

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อบุรีรัมย์แข็งแรง กรณีศึกษา อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

A Participatory Action Research On Community Health

Promotion for Healthy Buriram

: A Case Study of Nondindaeng Districts, Buriram Province

Pattaree Loutichareuan M.D.

ภัทรี เลาคิเจริญ พ.บ.*

Praneet Piumratanaumroon

ปราณีต เปี่ยมรัตน์จรรย์ ส.บ.**

Kitti mauprakone

กิตติ เมอะประโคน ส.บ.**

ABSTRACT

Study Background: The successfully of Healthy Thailand strategies from Ministry of Public Health had many problems due to multiple factors especially : practice implementation to each province framework instruction, integration process from all stakeholder, participation of people and community, top down co-ordination. The application of participation research and Healthy Thailand strategies suggested by Dr. Amorn Nondasut in strengthening community action for Healthy Buriram was implemented as research methodology.

Objectives : To measure the result of the application of participatory action research and Healthy Thailand strategies suggested by Dr. Amorn Nondasutra in strengthening community action for Healthy Buriram.

Research Design : Participatory Action Research : PAR (Research & Development)

Subject : population of 4,709 persons; 956 households in Tambol Sompoy, Nondindang district, Buriram province

Research Result : The research found that the paradigm shifting process created by forum setting for knowledge building and employing multi-sectoral instructors had significantly increased knowledge, attitude, participation and healthy behaviors among target groups. The knowledge management process, using after action review techniques and best practices as mechanisms to create civil society enabled village core-personnel and villagers to analyze problems, planning and solve community problems. The consequence of these activities resulted in the attainment of 85.70% healthy village and 100% healthy sub-district. Besides that, it was found also that the availability of high potential village core persons, good networks and the ability of sub-district level personnel to create common vision together enabled the better preparation of budget supporting system and village fund-raising scheme as well. The availability of village civil society motivated the public participation and integration of health promotion strategy into village lifestyle.

Conclusion : The researchers had the recommendation that there should be the propagation of this project to other areas using the pilot implementation as the model, with core personnel of various level as instructors (Best Practice Implementation). The provincial authorities should apply the research result as the tool to search for appropriate model implementation. The ministerial authorities may use the research result as guideline for restructuring the local administrative system to be ready for decentralization scheme and networking among various organizations.

* นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลโนนดินแดง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

** นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

เหตุผลในการศึกษา : ในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงให้สำเร็จตามเป้าหมายและเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้แต่ในทางปฏิบัติกลับมีปัญหาตั้งแต่การแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติของแต่ละจังหวัด ขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดการบูรณาการการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น ตลอดทั้งเป็นผลสืบเนื่องจากการประสานงานแบบ top-down ที่ทำให้ระบบการประสานงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ร่วมกับยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพเพื่อเมืองไทยแข็งแรง ของนายแพทย์อมร นนทสูต เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ : เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ของการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพเพื่อเมืองไทยแข็งแรง ของนายแพทย์อมร นนทสูต เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ในลักษณะการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research & Development)

กลุ่มตัวอย่าง : ประชากรคือประชาชนทุกคนที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง 3 ขั้นตอน ได้แก่ ต.ส้มป่อย อ.โพนดินแดง รวมทั้งสิ้น 7 หมู่บ้าน ประชากร 4,709 คน หลังคาเรือน 956 หลังคาเรือน

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่าการจัดเวทีเสริมสร้างความรู้และการใช้เครือข่ายวิทยากรพหุภาคี ส่งผลทำให้กลุ่มเป้าหมายทุกระดับมีความรู้ ทักษะ ทักษะ การมีส่วนร่วมและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และด้วยกระบวนการจัดการความรู้ จากการถอดบทเรียนและการใช้ Best Practice เป็นสื่อในการจัดเวทีประชาคมส่งผลให้บรรลุหมู่บ้านแข็งแรง ร้อยละ 85.9 ตำบลแข็งแรง ร้อยละ 100.0 นอกจากนั้นยังพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบของแกนนำระดับตำบลและมีเครือข่ายพหุภาคีที่ดี ทำให้เกิดการสนับสนุนงบประมาณและการระดมทุนในหมู่บ้าน การนำกระบวนการจัดการความรู้ มาใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ ทำให้ชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพและดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า : การนำรูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นในระดับจังหวัด ส่วนระดับกระทรวงสามารถนำไปเป็นข้อเสนอในการเตรียมบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับการถ่ายโอนภารกิจสู่ท้องถิ่น



หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานตามนโยบายเมืองไทยสุขภาพดี หรือเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ได้เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้ใช้เป็นทิศทางของการสร้างสุขภาพคนไทย มีการกำหนดมาตรการ เป้าหมาย และเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านสุขภาพดี ตำบลสุขภาพดี อำเภอสุขภาพดี และจังหวัดสุขภาพดี ที่เป็นรูปธรรมครอบคลุมปัจจัยสำคัญด้านสุขภาพ 6 ด้าน หรือ 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข^(1,2) ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 ได้กำหนดมติการดำเนินงานเป็น 4 ด้าน เป้าหมาย 6 ด้าน และตัวชี้วัด 26 ตัวชี้วัด⁽³⁾ โดยมีหน่วยงานระดับกระทรวงที่ร่วมรับผิดชอบ 5 หน่วยงานหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย (พัฒนาชุมชน) กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

จากผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2549 ณ เดือนมีนาคม 2549 จังหวัดบุรีรัมย์ มีหมู่บ้านแข็งแรง ร้อยละ 5.49 ตำบลแข็งแรง ร้อยละ 2.65 และไม่มีอำเภอแข็งแรงโดยมีตัวชี้วัดระดับหมู่บ้านที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ เรื่องการออกกำลังกาย มาตรฐานของร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคัดกรองเบาหวาน-ความดันโลหิต และการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสุราของร้านค้าแก่เด็กต่ำกว่า 18 ปี และมีตัวชี้วัดระดับตำบลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ⁽⁴⁾

ในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงให้สำเร็จตามเป้าหมายและเกณฑ์ที่กำหนดไว้นั้น แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้กำหนดยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สุวิถีชุมชน 2) เน้นการทำงานที่สถานที่ตั้ง (Setting) และกลุ่มวัย 3) ใช้กลยุทธ์ 7 ประการ ในการดำเนินงาน คือ สร้างการมีส่วนร่วม การสื่อสารสาธารณะ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีสำนึกสาธารณะ การจัดการบริการ การใช้มาตรการทางสังคม การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้ และการบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จ⁽³⁾ แล้วก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติกลับมีปัญหาดังแต่การแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติของแต่ละจังหวัด ขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดการบูรณาการการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นต้น ตลอดจนเป็นผลสืบเนื่องจากการประสานงานแบบ top-down ที่ทำให้ระบบการประสานงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ร่วมกับยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพเพื่อเมืองไทยแข็งแรงของนายแพทย์อมร นนทสูต เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน โดยคาดหวังว่า หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินงาน ด้วยรูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของประชาชนทุกขั้นตอน ภายใต้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมจากพหุภาคี จะสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการดำเนินงานสู่พื้นที่อื่น และสามารถดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้วยรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน ส่งผลให้การดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง ประสบความสำเร็จสู่จังหวัดแข็งแรง และส่งผลให้ประชาชนจังหวัดบุรีรัมย์มีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ของการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพเพื่อเมืองไทยแข็งแรงของนายแพทย์อมร นนทสุต ในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเพื่อบุรีรัมย์แข็งแรง

2. เพื่ออธิบายกระบวนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบุรีรัมย์แข็งแรง และวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ด้านความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของวิทยากรพหุภาคี แกนนำระดับตำบล แกนนำระดับหมู่บ้าน และประชาชนตำบลสัมป่อย ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ

วัสดุและวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ในลักษณะการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research & Development) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง และรูปภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test One-way ANOVA และ Kruskal-Wallis Tes

สรุปผลการวิจัย

1. ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบุรีรัมย์แข็งแรง

ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานระดับหมู่บ้าน ตามตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน 7 ตัวชี้วัด พบว่าก่อนดำเนินงานไม่มีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านแข็งแรง หลังดำเนินงานจากหมู่บ้านทั้งหมด 7 หมู่บ้าน มีหมู่บ้านแข็งแรง 6 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 85.70 โดยตัวชี้วัดด้านออกกำลังกาย To Be Number One ชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผ่านเกณฑ์ แต่การจำหน่ายบุหรี่และสุราของร้านค้ายังไม่ผ่านเกณฑ์ 1 หมู่ ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ส่วนผลการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานระดับตำบลตามตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขระดับตำบล 5 ตัวชี้วัด พบว่า ก่อนดำเนินงานไม่มีตำบลแข็งแรง หลังดำเนินงานทั้ง 7 หมู่บ้าน หรือร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ตำบลแข็งแรง ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหมู่บ้านแข็งแรงจากการสำรวจแบบเร่งด่วน จำแนกรายตำบล ก่อน-หลังการดำเนินงาน

ตำบล	หมู่บ้านเป้าหมาย	หมู่บ้านแข็งแรง			ร้อยละ		
		ก่อน	หลัง	เพิ่ม/ลด	ก่อน	หลัง	เพิ่ม/ลด
สัมป่อย	7	0	6	6	0.0	85.7	85.7
รวม	7	0	6	6	0.0	85.7	85.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน

ตัวชี้วัด	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที	0	0.0	7	100.0
2. ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานท้องถิ่น	0	0.0	7	100.0
3. ผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE	0	0.0	7	100.0
4. ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน	0	0.0	7	100.0
5. สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการถ่ายทอดความรู้และ ทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	0	0.0	7	100.0
6. ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรอง ความดันโลหิตและเบาหวานตามมาตรฐาน	0	0.0	7	100.0
7. ร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มและบุหรี่แก่เด็กอายุ ต่ำกว่า 18 ปี	0	0.0	6	85.7

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของตำบลแข็งแรงจากการสำรวจแบบเร่งด่วน จำแนกรายตำบล ก่อน-หลังการดำเนินงาน

ตำบล	หมู่บ้าน เป้าหมาย	หมู่บ้านแข็งแรง			ร้อยละ		
		ก่อน	หลัง	เพิ่ม/ลด	ก่อน	หลัง	เพิ่ม/ลด
ส้มป่อย	1	0	1	1	0.0	100.0	100.0
รวม	1	0	1	1	0.0	100.0	100.0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขระดับตำบล

ตัวชี้วัด	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด ในทุกตำบล (ได้รับป้ายทอง)	0	0.0	1	100.0
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์	0	0.0	1	100.0
3. ตำบลมีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 1 แห่งต่อตำบล	0	0.0	1	100.0
4. เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	0	0.0	1	100.0
5. โรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ	0	0.0	1	100.0

2. กระบวนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบุรีรัมย์แข็งแรง

2.1 การเสริมสร้างพลังใจแก่วิทยากรพหุภาคี ซึ่งมีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องโดยใช้กระบวนการสร้างจิตสำนึกในการสร้างโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ การสร้างศรัทธา การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างความเข้มแข็งของจิตใจและการปรับกระบวนการทัศนของบุคคล ด้วยการจัดเวทีอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อรับทราบบทบาทหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้อง การประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ชุมชน กำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดำเนินงานในระดับตำบล

ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้พบว่าวิทยากรพหุภาคีมีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) แต่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติไม่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม ร้อยละ 75.6 และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 87.8

2.2 การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนแกนนำระดับตำบล ใช้กระบวนการเรียนรู้โดยมี

วิทยากรพหุภาคีเป็นพี่เลี้ยง การเรียนรู้จากฐาน 6 อ. และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของผู้นำชุมชนที่เป็นตัวแทนของตำบล โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในระดับการตัดสินใจ พบว่าแกนนำระดับตำบลสามารถวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ครอบคลุม ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมรวม 10 ปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไขทั้งสิ้น 19 แนวทาง

ส่วนผลการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ พบว่าแกนนำตำบลมีค่าเฉลี่ยความรู้และค่าเฉลี่ยทัศนคติก่อนและหลังการจัดเวทีปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม ร้อยละ 68.2 และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 93.2

2.3 การเสริมสร้างความรู้สู่แกนนำหมู่บ้าน โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเสริมสร้างความรู้เชิงลึกจากผู้รู้และทีมวิทยากรพหุภาคี รวมทั้งการนำแผนปฏิบัติการของตำบลมาวิเคราะห์และเสนอแนวทางในระดับหมู่บ้าน พบว่าจากแผนระดับตำบลสู่ระดับหมู่บ้าน มีแผนงาน

ระดับหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 19 โครงการ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น (อปต.) เป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 84.2 จากงบประมาณทั้งหมด

ส่วนผลการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ พบว่าแกนนำหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยความรู้ และค่าเฉลี่ยทัศนคติก่อนและหลังการเสริมสร้างความรู้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม ร้อยละ 81.9 และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 76.0

2.4 การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน 3 ครั้ง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็นตัวแทนประชาชนทุกครัวเรือน (แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว) อย่างน้อยหลังคาเรือนละ 1 คน โดยมีกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพ จากการถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับ 6 อ. โดยแกนนำที่ผ่านการอบรมการสร้างเสริมสร้างความรู้มาแล้ว มีการสร้างความคาดหวังร่วมกัน มีการวิเคราะห์ชุมชน วางแผนแก้ไขปัญหาและกำหนดผู้รับผิดชอบ ภายใต้การสนับสนุนของคณะทำงานพหุภาคี ในการประชุมแต่ละครั้ง มีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน คือ ครั้งที่ 1 เพื่อสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง วิเคราะห์ชุมชน และสร้างความคาดหวังร่วมกันของหมู่บ้าน หลังจากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมตามแผน โดยเน้นแผนที่ดำเนินการโดยไม่ต้องรองบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ส่วนครั้งที่ 2 เน้นส่วนที่ขาดจากการดำเนินกิจกรรมของการประชุมครั้งที่ 1 มีการปรับปรุงแก้ไขแผนงานตามปัญหาอุปสรรคที่พบในแต่ละหมู่บ้าน และครั้งที่ 3 เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน และการสรุปผลการดำเนินงานทั้งหมดที่ผ่านมา

ผลการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนพบว่า จากสภาพปัญหาทั้งหมด 54 ปัญหา เมื่อพิจารณา

ลักษณะของปัญหา พบว่าเป็นปัญหาด้านอาหาร อารมณ์ โรคยาสูงสุดเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 18.5 รองลงมาเป็นปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และปัญหาด้านออกกำลังกาย ร้อยละ 16.7 และ 11.1 ตามลำดับ

จากการจัดเวทีประชาคมในแต่ละครั้งมีการกำหนดช่วงเวลาของการประชุม ให้สอดคล้องกับบริบทของวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนเป็นหลัก จากการประชุมครั้งที่ 2 พบว่ามีผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้น เกิดบรรยากาศของการมีส่วนร่วมมากขึ้น สมาชิกกลุ่มกล้าเสนอความคิด แกนนำกล้าพูดกล้าแสดงออก และเข้าใจแนวคิดตลอดจนทิศทางของการดำเนินงานมากขึ้น บรรยากาศการพบปะพูดคุยที่เป็นกันเองระหว่างทีมวิทยากร แกนนำ และประชาชนที่เกิดความไว้วางใจ ทำให้บรรยากาศของการประชุมกลายเป็นบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เอื้อประโยชน์ต่อการวางแผนงานต่าง ๆ ร่วมกัน และก่อให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ การจัดเวทีประชาคมครั้งที่ 3 พบว่าชุมชนเกิดความตระหนักร่วมกัน และมีแนวคิดเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายเดียวกัน มีการดำเนินการให้ต่อเนื่องในกิจกรรมที่ประสบผลสำเร็จ

ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ พบว่าประชาชนมีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แต่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติไม่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ร้อยละ 75.1 โดยในการจัดเวทีประชาคมแต่ละครั้งประชาชนมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 82.9 และในการจัดเวทีประชาคมแต่ละครั้งประชาชนมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.5 การสรุปบทเรียนระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล ใช้เทคนิคการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติการ หรือ AAR เป็นเครื่องมือในการถอดบทเรียน พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ มีผู้นำ และทีมพหุภาคีที่เข้มแข็ง มีทุนทางสังคมเดิมที่มีอยู่ในชุมชน ชุมชนมีความตื่นตัว มีความพร้อมและมีความต้องการในการพัฒนาการบริหารจัดการและระบบสนับสนุนที่ดี การจัดเวทีในพื้นที่ให้ประชาชนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ร่วมกัน ตลอดจนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนระดับหมู่บ้านตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นวางแผนดำเนินการ โดยมีวิทยากรพหุภาคีเป็นพี่เลี้ยง นอกจากนี้ทำให้สมาชิกในชุมชนร่วมกันรับทราบปัญหาที่แท้จริง และร่วมมือร่วมใจพร้อมที่จะแก้ปัญหาในพื้นที่ ในส่วนของแกนนำระดับตำบลที่มีส่วนร่วมในระดับการตัดสินใจจนถึงขั้นติดตามและประเมินผล ทั้งในส่วนของแผนงานและงบประมาณ ส่งผลให้การแก้ปัญหาในพื้นที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระดับท้องถิ่น (อบต.) เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหน่วยงานอื่น^(5,6)

2.6 การสรุปบทเรียนระดับจังหวัด ใช้เทคนิคการถอดบทเรียนทั้งโครงการ (Retro-spective) เป็นเครื่องมือพบว่ากรณีที่ระดับชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการเสริมสร้างความรู้ที่หลากหลาย โดยเฉพาะจากประสบการณ์จริงที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละพื้นที่ การมีข้อมูลและการวางแผนที่เป็นระบบชัดเจน ครอบคลุมทุกด้านโดยทุกคนมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทั้งภายในและระหว่างชุมชน ทำให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับโครงสร้าง กลไกและการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการพัฒนา เกิดจากการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและภาคประชาชน โดยมีกลไกเกิดขึ้นในชุมชนทั้งในระดับหมู่บ้านและตำบล ทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง ประชาชนมีส่วนร่วม เกิดองค์กร ภาควิชา เครือข่ายในการจัดการปัญหา ที่ได้รับ

การสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่าก่อนดำเนินการเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ระดับ 2 ดาว ร้อยละ 71.4 หลังดำเนินการพบว่ามีหมู่บ้านจัดการสุขภาพยกระดับเป็นระดับ 4 ดาว และระดับ 5 ดาว ร้อยละ 28.6 และ 71.4 ตามลำดับ

วิจารณ์ผล

1. ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบุรีรัมย์แข็งแรง

จากผลการวิจัยพบว่าหมู่บ้านแข็งแรงจำนวน 6 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 7 หมู่บ้าน หรือร้อยละ 85.70 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงาน ตั้งแต่การกำหนดโครงสร้าง กลไกการดำเนินงาน การบริหารจัดการ และการประสานงานที่เกิดขึ้นทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม สอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยมีวิทยากรพหุภาคีและแกนนำระดับตำบลเป็นพี่เลี้ยง ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากเวทีหลายระดับ

2. กระบวนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบุรีรัมย์แข็งแรง

2.1 การเสริมสร้างพลังใจแก่วิทยาการพหุภาคี จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าวิทยาการพหุภาคีเป็นกลุ่มที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน นอกจากนี้ในการสร้างเสริมพลังใจแก่วิทยาการพหุภาคี ควรเน้นการสร้างความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการกำหนดบทบาทร่วมกันในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีแผนการดำเนินงานร่วมกันอย่างชัดเจน เพื่อให้วิทยาการพหุภาคีเป็นผู้นำแห่งการเรียนรู้และผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม

2.2 การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ แกนนำระดับตำบล จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า

แกนนำระดับตำบล สามารถวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหามาตามความต้องการของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม อาจเนื่องมาจากในการดำเนินงานทุกกิจกรรมจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กันไปด้วย กระบวนการเรียนรู้ในขั้นตอนนี้แกนนำระดับตำบลสามารถเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ กล้าที่จะแสดงออกและเสนอข้อคิดเห็นร่วมกันมากขึ้น ทำให้ได้แผนงานที่เป็นประโยชน์ต่อพื้นที่

2.3 การเสริมสร้างความรู้สู่แกนนำหมู่บ้าน จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่ากลไกการเสริมสร้างความรู้ที่มีรูปแบบหลากหลาย ทั้งรูปแบบของการให้ความรู้เชิงลึกจากแกนนำและวิทยากรพหุภาคี จากการจัดฐานความรู้ 6 อ. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเวทีประชาคมทั้ง 3 ครั้ง ทำให้สามารถวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม

2.4 การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน ทั้ง 3 ครั้ง พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนผ่านเวทีประชาคม ที่สมาชิกได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถนำไปปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเองและชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จด้วยดี

2.5 การสรุปบทเรียนระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล พบว่าในการวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการถอดบทเรียนเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมเป็นระยะ ๆ ทำให้สมาชิกในชุมชนได้มีโอกาสในการทบทวนถึงวิธีการ/รูปแบบกิจกรรม ผลที่ได้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยแห่งความล้มเหลว จนสามารถนำมาปรับปรุงให้เกิดผลสำเร็จได้

2.6 การสรุปบทเรียนระดับจังหวัด พบว่าการจัดเวทีในระดับจังหวัด เพื่อนำเสนอผลสำเร็จของงาน ปัญหาอุปสรรคและบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินโครงการ ทำให้ชุมชนเกิดความ

ภาคภูมิใจในผลสำเร็จของตน เป็นการสรุปบทเรียนเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่พื้นที่อื่น ซึ่งเป็นผลดีต่อการโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างตำบล และเกิดเครือข่ายการดำเนินงานระดับจังหวัด

3. ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้จากกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบุรีรัมย์แข็งแรง

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของวิทยากรพหุภาคีก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อาจเนื่องมาจากกระบวนการดำเนินงานมีการเสริมสร้างความรู้ควบคู่ไปในกิจกรรมทุกครั้ง เช่น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมวิทยากรพหุภาคีในกระบวนการเสริมสร้างพลังใจแก่พหุภาคี การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์แกนนำระดับตำบล และการถ่ายทอดความรู้ในเวทีประชาคมแกนนำระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน ส่วนค่าเฉลี่ยความรู้ของแกนนำตำบลและแกนนำหมู่บ้านก่อนและหลังการจัดเวทีปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์และเสริมสร้างความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยความรู้ของประชาชนก่อนและหลังการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของคนอื่น ๆ^(7,8,9) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในกระบวนการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เช่น การจัดเวทีปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ การเสริมสร้างความรู้ในเวทีประชาคมระดับตำบลและหมู่บ้าน การดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย 6 อ. รวมทั้งกิจกรรมการถอดบทเรียน ทำให้แกนนำและประชาชนได้มีโอกาสเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ที่ตรงกับเป้าหมายร่วมกันในการนำไปสู่ตำบลและหมู่บ้านแข็งแรง

3.2 ทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยทัศนคติ

ของวิทยาการพหุภาคีก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังใจไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยทัศนคติของแกนนำตำบลและแกนนำหมู่บ้านก่อนและหลังการจัดเวทีปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และเวทีเสริมสร้างความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของคนอื่น ๆ^(7,9) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่แกนนำตำบลและแกนนำหมู่บ้านรวมทั้งประชาชนมีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบุรีรัมย์แข็งแรงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของตนเองและชุมชนดีขึ้น ทำให้ประชาชนและชุมชนมีทัศนคติที่ดีขึ้น

3.3 การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของวิทยาการพหุภาคี แกนนำระดับตำบล แกนนำระดับหมู่บ้าน และประชาชน มีค่าระหว่างร้อยละ 76.5-83.3 และพบว่าการจัดเวทีประชาคมแต่ละครั้งประชาชนมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยและแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมของคนอื่น ๆ^(6,10) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในกระบวนการดำเนินงานมีกิจกรรมการถอดบทเรียนภายหลังการทำประชาคมทุกครั้ง ทำให้ประชาชนและชุมชนตระหนักและให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้นในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ประชาชนและชุมชนได้เรียนรู้ว่าเมื่อมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเองและชุมชนยิ่งขึ้น

3.4 พฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของวิทยาการพหุภาคี แกนนำระดับตำบล แกนนำระดับหมู่บ้าน และประชาชน มีค่าระหว่างร้อยละ 73.96-77.0 และพบว่าการในการจัดเวทีประชาคมแต่ละครั้งประชาชนมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของคนอื่น ๆ^(7,8) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อ

ประชาชนและชุมชน มีความรู้และการมีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จึงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ ผลสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเมืองไทยแข็งแรงอย่างยั่งยืนได้นั้นต้องอาศัยการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกระดับ ดังนั้นจึงควรกำหนดให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในเชิงนโยบายและการบริหารจัดการให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นในอันที่จะกำหนดวิสัยทัศน์ แผนงาน แผนงบประมาณเอง โดยการจัดเวทีเสริมสร้างความรู้ เวทีประชาคมและการใช้เครือข่ายวิทยาการพหุภาคี เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานในทุกพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อื่นที่มีสภาพใกล้เคียงกับพื้นที่นำร่อง สำหรับพื้นที่ที่มีลักษณะและสภาพปัญหาที่ต่างกัน ควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมตามต้นทุนทางสังคมของแต่ละแห่ง เพื่อจะทำให้การวางแผนดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

3.1 คณะทำงานวิทยาการพหุภาคี แกนนำระดับตำบล และแกนนำระดับหมู่บ้าน ในฐานะวิทยาการกระบวนการและผู้ประสานงานในพื้นที่ ควรมีการทำความเข้าใจในกระบวนการให้ตรงกัน

3.2 การคัดเลือกแกนนำชุมชน ควรพิจารณาผู้ที่มีความพร้อมที่จะพัฒนา มีจิตสาธารณะ หรือจิตอาสา และมีอุดมการณ์เพื่อส่วนรวม

3.3 การแก้ไขปัญหาในพื้นที่โดยการนำทุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตชุมชน เช่น ใช้มะกรูดในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย

3.4 การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ควร
วางบทบาทรับผิดชอบให้องค์การบริหารส่วนตำบล
ได้รับรู้อย่างเต็มรูปแบบโดยชุมชนมีการจัดทำแผน
ให้สอดคล้องกับช่วงเวลาเดียวกันกับ อบต. เพื่อให้
สามารถจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดกิจกรรม
ต่าง ๆ ได้ตามเป้าหมาย

3.5 การรักษารูปแบบของการประชุม
ให้คงอยู่กับท้องถิ่นในลักษณะของเวทีชาวบ้านน่าจะ
เป็นส่วนสำคัญที่มีโอกาสทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน
กระบวนการทัศน์ของสมาชิกในชุมชน แกนนำหมู่บ้าน
ในการแก้ไขปัญหาของชุมชนมากขึ้นรวมทั้งเกิด
ความเข้าใจอันดีต่อกันและลดความขัดแย้งในชุมชน
ได้อีกทางหนึ่งด้วย

4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4.1 ควรทำการวิจัยในเรื่องเดิม โดยใช้
ยุทธศาสตร์ใหม่ ในการดำเนินการ แล้วนำผลการ
วิจัยมาเปรียบเทียบกับกระบวนการเดิม

4.2 ควรทำการวิจัยเรื่องใหม่ โดยมี
การวัดต้นทุนทางสังคมของแต่ละชุมชนอย่างเป็น
ระบบ เพื่อให้สามารถอธิบายปัจจัยความสำเร็จจาก
ต้นทุนทางสังคมได้อย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุน
งบประมาณในการดำเนินโครงการจากสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
(นครราชสีมา) ขอขอบคุณคณะวิทยากรพหุภาคี
อำเภอโนนดินแดง และคณะวิทยากรพหุภาคีระดับ
จังหวัดทุกท่าน นายแพทย์วิชัย ชัตติยวิทยากุล
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ รองศาสตราจารย์
(พิเศษ) ดอกเตอร์สุรชาติ ณ หนองคาย ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ไพระ ศรีกศรีจันทร์ และอาจารย์
ชัยนาท จิตตะวัฒนะ แกนนำชุมชนและประชาชน
ตำบลสัมปอญทุกท่าน

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) 2547. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2547.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) 2549. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2548.
3. กระทรวงสาธารณสุข. แบบบันทึกข้อมูลเมืองไทยแข็งแรง ระดับหมู่บ้าน/ตำบล อำเภอ/จังหวัด ; นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2549. เอกสารอัดสำเนา.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สรุปผลการประเมินเมืองไทยแข็งแรงจังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปี 2549. <http://203.157.162.6/healthythailand2006/gui/BatchAssessForm/BatchAssessPresent Province.....> 29/4/2549.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพเพื่อเมืองไทยแข็งแรง. เอกสารประกอบการประชุมโครงการสร้างความเข้มแข็งให้เมืองไทยแข็งแรง ปี พ.ศ. 2548. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2548.
บุญชู กุลประดิษฐ์ารมย์, บรรณาธิการ. Laser surgery and medicine. การประชุมวิชาการและเชิงปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ; วันที่ 26-28 กุมภาพันธ์ 2539 ; ณ ห้องประชุมชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิต. กรุงเทพฯ ; 2539.
6. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาชุมชน : หลักการศึกษา วิเคราะห์และปฏิบัติงานชุมชน. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2536.
7. พรชัย พันธงาม. การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2540.
8. บุญชอบ เกษโกวิท. การประเมินประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการให้อาหารเสริม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโภชนาวิทยา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ; 2538.
9. พันธ์ พงษ์สุนันท์, อุบล จันท์เพชร และจินตนา ชูณหมุกดา. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน เพื่อพัฒนาชุมชนน่าอยู่ : กรณีศึกษาจังหวัดราชบุรี. ราชบุรี : โรงพิมพ์ธรรมรักษ์ ; 2545.
10. กังสดาล สุวรรณรงค์. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2549.