

การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการ
เสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

กิตติ เมอะประโคน

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กันยายน 2557
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

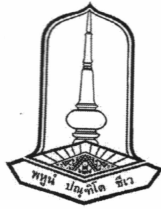


การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการ
เสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

กิตติ เมอะประโคน

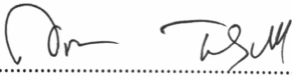
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กันยายน 2557
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายกิตติ เมอะประโคน
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

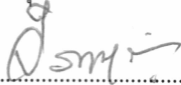
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผศ.ดร.นิรารณ เทรินโบล)

ประธานกรรมการ

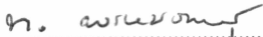
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)



(ผศ.ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์)

กรรมการ

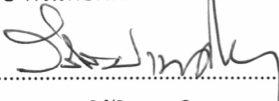
(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)



(อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์)

กรรมการ

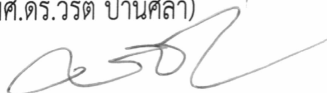
(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)



(ผศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา)

กรรมการ

(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

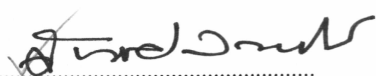


(อาจารย์ ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี)

กรรมการ

(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)



(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดพุฒ)

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



Mahasarakham University

วันที่ 19 เดือน ก.ย. พ.ศ. 2557

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รวมทั้งประธานและกรรมการสอบทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ตรวจสอบ แก้ไข สร้างขวัญกำลังใจ และขอขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ ความเข้าใจในหลักสูตรแก่ศิษย์ อันเป็นพื้นฐานในการทำ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงภัทรี เลาคิเจริญ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โนนดินแดง น.ส.สุภาพร วงค์ะวียง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลโนนดินแดง นายประเสริฐ เก็มประโคน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำแนะนำที่ดีในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง คณะกรรมการบริหารและ คณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลลำนางรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนดินแดง (สาขาบ้านป่าไม้สหกรณ์) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองเสม็ด ตลอดจน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ครูพี่เลี้ยง และตัวแทนประชาชนตำบลลำนางรองทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือได้เสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย จนกระทั่งการวิจัยสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณขอขอบพระคุณ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสัมป่อย คณะกรรมการบริหาร และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสัมป่อย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสัมป่อย ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่ในการทดลองเครื่องมือวิจัย เก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง รวมทั้งเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 11 (ศูนย์บุรีรัมย์) มหาวิทยาลัย มหาสารคาม ทุกคน ที่ได้ร่วมทุกข์ ร่วมสุข และเป็นกำลังใจให้กันและกัน รวมถึงขอบคุณผู้ที่สนับสนุนให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน ซึ่งมีได้เอื้อนามในนี้ จนนวิทยานิพนธ์สำเร็จ

ขอขอบพระคุณ บิดา-มารดา ภรรยา และบุตรของผู้วิจัย ที่สนับสนุน ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านเป็นอย่างดี

ประโยชน์และคุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา บุรพจารย์ ที่ให้การศึกษาอบรมสั่งสอนให้มีสติปัญญา และคุณธรรม แก่ผู้วิจัยให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน

กิตติ เมอะประโคน



ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
ผู้วิจัย	นายกิตติ เมอะประโคน
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายเพื่อรูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 34 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยประยุกต์แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกกิจกรรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน คือ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทและข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ร่วมสังเกตผลการปฏิบัติทุกขั้นตอน และ 5) การสะท้อนกลับผลปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลง คือ ความรู้เกี่ยวกับกองทุนก่อนและหลังการพัฒนาพบว่ามีรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ ด้านการประเมินผล ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการสร้างนวัตกรรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความพึงพอใจในการดำเนินงาน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติ ด้านการสร้างนวัตกรรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่งผลให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับ A+ เป็นศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ใช้การมีส่วนร่วมดำเนินการ (Participation) ความรู้ความเข้าใจ ในงาน (Understanding) บริบทของพื้นที่เป็นฐาน (Context Base) ผู้นำกล้าคิด กล้าเปลี่ยน เรียนรู้งาน (Leadership) การสื่อสารตลอดเวลา (Information) มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Continuous monitoring)

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบ, กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น, การเสริมสร้างพลังอำนาจ



TITLE The Development of Health Assurance Fund Model Using Empowerment for Local Health Assurance Fund Committee in Lumnangrong Sub-district, Nondindang District, Burirum Province

AUTHOR Mr. Kitti Moeprakhon

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Public Health Management

ADVISORS Asst. Prof. Cheerasak Charoenpan, Dr.P.H
Therdsak Phomarak, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **DATE** 2014

ABSTRACT

This action research aims to create a Local Health Assurance Fund for Lumnangrong Sub-district Municipality, A total of 34 participants were employed which were comprised of Local Health Assurance Committees. Data were collected by active plan, questionnaire and activities recording form. Both descriptive at inferential statistics were applied to percentage, mean, standard deviation and Paired Sample t-test within significance of 0.05 level.

The results have shown that The Development of Health Assurance Fund Model Using Empowerment for Local Health Assurance Fund Committee in Lumnangrong Sub-district, Nondindang District, Burirum Province has 5 sectors : 1) study the empirical data, 2) a participatory workshop 3) plan 4) observation the performance, and 5) the practice of reflection. Samples changed especially from the objective plan which was at a high level of development with significance of the 0.05 level. The comparison of the knowledge of the fund before and after development found that the participation of decision, assessment, benefit and making innovation were increased at level of significance of the 0.05 level. The comparison of satisfaction before and after the development found that the participation of decision and making innovation were increased at level of significance of the 0.05 level. As a result The Health Insurance Fund, Lam Nang Rong. Meet Level A + rating was potential and a learning center.

The factor of success was Participation, Understanding, Context Base, Leadership, Information and Continuous monitoring.

Key words : The Development of Model, local health assurance fund and empowerment

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	4
1.4 ความสำคัญของการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	8
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	15
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้	20
2.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)	23
2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	37
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
3.1 รูปแบบการวิจัย	49
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
3.4 การสร้างเครื่องมือและพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย	53
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย	54
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย	56
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	58
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	59
4.1 บริบททั่วไปขององค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	59
4.2 สถานการณ์ก่อนการพัฒนา	60



	หน้า
4.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลลำนางรอง	68
4.4 สถานการณ์หลังการพัฒนา	77
4.5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยกระบวนการพัฒนา	80
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย	82
5.2 สรุปผล	83
5.3 อภิปรายผล	87
5.4 ข้อเสนอแนะ	91
เอกสารอ้างอิง	93
ภาคผนวก	98
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	99
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	101
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ความรู้ก่อน – หลังการพัฒนาจำแนกรายข้อ	116
ภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานก่อน – หลัง การพัฒนาจำแนกรายข้อ	119
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานก่อน – หลัง การพัฒนาจำแนกรายข้อ	124
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่	129
ภาคผนวก ช แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)	138
ภาคผนวก ซ ภาพประกอบการวิจัย	142
ประวัติย่อผู้วิจัย	149



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 4.1 ผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ปี 2549 – 2555 จำแนกรายปี	62
ตาราง 4.2 ความถี่ ร้อยละของประชากร จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=34)	64
ตาราง 4.3 ความถี่ ร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับความรู้ (n=34)	66
ตาราง 4.4 ระดับการมีส่วนร่วมของประชากรจำแนก 5 ด้าน	67
ตาราง 4.5 ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของประชากรจำแนก 5 ด้าน	67
ตาราง 4.6 ประเภทโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ได้รับการอนุมัติ ปี พ.ศ. 2557	73
ตาราง 4.7 ผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง โดยคณะกรรมการติดตามประเมินผลอำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2557	75
ตาราง 4.8 ความถี่ ร้อยละของประชากรหลังการพัฒนา จำแนกตามระดับความรู้	78
ตาราง 4.9 ระดับการมีส่วนร่วมของประชากรหลังการพัฒนา จำแนก 5 ด้าน	79
ตาราง 4.10 ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของประชากรจำแนก 5 ด้านหลังการพัฒนา	79
ตาราง 4.11 เปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดำเนินงานของ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ก่อนและหลัง การพัฒนา (n=34)	81



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	42
ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	48
ภาพประกอบ 5.1 รูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง	91
ภาพประกอบ ฉ-1 การประชุมชี้แจงคณะกรรมการครั้งที่ 1	143
ภาพประกอบ ฉ-2 การเตรียมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	143
ภาพประกอบ ฉ-3 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	144
ภาพประกอบ ฉ-4 ภาพการประชุมคณะกรรมการครั้งที่ 3	145
ภาพประกอบ ฉ-5 การประชุมจัดทำแผนในชุมชน	146
ภาพประกอบ ฉ-6 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมสุขภาพ	147
ภาพประกอบ ฉ-7 การประชุมประเมินผลและสรุปบทเรียน	148



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชนองค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ดำเนินงาน และบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตาม ความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ การดำรงชีวิต ตลอดจนส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ มีสวัสดิการชุมชนรองรับและสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นับเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยสามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เริ่มดำเนินการนับตั้งแต่ ได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ซึ่งในปีแรกมีองค์กรบริหารส่วนตำบลและเทศบาลนำร่องจัดตั้งกองทุนรวม 888 แห่ง จนถึงปี พ.ศ. 2553 มีการขยายไปถึง 5,520 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.00 ของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดของประเทศ โดยให้มีการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในท้องถิ่น ได้แก่คณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการภาครัฐ และคณะกรรมการภาคประชาชน อยู่ในวาระ 2 ปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

จากรายงานสถานการณ์จำนวนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดบุรีรัมย์ มีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ทุกตำบล ในปี พ.ศ. 2555 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2555) อำเภอโนนดินแดง ได้ดำเนินการพัฒนากองทุนตำบลอย่างต่อเนื่อง โดย ปี พ.ศ. 2549 มีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนำร่อง 1 แห่ง คือกองทุนตำบลลำนางรอง และขยาย เป็น 2 แห่ง ในปี 2553 และเพิ่มเป็น 4 แห่ง ครบร้อยละ 100 ในปี 2554 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง, 2555)



จากการนิเทศ ติดตาม การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง ปี พ.ศ. 2555 พบว่ากองทุนตำบลในพื้นที่อำเภอโนนดินแดง จำนวน 4 แห่ง พบว่ามีคะแนนประเมินอยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 98 คะแนน (A และ A+) เมื่อพิจารณาเป็นรายกองทุนพบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่มีผลการประเมินลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินในปี 2549 – 2555 คือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง โดยมีคะแนนที่ 98(A+), 95(A+), 95(A+), 95(A+), 92(A+), 89(A) และ 69(B) ตามลำดับ มีผลทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ตกจากการเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ มาอยู่ในกลุ่มเป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง, 2555)

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินไว้ 3 หมวด คือ 1. หมวดการบริหารจัดการกองทุน 2. หมวดการมีส่วนร่วม และ 3. หมวดการสร้างนวัตกรรม พบว่าในหมวดที่ 1 หัวข้อที่ 1 ศักยภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุน ข้อย่อย 1.1 จากการสอบถามหรือสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม กรรมการบริหารกองทุนอย่างน้อย 4 คน ถึงความรู้ความเข้าใจในเรื่องวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแล อำนาจหน้าที่ และการใช้จ่ายงบประมาณใน 4 หมวดกิจกรรม พบว่าได้คะแนนเพียง 1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน ในข้อย่อย 1.2 กรรมการผ่านการอบรมหรือประชุมหรือสัมมนาหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าได้คะแนนเพียง 1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน และข้อย่อย 1.4 มีการประเมินผลการบริหารจัดการกองทุนอย่างน้อยตามแบบประเมินที่กำหนดเพื่อการพัฒนากองทุน พบว่าได้คะแนนเพียง 2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน หัวข้อที่ 2 กระบวนการใช้จ่ายงบประมาณ หัวข้อที่ 3 ระบบควบคุม ตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผล หัวข้อที่ 4 ผลการดำเนินงานของกองทุนในหมวดกิจกรรม 4 ประเภท หัวข้อที่ 5 การนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือแผนสุขภาพชุมชนมาใช้ในการบริหารจัดการกองทุน ได้คะแนนเต็มทุกข้อ ผลการประเมินหมวดที่ 2 หัวข้อที่ 1 การคัดเลือกและการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน ได้คะแนนเต็มทุกข้อ หัวข้อที่ 2 การสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และความสนใจของชุมชนต่อบทบาท ภารกิจ และผลงานของกองทุน ได้คะแนน 11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน โดยหัวข้อที่ได้คะแนนน้อยลง คือ ข้อย่อย 2.2 มีการเผยแพร่ข้อมูลตามหลักธรรมาภิบาลข่าวสารหรือผลการดำเนินงานของกองทุนผ่านสื่อต่าง ๆ ได้คะแนน 2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และข้อย่อย 2.4 มีการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้คะแนน 2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน หัวข้อที่ 3 การสมทบเงินเข้ากองทุนของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน พบว่า ข้อย่อยที่ 3.1 การสมทบเงินกองทุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครบทุกปีอย่างต่อเนื่องและตามเกณฑ์ ได้คะแนนเต็ม คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบเงินตามเกณฑ์ขั้นต่ำครบ ต่อเนื่องทุกปี แต่ในข้อย่อยที่ 3.2 การสมทบเงินกองทุนจากประชาชนหรือจากกองทุนอื่น ๆ ได้ 1 คะแนน คือยังไม่มีสมทบเงินทุนจากภาคส่วนอื่น ๆ นอกเหนือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในหมวดที่ 3 ยังไม่มีการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง, 2555)

ผลจากการ Focus Group คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง พบว่า 1) คณะกรรมการมีส่วนร่วมเฉพาะตอนประชุมรับรองแผนงานโครงการ 2) คณะกรรมการขาดช่องทางการสื่อสารระหว่างกองทุนกับประชาชน 4) ข้อมูล ข่าวสารกองทุน ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบ Electronic ซึ่งคณะกรรมการเข้าถึงน้อย ทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับประชาชนได้



อย่างเข้าใจ 5) คณะกรรมการขาดความรู้ความเข้าใจ การใช้จ่ายงบประมาณตามกิจกรรมต่าง ๆ 6) คณะกรรมการกองทุนและคณะทำงานขาดการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ และ 7) คณะกรรมการกองทุนและคณะทำงานขาดการเชื่อมโยงการทำงานให้เป็นทีม ต่างคนต่างทำ ขาดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นล้วนเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบการบริหารจัดการของกองทุนฯ ดังนั้นหากจะสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คณะกรรมการกองทุนและคณะทำงานมีความเชื่อมั่นในการดำเนินงานด้วยตนเอง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแก้ไขปัญหากันทั้งระบบ และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ปัญหาต่างๆได้บรรลุผลสำเร็จ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำมาใช้ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมการก่อนการปฏิบัติการ (Preparation Prior to the Implementation of the Methodology) กำหนดวิธีการ (Assessment) พัฒนาแผนกลยุทธ์สำหรับการสร้างพลังชุมชน (Developing a Strategic Plan for Community Empowerment) และการติดตามผลและย้อนกลับไปกำหนดใหม่ (Follow up and re – Assessments) (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง, 2555)

อำเภอโนนดินแดง ได้แต่งตั้งคณะกรรมการติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ขึ้น โดยได้ดำเนินการติดตามนิเทศงานกองทุน ปีละ 2 ครั้ง และจัดอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนตำบล ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งการดำเนินการที่ผ่านมาได้มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการโดยการให้ความรู้ ในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การจัดทำแผนปฏิบัติการ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพภายในอำเภอ แต่ยังไม่มีการศึกษารูปแบบการพัฒนา ศักยภาพคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ที่เป็นรูปธรรม การศึกษา และทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากพัฒนาศักยภาพแกนนำซึ่งเป็นตัวแทนของคนในชุมชนในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ให้มีการทำงานเป็นทีม จะเป็นพลังในการขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้อย่างยั่งยืน ซึ่งหมายความว่าประชาชนในตำบลจะสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงกัน ผ่านตัวแทนซึ่งเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ถือเป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเพื่อสร้างความความเข้มแข็งของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ขึ้น เพื่อได้องค์ความรู้ขยายผลสู่การพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลอื่น ๆ ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร



1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและรูปแบบการจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.3 เพื่อวัดความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ในกระบวนการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.4 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ในการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ก่อนและหลังดำเนินการ

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 ทำให้ทราบผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.4.2 พัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1.5.2 พื้นที่วิจัย คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.5.3 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1.5.3.1 ประชากร คือ คณะกรรมการบริหาร ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์



1.5.3.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารกองทุน และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งเป็นคณะกรรมการอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำหมู่บ้าน ผู้แทนสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ซึ่งยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 34 คน โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย
- 2) เป็นคณะกรรมการบริหารกองทุน และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
- 3) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 4) เป็นผู้พิการ ทางหู ตา สติปัญญา
- 5) เป็นผู้ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.5.4 ขอบเขตของเนื้อหา เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอ โนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้เครื่องมือ จำนวน 5 ชุด ได้แก่

1.5.4.1 แบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากรของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอ โนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอ โนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอ โนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

1.5.4.2 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.5.4.3 แบบบันทึกการสัมภาษณ์ คณะกรรมการบริหารกองทุน ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์



1.5.4.4 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.5.4.5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการนิเทศ ติดตาม ในการพัฒนาระบบจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.5.4.6 แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

1.5.5 ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 – เมษายน 2557

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล หมายถึง กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ซึ่งจัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดสรรเป็นรายปีให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลตำบล ร่วมกับวงเงินที่องค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรองร่วมสมทบ

1.6.2 รูปแบบการพัฒนา หมายถึง วิธีการซึ่งใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรองที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ และทำให้คณะกรรมการฯ สนใจ เต็มใจ เข้ามามีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลได้

1.6.3 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง หมายถึง คณะกรรมการบริหาร และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ตามนิยามคู่มือกองทุนตำบล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.6.4 คณะกรรมการบริหาร หมายถึง คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ตามนิยามคู่มือกองทุนตำบล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.6.5 คณะทำงาน หมายถึง คณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1.6.6 การเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หมายถึง การกระตุ้นให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมี และดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ เพื่อปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งผลสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้จะต้องมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

1.6.7 ความรู้ของคณะกรรมการ หมายถึง ความรู้ทั่วไปของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง เกี่ยวกับ ระเบียบ ข้อบังคับ วัตถุประสงค์ ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามคู่มือกองทุนตำบล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



1.6.8 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การตัดสินใจ 2) การปฏิบัติ 3) การประเมินผล 4) การรับผลประโยชน์ และ 5) การสร้างนวัตกรรม

1.6.9 ความพึงพอใจในการดำเนินงาน หมายถึง ความพึงพอใจในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การตัดสินใจ 2) การปฏิบัติ 3) การประเมินผล 4) การรับผลประโยชน์ และ 5) การสร้างนวัตกรรม



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยแบ่งตามหัวข้อดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
- 2.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)
- 2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

2.1.1 ความเป็นมาของกองทุนด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดพัฒนาการระดมทุนในรูปแบบของกองทุนเป็นหลักการสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 จนถึงปัจจุบัน จากจุดเริ่มต้นในเรื่องสหกรณ์ยาจนกลายมาเป็นกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน กองทุนพัฒนาสาธารณสุขและกองทุนพัฒนาหมู่บ้านในที่สุด (เมธี จันทจารุภรณ์, 2545) นอกจากนั้นยังมีกองทุนสุขภาพตำบล และกองทุนโภชนาการ (รุจิราภรณ์ อรรถศิริฐ และคณะ, 2543) โดยรูปแบบกองทุนนั้นนอกจากจะเป็นการระดมทุนของประชาชนในลักษณะของการมีส่วนร่วมแล้ว ยังเป็นการเพิ่มทักษะในการบริหารจัดการของประชาชนอีกด้วย (เมธี จันทจารุภรณ์, 2545) ในปี พ.ศ. 2540 มีการนำระบบงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานแนวใหม่หรืองบประมาณ 10,000 บาท/หมู่บ้าน กระจายลงถึงหมู่บ้านโดยตรงแล้วให้ อสม. และชุมชนร่วมทำแผนงานแก้ไขปัญหาและงานสาธารณสุขกันเอง เพื่อให้ประชาชนมีอิสระในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และให้เจ้าหน้าที่ภาครัฐปรับบทบาทของตนให้เป็นผู้สนับสนุน และให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล ไม่ชี้แนะหรือสั่งให้ทำและทำงานร่วมกับชุมชนแบบพหุภาคี (วิชัย จันทักิตวัฒน์, 2545) นับเป็นงบประมาณก้อนแรก ที่ลงถึงหมู่บ้านโดยตรงจนถึงปัจจุบัน มีเงินลงถึงหมู่บ้านโดยตรงมากมาย เช่น กองทุนหมู่บ้านหนึ่งล้านบาท และงบประมาณกระตุ้นเศรษฐกิจ (ไพศาล เจียนศิริจินดา, 2545) ซึ่งก็เป็นเช่นเดียวกับกองทุนที่สาธารณสุขมูลฐานได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีประชาชนเป็นผู้ดำเนินการในรูปแบบของกรรมการ (เมธี จันทจารุภรณ์, 2545) ภายใต้ความร่วมมือในการสร้างระบบบริหารจัดการสุขภาพด้วยการระดมทุนที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมีภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคส่วนสังคมภายนอกเข้าไปเชื่อมประสานให้เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกัน



การดำเนินงานดังกล่าว แม้จะมีส่วนช่วยให้สภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยในภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังมีจุดอ่อนหรือส่วนที่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน (พริทีย์ สุขประดิษฐ์ และชาติชาติ สุวรรณนิตย์, 2544) ทั้งนี้เพราะการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการทำงานแบบสั่งการจากบนลงล่าง (Top - Down) ดำเนินงานรูปแบบเดียวเหมือนกันทั่วประเทศ ไม่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ ขณะเดียวกันชุมชนไม่สามารถคิดเอง ทำเอง รวมทั้งการตัดสินใจแก้ไขปัญหาเองได้ ทำให้ชุมชนไม่เข้มแข็ง พึ่งตนเองไม่ได้ ยังต้องพึ่งพิงเจ้าหน้าที่หลัก (วิชัย จันทร์กิติวัฒน์, 2545)

สรุปได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดพัฒนาในรูปแบบของกองทุนเป็นหลักการสำคัญในการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 จนถึงปัจจุบัน โดยมีการโอนงบประมาณไปท้องครูปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ การดำเนินงานยังต้องพึ่งพิงภาครัฐอยู่มาก เพราะมีรูปแบบการทำงานแบบสั่งการและเหมือนกันทั่วประเทศ

2.1.2 ความเป็นมาของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นกองทุนชุมชนที่เกิดมาจากหน่วยงานภายนอก โดยเป็นนโยบายของรัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ สนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 มาตรา 82 และพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2540 มาตรา 47 มาตรา 18 (8) และมาตรา 18 (9) เนื่องจากมาตราดังกล่าวถือเป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) การกระจายอำนาจจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกพื้นที่ เนื่องจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือ การสร้างความเข้มแข็งของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว การเข้ามามีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลและชุมชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยชุมชนนั้นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการด้านสุขภาพพอสมควรสามารถบริหารจัดการให้ระบบสุขภาพตอบสนองต่อกรแก้ไขปัญหาของประชาชนอย่างเหมาะสมและเป็นระบบที่มีความเป็นบูรณาการให้มากที่สุด (กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, 2547) ซึ่งการกระจายอำนาจที่สมบูรณ์ที่สุดมิใช่มอบให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น แต่ต้องกระจายอำนาจให้แก่ประชาชนอย่างสมบูรณ์แบบ จึงจะเป็นความฝันอันสูงสุด ประการสำคัญที่ทุกฝ่ายควรคำนึงถึง คือ พลังของประชาชนนั้นมีจริง หากได้รับโอกาสของการพัฒนาอย่างถูกวิธี การยอมรับภาคประชาชน โดยภาครัฐในทุกๆ มิติ จึงเป็นความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการพัฒนาประเทศ (เมธี จันท์จารุภรณ์, 2545)

การดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาคมนตรีการบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยไว้ดังนี้ ในปี พ.ศ. 2549 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนำร่องอำเภอละ 1 แห่งทั่วประเทศไทย จำนวน 800 แห่ง ปีที่สองในปี พ.ศ. 2550 - 2551 และปีที่สาม พ.ศ. 2552 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่



มีความพร้อม โดยมีหลักเกณฑ์การคัดเลือกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

1) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อม และมีความประสงค์เข้าร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล

2) เป็นองค์การบริหารหรือเทศบาลที่มีประสบการณ์ และการดำเนินงานด้านการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อนแล้ว

3) เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อมในการอุดหนุนเงินงบประมาณ เพื่อสมทบกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามอัตราส่วนที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ซึ่งแหล่งที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ประกอบด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

1) เงินค่าบริการด้านสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยจัดสรรให้เป็นรายปี ตามจำนวนประชากร

2) เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ตามที่กฎหมายบัญญัติ โดยจัดสรรตามสัดส่วนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด หรือเป็นรายปี

3) เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน โดยสมทบตามมติของกลุ่ม

4) รายได้อื่นๆหรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจกรรมของระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งเงินอุดหนุนจากหน่วยงานต่างๆ

การสมทบเงินและการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) มีหลักเกณฑ์ดังนี้

1) เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) เงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1.3 คณะกรรมการบริหารกองทุน

องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานจะต้องจัดให้มีคณะกรรมการชุดหนึ่ง เรียกว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนโดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ต้องสรรหาตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนดและส่งรายชื่อให้ สปสช. เขต เพื่อกำหนดคำสั่งแต่งตั้ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)



2.1.3.1 คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 11 คน

ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี ประธานกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ (2 คน) รองประธานกรรมการ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาเทศบาลที่สภามอบหมาย (2 คน) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ (2 คน) ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน คัดเลือกกันเอง (ไม่เกิน 5 คน) ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน หรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่ (1 คน) เป็นกรรมการ และ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือปลัดเทศบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น ที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศตรึมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ เป็นปรึกษาคณะกรรมการ

การคัดเลือกกรรมการกรณีผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ให้กรรมการประชุมคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ ซึ่งมีความรู้ความสามารถเป็นที่เคารพนับถือและเป็นที่ยอมรับในพื้นที่จำนวน 2 คน

การแต่งตั้งคณะกรรมการในกรณีหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ หมายถึง หัวหน้าสถานีอนามัยหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน) หากเทศบาลมีศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามประกาศ และหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนั้นจะเป็นกรรมการบริหารกองทุนโดยตำแหน่งด้วย (หากมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามได้ที่ งานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทั้งนี้จำนวนกรรมการต้องเท่ากับจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ อบต./เทศบาล นั้น

การคัดเลือกกรรมการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่และผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน คัดเลือกกันเองให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลจัดประชุมเพื่อให้บุคคลในแต่ละกลุ่มได้คัดเลือกกันเองด้วยวิธีการที่เห็นสมควร เพื่อให้ได้กรรมการตามจำนวนที่กำหนดไว้

การคัดเลือกผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่ เป็นกรรมการเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระตั้งอยู่ในพื้นที่เท่านั้น ให้มีผู้แทนของศูนย์ดังกล่าวเป็นกรรมการด้วยศูนย์ละหนึ่งคน

ในกรณีประธานกรรมการไม่มีหรือมีแต่ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้รองประธานกรรมการทำหน้าที่ประธานในที่ประชุมได้ตามลำดับ

2.1.3.2 คณะกรรมการบริหารกองทุน มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- 1) บริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน
- 2) รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สิน ในกองทุนให้เป็นไปตามที่ สบสช. กำหนด
- 3) ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
- 4) จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง



5) จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ เพื่อเสนอ สปสช. และองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

6) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้ตามความจำเป็น

2.1.3.3 วาระของคณะกรรมการบริหารกองทุน

คณะกรรมการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 2 ปี (นับจากวันที่ สปสช.ออกคำสั่งแต่งตั้ง) หากครบ 2 ปีแล้วยังมิได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นใหม่ ให้คณะกรรมการที่ครบวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อดำเนินการต่อไปจนกว่าคณะกรรมการซึ่งได้รับการแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่กรณีที่กรรมการในตำแหน่ง ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือ สมาชิกสภาเทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระให้มีการคัดเลือกผู้แทนเป็นกรรมการในตำแหน่งที่ว่างโดยให้มีวาระการดำรงตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลือของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่ง

สำหรับนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือปลัดเทศบาล (กรณีได้รับการแต่งตั้งเป็นเลขานุการโดยตำแหน่ง) หากมีการเปลี่ยนแปลงในตำแหน่งดังกล่าว ถือว่าเป็นกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งโดยตำแหน่ง ดังนั้นจึงไม่ต้องส่งรายชื่อมาขอรับการแต่งตั้งอีก

นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระแล้ว กรรมการที่มาจากการคัดเลือกตามข้อ 6 ลำดับที่ 2, 3, 6, และ 7 พ้นจากตำแหน่งในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) ตาย
- 2) ลาออก
- 3) ย้ายไปดำรงตำแหน่งหรือประกอบวิชาชีพหรืออาชีพในท้องถิ่นหรือพื้นที่อื่น
- 4) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- 5) เป็นบุคคลล้มละลาย

2.1.4 ลักษณะของกิจกรรมที่จะของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน

กิจกรรมที่กองทุนจะสนับสนุนสามารถแยกได้เป็น 4 ประเภท คือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

ประเภทที่ 1 จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ : โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ซึ่งการจัดกิจกรรมประเภทนี้ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักดังกล่าวว่ามีจำนวนเท่าใด และมีการจัดทำแผนงาน/โครงการในแต่ละปีว่าจะตั้งเป้าหมายในการจัดบริการแก่กลุ่มใดบ้างและเป็นจำนวนเท่าใด

ประเภทที่ 2 สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข : โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต



หรือใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหาเร่งด่วน เช่น การป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล ให้แก่ สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น

ประเภทที่ 3 สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น: โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่เกิดจากความคิดริเริ่มของประชาชนและองค์กรในชุมชนท้องถิ่น ครอบคลุม 5 กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่

ประเภทที่ 4 การบริหารกองทุน การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ และการพัฒนาระบบบริหารจัดการ : โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการหรือการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการหรือคณะกรรมการหรือคณะทำงานอื่น ๆ ที่กรรมการกองทุนแต่งตั้งให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดซื้อครุภัณฑ์ที่สนับสนุนการดำเนินงานโดยตรง ครุภัณฑ์นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน 20,000 บาทต่อหน่วย สำหรับค่าตอบแทนคณะกรรมการหรือคณะกรรมการหรือคณะทำงานอื่น ๆ ที่เข้าร่วมประชุมจ่ายได้ไม่เกินคนละ 200 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้งบประมาณประเภทที่ 4 สปสช.ได้กำหนดเกณฑ์การใช้จ่ายในประเภทนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนในรอบปีงบประมาณนั้น

2.1.5 การจัดทำแผนงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

การจัดทำแผนงานที่ใช้เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาและกำหนดทิศทางการดำเนินงานในการสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยบริการ ประชาชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนงานดังกล่าวอาจใช้เครื่องมือเช่น แผนสุขภาพชุมชน แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นต้น โดยในระยะแรกอาจเลือกใช้แผนสุขภาพชุมชน และในระยะต่อไปมีการพัฒนาขึ้นโดยนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อพัฒนาให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

2.1.5.1 หลักการของแผนสุขภาพชุมชน

ในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ควรยึดหลักการดังนี้

- 1) ใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง ชุมชนเป็นศูนย์กลาง และประชาชนเป็นเจ้าของ
- 2) รวมพลังทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อการอยู่เย็นเป็นสุข ตามแนวพระราชดำริปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
- 3) บูรณาการกระบวนการจัดทำแผนและงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม
- 4) ส่งเสริมและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อการพัฒนาสู่ความยั่งยืน

2.1.5.2 การเขียนแผนงาน/โครงการ

แผนงาน/โครงการ มี 3 ประเภท ดังนี้

- 1) แผนงาน/โครงการที่สามารถดำเนินการได้เองโดยชุมชนโดยใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน เช่น โครงการกองทุนเงินสัจจะหมู่บ้าน โครงการธนาคารหมู่บ้าน โครงการกองทุนขยะ เป็นต้น
- 2) แผนงาน/โครงการที่บูรณาการกับแผนงาน/โครงการของหน่วยงาน เช่น โครงการของสถานีนอนามัย หรือองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น



3) แผนงาน/โครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรต่างๆ เช่น
ชุมชนขอรับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล เป็นต้น

การเขียนแผนงาน/โครงการ ควรที่จะประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

- (1) ชื่อแผนงาน/โครงการ
- (2) วัตถุประสงค์
- (3) วิธีดำเนินการ/ เป้าหมาย
- (4) งบประมาณ/แหล่งงบประมาณ
- (5) สถานที่ปฏิบัติการ
- (6) ระยะเวลาดำเนินโครงการ
- (7) การติดตาม/ประเมินผล
- (8) ผู้รับผิดชอบโครงการ
- (9) คณะกรรมการแผน

2.1.5.3 การนำเสนอแผนงาน /โครงการให้กองทุนพิจารณา

เมื่อมีการจัดทำแผนงาน/โครงการแล้ว จะต้องนำเสนอแผนงาน/โครงการดังกล่าว
ต่อคณะกรรมการกองทุน เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

2.1.6 การติดตามประเมินผล

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ จะประสบความสำเร็จหรือสามารถเผยแพร่ผลงานต่อ
ประชาชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ต้องมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของตนเองอย่าง
ต่อเนื่องและหรือมีองค์กรภายนอกมาประเมิน สปสข. จึงกำหนดแนวทางการประเมินผล 2 รูปแบบ
ซึ่งคณะกรรมการบริหารกองทุนและทีมประเมินจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศ ระดับเขต
และระดับอำเภอ จะได้ยึดถือรูปแบบการประเมินนี้ไว้เป็นขั้นพื้นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์ให้เกิดการ
พัฒนาการบริหารจัดการกองทุนให้มีประสิทธิภาพต่อไป ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,
2553)

2.1.6.1 แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุน เป็นการประเมินกระบวนการบริหาร
จัดการของคณะกรรมการเพื่อให้กองทุนประเมินตนเองและผู้เกี่ยวข้องประเมินกองทุน ซึ่งจะช่วย
ตรวจสอบการดำเนินงานว่ามีความครบถ้วน ถูกต้อง และควรจะพัฒนางานด้านใดบ้าง โดยกำหนด
เกณฑ์การประเมินไว้ 3 หมวด คือ หมวดการบริหารจัดการกองทุน (57 คะแนน) 5 ประเด็น หมวดการ
มีส่วนร่วม (33 คะแนน) 3 ประเด็น และหมวดการสร้างนวัตกรรม (10 คะแนน) 1 ประเด็น รวมทั้งสิ้น
9 ประเด็น คะแนนรวม 100 คะแนน ทั้งนี้ได้แบ่งระดับการประเมินเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- | | | |
|----------|-------------------|---|
| ระดับ A+ | 90 – 100 คะแนน | เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ |
| ระดับ A | 70 – 89 คะแนน | เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี |
| ระดับ B | 50 – 69 คะแนน | เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง |
| ระดับ C | น้อยกว่า 50 คะแนน | เป็นกองทุนที่ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา |

2.1.6.2 แบบประเมินความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารประชาชน

การประเมินผลโดยใช้แบบประเมินนี้ จุดประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจและ
การรับรู้ของประชาชนต่อการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่



ซึ่งคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพควรดำเนินการสำรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และนำข้อมูลการสำรวจมาสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสุขภาพโดยชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

จากแนวคิดข้างต้นสรุปได้ว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นับเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยสามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน นอกจากนี้มีเจตนารมณ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แล้ว ยังสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและการสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง โดยกล่าวได้ว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยการเปิดโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการบริหารจัดการระบบสุขภาพแนวใหม่ โดยให้ท้องถิ่นและชุมชนได้มีส่วนร่วม ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน ตามศักยภาพ และความพร้อมของท้องถิ่นตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (มาตรา 47) โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดต่อรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน สมทบกับเงินอุดหนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในสัดส่วนที่กำหนด บริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการบริหารงานระบบหลักประกันสุขภาพของท้องถิ่น โดยดำเนินการจัดซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชนในท้องถิ่นในงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ การสร้างเสริมสุขภาพ / ป้องกันโรคโดยชุมชน และการบริหารจัดการพัฒนากองทุนให้มีประสิทธิภาพ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.2.1 ความหมาย

การมีส่วนร่วมของชุมชน ถือว่าเป็นยุทธศาสตร์ของการพัฒนาแนวใหม่เป็นหลักและวิธีการที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการพัฒนาสังคมในทุกๆ ด้านเพราะเป็นหลักการที่ช่วยให้ชุมชนสามารถยืนหยัดพึ่งพิงตนเองได้อย่างยั่งยืนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขซึ่งเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชนเนื่องจากการมีส่วนร่วมด้านสาธารณสุขเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกที่จะดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองและเพิ่มขีดความสามารถให้ประชาชนดูแลตนเองได้ทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วยดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้หยิบยกความสำคัญของการมีส่วนร่วมขึ้นมาปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทได้อย่างยั่งยืน



จากแนวคิดดังกล่าวได้เกิดกระแสการพัฒนาแนวใหม่ขึ้นโดยเน้นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานโดยถือว่าประชาชนเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาความสำเร็จของการพัฒนาแนวใหม่จึงขึ้นอยู่กับประชาชนและชุมชนเป็นหลักและต้องเป็นการพัฒนาที่เริ่มมาจากประชาชนเองจึงจะสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและความต้องการที่แท้จริง (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากความสำคัญของการมีส่วนร่วมดังกล่าว มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมาย ความสำคัญ ลักษณะการมีส่วนร่วมขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม รูปแบบของชุมชนต่อการมีส่วนร่วมและประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ดังนี้

พรทิพย์ คาพอ (2544) ได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การที่บุคคล หรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนหาประโยชน์ต่างๆ หรือกิจกรรมต่างๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือกระบวนการบริหาร ประสิทธิภาพขององค์การขึ้นอยู่กับการรวมพลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์การนั้นในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิดสติปัญญา ก็คือ การให้มีส่วนร่วมในองค์การนั้นบุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการหรือปฏิบัติภารกิจต่างๆ เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพัน (Commitment) ต่อภารกิจและองค์การ

เฉลิมว บุรีภักดี และคณะ (2545) ได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคล ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนา การมีส่วนร่วมต้องเป็นไปในรูปที่ผู้รับการพัฒนา เข้ามามีส่วนร่วมทำให้เกิดการพัฒนา มิใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไป ทั้งนี้เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวร การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ใช่หมายความว่าเพียงการดึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรมตามที่ผู้นำท้องถิ่นคิดหรือจัดทำขึ้น เพราะแท้จริงแล้วในหมู่บ้านหรือชุมชนต่างๆ มีกิจกรรม และวิธีดำเนินงานของตนอยู่แล้ว ประชาชนมีศักยภาพที่จะพัฒนาหมู่บ้านของตนได้ แต่ผู้บริหารการพัฒนาไม่สนใจสิ่งที่มีอยู่แล้ว โดยพยายามสร้างสิ่งใหม่ๆ ขึ้นมาเพื่อให้ได้ชื่อว่าเป็นความคิด หรือโครงการของตน

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2546) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมใน 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมเป็นลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนาโดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา วางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริการจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมือง โดยประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม ควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา 2) การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค เพื่อให้อำนาจทางการเมือง การบริหาร การมีอำนาจต่อรองในการจัดการทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกันโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง



จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2551) ได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง ทรัพยากรในการจัดการที่เป็นส่วนของบุคคลในแต่ละระดับการปฏิบัติมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการจัดองค์กร การสั่งการ และควบคุมการปฏิบัติในแต่ละส่วน อย่างเต็มความสามารถ ทั้งในทิศทางเพื่อการปฏิบัติด้านเดียวหรือการนำเสนอซึ่งความคิดในการดำเนินการตามกระบวนการนั้นอย่างใดอย่างหนึ่ง

Reeder (ธนกร จีระออน, 2553; อ้างอิงจาก Reeder, 1974) ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วม ว่าเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

Cohen และ Uphoff (ธนกร จีระออน, 2553; อ้างอิงจาก Cohen and Uphoff, 1986) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร การมีส่วนร่วมเป็นการเสียสละในการพัฒนารวมทั้งการลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการโดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

องค์การอนามัยโลก (WHO) (ธนกร จีระออน, 2553; อ้างอิงจาก WHO, 1987) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมไว้ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและสวัสดิการที่บ้านที่ชุมชนที่อยู่อาศัยโดยเน้นในเรื่องการพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชากรในการพัฒนาชุมชนของตนเอง

2.2.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จของงานตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ได้มีผู้กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม ดังนี้

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม 9 ประการ ดังนี้ ประการแรก คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอันชอบธรรมของทุกคนที่ต้องการการยอมรับและยกย่อง โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการปรับปรุงวิถีชีวิตของเขาประการที่สอง งานพัฒนาเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นจำนวนมาก จำเป็นจะต้องให้คนหมู่มากเหล่านี้มีสิทธิมีเสียงในการแสดงออก ประการที่สาม กลยุทธ์ทั้งหลายในการพัฒนาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถส่งผลถึงกลุ่มประชาชนผู้ด้อยโอกาสและยากจน และในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้กลุ่มผู้คนได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ใหม่ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น ประการที่สี่ ประสพการณ์ที่ผ่านมาได้พบว่า มีหลายโครงการที่ประสบความสำเร็จโดยอาศัยวิธีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปของการรวมกลุ่มและการจัดตั้งองค์กรประชาชน ในขณะเดียวกันก็มีตัวอย่างของโครงการที่ล้มเหลวจำนวนมาก อันเนื่องจากไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม ประการที่ห้า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่มหรือของกลุ่ม (Group Action) อันเป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของเขาและในขณะเดียวกันก็ได้ประโยชน์จากการพัฒนามากยิ่งขึ้น ประการที่หก การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นตัวชี้วัดของการพัฒนาชุมชน ยิ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใด ยิ่งแสดงว่าประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการพัฒนามากยิ่งขึ้น ประการที่เจ็ด ประชาชนย่อมรู้ว่าตนเองกำลังต้องการอะไร มีปัญหาอะไร และอยากแก้ปัญหาอย่างไร ถ้าให้โอกาสแก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมใน



กิจกรรมการพัฒนา ย่อมช่วยให้โครงการต่างๆ สนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า ประการที่แปดการมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยให้การปฏิบัติการทางสังคม (Social Action) เป็นไปอย่างสงบสันติ ก่อให้เกิดรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่มีระเบียบเป็นระบบและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย และประการสุดท้าย เป็นนโยบายของรัฐในปัจจุบันที่ให้ทุกโครงการที่ลงสู่ชนบทต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นตามปรัชญาของการพัฒนา

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2551) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม เป็นวิธีการที่ดี ที่สุดจะนำไปสู่ความสำเร็จในการทางานร่วมกันในทุก ๆ กิจกรรม ตลอดจนการที่จะให้ชุมชนสามารถ สร้างความเข้มแข็งของชุมชนเองมี 6 ประการ ดังนี้ ประการแรก ประชาชนตระหนักในปัญหาของ ตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาประการที่สอง ประชาชนมี โอกาสที่จะได้ใช้และพัฒนาความสามารถของตนเอง ประการที่สาม เป็นการระดมทรัพยากรบุคคลมาใช้ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประการที่สี่ ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของทำให้การพัฒนามีความมั่นคงถาวร และต่อเนื่องประการที่ห้า เป็นกระบวนการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย ทำให้ประชาชนมีความคิด อิสระในการตัดสินใจและประการสุดท้าย เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการ พัฒนาชุมชนของตนเอง

2.2.3 รูปแบบและระดับการมีส่วนร่วม

คณะกรรมการการพัฒนาระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ได้กำหนดการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาการบริการออกเป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้ ระดับแรก ซึ่งถือว่าเป็นระดับการมีส่วน ร่วมน้อย คือ การแจ้งข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ ระดับนี้ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องอาจร่วมให้ข้อมูลได้บ้างเท่านั้น ระดับที่สอง เป็นการมีส่วนร่วมระดับที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้ ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นผู้ให้ข้อมูล ด้วยการร่วมปรึกษาหารือเป็นการร่วมคิดร่วมให้ความเห็น ระดับที่ 3 เป็นการมีส่วนร่วมระดับร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ระดับที่ 4 เป็นการมีส่วนร่วมโดยร่วมลงมือ ปฏิบัติการหรือร่วมกันดำเนินการ ระดับที่ 5 เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูง คือ การร่วมตรวจสอบและ ประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในระดับที่ 4 ถือว่าเป็นระดับของการมอบอำนาจให้ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียได้ตัดสินใจ (วิรัตน์ ปานศิลา, 2551)

เนลิยา บุรีภักดี และคณะ (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2551: 238; อ้างอิงจาก เนลิยา บุรีภักดี และคณะ, 2545) ได้กล่าวถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้เป็น 3 ระดับดังต่อไปนี้ ระดับแรกคือ การ มีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิง อำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่าหรือมีทรัพยากรหรือความรู้ด้อยกว่า เป็นต้นระดับ ที่สอง คือ การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Patial Participation) รัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายลงมาว่าต้องการ อะไร โดยรัฐไม่รู้จักความต้องการของชาวบ้าน ดังนั้นการมีส่วนร่วมก็เพียงแสดงความคิดเห็นในการดำเนิน กิจกรรมบางส่วนเท่านั้นและระดับสุดท้าย คือ การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็น การมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การกำหนดปัญหา ความต้องการ การตัดสินใจในแนวทางแก้ปัญหาและ ความเท่าเทียมกันของทุกฝ่าย

2.2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2543) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงใน การพัฒนา มีดังนี้ 1) ปัจจัยทางด้านบุคคล ผู้ที่จะทางานพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของ ประชาชนต้องสร้างเงื่อนไขของบทบาทของตนให้พร้อมที่จะเข้าไปทางาน ต้องมีทัศนคติและจิตสำนึกต่อ



ประชาชนอย่างเหมาะสม การยอมรับศักดิ์ศรีของคนเท่าเทียมกัน มีความเชื่อเคารพในตัวประชาชน พร้อมทั้งจะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับประชาชน และเปิดโอกาสให้ประชาชนในการแสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรมในการพัฒนา การส่งเสริมให้เหมาะสมและในขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน รวมถึงบุคคลที่มีความสามารถ มีความคิดริเริ่มในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา อย่างเต็มความสามารถ 2) ปัจจัยด้านการบริการ เป็นผลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามระเบียบทางราชการ หรือองค์กรพัฒนาเอกชน การนำมาใช้มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติพอควร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ค่อนข้างเป็นอิสระไม่ผูกพันกับระเบียบทางราชการจนเกินไป 3) ปัจจัยด้านโครงสร้างชุมชน แบ่งออกเป็น 8 องค์ประกอบ ซึ่งองค์ประกอบแรก คือ ลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน ชุมชนมีความสัมพันธ์ลักษณะปฐมภูมิรู้จักกันเป็นญาติพี่น้อง การมีส่วนร่วมจะดีกว่าชุมชนที่มีประชาชนมาจากหลายวัฒนธรรมมาอยู่ด้วยกัน องค์ประกอบที่สอง คือ โครงสร้างของประชากร ชุมชนที่มีโครงสร้างของประชากรวัยแรงงานมากและอยู่ในท้องถิ่นการมีส่วนร่วมจะมีมากกว่า โครงสร้างชุมชนที่วัยแรงงานย้ายออกไปทำงานที่อื่น องค์ประกอบที่สามคือ วัฒนธรรมชุมชนที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม เช่น การมีคนในชุมชนมีความเห็นอกเห็นใจและเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้อื่น จะทำให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมมากกว่าในชุมชนที่ต่างคนต่างอยู่ องค์ประกอบที่สี่ คือ ค่านิยมของชุมชน เช่น ค่านิยมการนับถือผู้อาวุโส หรือผู้นำชุมชน ทำให้ผู้นำชุมชนเป็นแกนนำที่จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ องค์ประกอบที่ห้า คือ คุณภาพของประชาชนในชุมชนที่มีประชากรคุณภาพดี เช่น รายได้ดีการศึกษาดี มีทัศนคติที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม มีความตื่นตัวในการพึ่งตนเองจะเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่า องค์ประกอบที่หก คือ โครงสร้างของอำนาจ ซึ่งหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจของกลุ่มในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ซึ่งส่วนมากจะมีฐานะดี มีความรู้ มีประสบการณ์มากกว่าคนอื่น ถ้าผู้นำเห็นประโยชน์ในการพัฒนา ก็จะเป็นแกนนำการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์ประกอบที่เจ็ด คือ ลักษณะของการตั้งถิ่นฐานของชุมชน ถ้าชุมชนตั้งถิ่นฐานมีลักษณะเป็นกลุ่มจะทำให้ประชาชนรู้จักกันและทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่าชุมชนที่ตั้งอยู่อย่างกระจัดกระจาย ยากต่อการรวมกลุ่ม และองค์ประกอบสุดท้าย คือ ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของชุมชนมีสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ดีเช่น เป็นชุมชนในเขตชลประทาน หรือประชาชนมีการศึกษาดี มีรายได้จากการเกษตรสม่ำเสมอทุกปีจะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและความต้องการของชุมชน ดีกว่าชุมชนที่ขาดทรัพยากรและมีสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี

สุปรียา ตันสกุล (2548) ได้กล่าวถึงปัจจัยการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนนั้น จะเกิดขึ้นได้ในลักษณะต่างๆ ต้องมีปัจจัยที่เหมาะสม และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังต่อไปนี้ ปัจจัยแรก คือ การปฏิบัติตนให้คล้อยตามความเชื่อพื้นฐานของตนเอง และความเชื่อพื้นฐานของกลุ่ม ปัจจัยที่สอง คือ การปฏิบัติให้สอดคล้องกับมาตรฐานของตนเองและกลุ่ม ปัจจัยที่สาม คือ การส่งเสริม ป้องกันและรักษาเป้าหมายของตนเองและกลุ่ม ปัจจัยที่สี่ คือ ประสบการณ์ของบุคคลบางครั้งและพฤติกรรมของบุคคลอาจมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา ปัจจัยที่ห้า คือ ความคาดหวังของบุคคล หรือกลุ่มจะกระทำในสิ่งที่คาดหวัง ว่าควรจะทำในสถานการณ์เช่นนั้น และมักปฏิบัติต่อผู้อื่นตามที่ตนคาดหวังจากผู้อื่น ปัจจัยที่หก คือ การมองแต่ตนเอง บุคคล หรือกลุ่มบุคคลมักจะกระทำในสิ่งที่คิดว่าตนควรจะทำเช่นนั้น ปัจจัยที่เจ็ด คือ โอกาสบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคม เฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและโอกาส



ซึ่งโครงสร้างทางสังคมเอื้ออำนวยให้เขาได้กระทำเช่นนั้น ปัจจัยที่แปด คือ ความสามารถบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มักจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่าสามารถทำได้ และปัจจัยสุดท้าย คือ การสนับสนุน บุคคลหรือกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขารู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนที่ดีพอให้กระทำเช่นนั้น

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรม ร่วมคิดริเริ่ม ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามประเมินผล รวมทั้งร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาดังกล่าว และจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมของชุมชน กระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนเป็นกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนคติและเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน โดยที่การเข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นอาจเป็นทั้งรายบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการโดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กรเพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์เกิดความยั่งยืนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

2.3.1 ความหมายของความรู้

จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์ และเทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ (2546) ได้กล่าวถึงความรู้ หมายถึงเป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ซึ่งประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยรับรู้มาซึ่งจำแนกเป็น

2.3.1.1 ความรู้เฉพาะอย่างที่จะระลึกข้อสนเทศในส่วนย่อย ๆ เฉพาะอย่างที่ยกได้โดดเด่น ๆ

- 1) ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ เกี่ยวกับความหมายของคำ
- 2) ความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่าง เช่น รั้ววัน เดือน ปี เหตุการณ์ สถานที่

2.3.1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิถีทางและวิธีการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

- 1) ความรู้ในเรื่องระเบียบ แบบแผน ประเพณี
- 2) ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและลำดับก่อน - หลัง
- 3) ความรู้ในการแยกประเภทและจัดหมวดหมู่
- 4) ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์

2.3.1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้าง

1) ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป

2) ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง คือความรู้ ความสามารถในการจำหรือระลึกข้อเท็จจริงตามเนื้อหาที่ได้เรียนหรือได้มีประสบการณ์ แยกเป็น 1) ความรู้เฉพาะอย่างเป็นความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์หรือนิยามของคำเฉพาะเทคนิคของคำนั้น 2) ความรู้เกี่ยวกับวิถีและการดำเนินการ เป็นความรู้เกี่ยวกับระเบียบแบบแผนลำดับขั้นตอนการจัดประเภทสิ่งของต่าง ๆ เกณฑ์หรือคุณสมบัติของสิ่งต่าง ๆ 3) ความรู้สรุปรวบยอดเป็นความรู้เกี่ยวกับหลักการข้อสรุปทฤษฎีหรือโครงสร้างที่สกัดได้จากเรื่องราวหรือข้อเท็จจริงทั้งหลาย



อนันต์ ศรีโสภา (จุฬารณย์ โสตะ, 2546; อ้างอิงจาก อนันต์ ศรีโสภา, 2522) ได้ให้ความหมายคำว่า หมายถึง สิ่งจำเป็นในสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนแบ่งออกเป็นความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้างสิ่งของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา จะประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับความหมายของคำต่าง ๆ ในเรื่องเวลา เหตุการณ์ บุคคล สถานที่ แหล่งกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับลักษณะเกี่ยวกับแบบแผนต่าง ๆ แนวโน้ม การจัดการ ลำดับ การจำแนกและการแบ่งประเภทสิ่งของต่าง ๆ กฎเกณฑ์และระเบียบวิธีการดำเนินงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและโครงสร้างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับกฎและการใช้กฎในการบรรยายคุณค่าพยากรณ์หรือตีความหมายของสิ่งที่เราสังเกตเห็นและความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง

สุรางค์ ไคว้ตระกูล (2541) ได้สรุปว่า ความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดของตนเองนักจิตวิทยาพบว่า คนที่คิดเป็นหรือมีทักษะในการคิดจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดของตนเองสามารถดูแลและควบคุมตรวจสอบการคิดของตนเอง พร้อมประเมินว่าวิธีคิดหรือเทคนิคการคิดใช้เหมาะสมหรือไม่และพร้อมที่จะเปลี่ยนเทคนิคที่ใช้

Bloom (จุฬารณย์ โสตะ, 2546; อ้างอิงจาก Bloom, 1971) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่ว ๆ ไปเป็นการระลึกถึงกระบวนการหรือระลึกถึงรูปแบบ โครงสร้าง และการจัดตั้ง ความรู้ มีหลายระดับตั้งแต่สามารถระลึกได้จนถึงสามารถนำความรู้ไปเป็นข้อมูลเพื่อประเมินผล และให้ข้อ ตัดสินต่อสิ่งต่าง ๆ Meredith (จุฬารณย์ โสตะ, 2546; อ้างอิงจาก Meredith, 1961) กล่าวว่าความรู้มีองค์ประกอบ 2 ประการคือความเข้าใจ (Understanding) และการคงอยู่ (Retaining) ซึ่งรวมองค์ประกอบทั้ง 2 แล้ว มีความหมายถึงความสามารถจดจำได้ในบางสิ่งบางอย่างที่เราทำความเข้าใจจากความหมายที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความสามารถจดจำได้ในบางสิ่งบางอย่างที่เราทำความเข้าใจและสามารถระลึกได้เมื่อนำไปใช้ประโยชน์

2.3.2 ระดับความรู้

Bloom (จุฬารณย์ โสตะ, 2546; อ้างอิงจาก Bloom, 1971) ได้แยกการประเมินระดับความรู้ไว้ 6 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับที่ระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเป็นเฉพาะวิธีปฏิบัติกระบวนการ และแบบแผนได้ ความสำเร็จในระดับนี้คือความสามารถในการนำข้อมูลจากการจำออกมาได้ 2) ระดับความรู้ที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายถึง บุคคล สามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถเขียนข้อความเหล่านั้นด้วยถ้อยคำของตนเองได้ สามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมาย แปลความ และเปรียบเทียบความคิด อื่น ๆ หรือคาดคะเนผลที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ 3) ระดับการนำไปใช้ (Application) เป็นระดับที่สามารถนำเอาข้อเท็จจริงตลอดจนความคิดที่เป็นนามธรรม (Abstract) ไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม 4) ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถใช้ความคิดในรูปของการนำความคิดมาแยกเป็นส่วน เป็นประเภทหรือนำเอาข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติของตนเอง 5) ระดับการสังเคราะห์ (Synthesis) คือ การนำเอาข้อมูล แนวความคิดมาประกอบกัน แล้วนำไปสู่การสร้างสรรคสิ่งใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม 6) ระดับของการประเมินผล (Evaluation) คือ ความสามารถใช้ความรู้เพื่อตั้งเกณฑ์การรวบรวมผลและวัดข้อมูลตามมาตรฐานเพื่อให้ตั้งข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของแต่ละกิจกรรม



จุฬารณ โสตะ (2546) ได้แบ่งระดับของความรู้ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) ความรู้ต่ำ ได้แก่ ความรู้ที่เกิดจากการเดาหรือภาพลวงตาทางประสาทสัมผัส 2) ความรู้ระดับธรรมดา ได้แก่ ความรู้ทางประสาทสัมผัสหรือความเชื่อที่สูงกว่าแต่ยังไม่แน่นอนเป็นเพียงขั้นอาจเป็นไปได้ 3) ความรู้ระดับสมมติฐาน ได้แก่ ความรู้ที่เกิดจากความคิดหรือความเข้าใจซึ่งไม่ได้เกิดจากประสาทสัมผัส เช่น ความรู้ทางคณิตศาสตร์ ความรู้ขั้นนี้ถือว่าเป็นขั้นสมมติฐาน 4) ความรู้ระดับเหตุผล ได้แก่ ความรู้จากตรรกวิทยา เป็นความรู้ที่ทำให้มองเห็นรูปหรือมโนภาพว่าเป็นเอกภาพ

2.3.3 แหล่งที่มาของความรู้

จุฬารณ โสตะ (2546) ได้แบ่งแหล่งที่มาของความรู้ออกเป็น 5 แหล่ง ดังนี้ 1) ความรู้ที่พระเจ้าเป็นผู้ให้ เป็นความรู้มตะที่เชื่อกันว่า ความรู้ ประสบการณ์นี้จะทำให้คนเป็นนักปราชญ์ได้ ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากคำสอนของศาสนาต่าง ๆ และเป็นที่ยอมรับว่าเป็นจริงเพราะความเชื่อใครจะดัดแปลงแก้ไขไม่ได้ 2) ความรู้ที่เกิดจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น หนังสือ พจนานุกรม การวิจัย เป็นต้น 3) ความรู้ที่เกิดจากการหยั่งรู้ เป็นความรู้ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน รู้สึกรู้ว่าได้ด้วยตนเอง ทั้งที่ไม่รู้ว่าได้มาอย่างไร รู้แต่ว่าได้ค้นพบสิ่งที่เรากำลังค้นหาอยู่ เป็นความรู้ที่ทดสอบด้วยพิจารณาเหตุผล 4) ความรู้ที่ได้จากการคิดหาเหตุผล เป็นความรู้ที่แสดงความเป็นจริงอยู่ในตัวตน ปัจจัยที่ทำให้การคิดหาเหตุผลไม่ถูกต้องคือ ความลำเอียง ความสนใจและความชอบ 5) ความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การจับต้อง และการสังเกต

2.3.4 ประเภทของความรู้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) กล่าวว่า การรู้ (Knowing) เป็นความสามารถในการจำ หรือระลึกได้ ซึ่งมวลประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา 1) ความรู้เฉพาะเรื่อง เฉพาะอย่าง เป็นการระลึกข้อมูลในส่วนย่อย ๆ เฉพาะที่ แยกไว้อย่างชัดเจน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ เกี่ยวกับความหมายของคำ และความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่าง เช่น รู้วัน เดือน ปี เหตุการณ์ สถานที่ 2) ความรู้เกี่ยวกับวิถีทางและวิธีการดำเนินงานเรื่องใด เรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ได้แก่ ความรู้ในเรื่องระเบียบ แบบแผน ประเพณี ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้ม และลำดับก่อน หลัง ความรู้ในการแยกประเภทและการจัดหมวดหมู่ และความรู้เกี่ยวกับกระบวน และกระบวนการ 3) ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป และความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี และโครงสร้าง

2.3.5 เครื่องมือวัดความรู้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542)

เครื่องมือวัดพฤติกรรมด้านความรู้ นั้น ส่วนใหญ่จะใช้แบบทดสอบ ซึ่งในด้านการศึกษ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ นั้น ได้นำหลักการสร้างแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษามาใช้ แบบทดสอบมีหลายชนิด เช่น ให้เลือกข้อ (Multiple Choice) แบบให้เติมคำแบบถูก-ผิด แบบจับคู่ เป็นต้น โดยขั้นตอนการสร้างแบบทดสอบวัดความรู้ มีขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดเนื้อหาและพฤติกรรมที่ต้องการวัด ซึ่งนักวิจัยจะต้องวิเคราะห์หาเนื้อหาที่ต้องการวัดให้ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด และพยายามแตกย่อยเนื้อหานั้นออกให้ละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยใช้ความรู้ ประสบการณ์ เอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบ 2) เลือกชนิดและรูปแบบของแบบทดสอบให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง 3) เขียน (ร่าง) ข้อคำถาม การเขียนข้อคำถามหรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า การเขียนข้อสอบ นั้นเป็นการเลือกสถานการณ์ที่เป็นตัวแทนของเนื้อหาสร้างเป็นสิ่งเร้าเพื่อกระตุ้นให้ผู้ตอบได้



สนองตอบ และแสดงพฤติกรรมออกมา 4) จัดเรียงและทำรูปเล่ม นำข้อคำถามแต่ละข้อที่ร่างไว้มาจัดเรียงกัน วางรูปแบบการเรียงให้แลดูง่ายและสะดวกต่อการตอบ จัดรวมเป็นชุด พร้อมทั้งมีคำชี้แจงการตอบไว้อย่างครบถ้วน 5) ตรวจ ปรับปรุง และแก้ไข ควรอ่านวิเคราะห์ข้อคำถาม คำตอบของทุกข้ออย่างละเอียด ทั้งในด้านภาษา ตัวสะกด การันต์ ความชัดเจน ความยากง่ายของแต่ละข้อเหมาะสมกับผู้ตอบเพียงใด การตรวจในตอนนี้จะกระทำใน 2 ลักษณะคือตรวจสอบเอง กับให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจ การให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเป็นการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้างของแบบทดสอบ ซึ่งควรให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 คน 6) การตรวจสอบคุณภาพ จะทำเป็น 2 ระยะคือ ตรวจสอบในระหว่างขั้นตอนการสร้างกับการตรวจสอบหลังจากสร้างแบบทดสอบเสร็จแล้ว หลังจากได้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก หลังจากนั้นจึงนำผลมาตรวจสอบรายข้อเพื่อหาความยากง่ายและอำนาจจำแนกรายข้อ พร้อมทั้งตรวจสอบทั้งฉบับเพื่อหาคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยง

สรุปได้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง ความจริง วิธีแก้ปัญหาที่สะสมได้จากประสบการณ์ที่พบเห็นความรู้เป็นความจำเป็นในสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนและเป็นความสามารถในการระลึกได้ในเรื่องราวที่เคยมีประสบการณ์มานั้น เมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าเดิมก็จะนำความรู้นั้นมาใช้ในการตอบสนอง การวัดพฤติกรรมด้านความรู้มีเครื่องมือในการวัด ได้แก่ แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ ก่อนนำไปใช้ต้องมีการสร้างและการตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือทั้งค่าความตรง (Validity) ความเที่ยง (Reliability) การนำไปใช้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้มีการวัดความรู้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

2.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

2.4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจมาจากภาษาลาติน “Passé” ซึ่งหมายถึง อำนาจ (Power) กับอิสรภาพ (Freedom) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ น่าจะหมายถึง ความสามารถที่จะเลือกอย่างอิสระ อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นจำเป็นต้องพึ่งพาอำนาจใน 2 ลักษณะ คือ (อุมพร ห่านรุ่งชโรทร, 2551) 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจต้องการอำนาจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ถ้าอำนาจนั้นไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงย่อมไม่ใช่การเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นอำนาจแห่งความสัมพันธ์ (Relational Power) ไม่ใช่อำนาจแบบอิทธิพลเพื่อควบคุมคนอื่น แต่เป็นการใช้อำนาจร่วมกับผู้อื่นในลักษณะของหุ้นส่วน

การเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นมีนิยามได้หลายมิติ เช่น มิติทางสังคม มิติจิตวิทยา และมีนิยามหลายระดับ เช่น ระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงยังคงเป็นคำที่สร้างความสับสนให้กับผู้สนใจศึกษาอยู่ไม่น้อย และยากจะหานิยามใดนิยามหนึ่งที่ชัดเจนได้

Czuba (อุมพร ห่านรุ่งชโรทร, 2551; อ้างอิงจาก Czuba, 1999) ได้ให้นิยามการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการทางสังคมที่มีหลายมิติ ที่ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง ชุมชน และสังคม ด้วยตนเอง



Edginton และคณะ (อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร, 2551; อ้างอิงจาก Edginton et al., 1989) ได้ให้นิยามการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับชุมชน หมายถึง กระบวนการพัฒนาชุมชนที่พยายามส่งเสริมความตระหนักความเป็นชุมชน (Sense of Community Awareness) แก่บุคคลที่อาศัย อันจะนำไปสู่การบรรลุชีวิตชุมชน

Perkin และ Zimmerman (อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร, 2551; อ้างอิงจาก Perkin and Zimmerman, 1995) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ในลักษณะของกระบวนการและผลลัพธ์ไว้ว่าเป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ประกอบด้วย การจัดการเพื่อให้เข้าถึงกระบวนการของรัฐและการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ของชุมชนอื่น ผลลัพธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ประกอบด้วย ความเป็นพลักษณ์ของชุมชน ความร่วมมือขององค์กรต่างๆในชุมชน และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ภายในชุมชน

อวยพร ตันมุกขกุล (2540) การเสริมสร้างพลัง หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคลมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตน เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริมช่วยเหลือชี้แนะให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) การเสริมสร้างพลัง หมายถึง กระบวนการที่ทำให้บุคคลและกลุ่มต่างๆสามารถแสดงออกซึ่งความต้องการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2543) การเสริมสร้างพลัง หมายถึง กระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถ และพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลัง มีความผาสุก และมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ กระบวนการนี้มีขั้นตอนจากการเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ และประสบการณ์ตรงในการพัฒนาเพื่อพึ่งพาตนเอง ควบคุมตนเอง โดยใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพ

กล่าวโดยสรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการทางสังคมที่ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง ชุมชน และสังคม ด้วยตนเอง เพื่อให้เข้าถึงกระบวนการของรัฐและการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ของชุมชน โดยสามารถแสดงออกซึ่งความต้องการ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลัง มีความผาสุก และมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

2.4.2 วิธีการดำเนินการสร้างพลัง

2.4.2.1 การสร้างพลังในระดับบุคคล

พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้ในบุคคล กระบวนการที่ทำให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้เรียกว่า การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) ซึ่งหมายถึง การมุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพ ความแกร่งในการทำกิจกรรม หรือในการดำรงชีวิต ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การทำงาน ความสำเร็จและความเป็นอยู่ของตนเอง



เป็นกระบวนการส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือกัน ความเท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การถ่ายเทอำนาจให้เกิด ความเสมอภาคกัน

ตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993: 133 – 115) ปัจจัยที่จะทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลัง ก็คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ความผูกพัน (Bond) และความรัก (Love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้นๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Values) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และเป้าหมายในชีวิต (Determination) โดยมีความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการ บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้นๆ ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ค่านิยม (Values) ค่านิยมส่วนตัว เช่น การมีความรักในตนเอง นับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบ ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากที่เกิดขึ้นการที่บุคคลมีความเชื่อถือมีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี จะเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ ไปสู่เป้าหมายที่ดี ความเชื่ออาจรวมถึงความเชื่อในทางศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ด้วย เป้าหมายในชีวิต (Determination) เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคหรือปัญหาใดๆ ก็ตาม ซึ่งปัจจัยทั้งที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังของบุคคลทุกขั้นตอน ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา จากการอ่านหนังสือตำราวิชาการต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์นั้นๆ 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากหลายๆ แหล่ง เช่น จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัวบุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติ ซึ่งมีส่วนร่วมสนับสนุน ให้ความรู้ ให้อำนาจ ให้อำนาจ ให้อำนาจ ให้ความมั่นใจ แหล่งสนับสนุนต่างๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมี การเสริมสร้างพลังได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพลัง การเสริมสร้างพลังจะได้รับความสนใจก็ต่อเมื่อมีความพร้อม หรือขาดหายไปของอำนาจ หรือมีการสูญเสียอำนาจไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตาม เมื่อเกิดภาวะดังกล่าวขึ้นก็จะเห็นถึงความสำคัญของความรู้สึกที่มีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และจะคิดวิธีการเพื่อพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพในตนเอง สามารถจัดการแก้ปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสริมสร้างพลัง

1) การสูญเสียหรือการบกพร่องของอำนาจที่ควรจะมี การขาดการส่งเสริมให้มีส่วนร่วม หรือ การตัดสินใจ ขาดความยืดหยุ่นในการทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ร่วมงาน มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อคนในองค์กร สิ่งเหล่านี้ทำให้พลังอำนาจในการทำงานลดลง

2) สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ต้องเป็นสัมพันธภาพที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ไม่มีความลับต่อกันมีการเปิดเผยกัน มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการให้คุณค่าและเคารพในสิทธิและความเป็นบุคคลระหว่างกัน จึงจะทำให้เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลัง



3) สิ่งแวดล้อม ต้องเป็นบรรยากาศของการช่วยเหลือและปรารถนาดีต่อกัน การเสริมสร้างพลังจะมีขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้บังคับบัญชามีจุดมุ่งหมายให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีการพัฒนาความสามารถ และพัฒนาพลังในตนเอง

4) บุคคล ต้องอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในทุก ๆ ขั้นตอน ผู้ร่วมงานจะต้องยอมรับ ในบทบาท ภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบที่จะมีขึ้น คือต้องถือเป็นพันธะผูกพัน (Commitment) ที่บุคคลพึงปฏิบัติร่วมกัน นอกจากนี้ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ทักษะการรับรู้ ภาวะสุขภาพที่ดี ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญ อดทน อดกลั้น และความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทำให้เกิดการเสริมสร้างพลัง

5) เวลา กระบวนการเสริมสร้างพลังจะต้องอาศัยเวลาค่อนข้างยาวนาน เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย ค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง (Gradual Process Evolutionary Process)

6) ปรัชญาและความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจบุคคลที่จะมีการเสริมสร้างพลังได้ จะต้องมีความเชื่อ ในความเท่าเทียมกันของบุคคล ต้องมีการปล่อยวาง มีความคิดเป็นอิสระ ยึดถือในระบอบประชาธิปไตย และต้องมีความเชื่อในเรื่องความสามารถและศักยภาพของแต่ละบุคคล

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังในระดับบุคคล

กิบสัน (Gibson, 1993; 121-123) ได้แบ่งการเสริมสร้างพลังเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลัง เป็นการพยายามทำให้บุคคลอื่นยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง สภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองต่อบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional Responses) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive Responses) และด้านพฤติกรรม (Behavioral Responses)

การตอบสนองด้านอารมณ์ เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะเกิดความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ แต่ละบุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนความคิดใหม่ หรือกลับความคิดใหม่ โดยตั้งความหวังไว้ว่าตนเองอาจจะดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง และสามารถจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ เมื่อบุคคลสูญเสียความรู้สึกความสามารถหรือความมั่นใจในการกระทำของตนเอง โดยการหาข้อมูลและความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ไม่ว่าจะเป็น การอ่านหนังสือ ตำรา วารสารทางวิชาการ การเข้าร่วมประชุมสัมมนา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่มีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในระยะนี้ บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ



การตอบสนองด้านพฤติกรรมเกิดขึ้นโดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การกระทำของตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบ สิ่งที่ได้ทำไปแล้วเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนั้นและมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี ทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงคืออะไรจนเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมา มาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลสะท้อนกลับจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเกิดการปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา ตลอดจนการแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง ช่วยให้ออกมาพิจารณาปัญหา ประเมินและคิดพิจารณาวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อที่นำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังในการควบคุมตนเอง เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างตนทำได้ไม่ได้รับความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำหลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้อง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจและทักษะของตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking Charge)

การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมมีการพบปะและเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจของตนเอง หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทางเลือกแนวทางแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลและจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุด โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับปัญหาของตน 3) สามารถตอบสนอง ความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาจากผู้มีประสบการณ์และได้รับการยอมรับ และ 5) เป็นวิธีที่ทำให้เกิดการยอมรับและเปิดใจกว้าง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลัง เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จบุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลัง มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับการแก้ปัญหาครั้งต่อไป

2.4.2.2 การสร้างพลังในองค์กร

คำว่า “การสร้างพลังในองค์กรหรือในงาน เป็นคำที่ได้รับการกล่าวถึงในเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ตั้งแต่สมัยกลางศตวรรษที่ 17 ซึ่งในระยะแรก คำนี้ค่อนข้างจะสื่อความหมายไป



ในทางลบ ทำให้ผู้ที่ใช้คำๆ นี้ อาจได้รับอันตรายได้โดยเฉพาะในสังคมเผด็จการ ต่อมาคำนี้ได้รับการกล่าวถึง อย่างกว้างขวางในสังคมปัจจุบันในฐานะที่เป็นกลยุทธ์สำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาองค์การ พัฒนาคุณภาพการดำเนินงานขององค์การ และคุณภาพของบุคลากรในองค์การทุกลักษณะ ตลอดจนเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาสังคมที่เน้นการพัฒนามนุษย์โดยรวม และในแต่ละด้าน การพัฒนากลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มสตรี และการพัฒนาวิชาชีพ จนแทบจะกล่าวได้ว่า การเสริมสร้างพลังกลายเป็นแนวคิดที่ที่ทันสมัยและเป็นแฟชั่นที่ทุกวงการจะต้องให้ความสำคัญ

ในด้านการบริหารและการพัฒนาองค์การนั้น การเสริมสร้างพลังเป็นแนวคิดที่มีจุดเริ่มต้นจากทฤษฎี การพัฒนาองค์การโดยเฉพาะทฤษฎี Y ของ Douglas McGregor แนวคิดนี้เกี่ยวข้องกับแนบแน่นกับแนวคิดสร้างสรรค์ของการพัฒนาองค์การ เช่น การมีส่วนร่วมของบุคลากรและกลุ่มทีมงาน (Team Formation) เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาองค์การในวิธีการดังกล่าวมีกิจกรรมการทำงานที่ตรงกับแนวคิดของการเสริมสร้างพลัง รวมทั้งแนวคิดในทุกวิธีก็มีหลักฐานพิสูจน์ได้ว่าประสบความสำเร็จแล้วทั้งสิ้น โดยผู้เชี่ยวชาญบางท่านก็มีการปรับการใช้คำเรียกแนวคิดดังกล่าวนี้ว่า การเสริมสร้างพลัง

นอกจากนี้ความนิยมในการใช้กลวิธีการเสริมสร้างพลังนั้นเป็นผลมาจากการแข่งขันทางธุรกิจ การให้ความสำคัญการลดต้นทุน เพิ่มประสิทธิภาพของการผลิต การรักษาและเพิ่มคุณภาพของสินค้าและการบริการ รวมทั้งสาเหตุของการขาดแคลนทรัพยากรธรรมชาติความตึงตัวด้านการเงิน และการขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณภาพ รวมทั้งแนวคิดของกระบวนการทางสังคมที่เปลี่ยนไปในแนวทางที่ให้ความสำคัญต่อหลักการและเป้าหมาย 4 เรื่อง คือ 1) สิทธิมนุษยชน (Human Right) 2) สันติภาพของโลก (Peace) 3) ความเท่าเทียมกัน (Equity) 4) การพัฒนาที่ยั่งยืน ด้านกระบวนการของการมีส่วนร่วม (Participative Development)

ดังนั้นผู้บริหารในองค์การต่างจึงจำเป็นต้องรู้จักบังคับทางอ้อมให้เชื่อมั่นไว้ใจผู้ใต้บังคับบัญชาและต้องการใช้กลยุทธ์การบริหารจัดการ ด้วยการมีทีมการจัดการด้วยตนเอง (Self – Managing Teams) และบุคลากรที่ตัดสินใจและปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง (Self – Directed Individuals) ผู้บริหารจึงจำเป็นต้องเลือกใช้กลยุทธ์การเสริมสร้างพลังในงานแก่บุคลากรผู้ใต้บังคับบัญชาทั้งนี้เพื่อให้องค์การของตนอยู่รอดได้

กระบวนการเสริมสร้างพลังในองค์การ

การสร้างพลังให้เกิดขึ้นในองค์การนั้น มีกระบวนการดังต่อไปนี้ (Kinlaw, 1995: 37-51)

1. การกำหนดค่านิยมและการสื่อสารความหมายของการเสริมสร้างพลังในงานแก่สมาชิกในองค์การ (Defying and Communicating) ในแต่ละองค์การ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการกำหนดค่านิยมของการเสริมสร้างพลังในงานขององค์การของตน โดยปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและวัฒนธรรมขององค์การนั้นๆ รวมทั้งนอกจากผู้บริหารจะต้องกำหนดค่านิยมที่ชัดเจนแก่สมาชิกแล้วควรจะต้องมี การเผยแพร่สื่อสารให้สมาชิกคนอื่นๆ ได้เข้าใจด้วย ซึ่งการกำหนดค่านิยมนี้จะเป็นพื้นฐานทำให้สมาชิกได้เข้าใจและสามารถสื่อสารเผยแพร่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังในงานให้แก่บุคคลอื่นๆ ได้ การเผยแพร่ในองค์การจะต้องมีการแสดงออกให้ชัดเจนเป็นอิสระเปิดเผยในลักษณะ เช่น มีการเผยแพร่ในที่สาธารณะมีการตีพิมพ์ออกเป็นนโยบายขององค์การ มีการชี้แจงและแจ้งข้อมูลต่างๆ ที่ทันสมัยตลอดเวลา เป็นต้น ซึ่งการกำหนดค่านิยม และการสื่อสารความหมายของการ



เสริมสร้างพลังในงานให้แก่สมาชิกในองค์กรทราบเป็นสิ่งที่ยากมาก เนื่องจาก 1) การเสริมสร้างพลังเป็นแนวคิดที่เข้าใจค่อนข้างยาก รวมทั้งมีความคล้ายคลึงกับการมอบหมายงาน (Delegation) 2) เป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง ที่สมาชิกทุกคนควรกระทำให้เกิดขึ้นในการทำงาน แต่เป็นแนวคิดที่ไม่สอดคล้องกับความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่ผู้บริหารและสมาชิกในองค์กรเคยปฏิบัติมาแต่เดิม 3) มีแนวคิดและโครงการจำนวนมากมาที่ถูกผลักดันให้เกิดขึ้นในองค์กรจนอาจทำให้สมาชิกสับสนได้ เช่น Total Quality Management ; TQM, Re-engineering เป็นต้น

ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้บริหารมากในการที่จะกำหนดนิยาม และมีการสื่อสารความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังในงานให้สมาชิกในองค์กรทราบและเข้าใจ เพื่อให้เกิดผลดีแก่การเสริมสร้างพลังในงานให้เกิดขึ้นกับองค์กรในขั้นตอนต่อไป

2. กำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ (Set Goals and Strategies) ซึ่งการกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์นี้ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดค่านิยมของการเสริมสร้างพลังในงานของแต่ละองค์กรนั่นเอง ถ้าผู้บริหารสามารถอธิบายความหมายได้ชัดเจน การกำหนดเป้าหมาย และกลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลังก็จะสะดวกยิ่งขึ้น การกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ของการเสริมสร้างพลังในแต่ละองค์กรนั้นมีพื้นฐานไม่แตกต่างจาก การกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลังแก่สมาชิกให้เหมาะสมและชัดเจนตามความหมายที่ให้ไว้ของแต่ละองค์กรนั้นๆ

3. การอบรม (Training) โดยองค์การควรจัดให้มีการเสริมสร้างความรู้และทักษะแก่สมาชิกในการเสริมสร้างพลังในงานให้สมาชิกได้ทราบถึงมาตรฐานหรือเกณฑ์ในการเสริมสร้างพลังให้เข้าใจ การเสริมสร้างพลังที่แท้จริง และประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังให้เหมาะสมกับเป้าหมาย ซึ่งการเสริมความรู้และทักษะนี้จะรวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกด้วยให้สามารถแก้ปัญหาและใช้ความรู้ในการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในองค์กรอย่างถาวรในด้านต่างๆ เช่น

- 1) ด้านความสามารถในงาน (Business Competences) เช่น กลยุทธ์ในการคิด กลยุทธ์ในการวางแผน กลยุทธ์ในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ทักษะในด้านการจัดการกับทรัพยากรในการบริหาร เป็นต้น
- 2) ด้านความสามารถในการพัฒนาการปฏิบัติงาน (Performance Improvement Competences) เช่น เทคนิคการบังคับบัญชาในงาน การวางแผนเพื่อพัฒนาโครงการ เป็นต้น 3) ด้านความสามารถส่วนบุคคล (Personal Competences) เช่น ในด้านการคิดอย่างวิเคราะห์ เพื่อแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ การเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

4. การปรับปรุงโครงสร้างองค์กร (Adjust the Organization's Structure) การปรับปรุงโครงสร้างขององค์การให้สามารถเข้าถึงการเสริมสร้างพลัง รวมไปถึงการลดการบริหารจัดการลดการควบคุมอำนาจโดยผู้บริหาร และการปรับปรุงโครงสร้างขององค์การในการเสริมสร้างพลังนั้นจะประกอบด้วยอย่างน้อย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) กำจัดงานซึ่งไม่ได้เกิดจากการร่วมกันกำหนดค่านิยม (Eliminating Jobs that do not add Value) ซึ่งงานเหล่านี้ ได้แก่ งานที่เกิดขึ้นจากการกำหนดโดยใช้คำสั่งของ ผู้บังคับบัญชา งานที่ต้องมีการถูกตรวจและควบคุมตลอดเวลา รวมไปถึงงานที่ต้องอาศัยผู้บังคับบัญชาชี้แนะหรือสอนตลอดเวลา เป็นต้น 2) รวมงานให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Combining Jobs into Natural Unites) โครงการทำงานต่างๆ นั้นถ้ามีการรวมงานกระทำเป็นทีมจะส่งผลทำให้เกิดพลังในการทำงานและจะทำให้ผลงานออกมาดีกว่าที่จะทำงานโดยสมาชิกแต่ละบุคคล 3) กำจัดชั้นของการบริหารและการควบคุม (Reducing Layers of Management and Supervision) โดยเฉพาะถ้าในองค์กรนั้นประกอบด้วยสมาชิกเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นการยากที่ผู้บริหารจะควบคุม



ดูแลการปฏิบัติงานของสมาชิกได้ ดังนั้นผู้บริหารจึงต้องใช้กลวิธีในการเสริมสร้างให้สมาชิกสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้มีส่วนร่วมในการทำงานและสามารถควบคุมการปฏิบัติงานตนเองได้ ซึ่งกระบวนการในการปรับปรุงโครงสร้างองค์การขั้นนี้จะสามารถเอื้อประโยชน์และพัฒนาความสามารถให้สมาชิกมีพลังในการทำงานได้

5. การปรับปรุงระบบขององค์การ (Adjust The Organization's System)

ซึ่งระบบต่างๆ ในองค์การนั้นมีหลากหลายและกว้างขวางมาก เช่น ระบบการผลิต ระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการบริหารจัดการ เป็นต้น ซึ่งถ้าอธิบายเป็นกระบวนการของการปฏิบัติงานแล้วจะรวมถึงองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งอยู่ในกระบวนการตั้งแต่การนำเข้า (Input) จนกระทั่งถึงผลผลิต (Output) โดยรวมไปถึงระบบการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ด้วยระบบต่างๆ ในองค์การนั้นจำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับการเสริมสร้างพลังในงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ในด้าน ระบบค่าตอบแทน การส่งเสริมพัฒนา การให้รางวัล การอบรม และการควบคุม เป็นต้น โดยองค์การต้องมีการปรับปรุงระบบต่างๆ ให้เอื้อประโยชน์และสอดคล้องกับการเสริมสร้างพลังในงาน ซึ่งเงื่อนไขในการปรับปรุงระบบต่างๆ ในองค์การนั้นประกอบด้วย 1) การปรับปรุงวัตถุประสงค์ของแต่ละระบบให้สอดคล้อง กับวัตถุประสงค์การเสริมสร้างพลังในงานในการพัฒนาและขยายความสามารถของสมาชิก 2) การปรับปรุงวัตถุประสงค์ของระบบให้ชัดเจน และได้รับการยอมรับโดยสมาชิกที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์การนั้นๆ 3) ปรับปรุงให้สมาชิกที่ใช้ระบบนั้นๆ สามารถจัดการและควบคุมระบบนั้นได้ด้วยตนเอง

6. การประเมินผลและการพัฒนา (Evaluated and Improve) การประเมินผล

การดำเนินการในทุกขั้นตอนของกระบวนการการเสริมสร้างพลัง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับการเสริมสร้างพลัง โดยมีการประเมินตั้งแต่ตัวบุคคลหรือสมาชิกในองค์การ ผู้รับบริการและทรัพยากร รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อทราบปัญหา และดำเนินการพัฒนาปรับปรุงการเสริมสร้างพลังในงานแก่สมาชิกให้ดียิ่งขึ้น

2.4.2.3 การเสริมสร้างพลังในชุมชน (Community Empowerment)

การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์การ และชุมชนเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมตนเอง มีความสามารถในการเลือก และกำหนดอนาคตของตนเอง ชุมชน และสังคมได้ การเสริมสร้างพลังจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถทำร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่พึงปรารถนาแต่ไม่ใช่เป็นพลังที่จะไปบังคับหรือครอบงำคนอื่น (Wallerstein and Bernstein, 1988: 379-394) โดยทฤษฎีการเสริมสร้างพลังมาจากแนวคิดของการศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนพัฒนาความสามารถในการคิดตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองเกิดความนับถือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง วิธีการที่ใช้ในการจัดการศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังนี้จะเน้นให้ผู้เรียนให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนอย่างเต็มที่ (Active Participation) โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดระหว่างผู้เรียนให้ผู้เรียนสามารถระบุปัญหาของตน วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุมองภาพอนาคตได้ สามารถพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหา การจัดการศึกษาการเสริมสร้างพลังนี้จะส่งเสริมให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) สูงขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติและทำให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้นในแต่ละบุคคล ทั้งยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความเสมอภาคในสังคมด้วย



วิธีการเสริมสร้างพลังในชุมชน

หัวใจของการเสริมสร้างพลังคือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายต่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดผลของการเรียนรู้ คือพลังความรู้ ความตัดสินใจและความสามารถในการพัฒนาชุมชน หรือสังคมอย่างยั่งยืน และกระทบผลประโยชน์อย่างเป็นระบบ โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีหลักการสำคัญ 6 ข้อ ดังนี้ 1) รวมพลังใจ การที่จะขับเคลื่อนกิจกรรมทางสังคมด้านใดก็ตามขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญหรือการรวมคน เพื่อรวมพลังใจ เป็นการเสริมใจซึ่งกันและกันเกิดความรัก ความสามัคคี ความเอื้ออาทร มีความสนใจ และมีวัตถุประสงค์ร่วมกันทำให้เกิดจิตสำนึกในการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาท้องถิ่น การร่วมกัน ร่วมใจ เป็นการส่งเสริมให้เกิดประชาคมหรือเวทีประชาคม โดยใช้ประเด็นที่ชุมชนสนใจมา เป็นเครื่องมือในการรวมคน สิ่งที่สำคัญคือการค้นพาค้นหาผู้นำจิตวิญญาณ มีอุดมการณ์ ต่อสถานการณ์หรือประเด็นต่างๆ ที่ชุมชนสนใจให้ได้โดยการเสนอคนตามความสมัครใจหรือให้ชุมชนเป็นผู้เสนอ ผู้นำเหล่านี้มักเป็นผู้ตามธรรมชาติเป็นผู้ที่มีคุณธรรม ซื่อสัตย์ เสียสละ อดทน อดกลั้น จิตใจอาสาสมัคร อาจเป็นพระภิกษุหมอพื้นบ้าน นักพัฒนาและข้าราชการยุคใหม่ ฯลฯ หากเราสามารถรวมพลังใจของผู้นำเหล่านี้ได้จะทำให้ได้คนที่มีคุณภาพ มีพลังและรวมตัวกันอย่างยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานในขั้นต่อไปประสบความสำเร็จ 2) การระดม “พลังความคิด” เมื่อรวมคนได้แล้วขั้นตอนต่อไป คือ “การร่วมคิด” โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความเข้าใจกัน สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและโอกาสอย่างรอบด้าน รวมทั้งกำหนดแนวทาง วิธีการและแผนงานในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนอย่างเป็นระบบ สร้างสรรค์และยั่งยืน 3) ก่อเกิด “พลังการจัดการ” ขั้นตอนนี้จะเกิด “การอ่าน” ดำเนินงานตามแนวทางวิธีการ และแผนงานที่กำหนดในขั้นตอนที่ 2 สิ่งที่ต้องทำในขั้นตอนนี้คือ การจัดระบบการบริหารจัดการที่ดี เช่น การแบ่งบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของภาคี การพัฒนาต่างๆ อย่างเหมาะสม มีความเคารพนับถือและให้การยอมรับความรู้สึกร่วมกันซึ่งกันและกันมีความจริงใจต่อกัน มีความเอื้ออาทร และความหวังดี ระหว่างสมาชิก ย่อมทำให้การดำเนินงานราบรื่น และมีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิผล 4) สร้าง “ภูมิปัญญา” การขับเคลื่อนกิจกรรมแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาสังคมใดๆก็ตาม สิ่งที่เราขาดไม่ได้คือ การสรุปบทเรียนร่วมกัน เป็นการติดตามประเมินผลโดยเริ่มต้นจากการประเมินตนเอง และประเมินผลงานผ่านกระบวนการกลุ่มและเครือข่ายภาคเรียนรู้ ทำให้เกิดการเชื่อมต่อทักษะองค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ นำไปสู่การเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และเป็นชุมชนที่มีพลังมากขึ้นเรื่อยๆ 5) สร้าง “พลังปิติ” ขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการคือ การรับผลจากการกระทำเป็นการสร้างพลังปิติ โดยการยกย่อง ชื่นชมให้กำลังใจแก่คนที่มีความตั้งใจ และเสียสละให้กับชุมชน และสังคม ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมีความสุขจากการทำงานร่วมกัน ส่วนปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการกระทำถือว่า เป็นบทเรียนที่ต้องนำมาปรับปรุงพัฒนาไม่ให้เกิดขึ้นอีก 6) สร้าง “ภาพลักษณ์” เป็นการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่องค์ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ไปสู่องค์กรชุมชนอื่นๆ เช่น ถ้าเป็นองค์ความรู้ด้านเศรษฐกิจ การประชาสัมพันธ์จะช่วยเหลือช่องทางการตลาด สร้างรายได้เพิ่ม หากเป็นองค์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่น การประชาสัมพันธ์จะเป็นการยกย่อง เชิดชูเกียรติแก่ผู้ประกอบการต่างๆ ที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับเป็นต้น

การเสริมสร้างพลังชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

พลังงานอำนาจชุมชน (Community Empowerment) รวมถึง พลังอำนาจของบุคคล (ด้านจิตวิทยา) พลังอำนาจในองค์กรและการเปลี่ยนแปลงของสังคม และนโยบายสาธารณะโดยทั้ง 3



ส่วน นี้เชื่อมประสานกันอย่างเป็นพลวัตร โดย Glenn Loverack (2004: 47-57) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมี 5 ลำดับต่อเนื่องกัน คือ

1) การเสริมสร้างพลังในปัจเจกบุคคลสำหรับปฏิบัติการส่วนบุคคล (Empowering Individual for Personal Action) การเสริมสร้างพลังชุมชนต้องเริ่มจากการเสริมสร้างพลังให้กับบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกชุมชน ในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดพลังอำนาจมาจากภายใน และสามารถกำหนดวิเคราะห์ และปฏิบัติในสิ่งต่างๆ ที่มุ่งหวังได้ซึ่งในชีวิตของบุคคลกิจกรรมและผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง สามารถเริ่มต้นผ่านการตอบสนองในประสบการณ์ด้านอารมณ์ และการแปรสัณฐานลักษณะของแต่ละบุคคล โดยในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ หลักสำคัญของกิจกรรมส่วนบุคคลและการมีส่วนร่วมกับคนอื่นนั้นจะมีการพัฒนาขึ้นมาในระยะที่กำลังดำเนินการตามแผนการหาเอกลักษณ์ของความต้อการ และปัญหาของตนเอง และพัฒนาสู่เป้าหมายในภายหลัง ซึ่งที่สำคัญคือ โปรแกรมต้องใช้การเข้าถึง เพื่อที่จะสร้างโครงสร้างที่เอื้อต่อวิถีของแต่ละบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ดีและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

2) การเสริมสร้างพลังในปัจเจกเพื่อพัฒนาเป็นกลุ่มเล็กๆ ที่เชื่อมประสานกัน (Employing Individuals for the Development of Small Mutual Groups) พัฒนาการของกลุ่มเล็กๆ ที่เชื่อมประสานกันจากความตระหนักของแต่ละบุคคล คือจุดเริ่มต้นของพลัง เป็นสิ่งที่นักส่งเสริมสุขภาพใช้เป็นโอกาสในการช่วยให้แต่ละบุคคล ในกลุ่มได้เกิดความตระหนัก และพัฒนาสู่ความเข้มแข็งในระบบการเกื้อหนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม บทบาทของผู้ปฏิบัติงานในจุดนี้ที่จะนำประชาชนกลุ่มเล็กๆ เข้ามาเชื่อมประสานกันในประเด็นหรือเรื่องที่พวกเขาเหล่านั้นรู้สึกร่วมกันและมีความสำคัญต่อชีวิตของพวกเขาเหล่านั้นได้แก่ กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self Help Group) ซึ่งไปในกลุ่มคนที่มีความปัญหาเหมือนกัน มาเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ในปัญหาที่พบมา ซึ่งกลุ่มนี้จะบริหารจัดการในกลุ่มกันเอง กลุ่มคนที่รักสุขภาพที่มักจะมาร่วมด้วยกันรณรงค์ในวาระพิเศษต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อม เป็นพิษหรือมีวิกฤติในสังคม เป็นต้น การประเมินปัญหาสร้างศักยภาพ เมื่อกลุ่มสามารถค้นหาปัญหาและปฏิบัติการแก้ปัญหาได้ แต่เมื่อทักษะเหล่านี้ด้อยลงหรือไม่ต่อเนื่องบทบาทของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ช่วยเหลือจะช่วยกระตุ้นให้ชุมชนประเมินปัญหาด้วยตนเองโดยวิธีการหลายวิธี ได้แก่ Rapid Rural Appraisal (RRA), Participatory Rural Appraisal (PRA) และวิธีอื่นๆ อีกเป็นต้น

3) การเสริมสร้างพลังกลุ่มสำหรับการพัฒนาขององค์กรชุมชน (Empowering Groups for the Development of Community Organizations) โครงสร้างขององค์กรชุมชนประกอบด้วยกลุ่มคนเล็กๆ เช่นกลุ่มวัยรุ่นและศาสนา สภาชุมชน กลุ่มชาวนา กลุ่มผู้ใช้น้ำ เป็นต้น กลุ่มต่างๆ เหล่านี้มารวมกันเพื่อที่จะผลักดันสังคมตามความตระหนักของแต่ละกลุ่มกลุ่มเหล่านี้ก่อตั้งแบบมีโครงสร้างมีหัวหน้ากลุ่มและสามารถสร้างความเคลื่อนไหวในชุมชนได้องค์กรชุมชนมีความเข้มแข็งในการเจริญเติบโตเพราะมีโอกาสสร้างเครือข่ายในกลุ่มเล็กๆต่างๆ ในการเปลี่ยนแปลงสังคมและนโยบายสาธารณะ ในขณะที่กลุ่มเล็กๆ มุ่งเน้นที่สนองตอบความต้องการเฉพาะสมาชิกในกลุ่ม แต่องค์กรชุมชนจะมุ่งเน้นขยายออกไปสู่ภายนอกในการหาแหล่งทรัพยากรและโอกาสเพื่อที่จะแก้ปัญหา โดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ สำหรับการปฏิบัติการเพื่อที่จะพัฒนาทักษะ เพิ่มความตื่นตัวเกี่ยวกับประเด็นด้านสังคม และการเมืองที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของแต่ละคน



4) การเสริมสร้างพลังองค์การชุมชนเพื่อที่จะพัฒนาสู่ภาคีต่างๆ (Empowering Community Organizations to Develop Partnerships) เพื่อที่จะมีอิทธิพลในการผลักดันนโยบายและการตัดสินใจต่างๆ ในระดับสูงขึ้นไป องค์การชุมชนจึงจำเป็นต้องเชื่อมประสานกับองค์กรชุมชนอื่นๆ ในรูปของหุ้นส่วนหรือภาคี เพื่อสร้างเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง ในการผลักดันนโยบายต่างๆ ที่กว้างขวาง ดังนั้นหลักสำคัญของการเสริมสร้างพลังคือ การมุ่งเน้นที่ความตระหนักที่ร่วมกันในการเชื่อมกลุ่มเข้าด้วยกันไม่ใช่เป็นความต้องการของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นความต้องการร่วมกัน

5) การเสริมสร้างพลังชุมชนเพื่อนำไปสู่การเคลื่อนไหวทางสังคม และทางการเมือง (Empowering Community to take Social Land Political Action) ถ้าบุคคลเพียงแต่ให้ความร่วมมือตามโปรแกรมที่กำหนดจะไม่สามารถก่อร่างเป็นพลังชุมชนได้ ความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมกับการเสริมสร้างพลังอยู่ที่ระเบียบวาระ และเป้าประสงค์ของกระบวนการเสริมสร้างพลัง ซึ่งจะมี ความชัดเจนในเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนทางสังคม และการเมือง และก่อตัวขึ้นมาจากความรู้สึก ร่วมกันของการปลดปล่อย ต่อสู้ และการเคลื่อนไหวทางการเมือง ซึ่งจะสามารถมีพลังในการต่อสู้เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองได้ โดยที่เริ่มจากการรวมกลุ่มคนเล็กๆ ทำกิจกรรม ก่อเกิดเป็นองค์การที่โครงสร้างเป็นทางการ และเชื่อมโยงสร้างเครือข่ายกับองค์กรอื่นๆ ในการเคลื่อนไหวทางสังคมตามสถานการณ์ โดยวิธีการนี้ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีโอกาสสร้างพลังองค์การในแต่ละพื้นที่ให้เข้มแข็ง ผ่านการกำหนดการวางแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับแต่ละบริบท

อุมาพร ห่านรุ่งขโรทร (2551) ได้อธิบายไว้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนเป็นกระบวนการ พัฒนาชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มความสามารถให้ชุมชนได้ใช้แหล่งประโยชน์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน สามารถกระทำได้โดยผ่านกระบวนการของการบริหารโครงการกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในรูปแบบคู่ขนานกับโครงการนั้นมี 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะประเมิน ระยะวางแผนกลยุทธ์ และระยะการติดตามประเมินผล ซึ่งในแต่ละระยะจะต้องพิจารณาองค์ประกอบเชิงปฏิบัติการ 9 องค์ประกอบ คือ การมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำ โครงสร้างองค์กร การประเมินปัญหา การบริหารทรัพยากร การตั้งคำถามว่าทำไมการเชื่อมโยงกับผู้อื่น บทบาทของตัวแทนองค์กรภายนอก และการบริหารโครงการ

วิธีการใหม่นี้ใช้วิธีการเสริมสร้างพลัง 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการปฏิบัติการ (Preparation Prior to the Implementation of the Methodology) ระยะของการสังเกตและอภิปรายสิ่งที่ผ่านมาเพื่อที่จะกำหนดวิธีการเสริมสร้างพลังชุมชน เป็นระยะที่สำคัญในการที่จะปรับวิธีการตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรม ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความเข้าใจในโปรแกรมเสริมสร้างพลังที่พวกเขาเหล่านี้คาดหวังที่จะทำต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะกำหนดวิธีการ (Assessment) โดยมี 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การกำหนดวิธีการเสริมสร้างพลังในแต่ละวิธี (An Assessment of each Empowerment Domain) ขั้นแรกผู้มีส่วนร่วมทำการกำหนดในแต่ละวิธีแล้วแบ่งย่อยแต่ละวิธีเป็นอีก 5 ส่วน เขียนแยกไว้ในกระดาษ โดย 5 ส่วนนี้จะอธิบายรายละเอียดของแต่ละวิธีการ โดยผู้มีส่วนร่วมจะเลือกวิธีการที่สามารถอธิบายสถานการณ์ในปัจจุบันของชุมชนได้ดีที่สุดเรียงความสำคัญมาตามความคิดเห็นของกลุ่ม จากประสบการณ์และความคิดเห็นของกลุ่ม



กิจกรรมที่ 2 บันทึกเหตุผลของการกำหนดวิธีการ (Recording the Reasons for the Assessment) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสำคัญ ที่มีส่วนร่วมอภิปรายและบันทึกเหตุผลว่าทำไมถึงเลือกกำหนดวิธีการแบบนี้ในแต่ละวิธี (Domain) โดยยกตัวอย่างจากประสบการณ์จริงของกลุ่มในชุมชน อธิบายประกอบเหตุผลในแต่ละส่วนทั้ง 5 ส่วน

วิธีการใหม่ในการสร้างและประเมินพลังชุมชน (A New Methodology for Building and Evaluating Community Empowerment) โดยวิธีการใหม่นี้เป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการให้ข้อมูลในการสร้างพลัง โดยใช้ 9 วิธีการหลักเป็นกลยุทธ์ในการวางแผน ได้แก่

- 1) ปรับปรุงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 2) เพิ่มศักยภาพในการวิเคราะห์ปัญหา
- 3) พัฒนาผู้นำท้องถิ่น/กลุ่ม
- 4) สร้างโครงสร้างองค์กรที่พลัง
- 5) ปรับปรุงการระดมทรัพยากร
- 6) เชื่อมโยงอย่างแข็งแกร่งกับองค์กรอื่น
- 7) เพิ่มความสามารถของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้รู้จัก “ตั้งคำถาม”
- 8) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการโครงการ
- 9) สร้างสรรค์สัมพันธภาพที่มีเหตุผลกับตัวแทนภายนอก

แบบแผนของวิธีการนี้มีฐานมาจากแนวคิดดังนี้ 1) เป็นวิธีการที่ผู้มีส่วนร่วมมีบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจน โดยในทางปฏิบัติของการมีส่วนร่วม จะช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีความแตกต่างกัน สามารถแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ขององค์ความรู้ต่างๆ เนื่องจากบุคคลต่างคนอาจมีความคิดเห็นแตกต่างกัน และวิธีการนี้ส่งเสริมให้แต่ละบุคคลมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน และ 2) เป็นวิธีการเสริมสร้างพลังจากประสบการณ์ และเป็นวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมที่ผ่านกลยุทธ์การวางแผนมาแล้ว กระบวนการของการเสริมสร้างพลังชุมชนก่อเกิดจากความสามารถที่สร้างจากความแตกต่างของแต่ละบุคคล ผู้ซึ่งมีความตระหนักและความสนใจร่วมกัน

ระยะที่ 3 พัฒนาแผนกลยุทธ์สำหรับการสร้างพลังชุมชน (Developing a Strategic Plan for Community Empowerment)

การกำหนดวิธีการในระยะที่ 2 นี้ ในตัวมันเองยังไม่เพียงพอที่จะสร้างพลังให้กับผู้มีส่วนร่วม ผู้ซึ่งจะต้องมีความสามารถในการเปลี่ยนผ่านข้อมูล เป็นกิจกรรม โดยผ่านความคิด การตัดสินใจที่มีผลต่อชีวิตของพวกเขาเหล่านั้น โดยสิ่งที่จะถูกทำให้สำเร็จโดยการวางแผนกลยุทธ์สำหรับการเปลี่ยนแปลงในทางบวกในแต่ละวิธี (Domain) ทั้ง 9 วิธี โดยใช้ 3 ขั้นตอน คือ การตัดสินใจที่ทำอย่างไรที่จะพัฒนาสถานการณ์ปัจจุบันให้ดีขึ้น การพัฒนาแผนกลยุทธ์เพื่อที่จะปรับปรุงสถานการณ์ปัจจุบันและการกำหนดทรัพยากรที่จำเป็นที่ต้องใช้

ระยะที่ 4 การติดตามผลและย้อนกลับไปกำหนดใหม่ (Follow up and re – Assessments)

เป็นความรับผิดชอบของผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ที่จะสะท้อนความสมบูรณ์ของสิ่งที่กลุ่มสร้างขึ้นในการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม สิ่งที่กลุ่มร่วมกันคิดขึ้นมาจะเป็น



พื้นฐานต่อไปสำหรับการตัดสินใจวางแผนและปฏิบัติ โดยผู้มีส่วนร่วมที่จะต้องมาพบกันเพื่อที่จะทบทวนและประเมินผลแผนกลยุทธ์ที่พวกเขาได้พัฒนาขึ้นมาในทุก 3- 6 เดือน

ในปัจจุบันกระแสการพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ ล้วนแต่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง อีกทั้งยังส่งเสริมให้มีการผนึกกำลังร่วมกันของภาคีการพัฒนา ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนสังคม และเครือข่ายองค์กรชุมชนให้เกิดการพัฒนาสังคมที่บูรณาการ โดยเริ่มที่การทำแผนชุมชนทุกตำบลทั่วประเทศเพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน และชุมชนมีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาโดยใช้ทุนทางสังคม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐานในการพัฒนาชุมชนให้น่าอยู่อย่างยั่งยืน โดยการเสริมสร้างพลังชุมชน (Community Empowerment) ซึ่งเป็นระบบคุณค่าและเป็นกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนนำศักยภาพของตนเองและภูมิปัญญาของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชน การเสริมสร้างพลังให้ชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาชุมชนไม่เพียงพอให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเท่านั้น ยังต้องการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างต่อเนื่องในการร่วมคิดร่วมทำและพัฒนาชุมชน เท่านั้นยังไม่พอยังก่อให้เกิดพลังการจัดการและเกิดองค์กรชุมชนขึ้นโดยความสมัครใจและมีการจัดการที่ดี โดยสมาชิกชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการเอง ซึ่งเป็นเสมือนสัญญาประชาคมในการแสดงพลังชุมชน อีกทั้งยังเป็นองค์การชุมชนเพื่อการพัฒนาชุมชนที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

การวัดและประเมินผลการเสริมสร้างพลัง

Zimmernann และ Rappaport (ชวนทอง ธนสุกาญจน์, 2546; อ้างอิงจาก Zimmernann and Rappaport, 1988) กล่าวว่า Empowerment เป็นตัวแปรที่ประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ คือ ความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ศักยภาพ ระบบช่วยเหลือที่มีอยู่ในธรรมชาติและบุคลิกภาพแบบรุกหน้า (Proactive) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเมืองนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นกระบวนการที่ทำให้ปัจเจกบุคคลสามารถเรียนรู้ที่จะควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตและการเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างเป็นจริงเป็นจัง โดยมี

1) Psychological Empowerment คือการแสดงออกระดับบุคคลโดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ ความเชื่อในศักยภาพตนเอง การยกย่องตนเอง การรับรู้สาเหตุและปัจจัยที่สำคัญ

เนื่องจากจุดเน้นของ Rappaport เป็นเรื่องของการเสริมสร้างพลังต้องสร้างด้วยตัวเอง ดังนั้นการวัดพลังอำนาจควรดูที่ความเชื่อในอำนาจควบคุม (Locus of Control) โดยไม่ได้คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมหรือบริบทเลย ซึ่งน่าจะพิจารณาให้คำถามมีความครอบคลุมหรือถามถึงบริบทในเชิงมุมมองหรือความเชื่อจากตัวเขาด้วย

2) Community Empowerment หมายถึง ความเชื่อในความสามารถตนเองและสังคมการรับรู้ศักยภาพและความต้องการที่จะควบคุมของคนในองค์กร และในสังคมที่จะจัดการให้เกิดความเสมอภาค การกระจายทรัพยากรแล้วส่งผลดีต่อสังคม

ดังนั้นเครื่องมือในการวัดการเสริมสร้างพลังในปัจจุบันจึงควรครอบคลุมทั้ง 2 ระดับในเรื่อง 1) บุคลิกภาพ เช่น การยอมรับตนเอง ความเชื่อในตนเอง การยกย่องตนเองความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ด้วยตนเอง การควบคุมความบังเอิญ ความเชื่อ ในพลังของผู้อื่น ความเชื่อว่าตนเองสามารถมีอิทธิพลต่อระบบสังคมและการเมือง ความรู้สึกต่อตนเองที่เป็นไปใน



ลักษณะวุฒิภาวะ การรู้จักตนเอง การเข้าใจความหมายของชีวิต และความอึดเต็มของชีวิต 2) พุทธิปัญญา เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองและการเมือง ได้แก่ ความรู้สึกในการจัดการ การรับรู้ศักยภาพ ความคาดหวังในความสามารถของระบบสังคม การเมือง ความรู้สึกต่อความสามารถของระบบการเมือง 3) แรงจูงใจ เช่น ความต้องการที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อม หน้าที่ของพลเมือง ความรู้สึกต่อสาเหตุที่มีความสำคัญและเป้าหมาย การเรียนรู้ความหวัง 4) บริบท เช่น การเข้าไปเกี่ยวข้องในการรวมกลุ่ม การตระหนักถึงวัฒนธรรม และการกระตุ้นสิทธิ การเข้าใจความหมายของวัตถุประสงค์ของโครงการ

การประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังในชุมชน

การประยุกต์ใช้การเสริมสร้างในชุมชนมักทำควบคู่ไปกับการกระตุ้นการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยการมีส่วนร่วมโดยมุ่งหวังให้เกิดการเรียนรู้ การมีความลึกถึงความเป็นชุมชนโดยใช้กิจกรรมหลักคือ 1) การมีส่วนร่วม 2) การเรียนรู้ร่วมกัน 3) การสะท้อนความรู้สึกลับทเรียนในเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ด้วยเหตุผล 4) การทำกิจกรรมกระบวนการเสริมสร้างพลังให้เกิดในระดับจิตวิญญาณบุคคล องค์กร และกลุ่มหรือชุมชน (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2546; อ้างอิงจาก Israel, 1994)

การเสริมสร้างพลังชุมชนเป็นไปได้ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ แบบเป็นทางการคือ การที่ชุมชนมีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจที่เป็นที่ยอมรับจากภาครัฐ แบบไม่เป็นทางการคือ การที่ชุมชนมีศักยภาพในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระจากระบบหรือกระบวนการของภาครัฐ

ในการทำงานทั้งสองรูปแบบพอจะสรุปได้ว่าระดับการมีพลังของชุมชนสามารถเรียงจากน้อยไปมาก โดยดูลักษณะกิจกรรมของชุมชนได้ดังนี้ 1) การมีข้อมูลข่าวสาร ชุมชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่มีการตัดสินใจไปแล้ว 2) การปรึกษาหารือชุมชนได้รับเชิญให้แสดงความคิดเห็นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ความเห็นของชุมชนอาจจะไม่มีหรือไม่มีผลต่อการตัดสินใจก็ได้ 3) การมีส่วนร่วมแบบเป็นทางการ ชุมชนได้มีการระบุหรือส่งตัวแทนให้เข้าถึงไปมีบทบาทในการตัดสินใจ 4) การมีพลังอำนาจตัดสินใจ ชุมชนมีสิทธิที่จะตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีวิธีการที่จะดำเนินการตามที่ตัดสินใจ

การมีพลังในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจะเกิดขึ้นได้ขึ้นกับความสามารถในการรวมกลุ่มของชุมชนเอง จึงมักเรียกกันว่า “ต้นทุนทางสังคม” (Social Capital) ชุมชนจะไม่สามารถมีอำนาจแบบเป็นทางการถ้าชุมชนไม่สามารถชี้ประเด็นที่น่าสนใจหรือเกี่ยวข้องกับผู้อื่นได้ในขณะเดียวกันกับชุมชนก็จะไม่สามารถดำเนินการสร้างพลังอำนาจในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมการรวมกลุ่ม การฝึกทักษะการเรียนรู้ และการสื่อสารนั่นเอง

กล่าวโดยสรุป ผู้วิจัยเห็นว่า การนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community Empowerment) มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้คณะกรรมการได้นำไปพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองต่อไป โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการปฏิบัติการ (Preparation Prior to the Implementation of the Methodology) ระยะที่ 2 ระยะกำหนดวิธีการ (Assessment) ระยะที่ 3 พัฒนาแผนกลยุทธ์สำหรับการสร้างพลังชุมชน (Developing a Strategic Plan for Community Empowerment) และระยะที่ 4 การติดตามผลและย้อนกลับไปกำหนดใหม่ (Follow up and re – Assessments)



2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.5.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

คำว่า “Action Research” มีผู้ให้ความหมายทั้งกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์และนักวิจัยส่วนหนึ่งที่นำแนวคิดของกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์ไปประยุกต์ใช้กับงานด้านการศึกษา ซึ่งมีผู้สรุปความหมายไว้ดังต่อไปนี้

ธีระวุฒิ เอกะกุล (2550) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรวบรวมและหรือการแสวงหาข้อเท็จจริง โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบโดยผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการซ้ำหลาย ๆ ครั้งจนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า คือการวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสร้างสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหาคือพัฒนาคุณภาพ

ประวิต เอรารวรรณ์ (2545) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าร่วมกันอย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจต่อปัญหาหรือข้อสงสัยที่กำลังเผชิญอยู่ และให้ได้แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติงาน

สุภางค์ จันทวานิช (2542) ได้ให้ความหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดี เหมาะสม ตามความรู้ ความเข้าใจของผู้วิจัย มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ ได้หรือไม่ประเมินดูความเหมาะสมในความเป็นจริง ควบคุมแนวทางปฏิบัติแล้วนำผลมาปรับปรุงการปฏิบัติการเพื่อนำผลไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจนำไปใช้และเผยแพร่ได้

2.5.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ยาใจ พงษ์สมบูรณ์ (2537) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหาเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์ การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ และนำวิธีการดังกล่าว ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

ประวิต เอรารวรรณ์ (2545) กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ แก้ไขปัญหา และเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานแบบมีอาชีพ โดยการนำกระบวนการวิจัยไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน

2.5.3 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

สุวิมล ว่องวานิช (2552) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดประเภทวิจัยปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

2.5.3.1 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research) 1) การวิจัยแบบเป็นทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยเคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ



(Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย หรือของนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์ มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามวิจัยได้ชัดเจน และมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่จำแนกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท และ 2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดแบบการวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยเชิงวิชาการ มุ่งเน้นการตอบคำถามวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการเรียนการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้บางครั้งพบว่ามีารายงานผลเพียง 1-2 หน้า

2.5.3.2 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Zuber-Skerrit (พัชรี ประยูรพันธ์, 2555; อ้างอิงจาก Kemmis and Zuber-Skerrit, 1992) ได้แก่ 1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) การวิจัยตามรูปแบบนี้มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ ผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก มาช่วยในการทำวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลักโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิด วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง 2) การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทหน้าที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานแล้วยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนผลและคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเอง ดังนั้นผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีโอกาสที่จะเรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดในประเด็นปัญหาวิจัยที่มาจากการปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้ 3) การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์/อิสระ (Critical Emancipator Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยปฏิบัติการแบบที่ 1 และ 2 คือนอกจากพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่เป็นอยู่ในองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอกร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่สอง การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติ และนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์ และพันธนาการทางความคิดเดิม

จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงานจากผู้ปฏิบัติถูกครอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรก มาเป็นการทำงานร่วมกัน (Cooperation) ในแบบที่สอง และรูปแบบการทำงานที่สามซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งเป็นแนวทางการวิจัยปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมและยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่น ๆ



องอาจ นัยพจน์ (2548) ได้จำแนกรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการ ไว้ 5 แบบ ดังนี้

- 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่รู้จักกันในชื่อสั้น ๆ ว่า “PAR” เป็นรูปแบบการวิจัยที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิดระหว่าง การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) หรือ “PR” กับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือ “AR” เข้าด้วยกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบนี้ถือว่าเป็นแนวทางหรือกลยุทธ์ในการสืบค้นหาความรู้ความจริงทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์แบบใหม่ โดยมีจุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน ในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจริงในสถานที่ดังกล่าว ผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรุปรวขึ้นในรูปของความรู้เชิงปฏิบัติการที่ได้จากการสืบค้นแบบมีส่วนร่วมระหว่างมุมมองของคนใน และคนนอก จะถูกนำไปใช้สำหรับปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันทั่วทั้งที่ 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวิพากษ์ (Critical Action Research) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเน้นหนักไปในด้านการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันในกระบวนการทำวิจัยของบุคคลผู้เป็นสมาชิกของชุมชนหรือสังคมในวงกว้าง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือบุคคลภายในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) เกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัย การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ภายใต้สภาวะการณ์เงื่อนไขที่เป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้น นักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถแสดงทัศนะได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งเป็นอิสระและปราศจากการครอบงำทางความคิดและการกระทำจากนักวิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนซึ่งเป็นสถานที่ทำการศึกษาวิจัย ดังนั้นจึงทำให้การวิจัยรูปแบบนี้บางครั้งถูกเรียกว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipator Action Research) 3) การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Action Learning) เป็นรูปแบบการแสวงหาความรู้เชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งภายใต้แนวคิดพื้นฐานสำคัญที่ว่า การเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันระหว่างกลุ่มบุคคลร่วมสาขาวิชาความรู้หรือสาขาอาชีพเดียวกัน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR) ที่ไม่จำเป็นต้องเน้นว่าเป็นการวิจัยและสร้างความรู้เชิงทฤษฎีที่เป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้ปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาอย่างทันทั่วทั้งที่ 4) วิทยาศาสตร์เชิงปฏิบัติการ (Action Science) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผสมผสานวิชาความรู้ทางด้านทฤษฎี การวิเคราะห์เชิงจิตวิทยา และพฤติกรรมองค์กรเข้าด้วยกัน โดยมีจุดมุ่งเน้นไปที่การสืบค้นหาความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific knowledge) ที่สามารถนำไปใช้สำหรับปฏิบัติการปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร ชุมชน หรือสังคม การมุ่งเน้นดังกล่าวนี้ดำเนินไปพร้อมกับการสร้างทฤษฎีเชิงปฏิบัติการ (Action Theory) ที่บูรณาการผสมผสานขั้นตอนการสร้างและการทดสอบทฤษฎีเชิงปฏิบัติการเข้าไว้ด้วยกันในลักษณะเป็นองค์รวม และ 5) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิงชุมชน (Community-base Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งที่มีรากฐานการพัฒนามาจากการร่วมมือระหว่างนักวิชาการที่เป็นผู้ปฏิบัติการระดับ “มืออาชีพ” กับประชาชนทั่วไปในฐานะเป็นผู้เกี่ยวข้องหรือสัมผัสกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างแท้จริง การรวมพลังกายและพลังความคิดร่วมกันระหว่าง “นักวิจัยเชิงวิชาการ” ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะจากภายนอกชุมชนและ “นักวิจัยชาวบ้านหรือนักวิจัยท้องถิ่น” ผู้มีประสบการณ์ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชุมชน นำไปสู่การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้หรือกลยุทธ์ในการพัฒนาอื่นใดที่มีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกลมกลืนกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีความเป็นมา และวิถีการความเป็นไปในชุมชน (Community Life) เป็นผลให้การใช้ความรู้หรือกลยุทธ์ที่



สรรค์สร้างขึ้นในกระบวนการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้เพราะประชาชนในชุมชนให้การยอมรับและให้ความร่วมมือในการเป็น “กลไกการพัฒนา” อันสำคัญ ในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกหรือที่พึงปรารถนาขึ้นในชุมชนที่พวกเขาเหล่านั้นเป็นสมาชิกอยู่

Mckeman (ประวิต เอราวรรณ์, 2545; อ้างอิงจาก Mckeman, 1996) ได้แบ่งการวิจัยปฏิบัติการออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิวิธวิทยาศาสตร์ (Scientific Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่อาศัยกระบวนการวิทยาศาสตร์เป็นวิธีวิจัยหรือวิธีแก้ปัญหา เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของ Kurt Lewin ที่มีขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การค้นหาความจริง (Fact finding) การดำเนินการ (Execution) และการวิเคราะห์ผล (Analysis) เป็นต้น 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical-deliberative Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจและปรับปรุงพัฒนาวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งรูปแบบนี้จะเน้นที่การให้เกิดการวิจัยขึ้นจากค่านิยมในการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เริ่มโครงการ และบทบาทของผู้วิจัย คือ การกระตุ้น และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจและเริ่มทำการปรับปรุงการปฏิบัติงาน เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของ John Elliot จะเน้นวิธีการให้ผู้ปฏิบัติงานสะท้อนการพัฒนาตนเองซึ่งเขาเชื่อว่าการวิจัยปฏิบัติการจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ดีในสถานการณ์ ทางสังคม ส่วนรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการของ David Ebbutt ซึ่งเสนอว่าแนวทางที่ดีที่สุดในการคิดเชิงกระบวนการ คือ ลำดับขั้นตอนตามวงจรแห่งความสำเร็จ ไม่ใช่การดำเนินงานแล็กเกิลีว และ 3) การวิจัยปฏิบัติการเชิงอิสระ (Emancipator Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขององค์กร โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มผู้วิจัยมีอิสระในการเผชิญหน้ากับปัญหา และร่วมมือกันแสวงหาวิธีการที่ดีที่จะแก้ไข แล้วสะท้อนตนเองจากผลการปฏิบัติ เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย Deakin หรือการวิจัยปฏิบัติการตามรูปแบบของ Kemmis และคณะ ซึ่งมีความคิดว่ากระบวนการวิจัยปฏิบัติการมีลักษณะเป็นเกลียว (Spiral) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล

2.5.4 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Process)

กระบวนการเชิงวิจัยปฏิบัติการประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (Spiral of steps) (องอาจ นัยวัฒน์, 2548; อ้างอิงจาก Lewin, 1946) ซึ่งในแต่ละวงจรประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการเบื้องต้น (Pre-step) ได้แก่ การกำหนดจุดมุ่งหมายโดยทั่วไป ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการลงมือปฏิบัติการ (Action) และขั้นการค้นหาข้อเท็จจริง (Fact Finding) การดำเนินการวิจัยในสามขั้นตอนสุดท้ายถือเป็นกิจกรรมหลักของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Core Activities) นักวิวิธวิทยาการวิจัยแต่ละบุคคลหรือคณะที่มีความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ทำการประยุกต์แนวคิดของ Kurt Lewin ไปใช้ในการศึกษาวิจัยและการเรียบเรียงตำรา โดยจำแนกกิจกรรมหลักทั้งสามขั้นตอนในลักษณะแตกต่างกันไปตามแนวคิด ความเชื่อและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีต่อการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ

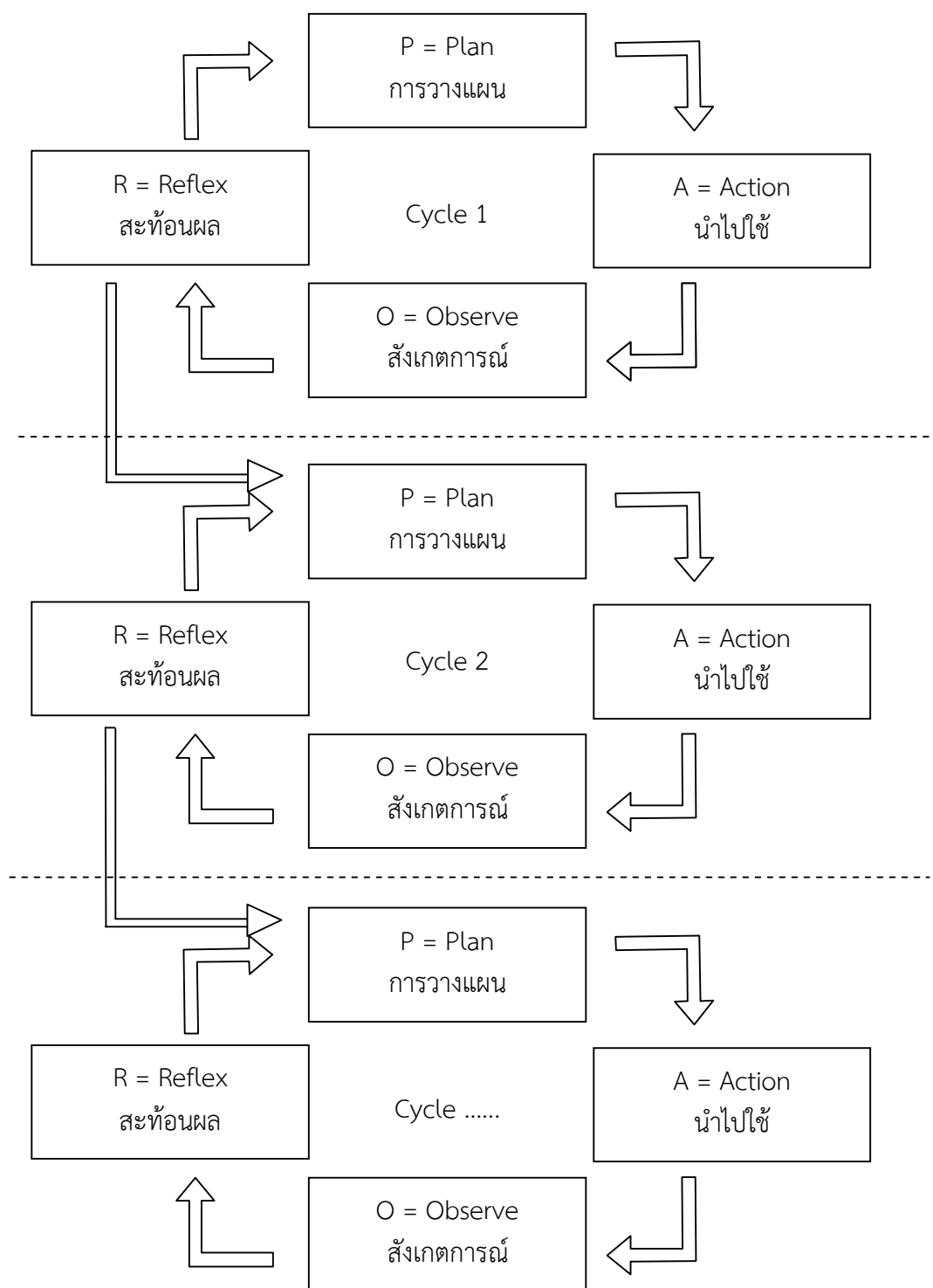
Kemmis และ McTaggart (องอาจ นัยวัฒน์, 2548; อ้างอิงจาก Kemmis and McTaggart, 1988) จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหา เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหา เกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรและจะต้องปฏิบัติอย่างไร 2) การลงมือ



ปฏิบัติงาน (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นการวางแผนมาดำเนินการ โดยวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันประกอบไปด้วยการปรับปรุงแก้ไขแผน 3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบครอบซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความคาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บข้อมูลเข้าช่วย และ 4) การสะท้อนกลับ การปฏิบัติงาน (Reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงรอบการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) คือการวิจัยที่แก้ปัญหาหรืออยากพัฒนาให้ดีขึ้น โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของสมาชิกในองค์กรร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนา ซึ่งกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนา ปรับปรุงแผนการดำเนินงาน วางแผนในการปฏิบัติงานในลักษณะเป็นวงรอบ กระทำซ้ำจนกว่าจะได้ผลการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยสรุป ๆ ได้ดังภาพประกอบ 2.1





ภาพประกอบ 2.1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ



2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรทิพย์ สุประดิษฐ์ และชาติชาติ สุวรรณนิตย์ (2544) วิจัยและพัฒนา : ความเข้มแข็งของชุมชนและประชาคมสุขภาพ พบว่า ระดับความมากน้อยของการมีส่วนร่วมซึ่งมี 3 ระดับคือร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ ในแต่ละระดับจะมีแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ หากชุมชนได้มีส่วนร่วมทั้ง 3 ระดับ ผลการแก้ไขปัญหาจะประสบความสำเร็จได้ด้วยดี การที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการวางแผน และกำหนดทิศทางการพัฒนาจะทำให้เกิดความร่วมมือที่ดี นอกจากนั้นยังพบว่าประชาคมเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการรวมตัวของกลุ่ม / องค์กร และประชาชนในลักษณะที่เป็นธรรมชาติ จากจิตสำนึกของประชาชนเอง เข้ามาเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน ร่วมหาแนวทาง ตลอดจนดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชน ทำให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและร่วมมือกันจัดการปัญหาต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้เกิดประชาคมไม่ควรเป็นลักษณะสั่งการ ควรให้เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชน เนื่องจากแต่ละชุมชนมีสภาพปัญหาและความพร้อมที่แตกต่างกัน ภาครัฐไม่ควรที่จะกำหนดรูปแบบหรือหัวข้อให้ชุมชนคิด เพราะชุมชนจะรู้สึกว่าเป็นการทำงานให้เจ้าหน้าที่ โดยเรื่องที่ชุมชนต้องการทำ อาจไม่ใช่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยตรง หากมีปัญหานั้นเป็นสิ่งที่ชุมชนต้องการแก้ไข ก็จะได้รับความสะดวกสนใจ ใส่ใจการดำเนินงาน และมีส่วนร่วมดี

วิชัย จันทร์กิติวัฒน์ (2545) ศึกษาการจัดการสุขภาพชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบสถานการณ์ปัญหาโดยภาพรวมของชุมชนที่สำคัญ คือ ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากสภาพสังคมที่ค่อนข้างเป็นแบบสังคมเมือง ทำให้วิถีชีวิตของชุมชนมีลักษณะเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ ประชาชนไม่ตื่นตัวในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การรวมกลุ่มและความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่วนร่วมมีค่อนข้างน้อย ในด้านสุขภาพอนามัย ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็จะไปซื้อยากินเอง หรือไปรับบริการรักษาพยาบาลที่คลินิก โรงพยาบาลเอกชนขาดการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ดี อบต.คูคต มีการวางแผนแบบมีส่วนร่วมที่เรียกว่าประชาคม ทำให้ประชาชนได้มีโอกาสเสนอปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา จัดทำเป็นแผนพัฒนาประจำปี

วิชุดา มาตันบุญ และสมนึก ชัชวาล (2549) ได้กล่าวถึงประสบการณ์การวิจัยของคณะวิจัยที่พบว่า ชุมชนหลายแห่งประสบกับปัญหาการบริหารงานที่ไม่ต่อเนื่อง หากคณะกรรมการชุดเก่าหมดวาระลง ก็ไม่มีใครอยากเข้ามาทำงาน เพราะการบริหารงานต้องให้ระยะเวลาในการเรียนรู้ค่อนข้างนาน เนื่องจากชุมชนขาดการบันทึกข้อมูล หรือจัดเก็บเอกสารอย่างเป็นระบบ ทำให้ความเข้าใจยาก ดังนั้นการบริหารงานจึงมักเป็นคณะกรรมการชุดเก่า ๆ ที่ทำงานมานาน มีความชำนาญและมีประสบการณ์ แต่ขาดการถ่ายทอดไปยังคนรุ่นใหม่ และได้แสดงความคิดเห็นไว้ว่า การรวบรวมระบบเอกสารและขั้นตอนการทำงานจึงเป็นลักษณะของ การจัดการความรู้ของชุมชน ที่มีอยู่กระจัดกระจายในคณะกรรมการแต่ละคน เข้ามารวมกันเพื่อให้คนอื่น ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือความรู้ได้ง่าย

สมนึก หงส์อิม (2550) ศึกษาปัญหาการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพประชาชนของหมู่บ้าน / ชุมชน ในตำบลทัพทัน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี พบปัญหาในประเด็นต่าง ๆ คือ 1. ปัญหาการพัฒนาศักยภาพและการจัดการกำลังคน / องค์กรในชุมชนด้านสุขภาพ ได้แก่ แกนนำชุมชนขาดทักษะ ความรู้ในเรื่องการจัดทำแผนงาน / โครงการด้านสุขภาพ ไม่มีเวทีประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน



เพื่อรับปัญหาใช้ในการวางแผน ภาค / เครือข่ายในชุมชนยังมีส่วนร่วมด้านสุขภavn้อย ผู้นำชุมชนยังมองแยกส่วนด้านสุขภavnกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ 2. ปัญหาการจัดการด้านทุนเพื่อสุขภavn ได้แก่ การบริหารจัดการทุนส่วนใหญ่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ทำให้บทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนน้อย ไม่มีแผนงานการระดมทุนเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภavn 3. ปัญหาการจัดการข้อมูลเพื่อใช้วางแผนสุขภavnของชุมชน ได้แก่ ไม่ได้นำข้อมูลของหมู่บ้านมาดำเนินการวางแผนสุขภavnของชุมชน แผนงานส่วนใหญ่เป็นแผนงานตามกรอบนโยบายส่วนกลาง ขาดการถ่ายทอดความรู้ เผยแพร่ข้อมูลหมู่บ้านให้กับชุมชนทราบ ขาดการติดตามประเมินผลแผนงาน / โครงการ องค์กรส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทส่วนร่วมน้อยในการพัฒนาสุขภavn 4. ปัญหาการจัดกิจกรรมสุขภavnในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยในการตัดสินใจและจัดกิจกรรมด้านสุขภavnโดยที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้กำหนดกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่

เฉลียว ตามสิริชัย ศึกษาบทบาททางการบริหารของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ใน 4 บทบาท คือ บทบาทในการเป็นผู้อำนวยการ บทบาทในการประสานงาน บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา และบทบาทในการเป็นผู้อำนวยการความสะดวก พบว่า ระดับบทบาททางการบริหารของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ในด้านที่ต้องการปรับปรุงมากที่สุดคือ บทบาทในการเป็นผู้ประสานงาน รองลงมาคือ บทบาทในการเป็นผู้อำนวยการ บทบาทการเป็นผู้อำนวยการความสะดวก และบทบาทในการเป็นที่ปรึกษา ตามลำดับ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์, 2550)

สุทธิพงษ์ ภูเมืองปาน พบว่า ศักยภาพในด้านการวางแผนพัฒนาชุมชนการประสานงานเพื่อชุมชน และการนำแผนพัฒนาชุมชนไปปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุน (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์, 2550)

ชัชติกา แม้ประสาธ (2550) ได้ทำการวิจัยความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับท้องถิ่นตามโครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ (ราชบุรี) ผลการวิจัยพบว่า (1) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในระดับปานกลางและสูงตามลำดับ (2) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในระดับปานกลาง (3) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ เพศ และตำแหน่งในคณะกรรมการมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้ทัศนคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ (4) ปัญหา อุปสรรค พบว่า งบประมาณได้รับโอนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความล่าช้า คณะกรรมการขาดความรู้ ความเข้าใจต่อแนวคิด วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

วณิ ปิ่นประทีป (2550) ได้ศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชนพื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่ พบว่า ภายใต้กรอบระยะเวลาในการศึกษา ทุกพื้นที่ยังไม่มีกรดำเนินการใด ๆ เป็นรูปธรรม นอกจากการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนเท่านั้น ในเบื้องต้นเป็นเพียงการทำความเข้าใจร่วมกันถึงแนวคิดและหลักการของกองทุน ร่วมกันออกแบบการบริหารจัดการกองทุน



และออกแบบกิจกรรมเท่านั้น และยังพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลหลายแห่งมีศักยภาพเพียงพอในการบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ โดยที่องค์การบริหารส่วนตำบล เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ สร้างระบบบริหารจัดการที่ดี มีส่วนเข้ามาร่วมบริหารจัดการ ร่วมวางแผนการดำเนินงานและสนับสนุนกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ให้มีโอกาสรับทราบข้อมูล ข่าวสาร การดำเนินการของกองทุน แสดงความคิดเห็น ความต้องการต่อแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพ เปิดเผยและยอมรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและนำข้อมูลที่ได้รับไปปรับปรุงเพื่อจัดบริการสุขภาพที่ดี หลายพื้นที่มีความมุ่งมั่นที่จะจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลของตนเองให้ได้ โดยใช้วิธีการศึกษาดูงานในพื้นที่อื่นที่ดำเนินกิจกรรมด้านการให้บริการสุขภาพ และนำมาประยุกต์ บูรณาการให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ตนเอง จนสามารถจัดตั้งกองทุนได้

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2551) ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบลเพื่อพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ของตำบลไทรย้อย อำเภอนิคมบ่งพร่าง จังหวัดพิษณุโลก และตำบลนาเชิงคีรี อำเภอกีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้คณะกรรมการสุขภาพตำบลมีการทำงานร่วมกันในการวางแผนกำหนดวิสัยทัศน์ กำหนดบทบาทหน้าที่ แก้ปัญหาในอนาคต รับรู้การเป็นพวกเดียวกัน มีการสื่อสารข้อมูล ข่าวสาร และมีคนรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ยของการรับรู้แนวคิดนโยบายการปฏิบัติระบบสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความเชื่อในความนับถือและเห็นคุณค่าในตนเอง ของคณะกรรมการสุขภาพตำบลหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถทำให้คณะกรรมการสุขภาพตำบล รับรู้หน้าที่ บทบาทของตนเอง มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงขึ้น และคาดว่าจะสามารถนำความรู้ และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ในการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนได้

อรุณญา ศรีโพธิ์ (2551) ประเมินผลระบบสุขภาพภาคประชาชนจังหวัดกำแพงเพชร ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ พบว่า ยุทธศาสตร์การสร้างร่วมมือและการสนับสนุนจากพหุภาคีมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เพียงร้อยละ 42 กิจกรรมตามแผนสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 67.8 รองลงมาเป็นกิจกรรมป้องกันแก้ไขยาเสพติด และกิจกรรมการออกกำลังกาย ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนสุขภาพมาจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 57.2 รองลงมาเกิดจากความต้องการและความคิดริเริ่มของคนในชุมชน ร้อยละ 31.1

ชาญชัย ชัยสว่าง (2552) ได้ศึกษา การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอฟะโล จังหวัดหนองคาย พบว่า ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยรวมและรายด้านทุกด้าน มีระดับการดำเนินงานหลังการพัฒนาดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนา มีระดับการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการบริหารงบประมาณในการจัดหาบัญชีการเงิน ด้านรายงานข้อมูลข่าวสารผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ด้านการรับรู้การดำเนินงานกองทุนฯซึ่งยังขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และด้านการสมทบงบประมาณยังมีน้อยมาก รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C การพัฒนาศักยภาพ การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศติดตามสนับสนุน



พรสวรรค์ มาแสง (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพการบริหารงบประมาณตามระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลการจัดการที่อาศัยหลักการตามทฤษฎีการบริหารงานของ Koontz ในคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารงบประมาณเพิ่มขึ้น และการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการงบประมาณอยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังพบปัญหาอุปสรรคในด้านคณะกรรมการขาดความรู้ต่อแนวคิด วัตถุประสงค์การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ด้านการบริหารบุคคล การโอนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติล่าช้า แนวทางหลักเกณฑ์การใช้จ่ายงบประมาณขาดความชัดเจน

อุดม ตรีอินทอง (2552) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างพลังในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม โดยวิธีวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และผลการดำเนินงานก่อน-หลังการทดลอง ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติงานด้านการวางแผน การบริหารงานบุคคล การบริหารงบประมาณ การรายงานผลและผลการดำเนินงานมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีข้อเสนอแนะในด้านการโอนงบประมาณของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้รวดเร็วขึ้น การกำหนดหลักเกณฑ์หรือระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณและการจัดทำบัญชีให้มีความชัดเจนมากขึ้นกว่าเดิม การสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงเริ่มจากการคัดเลือกตัวแทน ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น การจัดประชุมประชาคมให้ชุมชนเสนอปัญหาที่ตรงกับความต้องการ

อวยพร พิศเพ็ง (2553) ได้ศึกษาการจัดการอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมืองเก่า อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ในกลุ่มแกนนำสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมแกนนำสุขภาพมีความรู้เรื่องกองทุนฯ และมีความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการจัดการกองทุนฯ เพิ่มขึ้นและพบว่าปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของกองทุนฯ ได้แก่ แกนนำสุขภาพมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกองทุนฯ ส่งผลให้มีการตัดสินใจ วางแผน ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลด้วยตนเองอย่างมั่นใจ การจัดโครงสร้างองค์กรและจัดกลุ่มงานที่มี ความชัดเจน มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอผู้นำระดับพื้นที่ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง และมีที่ปรึกษาด้านวิชาการอย่างใกล้ชิด

เบญจวรรณ ผิวผ่อง และคณะ (2554) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนตำบลเพิ่มมากขึ้น

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2554) ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็ง หมู่ที่ 3 ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่าหลังดำเนินการ ทีมกล้าแสดงความคิดเห็นเป็นผู้นำ แนะนำ และถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่น ติดต่อกับวิทยากร

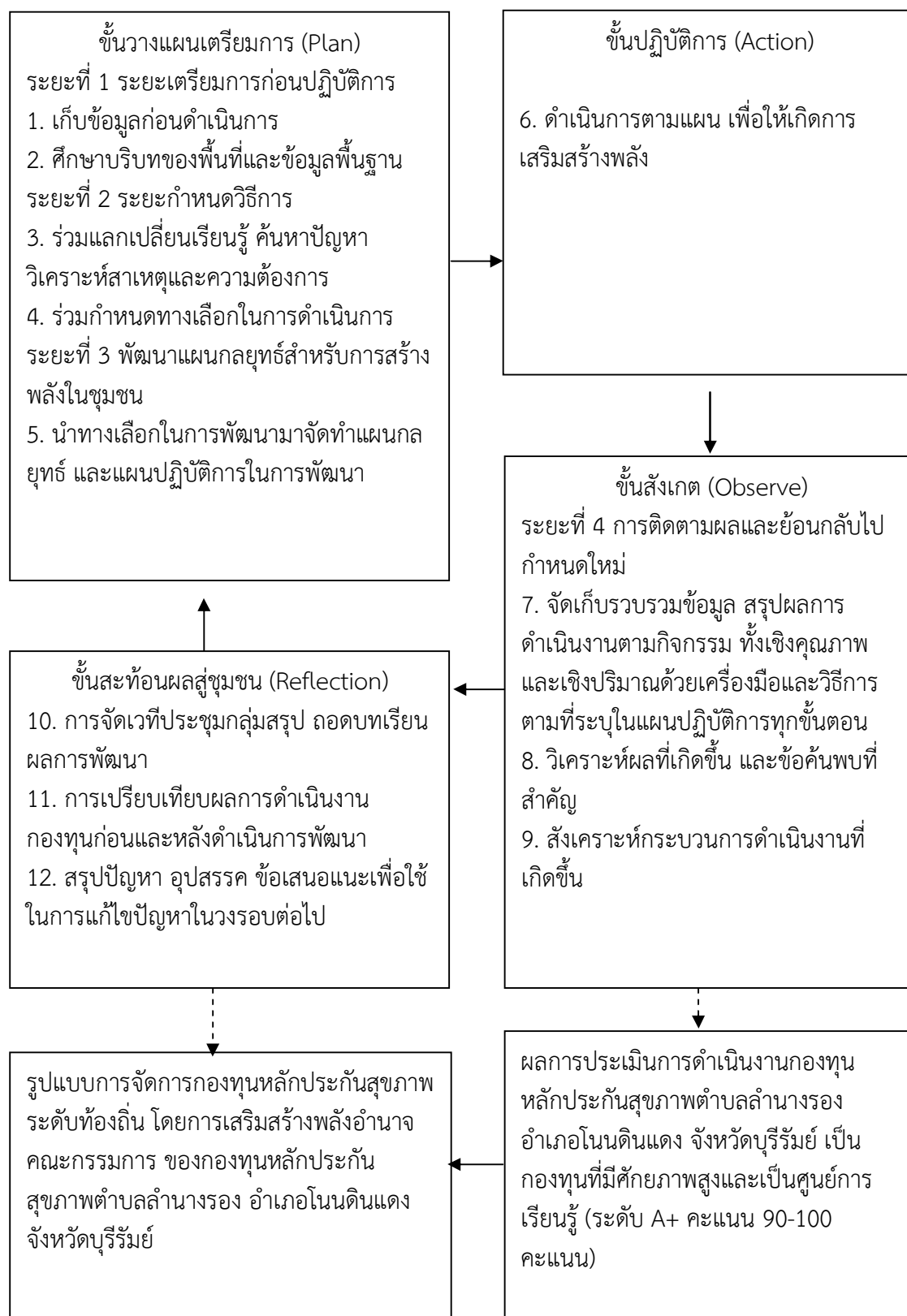


ชักจูงผู้อื่นมาเข้าร่วมกิจกรรม และมีความสามัคคี มีความหลากหลายตามสถานะภาพ ทำให้การดำเนินงานครอบคลุมทั้งกลุ่มวัยรุ่น วัยกลางคน และวัยสูงอายุ วิสัยทัศน์ทำให้มีทิศทางร่วมกันที่ชัดเจน เกิดความมุ่งมั่น ทีมมีความรับผิดชอบ มีการบริหารจัดการที่ดี การมาร่วมเวทีสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ การร่วมกันวิเคราะห์ชุมชน ตัดสินใจ คิดวางแผนทำกิจกรรม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งหมดเป็นกระบวนการสร้างเสริมทีมให้เข้มแข็ง

ผู้วิจัยได้สรุปข้อค้นพบว่า การพัฒนาศักยภาพแกนนำซึ่งเป็นตัวแทนของคนในชุมชนในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ให้มีการทำงานเป็นทีม จะเป็นพลังในการขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จ ในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนารอง เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ที่ยั่งยืน ซึ่งหมายความว่าประชาชนในตำบลจะสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงกัน ผ่านตัวแทนซึ่งเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ถือเป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนารอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ขึ้น เพื่อได้องค์ความรู้ ขยายผลสู่การพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลอื่น ๆ ต่อไป



2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางรองสู่การเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ (A+) ร่วมกับคณะกรรมการบริหาร และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางรอง เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย
- 3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในการพัฒนา คณะกรรมการบริหาร และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางรอง มีผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินการบริหารจัดการกองทุนในระดับ A+ เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์การเรียนรู้ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง เมษายน พ.ศ. 2557 ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ
2. ศึกษาบริบทของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐาน

ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการปฏิบัติการ (Preparation Prior to the Implementation of the Methodology)

3. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและความต้องการ
4. ร่วมกำหนดทางเลือกในการดำเนินการ



ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ระยะที่ 2 ระยะกำหนดวิธีการ (Assessment)

5. นำทางเลือกในการพัฒนามาจัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการในการพัฒนา

ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ระยะที่ 3 พัฒนาแผนกลยุทธ์สำหรับการสร้างพลังในชุมชน (Developing a Strategic Plan for Community Empowerment)

ขั้นที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action)

6. ดำเนินการตามแผน เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพลัง

ขั้นที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

7. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรม ทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณด้วยเครื่องมือและวิธีการตามที่ระบุในแผนปฏิบัติการทุกขั้นตอน

8. วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น และข้อค้นพบที่สำคัญ

9. สังเคราะห์กระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับผลปฏิบัติงาน (Reflection)

10. การจัดเวทีประชุมกลุ่มสรุป ถอดบทเรียนผลการพัฒนา

11. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกองทุนก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

12. สรุปปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ระยะที่ 4 การติดตามผลและย้อนกลับไปกำหนดใหม่ (Follow up and re – Assessments)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 18 คน และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 16 คน รวมประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 34 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้ประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกแบบเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออกตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 34 คน



3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) เป็นการเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ ก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา โดยสร้างแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากรของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากรของประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ บทบาททางสังคม ประสบการณ์การทำงานร่วมกับ อบต. และกองทุน การดำรงตำแหน่งในกองทุน โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อมูลลงในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว ก่อนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ แปลผลโดยแจกแจงความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีลักษณะเป็นแบบปรนัย ตอบแบบเลือกตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือใช่ และไม่ใช่ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน คือ ความรู้ด้านการดำเนินงานและการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ ด้านการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพและด้านแนวทางการจัดทำแผนงานกองทุนและการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีลักษณะเป็นแบบปรนัย ตอบแบบเลือกตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือใช่ และไม่ใช่ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว กำหนดเกณฑ์ การให้คะแนนและการแปลความหมายดังนี้ ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุน มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-End Question) เป็นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของ Likert (Likert – Type Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด หมายถึง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้งมีค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน มาก หมายถึง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเกือบทุกครั้ง มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง หมายถึง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นประมาณครึ่งหนึ่งของกิจกรรมทั้งหมด มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน น้อย หมายถึง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด หมายถึง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน



โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว จำนวน 25 ข้อ และข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open-End Question) เป็นแบบสอบถามความเห็นถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่

- 1) การตัดสินใจ 2) การปฏิบัติ 3) การประเมินผล 4) การรับผลประโยชน์ และ 5) การสร้างนวัตกรรม

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการ ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของ Likert (Likert – Type Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้งมีค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน มาก หมายถึง มีความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเกือบทุกครั้ง มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นประมาณครึ่งหนึ่งของกิจกรรมทั้งหมด มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน น้อย หมายถึง มีความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่

- 1) การตัดสินใจ 2) การปฏิบัติ 3) การประเมินผล 4) การรับผลประโยชน์ และ 5) การสร้างนวัตกรรม

3.3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) เป็นแบบบันทึก และแบบประเมิน จำนวน 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการสัมภาษณ์ คณะกรรมการบริหารกองทุน ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการนิเทศ ติดตาม ในการพัฒนาระบบจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ชุดที่ 5 แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



3.4 การสร้างเครื่องมือและพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย มีขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้

3.4.1 การสร้างแบบสอบถาม (Questionnaire) มีขั้นตอนดังนี้

3.4.1.1 ศึกษาค้นคว้าเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎีและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.1.2 วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลที่ต้องการทดสอบ

3.4.1.3 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหา แนวคิด และทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้

ในการสร้างข้อความให้ครอบคลุมตามเนื้อหา วัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านทำการตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 คน คือ แพทย์หญิงภัทรี เลาดิเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนดินแดง นายประเสริฐ เก็มประโคน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติงานประจำกลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ และนางสาวสุภาพร วงศ์วงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานประจำกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโนนดินแดง

3.4.1.4 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสัมป่อย อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ ที่มีขนาด และลักษณะโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรมการดำรงชีวิต คล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย เพื่อดูความชัดเจนของข้อคำถาม รูปแบบของแบบทดสอบ ความเข้าใจของภาษาที่ใช้ การเรียงลำดับเวลาที่เหมาะสม โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) การวิเคราะห์ค่าต้องได้ค่ามากกว่า 0.70 – 1.00 จึงจะยอมรับเครื่องมือนี้มีความเที่ยงหรือเชื่อถือ ซึ่งผลจากการทดสอบเครื่องมือมี ดังนี้

1) แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค คือ 0.72

2) แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค คือ 0.95

3) แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค คือ 0.92

3.4.1.5 หาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา Index of Congruence กำหนดให้ตัวแปรการวิจัย หมายถึง ข้อมูลที่ต้องการศึกษา เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ +1 ไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ 0 ข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ -1 กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 – 1.00 จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน (ภฤติยา วงศ์ก้อม, 2545) ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ค่า IOC ที่ยอมรับได้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 จึงถือว่าข้อคำถามนั้น ๆ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อคำถามคำตอบใดที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะทำการพิจารณาสร้างข้อคำถามนั้น ๆ ใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา



- 3.4.1.6 นำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ
- 3.4.1.7 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้ในการวิจัย
- 3.4.2 แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม มีขั้นตอนการสร้างดังนี้
 - 3.4.2.1 ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.4.2.2 จัดพิมพ์แบบบันทึกการประชุม เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4.3 แบบสัมภาษณ์ คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงาน ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการพัฒนา มีขั้นตอนการสร้างดังนี้
 - 3.4.3.1 ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างแบบสังเกตโดยยึดกรอบการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 - 3.4.3.2 จัดพิมพ์แบบสังเกต เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4.4 แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
ใช้แบบประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะ คือ ระยะก่อนปฏิบัติการ และระยะปฏิบัติการวิจัย ดังนี้

- 3.5.1 ระยะเตรียมการก่อนปฏิบัติการ
 - 3.5.1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวบรวมความรู้แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา และสาเหตุของเรื่องที่จะศึกษาค้นคว้าวิจัย
 - 3.5.1.2 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ และคัดเลือกพื้นที่การวิจัย
 - 3.5.1.3 ส่งโครงร่างการวิจัย เสนอขอความเห็นชอบจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 - 3.5.1.4 สร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความเห็นชอบจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 - 3.5.1.5 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ และหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย เสนอคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ลงนามเพื่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัย
 - 3.5.1.6 ประสานงานประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ซึ่งเป็นพื้นที่ในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย
 - 3.5.1.7 ประสานงานแหล่งทุน กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง เพื่อขอความอนุเคราะห์สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัย



3.5.1.8 ติดต่อประสานงานนายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง เพื่อขออนุญาตใช้ห้องประชุม วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ พร้อมทั้งการวางแผนการปฏิบัติงาน

3.5.1.9 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยการสร้างสัมพันธภาพกับคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงาน เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานศึกษา โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงความมุ่งหมายการวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปได้อย่างมีความเข้าใจ เต็มใจและเข้าพบในช่วงเวลาที่เหมาะสมแบบไม่เป็นทางการ ในระยะก่อนดำเนินการ

3.5.1.10 ทำแบบสอบถาม แบบบันทึกการประชุม แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.11 วางแผนงานเพื่อดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

3.5.2 ระยะปฏิบัติการวิจัย

ผู้วิจัยร่วมกับคณะวิทยากร คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ลำปางรอง ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

1. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยร่วมกันกับคณะกรรมการ และคณะทำงานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง

2. ขั้นตอนการศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานและปัญหากองทุนโดยการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานบริหารกองทุน ใช้เทคนิคเสริมสร้างการมีส่วนร่วมโดยการสนทนากลุ่ม

3. วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ ค้นหาสาเหตุของปัญหา และความต้องการ โดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิคเสริมสร้างการมีส่วนร่วมโดยการสนทนากลุ่ม

4. กำหนดทางเลือกและแนวทางการทำงานร่วมกัน

3. จัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ (Action plan)

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)

ดำเนินการตามแผนการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 1

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

1. นิเทศงาน และติดตามผลการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ ในการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ รวมทั้งนำเอาผลที่ได้จากการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาและแก้ปัญหาต่อไป

2. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ ในการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามการวิจัย และแบบประเมินการบริหารจัดการ เพื่อให้คณะกรรมการบริหารกองทุน ร่วมกันประเมินตนเอง แล้วนำผลประเมินตนเองที่ได้มาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาที่พบ

3. วิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลที่ได้รับจากผลการนิเทศงาน ติดตามผลการพัฒนา และการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนา



ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection)

ขั้นตอนการสะท้อนผลกลับการปฏิบัติ ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงาน ร่วมกันจัดกิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามแผนปฏิบัติการโดยถอดบทเรียนหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหา อุปสรรค จากการพัฒนาและนำข้อมูลไปวางแผนแก้ไขในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในวงรอบต่อไป โดยใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม และแบบสอบถามปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปประเด็นการจัดกิจกรรมกระบวนการพัฒนาตามแผนปฏิบัติงาน มีขั้นตอนดังนี้

3.6.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและความครบถ้วนครอบคลุมของแบบสรุปผลการจัดกิจกรรมต่าง ๆ

3.6.2 กำหนดรหัสตามตัวแปรที่กำหนด

3.6.3 นำข้อมูลทั้งหมดจากแบบสอบถามลงรหัส

3.6.4 วิเคราะห์แปรผล และสรุปผล

โดยการแปรผลการศึกษาใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) กำหนดการวัดค่าตัวแปรและการแปรผลดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามคุณลักษณะประชากรของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุน แสดงรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุน การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ ความเข้าใจ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต และสุ่มทนา กลางคาร, 2553)

ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (8-10 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9 (6-7 คะแนน)

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 ลงมา

(น้อยกว่า 6 คะแนนลงมา)

ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงาน เกณฑ์การแปรผลค่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้วิจัยพิจารณาจากค่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม แบ่งระดับของการมีส่วนร่วม 5 ระดับ ดังนี้ (รังสรรค์ สิงหาเลิศ, 2550)



ระดับการมีส่วนร่วม	ค่าคะแนนเฉลี่ย
มากที่สุด	4.21 - 5.00
มาก	3.41 - 4.20
ปานกลาง	2.61 - 3.40
น้อย	1.81 - 2.60
น้อยที่สุด	1.00 - 1.80

แบบสอบถามปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมโดยใช้วิธี
สังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การถอดบทเรียนและการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจาก
การศึกษา

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะ
กรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงาน เหนือในการแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้
(รังสรรค์ สิงห์เลิศ, 2550)

ระดับความพึงพอใจ	ค่าคะแนนเฉลี่ย
มากที่สุด	4.21 - 5.00
มาก	3.41 - 4.20
ปานกลาง	2.61 - 3.40
น้อย	1.81 - 2.60
น้อยที่สุด	1.00 - 1.80

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุน
หลักประกันสุขภาพตำบลลานางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ
ในการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลานางรอง อำเภอ
โนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การถอดบทเรียนและการสรุป
ประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการสัมภาษณ์ คณะกรรมการบริหารกองทุน ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ
ในการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบล
ลานางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การถอด
บทเรียนและการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

ชุดที่ 4 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุน
หลักประกันสุขภาพตำบลลานางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ใน
การพัฒนากระบวนการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลานางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
ใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การถอดบทเรียนและการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจาก
การศึกษา

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการนิเทศ ติดตาม ในการพัฒนาระบบจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพตำบลลานางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา
(Content Analysis) การถอดบทเรียนและการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา



ชุดที่ 6 แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินไว้ 3 หมวด คือ หมวดการบริหารจัดการกองทุน (57 คะแนน) 5 ประเด็น หมวดการมีส่วนร่วม (33 คะแนน) 3 ประเด็น และ หมวดการสร้างนวัตกรรม (10 คะแนน) 1 ประเด็น รวมทั้งสิ้น 9 ประเด็น คะแนนรวม 100 คะแนน ทั้งนี้ได้แบ่งระดับการประเมินเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

ระดับ A+	90 – 100 คะแนน	เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้
ระดับ A	70 – 89 คะแนน	เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี
ระดับ B	50 – 69 คะแนน	เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง
ระดับ C	น้อยกว่า 50 คะแนน	เป็นกองทุนที่ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรณีศึกษา กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลลานางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด (Max-Min)

3.7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบ ความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ใช้ Paired sample t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.7.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) เป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำ นางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนา กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองสู่การเป็นกองทุน ที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ (A+) โดยใช้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ การติดตามนิเทศงาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเก็บ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) ได้ผลการวิจัยดังนี้

- 4.1 บริบททั่วไปขององค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
- 4.2 สถานการณ์ก่อนการพัฒนา
- 4.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง
- 4.4 สถานการณ์หลังการพัฒนา
- 4.5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยกระบวนการพัฒนา

4.1 บริบททั่วไปขององค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

องค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง ตั้งอยู่บนพื้นที่อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ห่าง จากตัวอำเภอไปตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 384 ประมาณ 15 กิโลเมตร มีหมู่บ้านภายใต้เขตการ ปกครอง จำนวน 15 หมู่บ้าน มีประชากร 8,796 คน แบ่งเป็น ชาย 4,586 คน หญิง 4,210 คน จำนวน หลังคาเรือน 2,234 หลังคา มีพื้นที่ทั้งสิ้น 448 ตารางกิโลเมตร

อาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ใกล้เคียง คือ ทิศเหนือ ติดต่อกับ ตำบลโนนดินแดง อำเภอโนนดิน แดง จังหวัดบุรีรัมย์ ทิศใต้ติดต่อกับ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ตำบล หอนางแว อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ และทิศตะวันตก ติดต่อกับ อำเภอเสิงสาง จังหวัด นครราชสีมา

ภูมิประเทศ เป็นพื้นที่แบบลูกคลื่นลอนลึก มีความสูงโดยประมาณจากระดับน้ำทะเลปาน กลาง 208-233 เมตร มีแหล่งน้ำธรรมชาติไหลผ่าน (ห้วยลำนางรอง) สภาพภูมิอากาศ ร้อนชื้น ฤดูหนาว จะหนาวมากเนื่องจากอยู่บนภูเขา และมีฝนตกชุกในฤดูฝนเนื่องจากยังมีป่าไม้อุดมสมบูรณ์บางส่วน (เขต รักษาพันธุ์สัตว์ป่าดงใหญ่ ที่ 5) มีอุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ 30 องศาเซลเซียส ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 608.47 มิลลิเมตร

ทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญคือ เขตอุทยานแห่งชาติป่าดงใหญ่ซึ่งเป็นพื้นที่มรดกโลก ห้วย ลำ นางรอง แหล่งน้ำผุดตามธรรมชาติละเล็งร้อยรู



ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การปลูกพืช เช่นทำนา ทำไร่มันสำปะหลัง ทำสวนยางพารา และปลูกผักสวนครัวขาย ทำไร่ การปศุสัตว์ เช่น การเลี้ยงโคนม และโคเนื้อ การประมงน้ำจืด เช่น การเลี้ยงปลา เลี้ยงกบ รองลงมาได้แก่ รับจ้าง และอื่นๆ มี ปิมน้ำมัน 2 แห่ง มีการทอผ้าพื้นบ้าน (สินค้า OTOP) จักสาน ทอเสื่อ

วัฒนธรรมและวิถีชีวิต ประชาชนใช้ภาษาพื้นบ้านอีสาน มีภาษาไทยอีสาน ภาษาเขมร ภาษาส่วย และไทยโคราช นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเป็นศาสนาคริสต์ งานประเพณีท้องถิ่น ตามจารีตประเพณี 12 เดือน คือ งานบุญข้าวเปลือก เทศมหาชาติหรือเรียกว่า บุญผะเหวด หรือ พระเวส ประเพณีสงกรานต์ โขนจุก บวชนาค เข้าพรรษา ออกพรรษา ประเพณีโดนตาหรือตรุษเขมร (ไหว้บรรพบุรุษ) งานบุญเบิกบ้าน ทำบุญดอนปู่ตา

มีสถานที่สำคัญ ได้แก่ สำนักสงฆ์จำนวน 14 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาสทางการศึกษา 6 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 6 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 15 แห่ง สำนักงานเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าดงใหญ่ 1 แห่ง หน่วยป้องกันรักษาป่า 1 แห่ง ฐานปฏิบัติการกองร้อยตำรวจตระเวนชายแดน 1 แห่ง

ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญเกี่ยวกับโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำนางรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสม็ด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนดินแดง (บ้านป่าไม้สหกรณ์) ในปีงบประมาณ 2556 มีดังนี้ โรคระบบหัวใจ 3,264 คน โรคระบบกล้ามเนื้อ 1,951 คน อาการผิดปกติทางคลินิก 1,142 คน โรคระบบย่อยอาหาร 1,135 คน โรคระบบไหลเวียนเลือด 952 คน โรคอุจจาระร่วง 347 คน โรคความดันโลหิตสูง 176 คน โรคเบาหวาน 155 คน โรคไข้เลือดออก 28 คน โรคจิตเวช 16 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด 9 คน โรคตาแดง 8 คน โรคไข้สวกไส 4 คน โรคมะเร็ง 3 คน โรคไข้มาลาเรีย 2 คน โรคไข้เลือดออก 2 คน

4.2 สถานการณ์ก่อนการพัฒนา

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง

องค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง ได้เข้าร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นนำร่องของอำเภอโนนดินแดง เมื่อปี พ.ศ. 2549 ตั้งที่ทำการอยู่ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ซึ่งมีคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานมาแล้ว 4 ชุด และชุดปัจจุบันเป็นชุดที่ 5 (ปี 2556) มีการแต่งตั้งตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มเติมตามความจำเป็น ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง คณะกรรมการจากผู้แทนหน่วยบริการ ซึ่งตำบลลำนางรองมีหน่วยบริการ 3 แห่ง จึงตั้งหัวหน้าหน่วยบริการทั้ง 3 แห่ง และคณะกรรมการจากชุมชนซึ่งคัดเลือกกันเอง ได้แก่ ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้แทนจากหมู่บ้านซึ่งประชาชนเลือกกันเอง โดยรายชื่อคณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน มีดังนี้



ที่ปรึกษาคณะกรรมการ ประกอบด้วย

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. นายสุวิทย์ พุกกะเวส | นายอำเภอโนนดินแดง |
| 2. นายวิชัย ประดั่งทะสา | สาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง |

คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ประกอบด้วย

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1. นายบุญธรรม คงสุขมาก | นายก อบต.ลำนางรอง | ประธานกรรมการ |
| 2. นายสงกา ยอดสังวาลย์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ | รองประธาน คนที่ 1 |
| 3. นายหวน อาสน์ธานี | ผู้ทรงคุณวุฒิ | รองประธาน คนที่ 2 |
| 4. นางปราณี ประดั่งพะลัง | ผู้แทนสภา อบต.ลำนางรอง | กรรมการ |
| 5. นายคะนิง ใจสูงเนิน | ผู้แทนสภา อบต.ลำนางรอง | กรรมการ |
| 6. นางกัลยา ปานะโปย | หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ | กรรมการ |
| 7. นายสรารุท นาดีสังข์ | หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ | กรรมการ |
| 8. นายกิตติ เมอะประโคน | หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ | กรรมการ |
| 9. นายบัวน้อย น้อยปัด | ผู้แทน อสม.ตำบลลำนางรอง | กรรมการ |
| 10. นางแปง ศรีกล้า | ผู้แทน อสม.ตำบลลำนางรอง | กรรมการ |
| 11. นายปั่น ยาพนนต์ | ผู้แทน อสม.ตำบลลำนางรอง | กรรมการ |
| 12. นางอำพร ร่วมชาติ | ผู้แทนหมู่บ้าน | กรรมการ |
| 13. นางคำพอง จันทะสาร | ผู้แทนหมู่บ้าน | กรรมการ |
| 14. นายเพียร นาคนวน | ผู้แทนหมู่บ้าน | กรรมการ |
| 15. นายสมชาย เพิ่มพร | ผู้แทนหมู่บ้าน | กรรมการ |
| 16. นายองอาจ คำสระรัมย์ | ผู้แทนหมู่บ้าน | กรรมการ |
| 17. นางวันเพ็ญ พูนนอก | ผู้แทนหมู่บ้าน | กรรมการ |
| 18. นายสุริยะ ศิลปะมณี | ปลัด อบต.ลำนางรอง | กรรมการและ
เลขานุการ |

คณะทำงาน ประกอบด้วย

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|----------------|
| 1. นายอาทร สร้อยสด | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | ประธานคณะทำงาน |
| 2. นางสาวสัมพันธ์ ทรัพย์เมือง | สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ | คณะทำงาน |
| 3. นางอุดม ทิพย์สีหา | ประธานชมรมสร้างสุขภาพ | คณะทำงาน |
| 4. น.ส.วรางคณา มั่นยืน | ครูโรงเรียนวัดกรรม อสม. | คณะทำงาน |
| 5. นางแดงกาว เย็นสกุล | สมาชิกชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง | คณะทำงาน |
| 6. นางณัฐนิช ปิ่นนาค | ครูโรงเรียนวัดกรรม อสม. | คณะทำงาน |
| 7. นางอรดี สมดี | ครูโรงเรียนวัดกรรม อสม. | คณะทำงาน |
| 8. นางสาวพิน สมคิด | ครูโรงเรียนวัดกรรม อสม. | คณะทำงาน |
| 9. นายสุวิทย์ เครือแสง | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | คณะทำงาน |
| 10. นางจิตตินันท์ นาดีสังข์ | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | คณะทำงาน |
| 11. นายศรัณย์ ปะวันนา | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | คณะทำงาน |
| 12. นางสุกัลญา รถเพชร | ผู้ประสานงาน ฯ | คณะทำงาน |
| 13. นายชูเกียรติ อ้นภักดี | เจ้าหน้าที่ อบต. | คณะทำงาน |



14. น.ส.ลัดดาพร ช่อนกลิ่น	เจ้าหน้าที่ อบต.	คณะกรรมการ
15. น.ส.กัลยา ช้อนรัมย์	เจ้าหน้าที่ อบต.	คณะกรรมการ
16. นางรัศมี ชุตินิมา	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	คณะกรรมการและ เลขานุการ

คณะกรรมการมีหน้าที่ ดังนี้

1. บริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน
2. รับผิดชอบ การรับ-จ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงิน หรือทรัพย์สิน
ในกองทุนให้เป็นไปตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
3. ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึง
บริการสาธารณสุขทั้งที่บ้านในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ
4. จัดทำข้อมูล และแผนดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมาย และ
หน่วยบริการต่าง ๆ
5. จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่าย และเงินคงเหลือของกองทุนเมื่อสิ้น
ปีงบประมาณ เพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การบริหารส่วนตำบล ภายใน
เดือนธันวาคม ของทุกปี

4.2.2 การประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง

จากการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง โดย
คณะกรรมการติดตามประเมินผลอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2549 – 2555 พบว่าเป็นกองทุน
หลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้(A+) มาตลอดตั้งแต่
ปีที่มีการจัดตั้ง คือ ปี 2549 จนถึงปี 2553 โดยมีคะแนนอยู่ที่ 98, 95, 95, 95 และ 92 ต่อมาในปี 2554
ผลการประเมินลดลงมาเป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี (A) โดยมีคะแนนที่ 88 และในปี 2555 ผลการ
ประเมินลดลงมาเป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง (B) โดยมีคะแนนที่ 69 ดังตาราง 4.1

ตาราง 4.1 ผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ปี 2549 –
2555 จำแนกรายปี

หมวดการประเมิน	ผลการประเมิน (พ.ศ.)						
	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
หมวดที่ 1 การบริหารจัดการกองทุน (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)	60	60	60	60	57	56	51
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วม (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)	28	25	25	25	25	22	18
หมวดที่ 3 การสร้างนวัตกรรม (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	10	10	10	10	10	10	0
คะแนนรวม	98	95	95	95	92	88	69



จากการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2556 เวลา 9.00 น. ที่หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง พบว่า คณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองมีปัญหาจากการดำเนินงานในหลาย ๆ ด้าน โดยปัญหาหลัก ๆ เป็นปัญหาเรื่องความรู้เกี่ยวกับกองทุน ปัญหาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และปัญหาความพึงพอใจ ในการดำเนินงานของกองทุน โดยพบคำกล่าวของผู้เข้าร่วมประชุมดังนี้

“ทำไมกองทุนเราจึงมีผลการประเมินลดลงทุกปี” กรรมการและเลขานุการ

“ผมจะให้ผมทำอย่างไรจึงจะพัฒนากองทุนให้ดีขึ้นได้ ตอนนี้ผมไม่มีความรู้เรื่องกองทุนเลย ผมจะสมทบเงินได้อย่างไร” ประธานกรรมการ

“ผมขอเป็นคณะกรรมการแต่ไม่รู้เลยว่าต้องทำอะไรบ้าง” กรรมการผู้แทนหมู่บ้าน

“ผมเป็นกรรมการเหมือนกันแต่ไม่รู้เลยว่าเขาทำแผนงานโครงการกันตอนไหน พอเรียกประชุมอีกทีก็อนุมัติแผนแล้ว บางทีชาวบ้านถามผมก็ไม่รู้เหมือนกัน” กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

“ฉันไม่มีความรู้เรื่องกองทุนเลยเวลาชาวบ้านถาม ผมก็ไม่รู้จะตอบอย่างไร อยากให้หมอจัดอบรมบ้าง” คณะทำงานตัวแทนครูโรงเรียนนวัตกรรม อสม.

4.2.3 ผลการศึกษาเชิงสำรวจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง

ผู้วิจัยได้ทำการออกแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของประชากร คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ได้แก่ คณะกรรมการบริหารกองทุน จำนวน 18 คน และคณะทำงาน จำนวน 16 คน รวม 32 คน แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะทางประชากร ด้านความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 5 ด้าน และด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนของคณะกรรมการบริหารกองทุน กับการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 5 ด้าน โดยผู้วิจัยได้ทำการจัดเก็บข้อมูลวันประชุมคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนตำบลลำนางรอง ใน วันที่ 11 ธันวาคม 2556 เวลา 9.30 น. ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง ผลการศึกษามีดังนี้

4.2.3.1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากร

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย 17 คน และเพศหญิง 17 คน อายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี อายุเฉลี่ย 43 ปี ส่วนใหญ่อายุ 40 – 49 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 35.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร 11 คน ร้อยละ 32.4 และอาชีพรับราชการเท่ากันจำนวน 11 คน ร้อยละ 32.4 สถานภาพสมรส 27 คน ร้อยละ 79.4 การศึกษาระดับปริญญาตรี 13 คน ร้อยละ 38.2 รายได้เฉลี่ยทุกคน 14,194.1 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 4,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 35,000 บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 8,500 – 15,000 บาท จำนวน 12 คน ร้อยละ 35.3 คณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการจากชุมชน 15 คน ร้อยละ 44.1 มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับ อบต. หรือ กองทุน เฉลี่ย 3.3 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 32.4 รองลงมาคือ 2 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 20.6 โดยมีคณะกรรมการส่วนที่เป็นคณะทำงานมากที่สุด 16 คน ร้อยละ 47.1 ดังตาราง 4.2



ตาราง 4.2 ความถี่ ร้อยละของประชากร จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=34)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	17	50.0
หญิง	17	50.0
2. อายุ (ปี)		
20-29	2	5.9
30-39	10	29.4
40-49	12	35.3
50-59	9	26.5
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	1	2.9
$\bar{x} \pm SD$	43.7 $\pm$ 9.4	
Min, Max	24, 63	
3. อาชีพ		
รับราชการ	11	32.4
รับจ้าง	8	23.5
เกษตรกร	11	32.4
ค้าขาย	4	11.8
4.สถานภาพ		
โสด	4	11.8
คู่	27	79.4
หม้าย/หย่า/แยก	3	8.8
5. การศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	2	5.9
ระดับมัธยมศึกษา	11	32.4
ระดับอาชีวศึกษา/อนุปริญญา	8	23.5
ระดับปริญญาตรี	13	38.2



ตาราง 4.2 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 8,500	11	32.4
8,500 - 15,000	12	35.3
15,001 - 20,000	3	8.8
20,001 - 25,000	4	11.8
มากกว่า 25,000 บาทขึ้นไป	4	11.8
$\bar{x} \pm SD$	14,194.1 $\pm$ 8,173.9	
Min, Max	4,000, 35,000	
7. บทบาททางสังคม		
ผู้บริหาร อบต.	2	5.9
สมาชิกสภา อบต.	2	5.9
กรรมการชุมชน	15	44.1
อาสาสมัครสาธารณสุข	3	8.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	8	23.5
เจ้าหน้าที่ อบต.	4	11.8
8. ประสบการณ์การทำงานร่วมกับ อบต. หรือกองทุน(ปี)		
1 - 3	20	58.8
4 - 5	7	20.6
มากกว่า 5 ปี	7	20.6
$\bar{x} \pm SD$	3.3 $\pm$ 2.5	
Min, Max	1, 8	
9. ตำแหน่งในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง		
ประธานกรรมการ	1	2.9
รองประธานกรรมการ	2	5.9
กรรมการ	14	41.2
คณะทำงาน	16	47.1
กรรมการและเลขานุการ	1	2.9



4.2.3.2 ความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง

จากการตอบแบบสอบถามพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง ร้อยละ 76.1 (SD = 18.5) คะแนนน้อยที่สุด ร้อยละ 40 มากที่สุด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีความรู้สูง จำนวน 20 คน ร้อยละ 58.8 รองลงมาที่มีความรู้ต่ำ จำนวน 10 คน ร้อยละ 29.4 และความรู้ปานกลาง จำนวน 4 คน ร้อยละ 11.8 ดังตาราง 4.3

ตาราง 4.3 ความถี่ ร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับความรู้ (n=34)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0)	10	29.4
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9)	4	11.8
สูง (คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป)	20	58.8
$\bar{x} \pm SD$	76.1 $\pm$ 18.5	
Min, Max	40.0 , 100	

โดยพบว่าข้อ 9 โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกองทุนทุกโครงการ มีผู้ตอบถูกมากที่สุด 28 คน ร้อยละ 82.4 และตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อ 1 กองทุนหลักประกันสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง 23 คน ร้อยละ 67.6

4.2.3.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง

ผู้วิจัยได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม พบว่าคณะกรรมการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล 3.03 น้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ 2.54 ดังตาราง 4.4



ตาราง 4.4 ระดับการมีส่วนร่วมของประชากรจำแนก 5 ด้าน

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ	$\bar{x}$	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ	2.94	0.72	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ	2.88	0.56	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล	3.03	0.64	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์	2.54	0.60	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม	2.88	0.57	ปานกลาง

โดยพบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ ในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ที่ 3.79 รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมให้กลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน กองทุน 3.61 และการมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ผลงานของกองทุนผ่านสื่อต่างๆ ให้ประชาชนได้รับทราบ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 1.61

4.2.3.4 ความพึงพอใจในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง

ผู้วิจัยได้จำแนกความพึงพอใจของคณะกรรมการในการดำเนินงานออกเป็น 5 ด้าน คือ ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ ความพึงพอใจด้านการประเมินผล ความพึงพอใจด้านการรับผลประโยชน์ ความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรม พบว่าคณะกรรมการมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 4 ด้าน ยกเว้นความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรมพบในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยที่ 3.60 ดังตาราง 4.5

ตาราง 4.5 ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของประชากรจำแนก 5 ด้าน

ความพึงพอใจในการบริหารจัดการ	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ	2.58	0.42	ปานกลาง
ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ	3.02	0.57	ปานกลาง
ความพึงพอใจด้านการประเมินผล	3.31	0.90	ปานกลาง
ความพึงพอใจด้านการรับผลประโยชน์	2.63	0.61	ปานกลาง
ความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรม	3.60	0.90	สูง



โดยพบว่าความพึงพอใจในการสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดที่ 3.79 รองลงมา คือ ความพึงพอใจที่ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน และความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อในชุมชน คะแนนเฉลี่ยเท่ากันที่ 3.61 ส่วนข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ความพึงพอใจในการตัดสินใจการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม ความพึงพอใจที่ชุมชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน และท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานเกี่ยวกับฟื้นฟูสุขภาพผู้พิการในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 1.64

4.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้ในการพัฒนาคณะกรรมการบริหาร และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนกลับผลปฏิบัติงาน (Reflection) และได้้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งมีวิธีการเสริมสร้างพลัง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการก่อนการปฏิบัติการ (Preparation Prior to the Implementation of the Methodology) ระยะกำหนดวิธีการ (Assessment) ระยะที่ 3 พัฒนาแผนกลยุทธ์สำหรับการสร้างพลังในชุมชน (Developing a Strategic Plan for Community Empowerment) และการติดตามผลและย้อนกลับไปกำหนดใหม่ (Follow up and re – Assessments) มาประยุกต์ใช้ในทุกขั้นตอน เพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง มีผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผ่านเกณฑ์การประเมินการบริหารจัดการกองทุนในระดับ A+ เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์การเรียนรู้ ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการปฏิบัติการ (Preparation Prior to the Implementation of the Methodology)

1. เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ
2. ศึกษาบริบทของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐาน

ผู้วิจัยได้ศึกษา และจัดเก็บจากการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ในองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ข้อมูลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง จัดเก็บข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง จากการทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลในการประชุม วันที่ 11 ธันวาคม 2556 ดังได้นำเสนอแล้วในหัวข้อที่ 4.1 และ 4.2

ระยะที่ 2 ระยะกำหนดวิธีการ (Assessment)

1. จากสถานการณ์ที่กล่าวไปแล้วผู้วิจัย ได้ขอมติที่ประชุมวันที่ 11 ธันวาคม 2556 ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนตำบลลำนางรอง เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและความต้องการ โดยที่ประชุมเสนอวันที่ 18 ธันวาคม 2556 ณ ศาลาการเปรียญวัดเขากระเจียว หมู่ที่ 13 ตำบลลำนางรอง



อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากเป็นสถานที่ซึ่งสงบ บรรยากาศดี เหมาะแก่การจัดประชุม
 ดังที่มีกรรมการเสนอในที่ประชุมดังนี้

“...กรรมการทุกท่านผมว่าเราควรมีการจัดประชุมวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันเพื่อให้การ
 ดำเนินงานของพวกเราไปในทิศทางเดียวกัน หรือพูดภาษาเดียวกัน...”

(กำนันตำบลลำนางรอง. วันที่ 18 ธันวาคม 2556: การประชุม)

“...แน่นอนคะ ดิฉันก็อยากดำเนินการให้ดี ก็อยากให้กรรมการได้ประชุมร่วมกัน และทำงาน
 ร่วมกันนี้แหละ ดิฉันอยากให้ไปประชุมที่วัดเขากระเจียวเพราะสถานที่กว้างขวาง สะดวกหลายอย่าง อีก
 อย่างจะได้มีพระเป็นสักขีพยาน...”

(คณะทำงานตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ. วันที่ 18 ธันวาคม 2556: การประชุม)

“...ผมเห็นด้วยเราน่าจะไปจัดที่วัดจะเป็นการประหยัดด้วย...”

(คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ. วันที่ 18 ธันวาคม 2556: การประชุม)

ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบการประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยมีขั้นตอน คือ

1. จัดกิจกรรมสันทนาก่อนเริ่มประชุม
2. แจกบัตรเพื่อให้ผู้ร่วมประชุมเขียนความคาดหวังจากการประชุมครั้งนี้
3. นำเสนอสถานการณ์ทั่วไปของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ลำนางรอง

ข้อมูลจากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม

4. แบ่งกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา
5. นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาของแต่ละกลุ่มต่อที่ประชุมใหญ่
6. ให้ที่ประชุมช่วยกันเลือกปัญหาจากการวิเคราะห์โดยการให้คะแนน แล้วเลือก

ปัญหาที่สำคัญที่สุด 5 ลำดับ

7. แบ่งกลุ่มเพื่อวิเคราะห์หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา
8. แต่ละกลุ่มนำเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาคู่ต่อที่ประชุมใหญ่
9. ให้ที่ประชุมร่วมกันกำหนดทางเลือกในการดำเนินการแก้ไขปัญหา
10. สรุปทางเลือกที่จะนำไปใช้
11. กิจกรรมสันทนาก่อนปิดการประชุม

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารและ
 คณะทำงาน ในวันที่ 18 ธันวาคม 2556 ณ ศาลาการเปรียญวัดเขากระเจียว หมู่ที่ 13 ตำบลลำนางรอง
 อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคณะทำงานทุกคนช่วยกันในการจัดการต่างๆ เช่น จัดหาเครื่อง
 เสียง จัดสถานที่ประชุม และการประกอบอาหารเที่ยง เนื่องจากสถานที่ประชุมเป็นศาลาวัดป่า
 บริเวณรอบ ๆ เป็นป่าเขา จึงไม่มีเสียงรบกวน เหมาะกับการประชุมอย่างยิ่ง เวลา 08.30 น. ได้มี
 กรรมการบริหารและคณะทำงานเข้ามาลงทะเบียน โดยมีผู้เข้าประชุมครบ 34 คน เริ่มประชุมเวลา
 9.25 น. ด้วยพิธีเปิดแบบมีส่วนร่วม คือให้ผู้ที่มีอาวุโสที่สุดของผู้เข้าร่วมประชุมนำกล่าวคำ



อุปทานิยธรรม จากนั้นเริ่มการอบรมโดยการละลายพฤติกรรมด้วยเกมส์สวัสดี และเกมพรมิเศษ เป็นสร้างการมีส่วนร่วมของทีมโดยการให้ยืนบนหนังสือพิมพ์ และพับหนังสือพิมพ์ลงเรื่อย ๆ ทีมใดสามารถรวมตัวกันบนหนังสือพิมพ์ได้ในพื้นที่น้อยที่สุดก็จะชนะ ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผลประโยชน์จึงมีความรู้สึกดีในการทำงาน เมื่อสรุปเกมเสร็จผู้วิจัยได้ให้พนักงานผู้ช่วยแจกบัตรคำ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเขียนความคาดหวังของตนเองต่อการประชุมครั้งนี้ นำเสนอสถานการณ์ทั่วไปของกองทุนตำบลนางรอง และโยนคำถามให้ทุกคนคิดและหาคำตอบ โดยตั้งคำถามว่า “หากเราจะบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางรอง ให้กลับมาเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์การเรียนรู้ จะทำอย่างไรจึงจะสำเร็จ”

จากนั้นผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งกิจกรรมนี้ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที จากนั้นได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาของทุกกลุ่มสรุปได้ดังนี้

อันดับ 1 ขาดความรู้ที่ถูกต้องในกฎระเบียบต่าง ๆ เนื่องจากกรรมการส่วนใหญ่เพิ่งทำหน้าที่ได้ไม่นาน

อันดับ 2 คณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน ขาดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการจัดทำแผนงาน / โครงการ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

อันดับ 3 ประชาชนไม่รู้สิทธิประโยชน์ บทบาท ภารกิจของกองทุน

อันดับ 4 การประชาสัมพันธ์การดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการของกองทุนตำบลไม่ทั่วถึง

อันดับ 5 ไม่มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในตำบล เมื่อจบขั้นตอนนี้ผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ถ้าแก้ไขปัญหาที่กล่าวมาได้จะทำให้กองทุนเราพัฒนาได้ใช้หรือเปล่า”

“...ผมเห็นด้วยกับที่ประชุมครับหมอ และผมว่าถ้าเราแก้ปัญหาดูทุกข้อกองทุนเราจะมีความก้าวหน้า ประชาชนจะได้รับประโยชน์แน่นอน...”

(ประธานกรรมการ. วันที่ 18 ธันวาคม 2556: การประชุม)

“...ผมคิดว่าเป็นคือปัญหาสำคัญที่ทำให้กองทุนเราไม่ก้าวหน้า...”

(กรรมการผู้แทนหมู่บ้าน. วันที่ 18 ธันวาคม 2556: การประชุม)

การกำหนดปัญหาใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง เนื่องจากผู้วิจัยปล่อยให้มีการแลกเปลี่ยนกันอย่างอิสระจนทุกคนมีมติร่วมกันในการจัดลำดับปัญหา ถึงตรงนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าประชุมได้พักอิริยาบถเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารว่าง โดยขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมที่เขียนความคาดหวังเสร็จให้นำมาส่งที่พนักงานผู้ช่วย

จากนั้นผู้วิจัย ได้ให้ผู้ร่วมประชุมแบ่งกลุ่มเดิม โดยให้แต่ละกลุ่มไปร่วมกันกำหนดแนวทางหรือทางเลือกในการแก้ไขปัญหากลุ่มละ 1 หัวข้อปัญหา ซึ่งแต่ละกลุ่มได้ร่วมกันคิดจนถึงเวลา 12.00 น. ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าผู้ร่วมประชุมเริ่มหิวแล้วจึงให้พักรับประทานอาหารกลางวัน



หลังจากรับประทานอาหารกลางวัน ผู้วิจัยได้ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอทางเลือกในการแก้ไข ปัญหา และปล่อยให้มีการแลกเปลี่ยนกันทุกหัวข้อที่กำหนด สรุปได้ดังนี้

ปัญหาที่ 1 แก้ไขโดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล แก่คณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน

ปัญหาที่ 2 แก้ไขโดยจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงาน/โครงการกองทุน ตำบลอย่างมีส่วนร่วม

ปัญหาที่ 3 แก้ไขโดยกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกองทุนตำบล

ปัญหาที่ 4 แก้ไขโดยให้จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์โครงการตามเกณฑ์มาตรฐาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพทุกโครงการ

ปัญหาที่ 5 แก้ไขโดยให้มีการจัดประกวดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพในตำบล

ผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ต้องทำทุกกิจกรรมถึงจะแก้ปัญหาได้จริงหรือไม่”

“...เราน่าจะทำโครงการที่แก้ปัญหาได้หลาย ๆ ปัญหา หรือ 1 โครงการแก้ 3 ปัญหา...”

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ. วันที่ 18 ธันวาคม 2556: การประชุม)

ผู้วิจัยจึงให้ที่ประชุมแลกเปลี่ยนกันว่าจะทำอะไร ซึ่งได้ข้อสรุปดังนี้

1. ปัญหาที่ 1 ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งมีความรู้ความชำนาญด้านกฎระเบียบมา บรรยายในการประชุมคณะกรรมการครั้งต่อไป

2. ปัญหาข้อที่ 2 ให้คณะกรรมการบริหารและคณะทำงานทุกคนออกประชาคมร่วมกัน ทุกหมู่บ้านในการจัดทำแผนงาน/โครงการด้านสุขภาพ ปี 2557

3. จัดทำโครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกองทุนตำบล โดยรถ ประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุ ชุมชน และจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์การดำเนินงานในชุมชน สามารถแก้ปัญหาที่ 3 และ 4 ได้

4. จัดทำโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรมด้านสุขภาพตำบลลำนางรอง (กำหนดจัด ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557)

ถึงตอนนี้เป็นเวลา 15.00 น. ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าผู้เข้าร่วมประชุมเริ่มอยากเลิกเพราะใกล้ เวลาเลิกเรียน หลายคนมีภารกิจต้องไปรับลูกหลานกลับบ้าน จึงถามที่ประชุมว่า “เรายังมีอีก 1 กิจกรรมคือการจัดทำแผนปฏิบัติการตามโครงการ และกิจกรรมที่เสนอมา รวมทั้งกำหนดบทบาทในการ รับผิดชอบร่วมกัน”

“...การประชุมในวันนี้เราได้ความคิดต่าง ๆ มากมาย และพอจะเป็นแนวทางร่วมกันที่จะ พัฒนากองทุนให้มีความเจริญก้าวหน้าต่อไป ผมขอความร่วมมือประชุมกันอีก 1 วันได้หรือไม่...”

(ประธานกรรมการ. วันที่ 18 ธันวาคม 2556: การประชุม)

“...เห็นด้วยกับท่านประธานเพราะเราเดินทางมาถึงโค้งสุดท้ายแล้ว...”

(กรรมการซึ่งเป็นหัวหน้าหน่วยบริการ. วันที่ 18 ธันวาคม 2556: การประชุม)



คณะกรรมการทั้งหมดจึงตกลงที่จะประชุมกันอีกครั้งในวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2556
 ระยะที่ 3 พัฒนาแผนกลยุทธ์สำหรับการสร้างพลังในชุมชน (Developing a Strategic Plan for Community Empowerment)

การนำทางเลือกในการพัฒนามาจัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการในการพัฒนา คณะกรรมการได้นำโครงการที่เลือกไว้ในขั้นตอนที่แล้ว มาจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง เริ่มประชุมเวลา 9.00 น. มีผู้เข้าร่วมประชุม 28 คน เนื่องจากกรรมการบริหาร 4 คนติดราชการที่จังหวัดบุรีรัมย์ โดยก่อนการประชุมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ บรรยายเรื่องระเบียบ ข้อบังคับ และการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นเวลา 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นที่ประชุมจึงกำหนดรายละเอียดกิจกรรม และกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานตามโครงการซึ่งมีทั้งสิ้น 3 โครงการ ได้แก่

1. โครงการประชุมประชาคมสุขภาพ ตำบลลำปางรอง กำหนดระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 8 – 14 มกราคม พ.ศ. 2557 โดยกำหนดกรรมการที่อาศัยในแต่ละหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการ

2. โครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกองทุนตำบล กำหนดระยะเวลาดำเนินการ เดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2557

3. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมด้านสุขภาพตำบลลำปางรอง
 ขั้นที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action)

ดำเนินการตามแผน เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพลัง

1. โครงการประชุมประชาคมสุขภาพ ตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง เป็นค่าอาหารหมู่บ้านละ 1,500 บาท ดำเนินการวันที่ 8 – 14 มกราคม พ.ศ. 2557 จำนวน 15 หมู่บ้าน โดยมีกรรมการที่อาศัยในแต่ละหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการ หลังจากดำเนินการ คณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ได้รวบรวมสรุปเป็นแผนงาน/โครงการ เพื่อเสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่ออนุมัติ ซึ่งคณะกรรมการบริหารได้ประชุมอนุมัติโครงการในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ดังนี้



ตาราง 4.6 ประเภทโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ได้รับการอนุมัติ ปี พ.ศ. 2557

ประเภทโครงการ	จำนวนโครงการ
แม่และเด็ก	6
ผู้สูงอายุ	4
คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส ปัญหาสุขภาพจิต	3
โรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง	17
คุ้มครองผู้บริโภค	3
การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	5
เยาวชน และเด็กวัยเรียน	7
ผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง	3
บริหารจัดการกองทุนตำบล	2

2. โครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกองทุนตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ในบทบาทการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง กำหนดระยะเวลาดำเนินการ เดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2557 โดยการดำเนินงานมีการบูรณาการร่วมกับการจัดทำประชาคมสุขภาพ การจัดทำบทความประชาสัมพันธ์ส่งให้ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน และส่งให้นักจัดรายการวิทยุชุมชน อ่านออกอากาศทางสถานีวิทยุชุมชนประจำอำเภอ

3. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมด้านสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตำบลลำนางรอง จัดเมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2557 ณ ลานกีฬาอเนกประสงค์องค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง มีการนำวัฒนธรรมมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำนวน 3 เรื่อง คือ 1) โครงการบัดดี้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพบ้านหนองเสม็ด ตำบลลำนางรอง เป็นการจับคู่ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหัวหน้าคุ้มในการเยี่ยมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ลดปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2) การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย บ้านป่าไม้สหกรณ์ ตำบลลำนางรอง เป็นการระดมความร่วมมือในชุมชน ในการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกโดยความร่วมมือของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน นักเรียน สามารถลดปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ และ 3) การดูแลสุขภาพเกษตรกรแบบครบวงจร ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย บ้านโคกเพชร ตำบลลำนางรอง เป็นการส่งเสริมประชาชนให้ปลูกพืชสมุนไพรในครัวเรือนซึ่งเน้นสมุนไพรรางจืด เพื่อลดระดับสารพิษในร่างกาย



จากการสังเกตพบว่ามีประชาชนสนใจเข้าร่วมชมบูตนิทรรศการเป็นจำนวนมาก และคณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน สนใจฟังการนำเสนอวัตกรรมการของผู้นำเสนอเป็นอย่างดี

“...ผมรู้สึกยินดีมากครับ ที่มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ ทำให้เราเห็นว่าของดีในท้องถิ่นเรามีมากมายสามารถนำมาดูแลสุขภาพพี่น้องประชาชนได้...”

(นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง. วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2557: การประชุม)

“...ดีใจมากครับที่ชุมชนมีความห่วงใย ใส่ใจผู้สูงอายุ โดยไม่ทอดทิ้ง...”

(ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลลำปางรอง. วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2557: การประชุม)

“...ดีใจมากครับที่พี่น้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะ使得กองทุนเราประสบความสำเร็จในที่สุด...”

(ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลลำปางรอง. วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2557: การประชุม)

ขั้นที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

ระยะที่ 4 การติดตามผลและย้อนกลับไปกำหนดใหม่ (Follow up and re – Assessments)

การติดตามผลการดำเนินงาน ได้ดำเนินการโดยใช้แบบติดตามนิเทศความก้าวหน้า การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุน มีการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบบันทึกรายงานการประชุม แบบบันทึกการสัมภาษณ์ แบบสอบถามการประเมินการบริหารจัดการกองทุน พบว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุน มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานตามคู่มือสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ และมีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง ซึ่งเป็นเลขานุการกองทุน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับด้านระเบียบการดำเนินงานของกองทุน ในส่วนของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพยังขาดการมีส่วนร่วมในการสมทบงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ และจากการ ติดตามนิเทศงาน ในวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2557 ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ในการนิเทศ ติดตามงาน โดยใช้แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการประเมินในไตรมาสแรกด้วย เมื่อประเมินเสร็จพบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับ A+ เป็นศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ คะแนนเท่ากับ 92 คะแนน ดังตาราง 4.7



ตาราง 4.7 ผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง
โดยคณะกรรมการติดตามประเมินผลอำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2557

หมวดการประเมิน	ผลการประเมิน
หมวดที่ 1 การบริหารจัดการกองทุน (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)	57
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วม (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)	25
หมวดที่ 3 การสร้างนวัตกรรม (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	10
คะแนนรวม	92

ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับผลปฏิบัติงาน (Reflection)

ได้ใช้เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุน จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามแผนปฏิบัติการโดยการถอดบทเรียนหลังการดำเนินกิจกรรมหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหา อุปสรรค จากการพัฒนาและนำข้อมูลที่ได้ ไปวางแผนแก้ไขการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในวงรอบต่อไป โดยการสนทนากลุ่มถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ดำเนินการในวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2557 หลังจากการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยมีประเด็นคำถามหลักสำหรับการถอดบทเรียน มีดังนี้

1. ประเด็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานหรือปัจจัยที่ต้องแสวงหา

- 1.1 คำนียาม
- 1.2 ส่วนประกอบ
- 1.3 การเก็บข้อมูล / วัดได้
- 1.4 มีแผนงาน
- 1.5 มีการดำเนินงานตามแผน
- 1.6 มีการถอดบทเรียนอย่างเป็นระบบ

2. ปัจจัยความสำเร็จ / ความล้มเหลว

- 2.1 ทุนเดิม (เงิน/คน/อื่น ๆ /ทุนทางสังคม เช่น วัฒนธรรม)
- 2.2 มีกิจกรรม / วิธีที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
- 2.3 ระดับความเป็นเจ้าของแผนงานโครงการ ร่วมกัน
- 2.4 ความสามารถของวิทยากรกระบวนการ
- 2.5 ปัจจัยสู่ความสำเร็จ / ล้มเหลว / การรับผิดชอบร่วมกัน

สรุปผลจากการถอดบทเรียน สามารถสรุปบทเรียนเป็นภาพรวมดังนี้

1. ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีดังนี้

- 1.1 การมีบริบทและที่ตั้งของชุมชนที่มีการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมที่สะดวก

ส่งผลให้การติดต่อประสานงาน มีความสะดวก รวดเร็วไม่ยากลำบาก



1.2 การสร้างเสริมองค์ความรู้ให้แก่คณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน ทำให้เห็นความสำคัญของการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์ประเมินได้มากขึ้น

1.3 ในส่วนของโครงการที่เป็นการดำเนินงานกับสิ่งใกล้ตัวและจับต้องได้นั้นทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

1.4 การดำเนินงานโดยใช้การมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของโครงการทุกอย่าง ก่อให้เกิดความตั้งใจในการดำเนินงาน และเป็นการสร้างความสามัคคีที่ดีให้เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ

1.5 การมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการกองทุน ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

1.6 การมีระบบสื่อสารที่ดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ตลอดเวลา ทั้งในขณะดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดเวทีแต่ละครั้ง ทำให้สามารถลดความขัดแย้ง กรณีมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้อย่างเหมาะสม

ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ดังที่กล่าวมาแล้วสามารถสรุปเป็นกระบวนการได้ดังนี้

ใช้การมีส่วนร่วมดำเนินการ (Participation ; P)

ความรู้ ความเข้าใจ ในงาน (Understanding ; U)

บริบทของพื้นที่เป็นฐาน (Context Base ; B)

ผู้นำกล่าคิด กล้าเปลี่ยน เรียนรู้งาน (Leadership ; L)

การสื่อสารตลอดเวลา (Information ; I)

มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Continuous monitoring ; C)

2. ด้านปัญหา อุปสรรคการดำเนินงาน มีดังนี้

2.1 จากการที่กรรมการบริหารและอนุกรรมการ มีความหลากหลายในการประกอบอาชีพ ได้แก่ ข้าราชการ เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย จึงทำให้ช่วงเวลาในการรวมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมไม่แน่นอน

2.2 งบประมาณกองทุนตำบลที่ใช้ดำเนินกิจกรรมให้เป็นตามแผน มีงบในการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการน้อย ทำให้การจัดกิจกรรมบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้ หรือระเบียบไม่เอื้ออำนวย ทำให้ต้องขอใช้งบอื่น เช่น งบประมาณในการจัดประชุมทำแผน เป็นต้น

หลังจากนั้นประธานกรรมการบริหารกองทุน เลขานุการกองทุน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย ได้ร่วมพูดคุยให้กำลังใจ ในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่และวัตถุประสงค์การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุน ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้



“...การพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ แม้เราจะได้คะแนนการประเมินกลับมาเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ แล้วก็ตาม แต่พวกเราจะต้องทำให้เกิดความต่อเนื่องให้ได้ ไม่ใช่เพื่อคะแนนประเมินแต่เพื่อพี่น้องประชาชนเรา...”

(ประธานกรรมการบริหาร. วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2557: การประชุม)

“...ผมจะติดตามการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามระเบียบ และการบันทึกรายงานในระบบออนไลน์ ให้มีความถูกต้อง ทันเวลา...”

(คณะกรรมการบริหารและเลขานุการ. วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2557: การประชุม)

“...ทุกวันนี้ประชาชนมีความตื่นตัวด้านสุขภาพมาก ดังนั้นเราจะต้องทำกองทุนตำบลให้มีความเข้มแข็งก้าวหน้า เพื่อช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดี...”

(คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ. วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2557: การประชุม)

“...เมื่อก่อนไม่ค่อยเข้าใจเรื่องกองทุนตำบลเท่าไร แต่ทุกวันนี้เริ่มเข้าใจมากขึ้น และตอบคำถามชาวบ้านได้แล้ว...”

(คณะกรรมการตัวแทน อสม. วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2557: การประชุม)

จากการสนทนากับคณะกรรมการบริหาร และคณะทำงาน ได้เสนอให้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการพัฒนาทุกปี

4.4 สถานการณ์หลังการพัฒนา

ผลการศึกษาเชิงสำรวจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง หลังการพัฒนา โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของประชากร กลุ่มเดิมจัดเก็บข้อมูล หลังการเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2557 เวลา 15.30 น. ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง โดยจัดเก็บข้อมูล 3 ส่วน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง และ 3) ความพึงพอใจในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ผลการศึกษามีดังนี้

4.4.1 ความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง

จากการตอบแบบสอบถามพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 93.5 คะแนนน้อยที่สุด ร้อยละ 80 มากที่สุด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีความรู้สูง จำนวน 34 คน ร้อยละ 100 ดังตาราง 4.8



ตาราง 4.8 ความถี่ ร้อยละของประชากรหลังการพัฒนา จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้หลังการพัฒนา	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0)	0	0.0
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9)	0	0.0
สูง (คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป)	34	100.0
$\bar{x} \pm SD$	93.5 ± 6.91	
Min, Max	80.0 , 100	

โดยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามตอบถูกส่วนใหญ่ คือ ข้อ 5 กลุ่มเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ คือ กลุ่มแม่และเด็ก, กลุ่มเด็กแรกเกิด - 6 ปี , กลุ่มอายุ 6 - 25 ปี, กลุ่มวัยทำงาน และผู้พิการหรือทุพพลภาพ ข้อ 7 กองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องจัดเวทีประชาคมเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน เพื่อเป็นการสร้างการรับรู้ ต่อบทบาท ภารกิจและผลงานของกองทุน ข้อ 8 ชุมชนสามารถเขียนโครงการเสนอของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ ร้อยละ 97.1 รองลงมาคือ ข้อ 9 โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกองทุนทุกโครงการ ข้อ 10 การใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ไม่จำเป็นต้องทำบัญชี ร้อยละ 94.1 และข้อ 1 กองทุนหลักประกันสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่ม สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง ข้อ 2 ภารกิจหลักของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่คือการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ข้อ 3 งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ลำปางรอง ได้รับสนับสนุน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ข้อ 4 ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง ข้อ 6 กองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพทุกปี ร้อยละ 91.2

4.4.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง

ผู้วิจัยได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม พบว่าคณะกรรมการมีส่วนร่วมในระดับสูงเกือบทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ 3.98 น้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ 3.25 ดังตาราง 4.9



ตาราง 4.9 ระดับการมีส่วนร่วมของประชากรหลังการพัฒนา จำแนก 5 ด้าน

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหลังการพัฒนา	$\bar{x}$	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ	3.98	0.48	มาก
การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ	3.25	0.31	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล	3.50	0.36	มาก
การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์	3.50	0.36	มาก
การมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม	3.67	0.57	มาก

โดยพบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดที่ 4.32 และส่วนร่วมในการเผยแพร่ผลงานของกองทุนผ่านสื่อต่างๆ ให้ประชาชนได้รับทราบ 2.47 และการมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ผลงานของกองทุนผ่านสื่อต่างๆ ให้ประชาชนได้รับทราบ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 1.61

4.4.3 ความพึงพอใจในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง

ผู้วิจัยได้จำแนกความพึงพอใจของคณะกรรมการในการดำเนินงานออกเป็น 5 ด้าน คือ ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ ความพึงพอใจด้านการประเมินผล ความพึงพอใจด้านการรับผลประโยชน์ ความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรม พบว่าคณะกรรมการมีส่วนร่วมในระดับสูงทั้ง 5 ด้าน โดยมีความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรมพบมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.04 ดังตาราง 4.10

ตาราง 4.10 ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของประชากรจำแนก 5 ด้านหลังการพัฒนา

ความพึงพอใจในการบริหารจัดการหลังการพัฒนา	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ	3.73	0.34	สูง
ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ	3.69	0.52	สูง
ความพึงพอใจด้านการประเมินผล	3.76	0.62	สูง
ความพึงพอใจด้านการรับผลประโยชน์	3.91	0.49	สูง
ความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรม	4.04	0.70	สูง

โดยพบว่าท่านมีความพึงพอใจในการสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.08 รองลงมา คือ ความพึงพอใจในการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดย อสม. และความพึงพอใจที่ชุมชนได้รับประโยชน์จากการ



ดำเนินงานกองทุน คณะเฉลี่ย 4.02 และ 4.00 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ความพึงพอใจการกำหนดรูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน ความพึงพอใจในการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุน มีคะแนนเฉลี่ย 3.44

4.5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยกระบวนการพัฒนา

ผลการเปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ก่อนและหลังการพัฒนา

4.5.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4.11

4.5.2 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ก่อนและหลังพัฒนามีดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ พบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4.11
- 2) การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ พบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมไม่พบความแตกต่าง ดังตาราง 4.11
- 3) การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล พบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4.11
- 4) การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ พบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4.11
- 5) การมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม พบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4.11

4.5.3 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า

- 1) ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4.11



- 2) ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4.11
- 3) ความพึงพอใจด้านการประเมินผล พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจไม่พบความแตกต่าง ดังตารางที่ 4.11
- 4) ความพึงพอใจด้านการรับผลประโยชน์ พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจไม่พบความแตกต่าง ดังตารางที่ 4.11
- 5) ความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรม พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4.11

ตาราง 4.11 เปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดำเนินงานของ คณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=34)

หัวข้อการเปรียบเทียบ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรู้	2.29	0.90	3.00	0.00	-4.54	<0.001*
การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ	2.29	0.52	2.94	0.24	-6.93	<0.001*
การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ	2.29	0.46	2.53	0.50	-1.76	0.088
การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล	2.38	0.49	2.67	0.47	-2.38	0.023*
การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์	2.03	0.90	2.52	0.50	-4.74	<0.001*
การมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม	2.26	0.51	2.58	0.49	-2.46	0.019*
ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ	2.03	0.17	2.82	0.39	-11.28	<0.001*
ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ	2.29	0.46	2.64	0.48	-3.19	0.003*
ความพึงพอใจด้านการประเมินผล	2.44	0.50	2.64	0.48	-1.56	0.128
ความพึงพอใจด้านการรับผลประโยชน์	2.11	0.54	2.94	0.24	-7.67	<0.001*
ความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรม	2.61	0.49	2.85	0.36	-2.09	0.044*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองสู่การเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ (A+) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

5.1 ความมุ่งหมายการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

5.1.2.1 เพื่ออธิบายบริบทและรูปแบบการจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.2.2 เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.2.3 เพื่อวัดความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ในกระบวนการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.2.4 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ในการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ก่อนและหลังดำเนินการ



5.2 สรุปผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามความมุ่งหมายของการวิจัยดังนี้

5.2.1 องค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง ตั้งอยู่บนพื้นที่อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ห่างจากตัวอำเภอไปตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 384 ประมาณ 15 กิโลเมตร มีหมู่บ้านภายใต้เขตการปกครอง จำนวน 15 หมู่บ้าน มีประชากร 8,796 คน แบ่งเป็น ชาย 4,586 คน หญิง 4,210 คน จำนวนหลังคาเรือน 2,234 หลังคา มีพื้นที่ทั้งสิ้น 448 ตารางกิโลเมตร ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ใช้ภาษาพื้นบ้านอีสาน นับถือศาสนาพุทธ ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำนางรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสม็ด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนดินแดง (บ้านป่าไม้สหรณ์) ในปีงบประมาณ 2556 อันดับ 1 คือโรคระบบหายใจ 3,264 คน รองลงมาคือโรคระบบกล้ามเนื้อ 1,951 คน อาการผิดปกติทางคลินิก 1,142 คน โรคระบบย่อยอาหาร 1,135 คน โรคระบบไหลเวียนเลือด 952 คน ตามลำดับ องค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง ได้เข้าร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นนำร่องของอำเภอโนนดินแดง เมื่อปี พ.ศ. 2549 ผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ปี 2555 ได้ 69 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง (B)

5.2.2 ผลการศึกษาเชิงสำรวจก่อนการพัฒนาคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองพบว่า

5.2.2.1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากร พบว่าเป็นเพศชาย 17 คน และเพศหญิง 17 คน อายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี อายุเฉลี่ย 43 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 35.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพรับราชการ ร้อยละ 32.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.4 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.2 รายได้เฉลี่ย 14,194.1 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 4,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 35,000 บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 8,500 – 15,000 บาท ร้อยละ 35.3 คณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการจากชุมชน ร้อยละ 44.1 มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับ อบต. หรือ กองทุน เฉลี่ย 3.3 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปี ร้อยละ 32.4 รองลงมาคือ 2 ปี ร้อยละ 20.6 โดยมีคณะกรรมการส่วนที่เป็นคณะทำงานมากที่สุด ร้อยละ 47.1

5.2.2.2 ความรู้ของคณะกรรมการกองทุนตำบลลำนางรอง เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง ร้อยละ 76.1 (S.D. = 18.5) คะแนนน้อยที่สุด ร้อยละ 40 มากที่สุด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีความรู้สูง ร้อยละ 58.8 รองลงมาที่มีความรู้ต่ำ ร้อยละ 29.4 และความรู้ปานกลาง ร้อยละ 11.8

5.2.2.3 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนตำบลลำนางรอง ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง พบว่าคณะกรรมการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วม



ร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย คือ 2.94, 2.88, 3.03, 2.54 และ 2.88 ตามลำดับ

5.2.5.4 ความพึงพอใจของคณะกรรมการกองทุนตำบลลำนางรอง ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง พบว่ามีความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรม มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยที่ 3.60 รองลงมาคือ ความพึงพอใจด้านการรับผลประโยชน์ ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ ความพึงพอใจด้านการประเมินผล ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ มีคะแนนเฉลี่ยที่ 3.31, 3.02, 2.63 และ 2.58 ตามลำดับ

5.2.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการปฏิบัติการ (Preparation Prior to the Implementation of the Methodology) ผู้วิจัยได้ศึกษา และจัดเก็บจากการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ในองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ข้อมูลการประเมิน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง จัดเก็บข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง จากการทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลในการประชุม ในวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง จำนวน 34 คน ผลผลิตคือมีมติให้มีการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนให้เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์การเรียนรู้ จากการสังเกตพบว่าผู้ร่วมประชุมสนใจในการตอบแบบสอบถาม และสนใจฟังการประชุมเป็นอย่างดี

ระยะที่ 2 ระยะกำหนดวิธีการ (Assessment)

5.2.3.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน ครั้งที่ 1 ในวันที่ 18 ธันวาคม 2556 ณ ศาลาการเปรียญวัดเขากระเจียว หมู่ที่ 13 ตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้เข้าร่วมประชุมครบ 34 คน โดยที่ประชุมร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการบริหารจัดการกองทุน สรุปได้ดังนี้ อันดับ 1 ขาดความรู้ที่ถูกต้องในกฎระเบียบต่าง ๆ เนื่องจากกรรมการส่วนใหญ่เพิ่งทำหน้าที่ได้ไม่นาน อันดับ 2 คณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน ขาดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการจัดทำแผนงาน / โครงการ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ อันดับ 3 ประชาชนไม่รู้สิทธิประโยชน์ บทบาท ภารกิจของกองทุน อันดับ 4 การประชาสัมพันธ์การดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการของกองทุนตำบลไม่ทั่วถึง อันดับ 5 ไม่มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในตำบล โดยได้เลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา คือปัญหาที่ 1 แก้ไขโดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล แก่คณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน ปัญหาที่ 2 แก้ไขโดยจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงาน/โครงการกองทุนตำบลอย่างมีส่วนร่วม ปัญหาที่ 3 แก้ไขโดยกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกองทุนตำบล ปัญหาที่ 4 แก้ไขโดยให้จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์โครงการตามเกณฑ์มาตรฐานสำนักงานหลักประกันสุขภาพทุกโครงการ และปัญหาที่ 5 แก้ไขโดยให้มีการจัดประกวดนวัตกรรมดูแลสุขภาพในตำบล ถึงตอนนี้ ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าผู้เข้าร่วมประชุมเริ่มกระวนกระวายและขอตัวกลับ ด้วยภารกิจต่าง ๆ จึงนัดประชุมกันอีก 1 วันเพื่อกำหนดแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาในระยะที่ 3



ระยะที่ 3 พัฒนาแผนกลยุทธ์สำหรับการสร้างพลังในชุมชน (Developing a Strategic Plan for Community Empowerment)

เป็นการประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาทางเลือกการแก้ไขปัญหาสู่การจัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการในการพัฒนา ในวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง มีผู้เข้าร่วมประชุม 28 คน โดยก่อนการประชุมผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง ได้บรรยายเรื่องระเบียบ ข้อบังคับ และการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ หลังจากนั้นที่ประชุมจึงกำหนดรายละเอียดกิจกรรม และกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานตามโครงการซึ่งมีทั้งสิ้น 3 โครงการ ได้แก่ โครงการประชุมประชาคมสุขภาพ ตำบลลำนางรอง โดยกำหนดกรรมการที่อาศัยในแต่ละหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการ โครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกองทุนตำบล และโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรมด้านสุขภาพตำบลลำนางรอง

5.2.3.2 ผลการดำเนินงานโครงการประชุมประชาคมสุขภาพ ตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน ดำเนินการวันที่ 8 – 14 มกราคม พ.ศ. 2557 จำนวน 15 หมู่บ้าน โดยมีกรรมการที่อาศัยในแต่ละหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการ หลังจากดำเนินการคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ได้รวบรวมสรุปเป็นแผนงาน/โครงการ เสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งคณะกรรมการบริหารได้ประชุมอนุมัติโครงการในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ดังนี้

ผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกองทุนตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจในบทบาทการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง กำหนดระยะเวลาดำเนินการเดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2557 โดยการดำเนินงานมีการบูรณาการร่วมกับการจัดทำประชาคมสุขภาพ การจัดทาบทความประชาสัมพันธ์ส่งให้ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน และส่งให้นักจัดรายการวิทยุชุมชน อ่านออกอากาศทางสถานีวิทยุชุมชนประจำอำเภอ ผู้วิจัยพบว่าผู้นำชุมชนมีความกระตือรือร้นในการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวทุกหมู่บ้าน และมีสถานีวิทยุชุมชนซึ่งออกอากาศ จำนวน 1 สถานีคือ สถานีวิทยุชุมชนวัดบ้านหนองสะแกกวน

5.2.3.3 ผลการดำเนินงานโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรมด้านสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตำบลลำนางรอง จัดเมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2557 ณ ลานกีฬาอเนกประสงค์องค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง มีการนำนวัตกรรมมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำนวน 3 เรื่อง คือ 1) โครงการบัดดี้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพบ้านหนองเสม็ด ตำบลลำนางรอง เป็นการจับคู่ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหัวหน้าคุ้มในการเยี่ยมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ลดปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2) การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย บ้านป่าไม้สหกรณ์ ตำบลลำนางรอง เป็นการระดมความร่วมมือในชุมชน ในการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกโดยความร่วมมือของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน นักเรียน สามารถลดปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ และ 3) การดูแลสุขภาพเกษตรกรแบบครบวงจร ปลอดภัย ปลอดภัย บำบัดโรค บำบัดโคกเพชร ตำบลลำนางรอง เป็นการส่งเสริมประชาชนให้ปลูกพืชสมุนไพรในครัวเรือนซึ่ง



เน้นสมมุติฐานเพื่อลดระดับสารพิษในร่างกาย จากการสังเกตพบว่ามีประชาชนสนใจเข้าร่วมชมบูตนิทรรศการเป็นจำนวนมาก และคณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน สนใจฟังการนำเสนอนวัตกรรมของผู้นำเสนอเป็นอย่างดี

ระยะที่ 4 การติดตามผลและย้อนกลับไปกำหนดใหม่ (Follow up and re – Assessments)

5.2.3.4 ผลการติดตามผลการดำเนินงาน พบว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุน มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานตามคู่มือสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ และมีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง ซึ่งเป็นเลขานุการกองทุน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับด้านระเบียบการดำเนินงานของกองทุน ในส่วนของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพยังขาดการมีส่วนร่วมในการสมทบงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ

5.2.3.5 การติดตาม นิเทศงาน ในวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2557 ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง โดยใช้แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยกรรมการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง จำนวน 3 คน และคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง จำนวน 34 คน พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับ A+ เป็นศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ คะแนนเท่ากับ 92 คะแนน และหลังจากการประเมิน ผู้วิจัยได้ทำการการถอดบทเรียนหลังการดำเนินกิจกรรม หาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหา อุปสรรค จากการพัฒนาและนำข้อมูลที่ได้ ไปวางแผนแก้ไขการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในวงรอบต่อไป โดยการสนทนากลุ่มถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน พบว่าด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) การมีบริบทและที่ตั้งของชุมชนที่มีการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมที่สะดวก ส่งผลให้การติดต่อประสานงาน มีความสะดวก รวดเร็วไม่ยากลำบาก 2) การสร้างเสริมองค์ความรู้ให้แก่คณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน ทำให้เห็นความสำคัญของการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์ประเมินได้มากขึ้น 3) ในส่วนของโครงการที่เป็นการดำเนินงานกับสิ่งใกล้ตัวและจับต้องได้นั้นทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี 4) การดำเนินงานโดยใช้การมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของของโครงการทุกอย่างก่อให้เกิดความตั้งใจในการดำเนินงาน และเป็นการสร้างความสามัคคีที่ดีให้เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ 5) การมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการกองทุน ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ 6) การมีระบบสื่อสารที่ดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ตลอดเวลา ทั้งในขณะที่ยังดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดเวทีแต่ละครั้ง ทำให้สามารถลดความขัดแย้ง กรณีมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้อย่างเหมาะสม ด้านปัญหา อุปสรรคการดำเนินงาน คือ 1) จากการที่กรรมการบริหารและทำงาน มีความหลากหลายในการประกอบอาชีพ ได้แก่ ข้าราชการ เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย จึงทำให้ช่วงเวลาในการรวมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมไม่แน่นอน 2) งบประมาณกองทุนตำบลที่ใช้ดำเนินกิจกรรมให้เป็นตามแผนมีงบในการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการน้อย ทำให้การจัดกิจกรรมบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้หรือระเบียบไม่เอื้ออำนวย ทำให้ต้องขอใช้งบอื่น เช่น งบประมาณในการจัดประชุมทำแผน เป็นต้น



5.2.4 ผลการศึกษาเชิงสำรวจหลังการพัฒนาคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองพบว่า

5.2.4.1 ความรู้ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 93.5 (SD = 6.9) คะแนนน้อยที่สุด ร้อยละ 80 มากที่สุด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีความรู้สูง จำนวน 34 คน ร้อยละ 100

5.2.4.2 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง พบว่าคณะกรรมการมีส่วนร่วมในระดับสูงเกือบทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ 3.98 รองลงมาคือการมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม 3.67 การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล 3.50 การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ 3.50 และน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ 3.25 ตามลำดับ

5.2.4.3 ความพึงพอใจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง พบว่าคณะกรรมการมีส่วนร่วมในระดับสูงทั้ง 5 ด้าน โดยมีความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรมพบมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.04 รองลงมาคือ ความพึงพอใจด้านการรับผลประโยชน์ 3.91 ความพึงพอใจด้านการประเมินผล 3.76 ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ 3.73 และความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ 3.69 ตามลำดับ

5.2.4.4 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ ไม่พบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการประเมินผล ไม่พบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการรับผลประโยชน์ ไม่พบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3 อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีประเด็นที่จะนำมาอภิปรายผลดังนี้



5.3.1 ความรู้ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และความพึงพอใจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พบว่าภายหลังการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง คณะกรรมการบริหารและ คณะทำงานกองทุนฯ มีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลกับการศึกษาของ อวยพร พิศเพ็ง (2553) ที่ได้ศึกษาการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ตำบลเมืองแก อำเภอนาทม จังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้การจัดการอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พบว่า ภายหลังการทดลองแกนนำสุขภาพ มีคะแนนความรู้เรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีความพึงพอใจ และมีส่วนร่วม ระดับเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เบญจวรรณ ผิวม่วง และคณะ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนตำบลเพิ่มมากขึ้น ชัยชัย ชัยสว่าง (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย โดยใช้กิจกรรมการอบรมพัฒนาศักยภาพ พบว่าหลังการประชุม ผู้เข้ารับการประชุมทำแบบทดสอบ มีคะแนนเฉลี่ยที่ 27 คะแนน (90%) ซึ่งมากกว่าก่อนการประชุม คือ ผู้เข้าร่วมประชุมทำแบบทดสอบ มีคะแนนเฉลี่ยที่ 18 คะแนน (60%) พรสวรรค์ มาแสง (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพการบริหารงบประมาณตามระบบหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารงานของคุชเช พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการงบประมาณอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทั้งนี้ในด้านความรู้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน ครั้งที่ 1 ที่ประชุมได้มีมติให้จัดกิจกรรมบรรยายเรื่องระเบียบ ข้อบังคับ และการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ แก่คณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน โดยวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง มาบรรยายให้ความรู้ รวมทั้งมีการสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น

ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง เกิดจากแผนปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนฯ ที่ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนฯ ได้ร่วมกันกำหนดและดำเนินการ คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการจัดทำแผนการดำเนินงานกองทุนฯ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการระดมสมองในเชิงสร้างสรรค์ ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานของกองทุนฯ การกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และกำหนดโครงการในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุน คือ โครงการประชุมประชาคมสุขภาพ โครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกองทุนตำบล และโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรมด้าน



สุขภาพตำบลลำปางรอง ซึ่งคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการที่ได้วางแผนร่วมกัน

5.3.2 รูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรองพบว่า ภายหลังการพัฒนาการดำเนินงานกองทุน ฯ พบว่าคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะทำงานกองทุน มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานตามคู่มือสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ และมีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง ซึ่งเป็นเลขานุการกองทุน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับด้านระเบียบการดำเนินงานของกองทุน จากการประเมินประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับ A+ เป็นศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ โดยคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกด้านทั้งด้านการบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านนวัตกรรม โดยเฉพาะในด้านนวัตกรรมสุขภาพซึ่งได้คะแนนเป็น 0 ในการประเมินครั้งที่แล้ว คราวนี้ได้คะแนนเต็ม สอดคล้องกับผลการศึกษาของชาญชัย ชัยสว่าง (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพ การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนิเทศติดตามสนับสนุน พบว่า ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยรวมและรายได้ทุกด้าน มีระดับการดำเนินงานหลังพัฒนาดีขึ้นจากการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อุดม ตรีอินทอง (2552) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างพลังในการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจและทฤษฎีการบริหารจัดการ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติงานด้านการวางแผน ด้านการบริหารงานบุคคล การบริหารงบประมาณ การรายงานผลและผลการดำเนินงานมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทั้งนี้เพราะแผนปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ที่ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานกองทุนได้ร่วมกันกำหนดขึ้นและดำเนินการ คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการในการวางแผนการดำเนินงานแก้ไขและพัฒนากองทุน โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ระยะเตรียมการก่อนการปฏิบัติการ (Preparation Prior to the Implementation of the Methodology) ซึ่งใช้วิธีการสังเกตและอภิปรายสิ่งที่ผ่านมาเพื่อที่จะกำหนดวิธีการเสริมสร้างพลังชุมชน ระยะที่ 2 ระยะกำหนดวิธีการ (Assessment) โดยมี 2 กิจกรรม คือ การกำหนดวิธีการเสริมสร้างพลัง โดยให้คณะกรรมการบริหารและคณะอนุกรรมการอธิบายสถานการณ์ในปัจจุบันของชุมชน เรียงความสำคัญมาตามความคิดเห็นของกลุ่ม และกำหนดแนวทางการพัฒนา ระยะที่ 3 พัฒนาแผนกลยุทธ์สำหรับการสร้างพลังชุมชน (Developing a Strategic Plan for Community Empowerment) โดยคณะกรรมการจะต้องมีความสามารถในการเปลี่ยนผ่านข้อมูล เป็นกิจกรรม ที่จะถูกทำให้สำเร็จโดยการวางแผนกลยุทธ์สำหรับการเปลี่ยนแปลงในทางบวกโดยใช้ 3 ขั้นตอน คือ การตัดสินใจที่หาว่าอะไรที่จะพัฒนาสถานการณ์ปัจจุบันให้ดีขึ้น การพัฒนาแผนกลยุทธ์เพื่อที่จะปรับปรุงสถานการณ์ปัจจุบันและการกำหนดทรัพยากรที่จำเป็นที่ต้องใช้ และระยะที่ 4 การติดตามผลและย้อนกลับไปกำหนดใหม่ (Follow up and re – Assessments) โดยได้จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน การนิเทศประเมินที่เปิดเผยและคณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน

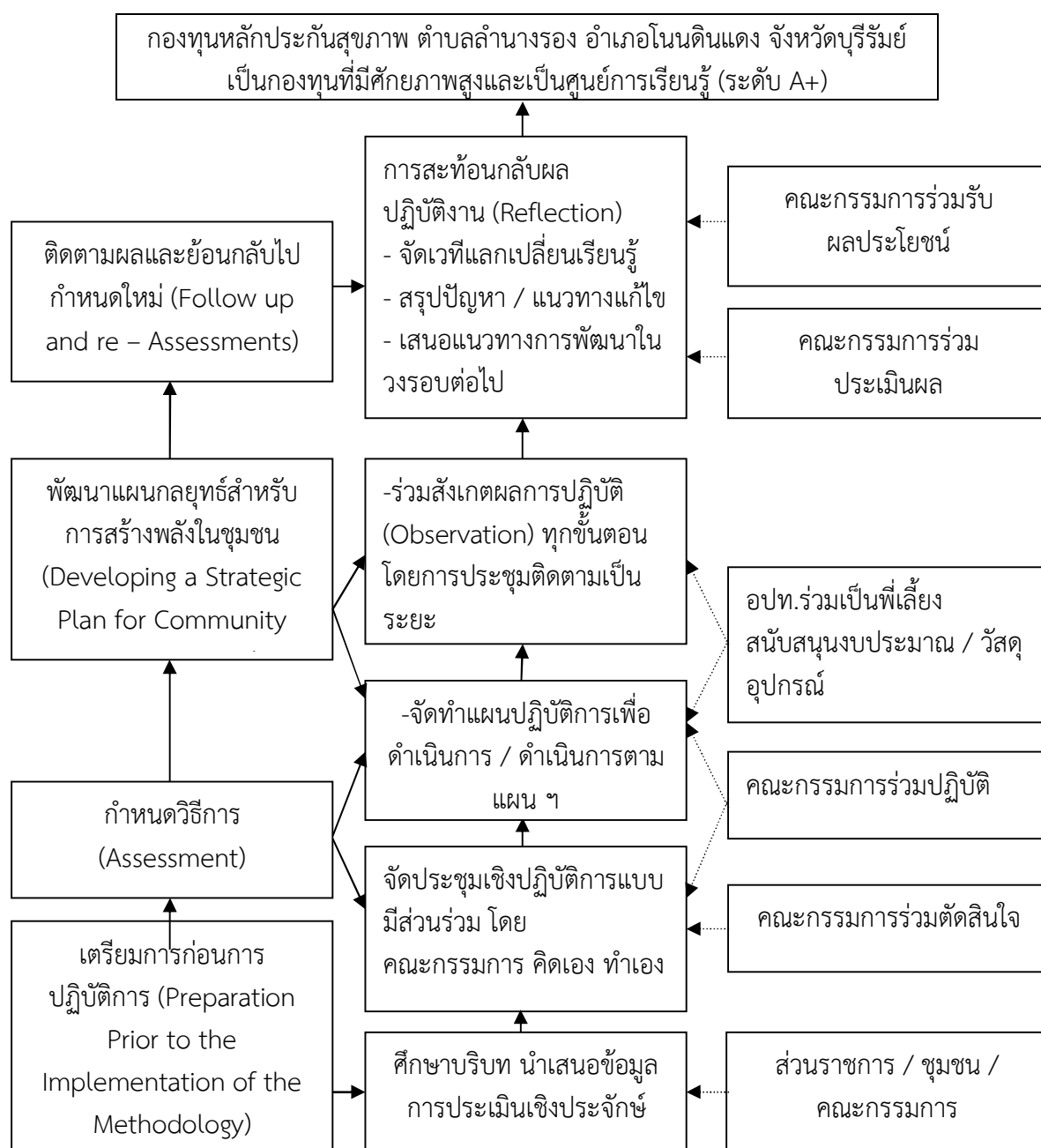


ทุกคนร่วมกันรับประเมิน ฟังสรุปผลการประเมิน และอภิปรายผลถอดบทเรียนร่วมกัน โดยพบว่าด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีบริบทและที่ตั้งของชุมชนที่มีการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมที่สะดวก ส่งผลให้การติดต่อประสานงาน มีความสะดวก รวดเร็วไม่ยากลำบาก การสร้างเสริมองค์ความรู้ให้แก่คณะกรรมการบริหารและคณะทำงาน ทำให้เห็นความสำคัญของการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์ประเมินได้มากขึ้น การดำเนินงานในโครงการที่เป็นการดำเนินงานกับสิ่งใกล้ตัวและจับต้องได้นั้นทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี การดำเนินงานโดยใช้การมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของของโครงการทุกอย่าง ก่อให้เกิดความตั้งใจในการดำเนินงาน และเป็นการสร้างความสามัคคีที่ดีให้เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ การมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการกองทุน ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ และการมีระบบสื่อสารที่ดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ตลอดเวลา ทั้งในขณะที่ยังดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดเวทีแต่ละครั้ง ทำให้สามารถลดความขัดแย้งกรณีมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้อย่างเหมาะสม ด้านปัญหา อุปสรรคการดำเนินงาน คือ จากการที่กรรมการบริหารและอนุกรรมการ มีความหลากหลายในการประกอบอาชีพ ได้แก่ ข้าราชการ เกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย จึงทำให้ช่วงเวลาในการรวมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมไม่แน่นอน งบประมาณกองทุนตำบลที่ใช้ดำเนินกิจกรรมให้เป็นตามแผน มีงบในการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการน้อย ทำให้การจัดกิจกรรมบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้ หรือระเบียบไม่เอื้ออำนวย ทำให้ต้องขอใช้งบอื่น เช่น งบประมาณในการจัดประชุมทำแผน เป็นต้น

ดังนั้น กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการ ซึ่งมีการมีการระดมความคิด วิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของกองทุนที่ผ่านมา ทำให้ได้เข้าใจปัญหาที่แท้จริง จึงมีการร่วมกันนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาโดยการเสนอโครงการที่ส่งผลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนและการก่อให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพของประชาชน การได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนอย่างต่อเนื่อง การร่วมรับการประเมินผลร่วมกันของคณะกรรมการจากหน่วยงานภายนอกทำให้คณะกรรมการสามารถวิเคราะห์ วางแผนพัฒนาในโอกาสต่อไป ทำให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สามารถสรุปเป็นกระบวนการได้เป็น PUBLIC Process ดังนี้

ใช้การมีส่วนร่วมดำเนินการ (Participation ; P) ความรู้ ความเข้าใจ ในงาน (Understanding ; U) บริบทของพื้นที่เป็นฐาน (Context Base ; B) ผู้นำกล้าคิด กล้าเปลี่ยน เรียนรู้ งาน (Leadership ; L) การสื่อสารตลอดเวลา (Information ; I) มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Continuous monitoring ; C) ซึ่งนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนากองทุนโดยสรุปได้ดังนี้





ภาพประกอบ 5.1 รูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง

5.4 ข้อเสนอแนะ

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้



5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.4.1.1 การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางรอง ทำให้กองทุนฯ มีการพัฒนาดีขึ้นสามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในพื้นที่อื่น ๆ ได้ โดยมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ควรนำมาพิจารณาประกอบด้วย ได้แก่ ความร่วมมือของคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนในชุมชน แกนนำในชุมชน และผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญ และร่วมการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของการพัฒนา เป็นต้น

5.4.1.2 การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางรองเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) ซึ่งไม่มีความยุ่งยากเพราะแต่ละขั้นตอนของการวิจัยขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้วิจัยสามารถนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มาใช้ร่วมกับการวิจัย สามารถถึงศักยภาพของคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา

5.4.1.3 คณะกรรมการบริหารกองทุน และคณะอนุกรรมการกองทุน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตน โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมรูปแบบต่าง ๆ ตามความเหมาะสมและบริบท ของพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ คือ ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองได้

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรมีการส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รูปแบบอื่น ๆ เช่น กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research ; PAR) เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย สามารถนำไปประยุกต์ได้ในหลายพื้นที่ ทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของแผนงาน/โครงการ จะสามารถส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา เป็นต้น

5.4.2.2 ควรมีการวิจัยต่อในวงรอบที่ 2, 3 และขยายการเสริมสร้างพลังอำนาจถึงระดับชุมชน ประชาชน เพื่อเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการพัฒนา



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2551). *การจัดการสาธารณสุขในชุมชน*. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคาม เปเปอร์.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์. (2546). *สุขภาพและการจัดการ*. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จุฬารณย์ โสตะ. (2546). *กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฉลียว บุรีภักดี และคณะ. (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย.
- ชัชติกา แม่ประสาธ. (2550). *ความรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการนำร่องของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (ราชบุรี). วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.*
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2546). *ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรม ศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยุทธธินทร์การพิมพ์.
- ชาญชัย ชัยสว่าง. (2552) *การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอำเภอ เฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.*
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ. (2551). *การเสริมสร้างพลังอำนาจคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล เพื่อพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2(2), 91-100.*
- ธนกร จีระออน. (2553). *รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- ธีรภูมิ เอกะกุล. (2550). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: องค์ความรู้และการประยุกต์ใช้. วารสารครุทัศน์, 19(9), 67-74.*
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. (2551). *คู่มือการวิจัยการเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- เบญจวรรณ ผิวง. (2554). *การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุน หลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). *การจัดตั้งองค์กรระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.*
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). *ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ประวิต เอราวรรณ. (2545). *การวิจัยปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า.



- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. (2546). *กระบวนการและเทคนิคการทางานของนักพัฒนา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- พรทิพย์ สุประดิษฐ์ และชาติ สุวรรณนิตย์. (2544). การวิจัยและพัฒนา : ความเข้มแข็งของชุมชน และประชาคมสุขภาพ. *สาธารณสุขมูลฐาน*, 2(3), 15 – 33.
- พรทิพย์ คาพอ. (2544). รายงานการวิจัยบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหาร ส่วนตำบลในการใช้แพทย์แผนไทย เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรสวรรค์ มาแสง. (2552). *การพัฒนาศักยภาพการบริหารงบประมาณตามระบบหลักประกันสุขภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ไพศาล เจียนศิริจินดา. (2545). อสม. กับระบบสุขภาพภาคประชาชน. *สุขภาพภาคประชาชน*, 15(5), 43 – 45.
- เมตต์ เมตต์การุณจิต. (2547). *การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม : ประชาชน องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและราชการ*. กรุงเทพฯ: บุ๊คพอยท์.
- เมธี จันทรจารุภรณ์. (2545). สาธารณสุขมูลฐาน จุดเริ่มต้นของการพัฒนาด้านอื่น. *สุขภาพภาค ประชาชน*, 15(5), 2 – 4.
- ยาใจ พงษ์พิบูลย์. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). *วารสารศึกษาศาสตร์*, 17(2), 13.
- รังสรรค์ สิงหาเลิศ. (2550). *สถิติและการใช้โปรแกรม SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล งานวิจัย*. มหาสารคาม: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- รุจิราถ อรรถสิษฐ์ และคณะ. (2543). รายงานผลการศึกษาการประเมินศักยภาพการพึ่งตนเอง ด้านสาธารณสุขของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *สาธารณสุขมูลฐาน*, 1(2), 26 – 28.
- วิชุดา มาตันบุญ และสมนึก ชัชवाल. (2549). *องค์ความรู้เกี่ยวกับกองทุนชุมชน*. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรพจน์ พรหมสัตยพรต และสุมัทนา กลางคาร. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. มหาสารคาม: มหาสารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์.
- วณิ ปิ่นประทีป. (2550). *การศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพระดับ ชุมชนระหว่างกองทุนภาครัฐ องค์กรบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชนพื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย จันทรกิตติวัฒน์. (2545). *กระบวนการบริหารงานสุขภาพชุมชนแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข.
- วิรัตน์ ปานศิลา. (2551). *การยกระดับการให้บริการสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนระดับ ก้าวหน้า*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- ศุภณีย์กอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์. (2550). *อบต.กับการ จัดการสุขภาพ*. นครสวรรค์: กองสนับสนุนภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.



- ศรีเพ็ญ ดุรงค์เดช. (2539). หลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน. *ข่าวสารป่ากับชุมชน*, 3(6), 17-22.
- ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์ อลิสา รัตนตะวัน และชุมพจน์ อมาตยกุล. (2554). การเสริมสร้างพลังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็ง หมู่ที่ 3 ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29(4), 23-31.
- สมจิต หนูเจริญกุล วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ*. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- สมนึก หงษ์ยิ้ม. (2550). แผนพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนของหมู่บ้าน/ชุมชน ตำบลทัพทัน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุทัยธานี. *วิชาการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์*, 2(4), 102 – 115.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2543). *สังคมวิทยาชุมชน : หลักการศึกษาวเคราะห์และปฏิบัติงานชุมชน*. ขอนแก่น: เอกสารประกอบการสอนสาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุปรียา ตันสกุล. (2548). *ทฤษฎีสำหรับการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุภางค์ จันทวานิช. (2542). *วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์ โค้วตระกูล. (2541). *จิตวิทยาการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2552). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2555). *รายงานผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่*. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง. (2555). *รายงานผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่*. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- . (2551). *พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: ม.ป.ม.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *การวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- อริญญา ศรีโพธิ์. (2551). การประเมินผลระบบสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดกำแพงเพชร. *สุขภาพภาคประชาชน*, 20(พิเศษ 5), 9 – 12.
- อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร. (2551). การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(ฉบับพิเศษ), 1–5.
- อุดม ตรีอินทอง. (2552). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างพลังในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขต อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.



- อวยพร พิศเพ็ง. (2553). ผลของการประยุกต์การจัดการอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับแผนที่ทางเดิน
ยุทธศาสตร์ ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ กรณีศึกษาตำบล
เมืองแก อำเภอนาทม จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อวยพร ตันมุขกุล. (2540). พลังอำนาจกับการเสริมสร้างพลังในวิชาชีพพยาบาล.
วารสารพยาบาลสาร, 24, 1-9.
- Gibson, C.H. (1993). *A Study of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children*.
Michigan: Boston College
- Glenn, Laverack. (2004). *Health Promotion Practice : Power and Empowerment*.
London: SAGE Publications.
- Kinlow, D.C. (1992). *The Practice of Empowerment*. Hampshire England: Gower.
- Wallerstein, N. and Bernstein, E. (1988). Empowerment Education : Freire's Idea Adpted
to Health Education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379-394.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงภัทรี เลาคิเจริญ | ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนดินแดง
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลโนนดินแดง |
| 2. น.ส.สุภาพร วังคะวียง | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลโนนดินแดง |
| 3. นายประเสริฐ เก็มประโคน | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ |



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ
คณะกรรมการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง
อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ
พื้นที่ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลลำ
นางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 5 ด้าน รวมข้อคำถาม 25 ข้อ และแบบสอบถาม
ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนของคณะกรรมการ บริหาร
กองทุนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพ จำนวน 3 ด้าน รวมข้อคำถาม 15 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และเสียสละ
เวลาในการตอบแบบสอบถามของงานวิจัยครั้งนี้ โดยข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับและใช้
วิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นายกิตติ เมะประโคน

นิสิตปริญญาโทหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากรของผู้ร่วมวิจัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง [] และเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

รายการขอความคิดเห็น	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ 1. [] ชาย 2. [] หญิง	SEX ()
2. อายุ ปี (นับถึง 1 มกราคม 2557)	AGE ()
3. อาชีพ 1. [] รับราชการ 2. [] รับจ้าง 3. [] เกษตรกรรม 4. [] ค้าขาย 5. [] รัฐวิสาหกิจ 6. [] อื่นๆ (โปรดระบุ).....	OCCU ()
4. สถานภาพ 1. [] โสด 2. [] คู่ 3. [] หม้าย/หย่า/แยก	STATUS ()
5. การศึกษา 1. [] ระดับประถมศึกษา 2. [] ระดับมัธยมศึกษา 3. [] ระดับอาชีวศึกษา/อนุปริญญา 4. [] ระดับปริญญาตรี 5. [] สูงกว่าปริญญาตรี 6. [] อื่นๆ (โปรดระบุ).....	EDU ()
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท	INCOME ()
7. บทบาททางสังคม 1. [] ผู้บริหาร อบต. 2. [] สมาชิกสภา อบต. 3. [] กรรมการชุมชน 4. [] อาสาสมัครสาธารณสุข 5. [] เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6. [] เจ้าหน้าที่ อบต. 7. [] อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	SOCIAL ROLE ()
8. ประสบการณ์การทำงานร่วมกับ อบต. หรือกองทุนจำนวน..... ปี	EXP ()
9. ท่านดำรงตำแหน่งใดของกองทุน 1. [] ประธานกรรมการ 2. [] รองประธานกรรมการ 3. [] กรรมการ 4. [] คณะทำงาน 5. [] กรรมการและเลขานุการ 6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....	POST ()



ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าใช่ และทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าไม่ใช่

ลำดับ	รายการ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
1	กองทุนหลักประกันสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่ม สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง			KNOW 1 ()
2	ภารกิจหลักของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่คือการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ			KNOW 2 ()
3	งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ได้รับสนับสนุน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น			KNOW 3 ()
4	ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง			KNOW 4 ()
5	กลุ่มเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ คือ กลุ่มแม่และเด็ก, กลุ่มเด็กแรกเกิด - 6 ปี , กลุ่มอายุ 6 - 25 ปี , กลุ่มวัยทำงาน และผู้พิการหรือทุพพลภาพ			KNOW 5 ()
6	กองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพทุกปี			KNOW 6 ()
7	กองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องจัดเวทีประชาคมเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน เพื่อเป็นการสร้างการรับรู้ ตอบทบาท ภารกิจ และผลงานของกองทุน			KNOW 7 ()
8	ชุมชนสามารถเขียนโครงการเสนอขอของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้			KNOW 8 ()
9	โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกองทุนทุกโครงการ			KNOW 9 ()
10	การใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ไม่จำเป็นต้องทำบัญชี			KNOW 10 ()



ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 5 ด้าน

คำชี้แจง : ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยมีเกณฑ์จำแนกเป็นรายด้านและรายการกิจกรรมดังนี้

มากที่สุด ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้น ทุกครั้ง
 มาก ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้น เกือบทุกครั้ง
 ปานกลาง ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้น ประมาณครึ่งหนึ่ง
 น้อย ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้น เป็นบางครั้ง
 น้อยที่สุด ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้น เพียงเล็กน้อย

ลำดับ	รายการ	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับผู้วิจัย
		มากที่สุด [5]	มาก [4]	ปานกลาง [3]	น้อย [2]	น้อยที่สุด [1]	
1	<u>การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ</u> ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน						PAR 1 ()
2	ท่านมีส่วนร่วมในตัดสินใจใช้ทรัพยากร เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน						PAR 2 ()
3	ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการของกองทุน						PAR 3 ()
4	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดระเบียบ เงื่อนไข ข้อบังคับในการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ						PAR 4 ()
5	ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม						PAR 5 ()



ลำดับ	รายการ	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับผู้วิจัย
		มากที่สุด [5]	มาก [4]	ปานกลาง [3]	น้อย [2]	น้อยที่สุด [1]	
6	<u>การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ</u> ท่านมีส่วนร่วมปรึกษาหารือการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพ						PAR 6 ()
7	ท่านมีส่วนร่วมในการรับฟังปัญหาของชุมชน ด้านสร้างเสริมสุขภาพ						PAR 7 ()
8	ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ของคนในชุมชน						PAR 8 ()
9	ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของ คณะกรรมการกองทุน						PAR 9 ()
10	ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อพัฒนาการ ดำเนินงานกองทุนให้มีประสิทธิภาพ						PAR10()
11	ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามแผนงาน/ โครงการ ในชุมชน						PAR11()
12	ท่านมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและสรรหา คณะกรรมการตามประกาศ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ						PAR12()
13	ท่านมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ผลงานของ กองทุนผ่านสื่อต่างๆ ให้ประชาชนได้รับทราบ						PAR13()
14	<u>การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล</u> ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการ ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน						PAR14()
15	ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและ ประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน						PAR15()
16	ท่านมีส่วนร่วมในวิเคราะห์และสรุปผลการ ดำเนินงานของกองทุน						PAR16()
17	ท่านมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไขปัญหา และพัฒนาการดำเนินงานกองทุน						PAR17()
18	ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจความพึงพอใจ และการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารต่อการดำเนินงาน กองทุน						PAR18()



ลำดับ	รายการ	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับผู้วิจัย
		มากที่สุด [5]	มาก [4]	ปานกลาง [3]	น้อย [2]	น้อยที่สุด [1]	
19	<u>การมีส่วนร่วมด้านการร่วมรับผลประโยชน์</u> ท่านคิดว่าประชาชนในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน กองทุน						PAR19()
20	ท่านคิดว่าชุมชนได้รับประโยชน์จากการ ดำเนินงานกองทุน						PAR20()
21	แผนงาน/โครงการของกองทุนเป็นประโยชน์ และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน						PAR21()
22	การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการทำให้ สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของ ประชาชนได้						PAR22()
23	<u>การมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม</u> ท่านมีส่วนร่วมในการนำเสนอ และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ประสบการณ์ เพื่อสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ						PAR23()
24	ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรมสุขภาพ ในชุมชน						PAR24()
25	ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมด้าน สุขภาพเพื่อให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน						PAR25()



ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนของคณะกรรมการ บริหารกองทุน กับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 5 ด้าน

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้ละเอียดและพิจารณาอย่างรอบคอบ เลือกข้อความตามความคิดเห็นหรือตรงตามความรู้สึกของท่าน แล้วให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานมากที่สุด
- 4 มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานมาก
- 3 มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานปานกลาง
- 2 มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานน้อย
- 1 มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานน้อยที่สุด

ลำดับ	รายการ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
		มากที่สุด [5]	มาก [4]	ปานกลาง [3]	น้อย [2]	น้อยที่สุด [1]	
1	<u>ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ</u> ท่านมีความพึงพอใจในการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน						ESI 1 ()
2	ท่านมีความพึงพอใจในการวางแผนกำหนด ระเบียบ เงื่อนไข ข้อบังคับในการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ						ESI 2 ()
3	ท่านมีความพึงพอใจในการติดตามประเมินผลโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ						ESI 3 ()
4	ท่านมีความพึงพอใจในการตัดสินใจการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม						ESI 4 ()



ลำดับ	รายการ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
		มากที่สุด [5]	มาก [4]	ปานกลาง [3]	น้อย [2]	น้อยที่สุด [1]	
5	<u>ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ</u> ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อในชุมชน						ESI 6 ()
6	ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดย อสม.						ESI 7 ()
7	ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดย ประชาชน						ESI 8 ()
8	ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานเกี่ยวกับพื้นที่ผู้สุขภาพผู้พิการในชุมชน						ESI 9 ()
9	<u>ความพึงพอใจด้านการประเมินผล</u> ท่านมีความพึงพอใจการกำหนดรูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน						
10	ท่านมีความพึงพอใจการตรวจสอบและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน						ESI10 ()
11	ท่านมีความพึงพอใจในการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุน						ESI11 ()
12	<u>ความพึงพอใจด้านการร่วมรับผลประโยชน์</u> ท่านมีความพึงพอใจที่ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน						ESI12 ()



ลำดับ	รายการ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
		มากที่สุด [5]	มาก [4]	ปานกลาง [3]	น้อย [2]	น้อยที่สุด [1]	
13	ท่านมีความพึงพอใจที่ชุมชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน						ESI13 ()
14	<u>ความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรม</u> ท่านมีความพึงพอใจการนำเสนอ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ประสบการณ์เพื่อสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ						ESI14 ()
15	ท่านมีความพึงพอใจในการสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน						ESI15 ()

ส่วนที่ 5 ข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 3 ด้าน

คำชี้แจง: การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท่านคิดว่ามีปัญหา อุปสรรคหรือข้อเสนอแนะในการดำเนินการอย่างไร

1. ด้านการบริหารจัดการกองทุน

ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....



2. ด้านการมีส่วนร่วม

ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

3. ด้านการสร้างนวัตกรรม

ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือครับ



เครื่องมือ แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม

แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ลำ
นางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ชื่อผู้สังเกต.....

สถานที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.

คำชี้แจง เป็นการสังเกตพฤติกรรมของคณะกรรมการบริหารกองทุน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการร่วม
ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบล
ลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1. ความสนใจในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ

.....
.....

2. ความตั้งใจในการอบรมเชิงปฏิบัติการ

.....
.....

3. การมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

.....
.....

4. การแสดงความคิดเห็นในขณะร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ

.....
.....

5. บันทึกเพิ่มเติม

.....
.....

.

(ลงชื่อ)..... ผู้บันทึก

...../...../.....



เครื่องมือ แบบบันทึกการสัมภาษณ์

แบบบันทึกการสัมภาษณ์ คณะกรรมการบริหารกองทุน ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการร่วมประชุม

เชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

สัมภาษณ์เกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินกองทุนตามแบบประเมินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

1. ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินกองทุน ตามแบบประเมินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไร

.....
.....

2. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างไร

.....
.....

3. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพหมวดการบริหารจัดการกองทุน อย่างไร

.....
.....

4. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพหมวดการมีส่วนร่วม อย่างไร

.....
.....

5. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพหมวดการสร้างนวัตกรรม อย่างไร

.....
.....

.

(ลงชื่อ)..... ผู้บันทึก

...../...../.....



แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ใน การพัฒนาระบบจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ตำบลนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ชื่อผู้สังเกต.....
สถานที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.

คำชี้แจง แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ตำบลนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ใน การพัฒนาระบบ
จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

1. ความสนใจในการเข้าร่วมวางแผนเชิงปฏิบัติการ

.....
.....

2. ความตั้งใจในการวางแผนเชิงปฏิบัติการ

.....
.....

3. การมีส่วนร่วมในการวางแผนเชิงปฏิบัติการ

.....
.....

4. การแสดงความคิดเห็นในขณะร่วมวางแผนเชิงปฏิบัติการ

.....
.....

5. บันทึกเพิ่มเติม

.....
.....

.

(ลงชื่อ)..... ผู้บันทึก
...../...../.....



แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการนิเทศ ติดตาม

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการนิเทศ ติดตาม ในการพัฒนาระบบจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำ
นางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ชื่อผู้สังเกต.....

สถานที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.

1. การจัดกิจกรรมการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท่านประสบปัญหาในการ
ดำเนินงาน อย่างไร

.....
.....
.....

2. ท่านต้องการความช่วยเหลือด้านใดบ้าง ในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้
ประสบผลสำเร็จผ่านเกณฑ์การประเมิน

.....
.....
.....

3. ขั้นตอนใดบ้างของการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ท่านประสบปัญหาและมี
แนวทางแก้ไขปัญหายังไง

.....
.....
.....

(ลงชื่อ)..... ผู้สัมภาษณ์

...../...../.....



ภาคผนวก ค
ผลการวิเคราะห์ความรู้ก่อน – หลังการพัฒนาจำแนกรายข้อ



ผลการวิเคราะห์ความรู้ก่อนการพัฒนาจำแนกรายข้อ

รายการ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 กองทุนหลักประกันสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่ม สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง	23	67.6	11	32.4
2 ภารกิจหลักของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่คือการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ	27	79.4	7	20.6
3 งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ได้รับสนับสนุน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น	25	73.5	9	26.5
4 ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง	24	70.6	10	29.4
5 กลุ่มเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ คือ กลุ่มแม่และเด็ก, กลุ่มเด็กแรกเกิด - 6 ปี , กลุ่มอายุ 6 - 25 ปี , กลุ่มวัยทำงาน และผู้พิการหรือทุพพลภาพ	25	73.5	9	26.5
6 กองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพทุกปี	27	79.4	7	20.6
7 กองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องจัดเวทีประชาคมเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน เพื่อเป็นการสร้างการรับรู้ ต่อบทบาท ภารกิจและผลงานของกองทุน	27	79.4	7	20.6
8 ชุมชนสามารถเขียนโครงการเสนอของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้	27	79.4	7	20.6
9 โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกองทุนทุกโครงการ	28	82.4	6	17.6
10 การใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ไม่จำเป็นต้องทำบัญชี	26	76.5	8	23.5



ผลการวิเคราะห์ความรู้หลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ

หัวข้อความรู้หลังการพัฒนา	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 กองทุนหลักประกันสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่ม สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง	31	91.2	3	8.8
2 ภารกิจหลักของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่คือการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ	31	91.2	3	8.8
3 งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง ได้รับสนับสนุน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น	31	91.2	3	8.8
4 ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำปางรอง คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำปางรอง	31	91.2	3	8.8
5 กลุ่มเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ คือ กลุ่มแม่และเด็ก, กลุ่มเด็กแรกเกิด - 6 ปี , กลุ่มอายุ 6 - 25 ปี , กลุ่มวัยทำงาน และผู้พิการหรือทุพพลภาพ	33	97.1	1	2.9
6 กองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพทุกปี	31	91.2	3	8.8
7 กองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องจัดเวทีประชาคมเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน เพื่อเป็นการสร้างการรับรู้ ต่ออบตบพท ภารกิจและผลงานของกองทุน	33	97.1	1	2.9
8 ชุมชนสามารถเขียนโครงการเสนอของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้	33	97.1	1	2.9
9 โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกองทุนทุกโครงการ	32	94.1	2	5.9
10 การใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ไม่จำเป็นต้องทำบัญชี	32	94.1	2	5.9



ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานก่อน - หลังการพัฒนาจำแนกรายข้อ



ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานก่อนการพัฒนาจำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
<u>การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ</u>			
1 ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน	3.41	0.70	มาก
2 ท่านมีส่วนร่วมในตัดสินใจใช้ทรัพยากร เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน	1.67	0.68	ปานกลาง
3 ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการของกองทุน	2.88	1.09	ปานกลาง
4 ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนด ระเบียบเงื่อนไข ข้อบังคับในการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ	3.41	1.15	มาก
5 ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม	3.35	1.01	มาก
<u>การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ</u>			
6 ท่านมีส่วนร่วมปรึกษาหารือการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ	3.17	0.79	ปานกลาง
7 ท่านมีส่วนร่วมในการรับฟังปัญหาของชุมชน ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	3.61	1.07	มาก
8 ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน	3.26	0.96	ปานกลาง
9 ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุน	1.67	0.58	ปานกลาง
10 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อพัฒนาการดำเนินงานกองทุนให้มีประสิทธิภาพ	2.55	0.61	ปานกลาง
11 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการในชุมชน	3.79	1.03	มาก
12 ท่านมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและสรรหาคณะกรรมการตามประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3.38	0.65	มาก
13 ท่านมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ผลงานของกองทุนผ่านสื่อต่างๆ ให้ประชาชนได้รับทราบ	1.61	0.65	น้อย



ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานก่อนการพัฒนา จำแนกรายข้อ (ต่อ)

	การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
<u>การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล</u>				
14	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน	3.58	0.60	มาก
15	ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน	1.64	0.48	น้อย
16	ท่านมีส่วนร่วมในวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานของกองทุน	3.41	1.15	มาก
17	ท่านมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานกองทุน	3.35	1.01	มาก
18	ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุน	3.17	0.79	ปานกลาง
<u>การมีส่วนร่วมด้านการร่วมรับผลประโยชน์</u>				
19	ท่านคิดว่าประชาชนในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน	3.61	1.07	มาก
20	ท่านคิดว่าชุมชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน	3.26	0.96	ปานกลาง
21	แผนงาน/โครงการของกองทุนเป็นประโยชน์และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน	1.67	0.58	ปานกลาง
22	การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้	1.61	0.65	น้อย
<u>การมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม</u>				
23	ท่านมีส่วนร่วมในการนำเสนอ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ประสพการณ์เพื่อสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ	3.58	0.60	มาก
24	ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน	1.64	0.48	น้อย
25	ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน	3.41	1.15	มาก



ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหลังการพัฒนาจำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
<u>การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ</u>			
1 ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน	4.05	0.81	มาก
2 ท่านมีส่วนร่วมในตัดสินใจใช้ทรัพยากร เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน	3.67	1.03	มาก
3 ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการของกองทุน	3.76	0.74	มาก
4 ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนด ระเบียบเงื่อนไข ข้อบังคับในการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ	4.11	0.84	มาก
5 ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม	4.32	0.68	มาก
<u>การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ</u>			
6 ท่านมีส่วนร่วมปรึกษาหารือการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ	3.32	0.63	ปานกลาง
7 ท่านมีส่วนร่วมในการรับฟังปัญหาของชุมชน ด้านสร้างเสริมสุขภาพ	4.02	0.71	มาก
8 ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน	3.35	0.88	ปานกลาง
9 ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุน	2.61	0.85	ปานกลาง
10 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อพัฒนาการดำเนินงานกองทุนให้มีประสิทธิภาพ	2.91	0.37	ปานกลาง
11 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการในชุมชน	3.91	0.86	มาก
12 ท่านมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและสรรหาคณะกรรมการตามประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3.41	0.68	มาก



ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหลังการพัฒนา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
13 ท่านมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ผลงานของกองทุนผ่านสื่อต่างๆ ให้ประชาชนได้รับทราบ	2.47	0.70	ปานกลาง
<u>การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล</u>			
14 ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน	3.58	0.60	มาก
15 ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน	2.94	1.01	ปานกลาง
16 ท่านมีส่วนร่วมในวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานของกองทุน	3.79	0.80	มาก
17 ท่านมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานกองทุน	3.85	0.89	มาก
18 ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุน	3.35	0.59	ปานกลาง
<u>การมีส่วนร่วมด้านการร่วมรับผลประโยชน์</u>			
19 ท่านคิดว่าประชาชนในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน	3.67	1.00	มาก
20 ท่านคิดว่าชุมชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน	3.61	0.73	ปานกลาง
21 แผนงาน/โครงการของกองทุนเป็นประโยชน์และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน	3.70	0.83	ปานกลาง
22 การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้	3.02	1.08	ปานกลาง
<u>การมีส่วนร่วมด้านการสร้างนวัตกรรม</u>			
23 ท่านมีส่วนร่วมในการนำเสนอ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ประสพการณ์เพื่อสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ	3.67	0.63	มาก
24 ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน	3.61	0.92	นี้
25 ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน	3.73	0.86	ม'



ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานก่อน – หลังการพัฒนาจำแนกรายข้อ



ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานก่อนการพัฒนาจำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหลังการพัฒนา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ			
1 ท่านมีความพึงพอใจในการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน	3.73	0.86	มาก
2 ท่านมีความพึงพอใจในการวางแผนกำหนด ระเบียบเงื่อนไข ข้อบังคับในการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ	3.82	0.62	มาก
3 ท่านมีความพึงพอใจในการติดตามประเมินผลโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ	3.76	0.78	มาก
4 ท่านมีความพึงพอใจในการตัดสินใจการดำเนินการจัดการบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม	3.58	0.60	น้อย
ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ			
5 ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อในชุมชน	3.76	0.85	มาก
6 ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดย อสม.	4.02	0.90	มาก
7 ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดย ประชาชน	3.67	0.76	มาก
8 ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานเกี่ยวกับฟื้นฟูสุขภาพผู้พิการในชุมชน	3.64	0.59	มาก
ความพึงพอใจด้านการประเมินผล			
9 ท่านมีความพึงพอใจการกำหนดรูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน	3.44	0.85	มาก
10 ท่านมีความพึงพอใจการตรวจสอบและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน	3.91	0.93	มาก
11 ท่านมีความพึงพอใจในการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุน	3.44	0.92	มาก



ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานก่อนการพัฒนาจำแนกรายข้อ (ต่อ)

	การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหลังการพัฒนา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความ พึงพอใจ
<u>ความพึงพอใจด้านการร่วมรับผลประโยชน์</u>				
12	ท่านมีความพึงพอใจที่ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน	3.94	0.73	มาก
13	ท่านมีความพึงพอใจที่ชุมชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน	4.00	0.85	น้อย
<u>ความพึงพอใจด้านการสร้างนวัตกรรม</u>				
14	ท่านมีความพึงพอใจการนำเสนอ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ประสบการณ์เพื่อสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ	3.82	0.93	มาก
15	ท่านมีความพึงพอใจในการสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน	4.08	0.86	มาก



ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานก่อนการพัฒนาจำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจด้านการตัดสินใจ			
1 ท่านมีความพึงพอใจในการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน	3.41	0.70	มาก
2 ท่านมีความพึงพอใจในการวางแผนกำหนด ระเบียบเงื่อนไข ข้อบังคับในการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ	1.67	0.68	ปานกลาง
3 ท่านมีความพึงพอใจในการติดตามประเมินผลโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ	3.58	0.60	มาก
4 ท่านมีความพึงพอใจในการตัดสินใจการดำเนินการจัดการบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม	1.64	0.48	น้อย
ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ			
5 ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อในชุมชน	3.61	1.07	มาก
6 ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดย อสม.	3.26	0.96	ปานกลาง
7 ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดย ประชาชน	3.58	0.60	มาก
8 ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินงานเกี่ยวกับฟื้นฟูสุขภาพผู้พิการในชุมชน	1.64	0.48	น้อย
9 ท่านมีความพึงพอใจการกำหนดรูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน	3.41	1.15	มาก
10 ท่านมีความพึงพอใจการตรวจสอบและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน	3.35	1.01	มาก
11 ท่านมีความพึงพอใจในการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุนความพึงพอใจด้านการร่วมรับผลประโยชน์	3.17	0.79	ปานกลาง
12 ท่านมีความพึงพอใจที่ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน	3.61	1.07	มาก



ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานก่อนการพัฒนาจำแนกรายข้อ (ต่อ)

	การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความ พึงพอใจ
13	ท่านมีความพึงพอใจที่ชุมชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานกองทุน	1.64	0.48	น้อย
	ความพึงพอใจด้านด้านการสร้างนวัตกรรม			
14	ท่านมีความพึงพอใจการนำเสนอ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ประสบการณ์เพื่อสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ	3.41	1.15	มาก
15	ท่านมีความพึงพอใจในการสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน	3.79	1.03	มาก



ภาคผนวก ฉ
แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่



แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

หมวดการประเมิน	ข้อ	ประเด็นประเมิน	คะแนนเต็ม	เป้าหมาย / แนวทางประเมิน / แหล่งข้อมูล
ก. การบริหารจัดการกองทุน (60 คะแนน)	1	ศักยภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุน	12	เป้าหมาย : คณะกรรมการมีศักยภาพในการบริหารจัดการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนมีความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้
		1.1 กรรมการมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแล อำนาจหน้าที่ และการใช้จ่ายงบประมาณใน 4 หมวดกิจกรรม	3	แนวทางประเมินขององค์กรภายนอก : สอบถามหรือสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม กรรมการบริหารกองทุนอย่างน้อย 4 คน หรือพิจารณาจากข้อมูลการนำเสนอเอกสารอ้างอิง กระบวนการพิจารณาอนุมัติ แผนงาน โครงการ ว่าทำกันอย่างไร ใครมีบทบาทอะไร ผลที่ได้เป็นอย่างไร และเป็นที่ยอมรับของคณะกรรมการหรือไม่ ฯลฯ
		1.2 กรรมการผ่านการอบรมหรือประชุมหรือสัมมนาหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2	แหล่งข้อมูล: ระเบียบกองทุน แผนทางเดินยุทธศาสตร์หรือแผนสุขภาพชุมชน ข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชน รายงานการประชุม แผนงานโครงการ บันทึกข้อตกลง รายงานผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการของผู้รับผิดชอบโครงการ เอกสารการรับ-จ่ายเงิน หนังสือเชิญประชุมหรือแผนงาน/โครงการที่มีการพัฒนาศักยภาพกรรมการ การบันทึกรายงานต่าง ๆ (ค่าใช้จ่ายของกรรมการในการไปเข้าร่วมประชุม ความถูกต้องของการจำแนกค่าใช้จ่ายตามหมวดกิจกรรม 4 ประเภท ฯลฯ) รายงานผลการประเมินการบริหารจัดการตนเองของกองทุนหรือการนำผลการประเมินไปปรับปรุงการบริหารจัดการกองทุน



หมวดการ ประเมิน	ข้อ	ประเด็นประเมิน	คะแนน เต็ม	เป้าหมาย / แนวทางประเมิน / แหล่งข้อมูล
		1.3 การประชุม คณะกรรมการบริหาร กองทุน มีกรรมการเข้า ร่วมประชุมอย่างน้อย 80% ทุกครั้ง	3	
		1.4 มีการประเมินผล การบริหารจัดการ กองทุนอย่างน้อยตาม แบบประเมินที่กำหนด เพื่อการพัฒนากองทุน	4	
	2	กระบวนการใช้จ่าย งบประมาณ	9	
		2.1 มีการจัดทำ ระเบียบข้อบังคับของ กองทุน	2	
		2.2 มีรายงานการ ประชุมที่มีมติการ อนุมัติแผนงาน/ โครงการครบ	2	
		2.3 กิจกรรมหมวด 1- 3 มีโครงการรองรับ และทุกโครงการมีการ ทำข้อตกลงและมี หลักฐานการรับ - จ่ายเงิน	1	
		2.4 กิจกรรมหมวด 4 (การบริหารจัดการ กองทุน) มีบันทึกมติ กรรมการหรือมีการใช้ จ่ายตามระเบียบ ข้อบังคับของกองทุน และมีหลักฐานการรับ - จ่ายเงิน	1	



หมวดการ ประเมิน	ข้อ	ประเด็นประเมิน	คะแนน เต็ม	เป้าหมาย / แนวทางประเมิน / แหล่งข้อมูล
		2.5 ไม่มีโครงการที่ไม่ สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์หรือข้อ ห้ามในการใช้จ่ายเงิน ของกองทุน เช่น การ จ่ายเบี้ยยังชีพ การศึกษาดูงาน การ แจกจ่ายสิ่งของ การ ก่อสร้างต่าง ๆ	3	
	3	ระบบควบคุม ตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผล	9	
		3.1 มีการรายงานด้าน การเงินต่อ คณะกรรมการอย่าง น้อยทุกไตรมาส	1	
		3.2 มีการติดตามการ ดำเนินโครงการ	3	
		3.3 มีการรายงานผล การดำเนินงานของแต่ละ โครงการเมื่อสิ้นสุด โครงการ	5	
	4	ผลการดำเนินงานของ กองทุนในหมวด กิจกรรม 4 ประเภท 1. จัดซื้อบริการตาม ชุดสิทธิประโยชน์ 2. สนับสนุนหน่วย บริการ	15	



หมวดการ ประเมิน	ข้อ	ประเด็นประเมิน	คะแนน เต็ม	เป้าหมาย / แนวทางประเมิน / แหล่งข้อมูล
		3. สร้างเสริมสุขภาพ โดยประชาชนและ ชุมชนท้องถิ่น 4. การบริหารจัดการ กองทุน		
		4.1. มีผลการ ดำเนินงานตามหมวด กิจกรรม ดังนี้ 4.1.1 ดำเนินงานครบ 4 หมวดกิจกรรม (5 คะแนน) 4.1.2 ดำเนินงานครบ 3 หมวดกิจกรรม (2 คะแนน) 4.1.3 ดำเนินงานครบ 2 หมวดกิจกรรม (1 คะแนน) 4.1.4 ดำเนินงาน 1 หมวดกิจกรรม (0 คะแนน)	5	
		4.2 มีการรายงานการ ใช้เงินตามกิจกรรม/ โครงการครบถ้วนและ ถูกต้องอย่างน้อยทุก ไตรมาสใน Website สปสช.	5	
		4.3 มีการใช้จ่าย งบประมาณอย่างน้อย 50% ของเงินในบัญชี ทั้งหมดใน ปีงบประมาณนั้น ๆ	5	



หมวดการประเมิน	ข้อ	ประเด็นประเมิน	คะแนนเต็ม	เป้าหมาย / แนวทางประเมิน / แหล่งข้อมูล
	5	การนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือแผนสุขภาพชุมชนมาใช้ในการบริหารจัดการกองทุน () ไม่มี () มี - นำไปปฏิบัติทั้งหมด - นำไปปฏิบัติบางส่วน - ไม่ได้นำไปปฏิบัติ	15 0 15 10 2	
ข. การมีส่วนร่วม (30 คะแนน)	1	การคัดเลือกและการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน	9	เป้าหมาย : มีกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน(อปท. ภาครัฐ และ คนในชุมชน) ในการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืนและเหมาะสมในพื้นที่
		1.1 คณะกรรมการผ่านการคัดเลือกตามประกาศ สปสช.	1	แนวทางประเมินขององค์กรภายนอก : สอบถามหรือสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มกรรมการบริหารกองทุนอย่างน้อย 4 คน หรือพิจารณาจากข้อมูลการนำเสนอเอกสารอ้างอิง ฯลฯ ในการคัดเลือกกรรมการ
				โดยเฉพาะในส่วนของสมาชิกสภา อสม. ผู้แทนชุมชน/หมู่บ้านและผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งการมีระบบเพื่อสร้างการรับรู้ความเข้าใจและสร้างความสนใจของชุมชน ต่อบทบาท การกิจ และผลงานของกองทุน
		1.2 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้คณะกรรมการ	2	แหล่งข้อมูล: ระเบียบกองทุน รายงานการประชุม สมุดบัญชีและรายงานทางการเงิน เอกสารการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ แผนหรือผลการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุนหรือการนำผลการสำรวจไปปรับปรุงการบริหารจัดการกองทุน



หมวดการ ประเมิน	ข้อ	ประเด็นประเมิน	คะแนน เต็ม	เป้าหมาย / แนวทางประเมิน / แหล่งข้อมูล
		1.3 มีการประชุมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง	3	
		1.4 มีบันทึกรายงานการประชุมทุกครั้ง	1	
		1.5 ที่ปรึกษากองทุนเข้าร่วมประชุมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี	2	
	2	การสร้างการรับรู้ความเข้าใจ และความสนใจของชุมชนต่อบทบาท ภารกิจ และผลงานของกองทุน	16	
		2.1 มีการประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อต่าง ๆ	4	
		2.2 มีการเผยแพร่ข้อมูลตามหลักธรรมาภิบาลข่าวสารหรือผลการดำเนินงานของกองทุนผ่านสื่อต่าง ๆ	4	
		2.3 มีเวทีประชาคมเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน	4	
		2.4 มีการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ	4	



หมวดการประเมิน	ข้อ	ประเด็นประเมิน	คะแนนเต็ม	เป้าหมาย / แนวทางประเมิน / แหล่งข้อมูล
	3	การสมทบเงินเข้ากองทุน อปท. และประชาชน	5	
		3.1 มีการสมทบเงินกองทุนจาก อปท. ครบทุกปีอย่างต่อเนื่องและตามเกณฑ์ ดังนี้	3	
		3.1.1 ตามเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดหรือมากกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำไม่เกิน 20% (1 คะแนน)		
		3.1.2 มากกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ 20% (2 คะแนน)		
		3.1.3 มากกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ 50% (3 คะแนน)		
		3.2 มีการสมทบเงินกองทุนจากประชาชนหรือจากกองทุนอื่น ๆ	2	
ค.การสร้างนวัตกรรม (10 คะแนน)	1	มีนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน	10	เป้าหมาย : มีการสร้างหรือดัดแปลงสิ่งที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้นเพื่อให้ตอบสนองวัตถุประสงค์ของกองทุน จนนำไปสู่ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน
		() ไม่มี	0	แนวทางประเมินขององค์กรภายนอก : สอบถามหรือสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มกรรมการบริหารกองทุนอย่างน้อย 4 คน หรือพิจารณาจากข้อมูลการนำเสนอและเอกสารอ้างอิง



หมวดการ ประเมิน	ข้อ	ประเด็นประเมิน	คะแนน เต็ม	เป้าหมาย / แนวทางประเมิน / แหล่งข้อมูล
		() มี	10	แหล่งข้อมูล: แผนงาน/โครงการ และ รายงานผลการดำเนินงาน เมื่อสิ้นสุด โครงการของผู้รับผิดชอบโครงการ
รวมคะแนน			100	
คะแนนเฉลี่ย			100	



ภาคผนวก ช
แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)



แผนปฏิบัติการวิจัย (Action plan)
 การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการ
ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study)			
ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลและ ศึกษาบริบทของตำบลลำนางรอง อำเภอโนนดิน แดง จังหวัดบุรีรัมย์	1) ศึกษาข้อมูลทั่วไปองค์การบริหารส่วนตำบลลำนางรอง 2) ศึกษาข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลลำนางรอง 3 แห่ง 3) ศึกษาผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง	1 สัปดาห์	ผู้วิจัย
ขั้นตอนที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูล คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ลำนางรอง	1) การออกแบบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการจัดการกองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบลลำนางรอง	1 สัปดาห์	ผู้วิจัย และ ผู้เชี่ยวชาญ
	2) ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ	5 วัน	ผู้เชี่ยวชาญ
	3) ทดสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สัมปอ อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	5 วัน	ผู้วิจัย และคณะ
ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)			
ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาข้อมูลทั่วไปพื้นที่ ดำเนินการวิจัย	1) ศึกษาข้อมูลจากเอกสารของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วน ตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลลำนางรอง 2) เก็บข้อมูลเชิงสำรวจการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง	1 วัน	ผู้วิจัย และคณะ



ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการ
ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง	1) วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง 2) แปลผลข้อมูลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง	1 สัปดาห์	ผู้วิจัย และคณะ
ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินการพัฒนาโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการปฏิบัติการ (Preparation Prior to the Implementation of the Methodology) ระยะที่ 2 ระยะกำหนดวิธีการ (Assessment)	ประชุมแบบมีส่วนร่วมชี้แจงคณะกรรมการเพื่อให้เกิดความต้องการพัฒนาร่วมกัน ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยจัดกิจกรรมดังนี้ 1. จัดกิจกรรมสันทนาก่อนเริ่มประชุม 2. แจกบัตรเพื่อให้ผู้ร่วมประชุมเขียนความคาดหวังจากการประชุมครั้งนี้ 3. นำเสนอสถานการณ์ทั่วไปของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรอง ข้อมูลจากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม 4. แบ่งกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 5. นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาของแต่ละกลุ่มต่อที่ประชุมใหญ่ 6. ให้ที่ประชุมช่วยกันเลือกปัญหาจากการวิเคราะห์โดยการให้คะแนน แล้วเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุด 5 ลำดับ 7. แบ่งกลุ่มเพื่อวิเคราะห์หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา 8. แต่ละกลุ่มนำเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาต่อที่ประชุมใหญ่ 9. ให้ที่ประชุมร่วมกันกำหนดทางเลือกในการดำเนินการแก้ไขปัญหา 10. สรุปทางเลือกที่จะนำไปใช้ 11. กิจกรรมสันทนาก่อนปิดการประชุม	1 วัน 1-2 วัน	ผู้วิจัย และคณะ ผู้วิจัย และคณะ



ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการ
ระยะที่ 3 พัฒนาแผนกลยุทธ์สำหรับการสร้างพลังในชุมชน (Developing a Strategic Plan for Community Empowerment)	จัดทำแผนพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ลำปางรอง	1 วัน	ผู้วิจัย และคณะกรรมการกองทุนตำบลฯ
ขั้นตอนที่ 6 ลงมือปฏิบัติงาน	นำแผนงาน/โครงการที่ได้ ลงมือปฏิบัติ	3 เดือน	ผู้วิจัย และคณะ
ขั้นตอนที่ 9 การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติงาน	การสังเกตผลการปฏิบัติงาน ดังนี้ 1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในทุกขั้นตอน 2) เก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมพัฒนา 3) จัดประชุมประเมินผลการพัฒนาตามแบบประเมินมาตรฐานของ สปสช.	3 เดือน	ผู้วิจัย และคณะ
ขั้นตอนที่ 10 การสะท้อนผล ระยะที่ 4 การติดตามผลและย้อนกลับ ไปกำหนดใหม่ (Follow up and re – Assessments)	1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) ถอดบทเรียน สะท้อนผลที่ได้จากการพัฒนา 3) สรุปปัญหาและอุปสรรค	1 สัปดาห์	ผู้วิจัย และคณะ



ภาคผนวก ซ
ภาพประกอบการวิจัย





ภาพประกอบ ณ-1 การประชุมชี้แจงคณะกรรมการครั้งที่ 1



ภาพประกอบ ณ-2 การเตรียมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม



ภาพประกอบ ณ-3 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม





ภาพประกอบ ณ-4 ภาพการประชุมคณะกรรมการครั้งที่ 3





ภาพประกอบ ณ-5 การประชุมจัดทำแผนในชุมชน



ภาพประกอบ ณ-6 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมสุขภาพ





ภาพประกอบ ณ-7 การประชุมประเมินผลและสรุปบทเรียน



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นายกิตติ เมอะประโคน
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2516
จังหวัด และประเทศที่เกิด	จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2528 ประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านบุรีราษฎร์รังสฤษดิ์ พ.ศ. 2534 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประโคนชัยพิทยาคม พ.ศ. 2536 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัย การสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2545 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ 31260 เบอร์โทรศัพท์ 0-4460-6231
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านพักสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนดินแดง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ 31260 เบอร์โทรศัพท์ 08-6124-9562

