม หรือ สามมุมเชื่อมกัน

ดังนั้น สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ก็หมายถึง การจัดการความรู้เพื่อเคลื่อนสิ่งยากโดย การจัดการให้มีการสร้างความรู้ และจัดการให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน ที่เรียกว่า "การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ" ในการนี้ต้องมี "หน่วยจัดการความรู้ที่เป็นอิสระ" ที่จัดกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้นที่ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝงของใคร นอกจากผลประโยชน์ของส่วนร่วมเท่านั้น ซึ่งสามมุมประกอบด้วย

มุมที่ 1 การสร้างความรู้ ด้วยการวิจัยเพื่อหาความรู้ในการแก้ปัญหาสังคมที่ต้องการการวิจัยมี 3 รูปแบบใหญ่ๆ ได้แก่

1.1 การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ได้แก่ การศึกษาปัญหาเชิงบรรยายจากข้อมูลที่ได้มานำมาประมวลเป็นข้อมูลทางสถิติ เพื่อเข้าใจปัญหาได้มากขึ้น

1.2 การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Research) ได้แก่ การนำข้อมูลเชิงสถิติ จากการวิจัยเชิงพรรณนา ข้อ 1.1 มาวิเคราะห์ หาเหตุ-หาผลเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาานั้น และ

1.3 การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ได้แก่ การนำเหตุ-ผล จากการวิจัยเชิงวิเคราะห์ข้อ 1.2 มาทำการทดลอง ว่าเป็นไปตามที่วิเคราะห์ หรือไม่ ผลที่ได้จะนำมาใช้ดำเนินการแก้ปัญหาซึ่งต้องดำเนินการตามวงจรคุณภาพของเดมมิงส์ PDCA-P-Plan, D-Do, C-Check, A-Act

มุมที่ 2 การเคลื่อนไหวทางสังคม หมายถึงการที่สังคมเข้ามาร่วมเรียนรู้ ร่วมบอกความต้องการ นี่คือการจัดการเรียนรู้ ซึ่งต้องแปรความรู้ในมุมที่ 1 ให้อยู่ในรูปที่สังคมจะเข้าใจได้ง่าย เข้าร่วมได้ เรียกว่าความรู้เพิ่มอำนาจให้สาธารณะ (Empowerment) ถ้าปราศจากความรู้ที่ถูกต้อง สังคมจะเคลื่อนไปได้ยาก ไม่มีพลัง หรือเคลื่อนแล้วเพี้ยนไปทางอื่น

มุมที่ 3 อำนาจรัฐ หรือ อำนาจทางการเมือง การเมืองเป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้ เพราะเป็นผู้ใช้อำนาจรัฐ บริหารการใช้ทรัพยากรของรัฐ และเป็นผู้ออกกฎหมายสามเหลี่ยมทั้ง 3 มุมจะต้องประกอบกัน ไม่อ่อนมุมใดมุมหนึ่ง แม้มีนักการเมืองที่ดีเป็น มุมที่3แต่ปราศจากมุมที่ 1 และมุมที่ 2 ก็ไม่สามารถแก้ปัญหาใดๆ ได้

การพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการบูรณาการทำงานร่วมกันขององค์ประกอบในสังคมที่สำคัญ 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบภาควิชาการ องค์ประกอบภาคประชาสังคม องค์ประกอบภาครัฐและการเมือง หากองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน สามารถบูรณาการเข้าด้วยกัน เกิดการใช้ความรู้ประกอบกับพลังการขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม ภายใต้อำนาจที่รัฐและการเมืองเปิดโอกาส และเห็นคุณค่าของการเรียนรู้ร่วมกัน ก็จะทำให้เกิดกระบวนการสาธารณะที่ดีนำสู่สุขภาพของสังคมได้

การประยุกต์ใช้สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

การประยุกต์ใช้สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาโดยการเชื่อมประสานภาคส่วนต่อไปนี้

1. ภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ โรงพยาบาลรัฐ สถานีอนามัย พัฒนาชุมชน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
2. ภาคท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ อบจ. อบต. เทศบาล
3. ภาควิชาการ ได้แก่ นักวิชาการจากสถาบันการศึกษา นักวิชาการจากหน่วยงานต่างๆ ประชาชนชาวบ้าน
4. ภาคประชาสังคม ได้แก่ ชุมชน องค์กรภาคประชาชน NGOs

ขั้นตอนการทำงานร่วมกัน เป็นดังนี้

1. จัดกระบวนการสานเสวนา เป็นการพูดคุยเชิงบวก เพื่อมุ่งการทำงานพัฒนาร่วมกัน ให้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทบาทหน้าที่ การทำงานของแต่ละฝ่าย เข้าใจในจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และข้อจำกัดซึ่งกันและกัน
2. จัดกระบวนการทำให้ทุกภาคส่วนสร้างวิสัยทัศน์สุภาพะร่วมกัน และมีการทำงานที่หนุนเสริมซึ่งกันและกันด้วยความเป็นกัลยาณมิตร

โดยสรุปกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเหมืองหม้อในการศึกษารั้งนี้ เป็นการประสานงานและการสนับสนุนโดยอาศัยศักยภาพขององค์กรในตำบล ได้แก่ กลุ่ม ชมรม ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ นักวิชาการ โดยการประสานงานให้มีการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมกันวางแผนปฏิบัติ และระดมทุนทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพของประชาชนในตำบลร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในตำบล

SWOT Analysis

ภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้องค์กรสมัยใหม่เป็นองค์กรเชิงกลยุทธ์ ซึ่งจะต้องมีการ นำแนวคิดของการจัดการเชิงกลยุทธ์ สมัย ใหม่มาใช้ การเปลี่ยนแปลงที่มีอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้องค์กรต้องปรับตัวเพื่อให้ธุรกิจสามารถดำรงอยู่กับสภาวะการแข่งขัน ที่จึงความได้เปรียบในทุกรูปแบบ การวิเคราะห์สภาพรอบด้านเพื่อให้เห็นทั้งโอกาส แม้ว่าจะอยู่ในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น เป็นความสามารถของผู้บริหารยุคใหม่ที่จะต้องสร้างองค์กรให้ขยายขีดความสามารถตามสิ่งแวดล้อมให้ได้ สำหรับการวิเคราะห์ดังกล่าวก็คือ การวิเคราะห์แบบ SWOT ซึ่งถือว่าเป็นวิธีที่สะดวกต่อการนำเสนอความคิดเชิงวิเคราะห์ได้อย่างรวดเร็วครอบคลุมเนื้อหาทั้งด้านบวกหรือลบได้ สามารถสร้างให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความคิด นโยบายองค์กร

และประเด็นของสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เปิดภาพรวมด้านต่างๆช่วยให้เหตุและผลต่อการตัดสินใจ โดยหลักการแล้วจะเน้นในการสร้างความเข้มแข็งให้เด่นมากขึ้นในขณะที่จะขจัดข้อด้อยเพิ่มโอกาสทางธุรกิจและหลีกเลี่ยงหรือลดอุปสรรคให้หมดไป (อ้างใน พิระพงษ์ กิติเวช โภคาวัฒน์. มปป.)

SWOT เป็นเครื่องมือในการประเมินสถานการณ์ ซึ่งช่วยผู้บริหารกำหนดจุดแข็งและจุดอ่อนจากสภาพแวดล้อมภายใน โอกาสและอุปสรรคจากสภาพแวดล้อมภายนอกตลอดจนผลกระทบที่มีศักยภาพจากปัจจัยเหล่านี้ต่อการทำงานขององค์กร การนำเอา SWOT มาใช้ในการพัฒนาชุมชน จะทำให้เข้าใจภาพรวมของชุมชนมากยิ่งขึ้น มีนักพัฒนาชุมชนหลายท่านที่ได้นำเอาเทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนนี้ใช้ซึ่งมีรายละเอียด (อ้างใน http://th.wikipedia.org/wiki/SWOT_Analysis) ดังนี้

- S มาจาก Strengths หมายถึง จุดเด่น จุดแข็ง ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยภายใน
- W มาจาก Weaknesses หมายถึง จุดด้อย จุดอ่อน ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยภายใน
- O มาจาก Opportunities หมายถึง โอกาส ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก
- T มาจาก Threats หมายถึง อุปสรรค ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก

SWOT Analysis หมายถึง การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม “ภายนอกและภายใน” เพื่อให้เข้าใจสถานะที่เป็นอยู่ขององค์กรและ/หรือกระบวนการพัฒนา (เรื่องนั้นๆ) อย่างลึกซึ้งจากการ “รู้เขารู้เรา” ที่เป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength) จุดอ่อน (Weakness) ของสภาวะแวดล้อมภายใน (เรา) และวิเคราะห์โอกาส (Opportunity) ภาวะคุกคามหรือข้อจำกัดหรืออุปสรรค (Threat) ของสภาวะแวดล้อมภายนอก (เขา)

การนำเทคนิค SWOT Analysis มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานประเภททั่วไป วิชาชีพเฉพาะ หรือเชี่ยวชาญเฉพาะ หรือพนักงานมหาวิทยาลัย ที่ปฏิบัติหน้าที่สนับสนุนการเรียนการสอน และวิจัย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 เลือกหัวข้อที่มีปัญหาในการปฏิบัติงาน หรือเลือกเอกสารที่มีปัญหา หรือใช้ในการปฏิบัติงานมานานแล้ว มาเป็นหัวข้อในการทำ SWOT

ขั้นที่ 2 วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน บทบาทของตัวแปรภายใน คือ

2.1 จุดแข็ง (Strength) วิเคราะห์ว่ามีอะไรเป็นจุดแข็ง มีอะไรโดดเด่นบ้าง อาจแยกวิเคราะห์ตามหลักของ Balance Scorecard ที่กำหนดให้พิจารณา 4 ด้าน (ลูกค้า กระบวนการภายใน การเรียนรู้และการพัฒนา การเงิน) หรือใช้หลักของ 5M (Man – Money – Material – Machine – Method)

2.2 จุดอ่อน (Weaknesses) วิเคราะห์ว่ามีอะไรเป็นจุดอ่อน มีอะไรบ้างที่ต้องปรับปรุงหรือพัฒนา ซึ่งอาจแยกวิเคราะห์ลักษณะเดียวกับจุดแข็งก็ได้



ขั้นที่ 3 วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก เป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปที่ควบคุมไม่ได้ หรือไม่ได้ควบคุม แต่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของเรื่องที่ทำกรวิเคราะห์ คือ

3.1 โอกาส (Opportunity) วิเคราะห์ว่ามีสิ่งที่เป็นตัวแปรหรือปัจจัยอะไรที่สนับสนุนหรือส่งผลกระทบต่อเรื่องที่ทำกรวิเคราะห์ ประสบความสำเร็จหรือส่งผลกระทบต่อเรื่องที่ทำกรวิเคราะห์

3.2 อุปสรรค (Threat) หรือภาวะคุกคามหรือข้อจำกัด วิเคราะห์ว่าภาวะภายนอกที่ขัดขวางหรือส่งผลกระทบต่อทางลบ และหรือภารกิจให้เกิดความล้มเหลวในเรื่องที่ทำกรวิเคราะห์

ขั้นที่ 4 นำขั้นที่ 2 และขั้นที่ 3 มาหาความสัมพันธ์กัน กำหนดวิธีการแก้ปัญหาในเรื่องที่ทำกรวิเคราะห์นั้นๆ คือ

4.1 นำเอาจุดแข็งและโอกาสมาวิเคราะห์ต่อไปว่าจะดำเนินการในเรื่องที่วิเคราะห์อย่างไรต่อไป ในเมื่อมีทั้งโอกาสและจุดแข็ง

4.2 นำเอาโอกาสไปปิดจุดอ่อน กำหนดวิธีการแก้ หรือหาทางแก้จุดอ่อนที่เกิดขึ้น ถ้ามีโอกาสอย่างนี้แล้วจะแก้จุดอ่อนที่เกิดขึ้นได้อย่างไร

4.3 นำเอาจุดแข็งไปแก้อุปสรรคที่เกิดขึ้น หรือหาทางหลบหลีกอุปสรรค เมื่อเรามีจุดแข็งอย่างนี้เราจะทำอย่างไรไม่ให้พบกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น

4.4 นำเอาจุดอ่อนและอุปสรรคที่พบจากการวิเคราะห์มาหาทางป้องกัน เสริมสร้าง และพัฒนาเพื่อแก้จุดอ่อน และหลบหลีกอุปสรรค ส่วนใหญ่จะทำแล้วในข้อ 4.1 – 4.2 และ 4.3

ขั้นที่ 5 นำเรื่องที่วิเคราะห์ไว้ตามข้อ 4. มากำหนดจัดทำกิจกรรมหรือโครงการ เสนอขอตั้งงบประมาณดำเนินการ

ขั้นที่ 6 เขียนรายงานผลการวิเคราะห์จากการใช้เทคนิค SWOT

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบของการวิจัย ที่ประยุกต์และเป็นการรวมเอาแนวความคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) มาผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยเป็นการวิจัยที่เกิดขึ้นจากความคิดที่ว่ากรวิจัยเป็นกิจกรรมทางสังคมที่จะต้องใช้ทรัพยากรของสังคมในการศึกษา จึงเป็นสมบัติของสังคม และเป็นการกระทำที่มุ่งหมายจะให้ประโยชน์หรือเป็นการรับใช้สังคม ด้วยเหตุนี้กรวิจัยจึงควรคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุด และการวิจัยที่จะให้ผลประโยชน์สูงสุดนั้น ย่อมเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research for Development) หรือการวิจัยพัฒนา (Research and Development) โดยที่การพัฒนา

และการเป็นหุ้นส่วนจะต้องเดินทางร่วมกัน คั้งนั้น ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนอย่างมีเสรีและเป็นประชาธิปไตย โดยจุดที่แตกต่างกันของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมก็คือ การวิจัยแบบมีส่วนร่วมนั้น เป็นการวิจัยที่เน้นในมิติของการเก็บข้อมูล แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการประยุกต์หาวิธีการแก้ไขปัญหาไปพร้อม ๆ กัน หรือกล่าวได้ว่าการแสวงหาแนวความคิดและแนวทางในการแก้ไขปัญหาและทรัพยากรที่ผู้ถูกวิจัยมีอยู่เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหา

ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

สุภางค์ จันทวานิช (2531) กล่าวว่าไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยที่นำแนวคิด 2 ประการมาผสมผสานกันคือการปฏิบัติการ (Action) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่โครงการวิจัยจะต้องดำเนินการ และคำว่า การมีส่วนร่วม (Participation) อันเป็นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย โดยมีความหมายถึง วิธีการที่ให้ผู้ถูกวิจัยหรือชาวบ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหาของการดำเนินการ การช่วยให้ข้อมูลและการช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลจากการทำวิจัยทุกขั้นตอนชาวบ้านเป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาของชุมชนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหากลกระบวนการวิจัยจึงดำเนินไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างชาวบ้านกับผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นขั้น ๆ ส่วนกระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลเป็นไปในเชิงการวิภาษ (Dialectic) ซึ่งชาวบ้านจะค่อย ๆ เรียนรู้ด้วยตัวเอง และด้วยวิธีการวิจัยเช่นนี้ ข้อมูลที่ได้จึงมีความชัดเจนสะท้อนความคิดอ่านตลอดจนนิสัยใจคอของชาวบ้าน สะท้อนความต้องการและแบบแผนในการดำเนินชีวิตของเขา การวิจัยแบบนี้จึงเป็นวิธีการที่สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาก็กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ ประกอบกับการใช้ภูมิปัญญาและทุนที่มีอยู่ในชุมชน การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้

นอกจากจะส่งผลดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังช่วยให้เกิดการพัฒนาของผลงานวิจัยและกระบวนการวิจัยในตัวของมันเองอีกด้วย และอีกทางหนึ่งการวิจัยยังเป็นส่วนสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ให้แก่



ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ซึ่งสามารถเป็นคํานําของการพัฒนาลงสู่ชุมชนท้องถิ่นอย่าง
ได้ผลและมีประสิทธิภาพอีกด้วย

ขนิษฐา กาญจนสินนท์ (2536) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
ไว้ว่า หมายถึง การวิจัยที่พยายามศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาหาแนวทางในการ
แก้ไขปัญหา วางแผนและดำเนินการตามแผนในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการดำเนินการประเมินผล
โดยที่ทุกขั้นตอนกคังกล่าวสมาชิกชุมชนเข้าร่วมด้วย อันเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้
ไคพัฒนาตนเอง ในการทำงานพัฒนา

นิตยา เงินประเสริฐศรี (2544) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์
ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเดินทางไปสู่การพัฒนา (Journey of Development) โดยมีการเปลี่ยนแปลง
จากสิ่งที่เป็นอยู่ไปสู่สิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ทั้งในระดับปัจเจกชนและระดับสังคม โดยหัวใจสำคัญ
ของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่กระบวนการวิจัย ซึ่งใช้แนวทางความร่วมมือ (Collaborative Approach)
ระหว่างนักวิจัยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้กระบวนการวิจัยจะต้องเป็น ประชาธิปไตย ยุติธรรม
มีอิสระ และส่งเสริมคุณค่าของชีวิต และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะเข้า สังเกต ตรวจสอบ
สถานการณ์ต่าง ๆ สะท้อนความคิดเห็นและความต้องการของตน ทรรศนการที่มีอยู่ อุปสรรคและ
ปัญหาที่ปรากฏอยู่ ตรวจสอบทางเลือกที่เป็นไปได้ และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีจิตสำนึกไปสู่การ
เปลี่ยนแปลงใหม่

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-
PAR) หมายรวมถึง การร่วมกันดำเนินกระบวนการวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งที่เป็นชาวบ้าน
และนักพัฒนา กับผู้วิจัยภายนอก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพความจริงของสังคมนั้น และ
เพื่อให้เห็นภาพแห่งคุณลักษณะสำคัญของการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เด่นชัด

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ในกระบวนการวิจัยไม่ว่าจะเป็นการวิจัยทางวิทยาศาสตร์หรือทางสังคมศาสตร์ก็ตาม
นักวิจัยจะเป็นผู้แสดงบทบาทนําในการริเริ่มการทำวิจัย และเป็นผู้มีอำนาจรับผิดชอบ
ในกระบวนการวิจัยทั้งหมด ตั้งแต่การตัดสินใจเลือกและกำหนดคปัญหาที่จะวิจัยวางแผนการวิจัย
ดำเนินการวิจัย จนกระทั่งนำผลการวิจัยไปใช้ตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควร ซึ่งชุมชนที่คกเป็นประชากร
หรือคัวของการวิจัยนั้น ๆ ไม่เคยมีโอกาศหรือมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นหรือร่วมรับรู้ใน
การวิจัยนั้น ๆ เลย (นอกจากเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือเป็นสิ่งทดลองของการวิจัย) หากแต่เป็นการสนอง
ความอยากรู้อยากเห็นของผู้วิจัยเพียงฝ่ายเดียว คังนั้นจึงพบอยู่เสมอว่าผลการวิจัยมักจะถูกบงกช้เมื่อ
ทำเสร็จแล้วสำหรับเป็นเอกสารทบทวนของผู้จะทำวิจัยต่อไปเท่านั้น หรือจากจะถูกนำไปใช้ในการ
กำหนดนโยบาย วางแผนหรือเมื่อแก้ปัญหาแล้วก็จะไป ตามแนวความคิดและวินิจฉัยของผู้วิจัย

หรือผู้ใช้ผลของการวิจัยที่ไม่เคยได้นำเอาความคิด ความต้องการและความสนใจของประชาชนผู้ถูกวิจัยไปร่วมพิจารณาเลย (พันธทิพย์ รามสูต, 2540, หน้า 32) และระบบการพัฒนาของประเทศและของสังคมส่วนใหญ่ที่ให้ความสนใจมุ่งเน้นไปที่ระบบเศรษฐกิจนำหน้าระบบสังคม การเมือง รวมทั้งการศึกษา หรือการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์นั่นเอง อีกทั้งการพัฒนาสังคมที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ก็เนื่องจากรูปแบบการพัฒนา รวมทั้งรูปแบบการวิจัยและการดำเนินการตามโครงการต่าง ๆ ของรัฐเป็นลักษณะที่เรียกว่าจากบนลงล่าง (Top-down Approach) หรือแบบศูนย์กลางอยู่ที่รัฐ ที่นักพัฒนา หรือที่นักวิจัย (กรมการศึกษานอกโรงเรียน, กระทรวงศึกษาธิการ, 2538, หน้า 10)

ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงได้ถือกำเนิดขึ้นจากความคิดที่ว่า การวิจัยเป็นกิจกรรมทางสังคมที่ใช้ทรัพยากรของสังคมในการศึกษา จึงเป็นสมบัติของสังคม ซึ่งกระทำโดยมีความมุ่งหมายที่จะรับใช้สังคม ด้วยเหตุนี้จึงควรคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการวิจัยก็ต้องทำให้การวิจัยนั้นเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development)(R&D)(พันธทิพย์ รามสูต, หน้า 32-33) และเป็นการศึกษาในลักษณะให้ประชาชน ชาวบ้านเป็นศูนย์กลางของการดำเนินการ เป็นลักษณะจากล่างขึ้นบน (Bottom-up Approach) (กรมการศึกษานอกโรงเรียน, กระทรวงศึกษาธิการ, 2538, หน้า 10)

ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นทั้งการวิจัย การบริหาร การพัฒนาและการทำงาน เพื่อการแก้ปัญหาในเวลาเดียวกันโดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยจะร่วมกันวิเคราะห์สภาพการณ์ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง จากนั้นจึงกำหนดแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพที่พึงประสงค์มีการกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์นั้นแล้วนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ในช่วงปฏิบัติงานตามแผนจะมีการติดตามและตรวจสอบผลการดำเนินงานเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามแผนก็จะมีการประเมินผลสรุป โดยภาพรวมแล้วมีข้อมูลย้อนกลับโดยในขั้นตอนต่างๆ อาศัยเทคนิควิธีการหลากหลายวิธีในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ ประกอบการตัดสินใจ ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ เช่นการใช้แบบสอบถาม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การบันทึกรายวันหรือการบันทึกภาพเป็นต้น (วิโรจน์ สารรัตนะ, 2548, หน้า 44)

Kemmis & Wilkinson (1998) ได้สรุปลักษณะเด่นของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ 6 ประเด็นหลักดังนี้ (อ้างใน พรสันต์ เลิศวิทยาวีวัฒน์, 2550, หน้า 2-3)

1. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนบุคคลกับส่วนรวม เมื่อนำมาประยุกต์กับทางการศึกษาการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอาจเป็นการศึกษาการทำงานเป็นทีมของครู

2. รูปแบบการวิจัยอาศัยการมีส่วนร่วม แต่ละบุคคลศึกษาตนเอง ตรวจสอบว่าตนเองมีความเข้าใจอย่างไรมีทักษะค่านิยมรวมถึงความรู้ของตนเองในปัจจุบันทั้งในแง่ที่ดีและแง่ที่เป็นอุปสรรคนั้นมีอะไรบ้าง

3. รูปแบบการวิจัยเป็นการลงมือปฏิบัติและทำงานร่วมกันเพื่อค้นหาความจริงนี้เป็นการลงมือปฏิบัติผลผลิตของความรู้ โครงสร้างขององค์กร มีวัตถุประสงค์ที่จะลดการกระทำที่เป็นอุปสรรคที่ไม่สมเหตุสมผล ลดการสูญเสีย ลดความยุติธรรมหรือความไม่พึงพอใจ

4. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการปฏิบัติการที่จุลประภคที่สร้างสรรค์เพื่อให้หลุดออกจากอุปสรรคของความไม่สมเหตุสมผลและ โครงสร้างการทำงานที่ไม่เหมาะสมที่จำกัดมิให้เกิดการพัฒนา ยกตัวอย่างเช่นการเปลี่ยนแปลงการบริหารที่เอื้อต่อการทำงานของครู

5. วัตถุประสงค์อย่างหนึ่งของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือเพื่อช่วยให้แต่ละบุคคลได้หลุดพ้นจากอุปสรรคที่พบในสื่อ ในภาษา ในกระบวนการทำงาน และในความสัมพันธ์ของอำนาจที่เกิดขึ้นในโรงเรียน เช่นครูอาจพบว่ากฎระเบียบบางอย่างสร้างแรงกดดันให้ครู ทำให้ครูไม่มีอำนาจเต็มที่ในการดูแลนักเรียน

6. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยแบบไตร่ตรองครุ่นคิดและเน้นในเรื่องของการนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในเชิงปฏิบัติ สิ่งนี้เกิดขึ้นในรูปแบบของการไตร่ตรองอย่างเป็นพลวัตกับการลงมือกระทำ เมื่อครูไตร่ตรองถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในโรงเรียนควบคู่ไปกับการลงมือปฏิบัติซ้ำแล้วซ้ำอีกหลายๆ ครั้ง พร้อมกับทบทวนประเด็นปัญหาที่ตั้งไว้กับสิ่งที่ได้เรียนรู้และสิ่งที่กระทำสำเร็จจากผลของการปฏิบัตินั้น เป็นต้น

ประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

พันธุทิพย์ รามสูต (2540) กล่าวไว้ว่า เป้าหมายหลักของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนั้นมีหลายประการประกอบด้วย

- 1) ค้นหาความรู้พื้นบ้านที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย
- 2) ส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างวัฒนธรรม
- 3) สร้างดุลยภาพระหว่างวิทยาศาสตร์ ความรู้ทางวิชาการและความรู้พื้นฐาน
- 4) ยอมรับในความไม่เท่าเทียมกันของภาวะสังคมเศรษฐกิจ

ส่วนเป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนั้น อรุณรุ่ง บุณชนันตพงศ์ ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

1) ชาวบ้าน ชุมชน ผู้ด้อยโอกาสจะตื่นตัว ได้รับการศึกษาเพิ่มมากขึ้น สามารถคิดวิเคราะห์เหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง มีความเชื่อมั่นในทางที่จะให้ความร่วมมือกันหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง เพื่อก่อประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและชุมชน

2) ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหา ผู้ด้อยโอกาสมีโอกาสมากขึ้น การจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ มีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งมีข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อคนในชุมชน

3) มีวิจัยและพัฒนาได้เรียนรู้จากชุมชน ได้ประสบการณ์การทำงานร่วมกับชุมชน อันก่อให้เกิดความเข้าใจอันดี และเกิดแนวคิดในการพัฒนาตนเองของนักวิจัยและพัฒนาอย่างแท้จริง

4) ผลงานวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันที เนื่องจากได้ลงมือทำกิจกรรมโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการผนึกกำลังร่วมกัน โดยที่ประชาชนเป็นผู้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ตลอดจนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานที่โครงการที่ดำเนินการอยู่

การมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นวิธีการ (Means) สำคัญที่จัดว่าเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่ง และเป็นสาระสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมรูปแบบ มีสังกัดประการใดนั้น สามารถพิจารณาได้จากทัศนะของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ ซึ่งมีความเห็นว่า การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิของประชาชนต่อการตัดสินใจนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดสรร (Allocation) และการใช้ประโยชน์ (Utilization) ของทรัพยากรเพื่อการผลิต ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ประชาชนต้องเข้าร่วมในการวางแผน เพื่อการกินคืออยู่ดี และสามารถตอบสนองต่อสิ่งที่เข้าถึงซึ่งการพัฒนาให้คนจนได้รับประโยชน์เพื่อการผลิต การบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะด้วย การมีส่วนร่วมทางของประชาชน ในฐานะสมาชิกของสังคม ไม่ว่าจะในบริบทของการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ การเมืองหรือวัฒนธรรม ย่อมเป็นสิ่งที่แสดงออกให้เห็นถึงพัฒนาการรับรู้ และภูมิปัญญาในการกำหนดชีวิตของตนเองเป็นตัวของตนเอง ในการจัดการควบคุมการใช้ และการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรี นอกจากนี้การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการควบคุมการใช้ทรัพยากร ควบคุมการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและ



สังคม ทำให้ประชาชนได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญาซึ่งแสดงออกในรูปของการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของตน โดยภาครัฐจะต้องคืนอำนาจในการกำหนดการพัฒนาให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสในสังคมได้มีโอกาสในการแสดงความต้องการ แสวงหาทางเลือก หรือเสนอข้อเรียกร้อง เพื่อปกป้องผลประโยชน์ร่วมของกลุ่ม และเป็นผู้มีบทบาทหลักในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาชุมชน คือ เป็นผู้กำหนดความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน และเป็นผู้ระดมทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อสนองตอบความจำเป็นพื้นฐานและบรรลุวัตถุประสงค์บางประการทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง

ในเชิงทฤษฎีแล้ว การมีส่วนร่วมต่อการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการพัฒนานั้น มีหลากหลายมิติ สามารถจำแนกออกได้เป็นมิติต่าง ๆ ประกอบด้วย

มิติแรก **ร่วมศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา** ซึ่งเป็นการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน วิเคราะห์ชุมชน ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชนร่วมกัน และมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการด้วย เป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้เรียนรู้สภาพของชุมชน วิถีชีวิต สังคม ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อมเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการจัดทำและประกอบการพิจารณาวางแผนงานวิจัย

มิติที่สอง **ร่วมวางแผน** เป็นการวางแผนการพัฒนาหลังจากได้ข้อมูลเบื้องต้นของชุมชนแล้ว และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัญหา สาเหตุของปัญหาเรียบร้อยแล้ว ก็นำมาอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ การกำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้เพื่อการวิจัย

มิติที่สาม **ร่วมดำเนินการ** เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการพัฒนา หรือเป็นขั้นตอนปฏิบัติการ ตามแผนการวิจัยที่ได้วางไว้ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ให้กับชุมชน โดยการสนับสนุนด้านเงินทุน วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน รวมทั้งการเข้าร่วมในการบริหารงาน การประสานขอความช่วยเหลือจากภายนอกในกรณีที่มีความจำเป็น

มิติที่สี่ **ร่วมรับผลประโยชน์** โดยประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดการแจกจ่ายผลประโยชน์จากกิจกรรมการวิจัยในชุมชนในพื้นฐานที่เท่าเทียม เสมอภาคกัน

มิติที่ห้า เป็นการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานวิจัย และผลของการพัฒนาจากการดำเนินการไปแล้วว่าสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ทันที และนำข้อผิดพลาดไปเป็นบทเรียนในการดำเนินการต่อไป การเปิดให้ประชาชนหรือชาวบ้านที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสเข้าร่วมกระบวนการวิจัยนั้น นับได้



ว่าเป็นคุณค่าโดยแท้ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบนี้ ซึ่งก่อให้เกิดรากฐานแห่งความยั่งยืนของการพัฒนา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมบุญ มีบุญ (2543) ได้ศึกษา การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของชุมชนชนเมืองทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและการศึกษา พบว่า ชาวบ้านในชุมชนชนเมืองมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในด้านสังคมได้แก่ ระดับความสัมพันธ์ของคนชุมชน ทั้งระดับครอบครัว เครือญาติ และระดับชุมชนเปลี่ยนไป มีการร่วมกิจกรรมทางอาชีพ ประเพณี พิธีกรรมลดลง สมาชิกในชุมชนร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนลดลง ส่งผลต่อระดับความสัมพันธ์ของชาวบ้านกลุ่มต่างๆลดลง การบริโภคเปลี่ยนจากการบริโภคเพื่อการยังชีพสู่การบริโภคตามกระแสบริโภคนิยม

ภิรมย์ จงคำอาจ (2545) ได้ศึกษาเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ โดยศึกษาชมรมผู้สูงอายุบ้านสบป่อง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยกลุ่มผู้นำและสมาชิกชมรม ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่รัฐ โดยมีกระบวนการวิจัย 4 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ 2) การวางแผน 3) การดำเนินการ และ 4) การสรุปบทเรียน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดกระบวนการคิด การทำงานอย่างมีระบบ และเกิดประสพการณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาชมรมต่อไป นอกจากนี้เห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีสักยภาพในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้บทบาทผู้สูงอายุเปลี่ยนไปจากผู้ที่ยอมรับความช่วยเหลือมาเป็นผู้กระทำ และเป็นการดึงศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชนอีกด้วย

นันทิยา หุตานวัตร และ ณรงค์ หุตานวัตร (2545) ได้ทำการศึกษา SWOT : การวางแผนกลยุทธ์ธุรกิจชุมชนพบว่า กระบวนการวิเคราะห์ SWOT เป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการสร้างกลยุทธ์สำหรับองค์กรธุรกิจชุมชน โดยพบคุณลักษณะ 7 ประการของกระบวนการวิเคราะห์ SWOT เป็นข้อบ่งชี้ถึงข้อสรุปดังกล่าวได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมทุกระดับ 2) กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทุกระดับ 3) การใช้เหตุผลเพื่อตัดสินใจกำหนดกลยุทธ์ 4) การใช้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ อย่างถูกต้องและก่อให้เกิดผลที่ดี 5) การกระตุ้นให้คิดและเปิดเผยประเด็นที่ซ่อนเร้น เพื่อความชัดเจนต่อการกำหนดกลยุทธ์ที่ถูกต้อง 6) การเป็นเจ้าของและพันธสัญญา 7) การปฏิบัติทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขปัญหาระงควั่นที่เป็นจุดอ่อน

บงการ ชัยชาญ (2546) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนบ้านคง พบการมีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ ในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการรับ

ผลประโยชน์ ส่วนบ้านขุนงามเมือง ไม่พบการคิด คัดสินใจดำเนินกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบแต่การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมและร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งเหตุผลในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญและเป็นที่ยอมรับของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยมีปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมนี้ ที่สำคัญความตระหนักว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาของตนเองและชุมชน รวมทั้งปัจจัยทางด้านการสื่อสารของคนในชุมชนลักษณะทางสังคมที่เป็นวัฒนธรรมชนบท ประชาชนมีความผูกพันและให้ความสำคัญกับชุมชนและจะเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเสมอ

มะลิ วิมาโน (2547) ทำการวิจัยเรื่องการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการปฏิบัติงานเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จังหวัดสระบุรี ใน 4 สถานีอนามัย 4 หมู่บ้านมีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการประเมินผลศักยภาพเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลมีการประสานงานกับผู้นำชุมชนมากขึ้น ประชาชนให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน มีการจัดกลุ่มดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดพลังชุมชน และมีความเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายที่ได้นี้สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในพื้นที่เป้าหมายได้

ประภาส ปิ่นตบแต่ง และคณะ (2548) ได้ศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยภาคประชาสังคม พบว่า องค์กรประชาสังคมด้านสุขภาพและสมัชชาสุขภาพได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในลักษณะต่างๆ ให้ความสำคัญด้านการสร้างเครือข่ายนโยบายสาธารณะ ในลักษณะพันธมิตรเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนเป็นฐาน ก่อให้เกิดเป็นเครือข่ายความประเด็น เช่น เกษตร สิ่งแวดล้อม และแพทย์ทางเลือก เป็นต้น โดยมีบทบาทตั้งแต่การเชื่อมโยงต่อยอดกันเองหรือข้ามพื้นที่ เกิดเครือข่ายหรือพันธมิตรด้านสุขภาพะ เป็นกลไกเชื่อมต่อวาระหรือยุทธศาสตร์ของประชาสังคมในพื้นที่ โดยในบางพื้นที่มีลักษณะเป็นการติดตามตรวจสอบนโยบายให้การปรึกษาหาเชิงนโยบาย รวมทั้งมีหลายพื้นที่เช่นกันที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการสาธารณะในลักษณะของการคัดค้านนโยบาย

ทิพาพร พิมพิสุทธ์ (2549) กล่าวว่า กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเป็นกระบวนการทางสังคม ผู้คนในสังคมต้องมีส่วนร่วม มองเห็นปัญหา ขับเคลื่อนให้สังคมเห็นเป็นปัญหามหาชน เพื่อให้รัฐเข้ามาแก้ไขโดยกำหนดเป็นนโยบายที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้มีส่วนได้เสียอย่างแท้จริง กระบวนการดังกล่าวจะเกิดขึ้นในระบบการเมืองแบบเปิด รัฐไม่

ผูกขาดอำนาจข้าราชการ ต้องทำงานและอดทนในการรับรู้ความต้องการและความหลากหลายในความคิด ผู้เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์นโยบายและตัดสินใจบนฐานความรู้และปัญญาที่เปิดกว้าง เห็นความสำคัญของสิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรม ความเสมอภาคเท่าเทียมกัน แม้ผู้มีส่วนได้เสียเป็นชนกลุ่มน้อยต้องให้ความสำคัญและเอื้ออาทรต่อกลุ่มคนเหล่านั้น ไม่อ้างประโยชน์คนส่วนใหญ่บนภาระและความทุกข์ทรมานตลอดชีวิตของคนส่วนน้อย ดังนั้น การพัฒนาโยบายสาธารณะที่ดีจะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมทางการเมืองที่ทำให้เสรีภาพแก่ผู้คนในสังคมได้มีส่วนร่วมทางการเมือง มีกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมจากประชาชนที่มีความรู้และปัญญาเพื่อประโยชน์ของสังคมเป็นหลัก

วิริฐา อินทวงค์ (2549) ศึกษา การพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพของคนในชุมชน พบว่า การเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการต่างๆ อย่างมีส่วนร่วม สามารถนำไปสู่การสร้างสุขภาพชุมชนได้ตามความต้องการของชุมชน ได้แก่ การค้นหาปัญหาด้านสุขภาพ การวางแผนแก้ปัญหา การดำเนินการแก้ปัญหา และการประเมินผลซึ่งนำไปสู่การสร้างสุขภาพ เช่น การสำรวจภาวะสุขภาพของคนในชุมชน การจัดเข้าค่ายปลูกจิตสำนึกสร้างสุขภาพเพื่อการเรียนรู้และการเข้ามามีส่วนร่วม การเยี่ยมบ้านสมาชิกเครือข่าย การประชุมประชาคมร่วมกันกับองค์กรส่วนท้องถิ่นทุกเดือนและการดำเนินกิจกรรมการสร้างสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจนชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ การสร้างสุขภาพชุมชนต้องอาศัยกลไก ที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ชาวบ้าน ผู้นำชุมชนผู้นำองค์กรท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับงานสร้างสุขภาพรวมถึงเอกชน บุคคลดังกล่าวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทหน้าที่และการติดต่อประสานงานเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การเป็นชุมชนที่มีสุขภาพอนามัยที่ดี

ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2550) ได้ทำการศึกษา ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ : มิติทางกฎหมาย ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถูกกำหนดให้เป็นกรอบและแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศคือ เป็นกรอบกำหนดทิศทางระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพหรือสุขภาพอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไม่ถือเป็นกฎหมายตามแบบพิธีและไม่มีสภาพบังคับทางกฎหมาย แต่ก็มีได้หมายความว่าธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีแล้ว จะเป็นสิ่งที่ปราศจากความผูกพันใดๆ เนื่องจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้วางกลไกที่จะสร้างความผูกพันของหน่วยงานของรัฐไว้ ซึ่งจะทำให้เกิดผลผูกพันอย่างจริงจังต่อเมื่อเนื้อหาของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมีความเชื่อมโยงกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

เบญจมาศ นันทาวิราช (2551) ได้ทำการศึกษา กระบวนการพึ่งพาตนเองด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนบ้านแม่ฮักพัฒนา พบว่า กระบวนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชนแบบองค์รวมของชุมชนเป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของชุมชนในการดูแลรักษาอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติที่ยังคงมีอยู่ในชุมชน โดยมีแพทย์พื้นบ้าน และแพทย์แบบปัจจุบันเป็นทางเลือกในการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพของชุมชน ให้ชุมชนมีทางเลือก ซึ่งเป็นจุดแข็งของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนเองได้อย่างยั่งยืนปัจจัยที่เอื้อให้เกิดกระบวนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ การมีแพทย์พื้นบ้าน และความสัมพันธ์ในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกันมากแบบเครือญาติ จึงสามารถถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลรักษา เวลาเจ็บป่วยแต่ละอย่างได้ ซึ่งเป็นทางเลือกในการตัดสินใจของชุมชน ส่วนปัจจัยภายนอกได้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ผ่านสถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข และโรงพยาบาล ซึ่งเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งของชุมชนในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของคน

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่ากระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเหมืองหม้อซึ่งเป็นกรอบและแนวทางปฏิบัติที่ประชาชนในตำบล จะเกิดสุขภาพจะ ต้องมีการร่วมมือจากหลายภาคส่วน รวมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในตำบล โดยเริ่มจากการร่วมกันคิด ร่วมกันจัดหา ร่วมกันเรียนรู้หรือวิเคราะห์ เพื่อให้รู้และเข้าใจคน โดยใช้กระบวนการ คือการสำรวจข้อมูลปัญหาและศักยภาพของตำบล การวิเคราะห์สาเหตุ แนวทางแก้ไข แล้วกำหนดอนาคตและทิศทางการพัฒนาตนเอง ออกมาเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่จะแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการการพัฒนา ในลักษณะจากชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน ซึ่งจะเป็นการสร้างเสริมความเข้มแข็งและพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนของชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

