

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคประจำถิ่นที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ในช่วง 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2547 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 1,686.05 ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 1,883.36 ในปี พ.ศ. 2541 และลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2547 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 1,858.21 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มสำคัญ คือ เด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด (กรมควบคุมโรค, 2548 : 318) สำหรับ จังหวัดนราธิวาส ช่วงปี พ.ศ. 2543-2547 มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเป็นอันดับหนึ่งของโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. 2547 อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 7,054.40 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, ม.ป.ป.) โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มีเป้าหมายให้ลดอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่เกิน 6,000.00 ต่อประชากรแสนคน ปัจจุบันนโยบายการพัฒนาบริการสาธารณสุขของประเทศไทยได้เน้นการบริการเชิงรุก ในการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันโรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่ป้องกันได้ ดังนั้น เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข และลดอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าจะส่งเสริมการมีส่วนร่วมและกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนอย่างไร จึงจะทำให้สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงกว่าล้านคนทั่วประเทศ และมีอัตราตายร้อยละ 0.02 กลุ่มที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ เด็กเล็ก มีอัตราการป่วยประมาณ 1 ครั้ง/คน/ปี (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544 : 11) ในปี พ.ศ. 2547 พบผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงทั่วประเทศ จำนวน 1,161,877 ราย เสียชีวิต 93 ราย อัตราป่วยจำแนกตามรายภาคสูงสุดในภาคเหนือ คือ 2,078.55 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกอัตราป่วยตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 9,720.15 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค, 2548 : 318) โรคอุจจาระร่วงเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตของเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี จากการเกิดภาวะการขาดน้ำและเกลือแร่ในช่วงแรก และภาวะขาดสารอาหารหรือทุพโภชนาการในช่วงหลัง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยในเด็กเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540 : 18) สำหรับ อัตราตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2547 ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 0.37 (กรมควบคุมโรค, 2548 : 318)

จังหวัดนราธิวาส เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูง ในปี พ.ศ. 2547 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงทั้งหมดจำนวน 12,740 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,809.80 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มสำคัญของโรคนี้คือเด็กเล็ก โดยมีอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, ม.ป.ป.) และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของจังหวัดนราธิวาส ย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2547 พบว่า อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 11,714.70, 10,067.40, 8,508.80, 8,209.40 และ 7,054.40 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, ม.ป.ป.) และเมื่อพิจารณาการป่วยออกตามสถานที่ ในปี พ.ศ. 2547 พบว่า โรคกระจายไปทุกอำเภอ โดยอำเภอสุโหงโกลก มีอัตราป่วยเป็นลำดับที่ 4 จาก 13 อำเภอในจังหวัดนราธิวาส (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, ม.ป.ป. : 47)

อำเภอสุโหงโกลก เป็นอำเภอชายแดนที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ มีการเคลื่อนย้ายของประชากรในการจ้างงานไปมาระหว่างประเทศไทยกับประเทศมาเลเซีย มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูง ในปี พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงทั้งหมด จำนวน 1,927 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2,875.10 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มสำคัญของโรคนี้ คือ เด็กเล็ก พบผู้ป่วยในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี สูงสุด จำนวน 814 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 12,772.60 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุโหงโกลก, ม.ป.ป.) และเมื่อพิจารณาอัตราป่วยรายตำบลเปรียบเทียบย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2547 พบว่าโรคกระจายไปทุกตำบล โดยตำบลปุโยะมีอัตราป่วยต่อประชากรสูงในลำดับที่หนึ่งในหลาย ๆ ปี ดังข้อมูลในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2543-2547 อำเภอสุโหงโกลก จังหวัดนราธิวาส

ตำบล	2543		2544		2545		2546		2547	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
สุโหงโกลก	1,208	3,090.80	1,654	4,104.00	1,599	3,920.30	1,443	3,515.90	1,207	3,102.90
ป่าเสม็ด	312	2,264.80	436	3,056.90	460	3,088.90	522	3,349.60	448	2,737.40
มูโนะ	65	2,104.10	167	2,084.90	193	2,379.80	206	2,480.70	136	2,201.40
ปุโยะ	95	3,862.20	188	3,600.20	215	4,027.00	189	3,487.10	136	2,436.80
รวม	1,880	2,859.30	2,445	3,606.40	2,467	3,568.70	2,360	3,354.70	1,927	2,875.10

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุโหงโกลก

ตำบลปุโยะ เป็น 1 ใน 4 ตำบลของอำเภอสุโหงโกลก คำว่า ปุโยะเป็นภาษามลายู แปลว่า หม้อ แต่ความหมายของตำบลปุโยะ หมายถึง ปลาชนิดหนึ่ง มีลักษณะคล้ายปลาช่อนมีลายจุดดำตลอดทั้งตัว ในภาษาไทย เรียกว่า ปลาช่อนงูเห่า ซึ่งปลาชนิดนี้มีพบจำนวนมากในตำบลปุโยะ

จึงนำเอาชื่อปลานี้มาตั้งเป็นชื่อตำบล (สภากาชาดธรรมด้าบลปูโยะ, 2548 : 1) มีประชากรจากการสำรวจ ณ วันที่ 30 กันยายน 2548 จำนวน 4,842 คน จากครัวเรือน 953 หลังคาเรือน แยกเป็นผู้ชาย 2,421 คน และผู้หญิง 2,421 คน (สถานีอนามัยตำบลปูโยะ, 2548) ประชาชนส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม ขนบธรรมเนียมประเพณีมุสลิม ได้แก่ การถือศีลอด งานทำบุญวันฮารีรายอ งานพิธีเข้าสู่นัด งานเมาลิด งานกวนอาซุรอ อาชีพส่วนใหญ่ทำทางการเกษตรเพื่อยังชีพ ได้แก่ ทำสวนยางพารา ปลูกผักและผลไม้ยืนต้น ทำไร่ และปศุสัตว์ (องค์การบริหารส่วนตำบลปูโยะ, 2547)

การประเมินผลแผนงานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2542) พบว่า ปัญหาอุปสรรคประการหนึ่ง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรค โดยเฉพาะการเลือกบริโภคอาหารที่สุก และสะอาด ซึ่งมักพบผู้ป่วยในกลุ่มด้อยโอกาสที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี และอยู่ในสภาพสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น อยู่ในที่ชุมชนแออัด ชุมชนก่อสร้าง และในกลุ่มเด็กเล็กที่เลี้ยงดูโดยผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะไม่ให้ความใส่ใจในการระวังป้องกันโรคเท่าที่ควร ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ และทัศนคติที่ดีแต่ไม่ค่อยปฏิบัติ เนื่องจากคิดว่าการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเป็นเรื่องธรรมดา ไม่อันตราย กิจกรรมที่มุ่งรณรงค์ในเรื่องนี้ จึงจำเป็นต้องอาศัยการปฏิบัติงานอย่างมีเทคนิควิชาการ และมีการติดตามที่ต่อเนื่องเป็นรูปธรรมชัดเจน ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544 : 16)

จากการดำเนินงานป้องกันโรคอุจจาระร่วงของอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดนราธิวาส พบว่าเป็นการวางแผน และดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การเน้นให้สุศึกษาแก่มารดา/ผู้ดูแลเด็ก เรื่องการเลือกซื้ออาหาร และการปรุงอาหารให้ถูกหลักสุขภาพ การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกหลักสุขอนามัยตามจำนวนที่ตั้งเป้าหมายไว้ การเฝ้าระวังรถเร่ขายอาหาร การจัดตั้งและการใช้ ORT corner ในสถานบริการสาธารณสุข โดยกิจกรรมเหล่านั้นเป็นกิจกรรมที่ริเริ่ม และดำเนินงานโดยหน่วยงานราชการเป็นสำคัญ ถึงแม้ว่ากิจกรรมดังกล่าวจะดำเนินการมาหลายปี แต่ก็ไม่สามารถทำให้อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลดลงมากนัก

ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแผนกลยุทธ์การป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพอย่างมีจิตสำนึก และมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อ มีระบบเครือข่ายการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดต่อที่เข้มแข็ง เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อเน้นให้ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่นมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ในการพัฒนาสุขภาพสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย เพื่อป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546 : 4) มาตรการที่สำคัญในการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วงในส่วนของประชาชน คือ การทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสาเหตุวิธีป้องกันโรค ตลอดจนการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้ร่วมคิด ตัดสินใจวางแผน ดำเนินการแก้ไข และประเมินผลด้วยตนเอง และการเสริมสร้างปัญญาจากกระบวนการเรียนรู้ในบริบทของชุมชน โดยการเรียนรู้และ

การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การเรียนรู้เพื่อให้สามารถปฏิบัติให้เกิดประโยชน์และปฏิบัติได้อย่างชำนาญ รวมถึงต้องเรียนรู้เพื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมก็ก่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วย (ปารีชาติ วัลย์เสถียร และคณะ, 2543 : 8) จึงเป็นการแก้ปัญหาของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน ส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน จากแนวทางดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน กรณีศึกษาตำบลบุโยะ อำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส อย่างไร ทำให้สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี : กรณีศึกษาตำบลบุโยะ อำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจ และเชื่อมโยงไปสู่กรอบแนวคิดในการวิจัยในการศึกษา ดังนี้

1. นิยามและความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง
2. พฤติกรรมการป้องกันโรค
3. การมีส่วนร่วม
4. การเรียนรู้
5. ชุมชน
6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. นิยาม และความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วง (Diarrhea) ตามคำนิยามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือด อย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540 : 5)

1.1 การจำแนกกลุ่มของอุจจาระร่วง ดังนี้ คือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540 : 5-9)

1.1.1 ตามระยะเวลาการแสดงอาการของโรคอุจจาระร่วง อาจแบ่งได้ดังนี้ คือ

1.1.1.1 อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) : มีอาการแสดงหลายชั่วโมง หรือหลายวัน แต่มักหายภายใน 7 วัน

1.1.1.2 อุจจาระร่วงยืดเยื้อ (Persistent diarrhea) : มีอาการเริ่มต้นแบบอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งมักเกิดจากการติดเชื้อ แต่เป็นอยู่นาน มีอาการแสดงนานเกิน 2 สัปดาห์

1.1.1.3 อุจจาระร่วงเรื้อรัง (Chronic diarrhea) : มีอาการแสดงนานเกิน 3 สัปดาห์ และอุจจาระร่วงเรื้อรังยังเป็นคำที่ใช้สำหรับอุจจาระร่วงที่มีสาเหตุจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย

1.1.2 ตามสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง เกิดจากการติดเชื้อต่าง ๆ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส โปรโตซัว และปรสิตหนอนพยาธิ

1.1.3 ตามพยาธิสภาพของการเกิดโรค เชื้อต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของโรคก่อให้เกิดโรคได้โดยเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อจะปนเปื้อนมากับอาหารและน้ำ ก่อพยาธิสภาพเป็น 2 แบบ คือ

1.1.3.1 พวกปล่อยสารพิษหรือสร้าง Toxin ที่ก่อให้เกิดการรบกวนการดูดซึมของ Sodium ion (Na^+) และเพิ่มการขับถ่ายของ Sodium ion และ Chloride ion (Na^+, Cl^-) ออกมาในโพรงลำไส้ กล่าวคือ สารที่แบคทีเรียสร้างขึ้นจะไปเป็นตัวกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงทางเคมีภายในเซลล์ผนังลำไส้ ทำให้เกิดการหลั่งของอิเลคโตรไลต์และน้ำ เข้ามาในโพรงลำไส้จำนวนมาก จนเกิดการถ่ายบ่อยเป็นน้ำ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการขาดน้ำและเกลือแร่

1.1.3.2 ก่อให้เกิดปฏิกิริยา Inflammation ซึ่งจำแนกย่อยได้ 2 แบบ คือ

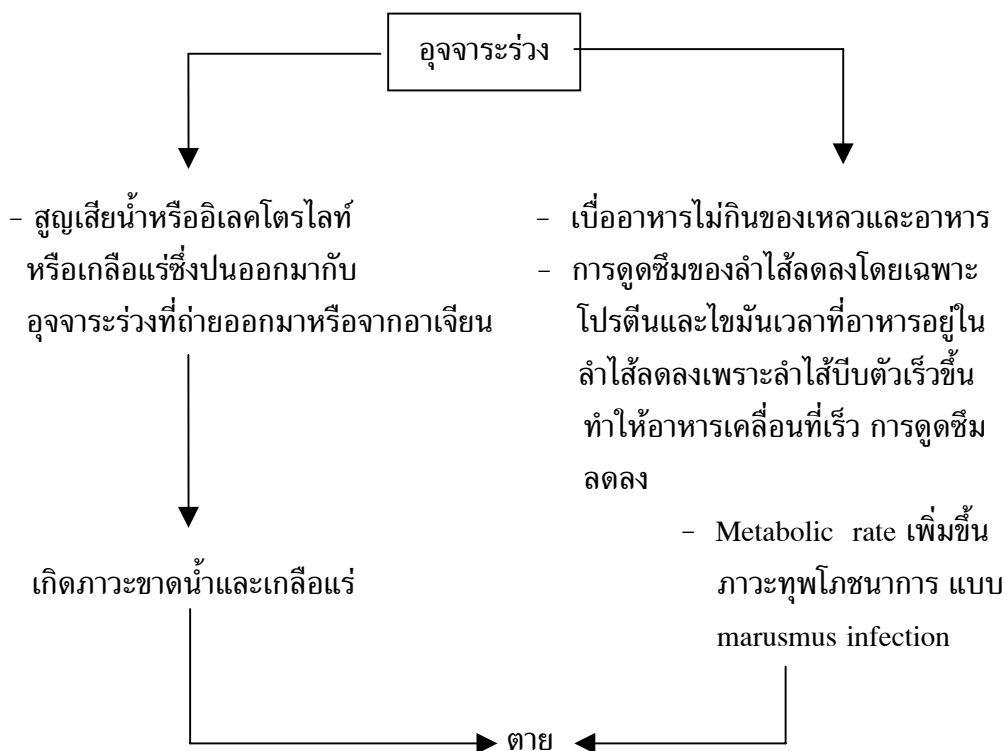
ก. Non-Invasive diarrhea ทำให้ Neuromuscular reflex เพิ่มขึ้น ผลคือทำให้ลำไส้บีบตัวทำงานเร็วขึ้น จะมีการหลั่งสารน้ำเข้ามาในโพรงลำไส้และ Content ในลำไส้จึงเคลื่อนที่ผ่านไปอย่างรวดเร็ว หรือทำให้เซลล์ของ Villi ลอกตัวหลุดเร็วกว่าปกติ ดังนั้น เซลล์ที่เหลือนจึงเป็น Young cell ผลคือคุณสมบัติในการดูดซึมนลดลงและยังจะหลั่งสารน้ำเกลือแร่อิเลคโตรไลต์เข้าสู่โพรงลำไส้ได้ด้วย

ข. Invasive diarrhea มีการทำลายเยื่อบุลำไส้ทำให้เกิดการอักเสบและการทำลายเซลล์ เกิดเป็นแผล (Ulceration) พร้อมกับเม็ดเลือดขาวมาอยู่บริเวณ เยื่อบุลำไส้ชั้นลึก ๆ เข้าไป การหลุดลอกของเซลล์จะทำให้เกิดแผลเป็นหย่อม ๆ เชื้อโรคมักก่อให้เกิดพยาธิสภาพบริเวณส่วนปลายลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่หรือส่วนใดส่วนหนึ่ง ดังนั้น ลักษณะอุจจาระจึงเป็นไปได้หลายลักษณะตั้งแต่เป็นน้ำเหลวเป็นมูก มูกปนเลือดจนถึงเป็นหนอง

1.2 อันตรายนจากโรคอุจจาระร่วง

เมื่อป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ผลกระทบของโรคอุจจาระร่วงที่สำคัญ คือ การเกิดภาวะขาดน้ำ และเกลือแร่ในช่วงแรก และภาวะขาดสารอาหารหรือทุพโภชนาการในช่วงหลัง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กเป็นอันตรายถึงเสียชีวิตได้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540 : 18) ดังภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1 ผลกระทบของโรคอุจจาระร่วงที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต



ที่มา : วันดี วราวิทย์, 2534 อ้างถึงใน กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540 : 18

1.3 อาการขาดน้ำที่สำคัญ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540 : 20) ได้แก่

1.3.1 ทรายน้ำ : เป็นอาการของการขาดน้ำในเด็กเล็กซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่า ทรายน้ำ ควรทดลองให้ดื่มน้ำดู จะทราบได้ว่าทรายน้ำหรือไม่

1.3.2 น้ำหนักลด : เมื่อผู้ป่วยเสียน้ำและขาดน้ำ น้ำหนักตัวจะลดลงในรายที่ภาวะ การขาดน้ำรุนแรงน้ำหนักจะลดลงไป 10 % ของน้ำหนักปกติ อาจเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หรือ 2-3 วันก็ได้

1.3.3 เบ้าตาลึก : ถ้าผู้ป่วยขาดน้ำ บริเวณดวงตาจะดูแห้งและบุ๋มลง และตาก็จะดู ลึกลง ทั้งนี้ไม่ควรสับสนกับเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ

1.3.4 ปากแห้ง : ในเด็กที่ขาดน้ำ ปากและลิ้นจะแห้งเนื่องจากน้ำลายมีน้อยลง

1.3.5 สูญเสียความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Skin turgor) : ในเด็กที่อยู่ในภาวะขาดน้ำ ผิวหนังเด็กจะแห้งและสูญเสีย ความยืดหยุ่น ถ้าลองดึงผิวหนังที่หน้าท้อง ดึงแล้วปล่อยจะตั้งค้างอยู่ ชั่วขณะนานเกิน 2 วินาที ก่อนจะราบกลับเข้าที่เดิม

1.3.6 หายใจเร็วขึ้นเหมือนหอบ : เด็กที่ขาดน้ำมากมักจะหายใจเร็ว 40-60 ครั้งต่อนาที การหายใจจะลึกและแรงกว่าปกติ ระวังอย่าสับสนกับเด็กที่เป็นปอดบวมซึ่งจะหายใจ เร็วและตื้นมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที

1.3.7 ปัสสาวะน้อย : ปกติเด็กจะถ่ายปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมง ในเด็กที่มีอาการขาดน้ำ จะมีปัสสาวะน้อยลง เพราะร่างกายพยายามเก็บน้ำไว้ ซึ่งถือเป็นอาการสำคัญที่บ่งบอกว่าเด็กขาดน้ำรุนแรงหรือไม่

1.3.8 ซีพจรเต้นเบา : ภาวะขาดน้ำทำให้ซีพจรเด็กเต้นเร็วและเบาลง เมื่อเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ซีพจรจะเบาจนคลำที่ข้อมือไม่ได้ อาจต้องคลำที่ขาหนีบหรือฟังเสียงหัวใจ

1.3.9 กระจกมองบวม : เป็นลักษณะเฉพาะที่ปรากฏให้เห็นในผู้ป่วยเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี กระจกมองเป็นส่วนนุ่มที่อยู่ระหว่างกระดูกกะโหลกศีรษะส่วนบนสุด แรกคลอดจะกว้าง และจะเล็กลงเมื่ออายุ 2 ปี จนกระทั่งกระจกมองจะปิดเมื่ออายุ 18 เดือน ดังนั้น เมื่อเด็กมีภาวะขาดน้ำ น้ำหล่อเลี้ยงสมองลดลง ทำให้กระจกมองจมลงระหว่างกระดูกกะโหลกศีรษะ ในเด็กที่ขาดน้ำรุนแรงจะเห็นว่ากระจกมองจะบวมลงสามารถคลำขอบกระดูกของกะโหลกศีรษะได้รอบ ๆ ยกเว้นในรายของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการจะไม่ใช่อาการแสดงที่เป็นตัววินิจฉัยการขาดน้ำ

1.3.10 ซ็อค : ผู้ป่วยที่มีอาการขาดน้ำอย่างรุนแรงจะเกิดอาการซ็อค เด็กจะนอนซึม ผิวหนังซีดเย็น เมื่อเด็กซ็อคเป็นภาวะที่อันตรายมา ต้องรีบแก้ไขด้วยการให้สารน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำทันที

1.3.11 ไข้ : ไข้เป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ ในเด็กที่มีอาการขาดน้ำอาจมีไข้ได้ ให้คำนึงถึงปอดอักเสบร่วมด้วย

1.4 การรักษาโรคอุจจาระร่วง การรักษาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540 : 25) คือ

1.4.1 การรักษาที่บ้านเพื่อทดแทนสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ และป้องกันไม่ให้เกิดการขาดอาหาร โดยต้องเน้นให้ความสำคัญในเรื่องการรักษาโดยเร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่าปกติตั้งแต่ที่บ้าน ด้วยการให้สารน้ำทางปาก หรือของเหลวที่เตรียมขึ้นได้เองที่บ้าน ซึ่งแม่หรือผู้ดูแลเด็กต้องตระหนักโดยเร็วว่าเป็นโรค เมื่อลูกหรือสมาชิกในครอบครัวป่วย ไม่ควรให้เกิดอาการขาดน้ำ เพราะอาการขาดน้ำจะปรากฏให้เห็นเมื่อมีภาวะขาดน้ำมากแล้ว

1.4.2 การรักษาในสถานบริการ เมื่อรักษาพยาบาลที่บ้านแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำต้องรีบพาไปพบแพทย์โดยเร็ว หากปล่อยให้ผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ชั้นรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการช็อค และเสียชีวิตได้

1.5 สารละลายน้ำตาลเกลือแร่

สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (Oral rehydration salt - ORS) คือ สารละลายที่มีค่าความเข้มข้นของเกลือแร่ที่พอเหมาะที่ร่างกายจะดูดซึมกลับเข้าไปได้ และปริมาณใกล้เคียงกับที่ร่างกายสูญเสียออกมา สารละลายที่ให้ทางปากมีหลายชนิด ปัจจุบันประเทศไทยใช้สูตรสารละลาย

น้ำตาลเกลือแร่ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เป็นมาตรฐานของประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540 : 26)

การรักษาภาวะขาดน้ำที่สูญเสียไปกับอุจจาระนั้น หากเป็นการรักษาด้วยสารน้ำทางปาก จะเน้นการแก้ไขภาวะขาดน้ำ ใน 4-6 ชั่วโมงแรก ด้วยสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ORS สูตร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้น้ำหนักเป็นเกณฑ์ ในกรณีที่ไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนักให้ใช้อายุเป็นเกณฑ์ คำนวณ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ORS ที่ให้ใน 4 ชั่วโมงแรก

อายุ	น้อยกว่า 4 เดือน	4-11 เดือน	12-33 เดือน	2-4 ปี	5-14 ปี	15 ปี ขึ้นไป
น้ำหนัก	น้อยกว่า 5 กก.	5 - 7.9 กก.	8 - 10.9 กก.	11 - 15.9 กก.	16 - 29.9 กก.	30 กก.หรือ มากกว่า
มิลลิลิตร (ซีซี)	200-400	400 - 600	600 - 800	800 - 1,200	1,200 - 2,200	2,200 - 4,000

ที่มา : กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540 : 40

หากเป็นการเตรียมสารละลายน้ำตาลเกลือแร่เอง กระทรวงสาธารณสุข แนะนำสูตร สารละลายน้ำตาล+เกลือ ดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540 : 33)

น้ำ	750 มล.	= 1 ขวดกลม
น้ำตาล	ซูโครส 2 กรัม	= 2 ช้อนโต๊ะ
เกลือ	เกลือป่น 1.7 กรัม	= ครึ่งช้อนชา

1.6 การป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน

เนื่องจากโรคอุจจาระร่วงเป็นโรคติดต่อทางอาหาร และน้ำ จึงจำเป็นต้องกำหนด มาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคไว้ เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน ดังนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546 : 16)

1.6.1 สร้างส้วม โดยแนะนำให้ประชาชนมีส้วมใช้ทุกหลังคาเรือน และถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยคำนึงถึงบริเวณที่จัดสร้างส้วมควรอยู่ห่างไกลจากแหล่งน้ำของชุมชน หากจำเป็นต้องและถ่ายอุจจาระนอกส้วมให้ถ่ายในหลุมที่ขุดแล้วฝังหรือกลบ

1.6.2 ปรับปรุงน้ำดื่ม น้ำใช้ ให้เป็นน้ำที่สะอาดไม่มีเชื้อโรค และสารที่เป็นพิษปนเปื้อนอยู่

1.6.3 ปรับปรุงด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นในด้านความสะอาดของบ้านเรือน และรอบๆบ้าน การกำจัดขยะมูลฝอยโดยการเผาหรือฝัง ไม่ปล่อยให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน และหนู ซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อโรคได้ รวมทั้งการสร้างคอกสัตว์ให้พ้นใต้ถุนบ้านเรือน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อจากสัตว์มาสู่คน

1.6.4 ปรับปรุงด้านสุขาภิบาลอาหาร ประกอบด้วยสถานที่สำหรับการปรุงอาหาร เก็บถนอมอาหาร ควรสะอาดและถูกหลักอนามัย ปลอดภัยจากเชื้อโรค รวมทั้งภาชนะที่ใช้ใส่อาหาร หรือ วิธีการปรุงอาหารต้องสะอาด

1.6.5 ปรับปรุงพฤติกรรมอนามัย โดยเฉพาะการล้างมือด้วยสบู่ก่อนกินอาหาร และ หลังเข้าส้วมทุกครั้ง

1.7 คำแนะนำการป้องกันโรคอุจจาระร่วง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535 : 99)

1.7.1 ดื่มน้ำสะอาด หรือน้ำต้มเดือดแล้ว

1.7.2 กินอาหารที่ทำสุกใหม่ๆ ไม่มีแมลงวันตอม

1.7.3 ควรงดอาหารที่ดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบ ลู ก้อย ฯลฯ หรือถ้าจะกินผักสด จะต้องล้างให้สะอาดจริงๆ

1.7.4 อาหารที่เหลือ ถ้าจะเก็บไว้ต้องอุ่นเสียก่อน และเมื่อนำมากินใหม่ต้องอุ่นซ้ำ

1.7.5 จะต้องล้างจาน ชาม หม้อ ฯลฯ ให้สะอาดก่อนนำมาใส่อาหาร

1.7.6 ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนกินอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ

1.7.7 เศษอาหาร และขยะมูลฝอยควรฝัง หรือเผาทำลายเสียอย่าปล่อยให้เปื้อนที่ เพาะพันธุ์แมลงวัน

1.7.8 ถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

1.7.9 พบบุตรไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด ตั้งแต่อายุ 9-12 เดือน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเอาความหมายของโรคอุจจาระร่วงมากำหนดนิยามศัพท์ เฉพาะ และนำความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงมาใช้ออกแบบเครื่องมือในการวิจัยในการสร้าง แบบสอบถาม เพื่อประเมินผลด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ของกลุ่มตัวอย่าง

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นเรื่องที่กล่าวถึงกันมากในด้านสาธารณสุข และมีนักวิชาการ หลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า “พฤติกรรมการป้องกันโรค” ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2531 : 164) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม การป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และป้องกันไม่ให้เกิดโรค และการปฏิบัติเหล่านั้นสังเกตเห็นได้โดยตรง

ในขณะที่ พวงทอง ป้องภัย (2540 : 58) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม การป้องกันโรค คือ การประพฤติปฏิบัติของบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันไม่ให้เกิดโรค

ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การปลูกฝี การฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามระยะเวลาการระบาดของโรค ตลอดจนการไปตรวจกับแพทย์ และการไปพบทันตแพทย์เป็นประจำ

จากความหมายที่ได้กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล และการปฏิบัติเหล่านั้นสังเกตเห็นได้โดยตรง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรค มากำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ

3. การมีส่วนร่วม

3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนได้เสียในทุกขั้นตอนของการพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วมต้องเป็นไปในรูปที่ผู้รับการพัฒนา เข้ามามีส่วนกระทำให้เกิดการพัฒนา มิใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไป ทั้งนี้เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวร การมีส่วนร่วมของประชาชน มิใช่หมายความว่าเพียงการดึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรมตามที่ผู้นำท้องถิ่นคิดหรือจัดทำขึ้น เพราะแท้จริงแล้วในหมู่บ้านหรือชุมชนต่างๆ มีกิจกรรมและวิถีดำเนินงานของตนอยู่แล้ว ประชาชนมีศักยภาพที่จะพัฒนาหมู่บ้านของตนได้ แต่ผู้บริหารการพัฒนามักไม่สนใจสิ่งที่มีอยู่แล้ว โดยพยายามสร้างสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นมาเพื่อให้ได้ชื่อว่า เป็นความคิดหรือโครงการของตน (กระทรวงศึกษาธิการ, 2545 : 112)

ในขณะที่ ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2543 : 138) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนาโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้ง การรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน

สอดคล้องกับ นรินทร์ชัย พัฒนาพงศา (2547: 4) ได้ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วม คือ การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าร่วมในการตัดสินใจ หรือเคยเข้าร่วมด้วยเล็กน้อยได้เข้าด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างอิสระภาพ เสมอภาค มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้น และการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

จากความหมายของการมีส่วนร่วมที่นักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนหรือชุมชนสามารถเข้าไปมีส่วนในการตัดสินใจ ในการกำหนดนโยบาย พัฒนาท้องถิ่น อันเป็นกระบวนการขั้นต้นของการวางแผนในการพัฒนาท้องถิ่นที่เป็นที่อยู่อาศัยในการดำรงชีวิตของตน นอกจากนั้น หลังจากที่ได้กำหนดวัตถุประสงค์และแผนงานร่วมกัน และ

ปฏิบัติตามแผนงานของโครงการดังกล่าวร่วมกันแล้ว ยังมีส่วนในการควบคุมประเมินผลโครงการต่างๆ ของท้องถิ่น รวมทั้งมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ที่เกิดขึ้น

3.2 กระบวนการมีส่วนร่วม

ทวิตักดี นพเกษร (2545 : 35) กล่าวถึง กระบวนการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การมีส่วนร่วมที่เป็นอิสระ ทั้งความคิด การไตร่ตรอง การตัดสินใจ การปฏิบัติ การประเมิน และการร่วมรับประโยชน์ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา มิได้หมายถึงการให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาของรัฐตามที่รัฐกำหนด แต่หมายถึง การให้ประชาชน กลุ่ม ชุมชน ร่วมกันคิด และตัดสินใจกำหนดทิศทางการพัฒนาการดำรงชีวิตร่วมปฏิบัติตามแผนของกลุ่ม หรือของชุมชน และรับประโยชน์ร่วมกัน โดยรัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุน

ในขณะที่ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2543 : 143) ได้สรุปถึงกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน เป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้ร่วมกันเรียนรู้สภาพของชุมชน การดำเนินชีวิต ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำงาน และร่วมกันค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา

(2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยจะมีการรวมกลุ่มอภิปราย และแสดงความคิดเห็น เพื่อกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน และทรัพยากรที่ต้องใช้

(3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนา โดยสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ แรงงาน เงินทุนหรือเข้าร่วมบริหารงาน การใช้ทรัพยากร การประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

(4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งด้านวัตถุ และจิตใจ โดยอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของบุคคล และสังคม

(5) การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผลการพัฒนา เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้ทันที

นอกจากนี้ บัณฑร อ่อนดำ (2544 : 19-23) ได้กล่าวถึงการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการการพัฒนาที่มุ่งไปสู่การระดมความหลากหลายของมนุษย์ทุกส่วนในสังคม มาร่วมกันกำหนดแนวทางวิถีทางในการพัฒนาสังคม โดยการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ควรให้องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่รับข้อมูลข่าวสาร การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน กำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจ การปฏิบัติ การตรวจสอบ ติดตามประเมินผล การสรุปบทเรียน แก้ไขปรับปรุง และรวมทั้งขยายผล และเผยแพร่สู่สาธารณะ ซึ่งมีหลักปฏิบัติที่สำคัญ คือ

- (1) การจัดความสัมพันธ์ที่เสมอภาค เท่าเทียมกัน ระหว่างนักพัฒนา และชุมชน
- (2) การมีอิสระ ไม่ครอบงำ
- (3) การมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในสังคม

(4) การมีส่วนร่วมทุกกระบวนการทุกขั้นตอน

จากที่นักวิชาการหลายท่านที่กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมที่เป็นอิสระ มุ่งไปสู่การระดมความหลากหลายของมนุษย์ ทุกส่วนในสังคม ร่วมกันกำหนดแนวทางวิถีทางของตนตั้งแต่ ร่วมกันศึกษาชุมชน ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ร่วมคิด วิเคราะห์ วางแผนกำหนดเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงาน ดำเนินการ พัฒนา รับผิดชอบต่อความสำเร็จ ตรวจสอบ ติดตามประเมินผล สรุปบทเรียน แก้ไขปรับปรุง รวมทั้งขยายผล และเผยแพร่สู่สาธารณะ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำความหมายของกระบวนการมีส่วนร่วมมากำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ

3.3 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

บัณฑูร อ่อนดำ (2541 : 14) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของการพัฒนา 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุในชุมชน ตลอดจนกำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการจัดลำดับและความสำคัญของความต้องการ

ขั้นที่ 2 ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา โดยประชาชนมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย และวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่ใช้

ขั้นที่ 3 ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วมบริหารงานประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

ขั้นที่ 4 ขั้นมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้จากการพัฒนาหรือยอมรับผลประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ

ขั้นที่ 5 ขั้นการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าร่วมประเมินว่าการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด

จากขั้นตอนมีส่วนร่วมของการพัฒนา สรุปได้ว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของการพัฒนา มี 5 ขั้น คือ ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุในชุมชน ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ขั้นมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา และขั้นการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำขั้นตอนมีส่วนร่วมของการพัฒนา ในขั้นที่ 1,2,3 และขั้นที่ 5 มาใช้กำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัย และใช้ออกแบบเครื่องมือในการวิจัย

3.4 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

เจมส์ แอล เครตัน (James L Kretan, 2544 : 7-10) กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ทำให้มีการเพิ่มคุณภาพในการตัดสินใจ ลดค่าใช้จ่าย และการสูญเสียเวลา

การสร้างฉันทามติ การเพิ่มความง่ายในการปฏิบัติ การหลีกเลี่ยงในการเผชิญหน้า การดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือ และความชอบธรรม การคาดคะเนความหวังกังวลของประชาชน และค่านิยมของสาธารณชน และการพัฒนาความเชี่ยวชาญ และความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชน

ในขณะที่ นรินทร์ชัย พัฒนาพงศา (2547: 27-28) ได้กล่าวถึงข้อดีของการมีส่วนร่วมว่า ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ งานที่ยากบางอย่างสำเร็จขึ้นมาได้ บุคคลคิดช่วยตนเอง ความช่วยเหลือตรงกับที่ต้องการ ประหยัดทรัพยากร รู้สึกเป็นเจ้าของ เพิ่มทางเลือกที่ดีเพื่อการตัดสินใจ เกิดการสร้างฉันทามติ ชุมชนเข้มแข็ง/สังคมเข้มแข็ง และการดำเนินงานของชุมชนหรือสังคมนั้นโปร่งใส

จากที่นักวิชาการกล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการเพิ่มคุณภาพในการตัดสินใจที่เกิดจากการสร้างฉันทามติ อีกทั้งยังสามารถประหยัดทรัพยากรในการลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และส่งเสริมให้เกิดการพึ่งตนเองทำให้ชุมชน/สังคมเข้มแข็ง

3.5 การส่งเสริมการมีส่วนร่วม

อรพินท์ ส孚โชคชัย (อ้างถึงในปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2543 : 146) กล่าวถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วม เป็นการพัฒนาวีธีการสื่อสารระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือการถูกกระตุ้นจากภายนอก การพัฒนาที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้ เมื่อมีการเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้เข้าร่วมในกระบวนการคิด และตัดสินใจอนาคต

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำความหมายของการส่งเสริมการมีส่วนร่วม มากำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ

ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2543 : 148) ได้ศึกษาถึงประเด็นในเรื่องการส่งเสริมการมีส่วนร่วมไว้ในหลายประเด็น ได้แก่ ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม เงื่อนไขของการมีส่วนร่วม เทคนิคที่กระตุ้นการมีส่วนร่วม

3.5.1 ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกระบวนการสร้างจิตสำนึก และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนตระหนักถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา และการให้อำนาจแก่ประชาชน ให้มีความสามารถเข้าไปเกี่ยวข้องกับโครงการพัฒนา โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่ยากจน หรือผู้ที่เสียเปรียบในชุมชน มีพื้นฐาน คือ กระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการกลุ่ม ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม เริ่มต้นจากการพัฒนาระดับปัจเจก เพื่อให้ชาวบ้านมีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การตัดสินใจแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นชาวบ้านจะรวมกลุ่มกัน เพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชนของตน และมีการเชื่อมโยงกลุ่มต่าง ๆ เป็นเครือข่าย เพื่อแก้ไขปัญหาในระดับท้องถิ่น ซึ่งทำให้มีพลังในการต่อรองมากยิ่งขึ้น ในทุกระดับของการพัฒนาองค์กรจะต้องมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้นำและเครือข่าย โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดทัศนศึกษาดูงาน การจัดฝึกอบรม การลงมือปฏิบัติ และการสรุปบทเรียนอย่างต่อเนื่อง (ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2543 : 149)

3.5.2 ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2543 : 152-153) ได้สรุปปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

3.5.2.1 ปัจจัยด้านกลไกของรัฐ โดยรัฐจะต้องคำนึงถึง การกำหนดนโยบาย จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมในท้องถิ่น การสนับสนุนกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง การสร้างช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน โดยระบบต่าง ๆ ของราชการต้องเอื้ออำนวย และเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และมีการติดตามประเมินผล และการให้สนับสนุนในภายหลัง

3.5.2.2 ปัจจัยด้านประชาชน โดยประชาชนในชุมชนจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีประสบการณ์ในการทำงานพัฒนา เป็นฝ่ายตัดสินใจ ริเริ่มกิจกรรม และรับผลประโยชน์ เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม หรือเป็นผู้นำท้องถิ่น มีการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานอื่น ได้รับการฝึกอบรม การศึกษาดูงาน และรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

3.5.2.3 ปัจจัยด้านนักพัฒนา โดยนักพัฒนาต้องศึกษาชุมชน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และได้เรียนรู้สภาพแวดล้อมในทุก ๆ ด้านในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาของกระบวนการมีส่วนร่วม ค้นหาผู้นำที่มีศักยภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่กระตุ้นให้ชาวบ้านแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในงานพัฒนา รวมกลุ่มชาวบ้านเพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหา เป็นผู้สนับสนุนด้านการศึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร วิทยาการใหม่ ๆ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความจริงใจ และมีความผูกพันกับท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนเชื่อถือและศรัทธา ดำเนินงานพัฒนาที่มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น

3.5.2.4 ปัจจัยจูงใจ โดยการได้รับผลประโยชน์จากการได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา โครงการพัฒนาตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

จากปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านกลไกของรัฐ ปัจจัยด้านประชาชน ปัจจัยด้านนักพัฒนา และปัจจัยจูงใจ

3.5.3 เงื่อนไขของการมีส่วนร่วม

ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2543 : 155-156) ได้สรุปเงื่อนไขที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา สามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ประเภท คือ

3.5.3.1 เงื่อนไขทางการเมือง การปกครอง สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ได้แก่ การกระจายอำนาจทางการเมืองออกไปในทุกๆระดับ และกระจายอำนาจการตัดสินใจให้ประชาชน สภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และกายภาพของชุมชน เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วม และสิทธิความเป็นพลเมือง

3.5.3.2 เงื่อนไขของโครงการพัฒนา ได้แก่ โครงการพัฒนาที่มีความสะดวกกับประชาชนที่จะมาเข้าร่วม มีการกระจายความรับผิดชอบ ชาวบ้านร่วมกันเป็นเจ้าของ มีการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำ และมีการเสริมด้านวิทยาการแก่สมาชิกกลุ่ม

3.5.3.3 เจื่อนใจของนักพัฒนา ได้แก่ ความตั้งใจ ความมุ่งมั่นในการทำงาน พัฒนา และความพร้อมทั้งกายและใจที่จะทำงานประชาชน การรับฟังปัญหา และการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับประชาชน ศึกษาชุมชนร่วมกับประชาชน การสนับสนุนด้านกำลังใจ เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา และการสนับสนุนด้านวิชาการและเทคโนโลยี

3.5.3.4 เจื่อนใจของผู้นำ ได้แก่ มีประวัติการทำงานเพื่อส่วนร่วม มีความจริงใจ และตั้งใจในการปรับปรุงสภาพของชุมชน ได้รับการยอมรับนับถือจากชาวบ้าน และสามารถในการกระตุ้นชาวบ้านให้เห็นถึงปัญหา

3.5.3.5 เจื่อนใจทางการบริหารจัดการ ได้แก่ การประสานการดำเนินงานกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคประชาชน ศักยภาพของชุมชนในการบริหารจัดการ และการมีกองทุน หรือทรัพย์สินที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันเป็นเจ้าของ

3.5.3.6 เจื่อนใจทางสังคม-จิตวิทยา ได้แก่ ความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกัน ความเดือดร้อน ความไม่พึงพอใจร่วมกัน การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่ม หรือชุมชนในทิศทางที่ปรารถนา การเห็นประโยชน์ในการเข้าร่วม การมีอิสรภาพและมีเวลาที่จะเข้าร่วม และแรงจูงใจจากความสำเร็จของกลุ่ม

จากเจื่อนใจของการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า เจื่อนใจที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา แบ่งได้เป็น 6 ประเภท คือ เจื่อนใจทางการเมือง การปกครอง สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เจื่อนใจของโครงการพัฒนา เจื่อนใจของนักพัฒนา เจื่อนใจของผู้นำ เจื่อนใจทางการบริหารจัดการ และเจื่อนใจทางสังคม-จิตวิทยา

3.5.4 เทคนิคที่กระตุ้นการมีส่วนร่วม

การให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในงานพัฒนาชุมชนนั้น นักพัฒนาจะต้องใช้เทคนิค วิธีการ ข้อมูลข่าวสาร และสื่อต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนได้มาเข้าร่วมร่วม นักพัฒนาจะต้องสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิคการกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 วิธีหลัก ๆ (ปารีชาติ วัลย์เสถียรและคณะ, 2543 : 161-162) คือ

3.5.4.1 เทคนิคทางจิตวิทยา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยการกระตุ้นและให้การศึกษาแบบไม่เป็นทางการ เช่น การจับเข้าคุย การถกเถียงปัญหา ฯลฯ การสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมพันธ์ เพื่อกระตุ้นให้ชาวบ้านรวมกลุ่มกันทำงาน และการสร้างความภูมิใจให้กับสมาชิก โดยผู้นำต้องให้ความสนใจต่อสมาชิกในกลุ่มเท่า ๆ กัน

3.5.4.2 เทคนิคการประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การใช้สื่อบุคคลในการติดต่อสื่อสารกันโดยตรง เช่น การประชุม การพบปะ การติดต่อผ่านผู้นำ ฯลฯ หรือการใช้สื่อมวลชน (Mass media) เช่น เสียงตามสาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม การใช้เทคนิคดังกล่าว จะต้องขึ้นอยู่กับสภาพทางกายภาพ และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน โดยข้อมูลที่นำเสนอ จะต้องมีความถูกต้อง และชัดเจน ในกลุ่มคนยากจนหรือผู้ด้อยโอกาส จะต้องกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม โดยการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น เงิน ข้าว วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

3.5.4.3 เทคนิคด้านการบริหาร ได้แก่ การศึกษาชุมชนก่อนการพัฒนาชุมชน การวางแผนการดำเนินกิจกรรมของชุมชนต้องอยู่บนพื้นฐานความต้องการของประชาชนในชุมชน การใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงาน การจัดโครงสร้างองค์กรที่เป็นอิสระจากการครอบงำจากภายนอก การพัฒนาผู้นำท้องถิ่นโดยการฝึกอบรม การจัดโครงข่ายข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทรัพยากร เงิน วัสดุ วิชาการ และเทคโนโลยี และพฤติกรรมของผู้นำต้องทำตัวเป็นกลาง มีความซื่อสัตย์สุจริต และมีความเสียสละ

จากเทคนิคที่กระตุ้นการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า เทคนิคการกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 วิธีหลัก ๆ คือ เทคนิคทางจิตวิทยา เทคนิคการประชาสัมพันธ์ และเทคนิคด้านการบริหาร

จากประเด็นในเรื่องการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ได้แก่ ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม เงื่อนไขของการมีส่วนร่วม เทคนิคที่กระตุ้นการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยนำปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมไปออกแบบเครื่องมือของการวิจัย และนำเทคนิคที่กระตุ้นการมีส่วนร่วม ได้แก่ เทคนิคทางจิตวิทยา เทคนิคการประชาสัมพันธ์ เทคนิคด้านการบริหาร ไปใช้ในการวิจัยภาคสนาม ร่วมกับรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

3.6 ปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการมีส่วนร่วม

ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2543 : 168-169) ได้สรุปปัญหาและอุปสรรคของการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ดังนี้

3.6.1 ปัญหาด้านนโยบายและองค์กรของรัฐซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 ระดับ คือ

3.6.1.1 ระดับนโยบาย โครงสร้างทางการบริหาร โครงสร้างทางสังคม พบว่านโยบายของรัฐไม่เอื้อต่อการพัฒนา อำนาจการตัดสินใจรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง ไม่ได้กระจายอำนาจให้แก่ประชาชน โครงสร้างอำนาจทางการเมือง การบริหาร และระบบเศรษฐกิจอยู่ในกลุ่มนายทุน

3.6.1.2 ระดับปฏิบัติ พบว่า เจ้าหน้าที่ไม่มีความเข้าใจ และไม่มีทักษะในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ไม่มีจิตวิทยาในการปฏิบัติงาน และไม่มีความเสียสละที่จะทำงานเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง ขาดการประชาสัมพันธ์ และให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง มีความล่าช้าในการปฏิบัติงานของข้าราชการ ขาดการประสานงานและระบบการติดตามประเมินผล

3.6.2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับประชาชนแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

3.6.2.1 กลุ่มผู้นำ พบว่า ผู้นำไม่มีความเข้มแข็งจึงทำให้ชาวบ้านขาดความเชื่อถือ และศรัทธา ผู้นำครอบงำความคิดเห็นของชาวบ้าน และการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนของผู้นำ

3.6.2.2 กลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า ประชาชนมีภาระด้านการประกอบอาชีพ ด้านครอบครัว และด้านสุขภาพร่างกาย ชาวบ้านขาดทุนทรัพย์ และวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน เกิดความขัดแย้งในด้านความคิดเห็น และผลประโยชน์ ทำให้ขาดความสามัคคี และเกิดการ

แบ่งพรรคแบ่งพวก มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ขาดการศึกษา ขาดความรู้ด้านวิทยาการต่าง ๆ ขาดความเชื่อมั่นและไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่สนใจ และไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม

3.6.2.3 กลุ่มการมีส่วนร่วมของสตรีในการพัฒนา พบว่า สตรีขาดความเชื่อมั่นในการเสนอโครงการ และไม่กล้าแสดงออก เพราะขาดโอกาส ขาดความรู้ และประสบการณ์ในงานพัฒนา ผู้เข้าร่วมประชุมชายไม่ยอมรับฟังความคิดเห็น และบทบาทของสตรีสตรีมีภารกิจทั้งในบ้านและนอกบ้าน

3.6.3 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมืองการปกครอง

3.6.3.1 ด้านการเมือง ได้แก่ ขาดการกระจายอำนาจ และระบบการเมืองถูกควบคุมโดยคนกลุ่มน้อย

3.6.3.2 ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ กระบวนการผลิตและปัจจัยการผลิตอยู่ภายใต้ระบบทุนนิยม กลไกของรัฐควบคุมระบบเศรษฐกิจอย่างเข้มงวด และขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร

3.6.3.3 ด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การแบ่งแยก เชื้อชาติ ภาษา เพศ และอายุ ความไม่รู้อันเกิดจากการไร้การศึกษา คนยากจนอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ของระบบอุปถัมภ์ การครอบงำของผู้นำและการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว

จากปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า ปัญหาและอุปสรรคของการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา คือ ปัญหาด้านนโยบายและองค์กรของรัฐ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับประชาชน และปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมืองการปกครอง

4. การเรียนรู้

4.1 ความหมายของการเรียนรู้

ถวิล ธาราโกชน และศรัณย์ ดำริสุข (2544 : 63) ให้ความหมายของการเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการกระทำ หรืออย่างน้อยที่สุดก็เป็นการเปลี่ยนแปลงศักยภาพ (Potential) เมื่อมีพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างแน่นอน และถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นไม่สามารถแสดงออกมาให้เห็นได้หรือไม่สามารถสรุปได้ว่าการเรียนรู้เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลจากการฝึกประสบการณ์ โดยการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของพฤติกรรมอันเนื่องมาจากฤทธิ์ยา (Drugs) ความเหนื่อย (Fatigue) ถูกบังคับ (Coercion) วุฒิภาวะ (Maturation) ภาวะที่เกิดจากความรูสึกนึกคิด (Senescence) และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรศาสตร์ต่างๆ ไม่ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงตามนิยามการเรียนรู้

สอดคล้องกับ จิราภา เต็งไตรรัตน์ (2542 : 123) ให้ความหมายของการเรียนรู้ (Learning) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวรซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์และการฝึกหัด พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงที่ไม่จัดว่าเกิดจากการเรียนรู้เนื่องจากเป็น

การเปลี่ยนแปลงเพียงชั่วคราวเท่านั้น เช่น ความเหน็ดเหนื่อย ผลจากการกินยา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เนื่องจากภาวะภูมิภาวะ ไม่นับว่าเกิดจากการเรียนรู้

ในขณะที่ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2531 : 216) ให้ความหมายของการเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการฝึกฝน พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนี้ ควรเป็นไปในลักษณะที่ค่อนข้างจะถาวร และจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้

จากความหมายการเรียนรู้ที่ได้กล่าวไว้ สรุปได้ว่า การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการกระทำ หรืออย่างน้อยที่สุดก็เป็นการเปลี่ยนแปลงศักยภาพที่ค่อนข้างถาวรซึ่งเป็นผลเนื่องจากประสบการณ์ และการฝึกหัด และจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงที่ไม่จัดว่าเกิดจากการเรียนรู้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเพียงชั่วคราวเท่านั้น เช่น ความเหน็ดเหนื่อย ผลจากการกินยา ภาวะภูมิภาวะ ถูกบังคับภาพที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรศาสตร์ต่าง ๆ

4.2 ธรรมชาติการเรียนรู้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2531 : 219-220) ได้กล่าวถึงธรรมชาติของการเรียนรู้ ดังนี้

4.2.1 การเรียนรู้เกิดขึ้นได้กับทุก ๆ คน และตลอดชีวิต บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งสิ้นชีวิต

4.2.2 ทุกคนสามารถเรียน และเรียนได้ แต่ทุกคนเรียนในสิ่งเดียวกันด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน บุคคลจะมีความแตกต่างกันในด้านสติปัญญา ความสนใจ ทักษะคิด ค่านิยม เป้าหมาย สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการเรียนรู้ วิธีการที่จะเรียนนั้นมีหลายวิธีทั้งนี้แล้วแต่จะเหมาะสมกับบุคคล

4.2.3 ประสบการณ์เดียวกัน อาจทำให้การเรียนรู้ของบุคคลแตกต่างกัน ซึ่งต้องอาศัยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ อย่างเพื่อให้เหมาะสมกับความแตกต่างของผู้เรียน

4.2.4 อัตราเร็วของการเรียนแต่ละคนไม่เหมือนกัน สืบเนื่องจากความแตกต่างกันระหว่างบุคคล ดังนั้น เวลาที่ใช้ในการเรียนของบางคนอาจจะเร็วหรือช้ากว่าอีกบางคน

4.2.5 คุณลักษณะและทักษะของบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ เช่น บุคลิกลักษณะ ค่านิยม ความกลัว ทักษะ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เรียนรู้ได้

จากธรรมชาติการเรียนรู้ดังที่ได้กล่าวมา สรุปได้ว่า การเรียนรู้เกิดขึ้นได้กับทุก ๆ คน และตลอดชีวิต แต่การเรียนรู้ของคนนั้นมีความแตกต่างกันทั้งด้านสติปัญญา ความสนใจ ทักษะคิด ค่านิยม เป้าหมาย ประสบการณ์ อัตราเร็วของการเรียน คุณลักษณะและทักษะ จึงต้องอาศัยการจัดกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะสมกับความแตกต่างเหล่านั้น

4.3 ลักษณะการเรียนรู้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2531 : 220-223) ได้กล่าวถึง ลักษณะการเรียนรู้ ดังนี้

4.3.1 การเรียนรู้เป็นของแต่ละบุคคล การกระทำนี้เป็นผลของสมรรถภาพทางสติปัญญา ประสบการณ์ และทักษะ ที่ผู้เรียนมีอยู่ ไม่มีใครเรียนแทนกันได้

4.3.2 การเรียนเป็นสิ่งที่ต้องกระทำด้วยตนเอง

4.3.3 การเรียนเป็นสิ่งที่มีความมุ่งหมาย การเรียนจะเกิดขึ้นได้ก็จากการมีความมุ่งหมาย จุดมุ่งหมายนั้นจะมีอยู่เสมอไม่ว่าผู้เรียนจะสำนึกหรือไม่ก็ตาม โดยจุดมุ่งหมายอาจพิจารณาได้โดยตรงจากแรงจูงใจในหลายรูป เช่น ความต้องการ ความสนใจ ทศนคติ และอื่น ๆ นอกจากนี้ ยังมีแรงจูงใจที่เกิดจากภายนอกร่างกายมนุษย์เป็นเครื่องเสริมแรงเช่น การชมเชย การให้รางวัล เป็นต้น

4.3.4 การเรียนรู้มีแบบฉบับ การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ค่อย ๆ เกิดขึ้น หรือเรียกว่า กระบวนการพัฒนาซึ่งเป็นไปอย่างมีแบบฉบับ ประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นอาศัยความหมาย ความชำนาญ และความเข้าใจอันลึกซึ้งที่ได้เรียนรู้มาจากประสบการณ์เก่า

4.3.5 การเรียนรู้ คือ การริเริ่ม หมายถึง ต้องเกิดความเข้าใจในการแปลความหมาย ของสถานการณ์โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เก่า ๆ เป็นรากฐานมาประกอบขึ้นใหม่ และเลือก สมองตอบสนองสถานการณ์ได้ในแบบต่าง ๆ

4.3.6 การเรียนรู้เป็นหน่วยรวมของพฤติกรรม บุคคลจะตอบสนองภาวะการณ์ที่ ประสบทั้งหมดด้วยร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ คือ ตอบสนองร่วมกันทั้งหมด มิได้ตอบสนองสิ่งเร้า อันใดอันหนึ่งเพียงบางส่วนของร่างกายเท่านั้น

4.3.7 การเรียนรู้สามารถถ่ายทอด สิ่งที่ผู้เรียนได้เรียนไปแล้วสามารถนำไปถ่ายทอด ในการเรียนสิ่งใหม่ต่อไปได้ การถ่ายทอดการเรียนรู้จะเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติได้ยาก จะต้องมี แผนการ และการกระทำอยู่เสมอ

จากลักษณะการเรียนรู้ดังที่ได้กล่าวมาสรุปได้ว่า การเรียนรู้เป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล ต้องกระทำด้วยตนเอง มีความมุ่งหมาย มีพัฒนาการอย่างมีแบบแผนในการริเริ่มสิ่งใหม่โดยอาศัย ความรู้จากประสบการณ์เดิม เพื่อสนองตอบต่อสถานการณ์อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสามารถถ่ายทอดในการเรียนสิ่งใหม่โดยมีแบบแผนและการกระทำ

4.4 จุดมุ่งหมายของการเรียนรู้

ในด้านจัดการศึกษา ได้กล่าวถึงพฤติกรรมซึ่งคาดว่าจะให้ผู้เรียนได้เกิดพฤติกรรม ขึ้นหลังจากจัดการศึกษาซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการตั้งจุดมุ่งหมายทางการศึกษา การจัดโอกาส กิจกรรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการประเมินผลพฤติกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย พฤติกรรม 3 ประเภท คือ พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย พฤติกรรมด้านจิตพิสัย และพฤติกรรมด้าน ทักษะพิสัย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2531 : 156)

ในการอธิบายถึงพฤติกรรมด้านความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ ได้ใช้ แนวความคิดความหมายของพฤติกรรมทางการศึกษาของบลูม (Bloom) และแครธวอล บลูม และมาเซีย (Krathwohl, Bloom and Macia) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2531 : 156)

4.4.1 พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain)

เป็นการเรียนรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด ซึ่งเกี่ยวกับความสามารถ ทางสติปัญญา เช่น ความจำ ความคิด การเลือกวิธีแก้ปัญหา การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ การคิด

รูปแบบ การตัดสินค้าของสิ่งต่าง ๆ เป็นต้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในส่วนของสมอง ซึ่งสามารถจำแนกขั้นตอนการเรียนรู้ได้เป็น 6 ขั้นตอน (เอมอร์ จังศิริพรพรรณ, 2546 : 145-146) ดังนี้

4.4.1.1 ความรู้ความจำ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจดจำ หรือระลึกถึงสิ่งของเรื่องราว กระบวนการหรือหลักการต่าง ๆ ตามเนื้อหาที่ได้เรียนหรือได้มีประสบการณ์ไปแล้ว

4.4.1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความหมาย ตีความหมาย หรือขยายความ ข่าวนสาร แนวคิดในรูปแบบอื่น สรุปความด้วยคำพูดตนเอง หรือสรุปแนวโน้มจากข่าวสารที่ได้

4.4.1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการเลือกใช้กฎหลักการ หรือกระบวนการที่เหมาะสม สำหรับแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ใหม่

4.4.1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะส่วนประกอบ ความสัมพันธ์ หรือหลักการ แยกออกจากกันเป็นส่วนประกอบย่อย ๆ จนเห็นลำดับชั้นของความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบย่อย ๆ อย่างชัดเจน

4.4.1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการจัดการรวมส่วนประกอบย่อย ๆ ข้อความ แผนงาน หรือหลักการ รวมเข้าด้วยกันเป็นรูปแบบโครงสร้าง หรือแนวคิดใหม่ที่มีความหมายหรือความสำคัญแบบที่ไม่เคยเป็นมาก่อน

4.4.1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของสิ่งของ กระบวนการ ผลผลิต หรือแนวคิด โดยใช้หลักการแห่งเหตุผลภายใน หรือพัฒนาเกณฑ์ มาตรฐานจากภายนอก

พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัยนี้ทางด้านสุขภาพ อาจเรียกให้สั้น ๆ เพื่อให้เข้าใจง่ายว่า พฤติกรรมด้านความรู้ ซึ่งจะหมายความรวมถึงทักษะความสามารถในการคิดและใช้ปัญญาทั้งหมดใน 6 ขั้นตอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2531 : 156)

จากพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัยหรือพฤติกรรมด้านความรู้ ที่ได้กล่าวมา สรุปได้ว่า พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัยหรือพฤติกรรมด้านความรู้ เป็นการเรียนรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด ซึ่งเกี่ยวกับความสามารถทางสติปัญญา ประกอบด้วยขั้นตอนการเรียนรู้ได้เป็น 6 ขั้นตอน คือ ความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย นำจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ของพฤติกรรมด้านความรู้ ในขั้นตอนการเรียนรู้ขั้นความรู้ความจำ และความเข้าใจ มากำหนดนิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

4.4.2 พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective domain) เป็นการเรียนรู้ด้านอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเกี่ยวกับค่านิยม คุณธรรม จริยธรรม เจตคติ โดยแบ่งระดับการเรียนรู้ด้านจิตพิสัยที่พัฒนาขึ้นในตัวบุคคลจากระดับต่ำจนถึงระดับสูงไว้ 5 ระดับ ซึ่งการเรียนรู้ในระดับสูงขึ้นไปจะต้องอาศัยพื้นฐานระดับการเรียนรู้ที่ต่ำกว่า (เอมอร์ จังศิริพรพรรณ, 2546 : 146) ดังต่อไปนี้

4.4.2.1 การรับรู้หรือการใส่ใจต่อสิ่งเร้า (Receiving or attending) คือ การที่บุคคลถูกกระตุ้นให้รับรู้ต่อสิ่งเร้าหรือปรากฏการณ์บางอย่างที่อยู่รอบตัวทำให้เกิดความตระหนักรู้ ความตั้งใจ ที่จะรับรู้และให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า นั้น ในทางพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้อธิบาย การรับรู้ของบุคคลในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคเขาจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อความเป็นโรค (2) โรคนั้นต้องมีความรุนแรงพอสมควร (3) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรค จะให้ผลดีต่อเขาในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อความเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคไม่ควร มีอุปสรรคที่เข้ามามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนของบุคคลเช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความอาย (Rosenstock, 1974 : 330) เบคเกอร์ และคณะ ได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker et al., 1977 : 345-355) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ในกรณีที่มีโรครุนแรงมาก หรือบุคคลขาดความเชื่อถือในตัวแพทย์ หรือวิธีการวินิจฉัยโรคของแพทย์ หรือการที่มีความเชื่อไม่ถูกต้อง เมื่อเป็นดังนี้จะทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป การคาดคะเนของผู้ป่วยถึงโอกาสการกลับเป็นโรคซ้ำ หรือเกิดอาการของโรคขึ้นมาอีก และความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยเป็นโรคอื่น ๆ เบคเกอร์ ได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคล

ข. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค หรือปัญหาความเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษา แม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พฤติกรรมเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยจะยังไม่เกิดขึ้น แต่เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยนั้น จะทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจว่าควรปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และรักษาสุขภาพหรือไม่

ค. การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefit) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำบุคคลไปสู่เป้าหมายของการร่วมมือในการรักษา โดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ เพราะเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถลดภาวะการเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้

ง. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ลักษณะทางอารมณ์ของบุคคล ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างๆกันในด้านสุขภาพ คือ บุคคลจะสนใจต่อสุขภาพตนเองและตั้งใจ ที่จะ

ปฏิบัติตามแผนการรักษาเมื่อบุคคลนั้นมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยง หรือความรุนแรงของโรค ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลร่วมมือในการรักษา หรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ

จ. ปัจจัยร่วม (Modifying factor) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นที่ช่วยส่งเสริม และมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของบุคคล ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษาของผู้ป่วย ปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสิ่งสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น ประสบการณ์แหล่งที่ให้คำแนะนำทางสุขภาพ

4.4.2.2 การตอบสนอง (Responding) เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าจนเกิดความสนใจอย่างเต็มที่ บุคคลจึงยินยอมหรือเต็มใจที่จะตอบสนองและสร้างความพึงพอใจจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น

4.4.2.3 การเห็นคุณค่า (Valuing) การที่บุคคลมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นมีคุณค่าสำหรับตนแสดงความชอบสิ่งนั้นมากกว่าสิ่งอื่นและสร้างความผูกพันที่จะอุทิศตนเพื่อค่านิยมนั้น

4.4.2.4 การจัดระบบค่านิยม (Organization) เมื่อบุคคลยอมรับ และเห็นคุณค่าของค่านิยมนั้นแล้ว บุคคลจะรวบรวมค่านิยมต่างๆ ที่สัมพันธ์กันให้อยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน อาจทำการเปรียบเทียบจัดลำดับความสำคัญของค่านิยม พร้อมทั้งกำหนดแนวทางของพฤติกรรมหรือการแสดงออก

4.4.2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยม (Characterization) การที่บุคคลนำระบบค่านิยมที่สร้างขึ้นมาสอดคล้องเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพและปรัชญาชีวิต ค่านิยมนั้นจึงเป็นแรงขับภายในที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงออกทางพฤติกรรมตามค่านิยมนั้น

ในด้านสุขภาพนั้นเพื่อให้เข้าถึงต่อความเข้าใจการเรียกพฤติกรรมด้านจิตพิสัยนี้ว่า เป็นพฤติกรรมด้านทัศนคติ ซึ่งจะหมายถึงความรวมถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ และจะบอกถึงแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม เชื่อว่าบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพย่อมมีแนวโน้มจะปฏิบัติได้ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2531 : 161)

จากพฤติกรรมด้านจิตพิสัยหรือพฤติกรรมด้านทัศนคติ ที่ได้กล่าวมา สรุปได้ว่า พฤติกรรมด้านจิตพิสัยหรือพฤติกรรมด้านทัศนคติ เป็นการเรียนรู้ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ได้แบ่งระดับการเรียนรู้ด้านจิตพิสัยที่พัฒนาขึ้นในตัวบุคคลจากระดับต่ำจนถึงระดับสูงไว้ 5 ระดับ คือ การรับรู้หรือการใส่ใจต่อสิ่งเร้า การตอบสนอง การเห็นคุณค่า การจัดระบบค่านิยม และการแสดงลักษณะตามค่านิยม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ของพฤติกรรมด้านทัศนคติ ในระดับการเรียนรู้ในขั้นการรับรู้ โดยนำในส่วนของ การรับรู้ของบุคคลในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค มากำหนดนิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

4.4.3 พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) หรือการปฏิบัติ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกายซึ่งรวมการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติได้ทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษาซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ เป็นส่วนประกอบ คือ ทางด้านความรู้และทัศนคติ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะสามารถประเมินได้ง่าย แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2531 : 161-162)

จากพฤติกรรมด้านทักษะพิสัยหรือการปฏิบัติ ที่ได้กล่าวมาสรุปได้ว่าพฤติกรรมด้านทักษะพิสัยหรือการปฏิบัติ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกายซึ่งรวมการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย นำจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ของพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ มากำหนดนิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

จากจุดมุ่งหมายทางการศึกษา ที่ได้กล่าวมา สรุปได้ว่า ผลจากการเรียนรู้มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย นำผลจากการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน โดยใช้คำว่า ด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ มาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ในการวัดผลของการเรียนรู้

4.5 กระบวนการเรียนรู้

พระธรรมปิฎก (2543 : 51-64) กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ในฐานะเป็นกระบวนการที่ทำงานใน 3 ระบบ คือ (1) เป็นระบบปัจจัยการของชีวิต 3 ด้าน คือ พฤติกรรม จิตใจ และปัญญา (2) เป็นระบบการสื่อสารสัมพันธ์กับโลกทางอินทรีย์ 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ (3) เป็นระบบสัมพันธ์ของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายในอันได้แก่ โยนิโส มนสิการ (การรู้จักมอง รู้จักคิด รู้จักพิจารณา คิดเป็น หรือคิดถูกต้องวิธี) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปรโตโฆสะ (เสียงจากผู้อื่น/สื่อข้างนอก) ที่ดี ที่เกื้อหนุน โดยเฉพาะกัลยาณมิตร คือ บุคคลหรือประสบการณ์ของบุคคลที่ดีมีปัญญา

ประเวศ วะสี (2542 : 56) กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ต้องเป็นการศึกษาที่ทรงพลัง อันได้แก่ การวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหา การวิเคราะห์ทางเลือก และการตัดสินใจเลือกที่ถูกต้อง

ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2543 : 176-177) ได้สรุปสาระสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ได้ 3 ประเด็น ดังนี้ คือ (1) ด้านการเรียนรู้ การเรียนรู้ควรมีลักษณะเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยมีการเรียนรู้เพื่อทำ การเรียนรู้เพื่อเป็น และการเรียนรู้เพื่ออยู่ร่วมกัน จากการเรียนรู้ดังกล่าวในความหมายทางการเรียนรู้ ผู้เรียนควรมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ เรียนรู้เพื่อตนเอง เรียนรู้เพื่อสิ่งนอกตัวที่สัมพันธ์กับตัวเอง ทั้งใกล้และไกล และเรียนรู้เพื่อปฏิสัมพันธ์กับสิ่งนอกตัว (2) ด้านการปฏิบัติ เมื่อมีการเรียนรู้แล้วเกิดความรู้แก่ผู้เรียนโดยนำความรู้มาสัมผัสกับปฏิบัติ ผ่านช่องทางต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นพิธีกรรม ประเพณี ค่านิยมตัวบุคคล วัฒนธรรมท้องถิ่น วิถีชีวิต

มีการเรียนรู้ และการปฏิบัติเป็นเนื้อเดียวกัน และมีกระบวนการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นที่มีมุมมองแตกต่างกันออกไป (3) การนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และค่อนข้างถาวรในเรื่องของความรู้ ทักษะ และทัศนคติ

ในขณะที่ ทวีศักดิ์ นพเกษร (2545 : 14) กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติ คือ กระบวนการที่คนกลุ่มหนึ่งร่วมกันแก้ไขปัญหาที่แท้จริง ที่เป็นปัญหาของสมาชิกในกลุ่มร่วมกัน แต่ยังไม่มีความรู้ใครคนใดรู้จริงในปัญหานั้นมาก่อน และค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ร่วมกันตามสภาพความเป็นจริงที่กลุ่มจะนำไปปฏิบัติได้จริง เมื่อนำไปปฏิบัติแล้วสังเกตผลที่เกิดขึ้น การตั้งคำถาม และการสะท้อนจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้ง ได้ทั้งข้อสรุปแนวคิดรวบยอด ทักษะ การเรียนรู้ และผลสำเร็จของการแก้ไขปัญหาที่ไปพร้อม ๆ กัน

จากกระบวนการเรียนรู้ที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวมาสรุปได้ว่า กระบวนการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำงานเป็นระบบผ่านทางกาย จิตใจ พฤติกรรม และเกิดปัญญาในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ วินิจฉัย และการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และค่อนข้างถาวรในเรื่อง ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอากระบวนการเรียนรู้ไปใช้ในการกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ

4.6 เทคนิค วิธีการ และกระบวนการในการเสริมสร้างการเรียนรู้

นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงเทคนิค วิธีการ และกระบวนการในการเสริมสร้างการเรียนรู้ให้แก่ชุมชนไว้หลากหลาย ดังนี้

4.6.1 เทคนิควิธีการจัดการเรียนรู้ที่จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย และระดับของงาน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2543 : 218-220) คือ

4.6.1.1 ระดับบุคคล มีเทคนิค วิธีการ คือ การสังเกต การบันทึกข้อความ การถ่ายภาพ การถ่ายวีดีโอ การนำเสนอต่อที่ประชุม การฝึกตอบ-ถาม โดยใช้เหตุผลมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ การค้นหาคำตอบหนังสือและจากการพูดคุย การฝึกเขียนเรียงเรียงทางวิชาการ

4.6.1.2 ระดับกลุ่ม มีเทคนิค วิธีการ คือ การประชุม การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การจัดนิทรรศการ การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

4.6.1.3 ระดับชุมชน มีเทคนิค วิธีการ คือ การรณรงค์ด้วยสื่อ และการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชน การฝึกงาน การจัดห้องสมุดและศูนย์ข้อมูล การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน การสัมมนา การสาธิต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดเวทีเพื่อการรณรงค์

4.6.1.4 ระดับเครือข่าย มีเทคนิค วิธีการ คือ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรม การประชุมสัมมนา การประสานกับหน่วยราชการ

4.6.1.5 การจัดการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ มีเทคนิค วิธีการ คือ การบอกเล่า การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การสาธิต การจัดทำทัศนศึกษา

4.6.2 เทคนิควิธีการจัดการเรียนรู้ที่จำแนกตามลักษณะการให้ความรู้ แบ่งเป็น 2 ประเภท (ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2543 : 220) คือ

4.6.2.1 การให้การศึกษาทางตรง ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน และไรรักษา การประชุม การสาธิต การจัดทัศนศึกษา

4.6.2.2 การให้การศึกษาทางอ้อม ได้แก่ การจัดนิทรรศการ การให้การศึกษา ผ่านผู้นำ การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ การจัดห้องสมุดชุมชน หรือศูนย์ข้อมูลหมู่บ้าน

4.6.3 เทคนิคการประชุมอย่างมีส่วนร่วม เป็นการใช้เวทีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น และประสบการณ์กับบุคคลอื่น โดยเรียนรู้ที่จะใช้เหตุผลของการตัดสินใจร่วมกัน มีขั้นตอน (ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2543 : 220-221) ดังนี้

4.6.3.1 การรวบรวมสถานการณ์ หรือสภาพปัญหาของชุมชน โดยวิธีการวาด แผนภูมิความคิด (Mind map) เป็นเครื่องมือให้คนคิดเป็นระบบอย่างเชื่อมโยงบูรณาการ ทำให้ เกิดการเห็นทั้งหมดนำไปสู่การแก้ปัญหาและการทำงานที่เชื่อมโยง เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (ทวีศักดิ์ นพเกษร, 2545 : 51) และเครื่องมือวิเคราะห์ปัญหา “ต้นไม้ปัญหา” เป็นการ วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาโดยวิเคราะห์จนถึงรากของปัญหา จากนั้นวิเคราะห์ผลกระทบของ ปัญหาที่เกิดขึ้น เครื่องมือนี้เหมือนต้นไม้ที่มีปัญหาเป็นแกนกลางเปรียบเหมือนลำต้น และมีราก เปรียบเหมือนสาเหตุของปัญหา ผลเปรียบเป็นผลกระทบ (บัณฑุร อ่อนดำ, 2544 : 19-23)

4.6.3.2 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาแนวทางแก้ไข โดยการ แสดงความคิดเห็น ด้วยการเขียน หรือการพูดคุย

4.6.3.3 การสรุปแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการ พัฒนาชุมชน

นรินทร์ชัย พัฒนาพงศา (2547: 82) ได้กล่าวถึง ประเภทของการประชุม ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมแตกต่างกัน และได้เสนอรูปแบบการประชุมต่างๆ โดยพิจารณาประกอบกับ ระดับเปอร์เซ็นต์โดยประมาณ ที่มักให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีส่วนร่วม ดังตาราง 3

ตาราง 3 การประชุมต่างๆ และเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์การมีส่วนร่วม (โดยประมาณ)

มีส่วนร่วมน้อยหรือไม่มี (0-20 %)	มีส่วนร่วมปานกลาง (21-40 %)	มีส่วนร่วมมาก (41-100 %)
- การประชุมสั่งงาน	- เสวนาสาธารณะ	- การระดมพลังสมอง
- แสดงบทบาทสมมติ	- การสาธิตวิธี	- การเสวนา/ไต่ถาม
- อภิปรายซิมโพเซียม	- การสาธิตผล	- การอภิปรายกลุ่มย่อย
- การบรรยาย	- ประชุมสัมมนา	- การแบ่งกลุ่มปรึกษา
- อภิปรายหมู่/คณะ	- การประชุมชี้แจงผลการ	- การประชุมเชิงปฏิบัติการ
- ประชุมใหญ่แนว	ศึกษา และการรับฟังความ	- การประชุมประชาคม
Conference	คิดเห็น	- การประชุมประชาพิจารณ์
- การประชุมชี้แจงผลการ		- เกมส์ต่างๆ
ศึกษาที่มักจัดกัน		

ที่มา : นรินทร์ชัย พัฒนาพงศา, 2547: 82

4.6.4 เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการกลุ่มที่สามารถพัฒนาเป็น 3 วิธีหลัก (ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2543 : 221) คือ

4.6.4.1 กระบวนการกลุ่ม เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ ต้องร่วมกัน คิด ร่วมกันทำ สร้างสรรค์ความรู้โดยกลุ่ม ทุกคนต้องเรียนรู้จากกลุ่มให้มากที่สุด ซึ่งอาจจัด กิจกรรมของกระบวนการกลุ่มเพื่อการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อาทิ บทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม เกม เป็นต้น

4.6.1.2 การเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ มีการจัดกลุ่มกันแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและแบ่งปันทรัพยากรการเรียนรู้รวมทั้งเป็นกำลังใจให้แก่กันและกัน และต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันที่ว่าความสำเร็จของแต่ละบุคคลก็คือ ความสำเร็จของกลุ่มก็คือ ความสำเร็จของทุกคน กิจกรรมของการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ อาทิ การเล่าเรื่องรอบวง มุมสนทนา คู่ตรวจสอบ การร่วมกันคิด เป็นต้น

4.6.1.3 การเรียนรู้แบบสร้างสรรค์ความรู้ เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ต้องแสวงหา ความรู้และสร้างความรู้ความเข้าใจด้วยตนเอง ความแข็งแกร่ง ความเจริญงอกงามในความรู้ที่จะ เกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนอื่น ๆ หรือได้พบสิ่งใหม่ ๆ แล้วนำความรู้มาเชื่อมโยงกับบริบทที่เกิดขึ้น

นรินทร์ชัย พัฒนาพงศา (2547: 95-96) กล่าวถึงหลักการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วม มักจะใช้กับผู้ที่เคยมีประสบการณ์กับสิ่งนั้น ๆ มาแล้ว มีหลักการสำคัญ 4 ประการ คือ

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การเรียนรู้โดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด และการให้เกิดความเข้าใจ และเกิดความคิดรวบยอด

4.6.5 การสร้างเวทีการเรียนรู้ของชุมชน ในรูปเครือข่ายการเรียนรู้โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างชาวบ้านด้วยกันเอง และระหว่างชาวบ้านกับนักวิชาการ การเก็บข้อมูล และการยกระดับข้อมูล และการเชื่อมประสานผู้นำในชุมชน (ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2543 : 222) สำหรับ อีรพงษ์ แก้วทวงษ์ (2543 : 123-124) ได้กล่าวถึงเวทีการเรียนรู้ของชุมชน ในรูปของประชาคม โดยมีองค์ประกอบอันเป็นพื้นฐานที่สำคัญ คือ มุ่งสู่เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดี มีการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายและยุทธศาสตร์ร่วมกัน ยอมรับในความหลากหลาย ทั้งกิจกรรม และองค์กร โดยสร้างความสัมพันธ์มีลักษณะเป็นแนวราบ องค์กรเครือข่ายมีความเป็นอิสระ มีความต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมระดมทรัพยากร ติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ เป็นเวทีแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน มีทรัพยากรอย่างเพียงพอเพื่อส่งเสริมประชาคม และองค์กรชุมชนให้เข้มแข็งพึ่งตนเองได้ ส่งเสริมทรัพยากรบุคคล ที่มีจิตสำนึกความเป็นพลเมืองให้เข้ามามีบทบาทเพื่อส่วนรวม ระบบข้อมูลข่าวสาร มีความเป็นสาธารณะเข้าถึงได้ง่าย และมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะเพื่อผลักดันให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม และเอื้อต่อการพัฒนาประชาคม องค์กรชุมชนเข้มแข็ง

4.6.6 เทคนิค AIC (Appreciation influence control)

เทคนิค AIC เป็นวิธีการที่รวมพลังปัญญา และพลังสร้างสรรค์ของแต่ละคน เข้ามาเป็นพลังในการพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอน 3 ขั้นตอน (อรพินท์ ส孚โชคชัย, อ้างถึงใน ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2543 : 92-93) ดังนี้

4.6.6.1 ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation หรือ A) เป็นขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็นรับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงข้อคิดเห็น แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านปัจจุบัน (A1) และ การกำหนดอนาคตของหมู่บ้านว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาในทิศทางใด (A2)

4.6.6.2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I) คือ ขั้นตอนการหาวิธีที่จะทำให้พัฒนาหมู่บ้านตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในช่วง (A2) และเป็นช่วงการหามาตรการหรือวิธีการในการพัฒนาและการค้นหาเหตุผลเพื่อจัดลำดับความสำคัญตามความเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ 1) การคิดโครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ 2) การจัดลำดับความสำคัญของโครงการ โดยแยกออกเป็น 3 ประเภท คือ กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเอง กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเองบางส่วน และขอความช่วยเหลือจากแหล่งทุนภายนอก และกิจกรรมหรือโครงการที่สามารถขอจากภาครัฐโดยผ่านตำบล

4.6.6.3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control หรือ C) คือ การนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินงาน ซึ่งจะรับผิดชอบต่อ

โครงการ หรือกิจกรรมขั้นตอนนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงได้แก่ การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ และการตกลงในรายละเอียดในการดำเนินงาน

ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543 : 183-184) กล่าวถึงการนำเอากระบวนการ AIC ไปใช้ในการพัฒนา พบว่า ทำให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ เข้ามา มีบทบาทร่วมคิด กำหนดแนวทางการพัฒนาและการจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการรวมพลังอย่างสร้างสรรค์ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทั้งกิจกรรมโครงการ ผลของการพัฒนา และความเป็นเจ้าของชุมชน ทำให้เกิดมีพลัง รู้ถึงศักยภาพในการพึ่งตนเอง องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน เรียนรู้ที่จะเข้าร่วมกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้อง สำหรับ ศักดิ์ชาย ลีขชา (2544 : 5) ได้กล่าวถึงผลดีของกระบวนการ AIC ที่เห็นได้ชัดเจน 2 ด้าน คือ ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในคน และการเรียนรู้เกิดขึ้นระหว่างประชุม เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์กับคนอื่น ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง รู้จักอดกลั้น ใช้หลักประนีประนอม ด้วยเหตุและผลจากการตัดสินใจร่วมกัน

4.6.7 วิทยากรกระบวนการ (Facilitator)

ทวีศักดิ์ นพเกษร (2545 : 19) กล่าวถึง วิทยากรกระบวนการว่า คือ คนกลางที่ช่วยจัด และดำเนินการพบปะ ประชุมอบรมให้เกิดความคิดที่เป็นระบบ มีอิสระทางความคิด และสามารถสื่อสารทำความเข้าใจกันอย่างตรงไปตรงมา ด้วยการใช้เทคนิค และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญ นอกจากนี้ วิทยากรกระบวนการ ยังช่วยสร้างเสริมบรรยากาศแห่งมิตรภาพ ความร่วมมือที่จริงใจ จริงจัง และขจัดอุปสรรคทางวัฒนธรรมที่ทำให้การคิด และการสื่อสารขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังช่วยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยน และสะท้อนประสบการณ์ หรือปัญหา รวมทั้งแนวทางแก้ไข ช่วยกระตุ้นสมาชิกกลุ่มรับฟังซึ่งกันและกัน ช่วยตั้งประเด็นให้กลุ่มคิดเป็นระบบ แลกเปลี่ยนประสบการณ์จนเข้าใจปัญหาที่แท้จริงอย่างถ่องแท้ ร่วมกันวางแผน และดำเนินงานตามแผนบนพื้นฐานประโยชน์ร่วมกัน อีกทั้งยังเปรียบเสมือนทั้งผู้จัดการ ผู้ประสานงาน ผู้สังเกต ผู้กระตุ้น ผู้สร้างบรรยากาศ ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการสื่อสาร แนวราบ เป็นผู้ร่วมเรียนรู้ไปกับสมาชิกในกลุ่ม และได้จัดการเรียนรู้ หรือการแก้ปัญหาด้วยตนเอง

ปกรณ์ สุวรรณประภา (2545 : 49-51,79) กล่าวถึง วิทยากรกระบวนการว่า เป็นการทำงานอีกระดับหนึ่งของความคิด เป็นการตั้งคำถามหลอมรวมความคิดของเวทีนำผู้เข้าร่วมประชุมไปสู่เป้าหมายที่คาดหวัง โดยควบคุมกระบวนการตั้งแต่เริ่มแรก เป็นผู้เฝ้าศักยภาพของมนุษย์ เป็นผู้ที่เข้าใจ และใช้ปรัชญาเพื่อพัฒนามนุษย์ให้สามารถคิด และลงมือทำตามความคิดของตัวเอง

ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์ และปาริชาติ สถาปิตานนท์ สโรบล (2545 : 53) กล่าวถึง วิทยากรกระบวนการว่า เป็นผู้ดำเนินการประชุมที่มีความสามารถในด้านกระบวนการจัดการสูง โดยผู้ดำเนินการประชุมจะทำตนเป็นเสมือนเพื่อน ครู หรือโค้ชให้กับผู้เข้าร่วมประชุม ที่ทำหน้าที่กำกับ ดูแล และสังเกตกระบวนการประชุมให้เป็นไปตามทิศทางที่เหมาะสม

จากที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงวิทยาการกระบวนการ สรุปได้ว่า วิทยาการกระบวนการ เป็นคนกลางที่ช่วยจัด และดำเนินการงานการพบปะ ประชุมอบรมให้เกิดความคิดที่เป็นระบบ มีอิสระทางความคิด และสามารถสื่อสารทำความเข้าใจกัน ด้วยการใช้เทคนิค และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญ เป็นผู้ร่วมเรียนรู้ไปกับสมาชิกในกลุ่ม และโค้ชการเรียนรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สังเกต ผู้กระตุ้น ผู้สร้างบรรยากาศ ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการสื่อสารแนวราบ เป็นผู้เค้นศักยภาพของมนุษย์ เป็นผู้ที่เข้าใจ และใช้ปรัชญาเพื่อพัฒนามนุษย์ให้สามารถคิด และลงมือทำตามความคิดของตัวเอง

4.6.8 การสนทนากลุ่ม (Focus group)

พิชิต พัทธกะเทพสมบัติ (2540 : 66-68) กล่าวถึงการสนทนากลุ่ม คือ การรวบรวมข้อมูลแบบการนั่งสนทนากันกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key informant) ในลักษณะการ “จับเข่าคุย” ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนี้ได้จากการคัดเลือกตามหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ผู้สนใจศึกษาได้กำหนดไว้ โดยถือหลักว่าผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้เป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ และเกี่ยวข้องในประเด็นที่นักวิจัยสนใจศึกษา และคาดว่าจะเป็กลุ่มบุคคลที่ให้เนื้อหาสาระในการศึกษาได้ละเอียด และดีที่สุด โดยมีจำนวนผู้เข้าสนทนากลุ่มประมาณ 6-10 คน

เจมส์ แอล เครตัน (James L Kretan, 2544 : 170-173) กล่าวถึงการสนทนากลุ่มว่า เป็นการจัดเวทีเพื่อให้สมาชิกของสาธารณชนสามารถแสดงความรู้สึกของเขา แสดงความคิดเห็น ที่จะช่วยในการระบุถึงปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ ระบุประเด็น และข้อมูลที่ต้องการ โดยการสนทนากลุ่มเป็นกลุ่มอภิปรายเล็ก ๆ ที่เลือกมาจากการสุ่มตัวอย่างเท่าที่จะทำได้ การสนทนากลุ่มจะดำเนินการโดยผู้ดำเนินการ ที่ได้รับการฝึกฝนมาซึ่งต้องดิงปฏิกิริยาสาธารณะต่อผลผลิต โดยปกติการสนทนากลุ่มหลาย ๆ กลุ่ม ก็จะได้รับจนกระทั่งผู้วิจัยมีความเชื่อมั่นว่าเขาได้ข้อมูลเพียงพอ

กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ (2546 : 144) กล่าวถึง กลุ่มสนทนาประเด็นเฉพาะ (Focus group) เป็นกลุ่มบุคคลประมาณ 7-10 ที่คัดเลือกมาเข้ากลุ่มโดยใช้หลักเกณฑ์ที่มีลักษณะประชากรศาสตร์ หรือลักษณะทางจิตวิทยา หรือลักษณะทางทัศนคติ หรือพฤติกรรมที่มีความใกล้เคียงกัน ให้เข้ามาร่วมอภิปรายถกเถียงกัน โดยมีการนำของผู้ทำหน้าที่ประสานงานกลุ่ม (Moderator) ที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะ และการอภิปราย ถกเถียงนั้นเป็นประเด็นที่กำหนดเป็นการเฉพาะขึ้นมา

จากที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงการสนทนากลุ่ม สรุปได้ว่า การสนทนากลุ่ม คือ การรวบรวมข้อมูลแบบการนั่งสนทนากันกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key informant) จำนวนผู้เข้าสนทนากลุ่มประมาณ 6-10 คน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลนี้ได้จากการคัดเลือกตามหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ผู้สนใจศึกษาได้กำหนดไว้ ได้แก่ หลักเกณฑ์ที่มีลักษณะประชากรศาสตร์ หรือลักษณะทางจิตวิทยา หรือลักษณะทางทัศนคติ หรือพฤติกรรมที่มีความใกล้เคียงกัน โดยถือหลักว่า ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้เป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ และเกี่ยวข้องในประเด็นที่นักวิจัยสนใจศึกษา เข้ามาร่วมอภิปราย แสดงความรู้สึก แสดงความคิดเห็นที่จะช่วยในการระบุถึงปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ ระบุประเด็น และข้อมูล

ต้องการ โดยมีการนำของผู้ทำหน้าที่ประธานงานกลุ่ม (Moderator) ที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเทคนิค วิธีการ ในการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ เทคนิคการประชุมอย่างมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เทคนิค AIC การสร้างเวทีการเรียนรู้ของชุมชน มาใช้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย และใช้ออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยภาคสนาม

5. ความหมายของชุมชน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของคำว่า ชุมชน หมายถึง หมู่ชน, กลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน

ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม (2540 : 161) ได้ให้ความหมายของคำว่า ชุมชน (Community) หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นปกติต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการอยู่ในพื้นที่ร่วมกัน หรือการมีอาชีพร่วมกัน หรือประกอบกิจกรรมซึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือการมีวัฒนธรรม ความเชื่อ หรือความสนใจร่วมกัน

สนธยา พลศรี (2545 : 22) ได้กล่าวถึงความหมายของชุมชนว่า หมายถึง กลุ่มทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามบรรทัดฐานทางสังคม มีความผูกพันและมีความเป็นปึกแผ่นมั่นคง

จากความหมายของชุมชนสรุปได้ว่า ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน ในอาณาบริเวณเดียวกัน มีความเป็นปึกแผ่นมั่นคง มีการติดต่อสื่อสารกัน มีวัฒนธรรม ความเชื่อ หรือความสนใจร่วมกัน มีการดำเนินกิจกรรม มีวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ร่วมกัน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำความหมายของชุมชนมากำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ

6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR)

6.1 แนวคิดและปรัชญา

ความเชื่อพื้นฐานของ PAR มีดังนี้ (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์, 2545 : 207)

(1) ปัจเจกทุกคน แม้ว่าจะอยู่ในสถานะของความด้อยโอกาสใดๆ ย่อมมีศักยภาพในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อเปลี่ยนแปลงสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าในสังคมด้วยตนเอง

(2) การสร้างและใช้ความรู้ต้องเป็นไปตามครรลองประชาธิปไตย ทั้งนี้ ความรู้ ความชำนาญ และทรัพยากรต่างๆ ในสังคมจะต้องมีการแบ่งปันอย่างเท่าเทียม เพื่อให้เกิดการกระจายและเกื้อหนุนโครงสร้างทางสังคมที่เป็นธรรม

(3) ความมุ่งมั่นร่วมใจอย่างแท้จริงจากทั้งคนในและนอกสังคมเป็นสิ่งจำเป็นที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง จะไม่มีนักวิจัยภายนอกที่ทำงานโดยลำพังกลุ่มเดียวเพื่อนำการเปลี่ยนแปลง แต่จะเป็นการร่วมมือร่วมใจบนพื้นฐานที่เท่าเทียม และยอมรับในผลที่เกิดขึ้นร่วมกัน

(4) การเปลี่ยนแปลงที่มุ่งหวังต้องเป็นไปอย่างสันติวิธี โดยมีดุลยภาพระหว่างสังคมและธรรมชาติ

เคมมิส และวิลคินสัน (Kemmis และ Wilkinson) ขยายรายละเอียดหลักการ และคุณลักษณะพื้นฐานของ PAR (1998 : 23-24, อ้างถึงใน ผ่องพรรณ ตริยมงคลกุล และสุภาพฉัตรภรณ์, 2545 : 207-208) รวม 6 ประการ ดังนี้

(1) PAR is a social process. กระบวนการวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการทางสังคม เพราะมีความเชื่อว่าการพัฒนาปัจเจกชนกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต้องเป็นไปอย่างสัมพันธ์กัน ไม่ว่าปัจเจกชนนั้น ๆ จะได้รับประโยชน์ส่วนตนมากหรือน้อย

(2) PAR is participatory. การวิจัยอาจเริ่มต้นหรือถูกจุดประกายโดยนักวิจัยภายนอก แต่กระบวนการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในกลุ่ม เป็นเจ้าของการวิจัยร่วมกัน ไม่ใช่เพียงฐานะผู้ให้ข้อมูลกับนักวิจัยภายนอก หรือในฐานะเฉพาะผู้ได้รับประโยชน์ แต่ถือว่าทุกคนร่วมกันวิจัยเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง ไม่ใช่วิจัยเรื่องของผู้อื่นกลุ่มอื่น ทุกคนมีส่วนร่วมพินิจพิเคราะห์ ศักยภาพ และคุณค่าในตน มีส่วนร่วมในการจัดการใช้ความรู้ ความคิดของตนเพื่อการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเรียนรู้ ที่จะสะท้อนความคิดวิพากษ์ตนเองในสิ่งที่ได้กระทำร่วมกัน ทั้งนี้ PAR ในอุดมคตินั้น สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่ตกลงใจที่จะทำการวิจัย การกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การตัดสินใจที่จะปฏิบัติการตามแผน และการพิเคราะห์ผลการปฏิบัติ

(3) PAR is practical. เป็นการวิจัยที่เน้นการปฏิบัติ โดยเฉพาะการปฏิบัติใด ๆ ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม โดยมุ่งทำความเข้าใจวิธีการ และผลการปฏิบัติที่เป็นอยู่ ศึกษาวิธีการที่จะปฏิบัติให้ดีขึ้น และเรียนรู้จากกระบวนการปฏิบัติ และผลที่เกิดขึ้น ความรู้ที่ได้จากการวิจัยจะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ

(4) PAR is emancipatory. เป็นกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างอิสรภาพ กล่าวคือ ปลุกจิตสำนึกเพื่อให้คนได้คลี่คลาย และเอาชนะปัญหาอุปสรรคอันเนื่องมาจากการถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคมที่มีโครงสร้างไม่เป็นธรรม ทำให้คนเรียนรู้ที่จะแบ่งปัน และร่วมสร้างสังคมที่เป็นธรรม และสงบสุขมากขึ้น

(5) PAR is critical. เน้นกระบวนการวิพากษ์สะท้อนตนเอง ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติ

(6) PAR is recursive. เกลียวนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะสะท้อนถึงวงจรของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะช่วยให้เรียนรู้ต่อไปอีก จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน

จากแนวคิดและปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ PAR ที่ได้กล่าวมา สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันอย่างมีอิสระจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย การวิจัยอาจเริ่มต้นหรือ ถูกจุดประกายจากนักวิจัยภายนอก นับตั้งแต่การระบุปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการตัดสินใจ การวางแผนปฏิบัติการและเลือกวิธีการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล การดำเนินการกิจกรรมที่โครงการวิจัยต้องดำเนินการ การติดตามผลจนถึงขั้นประเมินโครงการ โดยเป้าหมายสูงสุดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นั้น คือ การช่วยประชาชนให้มีเป้าหมายและสนับสนุนเป้าหมายในการพัฒนาการของตนเอง เน้นการวิพากษ์สะท้อนตนเองในทุกขั้นตอนการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย นำแนวคิดและปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ PAR มากำหนดแนวทางในการดำเนินงานวิจัย

6.2 ระเบียบวิธี

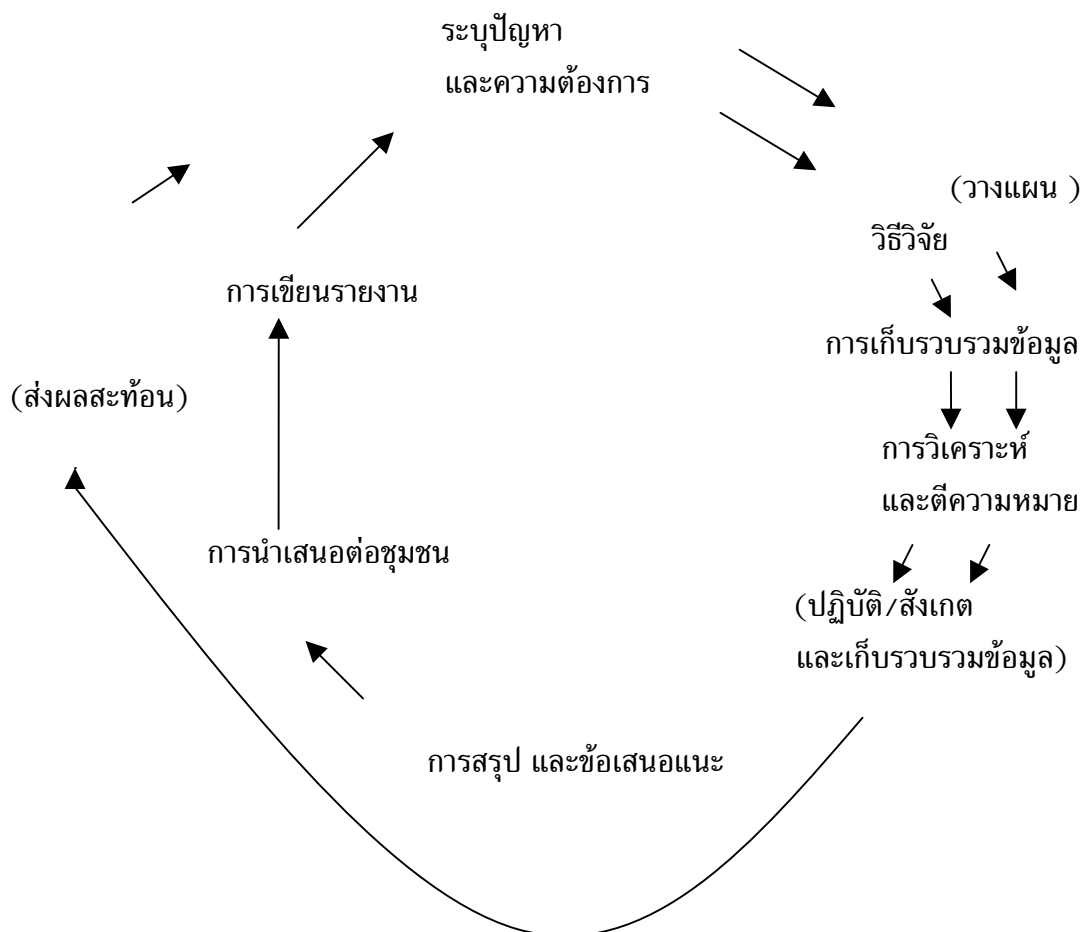
กมล สุตประเสริฐ (2540 : 12) กล่าวถึงระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ PAR นั้นมีกิจกรรมที่แตกต่างกัน 2 ชุด คือ กิจกรรมการวิจัยปฏิบัติการของผู้ประสานงานหรือ ผู้อำนวยการวิจัย และกิจกรรมการวิจัยปฏิบัติการของชุมชน

6.2.1 กิจกรรมการวิจัยปฏิบัติการของผู้ประสานงานนั้น คือ กิจกรรมการแสวงหาความรู้ของนักวิจัยปฏิบัติการตามโครงการ PAR แต่ละคนในชุมชนใดชุมชนหนึ่ง จุดมุ่งหมายที่สำคัญของนักวิจัย คือ การสร้างรูปแบบที่มีประสิทธิภาพเป็นไปตามหลักการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ และสามารถเผยแพร่แก่สังคมได้ รูปแบบของ PAR ที่มีประสิทธิผลนั้นจะต้องเป็นรูปแบบที่สามารถแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ้นเปลืองเงินทอง กำลังงาน และเวลาไม่มากนัก แต่ในเวลาเดียวกันก็ได้รับผลตอบแทนสูง

6.2.2 กิจกรรมการวิจัยปฏิบัติการของชุมชน คือ กิจกรรมที่เกิดจากความพยายามในการแก้ปัญหาชุมชนของนักวิจัยปฏิบัติการร่วมกับชุมชน นักวิจัยปฏิบัติการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหรือผู้อำนวยการวิจัย จะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยตั้งแต่แรกและค่อย ๆ ลดการช่วยเหลือลงและหวังว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้วประชาชนจะสามารถแก้ปัญหาของตนเองตามลำพังได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมิต้องได้รับความช่วยเหลือจากภายนอกอีก

โครงการวิจัยทั้งหมดของผู้ประสานงานวิจัย จะครอบคลุมรวมไปถึงกิจกรรมแบบวันต่อวันของชุมชนและกิจกรรมที่ชุมชนมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของ PAR โดยตรง ผู้ประสานงานเริ่มต้นด้วยการวิจัย และสิ้นสุดลงด้วยการเผยแพร่รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการดังวงจรของการวิจัย ในภาพประกอบ 2 จากกระบวนการของการวิจัยปฏิบัติการแบบ PAR นี้ กิจกรรมที่สัมพันธ์กับ PAR ของชุมชนจะถูกปลูกฝังให้กลายเป็นปฏิบัติที่เป็นประจำของชุมชน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของชุมชนเช่นนี้ เกิดจากกิจกรรมร่วมกันของผู้ประสานงานวิจัยปฏิบัติการและชุมชนโดยแท้

ภาพประกอบ 2 วงจรของการวิจัย



ที่มา : กมล สุตประเสริฐ, 2540 : 32

เมื่อวิเคราะห์วิธีการของ PAR จะเห็นว่าขั้นตอนการดำเนินการของ PAR นั้นควบคู่ไปกับกระบวนการพัฒนาชุมชน ในแต่ละขั้นของการพัฒนานั้น PAR สามารถให้บริการข้อมูลข่าวสาร โดยมีลำดับขั้นตอนของกระบวนการวิจัยปฏิบัติการซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกันกับโครงการพัฒนาชุมชน (กมล สุตประเสริฐ, 2540 : 12-15) ดังนี้

(1) เลือกชุมชนเป้าหมาย

การเลือกชุมชนเป้าหมายต้องจัดทำให้เป็นระบบเริ่มต้นด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนหรือหมู่บ้านต่างๆ ที่จะพิจารณาให้เข้าร่วมโครงการ ขั้นตอนไปกำหนดเกณฑ์สำหรับการคัดเลือกชุมชนเป้าหมาย การคัดเลือกชุมชนนี้ควรได้รับการยืนยันจากหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนและผู้ประสานงานหรือผู้อำนวยการวิจัยแล้วประชุมตัดสินใจเป็นขั้นสุดท้าย และเริ่มกระบวนการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

(2) สร้างบรรยากาศการยอมรับของชุมชน

การกระทำนี้เป็นการกระทำด้วยแนวคิดที่จะให้ผู้ประสานงานงานวิจัยเป็นที่ยอมรับของชุมชน และเป็นการสร้างบรรยากาศในการดำเนินงานการวิจัยปฏิบัติการในชุมชน เป้าหมายงานชิ้นนี้จึงเกี่ยวข้องกับการที่จะต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารท้องถิ่น หรือผู้นำชุมชนให้เข้าไปทำงานในชุมชนนั้น ๆ ได้เสียก่อน ทำให้ได้รับการยอมรับจากผู้นำท้องถิ่น ทั้งผู้นำที่คนนิยม และผู้นำที่เป็นที่เคารพนับถือของประชาชน และในที่สุดก็ทำให้ผู้ประสานงานนั้นเป็นเสมือนคนในชุมชนนั้นคนหนึ่ง

(3) ระบุปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่มีศักยภาพ

ชุมชนจะดำเนินการวิจัยในทันทีที่กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยชุมชนนั้นได้เริ่มดำเนินงาน จุดมุ่งหมาย คือ การศึกษาความจำเป็นหรือความต้องการของชุมชน ระบุปัญหาของชุมชน ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่มีศักยภาพ และหยิบเอาข้อจำกัดขัดข้องมาพิจารณา

(4) วางแผนเพื่อปฏิบัติ

ขั้นตอนนี้อธิบายถึงยุทธศาสตร์ และเทคนิคเพื่อช่วยเหลือให้คนเตรียมโครงการพัฒนาให้เป็น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการกำหนดจุดประสงค์ การใช้เวลาในการทำงาน ทรัพยากร กำลังคนที่จะใช้ และกิจกรรม รวมถึงทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงานตามแผน

(5) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

แผนปฏิบัติการทำให้บรรลุความเป็นจริงด้วยวิธีการวิจัยปฏิบัติการ หมายความว่าผู้ประสานงานวิจัยจะต้องระแวดระวังการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในส่วนหนึ่งส่วนใดของแผนปฏิบัติการ และจะเปลี่ยนแปลงแผนก็ต่อเมื่อจะเกิดผลสะท้อนที่หนักหน่วงตามมาเท่านั้น

ขั้นตอนนี้เป็น การอธิบายถึงวิธีที่จะช่วยให้คนสามารถดำเนินงานตามโครงการของตนได้ แผนปฏิบัติการต้องนำมาเผยแพร่ให้คนรู้ และกระตุ้นให้คนดำเนินงานตามแผน การจัดการด้านการเงินต้องทำด้วยความรับผิดชอบอย่างชัดเจนโปร่งใส การระดมทรัพยากร และการกำหนดงานต้องดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน

ผู้คนจะต้องได้รับการอบรมฝึกฝนในการติดตามประเมินผลเข้าร่วมในการจัดการ และการแก้ปัญหา ชุมชนจำเป็นต้องจัดการประชุมเป็นระยะ ๆ และจัดประเมินโครงการเพื่อศึกษาว่าสมควรจะปรับปรุงผลผลิตของโครงการอย่างไรบ้าง

(6) การประเมินผล/ผลสะท้อน/การส่งผลกลับ

ชุมชน และผู้ประสานงานวิจัยจะต้องทำบันทึกประจำวัน บันทึกการจัดการ และกิจกรรมสิ่งที่เกี่ยวข้องกับโครงการทั้งหมดไว้เป็นหลักฐาน และช่วยบันทึกความจำเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานแต่ละตอนของแผน ผู้ประสานงานต้องให้มีการประเมินผล แก้ไขให้เสร็จเรียบร้อย ถ้าจำเป็น เมื่อดำเนินการหมดทุกขั้นตอนแล้วก็จัดการประเมินรวมครั้งสุดท้าย การประเมินนี้จะอธิบายวิธีการที่เอื้ออำนวยต่อการประเมินความก้าวหน้าของโครงการ และผลสำเร็จ โดยคนที่ร่วมงานเอง งานนี้จะสำเร็จได้ด้วยการติดตาม และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ชุมชนสามารถใช้ปฏิทินการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจจัดทำเป็นรูปตาราง หรือจัดทำเป็นรูปกางปลา ให้เห็นขั้นตอนของ

การทำงานให้เป็นเครื่องมือในการติดตาม และประเมินผลงาน ชุมชนอาจจัดให้มีการประเมินผล การประชุม ประเมินกระบวนการ จัดบันทึกเอกสาร และประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนเอง และสามารถป้องกันผลที่ได้อีกกลับมาให้ผู้ประสานงาน และสามารถที่จะวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ได้อีกด้วย

(7) การหมุนเกลียว การวนรอบ และการทำให้เป็นระบบของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นเมื่อชุมชนเริ่มต้นลงมือจัดการแก้ปัญหาที่ยากอีกปัญหาหนึ่ง แต่ยังใช้ขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินงานโครงการของการวิจัยอยู่ ชุมชนเริ่มให้หลักการและเทคนิควิธีการที่เรียนรู้มาจาก PAR เอามาแก้ปัญหา ทุกครั้งที่ชุมชนวนมาใช้เทคนิค และความรู้ที่เรียนรู้มาจาก PAR ผู้ประสานงานต้องพยายามมอบความรับผิดชอบให้แก่ชุมชนมากขึ้น ครั้งแรกอาจมีสัดส่วน 75-25 ครั้งที่สองเป็น 50-50 และครั้งที่สามเป็น 25-75 ตามลำดับจนในที่สุดผู้ประสานงานก็ถอนตัวออกมา ปล่อยให้องค์กรชุมชนทำเองอย่างสมบูรณ์

(8) ขั้นเตรียมการถอนตัว และเผยแพร่ผลงาน

ขั้นตอนนี้อธิบายถึงยุทธศาสตร์ในการสร้างทักษะในการใช้ PAR ในชุมชน เพื่อเตรียมการถอนตัวของผู้ประสานงานวิจัยอย่างเป็นขั้นตอนก่อนที่ผู้ประสานงานวิจัยจะถอนตัวออกจากชุมชน จะต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่า PAR นั้นได้ถูกปลูกฝังเข้าไปเป็นกระบวนการแก้ปัญหาของชุมชนอย่างติดแน่น หมายความว่า ต้องมีการประเมินปัจจัยป้องกันของการศึกษา ซึ่ง จะช่วยให้ชุมชนสามารถแก้ปัญหาด้วยวิธีการ PAR ด้วยตนเองได้ จะต้องมีการประเมินความเข้มแข็งของ ชุมชน ประเมินว่ามีสายตาวไกลเพียงพอหรือไม่ ประเมินว่าโครงการมีความสมบูรณ์ การเงินมั่นคง ตัวบ่งชี้อย่างหนึ่งว่า PAR ฝังแน่นอยู่ในสายเลือดของชุมชนแล้วหรือไม่ ก็คือ การดูร่องรอยจากการใช้ PAR ในโครงการอื่น ๆ เมื่อสิ้นสุดโครงการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม รายงานการวิจัยปฏิบัติการจะต้องได้รับการพิมพ์เผยแพร่ และนำเสนอในการสัมมนา พร้อมทั้งนำเอารูปแบบของ PAR เสนอให้ผู้สนใจในการประยุกต์ใช้วิธีการนี้ การเผยแพร่ผลงานนี้จะกระทำต่อเมื่อรูปแบบการใช้ PAR ได้พิสูจน์อย่างชัดเจนแล้วว่า เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ และได้รับประสิทธิผล

ในขณะที่ ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์ (2545 : 208-211) กล่าวถึง เทคนิควิธีการวิจัยแบบ PAR ไม่มีกรอบที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องวิธีการ ใช้แนวทางของการวิจัยเชิงวิพากษ์ คือ ใช้แนวทางผสมผสาน (Electic) ทั้งนี้เน้นเทคนิควิธีที่เป็นหัวใจคือ การสะท้อนตนเอง และวิภาควิธี เลือกใช้เทคนิคในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ และการปฏิบัติร่วมกัน ทั้งนี้ต้องยอมรับความเสี่ยงหรือความผิดพลาดร่วมกันทั้งกลุ่มนักวิจัยภายนอก และสมาชิกของชุมชน หากมีความขัดแย้งใด ๆ ในทุกขั้นตอนของการศึกษาและการปฏิบัติ ก็ควรมีการเปิดใจพูดคุยคลี่คลายกันโดยตรงไปตรงมา งานวิจัยแนวทาง PAR มีคุณลักษณะเฉพาะบางประการ คือ

(1) คำถามวิจัยจากปัญหาจริง

ใน PAR จะไม่มีคำถามวิจัยที่ชัดเจนกำหนดไว้ก่อนโดยนักวิจัยภายนอก และไม่มีเป้าหมายที่จะทดสอบสมมติฐาน คำถามวิจัยจะมีจุดกำเนิดจากปัญหาในกลุ่มหรือชุมชน ดังนั้น กลุ่มจะร่วมกันกำหนดคำถามวิจัยที่จะนำไปสู่การศึกษา และการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา และคำถามวิจัยนี้อาจปรับเปลี่ยนได้อีกในระหว่างดำเนินการวิจัย

(2) การเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า (Triangulation)

เทคนิคสามเส้ามีจุดกำเนิดจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เพื่อเสริมความเที่ยงตรง และความน่าเชื่อถือของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ดังนี้ (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และ สุภาพ นิตราภรณ์, 2545 : 209)

2.1 ใช้กลุ่มนักวิจัยสหวิทยาการ (Multidisciplinary team) สมาชิกในกลุ่มนักวิจัยควรประกอบด้วยผู้ที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญต่างสาขา เพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหา และแนวทางการศึกษาได้ครอบคลุมทุกแง่มุม และลึกซึ้ง เป็นการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่มสหวิทยาการในการวิจัยเรื่องป่าชุมชน อาจประกอบด้วยทีมนักวิจัยภายนอก มีนักสิ่งแวดล้อมศึกษา และนักวิชาการทางวนศาสตร์ชุมชน ทีมนักวิจัยภายในชุมชน มีครูเกษตรในโรงเรียน ประชาชนชาวบ้าน และพระนักพัฒนา เป็นต้น

2.2 มีความหลากหลายของแหล่งข้อมูล (Diversity of sources of information) ใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งจากคน เหตุการณ์ และสถานที่ โดยเน้นข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลต่าง ๆ จะตรวจสอบ และยืนยันซึ่งกันและกัน เพื่อประกันความเชื่อถือได้

2.3 มีความหลากหลายของเทคนิคการเก็บข้อมูล (Diversity of information and techniques) ใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลหลายวิธีผสมผสานกัน เช่น การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสนทนากลุ่ม การเขียนแผนที่ และแผนผังชนิดต่าง ๆ ปฏิทินกิจกรรม การสังเกต การเล่าเรื่อง และกรณีศึกษา การใช้แบบสำรวจสั้น ๆ การใช้บันทึกข้อมูลทางสถิติ การเดินสำรวจชุมชน การศึกษาประวัติชุมชน การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น เทคนิคเหล่านี้อาจวางแผนร่วมกันไว้ก่อน หรือบางครั้งกลุ่มอาจคิดค้นในทันทีในสถานการณ์บางอย่างที่เหมาะสม

(3) การวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีการนำเสนอ

ในการวิจัยแบบ PAR การวิเคราะห์ข้อมูลมีความยืดหยุ่น ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ร่วมกันในพื้นที่และในทันที วิธีการวิเคราะห์ไม่จำกัดด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่ใช้ค่าสถิติบางอย่างเป็นบรรทัดฐาน เลือกใช้เทคนิคที่ไม่ซับซ้อนและคนในชุมชนสามารถเข้าใจได้ เช่น การจัดลำดับความสำคัญ (Ranking) การใช้แผนผังชนิดต่าง ๆ ด้วยสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่าย การเขียนลำดับเหตุการณ์ (Time line/historical profile) เป็นต้น ผลการวิเคราะห์ควรนำเสนอร่วมกัน โดยทันทีในแต่ละคราว การนำเสนอผลการวิจัยไม่จำกัดเพียงรายงานแบบเป็นทางการ อาจนำเสนอในลักษณะการเสวนาที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการติติง-วิพากษ์ สุดท้ายผลการวิจัยและความรู้ที่ได้จากการวิจัย และการปฏิบัติเป็นของทุกคน และได้รับการยอมรับร่วมกัน

(4) บทบาทของนักวิจัยภายนอก

ในการวิจัยแบบ PAR จะมีผู้เกี่ยวข้องอยู่สองกลุ่มที่ทำงานร่วมกัน คือ กลุ่มคนใน ซึ่งได้แก่ กลุ่มคนในชุมชนที่เผชิญสถานการณ์และปัญหานั้น ๆ โดยตรง และกลุ่มคนนอก หรือที่เรียกว่านักวิจัยภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทซับซ้อนมากกว่านักวิจัยโดยทั่วไป เพราะไม่ใช่เพียงดำเนินการเก็บข้อมูลตามที่กำหนดไว้แล้วจากไป แต่จะมีสถานภาพเป็นทั้งผู้มีส่วนร่วม (Participant) และ ผู้ประสานงาน (Facilitator) ในกิจกรรมทั้งปวง บางครั้งเรียกว่าเป็น “Catalytic agent” คือ ผู้กระตุ้นหรือตัวเร่ง ให้กิจกรรมดำเนินไปได้ดี นักวิจัยภายนอก จึงต้องมีคุณลักษณะเฉพาะตัว มีประสบการณ์การทำงานภาคสนาม มีทักษะทางมนุษยสัมพันธ์ และมีทัศนคติเชิงสร้างสรรค์ในการ ทำงานท่ามกลางความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ กิจกรรมต่าง ๆ ที่นักวิจัยต้องรับผิดชอบจึงมีความ หลากหลายผสมผสาน ทั้งงานของนักวิจัย และงานของนักพัฒนา ดังเช่น การรวมกลุ่ม ประสานงาน การประชุม และกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่ม การเตรียมข้อมูลเพื่อพิจารณาในกลุ่ม กระตุ้นกระบวนการ สะท้อนความคิด-วิพากษ์ตนเองอย่างต่อเนื่องโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมสังเกต บันทึกกระบวนการ และเหตุการณ์ เป็นที่ปรึกษา-วิทยากรให้กับกลุ่ม ฝึกหัดผู้ช่วยประสานงานคนอื่น ๆ สนับสนุนและ ให้กำลังใจ ในการทำงานของกลุ่ม เชื่อมโยงกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนจัดการกับความขัดแย้งและบรรลุ ข้อตกลงร่วมกัน กระตุ้นการวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลโดยกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ช่วยกลุ่มในการ คัดเลือก ผู้ประสานงานจากในกลุ่มเพื่อทำหน้าที่แทนนักวิจัยภายนอกที่ต้องถอนตัวในที่สุดเมื่องาน บรรลุผล ที่สำคัญที่สุด คือ นักวิจัยต้องควบคุมไม่ให้ความรู้สึกนึกคิด และค่านิยมของตนเองมี อิทธิพลต่อการคิด และการตัดสินใจของกลุ่ม ทุกอย่างเริ่มต้นจากกลุ่ม (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์, 2545 : 209-210)

นอกจากนี้ วรรณิการ์ สุขเกษม และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสิทธิ์ (2544 : 43-44) กล่าวถึง PAR เป็นระเบียบวิธีวิทยาการซึ่งเป็นทางเลือกของระบบผลิตความรู้ที่อยู่บนฐานของ บทบาทของคนในการกำหนดเนื้อหา กำหนดการมีส่วนร่วมในการเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูล และการ ควบคุมการใช้ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัย วิธีวิทยาการวิจัยที่จะนำมาใช้กับ PAR มีความหลากหลายทั้ง ในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ นอกจากนั้นเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของ PAR ผู้วิจัยอาจนำวิธีการ ต่าง ๆ ที่ใช้ในการสื่อสาร และในการเผยแพร่ความรู้มาใช้กับ PAR ได้อีกด้วย วิธีการที่นิยมใช้ในการ สื่อปฏิบัติของ PAR คือ ผ่านการพรรณนากรณีศึกษาจริง ๆ คำวิพากษ์ วิจารณ์ผลของการศึกษา ของ PAR ส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่การขาดรายละเอียดที่จะทำให้ผู้อ่านได้เข้าใจ และเรียนรู้กับวิธีที่จะนำ มาใช้ ด้วยเหตุนี้จุดเน้นของ PAR ในฐานะที่เป็นการศึกษาค้นคว้าที่เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับ ผู้ถูกศึกษา ระเบียบวิธีต่าง ๆ ในงานวิจัยตามแบบฉบับ (ดั้งเดิม) ซึ่งประกอบด้วยการออกแบบ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจึงมีความสำคัญน้อยกว่ากระบวนการที่เกิดขึ้นที่แสวงหา ความร่วมมือ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เสริมความเข้มแข็ง กระตุ้นเร้า เพิ่มศักดิ์ศรี และ พัฒนาความเป็นปึกแผ่นของชุมชน

วรรณิการ์ สุขเกษม และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสิทธิ์ (2544 : 44-45) ได้กล่าวว่า PAR เป็นระเบียบวิธีที่ต้องดำเนินการสองระดับ คือ ระดับเหตุผล และระดับจิตใจ ในระดับเหตุผล ระเบียบวิธีจะต้องสามารถปลดปล่อยความรู้ที่ถูกกดขี่ไว้ ซึ่งจะต้องมีการปลดปล่อยความคิด และ

การสนทนาต้องกระตุ้นสร้าง และพัฒนาศักยภาพเชิงวิเคราะห์ในระดับจิตใจ และอารมณ์ กระบวนการดังกล่าวสามารถปลดปล่อยความรู้สึกว่าสิ่งต่างๆ ที่ถูกเก็บงำไว้จนกลายเป็นกำแพง ปิดกั้นภายในของผู้เข้าร่วมโครงการถูกทำลายเพื่อปลดปล่อยพลังงานไปสู่การทำกิจกรรมร่วมกัน

สุภางศ์ จันทวานิช (2545 : 71) กล่าวถึงผู้มีส่วนร่วมใน PAR มี 3 ฝ่าย คือ ชาวบ้าน ซึ่งเป็นตัวแทนของชุมชน นักวิจัย ซึ่งเป็นตัวแทนของนักวิชาการที่สนใจเรื่องการพัฒนา และ นักพัฒนา ซึ่งเป็นตัวแทนของฝ่ายรัฐบาล หรือองค์กรพัฒนาเอกชน สองฝ่ายหลังนับรวมๆกัน เป็นฝ่ายคนนอก ส่วนชาวบ้านเป็นคนใน

จากระเบียบวิธีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ PAR ที่ได้กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้มีส่วนร่วมใน PAR ประกอบด้วย ผู้วิจัย นักพัฒนา และชาวบ้าน มีกิจกรรมที่แตกต่างกัน 2 ชุด คือ กิจกรรมการวิจัยปฏิบัติการของผู้วิจัยและกิจกรรม การวิจัยปฏิบัติการของชุมชน ซึ่งอยู่บนพื้นฐานบทบาทของกลุ่มในการกำหนดเนื้อหา กำหนดการมีส่วนร่วมในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล และการควบคุมการใช้ผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ใช้แนวทางที่ผสมผสาน มีความหลากหลาย ในการ จัดเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ การเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า (Triangulation) มีความหลากหลายของแหล่งข้อมูล โดยเน้นที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ที่ถูกศึกษา กระบวนการที่เกิดขึ้นที่แสวงหาความร่วมมือ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เสริมความเข้มแข็ง กระตุ้นเร้า เพิ่มศักดิ์ศรี และพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของชุมชน จึงมีความสำคัญมากกว่าระเบียบวิธีต่างๆ ในงานวิจัยตามแบบฉบับ (ดั้งเดิม) โดยมีลำดับขั้นตอนของกระบวนการวิจัยปฏิบัติการซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกันกับโครงการพัฒนาชุมชน คือ (1) เลือกชุมชนเป้าหมาย (2) สร้างบรรยากาศการยอมรับของชุมชน (3) ระบุปัญหาและการแก้ไขปัญหามีศักยภาพ (4) วางแผนเพื่อปฏิบัติ (5) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (6) การประเมินผล/ผลสะท้อน/การส่งผลกลับ (7) การหมุนเกลียว การวนรอบ และการทำให้เป็นระบบของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (8) ชื่นเตรียมการถอนตัว และเผยแพร่ผลงาน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้เป็นแบบแผนของการวิจัย ตั้งแต่กำหนดผู้ร่วมวิจัยใน PAR มี 3 ฝ่าย ได้แก่ นักวิจัย นักพัฒนา และประชาชนในชุมชน นำลำดับขั้นตอนของกระบวนการวิจัยปฏิบัติการซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับโครงการพัฒนาชุมชนไปกำหนดกรอบวิธีดำเนินการวิจัยภาคสนาม นำคุณลักษณะเฉพาะบางประการของ PAR ในส่วนของการเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า เพื่อเสริมความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ในประเด็นเรื่องความหลากหลายของเทคนิคการเก็บข้อมูล ได้แก่ การสังเกต แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การรวบรวมข้อมูลประวัติชุมชน การเขียนแผนที่และแผนผังชนิดต่างๆ ปฏิทินกิจกรรม เป็นต้น มาใช้ออกแบบเครื่องมือในการวิจัยภาคสนาม

6.3 ความเที่ยงตรงของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แอนเดอร์สัน (Anderson) และคณะ (อ้างถึงในผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพฉัตรภรณ์, 2545 : 211-212) ได้ให้ความสำคัญต่อการกำหนดเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงการวิจัยโดยเห็นว่าการวิจัย

เชิงปฏิบัติการมีเอกลักษณ์เฉพาะ จึงควรมีเกณฑ์ที่อาจแตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐานงานวิจัยอื่น ๆ ความเที่ยงตรงของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการจำแนกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

6.3.1 ความเที่ยงตรงเชิงประชาธิปไตย (Democratic validity) เกี่ยวข้องกับกระบวนการมีส่วนร่วมแบบประชาธิปไตยของกลุ่มเป้าหมายทุกคนที่เกี่ยวข้องในการวิจัย ทั้งกระบวนการวิจัย และผลการวิจัย ต้องสะท้อนความคิดเห็น และความรู้สึกนึกคิดของทุกคน ทุกฝ่ายโดยไม่เอินเอียง

6.3.2 ความเที่ยงตรงเชิงเหตุผล (Outcome validity) หมายถึง การปฏิบัติ (บนพื้นฐานของความรู้ที่ได้รับจากการวิจัยนั้น) สามารถแก้ปัญหาได้ หรือนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติเพื่อจะแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้นในวงจรการวิจัยครั้งต่อไป

6.3.3 ความเที่ยงตรงเชิงกระบวนการ (Process validity) ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็ง น่าเชื่อถือของวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลที่จะตอบปัญหาวิจัย รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการวิจัยในระหว่างวงจรวิจัยแต่ละครั้งเพื่อให้สามารถได้คำตอบที่หนักแน่นน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

6.3.4 ความเที่ยงตรงเชิงกระตุ้น (Catalytic validity) เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ความรู้จากการศึกษาวิจัยจะกระตุ้นจิตสำนึก และปลุกพลังกลุ่มเพื่อเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่พึงประสงค์ (เพื่อแก้ปัญหา)

6.3.5 ความเที่ยงตรงเชิงวิพากษ์ (Dialogic validity) เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการวิจัยซึ่งผ่านกระบวนการวิพากษ์โดยผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวงการวิจัย และวงการวิชาชีพ นั้น ๆ

จากความเที่ยงตรงของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ได้กล่าวมา สรุปได้ว่า เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงการวิจัยจำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความเที่ยงตรงเชิงประชาธิปไตย ความเที่ยงตรงเชิงเหตุผล ความเที่ยงตรงเชิงกระบวนการ ความเที่ยงตรงเชิงกระตุ้น และความเที่ยงตรงเชิงวิพากษ์

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีประเด็นหลักแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงในประเทศไทย โดยแบ่งประเด็นหลักได้ 2 ประเด็น คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันโรคอุจจาระร่วง

7.1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง

สมใจ เต็งสมเพ็ชร และแวปา อุซึ้ง (2531 : ค-ง) ศึกษาาระบาดวิทยาของโรคอุจจาระร่วง โดยทำการศึกษาในอำเภอสุดิริน จังหวัดนราธิวาส โดยวิธีการสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาเด็กอายุ 0-4 ปี จำนวน 210 คนที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง และมารับบริการที่สถานีอนามัยตำบลสุคริณ พบว่า เด็กอายุ 0-4 ปี ส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระบนพื้นทั่วไป ครอบครัวของเด็กป่วยร้อยละ 45.10 ถ่ายอุจจาระในป่าใกล้บ้าน และพบว่าถ่ายอุจจาระลงคลองถึงร้อยละ 21.10 น้ำดื่มส่วนใหญ่ดื่มน้ำฝน และน้ำบ่อโดยไม่ต้ม ส่วนการทำความสะอาดเต้านมของมารดา พบว่าร้อยละ 25.00 ไม่ได้ทำความสะอาดก่อนให้นมบุตร การทำความสะอาดขวดนมที่ถูกวิธี คือ การต้มให้เดือด พบเพียงร้อยละ 8.30 เท่านั้น ส่วนการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมผสม พบว่าร้อยละ 16.70 จะเก็บนมหลังจากเด็กดูดนมแล้วไว้ให้เด็กรับประทานในมือต่อไป

สุกัญญา เนตศาสตร์ และคณะ (2538 : 398-408) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดชัยนาท โดยการสัมภาษณ์บิดา มารดา หรือผู้ปกครองเด็กกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จำนวน 315 คน และกลุ่มควบคุม คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จำนวน 630 คน พบว่าเด็กที่มารดาไม่ทำความสะอาดห้วนมด้วยสบู่ หรือผ้าชุบน้ำก่อนให้นมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.56 เท่าของเด็กที่มารดาทำความสะอาดห้วนมด้วยสบู่ หรือผ้าชุบน้ำก่อนให้นม เด็กที่มารดาไม่ล้างสบู่ก่อนให้นมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.16 เท่าของเด็กที่มารดาล้างสบู่ก่อนให้นม การล้างมือก่อนป้อนอาหาร หรือเด็กล้างมือก่อนกินอาหารด้วยน้ำเปล่าทุกครั้ง ล้างมือด้วยน้ำเปล่าบางครั้ง และไม่ล้างมือเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.87, 1.87 และ 1.97 เท่าของการล้างมือก่อนป้อนอาหารเด็กหรือเด็กล้างมือก่อนกินอาหารด้วยน้ำ และสบู่ทุกครั้ง ตามลำดับ เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระไม่ถูกสุขลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.55 เท่าของเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระถูกสุขลักษณะ เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่ล้างมือภายหลังการถ่ายอุจจาระเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 4.78 เท่าของเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ล้างมือด้วยน้ำ และสบู่ทุกครั้งภายหลังการถ่ายอุจจาระ การกำจัดอุจจาระในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีไม่ถูกสุขลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.71 เท่าของการกำจัดอุจจาระในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ถูกสุขลักษณะ และเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีถังขยะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง 1.85 เท่าของเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีถังขยะพร้อมฝาปิด

ปัญญาวรรณ เปล่งสะอาด (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยวิธี Case-control study ในผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2538 ถึง 31 มีนาคม 2539 จำนวน 358 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มศึกษาจำนวน 142 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 216 ราย พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมอนามัยที่พบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ได้แก่ การไม่ล้างมือก่อนกินอาหารของผู้เลี้ยงดู การไม่ล้างมือของผู้ปรุงอาหารหรือชงนมของผู้เลี้ยงดู การไม่ล้างมือให้เด็กก่อนกินอาหาร การไม่ล้างมือก่อนให้นมแม่แก่เด็ก การไม่ทำความสะอาดเต้านมแม่ก่อนให้นมแม่แก่เด็ก เด็กที่กินอาหารด้วยช้อนเป็นบางครั้ง เด็กหิบบอกที่ตกพื้นมากินหรืออมเล่น การชงนมไว้ครั้งเดียวให้เด็กกินไป

เรื่อย ๆ หลายครั้งจนหมดขวด การล้างขวดนมต่อเมื่อมีการชงนมใหม่ และการไม่ใช้ภาชนะปกปิดขวดนม

นิคม กสิวิทย์อำนวย (2542 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กในพื้นที่จังหวัดราชบุรี จำนวน 630 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จำนวน 210 คน และกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จำนวน 420 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม ถึง 31 สิงหาคม 2544 พบว่า ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ได้แก่ ล้างมือหลังถ่ายอุจจาระด้วยน้ำและสบู่ บางครั้ง ล้างมือหลังทำความสะอาดถ่ายอุจจาระเด็กด้วยน้ำธรรมดา ล้างมือด้วยน้ำธรรมดาก่อนป้อนอาหาร น้ำ หรือนมกำจัดอุจจาระเด็กไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ไม่อุ่นอาหารที่เหลือก่อนนำมาให้เด็กรับประทาน

จากเอกสารงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องมาจากการขาดความรู้ของมารดา ได้แก่ พฤติกรรมการล้างมือของมารดา หรือผู้เลี้ยงดู โดยเฉพาะการไม่ล้างมือก่อนป้อนอาหารเด็กหรือเด็กล้างมือก่อนกินอาหารด้วยน้ำ และสบู่ การกำจัดอุจจาระในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีไม่ถูกสุขลักษณะ การทำความสะอาดเต้านมมารดา การทำความสะอาดอุปกรณ์การให้นม เช่น ขวดนม จุกนม นอกจากนั้น พฤติกรรมการเตรียมอาหาร และการถนอมอาหาร เช่น เก็บนมผสมหลังจากเด็กดูดนมแล้วไว้ให้เด็กรับประทานในมื้อต่อไป ไม่อุ่นอาหารที่เหลือก่อนนำมาให้เด็กรับประทาน ก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้เช่นกัน ในตัวเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีพฤติกรรมหยิบของที่ตกพื้นมากินหรืออมเล่นเด็กที่กินอาหารด้วยช้อนเป็นบางครั้ง มีความสัมพันธ์การเกิดโรคอุจจาระร่วงได้

7.1.2 พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแล และป้องกันโรคอุจจาระร่วง

เอมอร ราษฎร์จำเริญสุข และปรารค์ทอง ราษฎร์จำเริญสุข (2539 : บทคัดย่อ) สํารวจพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในเรื่องอุจจาระร่วง สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 พ.ศ.2539 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11,280 คน จาก 564 หมู่บ้าน จาก 7 จังหวัด คือ ขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู กาฬสินธุ์ เลย และสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า น้ำดื่มที่ผู้ดูแลเด็กจัดหาให้เด็กบริโภคมากที่สุด คือ น้ำฝน ร้อยละ 53.40 น้ำต้ม ร้อยละ 25.80 น้ำบ่อ ร้อยละ 13.70 ผู้ปรุงอาหารล้างมือก่อนปรุงอาหาร ร้อยละ 21.20 บางครั้ง ร้อยละ 39.20 และไม่ได้ล้างมือ ร้อยละ 38.10 ผู้ดูแลเด็กตัดเล็บให้เด็กสองครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 15.10 หนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 26.70 และกำจัดอุจจาระเด็กถูกวิธี ร้อยละ 88.20 ผู้ดูแลเด็กทราบว่า เด็กที่อยู่ในความดูแลเคยป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ร้อยละ 49.30 ให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่และน้ำตาลเกลือแร่ผสมขึ้นเอง ร้อยละ 6.90 มีการเตรียมถูกต้อง ร้อยละ 61.80 และให้สารน้ำที่ใช้รักษาโรคอุจจาระร่วงเบื้องต้น ร้อยละ 91.00 ผู้ดูแลเด็กรู้จักสารน้ำที่ใช้รักษาโรคอุจจาระร่วงเบื้องต้น ร้อยละ 85.60 รู้จักผงน้ำตาลเกลือแร่ขององค์การเภสัชกรรม ร้อยละ 81.90 ที่รู้จักและเคยใช้ ร้อยละ 86.40

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย เป็นการสำรวจปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเองทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เก็บข้อมูลในพื้นที่รวม 12 จังหวัด จากทั้ง 4 ภาคทั่วประเทศ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 1,680 ครอบครัว พบว่า วิธีป้องกันอาการท้องร่วงครอบครัว ส่วนใหญ่ทราบวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดอาการท้องร่วง คิดเป็นร้อยละ 89.10 ส่วนครอบครัวที่เหลือ ร้อยละ 10.90 ไม่ทราบวิธีการดูแลสุขภาพ สำหรับวิธีการป้องกันการเกิด ท้องร่วงของครอบครัวเรียงลำดับ จากมากไปน้อย คือ การกินอาหารที่สุกสะอาดปราศจากเชื้อโรค คิดเป็นร้อยละ 79.10 ล้างมือก่อนกินอาหารและหลังใช้ส้วม ร้อยละ 58.90 และวิธีอื่น ๆ เช่น ดื่มน้ำต้ม เก็บอาหารไม่ให้แมลงวันตอม ร้อยละ 8.50 ในด้านวิธีการรักษาอาการท้องร่วง พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ทราบวิธีการรักษาอาการท้องร่วง ร้อยละ 89.50 ส่วนครอบครัวที่เหลือร้อยละ 10.50 ไม่ทราบวิธีการรักษา สำหรับวิธีการรักษาอาการ ท้องร่วงของครอบครัว เรียงลำดับจาก มากไปน้อย คือ การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) ร้อยละ 70.30 กินยาแก้ท้องร่วง ร้อยละ 36.80 รักษาด้วยสมุนไพร ร้อยละ 17.70 กินกาแฟดำ ร้อยละ 7.10 และอื่น ๆ เช่น ไปพบแพทย์ ร้อยละ 12.30

จากเอกสารงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันโรค อูจจาระร่วง คือ กินอาหารที่สุกสะอาดปราศจากเชื้อโรค ล้างมือก่อนกินอาหาร และหลังใช้ส้วม ดื่มน้ำต้ม เก็บอาหารไม่ให้แมลงวันตอม ผู้ปรุงอาหารล้างมือก่อนปรุงอาหาร ผู้ดูแลเด็กตัดเล็บ ให้เด็ก กำจัดอุจจาระเด็กถูกวิธี ในด้านวิธีการรักษาอาการท้องร่วง คือ การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ของ องค์การเภสัชกรรม หรือสารละลายน้ำตาลเกลือแร่และน้ำตาลผสมขึ้นเอง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแล และป้องกันโรคอุจจาระร่วง มาใช้เป็นประเด็นให้ทีมวิจัยศึกษา ปัญหา วิเคราะห์/วางแผนเพื่อป้องกันอุจจาระร่วงร่วมกัน และใช้เป็นแนวทางในการออกแบบ เครื่องมือในการวิจัยร่วมกับทีมวิจัยในการสร้างแบบสอบถาม

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

นรินทร์ แก้วมีศรี (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดการสุขศึกษาในชุมชนชนบท พบว่า การดำเนินการให้สุขศึกษาเน้นให้เกิดความอิสระ ในการดำเนินกิจกรรม กลุ่มประชาชนที่เข้ามาดำเนินการให้สุขศึกษา ต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่ การมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ การปฏิบัติงาน การรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล การที่ให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนทำให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาศักยภาพ ของตนเอง และชุมชน เป็นแนวทางที่ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในระยะยาว

สุพร สาระกุล และคณะ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและ ควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหาดเสลา จังหวัด นครสวรรค์ ปรากฏผลดังนี้

1) ระยะก่อนการวิจัย ค้นหาผู้นำและสร้างกลุ่มด้วยกลวิธี Snow ball sampling ได้แก่นำจากสาขาอาชีพต่างๆ จำนวน 10 คน แคนนำได้ประชุมตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน เพื่อหาข้อตกลงที่จะดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง

2) ระยะการวิจัย แคนนำชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา โดยใช้กระบวนการ AIC ได้โครงการที่จะดำเนินการ 3 โครงการ คือ โครงการบ้านและอาหารสะอาดปราศจากโรคอุจจาระร่วง โครงการดูแลเด็กเล็กให้ปลอดภัยจากโรคอุจจาระร่วง และโครงการกำจัดขยะ

3) ระยะการปฏิบัติตามแผน โครงการบ้านและอาหารสะอาดปราศจากโรคอุจจาระร่วง และโครงการดูแลเด็กเล็กให้ปลอดภัยจากโรคอุจจาระร่วง ได้จัดอบรมผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้สนใจ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รวมทั้งจัดทำป้ายสุขศึกษาติดตามเสาไฟฟ้า โครงการกำจัดขยะ ได้จัดทำป้ายห้ามทิ้งขยะโดยใช้ไม้ฝาโรงศพ และจัดทำเตาเผาขยะขนาดกลาง จำนวน 4 ที่ และให้นำเปลือกมะม่วงในช่วงทำมะม่วงแผ่นไปทิ้งให้ไกลจากที่พัก เพื่อประโยชน์ในการทำปุ๋ย

4) ระยะประเมินผล แคนนำชุมชนได้ร่วมกันประเมินผลบ้านสะอาดปราศจากโรคอุจจาระร่วง และหนูน้อยอนามัยปลอดภัยจากโรคอุจจาระร่วงทุกเดือน เป็นเวลา 10 เดือน และมีการแจกรางวัลผู้ชนะการประกวด

สรวงสุตา ไตรปรกรณ์กุล (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษากระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญหามลพิษชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญหามลพิษ ได้ช่วยกระตุ้นให้ชุมชน มีความตื่นตัวในการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกันถึงปัญหาของชุมชนมากยิ่งขึ้น มีการวางแผนและการปฏิบัติในการแก้ปัญหาร่วมกัน

ไกรสุข ลินสุข (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันยาเสพติด โดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ตำบลบางพรหม อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การก่อเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันยาเสพติด เกิดจากการกระตุ้นให้ชุมชนรับรู้และตระหนักในปัญหาเสพติด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยการความสะดวก ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมซึ่งจำแนกได้ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการศึกษาปัญหา สำรวจ และหาแนวทางแก้ไข 2) ขั้นเลือกแนวทางหรือกำหนดทิศทางการแก้ปัญหา 3) ขั้นการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา ปัจจัยที่นำไปสู่การมีส่วนร่วมของคนชุมชนเพื่อป้องกันยาเสพติดประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภายในชุมชน ได้แก่ 1) การมีต้นทุนที่เข้มแข็งทั้งมนุษย์ ทุนทางสังคม วัฒนธรรม และทุนทางนิเวศน์ 2) มีการติดต่อสื่อสาร 3) มีกระบวนการขับเคลื่อนชุมชนที่เข้มแข็ง 4) มีกระบวนการเรียนรู้ 5) มีอธิปไตย 6) มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ 7) มีความสงบสุข ส่วนปัจจัยภายนอกชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางความคิดจากนักวิชาการภายนอกและจากเครือข่ายการเรียนรู้จากชุมชนอื่น ข้อค้นพบที่สำคัญจากการวิจัยนี้ คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างพลังของชุมชน ทำให้คนกล้าคิดกล้าแสดงออก ประกอบกับการที่ชุมชนมีวิถีคิดในการแก้ปัญหาแบบองค์รวม

ในเชิงสร้างสรรค์ และได้รับแรงกระตุ้นจากเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชนที่มีประสบการณ์ในเรื่องเดียวกัน ทำให้ชุมชนสามารถแสดงศักยภาพและพลังในการแก้ปัญหา ตลอดจนกำหนดแนวทางการพัฒนาตนเองได้

ปานกมล พิสิฐอรุณกุล และเสาวลักษณ์ รุ่งตะวันเรื่องศรี (2547 : 160-173) ศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลปริก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า การใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอย สามารถพัฒนาการมีส่วนร่วมและกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนได้ ผลเบื้องต้นก่อให้เกิดโครงการแก้ไขปัญหามูลฝอยตามบริบทและศักยภาพของชุมชน ปัจจัยที่สนับสนุน ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การดำเนินการเชิงรุกโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยภายนอก และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง สำหรับ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ การขาดผู้นำที่เข้มแข็ง สถานการณ์ความขัดแย้งด้านการเมืองในชุมชน สภาพสังคมและข้อจำกัดของเทศบาลตำบลบุคลากรงบประมาณ และเวลา

จากเอกสารงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาประชาชนต้องมีส่วนร่วมโดยอิสระ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมศึกษาปัญหา วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขวางแผน ปฏิบัติงานตามแผน การรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล การที่ทำให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนทำให้เกิดการเรียนรู้ ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกทำให้ชุมชนสามารถแสดงศักยภาพและพลังในการแก้ปัญหา ตลอดจนกำหนดแนวทางการพัฒนาตนเองได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหา มาใช้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย และใช้ออกแบบวิธีดำเนินการวิจัย

7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ธีรศักดิ์ มักคูน และคณะ (2543 : 26-32) ศึกษาการมีส่วนร่วมในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดอายุต่ำกว่า 5 ปีของมารดา และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของชุมชนชาวประมง จังหวัดตรัง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 68 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล รวมจำนวน 5 คน พบว่า กิจกรรมที่เป็นผลเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ มีการพิจารณาปัญหาและสาเหตุของปัญหาร่วมกัน การตระหนักถึงปัญหา และตัดสินใจร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหของชุมชน ดำเนินการวางแผนและจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญห ปฏิบัติตามแผน ติดตามและประเมินผลโครงการร่วมกัน รวมทั้งการแก้ไขปัญหอุปสรรค และปรับปรุงการดำเนินการเป็นระยะ ๆ เป็นผลให้มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความรู้ การรับรู้โอกาสเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และการปฏิบัติของพฤติกรรมลดอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่ป่วย

ด้วยโรคอุจจาระร่วง ในรอบ 3 เดือน (เมษายน-มิถุนายน 2543) และมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

จากเอกสารงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ของมารดา ประชาชนต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่การศึกษา ปัญหาและสาเหตุของปัญหาร่วมกัน การตระหนักถึงปัญหา และตัดสินใจร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหของชุมชน ดำเนินการวางแผนและจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญห ปฏิบัติตามแผน ติดตามและประเมินผลโครงการร่วมกัน รวมทั้งการแก้ไขปัญหอุปสรรค และปรับปรุงการดำเนินการเป็นระยะ ๆ เป็นผลให้มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความรู้ การรับรู้โอกาสเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และการปฏิบัติของพฤติกรรม การเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

จรรยา เศรษฐบุตร และคณะ (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนบึงตี้ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนการทำวิจัยประกอบด้วย การคัดเลือกชุมชน และคัดเลือกแกนนำเข้าร่วมโครงการ การจัดอบรมแกนนำเพื่อถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงแก่ชาวบ้าน ผลวิจัยพบว่า ภายหลังสิ้นสุดโครงการ สภาพแวดล้อมของชุมชนโดยรวมในชุมชนดีขึ้น แต่จากการสำรวจข้อมูลครัวเรือน พบว่า แม้ชาวบ้านในครัวเรือนตัวอย่างจะมีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับสูง แต่ยังคงมีความเชื่อที่ผิดอยู่บางประการ ผลจากการให้แกนนำถ่ายทอดความรู้แก่ชาวบ้านนั้น พบว่า มีปัญหาอุปสรรคหลายประการ เช่น การกระจายความรับผิดชอบให้แกนนำ การถอนตัวของแกนนำระหว่างดำเนินงาน และความศรัทธาของชาวบ้านต่อแกนนำ

จากเอกสารงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน โดยการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีขั้นตอนการทำวิจัยประกอบด้วย การคัดเลือกชุมชน และคัดเลือกแกนนำเข้าร่วมโครงการ ผ่านรูปแบบการจัดอบรมแกนนำเพื่อถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงแก่ชาวบ้าน ภายหลังสิ้นสุดโครงการ สภาพแวดล้อมของชุมชนโดยรวมในชุมชนดีขึ้น ครัวเรือนตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับสูง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหา มาใช้กำหนดแนวทางแนวคิดในการวิจัย และใช้ออกแบบวิธีดำเนินการวิจัย

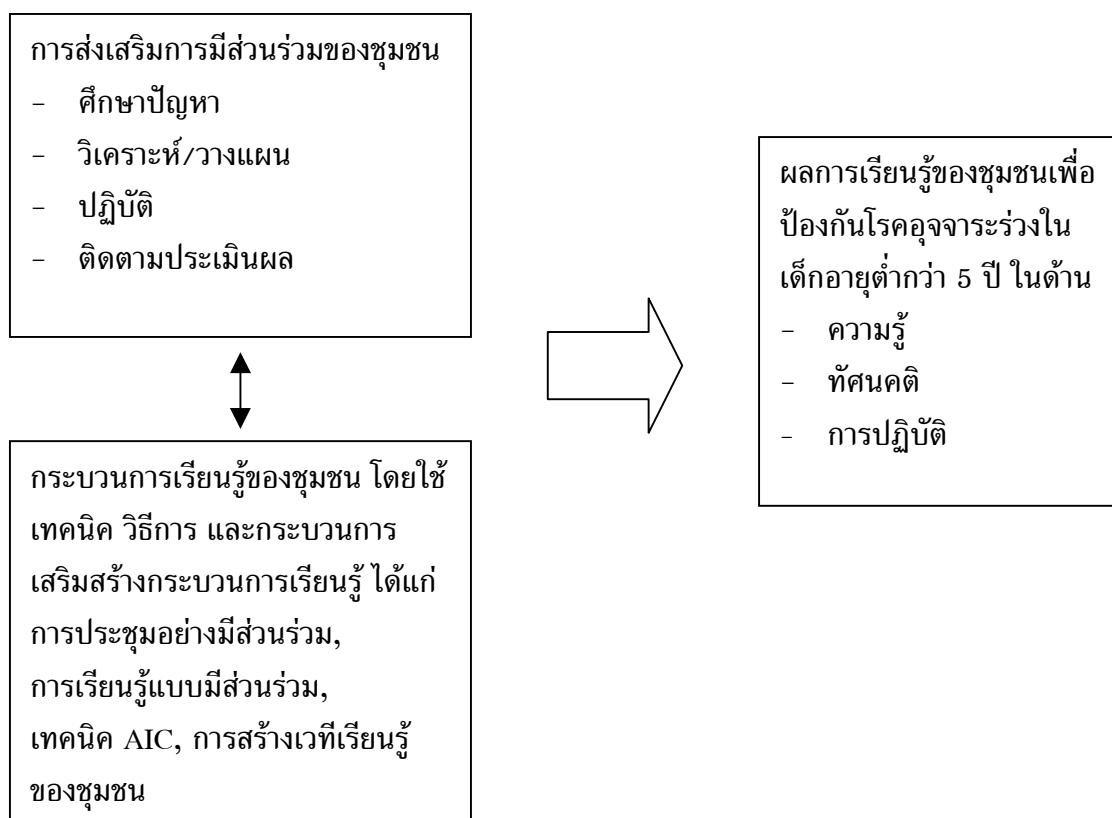
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี : กรณีศึกษา ตำบลบุโยะ อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ในครั้งนี้ ได้ใช้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ในการศึกษาปัญหา วิเคราะห์/วางแผน ปฏิบัติ และติดตามประเมินผล โดยมีเทคนิค วิธีการและกระบวนการในการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ การประชุมอย่างมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เทคนิค

AIC การสร้างเวทีเรียนรู้ของชุมชน ซึ่งประเมินผลกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อป้องกันโรค
 อหิวาต์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ

จากแนวความคิดดังกล่าวสามารถเขียนแผนภาพ ได้ดังภาพประกอบ 3

ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัตถุประสงค์

การศึกษาวิจัยเรื่อง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอหิวาต์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี : กรณีศึกษา ตำบลบุโยะ อำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส มีวัตถุประสงค์เพื่อการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอหิวาต์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี : กรณีศึกษา ตำบลบุโยะ อำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส

2. เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอหิวาต์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ความสำคัญและประโยชน์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีความสำคัญและประโยชน์ ดังนี้

1. ด้านความรู้

1.1 ทำให้ได้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

1.2 ทำให้ทราบผลของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ

1.3 ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

2. ด้านการนำไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงแก่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และประชาชนทั่วไป ซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 ชุมชน นำไปใช้เป็นรูปแบบในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไปประยุกต์ใช้กับการป้องกันโรคอื่น ๆ

2.2 หน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ จังหวัด นำไปใช้เป็นรูปแบบของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไปประยุกต์ใช้กับการป้องกันโรคอื่น ๆ และประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1.1 รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งประกอบด้วย การศึกษาปัญหา การวิเคราะห์/วางแผน การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล

1.2 ผลของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านกลไกของรัฐ ด้านประชาชน ด้านนักพัฒนา และปัจจัยจูงใจ

2. ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ในการศึกษาได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จากหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงหลายปีติดต่อกัน มีผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ให้ความสนใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการวิจัย คือ หมู่ที่ 3 บ้านโตะเวาะ ตำบลปุโยะ อำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส มีประชากรจำนวน 1,258 คน 260 หลังคาเรือน

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้เข้าร่วมทีมวิจัยชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 9 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 80 คน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้

สถานการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้เกิดความกังวลของประชาชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมเกิดความล่าช้า

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การส่งเสริมการมีส่วนร่วม หมายถึง การพัฒนาวิธีการสื่อสารระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือการถูกกระตุ้นจากภายนอก การพัฒนาที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้ เมื่อมีการเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้เข้าร่วมในกระบวนการคิด และตัดสินใจ
2. กระบวนการมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมกันของทีมวิจัย ตั้งแต่ศึกษาปัญหา วิเคราะห์/วางแผน ปฏิบัติ และติดตามประเมินผล
3. กระบวนการเรียนรู้ หมายถึง การทำงานเป็นระบบผ่านทางกาย จิตใจ พฤติกรรม และเกิดปัญญา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และค่อนข้างถาวรในเรื่อง ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ
4. ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกันในอาณาบริเวณเดียว มีวัฒนธรรม ความเชื่อ หรือความสนใจร่วมกัน ผลประโยชน์ร่วมกัน ได้แก่ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหาร

ส่วนตำบล ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) หมายถึง การเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การศึกษา ปัญหา วิเคราะห์/วางแผน ปฏิบัติ รับผิดชอบต่อความสำเร็จ และประเมินผล

6. รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรค อุดจากร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หมายถึง กรอบแนวคิดหรือแบบแผนที่กำหนดขึ้นที่สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน สามารถเข้าใจได้โดยง่ายและสามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อป้องกันโรคอุดจากร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

7. โรคอุดจากร่วง หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ใน 1 วัน

8. การป้องกันโรคอุดจากร่วง หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และป้องกันไม่ให้เกิดโรคอุดจากร่วง และการปฏิบัติเหล่านั้นสังเกตได้โดยตรง

9. ความรู้ หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาในด้านความจำ และความเข้าใจของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในเรื่องโรคอุดจากร่วง

10. ทักษะ หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคอุดจากร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคอุดจากร่วงที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษาในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

11. การปฏิบัติ หมายถึง การใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย และสังเกตได้ ของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรค อุดจากร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี