

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแบ่งการนำเสนอออกเป็น 8 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนและมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

ส่วนที่ 3 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขและคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

ส่วนที่ 4 ทฤษฎีการรับรู้

ส่วนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ส่วนที่ 6 การวิจัยเชิงประยุกต์

ส่วนที่ 7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ส่วนที่ 8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 9 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

##### 1. ความหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็น "สิทธิ" พื้นฐานของประชาชน ไม่ใช่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน (Public Assistance) ทั้งนี้โดยเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 "บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ..."ความหมายของมาตรานี้ คือ เน้นว่าทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข การอยู่ในหมวด สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย หมายถึง รัฐต้องจัดให้มี จะไม่จัดไม่ได้ เพราะเป็นเรื่องสิทธิของประชาชนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องจัดให้มีระบบที่สนับสนุนให้ประชาชนรับทราบสิทธิ ปกป้องคุ้มครองสิทธิของประชาชน สิทธิดังกล่าวครอบคลุมสิทธิที่จะได้รับบริการ ดังต่อไปนี้

## 1.1 ด้านการบริการ

- 1.1.1 ประชาชนมีสิทธิได้รับบริการอย่างเสมอภาคและได้มาตรฐาน
- 1.1.2 ประชาชนผู้ยากไร้ต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- 1.1.3 การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออย่างร้ายแรง รัฐต้องให้บริการโดยเร่งด่วน และเป็นบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
- 1.1.4 รัฐต้องส่งเสริมดูแลการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและมาตรฐาน
- 1.1.5 ส่งเสริมให้ท้องถิ่นและภาคเอกชนร่วมจัดบริการให้ทั่วถึง

## 1.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

รัฐต้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว รัฐต้องดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ เพื่อคุ้มครองสุขภาพและต้องรับฟังความเห็นของบุคคลในเรื่องสิ่งแวดล้อม รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนประชาชนให้มีส่วนร่วมใช้ประโยชน์ดูแลทรัพยากรธรรมชาติการกำจัดมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพ

## 1.3 การคุ้มครองผู้บริโภค

- 1.3.1 ประชาชนได้รับการคุ้มครองการแพร่ข่าวบุคคลที่มีผลต่อเกียรติยศ ชื่อเสียง และความเป็นส่วนตัว
- 1.3.2 รัฐมีอำนาจจัดการ เพื่อประโยชน์ การคุ้มครองผู้บริโภค
- 1.3.3 ส่งเสริมให้มีองค์กรที่มีตัวแทนผู้บริโภคในการกำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภค
- 1.3.4 บุคคลมีสิทธิร้องทุกข์และต้องได้รับทราบผล

## 2. เป้าหมายของระบบสุขภาพ

- 2.1 ประชาชนมีสุขภาพดีที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ
- 2.2 การมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่ดีเอื้อต่อสุขภาพ
- 2.3 เป็นไปตามแนวความคิดสุขภาพพอเพียง ที่หมายถึงความพอดี พอเพียง และพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ ซึ่งความพอดี พอเพียงนั้นเป็นเกณฑ์เฉพาะบุคคล เฉพาะกลุ่มที่ขึ้นกับเงื่อนไขทางสังคม การศึกษา เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม สามารถสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง ปลอดภัย เมื่อเจ็บป่วยสามารถตัดสินใจได้ถูกต้องเหมาะสมด้วยดุลยภาพที่พอดี ระหว่างการพึ่งตนเองและพึ่งผู้อื่นทั้งบริการในระบบ และนอกระบบ

2.4 การมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และยุติธรรมต่อประชาชนทุกกลุ่ม ทำหน้าที่ช่วยเหลือ ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในกรณีที่ประชาชนพึ่งตนเองไม่ได้และสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

### 3. เป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ในระยะยาวของระบบสุขภาพในภาพรวม

- 3.1 มีบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการง่าย
- 3.2 เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการ และมีการส่งต่อระหว่างบริการแต่ละระดับ ได้อย่างไม่มีช่องว่าง ครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลักภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมดปัญหาการบริการที่ซ้ำซ้อน
- 3.3 มีบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโดยทั่วหน้า และเป็นบริการที่ดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง
- 3.4 เกิดระบบบริการที่ผสมผสาน ดูแลสุขภาพด้วยแนวความคิดแบบองค์รวม บูรณาการการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน
- 3.5 เกิดความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนระยะยาว
- 3.6 ทั้งภาครัฐเอกชนและภาคประชาชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพร่วมกัน อย่างเป็นระบบ

### 4. กรอบแนวคิด

- 4.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง
- 4.2 ประชาชนต้องได้รับสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียน และใช้บริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ ใกล้บ้านที่ทำงาน
- 4.3 สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่ให้บริการต้องมรมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ

4.4 ระบบสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้นเป็นจุดบริการ ด้านแรกที่ผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินขีดความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นจะต้องรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น

4.5 สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย

4.6 ระบบการเงินการคลังต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งผลลัพธ์การดำเนินงาน

4.7 สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการจะต้องมาตรฐานเดียวกัน

ความรู้เกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชนและมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

### 1. ที่มา

ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีเป้าหมายคือ “การสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงตามความจำเป็นและได้ดำเนินการครอบคลุมทั่วประเทศแล้วนับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2547 และได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปแบบระบบบริการ โดยกำหนดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้น ซึ่งจะมีความสำคัญในการเป็นหน่วยบริการอย่างสะดวก บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนจะเป็นผู้ดูแลประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน” (สุพิศตรา ศรีวณิชชากร.2545.หน้า 4)

### 2. ความหมาย

ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.)หมายถึง หน่วยงานหรือสถานบริการที่จัดการบริการระดับต้นที่อยู่ใกล้ชิดชุมมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็งต่อไป (สำเริง แหยงกระโทก, วุจิรา มังคละศิริ .2545.หน้า 10)

จากคู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายและแนวคิดของศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือชื่อใหม่ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” เป็นจุดบริการสุขภาพด้านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เกิดจากนโยบายของรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยเริ่มจากโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคเมื่อ พ.ศ. 2544 จัดเป็นหนึ่งในสามกลุ่มคู่สัญญาในการให้บริการสุขภาพ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) ทำหน้าที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) อันเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสาน กับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชน ในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป

ศูนย์สุขภาพชุมชนจะให้บริการสุขภาพระดับชุมชน ทั้งการเฝ้าระวังโรค การควบคุม-ป้องกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภคและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน เช่น เกิดกลุ่มหรือชมรมทางด้านสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน มีการนำการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในชุมชน รวมถึงมีการสร้างนโยบายสาธารณะ หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของชุมชน ทั้งนี้ในการดำเนินงานจะต้องเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง โดยดูความจำเป็น และปัญหาสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่ (Area Function Participation: AFP) และใช้กลวิธีต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดเวทีชาวบ้าน หรืออาจใช้เครื่องมือที่กรมอนามัยได้พัฒนาไว้ เช่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สถานที่ทำงานน้าอยู่ น้าทำงาน สวนสาธารณะน้าร้อนรมย์ เมืองน้าอยู่ เป็นต้น (ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์, 2545. หน้า 45 - 49)

### 3. ลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ (สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ, 2544.

หน้า 4)

หน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

3.1 เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

3.2 เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ

3.3 เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน

3.4 ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต

3.5 ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการที่ต่อเนื่อง รอบด้าน อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่างๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

#### 4. แนวคิดการจัดบริการปฐมภูมิ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน

การจัดบริการปฐมภูมิ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชนยังต้องประกอบไปด้วยแนวคิดต่าง ๆ ที่แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ (2544, หน้า 17-19) รวบรวมเป็นแนวคิดดังนี้

##### 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม (Holistic)

องค์รวม หรือ Holistic มาจากรากศัพท์ในภาษากรีก "Holos" ซึ่งหมายถึง ความ เป็นจริงหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่งมีเอกลักษณ์และเอกภาพที่มีอาจแบ่งแยกเป็น ส่วนย่อยได้ คำนี้ถูกนำไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ และในศาสตร์สาขาต่าง ๆ โดยมุ่งหวังให้เกิด การมองเป้าหมายที่กว้างขวางรอบด้าน สำหรับระบบสุขภาพการทำความเข้าใจความหมายของ องค์รวมย่อมแตกต่างกันไปตามพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ตลอดจนประสบการณ์ที่ เกี่ยวข้องกับองค์รวม จากการศึกษาเอกสารต่าง ๆ ที่อธิบายความหมายของคำนี้ พบว่าสาระหลัก หรือแนวคิดหลักขององค์รวมที่มีจุดร่วมกัน คือ

4.1.1 องค์รวมเกิดจากความเข้าใจความหมายของคำว่า "สุขภาพ" อย่างองค์รวม ที่หมายถึง สุขภาวะที่สมดุลของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

4.1.2 องค์รวมเกิดจากพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

4.1.3 องค์รวมในมุมมองที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

4.1.4 องค์รวมในลักษณะที่เชื่อมความสัมพันธ์ของบริการในแต่ละระดับและเชื่อมกับระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เช่น การประสานกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การเชื่อมต่อการแพทย์ทางเลือก การเชื่อมต่อกับบริการสังคม สงเคราะห์ และบริการสังคมอื่น ๆ

## 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่อง (Continuity)

ความต่อเนื่อง เป็นอีกคำหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เป็นคุณสมบัติของการบริการที่มีคุณภาพ ในความหมายทั่วไป ความต่อเนื่อง หมายถึง ยึดออกไป ขยายออก ไม่หยุดยั้ง เมื่อถูกนำมาใช้ในการกำหนดคุณลักษณะของการบริการสุขภาพ จึงหมายถึงบริการที่ประชาชนจะได้รับเป็นบริการที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง ตลอดชีวิต (ตั้งแต่เกิดจนตาย) ซึ่งนัยของความหมายนี้ทำให้มีความต่อเนื่องเกิดขึ้นสามลักษณะ คือ การดูแลต่อเนื่องก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ ประเด็นต่อมาคือการดูแลต่อเนื่องเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น นั่นหมายถึงประชาชนจะได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มปัญหาจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุด ซึ่งเรียกว่า Intra Episode และประเด็นสุดท้ายก็คือ ประชาชนจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปัญหาหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย เรียกว่า Inter Episode การที่ความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพทั้งสามลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์อย่างเข้าอกเข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เช่นกัน ที่ผ่านมามีความพยายามที่จะนำแนวคิดเรื่องความต่อเนื่องไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพ หลายกรณี อาทิ การพัฒนาเครื่องมือที่สามารถสนองตอบให้เกิดการบริการที่มีลักษณะต่อเนื่อง เช่น ระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการตามนัด การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เป็นฐานข้อมูลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลที่มีความจำเป็นในการติดตามดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตั้งแต่เกิดจนตาย หรือการนำแนวคิดดังกล่าวไปพัฒนาทีมสุขภาพให้ดูแลประชาชนเป็นการประจำ ต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นผู้รับผิดชอบระยะยาวร่วมกับประชาชน โดยมีเป้าหมายให้เกิด

ความต่อเนื่องของการให้บริการ ประชาชนมีสุขภาพดี และมีดุลยภาพที่พอดีระหว่างการพึ่งตนเองกับพึ่งบริการ

#### 4.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาค (Equity)

ความเสมอภาค เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพอย่างแพร่หลาย ในปัจจุบันความเสมอภาคเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นความยุติธรรม ความเป็นธรรม ในแนวคิด ความเสมอภาคมีความหมายที่แตกต่างจากความเท่ากัน ปกติความเสมอภาคมักจะถูกใช้ควบคู่ไปกับเรื่องอื่น ๆ อาทิ ถูกใช้ควบคู่กับการกระจายทรัพยากร หรือการบริการสุขภาพทำให้การพิจารณาประเด็นเรื่องความเสมอภาคทับซ้อนกับความเท่ากันซึ่งเป็นการยากที่จะแยกให้เด่นชัด ตัวอย่างเช่นคนทั่วไปมักเข้าใจว่าความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพหมายถึงการจัดให้มีบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้แก่ทุกคน ในสังคมอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวไม่เพียงพอที่จะอธิบายความหมายของความเสมอภาค เนื่องจากการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสมอภาคต้องพิจารณาโดยใช้ ความจำเป็น มาจำแนกความเท่าเทียมกันตามความเข้าใจเบื้องต้น นั่นหมายความว่า ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพคือการบริการที่ประชาชนซึ่งมีความจำเป็นที่เท่ากันพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกัน

นอกจากนี้ความเสมอภาคของบริการสุขภาพในทางปฏิบัติต้องคำนึงถึง "ความสามารถ" ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประชาชนที่มีฐานะร่ำรวย ก็ย่อมจะแตกต่างจากคนที่มีฐานะยากจน เป็นต้น

ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นให้เกิดมิติของการบริการที่มีความเสมอภาคนั้น สามารถทำได้ด้วยกระบวนการหลัก ๆ สองด้านคือ ด้านการบริการ จัดให้มีบริการขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นของประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึง ให้มีลักษณะเป็นทางเลือกที่หลากหลาย เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้ตามความจำเป็น และพร้อมกันนี้ต้องจัดให้มีระบบประกันคุณภาพเพื่อให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับ ด้านการเงิน จำเป็นต้องจัดให้มีระบบการประกันสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนาทั่วโลก การจ่ายเงินให้ยืดหยุ่นเหมาะสม พอดีกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน

#### 4.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Participation)

การมีส่วนร่วมหมายถึง การร่วมมือร่วมใจ การประสานงาน ความรับผิดชอบ หรืออาจหมายถึงการทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยดำเนินการอย่างถูกต้อง จังหวะและเหมาะสมทั้งด้วยความรู้สึกรู้สึกผูกพันและสามารถเชื่อถือได้

การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ เป็นอีกเรื่องหนึ่งของการมีส่วนร่วมที่มีลักษณะเฉพาะ บางประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจ คือ

4.4.1 ประเด็น "สุขภาพ" สำหรับประชาชนถือว่าเป็น "สิทธิ" ซึ่งหมายถึง สิทธิในฐานะที่เป็นเจ้าของสุขภาพ และสิทธิในฐานะเป็นผู้เลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้น การเลือกรูปแบบวิธีการรักษา หรือการจัดการกับสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วม หรือการเปิดโอกาสให้หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชน นั้น รัฐมีบทบาทเป็นเพียงการสนับสนุนหรือการส่งเสริมการสร้างโอกาสให้แก่ประชาชน ไม่ใช่การบังคับหรือสั่งการ

4.4.2 ประเด็น "การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ" สำหรับภาครัฐ หรือหน่วยบริการ มีฐานะ ในระดับหน้าที่ที่หน่วยบริการจะต้องปฏิบัติ หน่วยบริการมีบทบาทที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้สองลักษณะคือการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาร่วมในกิจกรรมบริการของหน่วยบริการ กับกรณีที่หน่วยบริการเข้าไปร่วมพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชนซึ่งทั้งสองเรื่องนี้แตกต่างกันในวิธีคิดและการปฏิบัติ

#### 5. มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

เพื่อให้การดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนมีทิศทางที่ชัดเจน กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้กำหนดมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา (How To Develop) และจัดทำคู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนให้แก่ผู้ประเมินรับรองในศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) และคู่สัญญาการจัดบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit For Primary Care: CUP) เพื่อการประเมินภายใน (Internal valuation) ส่วนผู้ประเมินรับรองจากภายนอก (External Evaluation) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2545 หน้า 5)

มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง สิ่งที่ยึดถือเป็นหลักสำหรับเทียบกำหนดลักษณะพึงประสงค์ของผลลัพธ์ของการให้บริการสาธารณสุขที่ส่งมอบให้แก่ประชาชนผู้รับบริการโดยใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาและประเมินศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าสู่เกณฑ์มาตรฐานซึ่งมีรายละเอียดในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีมาตรฐานและศักยภาพด้านต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานและคณะกรรมการศูนย์สุขภาพชุมชนแล้วเพื่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนทั่วประเทศมีการดำเนินงานภายใต้มาตรฐานกลางอันเดียวกัน อันจะนำไปสู่การบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทัดเทียมกัน ซึ่งมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินศูนย์สุขภาพชุมชนในครั้งนี้ ประกอบด้วยมาตรฐาน 3 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 มาตรฐานด้านบริการ หมวดที่ 2 มาตรฐาน การบริหารจัดการ และหมวดที่ 3 มาตรฐานด้านวิชาการ

สำหรับการวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบลเพื่อพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน: กรณีศึกษา ตำบลไทรย้อย อำเภอนิคมบ่งช้าง จังหวัดพิษณุโลก มุ่งเน้นการศึกษาในการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพที่ได้รับ การแต่งตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนในตำบลไทรย้อย ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานที่เป็นกรอบในการดำเนินงานของคณะกรรมการดังกล่าว จะมีรายละเอียดตามหมวดที่ 1 มาตรฐานด้านบริการในข้อที่ 1 ประสานงานให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการวางแผน/ทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตนเองและสนับสนุนการจัดกิจกรรมสุขภาพที่ริเริ่มจากองค์กรชุมชน/ท้องถิ่น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2545 หน้า 14-21) โดยมีสาระสำคัญคือ

### 1. ตัวชี้วัด

- 1.1 ร้อยละของกิจกรรมสาธารณสุขที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน/ทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตนเอง
- 1.2 ร้อยละของกิจกรรมสร้างสุขภาพที่ใช้ทรัพยากรชุมชนเป็นหลัก
- 1.3 ความครอบคลุมการมีและทำกิจกรรมสร้างสุขภาพ

## 2. วัตถุประสงค์ของการประเมิน

เพื่อประเมินมาตรฐานการดำเนินงานในชุมชน การกระตุ้นให้มีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์การชุมชน/ประชาชนในการคิด วางแผนการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตนเอง รวมทั้งการสนับสนุนหน่วยปกครองท้องถิ่นให้มีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการที่ดีและมีศักยภาพในการบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างมีคุณภาพ ทั้งถึง และเสมอภาคส่งเสริมให้ประชาชน องค์การชุมชน ท้องถิ่นเกิดความตระหนักและมีจิตสำนึกเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การคิด การวางแผน การดำเนินงานตามแผน การติดตามผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสอบ ติดตามผล แผนและโครงการพัฒนาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สอดคล้องกับการสร้างความเข้มแข็งที่เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลเพื่อสร้างค่านิยมและจิตสำนึกของประชาชนให้ร่วมคิดร่วมทำเอง มีการประสานความร่วมมือและทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่ม ทั้งที่ เป็นทางการและไม่เป็นทางการในชุมชน เพื่อก่อให้เกิดพลังในการพัฒนาสูงสุดต่อศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการเชื่อมโยง การดำเนินงานร่วมกับชุมชน มีการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา สะท้อนปัญหา และเสนอกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีตัวแทนของชุมชนเข้ามาเป็นกรรมการที่ปรึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน มีการเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพระหว่างสาธารณสุขด้วยกันเอง เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้เคียง สถานีอนามัย ตลอดจนมีการขยายสู่ชุมชน เช่น โรงงาน โรงเรียน วัด เป็นต้น

## 3. ตัวชี้วัดและเกณฑ์

### 3.1 ร้อยละกิจกรรมสาธารณสุขที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการวางแผน/ทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตนเอง

การมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น/ประชาชนในการวางแผน/ทำกิจกรรมสาธารณสุข (ร้อยละ)	คะแนน
≥ 80	20
60-79	15
40-59	10
< 40	5

## วิธีคำนวณ

จำนวนกิจกรรมสาธารณสุขที่องค์กรท้องถิ่น/ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน/ทำกิจกรรม X 100  
 จำนวนกิจกรรมสาธารณสุขทั้งหมด

### 4. ขอบเขตของการประเมิน

เป็นการประเมินกิจกรรมสาธารณสุขที่องค์กรท้องถิ่นและหรือประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนหรือหมู่บ้านตนเอง ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนั้น

### 5. วิธีการประเมิน

ผู้ประเมินจะต้องรู้วิธีการจัดทำแผนและการจัดกิจกรรมสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น แล้วเริ่มต้นให้ทีมสุขภาพคนใดคนหนึ่งอธิบายการจัดทำแผนของหน่วยงาน และการดำเนินการตามแผนเพื่อสืบค้นแหล่งข้อมูลต่อไป

### 6. แหล่งข้อมูล

6.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่มีองค์กรชุมชน / ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นกรรมการ ต้องเป็นปัจจุบันและมีการแจ้งคณะกรรมการทุกท่าน

6.2 แผนดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนในปีที่ทำการประเมิน ดูจากแผนปฏิบัติงานสาธารณสุขทั้งหมดในพื้นที่ โดยสามารถทราบถึงที่มาของการวางแผนตามแผนงานโครงการ รวมถึงจัดกิจกรรมแก้ปัญหาสาธารณสุขและกิจกรรมตามนโยบายที่มีองค์กรชุมชน / ประชาชนร่วมดำเนินการ

6.3 มีการจัดกิจกรรมร่วมกับประชาชนตามสภาพพื้นที่และศักยภาพของชุมชน เช่น การทำประชาคม

6.4 กระบวนการได้มาของแผนงานสาธารณสุขที่มีประชาชน องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วม

## 7. คำจำกัดความ

ตัวแทนองค์กรท้องถิ่นหมายถึง ตัวแทนจาก อบต. เทศบาล กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพัฒนา อาชีพหรือกลุ่มอื่น ๆ ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อทำกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น /ประชาชน หมายถึง การสนับสนุนในการจัดบริการ สุขภาพ/ กิจกรรมสร้างสุขภาพ ทั้งในด้าน วัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง พื้นที่ คน สิ่งของ

### การกระจายอำนาจด้านสุขภาพและคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

การกระจายอำนาจทางสาธารณสุข (วินัย ลีสมีทธิและ ศุภสิทธิ์ พรธนนารุโณทัย, อ้างอิงจากCollins, 1989.) ซึ่งให้เห็นว่าการกระจายอำนาจเป็นความคิดพื้นฐานที่นิยม และยอมรับ ในการพัฒนาระบบสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับนโยบายสังคมในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของ คนยากจน การกระจายอำนาจได้รับการยอมรับว่าเป็นกลวิธีหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน แต่นำมาใช้โดยมีคำจำกัดความที่ไม่ชัดเจนจนใครก็ตามที่ได้อ่านหรือฟังเรื่องการกระจายอำนาจ มักจะเกิดความคลงแคลงใจและสงสัยเหตุผลและรูปแบบของการกระจายอำนาจ เกิดจาก ผลลัพธ์ของการขัดแย้งทางการเมือง การกระจายอำนาจไม่เป็นเพียงสำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงาน แต่มันเกี่ยวข้องกับอำนาจและการกระจายทรัพยากร ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม การกระจายอำนาจจึงถูกมองว่าเป็นผลการขัดแย้งทางการเมือง

#### 1. วิวัฒนาการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพประเทศไทย

ก่อนที่จะมี พ.ร.บ. กำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 อาจกล่าวได้ว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ในขอบเขตของกระทรวง สาธารณสุขนั้น เป็นการโอนย้าย หรือมอบอำนาจความรับผิดชอบจากส่วนกลาง ไปสู่ส่วนภูมิภาค (Deconcentration) แทบทั้งสิ้น โดยส่วนกลางยังมีอำนาจบังคับบัญชา ทั้งการบริหารบุคคล และ การบริหารงบประมาณ(ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. 2544. เวปไซด์)

ในปี พ.ศ.2518 ได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครั้งสำคัญ ในกระทรวงสาธารณสุข ทำให้สถานบริการสาธารณสุข ในระดับภูมิภาคทั้งหมด อยู่ภายใต้การสั่งการโดยตรง ของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รายงานตรงต่อ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การกระจายอำนาจ (Deconcentration) จากส่วนกลางไปสู่

ภูมิภาค จึงดำเนินไปอย่างมีเอกภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ในช่วงปี พ.ศ.2542 ได้มี พ.ร.บ.องค์การมหาชน ออกมาทำให้เกิดองค์กรของรัฐที่มีความอิสระ คล่องตัว ซึ่งถือว่าเป็นการกระจายอำนาจอีกรูปแบบหนึ่ง (Delegation)

เมื่อ พ.ร.บ. กำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ผ่านรัฐสภาไทย และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2542 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในสังคมไทย อำนาจรัฐที่เคยรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง และภูมิภาค ได้ถูกจัดความสัมพันธ์ใหม่ ให้มีการถ่ายโอนไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (devolution) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว กระทบต่อโครงการสร้าง บทบาท ภารกิจ ของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไม่มีทางหลีกเลี่ยง ไม่เพียงแต่การปรับเปลี่ยนในระดับจังหวัด หรือพื้นที่เท่านั้น หากยังต้องปรับโครงสร้าง และบทบาทของส่วนกลาง ให้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ในการสนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาระบบสุขภาพ1 และระบบบริการสุขภาพ2 ในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่สุขภาวะของผู้คนในท้องถิ่น

## 2. ผลกระทบของการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจสามารถสร้างผลกระทบทั้งทางบวกและลบ ต่อการบริการสาธารณสุข ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากตัวการกระจายอำนาจ แต่ เป็นผลมาจากการนำการกระจายอำนาจมาใช้ดำเนินการ(วินัย สีสmith์และศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. 2544. หน้า 14-15)

Conyers (วินัย สีสmith์และศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. 2544. หน้า 14-15 อ้างอิงจาก Conyers, 1983.) ยืนยันการกระจายอำนาจไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้เสมอ สาเหตุที่การกระจายอำนาจล้มเหลวประกอบด้วยสาเหตุ 3 ประการ ประการแรก ขอบเขตการกระจายอำนาจที่แท้จริงมีข้อจำกัด ทำให้การเสนอให้มีการกระจายอำนาจไม่ได้มีการดำเนินการอย่างที่ควรให้เป็น หรือโครงการเริ่มต้นไม่ได้เตรียมไว้สำหรับการกระจายอำนาจในระยะยาว ประการที่สอง การกระจายอำนาจมีผลไม่มากต่อการวางแผนหรือการดำเนินงานพัฒนาประเทศ ประการที่สาม การกระจายอำนาจไปสู่กลุ่มบุคคลที่ไม่ถูกต้อง อาจเป็นผู้ที่ถูกแต่งตั้งจากส่วนกลางหรือกลุ่มอิทธิพลท้องถิ่น จึงไม่มีการมีส่วนร่วมของประชาชน

## 2.1 ผลกระทบด้านลบ

2.1.1 ลดบทบาทการบริหารจัดการของภาครัฐโดยเฉพาะการโอนกิจการรัฐสู่ภาคเอกชนและกรณีที่กระจายอำนาจไปสู่การบริหารกิจการท้องถิ่นที่ไม่เข้มแข็ง

2.1.2 ลดบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารบุคคล โดยเฉพาะลดอำนาจต่อรองของรัฐกลางกับบริษัทเอกชนที่ผลิตวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ ยา หรือเครื่องมือแพทย์

2.1.3 สร้างความไม่เป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุข ระหว่างคนรวยและคนจน และระหว่างเขตร่ำรวยกับยากจนในชนบท

2.1.4 เสริมให้การเมืองท้องถิ่นมีอำนาจมากขึ้น

## 2.2 ผลกระทบด้านบวก

2.2.1 การบริหารจัดการมีการปรับตัวได้ดี

2.2.2 การบริหารจัดการมีความยืดหยุ่นมากขึ้น

2.2.3 มีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น

2.2.4 ทำให้การครอบคลุมการบริการสาธารณสุขมีทั่วถึง

2.2.5 สนับสนุนให้เกิดการประสานงานระหว่างองค์กร

## 3. ขอบเขตการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

การกระจายอำนาจได้มีบทบาทสำคัญมากขึ้นในประเทศไทย องค์กรท้องถิ่นระดับต่าง ๆ ตั้งแต่องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์กรท้องถิ่นลักษณะพิเศษอย่างกรุงเทพมหานครล้วนมีการเจริญเติบโตและมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขได้ถูกกำหนดในกฎหมายเกี่ยวกับขั้นตอนการกระจายอำนาจ ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศอย่างยิ่ง



ในการรองรับการกระจายอำนาจในระดับพื้นที่หรือจังหวัด ในระยะเริ่มแรก ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2544 เป็นต้นไป กสพ.มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยอาศัยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

#### 4.2 องค์ประกอบ จำนวนและที่มาของ กสพ.

- 4.2.1 ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (1 คน) เป็นประธานกรรมการ
- 4.2.2 ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (1 คน) เป็นรองประธานกรรมการ
- 4.2.3 ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (7 คน) เป็นกรรมการ
- 4.2.4 ผู้ทรงคุณวุฒิ (3 คน) และผู้แทนภาคประชาสังคม (3 คน) ที่กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นกรรมการ
- 4.2.5 ผู้แทนสถานบริการสุขภาพ (ไม่เกิน 4 คน) เช่น
- 4.2.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงเรียนแพทย์และ รพ.ของรัฐสังกัดอื่นๆ (ถ้ามี) เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง
- 4.2.7 ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (1 คน) เป็นกรรมการ
- 4.2.8 ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน (1 คน) (ถ้ามี) เป็นกรรมการ
- 4.2.9 ผู้แทนหัวหน้าสถานีอนามัย (1 คน) เป็นกรรมการ
- 4.2.10 ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข (1 คน)
- 4.2.11 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (1 คน) เป็นกรรมการและเลขานุการ
- 4.2.12 ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน (ไม่ได้เป็นกรรมการ) เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

ทั้งนี้กรรมการตาม (1)-(3) ให้มีจำนวนทั้งสิ้น 9 คน จากองค์การบริหารส่วนจังหวัด 3 คน เทศบาล 3 คน และองค์การบริหารส่วนตำบล 3 คน โดยควรปฏิบัติตาม ข้อ 2.2.1 (4) และให้ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง 9 คน ประชุมคัดเลือกประธานและรองประธาน กสพ.กันเอง

ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีหน้าที่ประสานงานหรือจัดการให้มีการคัดเลือกกรรมการตาม (1)- (3) ในเขตจังหวัด แล้วเสนอชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือก ให้กระทรวงสาธารณสุข ประกาศแต่งตั้งต่อไป

สำหรับกรรมการตาม (4) ให้มีจำนวนทั้งสิ้น 6 คน โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ดำเนินการเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาแต่งตั้ง

ทั้งนี้ คุณสมบัติของกรรมการตาม (4) ควรอนุโลมตามข้อ 2.2.1 (5) และ (6)

สำหรับกรรมการตาม (5) ให้คณะกรรมการส่วนอื่นๆ เป็นผู้พิจารณาว่าควรเป็นใครบ้าง โดยมีจำนวนไม่เกิน 4 คน

#### 4.3 หน้าที่ของ กสพ.

ให้ กสพ. มีหน้าที่ให้คำปรึกษาในเรื่องต่อไปนี้

- 4.3.1 กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ โดยสอดคล้องกับนโยบายและแผน ด้านสุขภาพของประเทศ
- 4.3.2 จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่
- 4.3.3 กำหนดหลักเกณฑ์ และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพให้แก่หน่วยบริการตามกรอบนโยบายที่กำหนด
- 4.3.4 กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณา เลือกสถานบริการสุขภาพและจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ทัวถึงและเท่าเทียมกัน
- 4.3.5 กำหนดแนวทางการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนของถือปฏิบัติในจังหวัด ทั้งนี้โดยสอดคล้องกับที่ คณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด
- 4.3.6 กำกับดูแล การออกบัตรและกำหนดหน่วยบริการระดับต้นให้แก่ผู้มีสิทธิให้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด
- 4.3.7 รับและพิจารณาความเห็นคำร้องเรียนจากผู้มีสิทธิ สถานบริการสุขภาพและหน่วยงานต่าง ๆ มาดำเนินการหรือประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 4.3.8 แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติตามเกี่ยวกับการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

#### 4.4 การจัดตั้ง กสพ. ในระยะที่จังหวัดมีความพร้อม (1 ตุลาคม 2544)

สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากองการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพทส.) โดยอาศัยความเห็นชอบของกระทรวงสาธารณสุข จะทำการประเมินความพร้อมของ 17 จังหวัด นำร่องในโครงการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จะได้จังหวัดจำนวนหนึ่งที่มีความพร้อม (คาดว่าประมาณ 5-10 จังหวัด) ซึ่งจังหวัดเหล่านี้สามารถจัดตั้ง กสพ. ได้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 โดยอาศัยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี มอบอำนาจให้ กสพ. มีอำนาจและหน้าที่ ในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพในพื้นที่

#### 4.5 การตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอและระดับตำบล

4.5.1 ให้ กสพ. แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (กสอ.) และหรือระดับตำบล (กสต.) ได้ โดยเป็นองค์กรประสานการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอและตำบล

4.5.2 องค์ประกอบของ กสอ. และ กสต. ให้อยู่ในดุลยพินิจของ กสพ. โดยต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่

4.6 กรรมการสุขภาพระดับตำบล (กสต.) หรือคณะกรรมการบริหารและพัฒนาสาธารณสุขระดับตำบล (คบสต.) กรรมการสุขภาพระดับตำบลมีองค์ประกอบมาจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ และตัวแทนสาธารณสุขมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้กับ PCU ร่วมกันวางแผนงานสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพื้นที่ตนเองวางแผนการดำรงตำแหน่ง 2-4 ปี มีการประสานงานแนวราบกับ PCU และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิอื่น ๆ ในตำบลโดย กสต. จะต้องมีการประชุมร่วมกัน ทำแผนงานโครงการและติดตามประเมินผลงานร่วมกัน ผู้ปฏิบัติงาน ทุกคนต้องสร้างให้ กสต. เข้มแข็งเพื่อบูรณาการงานในพื้นที่และเตรียมการกระจายอำนาจในอนาคตต่อไป (สำเร็จ แหยงกระโทก และรุจิรา มัคละศิริ .2548. หน้า 42)

ทฤษฎีการรับรู้ (Perception)

#### 1. ความหมายของการรับรู้

นวลศิริ เปาโรหิตย์ (2532. หน้า 169) ให้ความหมายของคำว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากกระทบกับประสาทสัมผัสต่าง ๆ ของคนและการแปลความหมายขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตและสภาพจิตใจในปัจจุบัน

รัชนี นพเกตุ (2539. หน้า 1) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการประมวลและตีความข้อมูลต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวเราที่ได้จากความรู้สึก

สุชา จันทร์เอม (2540. 119) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่มีระดับตั้งแต่ง่ายสุดถึงซับซ้อนที่สุดจึงยากแก่การเข้าใจ นักจิตวิทยาได้ให้ความหมายการรับรู้แตกต่างกันออกไปดังนี้

1. การรับรู้ หมายถึง การตีความหมายจากการรับสัมผัส (sensation) ในการรับรู้ นั้นไม่เพียงแต่มองเห็น ได้ยินหรือได้กลิ่นเท่านั้น แต่ต้องรับรู้ได้ว่า วัตถุหรือสิ่งที่เรารับรู้นั้นคืออะไรมีรูปร่างอย่างไร เป็นต้น
2. ในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองของสิ่งเร้า ดังนี้

สิ่งเร้า (Stimulus) → การรับรู้ (perception) → การตอบสนอง (responses)

ศุภานันญา สุวรรณกิจ(2545. หน้าที่ 20) ให้ความหมายของการรับรู้เมื่อบุคคลได้สัมผัสสิ่งเร้าใด ๆ ก็ตาม บุคคลจะรับสัมผัสและรู้สึกต่อสิ่งเร้านั้นจะมีการแปลความหมายจากสิ่งที่สัมผัสทำให้เกิดการรับรู้ขึ้น ตามกระบวนการ



ภาพ 1 กระบวนการรับรู้

การรับรู้ คือ กระบวนการแปลหรือตีความต่อสิ่งเร้าข่าวสารที่ผ่านอวัยวะรับสัมผัสทั้งหลาย ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และกาย เข้าไปยังสมองในรูปของไฟฟ้าและเคมี สมองจึงเป็นคลังเก็บข้อมูลมหาศาลก็จะตีความสิ่งเร้าหรือข่าวสารนั้นโดยอาศัยการเทียบเคียงกับข้อมูลที่เคยสะสมไว้ก่อน หรือที่เรียกว่า ประสบการณ์เดิม (สุดาทิพย์ บุชมงคล. 2547. เว็บไซต์)

การรับรู้ สามารถอธิบายได้อย่างสั้นๆ คือวิธีการ ที่บุคคลมองโลกที่อยู่รอบ ๆ ตัวของบุคคล ฉะนั้นบุคคล 2 คนอาจมีความคิดต่อดั้วกระตุ้นอย่างเดียวกันภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน แต่บุคคลทั้ง 2 อาจมีวิธีการยอมรับถึงตัวกระตุ้น (recognize) การเลือกสรร (select) การประมวล (organize) และการตีความ (interpret) เกี่ยวกับตัวกระตุ้นดังกล่าวไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามยังขึ้นกับพื้นฐานของกระบวนการของบุคคลแต่ละคนเกี่ยวกับความต้องการ ค่านิยม การคาดหวัง และปัจจัยอื่น ๆ (วรวิทย์ พัฒนาคติฤกุล. 2545. เว็บไซต์)

ลาดทองใบ ภูอภิรมย์ (2538, หน้า 117) ให้ความหมายการรับรู้ คือ การตีความจากสิ่งที่เห็น สิ่งที่ได้ยิน และสิ่งที่รู้สึก ด้วยประสาทสัมผัส ซึ่งสามารถแสดงออกเป็นพฤติกรรมได้

ศรีนวล มาตย์สมบัติ (2538, หน้า 15) กล่าวว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการแปลความหมายจากการสัมผัสต่อสิ่งเร้า ออกมาเป็นสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความหมาย ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์เดิม หากไม่มีความรู้เดิมหรือลืมเรื่องนั้นไปแล้ว ก็จะไม่เกิดการรับรู้สิ่งนั้น ๆ และการรับเป็นการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคล

สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของคนเราขึ้นต่อคุณสมบัติภายในของผู้รับ ได้แก่ ความต้องการ (need) ทศนคติ(attitude) บุคลิกภาพ (personality) และการปรับตัวส่วนบุคคล (personal adjustment) ในด้านความต้องการนักจิตวิทยาหลายท่านได้อธิบายว่า ความต้องการของบุคคลมีคุณสมบัติดังนี้คือ ความต้องการที่ทำหน้าที่เสมือนพลังไปเพิ่มให้การตอบสนองเข้มแข็งขึ้นและความต้องการ ทำหน้าที่เสมือนสิ่งเร้าที่ไปกระตุ้นให้เกิดการตอบสนอง

## 2. กระบวนการรับรู้ข่าวสารของมนุษย์แบ่งเป็น 2 ส่วน

2.1 กระบวนการรับสัมผัส (Sensation) เป็นการรับข่าวสารในระยะแรกระหว่างอินทรีย์กับสิ่งเร้า โดยอวัยวะรับสัมผัส (Reception) เช่น อวัยวะในการมองเห็น (Vision) การฟัง (Audition) รับความรู้สึกทางผิวหนัง (Skin Senses) เป็นต้น ในระยะแรกนี้แม้ว่าสิ่งเร้าจะยังไม่ถูกตีความหรือให้ความหมายใด ๆ ก็ถือว่ากลไกการรับสัมผัส มีความสำคัญมากในอันที่จะส่งผลถึงการรับรู้ (Perception) และการเรียนรู้ (Learning) ต่อไป

2.2 กระบวนการรับรู้ (Perception) การรับรู้เป็นกระบวนการนำความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเข้าสู่สมอง โดยผ่านอวัยวะสัมผัส (Sensory Organ) สมองจะเก็บรวบรวมและจดจำสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นไว้เป็นประสบการณ์ เพื่อเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดมโนภาพหรือความคิดรวบยอด (Concept) และทัศนคติ (Attitude) ในการเปรียบเทียบหรือถ่ายโยงความหมายกับสิ่งเร้าใหม่ที่จะรับรู้ต่อไป ดังนั้นการรับรู้และการเรียนรู้จึงมีความเกี่ยวข้องกัน ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้อย่อมเกิดขึ้นไม่ได้

ในเรื่องของกระบวนการรับรู้ มีตั้งแต่ระดับง่ายที่สุด ถึงระดับยากที่สุด ซึ่งกระบวนการรับรู้เริ่มต้นจากมีสิ่งเร้าไปกระตุ้นอวัยวะรับสัมผัสต่าง ๆ จะส่งสิ่งเร้าไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำหน้าที่แปลข้อมูลและสั่งการเพื่อตอบสนองด้วยการแสดงพฤติกรรมออกมา (ลาดทองใบ ภูอภิรมย์, 2538, หน้า 19)



ภาพ 2 การแสดงพฤติกรรม

ความคาดหวัง การรับรู้ ของแต่ละคนย่อมแตกต่างกัน แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ เช่น คนที่กำลังหิว ย่อมมีแนวโน้มที่จะนึกเห็นภาพของอาหารอยู่ข้างหน้า เป็นต้น

### 3. ความสำคัญของการรับรู้

การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้การเรียนรู้ก็เกิดขึ้นไม่ได้ สังเกตได้จากกระบวนการดังนี้



ภาพ 3 การเรียนรู้

การเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้ ความจำเดิมจะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าเป็นอะไร

มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม

เมื่อรับรู้แล้วย่อมเกิดความรู้สึกรู้สึกและมีอารมณ์ พัฒนาเป็นเจตคติ แล้วพฤติกรรมก็ตามมาในที่สุด (กันยา, 2530: 150)

### 4. องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับรู้

สำหรับองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับรู้นั้นสามารถพิจารณาได้ดังนี้

#### 4.1 องค์ประกอบอันเนื่องมาจากสิ่งเร้า

4.1.1 ความเข้มและขนาด

4.1.2 ความผิดแผกกัน

4.1.3 การกระทำซ้ำ

4.1.4 การเคลื่อนไหว

## 4.2 องค์ประกอบอันเนื่องมาจากบุคคล

- 4.2.1 ความสนใจ
- 4.2.2 ความคาดหวัง
- 4.2.3 ความต้องการ
- 4.2.3 การเห็นคุณค่า

## 5. การรับรู้บทบาท

ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

อลบานส์ และฟลีท (Albanese & Fleet, 1983, p. 51) ได้ให้ความหมายการรับรู้บทบาท หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องกระทำที่แต่ละบุคคล เชื่อว่ามีความเหมาะสมในการที่จะปฏิบัติงานให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ออร์แกน และ เบทแมน (Organ & Bateman, 1986, p. 267) กล่าวว่า การรับรู้บทบาท หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติในงานของบุคคลนั้น

จากความหมายที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า การรับรู้บทบาท หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามสถานภาพ หรือตำแหน่งที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ ซึ่งลักษณะของบทบาทของบุคคลนั้น บรูม และเซลส์นิก (Broom & Selnick, 1973, p. 36) ได้แบ่งออกเป็นลักษณะต่าง ๆ 3 ประการ ได้แก่

1. บทบาทในอุดมคติ หรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ (The socially prescribed or ideal role) เป็นบทบาทในอุดมคติ ที่มีการกำหนดสิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคมไว้ ซึ่งบุคคลจะต้องปฏิบัติ เช่น บทบาทของคนที่เป็นบิดา บทบาทของคนที่เป็นครู เป็นต้น
2. บทบาทที่รับรู้ (The perceived role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งหน้าที่ที่ได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติหรืออาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล
3. บทบาทที่กระทำจริง (The perform role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ตลอดจนความกดดันและโอกาสในแต่ละสังคมในระยะเวลาหนึ่ง ๆ และยังรวมถึงบุคลิกภาพและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทใด ๆ บทบาทหนึ่ง ปัจจัยหนึ่งที่มาเกี่ยวข้องก็คือ การรับรู้บทบาท เพราะการรับรู้พื้นฐานพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลเข้ามาทำงานในองค์กรแล้วก็ต้องเข้าใจในบทบาทที่ตนแสดงนั้น โดยพยายามทำความเข้าใจรับรู้บทบาทที่ตนแสดง (วุฒิชัย จ๋านง, 2523, หน้า 36) และพอร์เตอร์ และลอร์เลอร์ (สมยศ นาวิการ, 2521, หน้า 40 อ้างอิงจาก Porter & Lawler, 1975.) ได้ชี้ให้เห็นด้วยว่าการรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน ถ้าหากการรับรู้บทบาทไม่ถูกต้องแล้วผลของการปฏิบัติงานจะเท่ากับศูนย์ ถึงแม้ว่าความสามารถและแรงจูงใจจะอยู่ในระดับสูงก็ตาม

## 6. ความสามารถ

แบนดูรา (Bandura, 1986; อ้างอิงจาก สมโภชน์ เขี่ยมภานิต, 2539, หน้า 57) ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

แบนดูรา (Bandura, 1986; อ้างอิงจาก สมโภชน์ เขี่ยมภานิต, 2539, หน้า 57) มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมา ได้แตกต่างกัน จึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมของบุคคล ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถในตนเองว่า สามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน แต่การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะช่วยให้เกิดความไม่หวาดหวั่น จะมีความอดทน อุตสาหะไม่ทอดทิ้ง ต่ออุปสรรคถ้าบุคคลใดที่เกิดความล้มเหลวในการทำงาน ก็จะรับรู้ในความสามารถของตนเองต่ำ เช่นเดียวกับ เบ็คค์ และลันด์ (นงลักษณ์ โต้บันลือภพ, 2539, หน้า 42 อ้างอิงจาก Beck & Lund, 1981.) พบว่า ความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจมากที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัว

ความสามารถตนเองเกิดขึ้นได้จาก 4 แนวทางด้วยกัน คือ

1. **ความสำเร็จในการทำงาน (enactive attainment)** เป็นประสบการณ์ตรงจึงมีผลเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลอย่างมาก ความสำเร็จในการกระทำจะเป็นตัวเพิ่มความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล และการไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง จะเป็นตัวลดความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตน ในกรณีที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถ เกิดจากการประสบความสำเร็จหลาย ๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลไม่ท้อถอยในการกระทำนั้นเมื่อไม่ประสบความสำเร็จในบางครั้ง ถ้าการไม่ประสบความสำเร็จนั้นสามารถแก้ไขความผิดพลาดด้วยความพยายาม ก็จะเป็นแรงเสริมในการกระทำต่อไป แม้การกระทำนั้นยากเพียงใดบุคคลจะเพิ่มความพยายามเพื่อให้สำเร็จ
2. **การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience)** เป็นสิ่งแนะหรือตัวแบบที่บุคคลนำมาพิจารณาความสามารถของตน เมื่อบุคคลสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการกระทำยาก โดยไม่มีผลเสียตามมาทำให้เกิดความคาดหวังว่า ตนก็สามารถทำสิ่งนั้นได้ ถ้าตั้งใจ และพยายาม โดยเฉพาะที่อยู่ในวัย เพศ ความสามารถ และประสบการณ์ในอดีต ไม่แตกต่างกัน
3. **การพูดชักจูงจากผู้อื่น (verbal persuasion)** เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาความสามารถของตน ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะเคยกระทำไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจ
4. **ความตื่นตัวทางร่างกาย (physiological status)** บุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองตื่นเต็น มีวิตกกังวลหรือความกลัวจากการกระตุ้นของร่างกาย ในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากจะทำให้การกระทำไม่ได้ผล หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลในระดับสูง บุคคลจะคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการกระทำนั้นในระดับต่ำ แต่ให้การปลุกเร้าความรู้สึกอยากจะทำด้วยตนเองด้วยความสำนึกในตนเองอย่างแท้จริง

## แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Empowerment)

### 1.การเสริมสร้างพลังอำนาจ

เป็นกระบวนการทางสังคมอย่างหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความสามารถที่ช่วยให้บุคคล

กลุ่ม องค์กร หรือชุมชนเกิดความตระหนักรู้ มองเห็นปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาของตน ตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนในการเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขปัญหานั้นๆ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ และเสริมสร้างพลังความสามารถในตนผู้เป็นเจ้าของปัญหาและแหล่งสนับสนุน จากภายนอกมาร่วมกันแก้ปัญหาที่ส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ขึ้นในบุคคลนั้น พลังอำนาจ หรือ ศักยภาพที่ได้รับการสร้างเสริม จะเกิดขึ้นช้า หรือ เร็ว ไม่สามารถกำหนดเวลาตายตัวได้ (ปิยะรัตน์ นิลอภัยกา. 2548. หน้า15-16 อ้างอิงจากKabeer, 1999.)

การสร้างเสริมพลังอำนาจ (ปิยะรัตน์ นิลอภัยกา. 2548.) เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากร หรือ เพิ่มศักยภาพในสิ่งที่ถูกจัดกระทำโดย "ผู้ให้" ให้เกิดขึ้นกับ "ผู้รับ" และเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จโดยอาศัยศักยภาพของผู้ให้และผู้รับ กลไกของประชาชน (Kanter, 1997 ; Banfield, 1961) ในการจัดการกระทำเพื่อให้เกิดสิ่งใดขึ้นก็ตามจะต้องให้ด้วยลักษณะการสนับสนุนไม่ใช่ด้วยลักษณะการควบคุม แต่มักจะหลีกเลี่ยงไม่ค่อยได้ และการควบคุมนี้จะมีมากบ้างน้อยบ้างแตกต่างกันไป (Rappaport, 1984) ดังนั้นอำนาจ (power) ที่จะเกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) จะต้องเป็นอำนาจที่ส่งผลให้เกิดศักยภาพในการการควบคุมตนเองได้ เป็นการใช้อำนาจในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งจะส่งผลให้มีการจัดสรรอำนาจ หรือ ศักยภาพ และสร้างโอกาส รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมอันเกิดจากความรู้สึกตระหนักถึงความรับผิดชอบ (Breton, 1994) และเป็นอำนาจที่สัมพันธ์กับการปรับสภาพสังคมให้มีความสมดุล หรือ เท่าเทียมกัน โดยปราศจากการใช้อิทธิพลใด ๆ นำมาซึ่งการมีส่วนร่วมโดยปราศจากอคติ (Heller, 1984)

การสร้างพลังเป็นการพัฒนาความสามารถ และประสิทธิภาพของบุคคลที่มีปัจจัยที่ฮอดส์ (วราภา จันทรโชติ, 2540, หน้า 20 อ้างอิงจาก Hawks, 1992, p. 609-618) ได้เสนอความคิดหลักเกี่ยวกับการสร้างพลังว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดพลัง คือ

1. การจัดสิ่งแวดล้อมให้อบอุ่นเอื้ออาหาร ซึ่งทำได้โดยการสร้างความเป็นกันเอง ความไว้วางใจเชื่อมั่น เปิดเผย ซื่อสัตย์ การติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผย ทำให้เกิดทั้งความเชื่อมั่น และการสร้างพลัง โดยทั้ง 2 ฝ่าย คือ ผู้สร้างพลังและผู้รับการสร้างพลัง จะต้องมีทักษะ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีทักษะระหว่างบุคคลตามที่เขาเป็นอยู่และให้คุณค่าแก่บุคคล

สรุปได้ว่า การสร้างสิ่งแวดล้อมให้อบอุ่น และเอื้ออาหารสามารถทำได้โดยการสร้าง

- 1.1 ความเชื่อมั่น
- 1.2 ความซื่อสัตย์และจริงใจ
- 1.3 เปิดเผย มีการติดต่อสื่อสารแบบเปิด (open communication)
- 1.4 เคารพซึ่งกันและกัน
- 1.5 สุภาพ อ่อนโยน-ยอมรับและเห็นคุณค่าของผู้อื่น

2. บุคคลทั้ง 2 ฝ่ายจะต้องมีวิสัยทัศน์ หรือจุดมุ่งหมายร่วมกันจากตัวอย่างเช่น ทั้งครู และนักเรียนมีจุดมุ่งหมายร่วมกันหรือเหมือนกัน คือ ต้องการให้เกิดการเรียนรู้ หรือ การประเมินผล ถึงจุดมุ่งหมาย ทั้งครูและนักเรียนก็ต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลด้วยกัน เพื่อให้เห็น ความแตกต่างระหว่างผู้สร้างพลังกับผู้รับการสร้างพลัง การสร้างพลังมุ่งเน้นที่การบรรลุเป้าหมาย มากกว่าจะเน้นที่การควบคุมผู้อื่น หรือการปฏิบัติตามกฎระเบียบไม่ว่าจะเป็นในห้องเรียน ในโรงพยาบาล หรือในชุมชนใด ๆ ก็ตาม การสนับสนุนให้เกิดพลังต้องมุ่งเน้นที่การกำหนด เป้าหมาย และการตัดสินใจร่วมกัน

3. ข้อผูกพันระหว่างทั้ง 2 ฝ่าย ที่จะตกลงร่วมกันในการดำเนินกระบวนการ ผู้สร้าง พลังต้องมีความปรารถนาในการหาทางเลือกหลาย ๆ หนทางสำหรับผู้รับการสร้างพลัง และกระทำ การกระตุ้นให้กำลังใจในการมีส่วนร่วม กำหนดเป้าหมาย และการตัดสินใจ เป้าหมายของการสร้าง พลังคือ ผู้รับการสร้างพลังจะมีความสามารถในการกำหนด และบรรลุเป้าหมายเพิ่มขึ้น ซึ่งเป้าหมายนั้นอาจเป็นได้ทั้งของบุคคลและของสังคม

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการเพิ่มการควบคุมเหนือตนเองเพื่อสร้างและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง เป็นกลวิธีการลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค และช่วยผู้ป่วยจากโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยได้จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหลายประการ แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ เนื่องจากบุคคลมีตัวกำหนดวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ ก็เพื่อที่จะส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนาความรู้ ทักษะ ความตระหนักและการนับถือตนเองว่าสามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนได้ (Airhihenbuwa, 1994)

## 3. ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Theory)

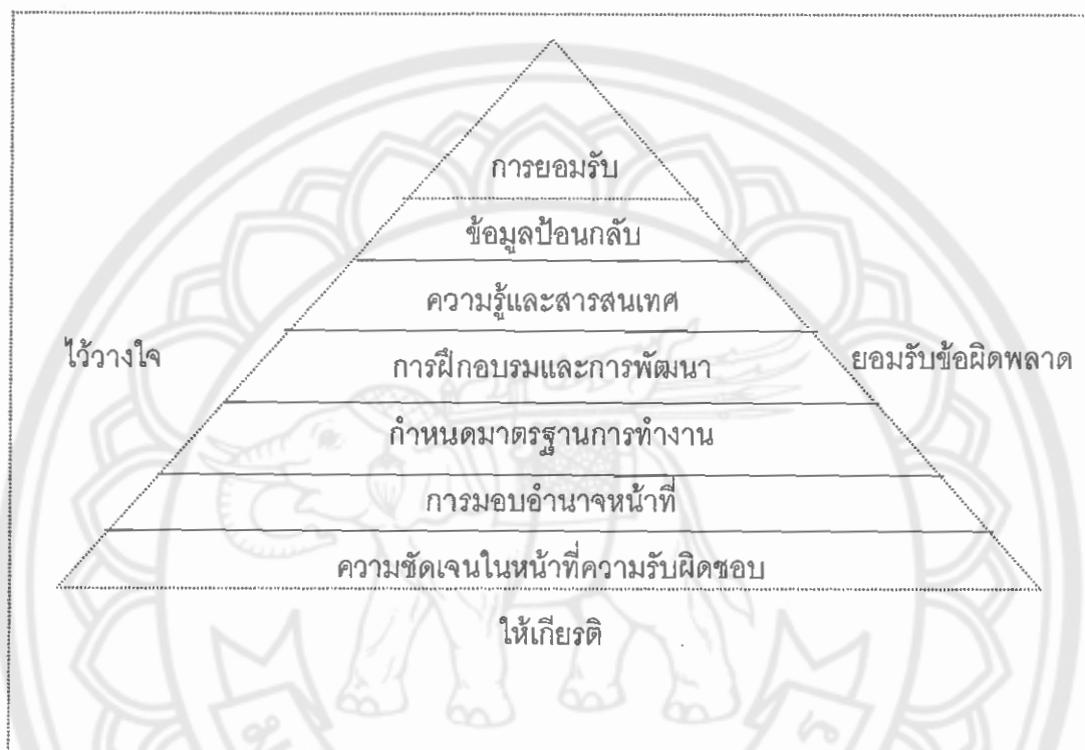
เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology Theory) ที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและถูกรวบรวมออกมาเป็นแนวคิดทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่ เป้าหมายที่แท้จริงของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการสร้างพลังทางสังคมที่นำไปสู่การกระจายอำนาจ เพื่อให้สังคมสามารถจัดการกับทรัพยากรที่มีอยู่ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องเริ่มจากการทำให้คนในสังคมมีความรู้ ความเข้าใจอย่างกระจ่างชัดในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นโดยอิสระ ปราศจากการครอบงำทางความคิดของผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถควบคุมตนเองได้ เกิดความตระหนักในสิทธิของตนที่จะใช้ทรัพยากรที่จำเป็นแต่มีอยู่อย่างจำกัดให้พอเพียงรวมทั้งเสริมสร้าง ให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการผลิต หรือ จัดหาทรัพยากรมาใช้ให้ได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในการอธิบายหลักทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีหลากหลายแตกต่างกันตามเป้าหมายที่มุ่งนำไปใช้ มีการตีความแตกต่างกัน (Avorn Sansak, 1995) โดยนัยดังกล่าวข้างต้นแสดงลักษณะสำคัญของพัฒนาการการเกิดพลังอำนาจในบุคคล โดยสรุปได้ดังนี้

- 3.1 สามารถควบคุมตนเองได้
- 3.2 เกิดความตระหนักในสิทธิของตน
- 3.3 เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

พนัส พุกฤษฐนันท์ และคณะ (2545) กล่าวถึงทฤษฎีการสร้างพลัง มาจากแนวคิดของการศึกษาเพื่อการสร้างพลัง ซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษาที่เน้น ให้ผู้เรียนพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เกิดความนับถือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง วิธีการที่ใช้ในการจัดการศึกษา เพื่อการสร้างพลังนี้ จะเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนอย่างเต็มที่ (Active Participation) โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดระหว่างผู้เรียน ให้ผู้เรียนสามารถระบุปัญหาของตน วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ มองภาพอนาคตได้ สามารถพัฒนาวิธีการที่จะแก้ไขปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหา การจัดการศึกษาการสร้างพลังนี้จะส่งเสริมให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) สูงขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และทำให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น ในแต่ละบุคคล ทั้งยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาความเสมอภาคในสังคมด้วย (Wallertein & Bernstein, 1988:379-394)

ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจเป็นทฤษฎีที่มีความสอดคล้องกับแนวทางการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพแนวใหม่ ที่เน้นบุคคลผู้เป็นเจ้าของสุขภาพให้เกิดศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ศักยภาพของตนเองทั้งด้านความรู้ ทักษะและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งพลังอำนาจภายในตน อาทิ ความตระหนักรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นหากไม่ป้องกันโรค ความเชื่อมั่นในความสามารถในการควบคุมตนเอง การตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ความช่วยเหลือผู้อื่น มีความรับผิดชอบที่จะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมายด้วยการตัดสินใจได้เอง ดังนั้นหากพลังอำนาจหรือศักยภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคล กลุ่ม องค์กร หรือชุมชนเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการเสริมสร้างด้านสุขภาพของ บุคคล กลุ่ม องค์กร หรือชุมชนนั้น ๆ น่าจะต้องได้รับผลในทางที่ดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กลุ่ม หรือระบบขององค์กรไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่ง Tracy (1990) ได้เสนอขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคลากรในองค์กรไว้ถึง 10 ขั้นตอน กล่าวคือ การมอบความรับผิดชอบ (responsibility) การมอบอำนาจหน้าที่ (authority) การกำหนดมาตรฐานความเป็นเลิศ (standard of excellence) การฝึกอบรมและการพัฒนา (training and development) การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร (knowledge and information) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) การรับรู้ (recognition) ความไว้วางใจ (trust) การยินยอมรับความไม่ประสบความสำเร็จ (permission to fail) และการยอมรับ (respect)

การเสริมสร้างพลังอำนาจของเทรซี เทรซี (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549.หน้า 17-18 อ้างอิงจาก Tracy, 1990) ได้กำหนดขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 10 ขั้นตอน ซึ่งเรียกว่า พีระมิดอำนาจ (Power pyramid) ดังแสดงในภาพ



ภาพ 4 พีระมิดอำนาจ  
ที่มา: Tracy (1990:68)

จากภาพ 2 พีระมิดอำนาจมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ (Clearly define responsibilities) ของผู้ปฏิบัติงาน และร่วมกันกำหนดเป้าหมายและภารกิจขององค์กร
2. มอบหมายอำนาจหน้าที่ (Delegate authority) ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานตามขอบเขตของงานที่ได้รับมอบหมาย
3. กำหนดมาตรฐานการทำงาน (Set standard of excellence) องค์กรต้องให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานไปถึงมาตรฐานที่ตั้งไว้

4. มีการฝึกอบรมและการพัฒนา (Training and development) ให้โอกาสผู้ปฏิบัติงาน ได้พัฒนาตนเองและการทำงานตามความสนใจและความสามารถ

5. ให้ความรู้และสารสนเทศ (Provide knowledge and information) เกี่ยวกับองค์กรที่ จำเป็นต่อการตัดสินใจในการทำงานอย่างถูกต้องชัดเจน

6. ให้ข้อมูลป้อนกลับ (Give feedback) เกี่ยวกับการทำงาน

7. ให้การยกย่องยอมรับ (Recognition) ในผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

8. ให้ความไว้วางใจ (Trust) ในการทำงาน โดยให้อิสระในการตัดสินใจ

9. ยอมรับข้อผิดพลาด (Permission to fail) ผู้บริหารพร้อมที่จะยอมรับความผิดพลาดที่ อาจเกิดขึ้น โดยร่วมรับผิดชอบกับผู้ปฏิบัติงาน

10. ให้เกียรติและเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน (Respect)

#### 4. ความหมายและความสำคัญของการสร้างพลัง

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาตินิยามการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็น "ความสามารถของประชาชนในการทำความเข้าใจและควบคุมแรงผลักดันทางส่วนตัว สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง เพื่อให้ตนเองมีโอกาสและสถานการณ์ชีวิตที่ดีขึ้น" หน่วยงานอื่น ๆ เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน หน่วยงานรัฐบาล ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ อาจมีส่วน กระตุ้น แนะนำ และส่งเสริมกระบวนการดังกล่าวแต่โดยแก่นแท้แล้วการสร้างพลังอำนาจชุมชน เป็นกระบวนการภายในของชุมชนเองซึ่งเริ่มจากการตระหนักถึงปัญหาและความเป็นไปได้ที่จะ แก้ปัญหา จำเป็นต้องมีกระบวนการเรียนรู้ที่จะวิเคราะห์ปัญหา ฟันฝ่าอุปสรรคปัญหาพื้นบ้านที่เกี่ยวข้อง และแสวงหาความรู้ใหม่ จากนั้นก็เป็นการระดมทรัพยากรทางสังคม และตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม กระบวนการดังกล่าวคือการสร้างพลังอำนาจในตัวของมันเองด้วย(สำนักงานโครงการพัฒนาแห่ง สหประชาชาติ. 2546 ,หน้า 84)

เมืองทอง เขมมณี (2545.หน้า 22) ให้ความหมายว่า การให้อำนาจ การให้ ความสามารถ การทำให้สามารถ การอนุญาต หรือการเปิดโอกาสให้

นิตยา เพ็ญศิริินภา (2540, หน้า 17) ให้ความหมายของการสร้างพลังเป็นกระบวนการพัฒนาคน และกลุ่มบุคคลโดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นกัน ระหว่างผู้เรียน ให้ผู้เรียนร่วมกันระบุปัญหาจนวิเคราะห์หาสาเหตุ และความเป็นมาของปัญหา โดยใช้วิจารณ์ญาณ มีการมองภาพ หรือชุมชนของตนที่ควรจะเป็น และร่วมกันพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขปัญหาอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2549, เว็บไซต์) ได้จัดทำเอกสารประกอบการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รวบรวมความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ว่า

คำว่า "การเสริมสร้างพลังอำนาจ" (Empowerment) ตามพจนานุกรมของ Merriam Webster (2005) ให้ความหมายไว้ 3 ประการ คือ 1) การให้อำนาจที่เป็นทางการ (to give official authority) หรือที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Legal power to) 2) การจัดหาหรือให้โอกาส (to provide with the means or opportunity) และ 3) การส่งเสริมความเป็นตัวเอง (to promote the self-actualization)

นอกจากนี้ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะดังนี้

กรีสเลย์ และคิง (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549, หน้า 5 อ้างอิงจาก Greasley & King, 2005) กล่าวว่า ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสัมพันธ์กับแนวคิดของอำนาจ (Concept of power) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นถึง การควบคุม (Control) การปกครอง (Hierarchy) และการควบคุมอย่างเคร่งครัด (Rigidity) แต่ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในด้านองค์กรและการจัดการ จะหมายถึง การให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและการควบคุมงานได้ด้วยตนเอง การทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่วนบุคคล ทีมงาน และองค์กรโดยรวม และมีการจัดเครื่องมือและทรัพยากร เพื่อการพัฒนาการสร้างและเพิ่มพูนประสิทธิภาพและความสามารถของบุคคล

คอนเจอร์ และคานูโก (Conger & Kanungo, 1988) เน้นถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยการขจัดความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน เช่นเดียวกับ โทมัส และ เวลเฮ้าส์ (Thomas & Velhouse, 1990) และ สปริตเซอร์ (Spreitzer, 1995) ที่ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นการสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ ความหมายดังกล่าวเป็น

การพัฒนาความรู้สึกของบุคคล ให้มีความเชื่อในเรื่อง ประสิทธิภาพของบุคคลเพื่อทำงานร่วมกัน ไปสู่เป้าหมายของงาน หรือขององค์กร

กิบสัน (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549.หน้า 5 อ้างอิงจากGibson, 1991) ได้กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับ และชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนอง ความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่ จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถ ควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

กัลไทเรซ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549.หน้า 5 อ้างอิงจากGutierrez, 1997, p. 282) ให้ความหมายของการสร้างพลังคือความสามารถในการกระทำที่การสร้างสรรค์เพื่อเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิตไปในทิศทางที่ปรารถนา พลังที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากการแลกเปลี่ยนพลังซึ่งกันและกัน ระหว่างบุคคล แต่ไม่ได้เป็นพลังที่ไปควบคุมผู้อื่น

แรพพาท (Rappaport; อ้างอิงจาก อุทัยทิพย์ เครือละม้าย, 2542, หน้า 41) ได้ให้คำ จำกัดความของการสร้างพลังว่าเป็นกระบวนการที่บุคคล กลุ่ม และชุมชน มีความสามารถในการควบคุมชีวิตของตน

ซิมเมอร์แมน (Zimmerman, 1997, p. 178) ให้ความหมายของการสร้างพลังไว้ว่าต้อง ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1. มีประโยชน์ มีคุณค่าเพราะเชื่อว่าการสร้างพลังเป็นกลวิธีหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้มแข็ง และ ร่วมกันแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหาสุขภาพไปในทางที่ถูกต้องและนำไปใช้ได้
2. ผลลัพธ์ เกี่ยวข้องกับการประเมินที่มีการพัฒนาให้มีความเชื่อถือได้
3. เป็นกระบวนการที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลในการคิดและ เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถที่จะควบคุมตนเองให้ดำเนินชีวิตไปถึงจุดมุ่งหมายได้

จากความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยผู้บังคับบัญชาถ่ายทอดอำนาจ ให้อิสระ ในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ใต้บังคับบัญชา รวมถึงการจัด สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและ แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร

### 5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พนัส พฤษสุนันท์ (2545) กล่าวว่า การสร้างพลัง (Empowerment) เป็นกระบวนการทางสังคม ที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชน มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมตนเอง มีความสามารถในการเลือก และกำหนดอนาคตของตนเอง ชุมชน และสังคมได้ การสร้างพลังจึงเป็นกระบวนการ ที่บุคคลสามารถกระทำร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในแนวทางที่พึงปรารถนา แต่ไม่ใช่เป็นพลังที่จะไปบังคับ หรือครอบงำคนอื่น (Wallertein & Bernstein, 1988:379-394) แนวคิดการสร้างพลังจะเน้นการเปลี่ยนแปลง ทั้งในระดับบุคคล และส่งเสริมการรวมกลุ่มกัน เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคม และสิ่งแวดล้อม การสร้างพลังจึงสอดคล้องกับ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ที่มีได้เน้นเฉพาะ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ระดับบุคคลเท่านั้น แต่จะต้องมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงระดับสังคมด้วย สอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลก ที่ระบุว่า "เป้าหมายสุดท้ายของกลวิธีการดูแลตนเอง คือ การสร้างพลังให้ประชาชน สามารถกำหนด หรือจัดการกับสุขภาพของตนเองได้" (WHO, 1991:4)

การสร้างพลังเป็นกระบวนการทางสังคมเพื่อการยอมรับการส่งเสริม และเพิ่มพูนความสามารถของประชาชน ในการค้นพบความต้องการที่แท้จริงของตน แก้ปัญหาของตน และรู้จักหมุนเวียนใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการกำหนดหรือควบคุมในการดำเนินชีวิตของตนเอง หรืออาจกล่าวได้ง่าย ๆ ว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของตนเองได้ (พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, 2541. หน้า 59 อ้างอิงจากมรกต บัวแดง, 2543. หน้า 29)

หัวใจของการสร้างพลัง คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ต่อการพัฒนาชุมชน หรือแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดผลของการเรียนรู้ คือ พลังความรู้ การตัดสินใจ และความสามารถในการพัฒนาชุมชน หรือสังคมอย่างยั่งยืน และกระทบผลประโยชน์อย่างเป็นระบบ โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีหลักการสำคัญ ดังนี้

1. รวม "พลังใจ" การที่จะขับเคลื่อนกิจกรรมทางสังคมได้ก็ตาม ขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญ คือ การรวมตน เพื่อรวมพลังใจ เป็นการสร้างเสริมใจซึ่งกันและกัน เกิดความรัก ความสามัคคี ความเอื้ออาทร มีความสนใจ และมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทำให้เกิดจิตสำนึกในการแก้ไข หรือพัฒนาท้องถิ่น การรวมกัน รวมใจ เป็นการส่งเสริมให้เกิดประชาคม

หรือเวทีประชาคม โดยใช้ประเด็นที่ชุมชนสนใจ มาเป็นเครื่องมือในการรวมคน สิ่งที่สำคัญ คือ การค้นหาผู้นำที่มีจิตวิญญาณ มีอุดมการณ์ต่อสถานการณ์ หรือประเด็นต่าง ๆ ที่ชุมชนสนใจให้ได้ โดยการเสนอตน ตามความสมัครใจ หรือให้ชุมชนเป็นผู้เสนอ ผู้นำเหล่านี้ มักเป็นผู้นำตามธรรมชาติ เป็นผู้ที่มีความซื่อสัตย์ เสียสละ อดทน อดกลั้น จิตใจอาสาสมัคร อาจเป็นพระภิกษุ หมอพื้นบ้าน นักพัฒนา และข้าราชการยุคใหม่ ฯลฯ หากเราสามารถรวมพลังใจ ของผู้นำเหล่านี้ได้ จะทำให้ได้คนที่มีคุณภาพ มีพลัง และรวมตัวกันอย่างยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานในขั้นต่อไป ประสบความสำเร็จ บางกรณีเกิดจากหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรพัฒนา เข้าไปกระตุ้นให้คน ในชุมชนรวมตัว เพื่อพัฒนาชุมชน วิธีการนี้ ส่วนใหญ่เป็นการรวมตัวกันอย่างหลวม ๆ ได้เฉพาะกาย ไม่ได้ใจ และมักได้คนที่ไม่มีความรู้ ไม่มีพลัง เป็นการรวมคนที่ไม่มีความยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานในขั้นต่อไป ไม่ประสบผลสำเร็จ

2. การระดม "พลังความคิด" เมื่อรวมคนได้แล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ "การร่วมคิด" โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และโอกาสอย่างรอบด้าน รวมทั้งการกำหนด แนวทาง วิธีการ และแผนงานในการแก้ไขปัญหา หรือการพัฒนาชุมชนอย่างเป็นระบบ สร้างสรรค์ และยั่งยืน

3. ก่อเกิด "พลังการจัดการ" ขั้นตอนนี้จะเกิด "การร่วมทำ" ดำเนินงานตามแนวทาง วิธีการ และแผนงานที่กำหนดในขั้นตอนที่ 2 สิ่งที่ต้องทำในขั้นตอนนี้ คือ การจัดระบบการบริหาร จัดการที่ดี เช่น การแบ่งบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของภาคี การพัฒนาต่าง ๆ อย่างเหมาะสม มีความเคารพนับถือ และให้การยอมรับความรู้สึก ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความจริงใจต่อกัน มีความเอื้ออาทร และความหวังดีระหว่างสมาชิก ย่อมทำให้เกิดการ ดำเนินงานราบรื่น และมีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพ

4. สร้าง "พลังภูมิปัญญา การขับเคลื่อนกิจกรรมแก้ไขปัญหา หรือการพัฒนาสังคม ใด ๆ ก็ตาม สิ่งที่ขาดเสียมิได้ ก็คือ การสรุปบทเรียนร่วมกัน เป็นการติดตามประเมินผล โดยเริ่มต้น จากการประเมินผลตนเอง และประเมินผลงาน ผ่านกระบวนการกลุ่ม และเครือข่ายการเรียนรู้ ทำให้เกิดการเชื่อมต่อกัน ทักษะ องค์ความรู้ และประสบการณ์ใหม่ ๆ นำไปสู่การเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ และเป็นชุมชนที่มีพลังมากขึ้นเรื่อย ๆ

5. สร้าง "พลังปิติ" ขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการ คือ การรับผลจากการกระทำ เป็นการสร้าง "พลังปิติ" โดยการยกย่อง ชื่นชม ให้กำลังใจ แก่คนที่มีความตั้งใจ และเสียสละให้กับ ชุมชน และสังคม ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมีความสุขจากการทำงานร่วมกัน ส่วนปัญหา อุปสรรคที่เกิดจากการกระทำ ถือว่าเป็นบทเรียนที่ต้องนำมาปรับปรุง พัฒนาไม่ให้เกิดขึ้นอีก

6. สร้าง "ภาพลักษณ์" เป็นการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่องค์ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ไปสู่ องค์กรชุมชนอื่น ๆ เช่น ถ้าเป็นองค์ความรู้ด้านเศรษฐกิจ การประชาสัมพันธ์ จะช่วยเพิ่มช่องทางการ ตลาด สร้างรายได้เพิ่ม หากเป็นองค์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่น การประชาสัมพันธ์จะเป็น การยกย่อง เชิดชูเกียรติแก่ผู้ประกอบการต่างๆ ที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ เป็นต้น

## 6. ระดับของการสร้างพลัง

การสร้างพลัง เน้นอิทธิพลที่เกี่ยวข้องในด้านการควบคุมตนเอง (Personal Control) และอิทธิพลที่เกี่ยวข้องทางด้านสังคม หรือชุมชน (Social Control) ระดับของการสร้างพลัง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ปริญญา ผกานนท์, 2543:27-29) ดังนี้

6.1 การสร้างพลังให้ตัวบุคคล พลังในตัวบุคคลจะเกิดขึ้นได้กับบุคคลที่ได้รับการ สนับสนุนส่งเสริมให้แสดงออก ซึ่งความสามารถในการพัฒนาแนวคิด และการทำงานสู่ ความสำเร็จ ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น สามารถพึ่งตนเองได้ และเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง

6.2 การสร้างพลังในองค์กร เป็นการส่งเสริม และสนับสนุนให้สมาชิกในองค์กร มีส่วนร่วมในอำนาจขององค์กร ตั้งแต่ การใช้ประโยชน์จากข้อมูล มีกระบวนการตัดสินใจ การกำหนดวิธีดำเนินงาน และการควบคุมความพยายามต่าง ๆ ต่อจุดมุ่งหมายที่กำหนดร่วมกัน ส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยง ในกลุ่มสมาชิกเพื่อสร้างเป็นพลังองค์กร แล้วไม่เชื่อมโยงกับองค์กรอื่น ๆ และชุมชนในเชิงอำนาจ หรือพลังโน้มน้ำหนักอคต และการตัดสินใจในสังคมที่กว้างขึ้น

6.3 การสร้างพลังในชุมชน เป็นระบบคุณค่าทางสังคม (Social Value) ซึ่งแสดงออกถึงการรวมตัวของประชาชนในชุมชน เพื่อทำกิจกรรมของชุมชนร่วมกัน ด้วยความสามัคคีเกื้อกูล มีการจัดการที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พลังในการพัฒนาชุมชน ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนบทบาท ของประชาชนในชุมชน โดยปล่อยให้ชุมชนได้มีโอกาสตัดสินใจ และ เลือกลงหนทางในการแก้ปัญหาของชุมชนเอง

วิชัย ชูจิต (2549) กล่าวถึงการประยุกต์การสร้างพลังอำนาจในชุมชนว่ามักทำคู่ไปกับการกระตุ้นการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยมีส่วนร่วมโดยมุ่งหวังให้เกิดการเรียนรู้ การมีความรู้สึกถึงความเป็นชุมชน โดยใช้กิจกรรมหลักคือ 1) การมีส่วนร่วม 2) การเรียนรู้ร่วมกัน 3) การสะท้อนความรู้สึก บทเรียนในเชิงวิเคราะห์หรือวิจารณ์ด้วยเหตุด้วยผล 4) การทำกิจกรรมกระบวนการสร้างพลังอำนาจให้เกิดให้เกิดในระดับจิตวิทยานบุคคล องค์กรและกลุ่มหรือชุมชน (Israel 1994)

สรุปว่า ระดับการมีพลังอำนาจของชุมชนสามารถเรียงจากน้อยไปมาก โดยดูลักษณะกิจกรรมของชุมชนได้ดังนี้

1. การมีข้อมูลข่าวสาร ชุมชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่มีการตัดสินใจไปแล้ว
2. การปรึกษาหารือ ชุมชนได้รับเชิญให้แสดงความคิดเห็นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ความเห็นของชุมชน อาจจะมีหรือไม่มีผลต่อการตัดสินใจก็ได้
3. การมีส่วนร่วมแบบเป็นทางการ ชุมชนได้มีการระบุหรือส่งตัวแทนให้เข้าไปมีบทบาทในการตัดสินใจ
4. การมีอำนาจตัดสินใจ ชุมชนมีสิทธิที่จะตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีวิธีการที่จะดำเนินการตามที่ตัดสินใจ

การมีพลังอำนาจในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจะเกิดขึ้นได้ขึ้นกับความสามารถในการรวมกลุ่มของชุมชนเองจึงมักเรียกกันว่า ดันทุนทางสังคม (Social capital) ชุมชนจะไม่สามารถมีอำนาจแบบเป็นทางการ ถ้าชุมชนไม่สามารถชี้ประเด็นที่สนใจ หรือเกี่ยวข้องกับผู้อื่นได้ ในขณะเดียวกัน ชุมชนก็จะไม่สามารถดำเนินการใดๆ ได้ถ้าสมาชิกในชุมชนไม่มีทักษะในการรวมกลุ่มและการสื่อสาร ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมการรวมกลุ่ม การฝึกทักษะการเรียนรู้และการสื่อสาร เป็นรูปแบบของการประชุมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภาควิชาคุณาน และการฝึกอบรม

นิตยา เพ็ญศิริภา (2544) ได้พัฒนาหลักสูตรใช้ในการอบรมการสร้างพลังเพื่อใช้กับกลุ่มเป้าหมาย สรุปไว้ว่าการจัดหลักสูตรขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ระยะเวลา และงบประมาณและทรัพยากร ที่มีอยู่

1. วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ถ้าเป็นการฝึกอบรมวิทยากรการสร้างพลัง หลักสูตรจำเป็นต้องให้แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลัง และฝึกทักษะการจัดกิจกรรมการสร้างพลังหลากหลายกิจกรรม สำหรับนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ แต่ถ้าต้องการฝึกอบรมแกนนำชุมชนที่ต้องการให้ทำงานเป็นทีม สามารถวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหาก็ได้ หลักสูตรจะต้อง

จัดลำดับกิจกรรม ให้มีความสอดคล้อง ต่อเนื่อง ที่จะนำไปสู่วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมให้ได้ โดยทั่วไป การจัดหลักสูตรฝึกอบรมแบบเต็มรูปแบบ มักจะมีลำดับกิจกรรม ดังต่อไปนี้ คือ

- 1.1 การแนะนำให้รู้จักกัน
- 1.2 การให้รู้จักตนเองและผู้อื่น
- 1.3 การมองภาพสังคมในอนาคตร่วมกัน
- 1.4 ทักะการทำงานเป็นทีม การติดต่อสื่อสาร
- 1.5 การระบุปัญหา การสร้างความตระหนัก ในความสำคัญของปัญหา
- 1.6 การวิเคราะห์สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
- 1.7 การวางแผนแก้ไขปัญหา
- 1.8 การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
- 1.9 การติดตามสนับสนุน และการประเมินผล

สำหรับกิจกรรม 2 ลำดับท้าย เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่องภายหลังการฝึกอบรม

2. ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้ารับการฝึกอบรม กรณีผู้เข้าอบรมยังไม่รู้จักคุ้นเคยกัน จำเป็นต้องมีกิจกรรมแนะนำให้รู้จักกันและคุ้นเคยกันแต่ถ้ารู้จักกันดีแล้วกิจกรรมเหล่านี้อาจตัดออกไปได้

3. ระยะเวลาในการอบรม เป็นองค์ประกอบสำคัญ เนื่องจากกิจกรรมการสร้างพลัง จะเน้นการให้มีส่วนร่วม การทำงานเป็นกลุ่ม ซึ่งต้องใช้เวลา มากกว่าการอบรมแบบบรรยาย ดังนั้น จำเป็นต้องพิจารณาว่า ผู้เข้าอบรมจะมีเวลาเข้าร่วม ในกิจกรรมอบรมมากน้อยเพียงใด โดยทั่วไป การจัดกิจกรรมอบรมต่อเนื่องกัน จะให้ผลดีว่าการอบรมเป็นช่วง ๆ เช่น สัปดาห์ละวัน เพราะการกระตุ้นความสนใจ และอารมณ์จะเป็นไปไม่ต่อเนื่อง แต่หากจำเป็นต้องจัดเป็นช่วง ๆ ก็สามารถทำได้ โดยต้องมีการมอบหมายกิจกรรมให้ไปทำ แล้วนำผลการเรียนรู้มาเสนอ และต้องพยายามสร้างแรงจูงใจ ให้มาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ในคราวต่อไป

4. งบประมาณและทรัพยากร การจัดกิจกรรมการสร้างพลังจะต้องใช้เวลา ใช้อุปกรณ์ ในการฝึกอบรม มีทีมวิทยากร ซึ่งจะต้องใช้งบประมาณ และทรัพยากร มากกว่าการอบรมแบบบรรยายที่เคยทำ ดังนั้น การจัดหลักสูตรฝึกอบรม จำเป็นต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย

## 7. การวัดและประเมินผลการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

Zimmermann และ Rappaport (1988) กล่าวว่า Empowerment เป็นตัวแปรที่ประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ คือ ความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ศักยภาพ ระบบช่วยเหลือที่มีอยู่ในธรรมชาติ และบุคลิกภาพ แบบรุกหน้า (Proactive) ในส่วนที่เกี่ยวกับการเมือง นโยบายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นกระบวนการที่ทำให้ปัจเจกบุคคลสามารถเรียนรู้ที่จะควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต และการเข้าไปมีส่วนในชุมชนอย่างจริงจัง โดยมี

7.1 Psychological empowerment คือการแสดงออกระดับบุคคลโดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ความเชื่อในศักยภาพตนเอง การยกย่องตนเอง การรับรู้สาเหตุและปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากจุดเน้นของ Rappaport เป็นเรื่องของการสร้างพลังอำนาจต้องสร้างด้วยตัวเอง ดังนั้น Gruber and Trickette (1987) ได้เน้นว่าการวัดพลังอำนาจ ควรดูที่ ความเชื่อในอำนาจควบคุม (Locus of Control) โดยไม่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมหรือบริบทเลย ซึ่งน่าจะพิจารณาให้คำถามมีความครอบคลุมหรือถามถึงบริบทในเชิงมุมมองหรือความเชื่อจากตัวเขาด้วย

7.2 Community empowerment หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองและสังคม การรับรู้ศักยภาพและความต้องการที่จะควบคุมของ คนในองค์กรและในสังคม ที่จะจัดการให้เกิดความเสมอภาคการกระจายทรัพยากร แล้วส่งผลดีต่อสังคม ดังนั้นเครื่องมือในการวัดการสร้างเสริมพลังอำนาจในปัจจุบัน จึงควรครอบคลุมทั้ง 2 ระดับในเรื่อง

บุคลิกภาพ เช่น การยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง การยกย่องตนเอง ความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ด้วยตนเอง การควบคุมความบังเอิญ ความเชื่อในพลังอำนาจของผู้อื่น ความเชื่อว่าตนเองสามารถมีอิทธิพลต่อระบบสังคมการเมือง ความรู้สึกต่อตนเองที่เป็นไปในลักษณะวุฒิภาวะ การรู้จักตนเอง การเข้าใจตนเองและผู้อื่น การเข้าใจความหมายของชีวิตและความอิมเต็มของชีวิต

พุทธิปัญญา เช่น การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และการเมือง ได้แก่ ความรู้สึกในการจัดการ การรับรู้ศักยภาพ ความคาดหวังในความสามารถของระบบสังคม การเมือง ความรู้สึกต่อความสามารถของระบบการเมือง

แรงจูงใจ เช่น ความต้องการที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อม หน้าที่พลเมือง ความรู้สึกต่อสาเหตุที่มีความสำคัญและเป้าหมาย การเรียนรู้ ความหวังเช่น การเข้าไปเกี่ยวข้องในการรวมกลุ่ม การตระหนักถึงวัฒนธรรมและการกระตุ้นสิทธิ การเข้าใจความหมายของวัตถุประสงค์ของโครงการ

## 8. วิธีการวัดกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ

Israel et al (1994) ได้ทบทวนวิธีการวัดกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ใช้กันอยู่ และเสนอแนะไว้ว่า การประเมินควรใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ที่ต้องสอดคล้องไปกับกระบวนการสร้างพลังอำนาจที่แต่ละโครงการได้ออกแบบและตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล องค์กร หรือชุมชนก็ตาม นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะในการวิจัยประเมินผลการสร้างพลังอำนาจ โดยนักวิจัยที่หลากหลายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (พนารัตน์ เจนจบ และ คณะ, 2542, สมหญิงและคณะ, 2002 Gollup, 2543) ได้นำเสนอการวิจัยที่เป็นการวิจัยแบบสามเส้า (Triangulative research) และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีการวัดตัวแปรของการสร้างพลังอำนาจที่เน้นการรับรู้ในอำนาจการควบคุมของตนเอง การรักและยอมรับตนเอง การรับรู้ความรับผิดชอบของตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองและการเห็นคุณค่าการกระทำที่มีประโยชน์ในสังคม เป็นต้น จากแนวคิดการสร้างพลังเป็นปรัชญาที่กว้าง ดังนั้น ผู้ที่จะประเมินผลการศึกษาเพื่อการสร้างพลัง ต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ ในการนำกระบวนการสร้างพลังมาใช้ ซึ่งจะทำให้สามารถ กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินได้อย่างเหมาะสม สำหรับตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลมีได้ 3 ลักษณะ คือ

8.1 กรณีใช้การสร้างพลังเป็นกระบวนการ (Means) ที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล การประเมินจะวัดที่ตัวแปรพฤติกรรม ที่เป็นผลจากการเรียนรู้ เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การปฏิบัติ

8.2 กรณีต้องการให้การสร้างพลังเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย (Ends) จะวัดที่พลังของบุคคล และกลุ่ม ถ้าเป็นพลังในเรื่องทั่วไปของบุคคล สามารถวัดที่ตัวแปรการนับถือตนเอง (Self-esteem) แต่ถ้าต้องการวัดพลัง เฉพาะเรื่องที่เน้นด้านสุขภาพของบุคคล จะสามารถวัดที่ตัวแปรความเชื่อ ในความสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพ หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ (Self-efficacy) หรือวัดที่พฤติกรรมการปฏิบัติโดยตรงถ้าต้องการวัดพลังกลุ่ม สามารถวัดที่การรวมตัวกันวางแผน และจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของกลุ่ม ความเป็นปึกแผ่นของกลุ่มหรือเครือข่าย ความพึงพอใจในการรวมกลุ่ม การสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกกลุ่ม เป็นต้น

### 8.3 กรณีต้องการวัดผลกระทบของการสร้างพลัง ที่มีต่อการแก้ไขปัญหา

สาธารณสุข สามารถวัดที่การเปลี่ยนแปลง สภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม การลดลงของปัญหา สาธารณสุข ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลและกลุ่ม สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง และกลุ่มได้ อย่างไรก็ตาม ในการประเมินผลการสร้างพลัง อาจประเมินลักษณะที่ 2 และ 3 ร่วมกัน เพื่อให้มี เหตุผลและน้ำหนัก ในการอธิบายผลกระทบที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นได้

#### การวิจัยเชิงประยุกต์ (applied research)

การวิจัยเชิงประยุกต์มีลักษณะที่เหมือนกับการวิจัยพื้นฐานหลายประการ เช่น การเลือก กลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออ้างอิงไปถึงกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา จุดมุ่งหมายของ การวิจัยเชิงประยุกต์นั้นก็เพื่อที่จะทดสอบทฤษฎีที่มีผู้ตั้งไว้แล้วว่าเป็นจริงหรือสมเหตุสมผลหรือไม่ และจะพัฒนาทฤษฎีนั้น ๆ ให้ดีขึ้นได้อย่างไร และผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็น ประโยชน์ได้สำหรับมนุษย์มากน้อยเพียงใด ฉะนั้นจุดมุ่งหมายสำคัญของการวิจัยเชิงประยุกต์ก็คือ การนำผลจากการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่งโดยตรง ตัวอย่างการวิจัยเชิงประยุกต์ทาง การศึกษา เช่น การสร้างสื่อการสอนสำเร็จรูปสำหรับใช้ในการเรียนการสอน เป็นต้น (จรรยา เสถบุตร, 2549. เว็บไซต์)

#### การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

##### 1. ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า การวิจัยเชิง ปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยประเภทหนึ่ง ซึ่งใช้กระบวนการการปฏิบัติอย่างมีระบบ โดยผู้วิจัย และผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติจากการใช้วงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือ การทำ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติ การดำเนินการ ต่อเนื่องไปจะนำไปสู่การปรับแผนเข้าสู่วงจรใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง เพื่อพัฒนาสภาพการณ์ของสิ่งที่ได้ศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ Zuber, Skerritt (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ อ้างอิงจาก Zuber, Skerritt, 1991) ได้ ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการในรูป The CRASP model ดังนี้คือ

1. เป็นการวิจัยที่ร่วมมือในการสืบสวนสอบสวนปัญหาอย่างวิเคราะห์วิจารณ์ (critical collationtive enquiry)
2. สะท้อนผลการปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติ (reflectioners)
3. อธิบายข้อค้นพบ และเผยแพร่ (accountable)
4. ประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง (self-evaluation)
5. มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (participation problem-solving) และดำเนินการพัฒนา กิจกรรมต่อไป

คงศักดิ์ ธาตุทอง( 2549. เว็บไซต์) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังนี้

1. เป็นการวิจัยอย่างมีระบบเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการสะท้อนข้อมูลที่ได้มาอย่างพิเคราะห์ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการ ปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องจนเป็นที่พอใจของผู้วิจัย
2. เป็นการค้นหาปัญหาเพื่อการปรับปรุงและทำความเข้าใจปัญหาด้วยการกระทำและเรียนรู้จากผลของการกระทำนั้น ๆ
3. เป็นการทำวิจัยในงานของผู้วิจัยและงานของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย เป็นการทำงานร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยพัฒนาทั้งงานของผู้วิจัยทำและงานของผู้ร่วมวิจัยไปพร้อม ๆ กันในการทำงานร่วมกันผู้วิจัยต้องมองว่าผู้ร่วมวิจัยเป็นคนที่มีความตั้งใจไม่ใช่วัตถุ พร้อมทั้งช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีจุดหมายและช่วยให้ผู้ร่วมงานสร้างประวัติศาสตร์ผลงานด้วยตัวของเขาเอง

สรุปได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการรวบรวมปัญหาหรือคำถาม จากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัตินั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

## 2. จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำงานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สาระสำคัญของสาเหตุปัญหา โดยอาศัยทฤษฎีและประสบการณ์ เพื่อเสาะแสวงหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ แล้วนำวิธีการดังกล่าวนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นร่วมกันกับคณะทำงานในการวางแผนดำเนินการ เพื่อแก้ไขปัญหาย่างมีระบบ

## 3. หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

3.1 แนวคิดและหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะเฉพาะดังนี้

- 3.1.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นความพยายามที่ปรับปรุงการศึกษา โดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้นและเรียนรู้ลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงนั้น
- 3.1.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการทำงานของกลุ่ม (Collaboration) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด
- 3.1.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยประเมินตรวจสอบในทุกขั้นตอน เพื่อปรับปรุงการฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย
- 3.1.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีระบบ (systematic Learning process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความคิดที่เป็นนามธรรม มาสร้างเป็นข้อสมมติฐาน ทดลองฝึกปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดสอบว่าสมมติฐานนั้นถูกหรือผิด
- 3.1.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นจากจุดเล็กๆ (Start small) อาจจะเริ่มต้นจากบุคคลเดียวที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างทางการศึกษาให้ดีขึ้น โดยในขณะปฏิบัติการต้องปรึกษา / รับฟังความคิดเห็น และอาศัยการร่วมปฏิบัติจากผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 3.1.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่ให้เป็นแนวทางปฏิบัติเชิงรูปธรรม จากการบันทึกพัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เห็นกระบวนการเข้าใจปัญหา การแก้ปัญหา การปรับปรุง และได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผล ในขณะเดียวกัน สามารถนำประสบการณ์ที่ศึกษามาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี

### 3.2 ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Kemmis and Mctaggart (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537 อ้างอิงจาก Kemmis and Mctaggart) ได้เสนอแนะขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงสภาพการเรียนรู้การสอนจริงในโรงเรียนตามวงจรการปฏิบัติการ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

#### ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan) เริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาที่ต้องการให้มี

การแก้ไข ครูและผู้ที่เกี่ยวข้องอาจเป็นครูผู้สอนร่วมกัน ผู้บริหาร นักเรียน วางแผนด้วยกัน สำรวจสภาพการณ์ของปัญหาว่าอย่างไร ปัญหาที่ต้องแก้ไขคืออะไร ปัญหานั้นเกี่ยวข้องกับใครบ้าง วิธีแก้ไขต้องปฏิบัติอย่างไร การแก้ไขต้องมีการแก้ไขในเรื่องใดบ้าง เช่น ครูต้องเปลี่ยนวิธีสอน นักเรียนต้องทำงานเป็นกลุ่ม เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงบางอย่างผู้บริหารต้องรับทราบ การเปลี่ยนแปลงและให้การสนับสนุน ในขั้นการวางแผนจะมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งในการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหาทางการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการหาโครงสร้างของปัญหาอย่างมีระบบ ทบทวนแง่มุมปัญหา ถกปัญหาอย่างกว้างขวางกับผู้ร่วมวิจัย หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะให้เห็นปัญหาอย่างชัดเจน

#### ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Act) เป็นการกำหนดแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมใน

ขั้นวางแผนงานมาดำเนินการ เมื่อลงมือปฏิบัติต้องใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ประกอบไปด้วย โดยรับฟังจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการปฏิบัติจะเป็นข้อมูลย้อนกลับว่า แผนที่วางไว้ย่อดีนั้น ปฏิบัติได้ดีมากน้อยเพียงใด มีอุปสรรคอย่างไรบ้างในการปฏิบัติ ดังนั้นแผนงานที่กำหนดไว้อาจจะยืดหยุ่นได้โดยผู้วิจัยต้องใช้วิจารณญาณ และการตัดสินใจที่เหมาะสม และมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

#### ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) ขณะที่การวิจัยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่

วางไว้ต้องมีการสังเกตการณ์ควบคู่ไปด้วย พร้อมจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยสิ่งที่สังเกตก็คือ กระบวนการของการปฏิบัติ ( The action process ) และผลของการปฏิบัติ ( The effects of action ) การสังเกตนี้จะรวมถึงการรวบรวมผลการปฏิบัติที่เห็นด้วยตา การได้ฟัง การได้ใช้เครื่องมือ เซาว์ แบบทดสอบ เป็นต้น ซึ่งขณะที่การปฏิบัติการวิจัยกำลังดำเนินการไปควบคู่กับการสังเกตผลการปฏิบัติ ควรใช้เทคนิคต่างๆที่เหมาะสมมาช่วยในการรวบรวมข้อมูลด้วย

**ขั้นที่ 4 สะท้อนการปฏิบัติ ( Reflect )** เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการ ปัญหา หรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องตรวจสอบกระบวนการ ปัญหา หรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ โดยผ่านการถก - อภิปราย ปัญหา ซึ่งจะได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินงานและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่น่าไปสู่ การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป โดยวงจรของ 4 ขั้นตอนดังกล่าว จะมีลักษณะการ ดำเนินการเป็นขั้นบันไดเวียน (Spiral) การทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทาง หรือรูปแบบปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาในสิ่งที่ศึกษานั้น

สรุปว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติคือการนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติโดยมีเจตจำนงที่จะปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมด้วยการเพิ่มองค์ความรู้สู่สังคมนั้น ทั้งนี้จะเป็นการใช้งานองค์ความรู้ ภายใต้อริบทที่เป็นจริง มีการศึกษาสถานการณ์ในสังคมโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้น เพื่อเพิ่มความเข้าใจในปรากฏการณ์อื่นจะนำไปสู่การปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงตนเองได้ รูปแบบ ของกิจกรรมในการสร้างความรู้ใหม่ ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะเป็นกระบวนการที่มีการ เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ กิจกรรมในเส้นเวียนกันหอยเพื่อค้นหาความรู้อย่างลุ่มลึก ใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม เน้นความร่วมมือโดยเสมอภาค สร้างความรู้เพื่อการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงของสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสังคมที่ดีขึ้น ผลที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติจะได้ทั้ง องค์ความรู้ใหม่ และความสามารถใหม่ในการผลิตความรู้ด้วย

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรุณวรรณ ยมเกิด (2548) ได้ ศึกษามาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ดำเนินการเต็มรูปแบบในจังหวัดตาก จำนวน 18 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบประเมินรับรอง มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ามาตรฐานด้านบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการเต็มรูปแบบในจังหวัด ตาก ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระยะเวลาดำเนินงานครบ 3 ปี ในภาพรวมพบว่ามาตรฐานด้าน บริการไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งเมื่อดูรายกิจกรรมพบว่า มาตรฐานกิจกรรมในชุมชนไม่ผ่านเกณฑ์ เช่นเดียวกัน และเมื่อดูรายข้อพบว่าข้อมีและใช้แฟ้มครอบครัว(Family Folder) เพื่อดูแลสุขภาพ, ข้อมีและใช้แฟ้มชุมชน (Community Folder), ข้อมีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล (Personal Record) (ตาราง 4.1) ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระยะเวลาดำเนินงานครบ 4 ปี มีบางศูนย์สุขภาพ

ชุมชนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในข้อมีและใช้แฟ้มครอบครัว(Family Folder) เพื่อดูแลสุขภาพ, ข้อมีและใช้แฟ้มชุมชน (Community Folder), ข้อมีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล (Personal Record) (ตาราง 4.2) ซึ่ง แฟ้มครอบครัว (Family Folder),แฟ้มชุมชน(Community Folder), บันทึกสุขภาพรายบุคคล (Personal Record) เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำความรู้จักและเข้าใจต่อการบริการของทีมสุขภาพและเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ผู้การแก้ไขป้องกันปัญหาและเสริมสร้างสุขภาพ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนควรให้ความสำคัญของแฟ้มครอบครัว (Family Folder),แฟ้มชุมชน (Community Folder), บันทึกสุขภาพรายบุคคล (Personal Record) โดยการบันทึกที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องในทุกกระบวนการ เพื่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนมีมาตรฐานและเป็นบริการที่มีคุณภาพสู่ประชาชน

ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และรุจิราถ อรรถสิขฐ (2548) ได้ศึกษาสถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น : กรณีศึกษาจากการพัฒนานำร่องรูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ตเพื่อวิเคราะห์และประเมินแนวคิด กระบวนการ และผลการปฏิบัติการนำร่องของรูปแบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามระบบ กสพ. (คณะกรรมการด้านสุขภาพระดับพื้นที่) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2544 พร้อมประเมินความพร้อมของบุคลากรที่เป็นไตรภาคีของ กสพ. ในระดับจังหวัดคือ สมาชิกองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกขององค์กร/กลุ่มภาคประชาชนและประชาคม ในพื้นที่นำร่อง กสพ. 3 จังหวัดคือ ภูเก็ต อยุธยา และสงขลา

ผลการวิจัยพบว่า กสพ. จังหวัดภูเก็ตได้ดำเนินงานตามรูปแบบ กสพ. ได้ในช่วงต้น (สิ้นสุดหลังกระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งเปลี่ยนแปลงบทบาทจาก Functional Board เป็น Advisory Board)โดยมีผลงานที่สำคัญคือ การจัดตั้งคณะกรรมการ กสพ. การกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจการศึกษาปัญหา การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการจัดตั้งสำนักงาน โดยมีนายกเทศมนตรีเทศบาลนครภูเก็ตเป็นประธาน นายก อบจ. เป็นรองประธาน และนายแพทย์ สสจ. เป็นกรรมการและเลขานุการ ซึ่งกระบวนการทำงานเป็นไปในลักษณะการเตรียมความพร้อมของคณะกรรมการ กสพ.ทั้งในแนวคิดและวิธีปฏิบัติการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกันเป็นทีมของสมาชิกไตรภาคี พร้อมๆกับการพัฒนางานของ กสพ. ให้มีความก้าวหน้าและมีผลงานเป็นที่ประจักษ์และได้รับการยอมรับ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความหมายและคุณค่าสำคัญ 4 ข้อ คือ

1. ท้องถิ่นมีความพร้อมที่จะรับผิดชอบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้ (แม้ว่าบุคคลากรในภาคีอื่นๆส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะต้องทำเรื่องนี้)

2. ความจริงจังและประนีประนอมคือบทบาทหน้าที่สำคัญของ ท้องถิ่น (ท้องถิ่นเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงจึงต้องประสานประโยชน์ร่วมของหน่วยเหนือคือหน่วยราชการและรัฐบาลที่เป็นผู้คอยกำกับดูแล และกลุ่ม/องค์กรภาคประชาชนและประชาชน ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ต้องรับผิดชอบ) 3. ประชาคมดีในหลักการแต่อ่อนในทางปฏิบัติ (กลุ่ม/องค์กรของประชาชนยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ และขาดการประสานงานและร่วมมือกัน อย่างจริงจัง ต่อเนื่องและเป็นระบบ ซึ่งกลุ่ม/องค์กรของประชาชนกำลังอยู่ในช่วงพัฒนาการพึ่งพาตนเองที่ต้องอาศัยโครงการ/กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันเพื่อเสริมการเรียนรู้และพัฒนาไปด้วยกันในกลุ่มภาคประชาชน) และ

4. อบท. จำเป็นต้องเสริมการพัฒนาและเรียนรู้(ด้วยความจำกัดทั้งโครงสร้างและระบบ และตัวบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพเป็นเรื่องที่ไกลจากความสนใจและต่างเห็นว่ามีนักวิชาชีพสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบเป็นอย่างดีอยู่แล้ว) อย่างไรก็ตามความพร้อมทางความคิด ความเข้าใจ และการเรียนรู้ของสมาชิกไตรภาคีโดยทั่วไปก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่พอสมควร กล่าวคือ สมาชิกทุกกลุ่มโดยเฉลี่ยแล้วไม่เกินครึ่งหนึ่งที่รับรู้ว่าคุณภาพเป็นเรื่องที่ใกล้ความสนใจเรื่องนี้ค่อนข้างดีแม้ว่าจะมีประสบการณ์บ้างแล้วจากการเข้าร่วมปฏิบัติการของ กสพ. ในช่วงเวลาที่ผ่านมามี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังเป็นข้อสงสัยของกลุ่มอื่น ๆ ว่าอาจไม่พร้อมในการรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและมีบทบาทเป็นผู้นำ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ให้การยอมรับต่อหลักการและวิธีการปฏิบัติการการกระจายอำนาจค่อนข้างต่ำ รวมถึงการรับรู้ต่อกลุ่ม/องค์กรอื่น ๆ รวมทั้งองค์กรของตนเองว่ามีความพร้อมไม่มากนัก สำหรับกลุ่ม/องค์กร ของประชาชนก็มีความจำกัดด้านแนวคิดและความเข้าใจเรื่องการกระจายอำนาจ การขาดผู้นำ และการมีประสบการณ์เรื่องสุขภาพไม่มากเท่าที่ควร

กรณีการ จิตบรรเจิด (2544) ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างพลังชุมชนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มแกนนำชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง การรับรู้แบบแผนความเชื่อ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ภายในและภายนอกบ้านถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กุลชลี เพ็ชรรัตน์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังอำนาจในงาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับการรับรู้ความสามารถในตนเอง: กรณีศึกษาพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบัติวัตตอุปประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ระดับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และระดับการรับรู้ความสามารถในตนเอง 2) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการเสริมพลังอำนาจในงานกับการรับรู้ความสามารถในตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการรับรู้ความสามารถในตนเอง 3) ศึกษาตัวพยากรณ์ร่วมระหว่างการ เสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับการรับรู้ความสามารถในตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบัติ มีระดับการเสริมสร้างพลัง อำนาจในงาน และระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองระดับปานกลาง และมีความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองอยู่ในระดับสูง พยาบาลที่มีอายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจใน งานต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถในตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพยาบาลที่ ได้รับการอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาลต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถในตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในตนเองอย่างมี นัยสำคัญที่ระดับ.001 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถพยากรณ์การรับรู้ความสามารถในตนเอง ได้ ร้อยละ 21.40

พนิดา เมืองคำ ได้ศึกษา การสร้างพลังการมีส่วนร่วมของชุมชนชาวเขาเผ่าลัวะ ในการป้องกันโรคพยาธิปากขอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน (2545) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการสร้างพลังชุมชนในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิ ปากขอใน ชุมชนโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม การสร้างพลังส่งผลให้แกนนำชุมชนมีการรับรู้ ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคพยาธิ ปากขอในชุมชนและมีความภาคภูมิใจตนเองในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิปากขอในชุมชน และมีความคาดหวังในความสามารถตนเองในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิปากขอในชุมชน เพิ่มขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติและส่งผลให้แกนนำชุมชนสามารถวางแผนและดำเนินการควบคุมและ ป้องกันโรคพยาธิปากขอในชุมชนได้ด้วยชุมชนเองจนสามารถลดอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิปากขอ

คารณี จามรี (2545) การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีจุดมุ่งหมายเพื่อแสวงหากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ (2) ขั้นตอนการค้นหาสภาพจริง (3) ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (4) ขั้นตอนการสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ทักษะและทรัพยากร (5) ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง และ (6) ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถ

กระบวนการพัฒนาใช้วิธีการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่ามีผลทำให้ผู้ผ่านการอบรมมีความรู้และเจตคติตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

สิริวัฒนา เกตุวีระพงศ์ (2548) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ในงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ในงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จุดประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ในงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ในด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ การใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาล และการเกิดผลกดทับระดับ 2 - 4

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ในงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประกอบด้วยระยะของการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ 4 ระยะ คือ 1) ระยะเข้าใจสภาพปัญหาและร่วมกันหารูปแบบใหม่ เป็นระยะรวมตัวกันเพื่อวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ หาแนวทางแก้ไขโดยร่วมกันหารูปแบบใหม่ 2) ระยะเผชิญปัญหาเมื่อเริ่มปฏิบัติ เป็นระยะนำรูปแบบชั่วคราวลงไปปฏิบัติครั้งแรกและพบปัญหาที่ต้องปรับแก้ กลวิธีในการพัฒนาประกอบด้วย 3) ระยะแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่บทบาทใหม่ เป็นระยะที่มีการปฏิบัติบทบาทใหม่พบปัญหา แก้ไขโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน 4) ระยะพึงพอใจในบทบาท เป็นระยะที่พยาบาลผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ได้ดีขึ้น รับรู้ผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้ให้บริการ โดยใช้กลวิธีในการพัฒนา 8 วิธี ได้แก่ 1) การสะท้อนคิด 2) การให้ข้อมูลและการให้ความรู้ 3) ให้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจ 4) การอำนวยความสะดวก 5) ให้กำลังใจ 6) ทำเป็นแบบอย่าง 7) เป็นที่ปรึกษา 8) การเสริมสร้างพลังอำนาจ และได้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีลักษณะเป็นที่มีการพยาบาลเจ้าของไข้ กล่าวคือ

ในด้านโครงสร้างขององค์กรประกอบด้วยหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมที่ต่างได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ใช้บริการ 1 – 2 คน ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานและให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่าย เป็นผู้วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง สื่อสารและประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในขณะเดียวกันต้องร่วมรับผิดชอบเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลผู้ใช้บริการที่อยู่ในโซนเดียวกันอีก 1 – 2 คน ในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ปฏิบัติงานก็จะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การดูแลแทน นอกจากนี้พยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแลที่ร่วม รับผิดชอบผู้ใช้บริการในโซนเดียวกันจะเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลซึ่งกันและกันให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ยุงยาก ปรีกษาหรือปัญหาในการดูแล รวมถึงช่วยให้ข้อมูลหรือประสานงานเกี่ยวกับผู้ใช้บริการแทนเมื่อพยาบาลอีกคนมีภารกิจที่ต้องปฏิบัตินอกหน่วยงาน

นอกจากนี้พบว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลคือ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก การใช้กระบวนการพยาบาลครบขั้นตอนและต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก และอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 – 4 ลดลง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิภาพของโครงการป้องกันและควบคุมเอดส์ในสถาบันครอบครัว โดยทดลองวิธีการ 2 วิธีการ คือ การใช้วิธีการสร้างพลังในสตรี และการให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยใช้การวิจัยแบบ one-group-pretest and post-test without control group วิธีการที่ 1 คือ การสร้างพลังในสตรีดำเนินการในหมู่บ้าน 4 หมู่บ้าน ของจังหวัดสระบุรี โดยใช้วิธีการ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 การพัฒนาผู้นำสตรีซึ่งดำเนินการใน 2 หมู่บ้าน ในตำบลหนองสีดา อำเภอหนองแขง จังหวัดสระบุรี และรูปแบบที่ 2 คือ เป็นการพัฒนาสตรีโดยตรง ซึ่งดำเนินการใน 2 หมู่บ้าน ในตำบลนายาว อำเภอพระพุทธบาท และวิธีการ 2 คือ การใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดำเนินการใน 1 หมู่บ้าน ในตำบลทุ่งขวาง จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแม่บ้านและพ่อบ้านในหมู่บ้านที่ทำการทดลอง 5 หมู่บ้าน จำนวนอย่างละ 50 คน ในแต่ละหมู่บ้าน รวมเป็นแม่บ้าน 250 คน และพ่อบ้าน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสำรวจความรู้ ทักษะคติ การรับรู้ เกี่ยวกับเอดส์ และพฤติกรรมการสื่อสาร ระหว่างภรรยา-สามี ที่เกี่ยวกับเอดส์ คู่มือการสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์กลุ่มแม่บ้านและพ่อบ้าน การสนทนากลุ่มกับกลุ่มสตรีตำบลละ 2 กลุ่ม และได้มีการติดตามผล และอบรมเพิ่มเติมในบางประเด็น รวมทั้งการควบคุมกำกับเป็นระยะ ๆ

การประเมินผลโครงการทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังโครงการ และการประเมินเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มการประเมินผลการอบรมแต่ละครั้ง การสังเกต การอภิปราย การประเมิน กิจกรรมที่กลุ่มได้ดำเนินการในแต่ละโครงการย่อย การสัมภาษณ์ในช่วงของการติดตาม/ควบคุมกำกับ และการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำสตรีและคณะกรรมการชุมชนเมื่อสิ้นสุดโครงการ

ผลการศึกษาพบว่าโครงการพัฒนาพลังของสตรีเพื่อป้องกัน และควบคุมเอ็ดส์ในครอบครัวโดยผ่านผู้นำสตรี และโดยการพัฒนาศรีโดยตรง และโดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วม มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับเอ็ดส์ของแม่บ้านและพ่อบ้าน และทำให้การสื่อสาร/พูดคุยเกี่ยวกับเอ็ดส์ระหว่างภรรยา-สามีเพิ่มมากขึ้น แต่มีบางประเด็นของการรับรู้และทัศนคติต่อเอ็ดส์และผู้ป่วยเอ็ดส์ของกลุ่มแม่บ้านและพ่อบ้าน ยังไม่ถูกต้อง จำเป็นจะต้องปรับเปลี่ยนให้ถูกต้อง การพัฒนาพลังของสตรีจำเป็นต้องดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง และเร่งด่วน รวมทั้งหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพ และควรจะต้องแทรกเข้าไปในกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มสตรีที่ได้ดำเนินการในหมู่บ้าน และควรจะได้พัฒนาร่วมกับกลุ่มสามีด้วย การประเมินเชิงคุณภาพของแต่ละโครงการและกิจกรรมย่อยชี้ให้เห็นว่า แต่ละกิจกรรมได้ประสบผลสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การดำเนินงานสร้างพลังในกลุ่มแม่บ้านโดยผ่านผู้นำสตรีนั้นมีข้อด้อย คือการพัฒนาผู้นำสตรีให้ไปดำเนินการต่อนั้นทำได้ไม่ง่าย เพราะภารกิจและศักยภาพของผู้นำสตรีเป็นองค์ประกอบสำคัญ แต่ในกลุ่มที่พัฒนาพลังแม่บ้านโดยตรงนั้น น่าจะได้ผลดีกว่า แต่ต้องการความต่อเนื่องและลักษณะความเป็นผู้นำของชมรมแม่บ้าน/กลุ่มสตรี ในหมู่บ้านในอันที่จะร่วมมือด้วย สำหรับในรูปแบบของการให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยผ่านคณะกรรมการชุมชนนั้น พบว่าความเข้มแข็งและศักยภาพของคณะกรรมการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ กลุ่มผู้นำชุมชนที่ดำเนินงานในโครงการนี้ มีความร่วมมือ, รวมตัวอย่างสม่ำเสมอ และมีความเข้มแข็ง จึงได้ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ และได้เสนอแนะว่าการดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมเอ็ดส์ในครอบครัวนั้น น่าจะทำในลักษณะของคณะกรรมการชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และมีผู้แทนจากองค์กรสตรีร่วมด้วย และควรจะได้มีกิจกรรมที่มุ่งเน้นที่กลุ่มแม่บ้าน/สตรีในชุมชน และการนำเอาสามีมาร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาความเป็นครอบครัวด้วยแนวคิดในการรวมสรรพกำลังทางสังคม (social mobilization) โดยให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม (equity) ให้สังคม ได้รวมกลุ่มร่วมกันคิด ทำ และได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน (solidarity) เพื่อสุขภาพที่ดีที่ยั่งยืน (sustainability) น่าจะนำมาประยุกต์ได้ดี

นิตยา เพ็ญศิริินภา (2538, หน้า ก-ข) ศึกษาผลของการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 962 คน ผู้นำนักเรียนจำนวน 48 คน ผลการวิจัยพบว่าการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ มีผลทำให้การนับถือตนเอง ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ของผู้นำนักเรียนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองและคิดตามผล รวมทั้งสามารถป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำนักเรียนได้แต่ไม่พบว่าความเชื่อในความสามารถด้านทานการสูบบุหรี่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในกลุ่มนักเรียนทั่วไปพบว่าภายหลังทดลองนักเรียนในกลุ่มทดลอง มีการนับถือตนเอง ความเชื่อในความสามารถด้านทานการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตามผลพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในทางบวกน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยรัตน์ นิลอัยยกา (2548) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจสตรี เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจสตรี เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องที่ใช้ฐานข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับบริบทชุมชน ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม ศิลปวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ วิถีชีวิต รวมทั้งแนวทางการพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และข้อมูลเชิงปริมาณในการประเมินผล วิธีการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

**ระยะที่ 1** ศึกษาบริบทชุมชนทุกด้านเชิงลึกด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มกับ KI : ซึ่งประกอบด้วยสตรีกลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่รับผิดชอบพื้นที่และกลุ่มทรัพยากรบุคคลในชุมชน ตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำไปใช้เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะที่ 2

**ระยะที่ 2** ผู้วิจัยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องพิจารณาข้อมูลวิเคราะห์ได้จากระยะที่ 1 ร่วมร่วมกันกำหนดรูปแบบกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ได้แก่ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้สื่อกลอนลำเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยผลิตขึ้นด้วยกันเบื้องต้นที่มีภาพวาดโครงกระดูกเชิงกรานและอวัยวะสืบพันธุ์สตรี และหน้ากากใบหน้าสตรีที่

แสดงความรู้สึกถึงความเจ็บปวดในระยะต่าง ๆ มาเป็นเครื่องแต่งกายแสดงท่าเต้นประกอบ โดยประยุกต์ศิลปะพื้นบ้านคือ หมอลำ มาผลิตและกิจกรรมเสริมซึ่งประกอบด้วยการตรวจวัดความดันโลหิต การออกกำลังกายและการผลิตน้ำดื่มเพื่อสุขภาพ รวมทั้งกำหนดรูปแบบบริการที่เชื่อว่า จะสามารถเมอิตการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ร่วมวางแผนการดำเนินงานและมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ จากนั้นปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่ร่วมกันกำหนดขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินผล ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินทั้งกระบวนการดำเนินกิจกรรมและ ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมทั้งหมดโดยใช้การประเมินทั้งแบบคุณภาพและเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากฐานข้อมูลเชิงคุณภาพเอง

### ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 พบอิทธิพลที่เกิดจากบริบทชุมชนที่ส่งผลให้อัตราการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีวัย 15-49 ปี ของทั้งสองหมู่บ้านต่ำเนื่องจาก ขาดพลังอำนาจ 5 ด้าน คือ พลังปัญญา ความรู้ของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย พลังศรัทธาต่อรูปแบบบริการเดิมที่เคยได้รับ พลังสนับสนุนจาก ทรัพยากรชุมชน พลังจูงใจจากทั้งภายใน-นอก ตน และพลังงานของอุปสรรคด้านความรู้สึกอาย ที่จะรับบริการ นอกจากนี้ยังได้แนวคิดรูปแบบกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ขาดไปทั้ง 5 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปพัฒนาต่อขั้นปฏิบัติการระยะที่ 2

ระยะที่ 2-3 ผลการดำเนินกิจกรรมหลัก และกิจกรรมเสริมพลังอำนาจทั้ง 5 ด้านพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้อัตราการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นได้เกินเป้าหมายนั่นคือ ทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถตัดสินใจเข้ารับบริการ ร้อยละ 100 ทั้งสองหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังมี ผู้ที่อายุมากกว่า 49 ปี มาร่วมรับบริการตรวจอีกหมู่บ้านละ 9 คน และ 14 คน ตามลำดับ รวมมี ผู้มาตรวจทั้งสิ้น 100 คนพอดี จากการประเมินผลทุกฝ่ายให้ความร่วมมือด้วยดี ทั้งสองหมู่บ้าน พอใจกับรูปแบบ และได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นถึงระดับมากกว่า ร้อยละ 80 และ 90 ตามลำดับ

สรุปการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พบรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการตัดสินใจ เพื่อตรวจมะเร็งปากมดลูกให้ชื่อว่า “Emp.Model for Self Determination for Pap.Smear”

สมชาย บุญศิริภัสส์ช. (2544). การศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจการทำงานของคุณครู  
 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตการศึกษา 8. ปริญญาโท กศ.ด. (การบริหารการศึกษา).  
 กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษา  
 ปัจจัยพื้นฐานของคุณครูในการเสริมสร้างพลังอำนาจการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย ความมุ่งหวังของคุณครู  
 ความรู้ของคุณครู ทักษะประสบการณ์ของคุณครูอำนาจหน้าที่ของคุณครู ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลัง  
 อำนาจการทำงาน ซึ่งประกอบด้วยการทำงานอย่างมีอิสระ การมีส่วนร่วมในการทำงาน  
 การประเมินตนเองและพร้อมรับการตรวจสอบ และศึกษาพลังอำนาจการทำงานของคุณครู  
 ซึ่งประกอบด้วย คุณภาพของผลงานความเพียรในการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงาน  
 ความมีน้ำใจในการทำงานความเชี่ยวชาญในการทำงาน ศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการ  
 ในการอธิบายพลังอำนาจการทำงานของคุณครู โดยปัจจัยพื้นฐานของคุณครู และโดยกระบวนการ  
 เสริมสร้างพลังอำนาจการทำงาน ในแต่ละเขตที่ตั้งสถานศึกษา ผลการวิจัยพบว่า  
 1. ปัจจัยพื้นฐานของคุณครูในการเสริมสร้างพลังอำนาจการทำงานกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ  
 การทำงานและพลังอำนาจการทำงานของคุณครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตการศึกษา 8 อยู่ในระดับ  
 ดี 2. พลังอำนาจการทำงานของคุณครู มีความสัมพันธ์กับทุกด้านในปัจจัยพื้นฐานของคุณครูและทุกด้าน  
 ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจการทำงานของคุณครูในสถานศึกษา 3. ปัจจัยพื้นฐานของคุณครู  
 โดยรวมในทุกด้านสามารถอธิบายความแตกต่างของพลังอำนาจการทำงานของคุณครูได้เกินกว่า 50  
 % ทั้งในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองและในเขตอำเภอรอบนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
 แสดงว่าปัจจัยพื้นฐานของคุณครูมีผลต่อพลังอำนาจการทำงานมาก 4. โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง  
 พบว่าเฉพาะกระบวนการประเมินตนเองและพร้อมรับการตรวจสอบเท่านั้น ที่สามารถเพิ่มพลัง  
 อำนาจการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรงเรียนในเขตอำเภอรอบนอก กระบวนการ  
 เสริมสร้างพลังอำนาจการทำงานทั้งหมดซึ่งได้แก่ กระบวนการทำงานอย่างมีอิสระ กระบวนการมี  
 ส่วนร่วมในการทำงานและกระบวนการประเมินตนเองและพร้อมรับการตรวจสอบต่างก็สามารถ  
 อธิบายพลังอำนาจในการทำงานเพิ่มได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อรวมโรงเรียนทั้งหมด  
 ของการวิเคราะห์เข้าด้วยกัน ผลที่ได้เป็นเช่นเดียวกับผลการวิเคราะห์ของโรงเรียนในเขตอำเภอรอบ  
 นอก คือ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจการทำงานทั้ง 3 กระบวนการ สามารถเพิ่มพลังอำนาจ  
 การทำงานของคุณครูได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะกระบวนการด้านการประเมินตนเองและ  
 พร้อมรับการตรวจสอบ

ณัฐพล หาญโสภี (2540, หน้า ก-ข) ศึกษาโปรแกรมการสร้างพลังในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดสระบุรี โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเฉพาะกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังจากผู้วิจัยที่กำหนดไว้ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนในการป้องกันการเสพติดดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดตามีน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว ในการป้องกันการเสพติดตามีนอย่างมีนัยสำคัญ

วราภา จันทริโชติ (2540, หน้า ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเอง ในนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน เป็นกลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 34 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลติดต่อกัน 3 วัน ติดตามผลเพื่อกระตุ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการจัดกระทำแต่อย่างใดเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

อุทัยทิพย์ เครือละม้าย และณัฐภา ตาลกิจกุล, (2542, หน้า 67-71) ได้ศึกษาและพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุข โดยองค์การชุมชนในเขตเมือง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการ และส่งเสริมให้เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขโดยองค์การชุมชนในเขตเมือง การดำเนินการศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยเลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจงใน 2 ชุมชน คือ ชุมชนโชคดี เทศบาลตำบลแสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี และชุมชนวัดจันทร์ เทศบาลตำบลบางกรวย อ.บางกรวย จ.นนทบุรี ใช้ระยะเวลาในการศึกษาดังแต่เดือน ธันวาคม 2541 - สิงหาคม 2542 รวมระยะเวลา 8 เดือน แบ่งขั้นตอนการศึกษาและดำเนินการในโครงการเลือกใช้กระบวนการสร้างเป็น 3 ขั้นตอน คือ การศึกษาสถานการณ์และเตรียมชุมชน สร้างกระบวนการเรียนรู้และแนวคิด การปฏิบัติตามแผน และประเมินผล ผู้ศึกษาใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และ

ไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์การประเมินผลของโครงการฯ มุ่งประเมินใน 3 ประเด็น คือ

1. จิตสำนึกรับผิดชอบในระดับบุคคล องค์กร และชุมชน จากการศึกษาพบว่าระดับบุคคล self-esteem ของกลุ่มแกนนำการพัฒนา มีค่าสูงขึ้น โดยกลุ่มแกนนำการพัฒนาของชุมชนโชคดี เปลี่ยนจาก 21.2 เป็น 26.4 และแกนนำการพัฒนาของชุมชนวัดจันทร์ เปลี่ยนจาก 22.6 เป็น 26.8 จากค่าคะแนนเต็ม 30 ระดับองค์กร/กลุ่ม ชุมชนโชคดีกลุ่มแกนนำ การพัฒนารวมตัวเพื่อดำเนินกิจกรรมตามแผนได้ไม่เต็มที่ ผลการเปลี่ยนแปลงระดับชุมชน ในชุมชนโชคดีจึงเห็นผลค่อนข้างน้อย ในขณะที่ชุมชนวัดจันทร์การรวมตัวของกลุ่มแกนนำ การพัฒนาค่อนข้างเข้มแข็งและขยายวงกว้างขึ้นอีกระดับในชุมชนคือสามารถหาแนวร่วม การพัฒนาเพิ่มขึ้นได้อีก ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น

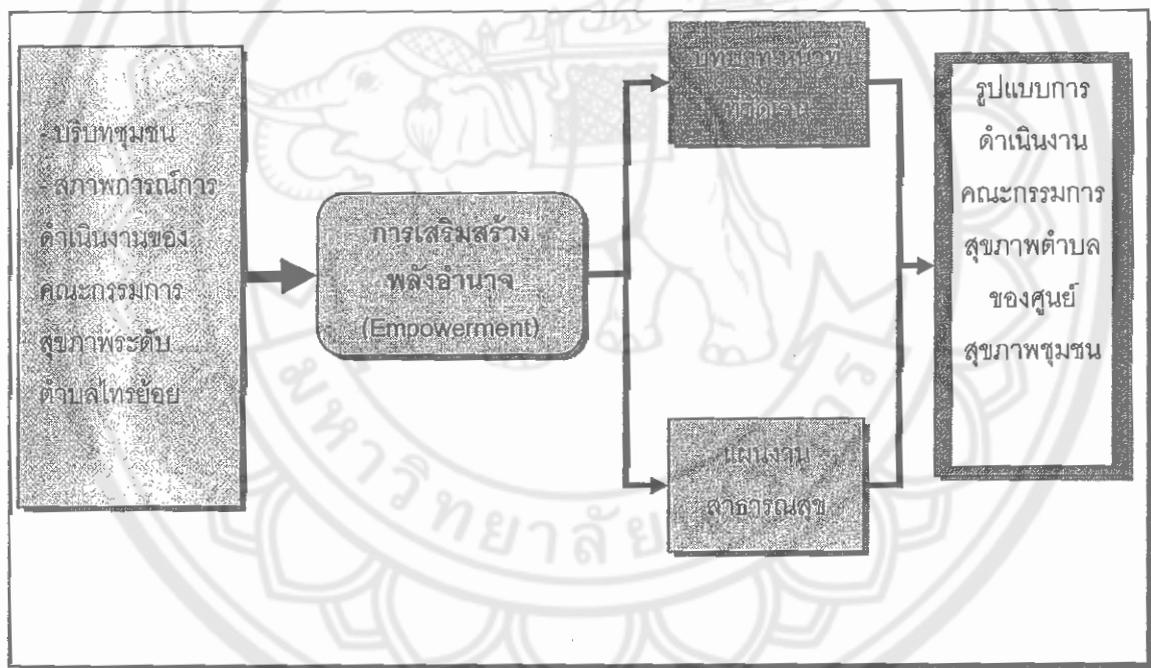
2. ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ชุมชนได้วางไว้ชุมชนโชคดีสามารถดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ได้ในเรื่องการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยส่งเสริมการเล่นกีฬาโดยทำเรื่องขอสนับสนุนสนามกีฬาจากทางเทศบาล สำหรับชุมชนวัดจันทร์สามารถดำเนินการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการชุมชนได้เป็นที่เรียบร้อย คณะกรรมการชุมชนมีการดำเนินการร่วมกับแกนนำการพัฒนาในการพัฒนาชุมชนได้เป็นอย่างดี จนเกิดผลการพัฒนาที่เห็นเป็นรูปธรรม คือ ร่วมกับชุมชนจัดสร้างที่อ่านหนังสือสำหรับ ชุมชนด้วยทรัพยากรของชุมชนเอง ร่วมกันรณรงค์ความสะอาดกำจัดขยะซึ่งสะสมมานาน มีการร่วมมือกับเทศบาลในการรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก รณรงค์ให้เยาวชนเล่นกีฬาต่าง ๆ

3. ผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินโครงการ จากการดำเนินโครงการนี้ก่อให้เกิดผลกระทบ คือ เกิดแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในชุมชนวัดจันทร์ นอกจากนี้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มแกนนำพัฒนาบนพื้นฐานประสบการณ์จริงของชุมชน และที่สำคัญเกิดภาวะผู้นำ รวมทั้งเกิดผู้นำทั้งโดยการแต่งตั้งและผู้นำทางธรรมชาติที่ร่วมกันพัฒนาชุมชน

สุกมา แสงเดือนฉาย (2542, หน้าบทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้เสพยาเมเฟตามีนที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 16 คน กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมการสร้างพลัง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 1-2 ชั่วโมง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมปกติของโรงพยาบาล เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 3 ครั้ง

ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้เสพแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของแอมเฟตามีน มีความสามารถในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในระยะติดตามผลผู้เสพแอมเฟตามีน กลุ่มทดลองมีการเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของแอมเฟตามีน ความสามารถในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และผลการตรวจหาสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

#### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 5 กรอบแนวคิดการวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล