

## การเสริมพลังอำนาจกับการจัดบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล\* Empowerment and Public Health Service Management of Tambon Health Promoting Hospital

เวชสุวรรณ อาจวิชัย<sup>1</sup>, พร้อมวิชญ์ อัครกฤษณาวิณ<sup>2</sup> และรณชิต พุทธลา<sup>3</sup>

Wedsuwan Ardwichai<sup>1</sup>, Promwit Asawakritnawin<sup>2</sup> and Ronnachi Phuthala<sup>3</sup>

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตร้อยเอ็ด<sup>1</sup>

Mahamakut Buddhist University, Roi Et Campus<sup>1</sup>

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น<sup>2</sup>

The University of Management and Technology<sup>2</sup>

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาลัยศาสนศาสตร์เฉลิมพระเกียรติกาสิโน<sup>3</sup>

Mahamakut Buddhist University, Kalasin Buddhist College<sup>3</sup>

Email : dps4ved2@gmail.com

### บทคัดย่อ

การศึกษาการเสริมพลังอำนาจกับการจัดบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ตัวแปรองค์ประกอบของพลังอำนาจชุมชนและพลังอำนาจองค์การ ซึ่งทุกตัวแปรองค์ประกอบที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นสามารถร่วมกันอธิบายผลการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทยได้อย่างถูกต้อง ส่วนการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เพื่อตรวจสอบรูปแบบตามสมมติฐานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนกันตามสมมติฐานการวิจัย เป็นไปตามเกณฑ์ค่าดัชนีที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถร่วมกันอธิบายตัวแปรการบริการสาธารณสุข โดยมีตัวแปรพลังอำนาจชุมชนและตัวแปรพลังอำนาจองค์การเป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ผลจากการวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าแนวทางการบริการสาธารณสุขของประเทศไทยที่เหมาะสม ควรให้มีการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนท้องถิ่น ส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถเข้าถึงระบบบริการของรัฐและการจัดบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง เปิดกว้างต่อสาธารณะให้องค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินการตามศักยภาพของแต่ละองค์การเพื่อรองรับนโยบายใหม่ๆ ให้มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและได้มาตรฐานมาให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องมีแนวทางการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการเข้ามีส่วนร่วมทุกภาคส่วนใน

แบบพหุภาคี ภายใต้ระบบเครือข่าย การบริการสาธารณสุขทั้งในระดับพื้นที่และนอกพื้นที่เชื่อมโยงกับระดับชาติและนานาชาติ

**คำสำคัญ :** การเสริมพลังอำนาจองค์กร; การเสริมพลังอำนาจชุมชน; การจัดการบริการสาธารณสุข

## ABSTRACT

This study of empowerment and public health services Management of the Tambon Health Promoting Hospital found that the all of components variables in community empowerment and organizational empowerment that the researcher has studied and developed, can jointly explain the results of public health services management in Thailand correctly, as for the analysis of the relationship model to check the model according to the hypothesis consistent with the empirical data. There is a harmonization with the research hypothesis meets the index criteria specified by the researcher. There are statistically significant differences the level of 01 that is able to jointly explain the variables of public health services management including community empowerment variables and organizational empowerment variables which are causal variables which have a direct and indirect influence on the health services in Thailand. It was conformed to the test results found that community empowerment and organizational empowerment have influence to public health service management in provision of Thailand, the result of the research indicates that the appropriate guidelines for public health services management in Thailand to activity should be conducted in accordance with the way of life of the local community for promoting in local communities into have access to government services and public health services management themselves. Opening of the public for both governmental organizations private and public sectors including participate in the implementation of the potential of each organization to support the new policy, to be consistent with the area context promote the continued use of modern and standard technology for service. In particular, there must be an operational approach that focuses on multilateral engagement in all sectors under network public health services management at both the local and external levels linked with national and international levels.

**Keywords :** Organizational Empowerment; Community Empowerment; Public Health Service Management

## 1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำกรวิจัย

การจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นการจัดการบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) สถานการณ์การจัดบริการสาธารณสุขในต่างประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่พัฒนามาจากประเทศอังกฤษ ซึ่งได้สรุปแนวความคิดของความเป็นธรรมในบริการสุขภาพที่สำคัญในอดีตจนถึงปัจจุบัน ทิศทางการพัฒนาแนวความคิดไม่ได้มุ่งไปสู่จุดประสงค์ “การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับผู้มีความจำเป็นที่เท่ากัน” อย่างไรก็ตาม ความเป็นธรรมในการจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิเช่น ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โปแลนด์ และแคนาดา ประกาศความเป็นธรรมในแนวตั้งของการชำระค่าบริการสุขภาพเป็นจุดประสงค์หลักอย่างชัดเจน ส่วนประเทศเดนมาร์กและอีกหลายประเทศได้ใช้หลักการนี้อย่างไม่เปิดเผย ในขณะที่มีระบบบริการสุขภาพของเพียงบางประเทศเท่านั้นที่อาศัยแหล่งชำระค่าบริการสุขภาพเอกชนอย่างมาก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาและฟิลิปปินส์ เป็นต้น ซึ่งในระบบนี้ความเป็นธรรมในแนวตั้งไม่ได้ถูกยกเป็นจุดประสงค์ (Donaldson et al, 1993; สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2544) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย อังกฤษ และเนเธอร์แลนด์ โดยแบ่งประชากรออกเป็น 10 กลุ่ม ตามระดับรายได้สุทธิ จากน้อยไปมากพบว่า ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีวิธีการจ่ายค่าบริการสุขภาพที่ก้าวหน้าที่สุด กลุ่มที่ยากจนที่สุดของประเทศไทยซึ่งครอบครองรายได้เพียงร้อยละ 2.7 ของรายได้ทั้งประเทศได้จ่ายเงินสมทบบริการสุขภาพแค่อ้อยละ 1.7 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของระบบบริการสุขภาพ ขณะเดียวกันกลุ่มที่ร่ำรวยที่สุดของประเทศมีรายได้ถึงร้อยละ 23.7 จ่ายเงินสมทบบริการสุขภาพร้อยละ 25.6 มีความพยายามที่จะเปรียบเทียบความเป็นธรรมในการระดมเงินสำหรับระบบบริการสุขภาพระหว่างประเทศ โดยที่มีหลักฐานหลายชิ้นได้พิสูจน์ว่า การระดมเงินสำหรับระบบบริการสุขภาพโดยรัฐไม่ได้รับประกันว่าจะเกิดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพได้ ระบบบริการสุขภาพที่จัดโดยเอกชนส่วนใหญ่มักจะมีความเป็นธรรมต่ำขณะที่ระบบบริการสุขภาพที่จัดการโดยรัฐส่วนใหญ่มีความเป็นธรรมสูงกว่า เพราะฉะนั้น ในทางปฏิบัติแล้วระบบที่ใช้การระดมค่าบริการสุขภาพโดยรัฐจะดีกว่าในแง่ของการบรรลุความเป็นธรรม ซึ่งก็เป็นคำอธิบายว่าระบบบริการสุขภาพของหลายประเทศดำเนินการโดยรัฐ เนื่องจากรัฐเล็งเห็นความสำคัญของความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ (Peggy, 2009)

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น ผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประชุมครั้งที่ 3/2549 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 เห็นชอบตามข้อเสนอของคณะอนุกรรมการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วยผู้แทน

จาก 1)คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2)คณะกรรมการกระจายอำนาจการปกครองท้องถิ่น 3)กระทรวงสาธารณสุข 4)กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และ 5)สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และมีมติให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการนำร่องให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2549) ในการดำเนินการดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดเป้าหมายปีงบประมาณ 2549 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการนำร่องจำนวนไม่เกิน 800 แห่งทั่วประเทศ หรือเฉลี่ยอำเภอละ 1 แห่ง โดยใช้งบประมาณจากงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 37.50 บาทต่อคน (เป็นงบประมาณเพิ่มเติมและคนละส่วนกับงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดสรรให้แต่ละจังหวัด) สมทบกับงบประมาณเงินอุดหนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่เข้าร่วมดำเนินการนำร่อง เพื่อดำเนินการให้ประชาชนของแต่ละพื้นที่นำร่องสามารถเข้าถึงการบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพได้มากยิ่งขึ้น จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดสรรงบประมาณไปดำเนินการด้านการเข้าถึงการบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพในท้องถิ่นคิดเป็นร้อยละ 35 ของงบประมาณแผนรายจ่ายประจำปีทั้งหมด (โกวิทย์ พวงงาม, 2542) และจากการศึกษาของ ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ (2548) พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ให้ความสำคัญกับการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ในสัดส่วนราวร้อยละ 60-70 และจากการศึกษาของ บุรณ์ ไสยสมบัติ (2557) พบว่า งบประมาณการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2548-2550 ในด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต คิดเป็นร้อยละ 11.0, 8.9 และ 6.8 ตามลำดับ สำหรับการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 1.1, 1.1 และ 0.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ กิตติพงศ์ อุบลสะอาด และคณะ (2551) ยังได้ศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพโดยตรง และจากการศึกษาของ กฤษณชัย กิมชัย (2551) พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 38.75 งบประมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 35.0 จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไปดำเนินการด้านการเข้าถึงการบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพในท้องถิ่นค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมด ส่งผลกระทบให้มีโรคติดต่อในท้องถิ่นมากขึ้น เช่น โรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังมีโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคไต

นอกจากนี้ ยังพบว่าการเรียกเก็บค่าบริการสุขภาพที่ต่ำทำให้เกิดการใช้บริการสุขภาพที่มากเกินไปจนความจำเป็นได้ การใช้บริการสุขภาพมากเกินไปจนความจำเป็นนี้จะนำไปสู่คุณภาพของบริการสุขภาพที่ลดลง ผู้ใช้บริการพยายามที่จะหาช่องทางที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพก่อนผู้อื่นโดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล

เส้นสาย ตำแหน่งหน้าที่และอิทธิพลต่างๆ ซึ่งในที่สุดก็ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพขึ้นมาได้ ปัญหาส่วนหนึ่งมาจากการที่ประชาชนในชนบทเป็นผู้ที่ถูกจำกัดด้วยฐานะทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพ แม้ว่าค่าบริการสุขภาพในเขตชนบทจะตั้งไว้ต่ำ ประชาชนในชนบทก็ไม่อาจจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ ซึ่งทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมของบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ประชาชนยังคงประสบปัญหาในยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน เจ็บพลัน ตั้งแต่การดูแลจากจุดเจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ขาดระบบที่ดี และขาดหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่และอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐบาล ไม่มีการประเมินผลความคุ้มค่าประโยชน์ ในขณะที่บทบาทของภาคเอกชนในบริการด้านสุขภาพมีการดำเนินการแบบธุรกิจมุ่งแสวงหากำไรเกินความเป็นจริง (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) และอัตราการใช้บริการสุขภาพ พบว่าการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในสถานบริการที่มีเตียงไว้รับผู้ป่วยนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1.8 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2544 เป็น 3.4 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2552 โดยอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2544-2552 สูงสุดที่กรุงเทพมหานคร และต่ำที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แสดงว่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสูงสุดในกรุงเทพมหานคร และเช่นเดียวกับอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2550 โดยอัตราการให้บริการผู้ป่วยในสูงสุดที่กรุงเทพมหานครและต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แสดงว่าการบริหารจัดการการบริการสาธารณสุขยังขาดความเป็นธรรม (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554)

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การ และการบริการสาธารณสุข
- 2.2 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การ และการบริการสาธารณสุข
- 2.3 เพื่อวิเคราะห์แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การ และการบริการสาธารณสุข

## 3. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

- 3.1 ได้ทราบถึงระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การและการบริการสาธารณสุข
- 3.2 ได้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การ และการบริการสาธารณสุข

3.3 ใช้เป็นข้อมูลในการเสนอแนะแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์กร และการบริการสาธารณสุข

#### 4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1)ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2)บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3)อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 4)ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขต 10 ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็นตามสัดส่วนขนาดของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขต 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ 1)จังหวัดอุบลราชธานี 2)จังหวัดศรีสะเกษ 3)จังหวัดยโสธร 4)จังหวัดอำนาจเจริญ และ 5)จังหวัดมุกดาหาร และเพื่อให้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างทุกหน่วยวิเคราะห์มีโอกาสได้รับการคัดเลือกเป็นตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตาแล้วทำการสุ่มอย่างง่าย ตามขนาดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างให้ได้ครบจำนวนที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ดังนี้ 1)ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลกับ (1)ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2)บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ (4) ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น 2)ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและส่งไปรษณีย์บางส่วนให้แก่ (1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ (4) ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น รวมจำนวนทั้งสิ้น 400 ฉบับ 3)ติดตาม/ ประสานงานและติดตามแบบสอบถามเป็นระยะกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้ได้แบบสอบถามคืนมาให้ครบจำนวนตามที่ต้องการ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและส่งไปรษณีย์บางส่วน จำนวน 400 ฉบับ ได้กลับคืนมาภายในเวลาที่กำหนด จำนวน 388 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97 จึงเป็นไปตามเกณฑ์กำหนดของสถิติที่ใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้ จึงได้นำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ดำเนินการ รายละเอียดดังนี้ 1)การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 2)การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทำการทดสอบตัวแปรสังเกตได้และวิเคราะห์ตัวแปรองค์ประกอบ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์พหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise Regression Analysis) ด้วยสถิติอ้างอิงไม่มีพารามิเตอร์ (Non Parametric Inference) 3)การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis: MRA) เป็นการวิเคราะห์

ความแปรปรวน (ANOVA) ของตัวแปรพยากรณ์ที่นำเข้าสู่สมการพยากรณ์ โดยวิธีวิเคราะห์พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) เป็นการประยุกต์ใช้เพื่อการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อทำการทดสอบมีอิทธิพลหรือสัมพันธ์กันตัวแปรสังเกตได้ ว่าหรือไม่ อย่างไร ด้วยสถิติอ้างอิงแบบไม่มีพารามิเตอร์ (Non Parametric Inference) เพื่อวิเคราะห์แปรปรวนของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการพยากรณ์ที่มีอิทธิพลต่อการบริการสาธารณสุข ตัวแปรอิสระคือ พลังอำนาจชุมชน และพลังอำนาจองค์การ ว่ามีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือการจัดการบริการสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร

จากนั้น ได้นำผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และโดยวิธีวิเคราะห์พหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise Regression Analysis) สามารถพัฒนาเป็นตัวแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ(Structural Equation Model Analysis: SEM) ต่อไป ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและจากการสัมภาษณ์มาทำการจำแนกและจัดระบบข้อมูล ตามกรอบแนวคิดการวิจัยร่วมกับข้อมูลจากเอกสาร มาวิเคราะห์เพื่อใช้อธิบายรูปแบบการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย และเสนอแนวทางการพัฒนาการจั้ดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับประเทศไทย ก่อนนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) ตามหลักการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อยืนยันว่าข้อมูลมีความถูกต้องแม่นยำ ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540) 1)การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) 2)การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) 3)การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) และผลจากการสัมภาษณ์ในการวิจัยนี้มีการรวบรวมและสรุปประเด็นคำให้สัมภาษณ์และความคิดเห็นทั้งหมดแล้วประมวลผลคำให้สัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยมาประกอบการตรวจสอบยืนยันทั้งกรอบแนวคิดการวิจัย การยอมรับในองค์ประกอบและตัวแปรการวิจัย การยอมรับในเครื่องมือการวิจัย การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของตัวแปรองค์ประกอบ การเสนอแนะแนวทางการวิจัย และการยืนยันรูปแบบที่ได้จากผลการวิจัย ตลอดจนการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาต่อยอดการวิจัยในแง่มุมอื่นๆ ต่อไป

## 5. ผลการวิจัย

5.1 ผลการวิเคราะห์ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การ และการบริการสาธารณสุข พบว่า พลังอำนาจชุมชน(COMMU\_EM) โดยภาพรวม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาวะผู้นำของผู้นำท้องถิ่น (Local\_ Le) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย=3.61) การเข้ามีส่วนร่วมของชุมชน(Commu) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย=3.56) ความร่วมมือขององค์การชุมชน(Base\_org) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย=3.55) การระดม

ทรัพยากรภายในชุมชน(Resource) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย=3.52) และการประเมินและจัดการปัญหาตนเอง(assess) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.44) ตามลำดับ

พลังอำนาจองค์การ (ORG\_EMPO) โดยภาพรวม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย=3.55) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กรอบโครงสร้างองค์การแบบพลวัต(dynamic) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.59) การควบคุมการตัดสินใจในองค์การ(control) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.58) และการแลกเปลี่ยนการใช้ข้อมูลร่วมกัน(fluid) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.47) ตามลำดับ

การบริการสาธารณสุข (P\_H\_S) โดยภาพรวม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย=3.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า แผนงาน/การปรับปรุงการปฏิบัติ(plan\_imp) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.58) การเป็นผู้นำสมัยใหม่ด้านบริการสาธารณสุข(h\_lead) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย=3.53) สุขภาวะอนามัยและความปลอดภัย(pro\_safe) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย=3.51) และการติดต่อสื่อสาร/การจัดการข้อมูล(comm\_mng) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย=3.49) ตามลำดับ

5.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การ และการบริการสาธารณสุข พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่าตัวแปรทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง .712 - .773 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันตั้งแต่ .247 - .592 และหากพิจารณาเป็นรายตัวแปรแฝง พบว่าตัวแปรสังเกตในตัวแปรแฝงพลังอำนาจชุมชน (COMMU\_EM) สัมพันธ์กันตั้งแต่ .369 - .546 ตัวแปรสังเกตในตัวแปรแฝงพลังอำนาจองค์การ (ORG\_EMPO) สัมพันธ์กันตั้งแต่ .329 - .592 ตัวแปรสังเกตในตัวแปรแฝงการบริการสาธารณสุข (P\_H\_S) สัมพันธ์กันตั้งแต่ .247 - .585 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าค่า Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 419.910 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (P= .00) สำหรับค่าดัชนีไคเซอร์-ไมเยอร์ ออลคิน (Kaiser-Mayer-Olkin Measures of sampling Adequacy: KMO) นั้น พบว่า ค่าที่ได้เท่ากับ .710 นั้นแสดงว่าตัวแปรสังเกตได้ 12 ตัวแปร มีความสามารถในการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพลังอำนาจชุมชนและพลังอำนาจองค์การที่ส่งผลต่อการบริการสาธารณสุขของประเทศไทยต่อไปได้

5.3 ผลการวิเคราะห์แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การ และการบริการสาธารณสุขพบว่าแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การ และการบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ตัวแปรองค์ประกอบสุขภาวะอนามัยและความปลอดภัย(Protest Worker Health and Safety) แผนงาน/การปรับปรุงการปฏิบัติ(Plan for and Improve Practice) การติดต่อสื่อสาร/การจัดการข้อมูล(Communicate & Manage Information) และการเป็นผู้นำสมัยใหม่



ด้านบริการสาธารณสุข(Model Health Leadership) และมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีตัวแปรพลังอำนาจชุมชน(Community Empowerment) และตัวแปรพลังอำนาจองค์การ(Organizational Empowerment) เป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย สามารถร่วมกันอธิบายตัวแปรการบริการสาธารณสุข(Public Health Service) ซึ่งสอดคล้องตรงกับผลการทดสอบ พบว่าพลังอำนาจชุมชน และพลังอำนาจองค์การมีอิทธิพลต่อการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย และเมื่อทำการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ (SEM) ด้วยโปรแกรมลิสเรล (LISREL) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ ( $X^2$ ) เท่ากับ 123/44 = 2.79 องศาอิสระ (df) มีค่าเท่ากับ 44 ค่าความมีนัยสำคัญ (p-value) มีค่าเท่ากับ 0.00000 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.029 ค่า GFI = 0.98, ค่า AGFI = 0.96, ค่า CFI = 1.00, ค่า NFI = 0.99, ค่า NNFI = 1.00, และค่า CN = 453.35 แสดงว่ารูปแบบตามสมมติฐานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ค่าดัชนีที่เหมาะสม (Fit) นั้นหมายความว่าพลังอำนาจชุมชน (Community Empowerment) พลังอำนาจองค์การ (Organizational Empowerment) และการบริการสาธารณสุข (Public Health Service) มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และจากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นสมควรเสนอเป็นรูปแบบการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย โดยใช้แนวคิดพลังอำนาจชุมชน พลังอำนาจองค์การเป็นฐานต่อไป

## 6. อภิปรายผลการวิจัย

6.1 จากผลการวิเคราะห์ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การ และการบริการสาธารณสุข พบว่าพลังอำนาจชุมชน (COMMU\_EM) โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.44) พลังอำนาจองค์การ (ORG\_EMPO) โดยภาพรวม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และการบริการสาธารณสุข (P\_H\_S) โดยภาพรวม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ เช่นกัน ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่สร้างเสริมให้ผู้รับบริการได้พัฒนาตนเอง และเป็นจรรยาบรรณทางการแพทย์ที่ต้องคำนึงถึงอยู่เสมอแต่มีได้หมายความว่า พยาบาลจะถูกลดอำนาจในทางกลับกันแนวคิดนี้เป็นสิ่งท้าทายที่พยาบาลต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งถึงการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการดูแลแบบเดิมที่พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลตนเอง ดังนั้น พยาบาลจะต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งแนวคิดและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งควรพิจารณาและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ค่อยๆ พัฒนาให้องค์ประกอบปฏิบัติการมีความเข้มแข็ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cattaneo & Chapman (2009) ได้นิยามชุมชนที่มีพลังอำนาจว่าเป็นชุมชนที่มีการยกระดับพลังอำนาจทางจิตวิทยาของบุคคลในกลุ่มสมาชิก มีการร่วมกิจกรรมทางการเมืองของบุคคลในกลุ่มและบรรลุการกระจายทรัพยากร หรือการตัดสินใจที่เหมาะสมเกิดประโยชน์ต่อชุมชน ในขณะที่ Keiffer (1984) ได้

สะท้อนการสร้างกระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชน จากผลการทดลองสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลของเขา และสรุปไว้ว่าต้องทำงานเป็นกระบวนการแบบมีส่วนร่วมที่ขับเคลื่อนให้บุคคลเข้าสู่อการเปลี่ยนแปลง 4 ระยะ ดังนี้ (1)ระยะการเข้าถึงตนเองและสังคม คือการรู้จักตนเอง บุคลิกภาพ ความสามารถและรู้จักสิ่งแวดล้อม สังคม (2)ระยะความก้าวหน้า คือเริ่มมีและเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสังคมในเชิงวิเคราะห์ (3)ระยะการเชื่อมต่อ คือ เริ่มมีกลยุทธ์ กลวิธีในการอยู่ร่วมกับสังคม และ (4)ระยะความมุ่งมั่น คือ เริ่มมีการผสมผสานวิถีชีวิตตนเองเข้ากับสังคมอย่างมีจุดมุ่งหมาย เขาได้อธิบายว่ามีสาระสำคัญอยู่ 2 ประการในการเคลื่อนตัวใน 4 ระยะข้างต้น คือการเกิดการสนทนาที่เป็นรูปธรรม สร้างสรรค์ วิเคราะห์ วิจารณ์ และการเกิดความขัดแย้งและมองเห็นแนวทางการพัฒนาให้ก้าวหน้าได้ต้องมี 3 กิจกรรมหลักที่เกิดขึ้นแบบสัมพันธ์เชื่อมต่อกัน คือการพัฒนามุมมองที่มีต่อตนเองในทางบวก การพัฒนามุมมองเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว และการเชื่อมโยงทรัพยากรและศักยภาพของบุคคลและสังคมเข้าด้วยกันในกิจกรรมทางสังคมการเมือง (ไพโรจน์ ภัทรนรากุล, 2550)

6.2 จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์การ และการบริการสาธารณสุข พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่าตัวแปรทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง .712 - .773 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั้นแสดงว่าตัวแปรสังเกตได้ 12 ตัวแปร มีความสามารถในการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพลังอำนาจชุมชนและพลังอำนาจองค์การที่ส่งผลต่อการบริการสาธารณสุขของประเทศไทยต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังของประชาชนในตนเองกับพลังของชุมชน โดยการศึกษาของนักวิชาการกลุ่มหนึ่งพบว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถเป็นได้ทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม (Megandaru, 2014) และจากผลการศึกษาของ Yalanda (2005) กลับชี้ว่า พลังอำนาจของประชาชนมีสถานะเป็นตัวแปรตาม โดยแปรผันตามการเข้าไปมีส่วนร่วม และการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจ เนื่องจากพลังอำนาจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาดังนั้น จึงมีการนำเสนอกระบวนการสร้างพลังอำนาจขึ้น โดย Keiffer (1984) ได้นำเสนอการเกิดพลังอำนาจในเชิงกระบวนการออกเป็น 4 ช่วง คือ ช่วงแรก เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวตนของบุคคลและชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ช่วงที่สอง เป็นการวิเคราะห์ตนเองและชุมชนในเชิงสัมพันธ์ภาพ ช่วงที่สาม เป็นการแสวงหากลยุทธ์เพื่อนำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์ แบบมีส่วนร่วมในชุมชน ช่วงที่สี่ เป็นการสร้างพันธะสัญญาระหว่างบุคคลกับชุมชนอย่างมีเป้าหมาย อนึ่ง เพื่อให้กระบวนการดังกล่าวประสบผล กลไกสำคัญที่ช่วยในการขับเคลื่อนคือ การเสวนา การวิเคราะห์ และการวิพากษ์ รวมไปถึงการจัดทำกิจกรรมทางสังคม และการเมือง อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างนั้น มีผู้เสนอแนวคิดไว้คือ แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Siegall & Gardner (2010) ที่กล่าวถึง กระบวนการ 5 ขั้นตอน

ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจ การเลือกเทคนิค และกลยุทธ์ในการจัดการ การช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจไปแล้ว Russell & Matthews (2003) เสนอขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ การที่หน่วยงานมีความชัดเจนในหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลในงาน มีการมอบหมายทั้งอำนาจและหน้าที่ให้ผู้ปฏิบัติ มีมาตรฐานการทำงานเป็นแนวทางให้ปฏิบัติ มีการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ ภายในองค์กรจะต้องมีข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจน มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ ให้การยกย่อง และยอมรับผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ยอมรับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยผู้บริหารร่วมรับผิดชอบกับผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ยังควรต้องมีการให้เกียรติและยอมรับการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน ส่วนทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Kanter (1997) ได้กล่าวถึงอำนาจที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่ผู้บริหารจะสามารถนำมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้พัฒนาเป็น 4 ด้าน คือ การได้รับทรัพยากร การได้รับการสนับสนุน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับโอกาส ซึ่งหมายถึงผู้บริหารต้องจัดการให้ผู้ปฏิบัติได้รับองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านอย่างเพียงพอและเหมาะสม จึงจะทำให้ผู้ปฏิบัติพึงพอใจในงาน รู้สึกยึดมั่นผูกพันในองค์กร และส่งผลต่อประสิทธิผลของงานและองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Siegall & Gardner (2010) เสนอความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิด ตามทฤษฎีโครงสร้างอำนาจในองค์กรซึ่งได้ผลการวิจัยมาปรับปรุงและเพิ่มเติมในรายละเอียดให้มากขึ้น โดยแสดงให้เห็นโครงสร้างที่เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลชัดเจนขึ้น

6.3 จากผลการวิเคราะห์แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์กร และการบริการสาธารณสุข พบว่า แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจองค์กร และการบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กัน นั่นหมายความว่า ตัวแปรองค์ประกอบ 4 ตัวแปร ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถร่วมกันอธิบายตัวแปรการบริการสาธารณสุข และมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีตัวแปรพลังอำนาจชุมชนและตัวแปรพลังอำนาจองค์กรเป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบการบริการสาธารณสุขของประเทศไทยได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของ Thomas & Velthouse (2011) กล่าวว่า การเสริมพลังในการจัดการอาจพิจารณาในมิติของการนำ และการความคิดริเริ่มในการควบคุมทางการบริหาร ในมิติของการนำการเสริมพลังเกี่ยวข้องกับการเสริมอำนาจการตัดสินใจของพนักงาน ในการใช้ดุลพินิจในฐานะปัจเจกบุคคล หรือทีมงานที่สามารถตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานที่ได้รับมอบหมาย พนักงานในฐานะผู้ปฏิบัติต้องรับผิดชอบการตัดสินใจในการจัดทำงบประมาณ การจัดทำแผนการปฏิบัติงาน การแก้ไขปัญหาที่กระทบต่อคุณภาพของสินค้าและบริการ ปัจจุบันองค์กรต่างๆ ทั้ง

ภาครัฐและภาคเอกชนต่างให้ความสำคัญเรื่องการเสริมพลัง เหตุผลหลักประการหนึ่งคือประสิทธิภาพการตัดสินใจทางการบริหารในปัจจุบันต้องตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงให้ทันสถานการณ์ ผู้ที่ใกล้ชิดกับปัญหามองค้ความรู้ที่ถูกต้องกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางการบริหาร โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ระดับล่างและคลุกคลีอยู่กับการปฏิบัติในระดับที่ใกล้ชิดกับลูกค้าหรือผู้รับบริการ ดังนั้นกระบวนการตัดสินใจดำเนินงานย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลองค์กร

ปัจจุบันทุกองค์การมีการปรับลดขนาด ส่งผลให้มีขอบเขตการควบคุมบังคับบัญชาอย่างกว้างขวางกว่าเดิม ด้านผู้บริหารเองก็มีการฝึกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ผู้บริหารยุคใหม่ต้องเสริมสร้างพลังของคนในองค์กร มีถ่ายเทอำนาจการตัดสินใจไปยังระดับล่างมากขึ้น ผลของการเสริมสร้างพลังพนักงานย่อมส่งผลต่อการเพิ่มขีดสมรรถนะ ประสบการณ์ การมีความอิสระคล่องตัว และความเชื่อมั่นในการทำงานที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การจัดการที่ดี (Herrenkohl & Heffner, 2005) สำหรับความคิดริเริ่มในการควบคุมทางการบริหาร เป็นลักษณะของการควบคุมเชิงกลยุทธ์ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับในทุกองค์การว่า คุณภาพของสินค้าและบริการขึ้นอยู่กับประสิทธิผลการมีส่วนร่วมของพนักงาน และเป็นผลโดยตรงจากการที่พนักงานมีพันธะผูกพันและความรู้สึกเป็นเจ้าของในปัญหาที่ต้องการแก้ไข สำหรับองค์ประกอบในการเสริมพลัง ประกอบด้วย (ไฟโรจน์ ภัทรนรากุล, 2550) 1)วิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์การ นอกจากสะท้อนเป้าหมายแล้ว องค์การต้องแสดงถึงความมุ่งมั่นในการเสริมคุณค่าของสมาชิก และมีการสนับสนุนที่จำเป็นและประกาศเป็นเจตนารมณ์อย่างเป็นทางการ 2)ความเชี่ยวชาญและความเป็นเลิศของบุคลากร องค์การต้องดึงดูดและรักษา และเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้สามารถแสดงศักยภาพอย่างสร้างสรรค์และใช้ศักยภาพได้อย่างเต็มที่และเป็นอิสระ 3)การพร้อมเผชิญการเปลี่ยนแปลง การยอมรับความผิดพลาดและความเสี่ยง)การปรับวัฒนธรรมที่ไม่เน้นหาคนผิด หรือ “แพะ” แต่มุ่งหาแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นการปรับวัฒนธรรมจาก Blamed Culture มาสู่ Un-blamed Culture) และ 5)ดุลยภาพและการประสานสัมพันธ์ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกทุกคนในองค์กร โดยทุกคนต้องสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิก เพื่อให้เกิดความร่วมมือและมีการประนีประนอมทุกส่วนขององค์การ

ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการจัดบริการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศ ต้องมีการปรับศักยภาพตัวเอง อยู่เสมอเพื่อรองรับแนวทางนโยบายใหม่ๆ ให้มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและได้มาตรฐานมาให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องมีแนวทางการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการเข้ามีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในแบบพหุภาคี(Partnerships) ภายใต้ระบบเครือข่าย (Civic Networks) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Herrenkohl & Heffner (2005) ที่อธิบายไว้ว่าการเสริมพลังอำนาจมีความเชื่อมโยงกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่มุ่งสู่การพึ่งตนเอง และหนทางความพอประมาณ ความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีสอดคล้องกับแนวทางเสริมพลังเพื่อนำไปสู่การสร้าง

ความตระหนักแห่งตนจำ เป็นต้น ดังนั้น พื้นฐานการเสริมพลังก็คือการทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจภายในเกิด ความเชื่อมั่นว่ามีศักยภาพแห่งตน(self-efficacy) อย่างพอเพียงที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จด้วย ตัวเอง การปรับเปลี่ยนค่านิยม ทศนคติและขีดความรู้สึกรู้สึกของประชาชนถึงสภาวะไร้อำนาจ มาสู่ความ ตระหนักว่าตนมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth) สามารถดำเนินการเพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายของตน เป็นการ เสริมคุณค่าและอุดมการณ์ให้ประชาชนสามารถที่จะตัดสินใจได้เอง เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเอง สามารถอุ้มชู ตนเองและนำไปสู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนสืบไป

## 7. ข้อเสนอแนะ

### 7.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

7.1.1 จากผลการศึกษา พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจ องค์การ และการบริการสาธารณสุข โดยภาพรวม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก จึงเห็นควรให้หน่วยงานทั้ง ภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ ดำเนินการ จัดการบริการสาธารณสุขโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน และการเสริมสร้างพลังอำนาจ องค์การ บูรณาการกับแนวคิดอื่นๆ ตามสภาพของชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ เพื่อให้การจัดบริการสาธารณสุข บรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างแท้จริง

7.1.2 จากผลการศึกษา พบว่า พลังอำนาจชุมชน พลังอำนาจองค์การและการบริการสาธารณสุข ของประเทศไทย มีความความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเห็น ควรใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ และ/หรือแนวทางการบริหารจัดการสาธารณสุข ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ สอดรับกับกิจกรรมหรือโครงการของภาครัฐและความต้องการของ ประชาชนในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างอย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์

7.1.3 จากผลการศึกษา พบว่า พลังอำนาจชุมชนและพลังอำนาจองค์การวัฒนธรรมไทย มีอิทธิพลต่อการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย สามารถอธิบายร่วมกันได้ สอดคล้องกลมกลืนกับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบการบริการสาธารณสุขของประเทศไทยได้ ในเชิงวิชาการถือ ว่าเป็นการค้นพบตัวชี้วัดใหม่เกี่ยวกับการบริหารจัดการสาธารณสุขที่สามารถปรับใช้กับสังคมไทยทั้ง ในระดับพื้นที่และระดับชาติได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

### 7.2 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

7.2.1 ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าแนวทางการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ในปัจจุบัน โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาให้ตรงกับวิถีชีวิตของชุมชนตามบริบทของพื้นที่ การส่งเสริมให้ชุมชน มีพลังอำนาจในการจัดบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง ภายใต้การกำกับและให้บริการข้อมูลด้านสุขภาพ ขององค์การภาครัฐที่มีบทบาทหน้าที่ด้านการจัดบริการสาธารณสุขจะต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ องค์การ โดยการปรับโครงสร้างองค์การให้สอดคล้องกับสภาพการณ์เน้นโครงสร้างองค์การแบบพลวัต

ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้การควบคุมการตัดสินใจในองค์การ และการแลกเปลี่ยนการใช้ข้อมูลร่วมกัน จะเอื้อต่อการบริการสาธารณสุขในบริบทของประเทศไทยเป็นอย่างมาก

7.2.2 หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้ให้เกิดขึ้น เช่น รู้สัจธรรมเมื่อรู้แล้วจะได้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีและสร้างสรรค์ในตัวเองในคนอื่นซึ่งจะทำให้การบริหารจัดการเกิดการพัฒนาย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### 7.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

7.3.1 ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า การจัดบริการสาธารณสุขของประเทศต้องมีการปรับศักยภาพตัวเองอยู่เสมอเพื่อรองรับแนวทางนโยบายใหม่ๆ ให้มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและได้มาตรฐานมาให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการเข้ามีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในแบบพหุภาคี ระบบเครือข่าย การบริการสาธารณสุขทั้งในระดับพื้นที่และนอกพื้นที่ การบูรณาการกิจกรรมร่วมกัน การใช้ข้อมูลร่วมกัน การวางแผนร่วมกัน การร่วมปฏิบัติและการติดตามประเมินผลร่วมกัน รวมถึงการกระจายอำนาจในการรับผิดชอบ จะทำให้การจัดบริการสาธารณสุขบรรลุตามเป้าหมายได้อย่างแท้จริง

## 8. บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). **แผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549**. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2555). **กรอบนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พ.ศ. 2556-2565 (ฉบับร่าง)**. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณชัย กิมชัย. (2551). **อาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติและบทบาท อสม.ยุคใหม่. วารสารวิชาการสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน. 23(4). 19-37.**
- กิตติพงษ์ อุบลสะอาด และคณะ. (2551). **การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 17(1). 25-29.**
- โกวิทย์ พวงงาม. (2542). **การปกครองท้องถิ่นไทย: หลักการและมิติใหม่ในอนาคต**. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์.
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ. (2548). **การขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจในอนาคต: โครงการการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำร่างแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม**. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพฯ : เจริญผล.
- บุรณ์ ไสยสมบัติ. (2557). **การจัดบริการสาธารณสุขยุคใหม่.วารสารวิชาการสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน. 23(4). 44-49.**

- ไพโรจน์ ภัทรนรากุล. (2550). **การจัดการภาครัฐกับการเสริมพลังประชาชน**. กรุงเทพฯ : คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2549). **จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง**. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สมชาย สุขสิริเสรีกุล. (2544). **ความเป็นธรรมในการจัดระบบบริการสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2554). **การสาธารณสุขไทย 2551-2553**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Cattaneo, L., Chapman, A. (2009). The process of empowerment: A model for use in research and practice. **American Psychologist**. 65(7). 646-659.
- Donaldson, L. (1993). **Organization empowerment**. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Herrenkohl, Judson & Heffner. (2005). Defining and Measuring Employee empowerment. **The Journal of Applied Behavioral Science**. 35(3). 373-389.
- Kanter, R. (1997). **Men and Women of the Corporation**. New York : Basic Books.
- Keiffer, C. (1984). Citizen Empowerment: A Development Perspective. **Prevention in Human Services**. 3(March 1984). 9-36.
- Megandaru, W. (2014). The role of OMS in community empowerment of rehabilitation and reconstruction program in brbah and prambanan sub-districts. **Journal of Alternative Perspectives in the social sciences**. 5(4). 624-653.
- Peggy, A.H. (2009). Public Health Financial Management Competencies. **Public Health Management Practice**. 5(4). 311-318.
- Russell, A. & Matthews, L. (2003). **The Organizational Empowerment Scale**. Texas Christin University : Fort Worth, Texas, USA.
- Siegall, M. & Gardner, S. (2010). Contextual factors of psychological empowerment. **Personnel Review**. 29(6). 703-722.
- Thomas & Velthouse. (2011). Cognitive elements of empowerment: An 'interpretive' model of intrinsic task motivation. **Academy of Management Review**. 15(4). 666-681.
- Yalanda, S.B. (2005). **Empowerment and Participatory Evaluation of Community Health Intervention: Implications for Occupational Therapy**. Department of occupational Therapy, College of Applied Health Science, University of Illinois at Chacago, Chicago, Illinose.