

ปัจจัยหลายระดับที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

Multi-level Factors Influencing Community Empowerment in Community Health System Management, Phetchabun Province.

บรรณกร เสือสิงห์^{1*}, จินานารถ โพธิ์สัย², วณสรา เซาว์นิยม³, บุญธรรม กิจปริดาภิรุตธี³

Bunnagone Suesing^{1*}, Jinarnart Posai², Wanasara Chaoniyom³, Boontham Kijpredaborisuthi³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าหญ้า ตำบลแคมปัส อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์¹, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุดคำจาน
ตำบลพุดคำจาน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี², มหาวิทยาลัยปทุมธานี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี³

Lao Ya Sub-district Health Promoting Hospital, Khamson Subdistrict, Khao Kho District, Phetchabun Province¹,
Phu Kham Chan Subdistrict Health Promoting Hospital, Phu Kham Chan Subdistrict, Phra Phutthabat District Saraburi
Province², Pathumthani University, Mueang Pathumthani District, Pathumthani Province³

(Received: 23 March 2026; Revised: 27 July 2026; Accepted: 27 August 2026)

บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะในบริบทการถ่ายโอน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ส่งผลให้เกิดความซับซ้อนเชิงโครงสร้างและการ
ประสานงาน การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ประเมินระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชนใน
การจัดการระบบสุขภาพชุมชนตามกรอบ 9 ด้านของ Laverack 2. วิเคราะห์ปัจจัยหลายระดับตามแบบจำลองนิเวศวิทยา
สังคม และ 3) เปรียบเทียบและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน กลุ่มตัวอย่าง
เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 385 คน จาก 11 อำเภอของจังหวัดเพชรบูรณ์ คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลาย
ขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความ
แปรปรวนทางเดียว การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์เส้นทาง ผลการวิจัยพบว่า การเสริมสร้างอำนาจชุมชน
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10$, $SD. = 0.47$) ด้านบทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.64$)
ขณะที่ด้านการบริหารจัดการโครงการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 2.34$) ปัจจัยระดับองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.06$) ปัจจัย
5 ระดับร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเสริมสร้างอำนาจชุมชนได้ร้อยละ 22.6 ($R^2 = .226$, $F(5, 379) = 22.16$,
 $P\text{-value} < .001$) โดยปัจจัยระดับบุคคลมีอิทธิพลทางบวกสูงสุด ($\beta = .333$, $P\text{-value} < .001$) รองลงมาคือระดับองค์กร
($\beta = .227$, $P\text{-value} = .001$) ส่วนปัจจัยระดับชุมชน ($\beta = -.157$) และระดับนโยบาย ($\beta = -.139$) มีอิทธิพลทางลบ
อย่างมีนัยสำคัญ ไม่พบความแตกต่างของการเสริมสร้างอำนาจชุมชนจำแนกตามเพศและลักษณะประชากรศาสตร์อย่าง
มีนัยสำคัญ และไม่พบอิทธิพลส่งผ่านของปัจจัยระดับนโยบายผ่านระดับองค์กร (Mediation ไม่มีนัยสำคัญ)
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพแกนนำสุขภาพระดับบุคคล เสริมความเข้มแข็งด้าน
การบริหารจัดการโครงการซึ่งเป็นจุดอ่อนที่สุด พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ และศึกษาเชิงคุณภาพ
เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ทางลบของปัจจัยระดับชุมชนและนโยบาย

คำสำคัญ: การเสริมสร้างอำนาจชุมชน, ระบบสุขภาพชุมชน, แบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม, แกนนำสุขภาพ, เพชรบูรณ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: bunnagone02@gmail.com, บรรณกร เสือสิงห์)

Abstract

Community health systems serve as essential mechanisms for health promotion and disease prevention, particularly within the context of transferring sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations. This cross-sectional survey aimed to 1) assess community empowerment levels using Laverack's nine-domain framework, 2) analyze multi-level factors based on the Social Ecological Model, and 3) compare and analyze the relationships between multi-level factors and community empowerment. The sample comprised 385 Family Health Leaders across 11 districts of Phetchabun Province, selected via multi-stage sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, multiple regression, and path analysis. Results revealed that overall community empowerment was at a moderate level ($M = 3.10$, $SD. = 0.47$), with the external agent role scoring highest ($M = 3.64$) and program management scoring lowest ($M = 2.34$). The five-level factors collectively explained 22.6% of variance ($R^2 = .226$, $F(5, 379) = 22.16$, $P\text{-value} < .001$); individual-level factors exerted the strongest positive influence ($\beta = .333$, $P\text{-value} < .001$), followed by the organizational level ($\beta = .227$, $P\text{-value} = .001$), whereas community ($\beta = -.157$) and policy ($\beta = -.139$) levels showed significant negative coefficients. No significant differences in community empowerment were found by sex or demographic characteristics, and no significant mediating effect of policy through the organizational level was detected. Recommendations include developing individual-level capacity-building programs for health leaders, strengthening the weakest domain (program management), establishing integrated community health information systems, and conducting qualitative research to understand the negative associations of community- and policy-level factors.

Keywords: Community Empowerment, Community Health System, Social Ecological Model, Family Health Leader, Phetchabun Province

บทนำ

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (องค์การอนามัยโลก

[World Health Organization: WHO], 2018) การเสริมสร้างอำนาจชุมชน (Community Empowerment) เป็นแนวคิดพื้นฐานที่ช่วยให้ชุมชนสามารถกำหนดลำดับความสำคัญ ตัดสินใจ และดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพของตนเอง (Laverack, 2001) แตกต่างจากการมีส่วนร่วมทั่วไป (Participation) ตรงที่เน้นการเปลี่ยนแปลงดุลอำนาจ (Power Dynamics) ให้ชุมชนมีอำนาจในการตัดสินใจและควบคุมทรัพยากรด้วยตนเอง Laverack (2001) เสนอกรอบแนวคิด 9 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำ โครงสร้างองค์กร การประเมินปัญหา การระดมทรัพยากร การเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น การวิเคราะห์สาเหตุ บทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอก และการบริหารจัดการโครงการ กรอบดังกล่าวได้รับการยืนยันจากการศึกษาในหลายบริบท เช่น Chowdhury and Islam (2025) ใช้ในบังคลาเทศ และ Kruahong et al. (2023) วิเคราะห์แนวคิดอย่างเป็นระบบ และยืนยันว่าการเสริมสร้างอำนาจชุมชนต้องการทั้งศักยภาพบุคคลและโครงสร้างองค์กร จึงจะประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน แบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model: SEM) พัฒนาจากทฤษฎีของ Bronfenbrenner (1979) อธิบายว่าพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายระดับที่ซ้อนกัน 5 ระดับ คือ ระดับบุคคล ความสัมพันธ์ ชุมชน องค์กร และนโยบาย แนวคิดนี้เชื่อมโยงโดยตรงกับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน เนื่องจากการเสริมสร้างอำนาจชุมชนตามกรอบของ Laverack (2001) เป็นกระบวนการหลายระดับที่ต้องอาศัยทั้งศักยภาพของบุคคล เครือข่ายความสัมพันธ์ ความเข้มแข็งของชุมชน ความพร้อมขององค์กร และการสนับสนุนเชิงนโยบายไปพร้อมกัน SEM จึงเป็นกรอบที่ช่วยจำแนก "ปัจจัยกำหนด" (ตัวแปรอิสระ 5 ระดับ) ที่ส่งอิทธิพลต่อระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน (ตัวแปรตาม) ได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ Caperon et al. (2022) ที่ประยุกต์ SEM อธิบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสุขภาพ Caperon, Saville, and Ahern (2022) พัฒนาแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคมสำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสุขภาพในพื้นที่ด้อยโอกาส และพบว่าปัจจัยระดับบุคคลเป็นจุดเริ่มต้นที่มีประสิทธิภาพ การศึกษานี้จึงนำโครงสร้าง 5 ระดับดังกล่าวมาใช้จำแนกปัจจัยกำหนดการเสริมสร้างอำนาจชุมชนอย่างเป็นระบบ ทฤษฎี Self-efficacy ของ Bandura (1997) อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดหลักของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับกรอบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, and Parsons, 2011) ทฤษฎีทุนทางสังคมของ Putnam (2000) แบ่งทุนทางสังคมเป็น Bonding Capital (ภายในกลุ่ม) และ Bridging Capital (ระหว่างกลุ่ม) ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการอธิบายว่าเหตุใดชุมชนที่มีผู้นำเข้มแข็งแต่โครงสร้างองค์กรอ่อนแอ จึงมีปัญหาคือความยั่งยืน และ Arnstein (1969) เสนอบันไดการมีส่วนร่วม 8 ขั้น ซึ่งใช้เป็นฐานคิดในการตีความว่า การเสริมสร้างอำนาจชุมชนตามกรอบ Laverack ต้องเป็นการมีส่วนร่วมระดับที่ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจอย่างแท้จริง มิใช่เพียงการรับรู้ข้อมูล ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 การถ่ายโอนดังกล่าวส่งผลต่อโครงสร้างองค์กร บุคลากร งบประมาณ และความต่อเนื่องของบริการสุขภาพในระดับตำบลอย่างมีนัยสำคัญ (ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ใจ และคณะ, 2567, Sapkota et al., 2023) จังหวัดเพชรบูรณ์ มีประชากร 978,372 คน ครอบคลุม 11 อำเภอ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและชนบท กว่าร้อยละ 50 เป็นพื้นที่เกษตรกรรม รายได้ประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ สัดส่วน

ผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 อัตราโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สูงกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 15-20 กำลังเผชิญผลกระทบจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. (ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ใจ และคณะ, 2567) ยังประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาการขาดแคลนและการลาออกของ อสม. ที่รุนแรงขึ้นในช่วงเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอน และระบบข้อมูลสุขภาพ ไม่เชื่อมโยง ด้วยบริบทเชิงภูมิศาสตร์แบบภูเขาและชนบท สัดส่วนผู้สูงอายุและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ จังหวัดเพชรบูรณ์จึงเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจเด่นชัดกว่าหลายจังหวัด และเหมาะแก่การศึกษาการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในช่วงเปลี่ยนผ่าน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงระบบที่บูรณาการกรอบ 9 ด้านของ Laverack กับ แบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model : SEM) 5 ระดับ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยหลายระดับที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในบริบทการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขในประเทศไทยยังมีจำกัดมาก โดยงานที่ผ่านมา มักประยุกต์ใช้กรอบของ Laverack หรือแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคมแยกจากกัน เช่น Chowdhury and Islam (2025) และ Caperton et al. (2022) และยังไม่พบการบูรณาการทั้งสองกรอบในบริบทการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขของไทย การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยหลายระดับตามแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model : SEM) ที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน ในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์ เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ร้อยละ 40 ในระยะแรก จึงเป็นพื้นที่ที่สะท้อนผลของการเปลี่ยนผ่านได้ชัดเจน ประกอบกับลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากจังหวัดเขตเมืองหรือภาคกลาง กล่าวคือ เป็นพื้นที่ภูเขาและชนบทที่การเข้าถึงบริการยากลำบาก ประชากรมีรายได้และระดับการศึกษาต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ มีสัดส่วนผู้สูงอายุและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง ควบคู่กับปัญหาการขาดแคลน อสม. และระบบข้อมูลสุขภาพที่ไม่เชื่อมโยง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผลกระทบเชิงโครงสร้างจากการถ่ายโอนภารกิจปรากฏเด่นชัดกว่า และทำให้การเสริมสร้างอำนาจชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งแต่มีข้อจำกัดมากกว่าพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากร ข้อค้นพบจากจังหวัดเพชรบูรณ์ จึงเป็นกรณีศึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายสำหรับจังหวัดที่มีบริบทภูเขา-ชนบทและอยู่ระหว่างการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขในลักษณะเดียวกัน กำลังเผชิญผลกระทบจากการถ่ายโอนรพ.สต. ไปยัง อบจ.

วัตถุประสงค์การวิจัย

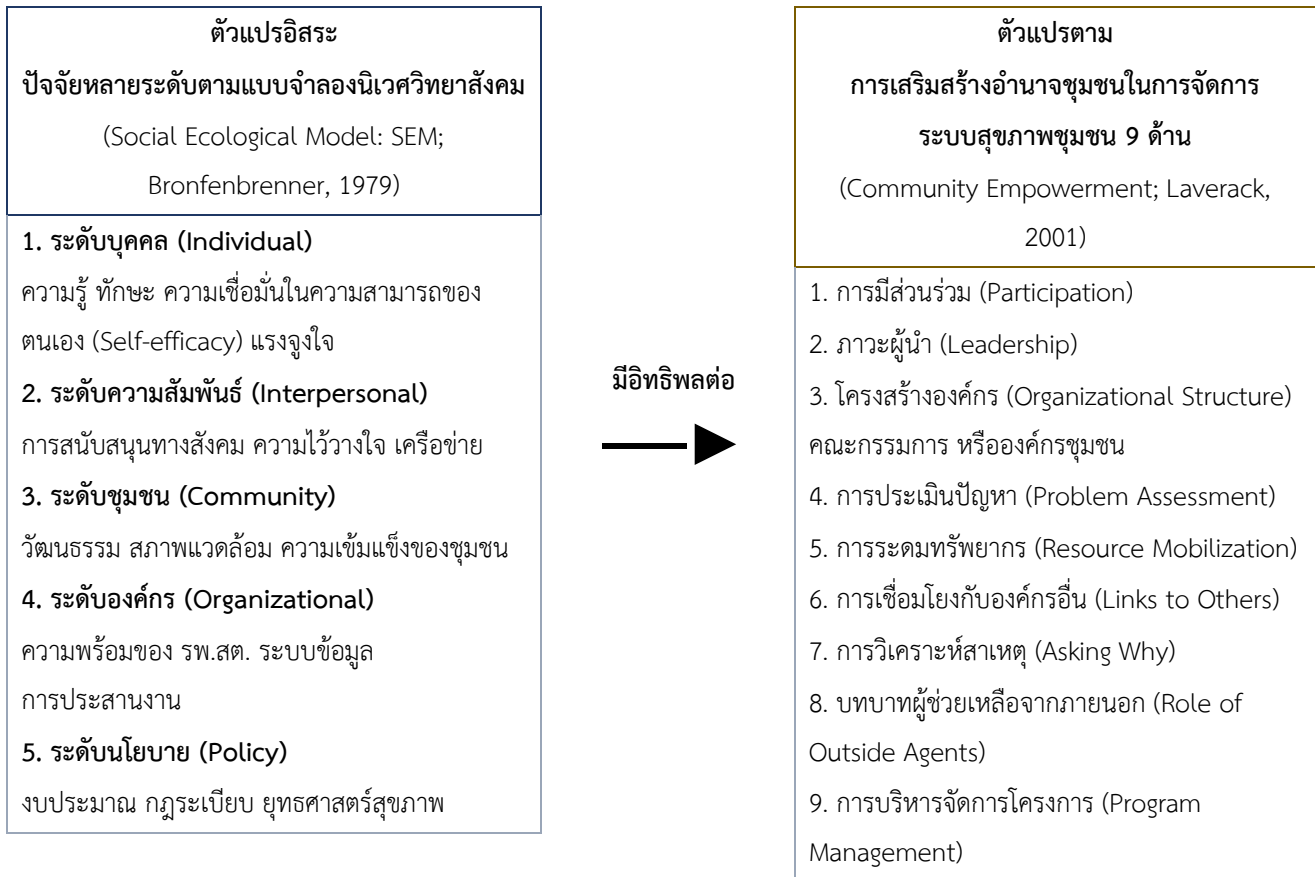
1. เพื่อประเมินระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน 9 ด้าน ตามกรอบของ Laverack
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยหลายระดับตามแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model : SEM) ที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน
3. เพื่อเปรียบเทียบการเสริมสร้างอำนาจชุมชนจำแนกตามลักษณะประชากรศาสตร์ (ด้วยการทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับกับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน (ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณและการวิเคราะห์เส้นทาง)

สมมติฐานวิจัย

- H₁: ปัจจัยระดับบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน
H₂: ปัจจัยระดับความสัมพันธ์มีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน
H₃: ปัจจัยระดับองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน
H₄: ปัจจัยระดับชุมชนมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน
H₅: ปัจจัยระดับนโยบายมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทั้งนี้ ด้าน “โครงสร้างองค์กร” ในตัวแปรตามตามกรอบ Laverack หมายถึงการมีโครงสร้างและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับชุมชน ขณะที่ปัจจัย “ระดับองค์กร” ในตัวแปรอิสระตาม SEM หมายถึงความพร้อมของ รพ.สต. ระบบข้อมูล และการประสานงาน ซึ่งเป็นคนละหน่วยวิเคราะห์และวัดด้วยข้อคำถามคนละชุด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (Family Health Leader) ที่ปฏิบัติงานใน 11 อำเภอของจังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง 385 คน คำนวณจากสูตรของ Cochran (1977) สำหรับประชากรขนาดใหญ่ ใช้สัดส่วน $P\text{-value} = 0.5$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) ตามอำเภอและจัดสรรจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนแกนนำสุขภาพของแต่ละอำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่ายในแต่ละอำเภอ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1. เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อายุ ≥ 18 ปี ในพื้นที่ 2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นระยะเวลา ติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3. มีความสามารถใช้งานอุปกรณ์สื่อสาร (สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ต) เพื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงหรือมีความบกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน 2. ผู้ที่ย้ายที่อยู่หรือไม่อยู่ในพื้นที่ช่วงเวลาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือไม่ยินยอมเข้าร่วม ทั้งนี้ขนาดตัวอย่าง 385 คน สอดคล้องกับเกณฑ์อัตราส่วนตัวอย่างต่อพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณและการวิเคราะห์เส้นทาง (มากกว่า 20:1) ตาม Hair et al. (2019) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งสัดส่วนตัวอย่างตามอำเภอ (Proportional Stratified Sampling) ที่มา คำนวณจากสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2568

อำเภอ	หลังคาเรือน (Ni)	สัดส่วน (%)	ตัวอย่าง (ni)
หล่มสัก	127,906	28.68	110
วิเชียรบุรี	61,782	13.85	53
หนองไผ่	51,055	11.45	44
เมืองเพชรบูรณ์	37,848	8.49	33
ศรีเทพ	37,022	8.30	32
หล่มเก่า	26,114	5.86	23
เขาค้อ	25,641	5.75	22
บึงสามพัน	23,194	5.20	20
ชนแดน	22,849	5.12	20
วังโป่ง	21,096	4.73	18
น้ำหนาว	11,498	2.57	10
รวม	446,005	100.00	385

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Forms 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (5 ข้อ) ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และบทบาทในชุมชน ตอนที่ 2 การเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน (45 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ) พัฒนาจากกรอบ 9 ด้านของ Laverack (2001) ด้านละ 5 ข้อ ตอนที่ 3 ปัจจัยหลายระดับตาม SEM 5 ระดับ (25 ข้อ) ระดับละ 5 ข้อ พัฒนาจากกรอบแนวคิดของ Bronfenbrenner (1979) และ Caperon et al. (2022) ตอนที่ 4 ความต้องการของชุมชนต่อระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (5 ข้อ) และตอนที่ 5 คำถามปลายเปิด (3 ข้อ) เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค วิสัยทัศน์ และข้อเสนอแนะ

เกณฑ์แปลผลค่าเฉลี่ยมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึงระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึงระดับสูง ทั้งส่วนการเสริมสร้างอำนาจชุมชนและปัจจัยหลายระดับ สำหรับข้อมูลคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ด้วยการจัดกลุ่มประเด็น (Thematic Grouping) และนับความถี่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขชุมชน การเสริมพลังอำนาจชุมชนและสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ ด้านการวัดและประเมินผลการวิจัย) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.80-1.00 ทุกข้อผ่านเกณฑ์ 0.50 ขึ้นไป

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน (แกนนำสุขภาพในอำเภอใกล้เคียง) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) รายองค์ประกอบมีค่าระหว่าง 0.79-0.97 และทั้งฉบับ (70 ข้อ) เท่ากับ 0.99 ซึ่งทุกค่าสูงกว่าเกณฑ์ 0.70 ที่ยอมรับได้ตาม Nunnally (1978) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) รายองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	Cronbach's α
ตอนที่ 2 การเสริมสร้างอำนาจชุมชน (9 ด้าน)		
1. การมีส่วนร่วม (Participation)	5	.79
2. ภาวะผู้นำ (Leadership)	5	.94
3. โครงสร้างองค์กร (Organizational Structure)	5	.94
4. การประเมินปัญหา (Problem Assessment)	5	.93
5. การระดมทรัพยากร (Resource Mobilization)	5	.89
6. การวิเคราะห์สาเหตุ (Asking Why)	5	.89
7. การเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น (Links to Others)	5	.93
8. บทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอก (Role of Outside Agents)	5	.95

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	Cronbach's α
9. การบริหารจัดการโครงการ (Program Management)	5	.97
ตอนที่ 3 ปัจจัยหลายระดับตาม SEM (5 ระดับ)		
1. ระดับบุคคล (Individual)	5	.86
2. ระดับความสัมพันธ์ (Interpersonal)	5	.94
3. ระดับชุมชน (Community)	5	.93
4. ระดับองค์กร (Organizational)	5	.97
5. ระดับนโยบาย (Policy)	5	.92
ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (70 ข้อ)	70	.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2568 ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ Google Forms โดยประสานงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์และสาธารณสุขอำเภอทั้ง 11 อำเภอ ส่ง QR Code และลิงก์ผ่านกลุ่ม LINE ของเครือข่ายแกนนำสุขภาพ แบบสอบถามที่สมบูรณ์และผ่านเกณฑ์คัดกรอง จำนวน 385 ชุด

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1. ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานของแต่ละอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ 2. ส่งลิงก์แบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจงสิทธิ์และความยินยอม 3. ติดตามการตอบแบบสอบถามทุกสัปดาห์ 4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและติดต่อกลุ่มตัวอย่างที่ตอบไม่ครบ โดยรวมใช้เวลาเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน และระดับปัจจัยหลายระดับ 5 ระดับ

สถิติอนุมาน ประกอบด้วย 1. การทดสอบค่าที (Independent t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเสริมสร้างอำนาจชุมชนระหว่างเพศ 2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามกลุ่มอายุ รายได้ ระดับการศึกษา และบทบาทในชุมชน พร้อมการทดสอบเปรียบเทียบพหุคูณรายคู่ด้วยวิธี Scheffé และรายงานขนาดอิทธิพล (Eta-squared: η^2) 3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัย 5 ระดับต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน พร้อมตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ด้วยค่า VIF และ 4. การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) และการทดสอบอิทธิพลส่งผ่าน (Mediation) ด้วยวิธี Bootstrap เพื่อวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics สำหรับสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว การถดถอยพหุคูณ และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) และ

วิเคราะห์เส้นทางพร้อมทดสอบอิทธิพลส่งผ่านด้วยโปรแกรม IBM SPSS Amos โดยประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธี Maximum Likelihood

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ทะเบียนเลขที่ 136/2568 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และให้ความยินยอมผ่านหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์ก่อนตอบคำถาม ข้อมูลเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และไม่ระบุตัวตนผู้ตอบ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.04 อายุเฉลี่ย 53.8 ปี ($SD. = 9.8$) กลุ่มอายุ 50–59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.86 รายได้เฉลี่ย 8,776 บาทต่อเดือน ร้อยละ 77.40 มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 58.44 มีการศึกษาไม่เกินมัธยมต้น ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการในชุมชน ร้อยละ 70.65 รองลงมาคือสมาชิก อบต./เทศบาล ร้อยละ 9.87 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะประชากรศาสตร์ (n = 385)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	150	38.96
หญิง	235	61.04
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 40 ปี	34	8.83
40-49 ปี	79	20.52
50-59 ปี	165	42.86
60 ปีขึ้นไป	106	27.53
รายได้ (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	139	36.10
5,000-10,000	159	41.30
10,001-20,000	67	17.40
มากกว่า 20,000	18	4.68

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	135	35.06
มัธยมต้น	90	23.38
มัธยมปลาย/ปวช.	131	34.03
ปริญญาตรีขึ้นไป	29	7.53
บทบาทในชุมชน		
อสม.	15	3.90
ผู้นำชุมชน	28	7.27
แกนนำสุขภาพ	32	8.31
สมาชิกอบต.	38	9.87
ไม่มีตำแหน่ง	272	70.65

2. ผลการวิเคราะห์ระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน การเสริมสร้างอำนาจชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10$, $SD. = 0.47$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ บทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอก ($M = 3.64$) รองลงมาคือการเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น ($M = 3.46$) และโครงสร้างองค์กร ($M = 3.32$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การบริหารจัดการโครงการ ($M = 2.34$ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ) รองลงมาคือภาวะผู้นำ ($M = 2.88$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน 9 ด้าน ($n = 385$)

ด้าน	M	$SD.$	ระดับ	ลำดับ
บทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอก	3.64	0.46	ปานกลาง	1
การเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น	3.46	0.59	ปานกลาง	2
โครงสร้างองค์กร	3.32	0.70	ปานกลาง	3
การวิเคราะห์สาเหตุ	3.26	0.58	ปานกลาง	4
การมีส่วนร่วม	3.03	0.63	ปานกลาง	5
การประเมินปัญหา	3.00	0.75	ปานกลาง	6
การระดมทรัพยากร	2.99	0.65	ปานกลาง	7
ภาวะผู้นำ	2.88	0.79	ปานกลาง	8
การบริหารจัดการโครงการ	2.34	1.04	ต่ำ	9
รวมภาพรวม 9 ด้าน	3.10	0.47	ปานกลาง	

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยหลายระดับตาม SEM พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ระดับอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยระดับองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.06$) รองลงมาคือระดับความสัมพันธ์ ($M = 3.88$) และระดับชุมชน ($M = 3.75$) ส่วนปัจจัยระดับบุคคลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.70$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยหลายระดับตาม SEM ($n = 385$)

ปัจจัย	<i>M</i>	<i>SD.</i>	ระดับ	ลำดับ
ระดับองค์กร	4.06	0.42	สูง	1
ระดับความสัมพันธ์	3.88	0.41	สูง	2
ระดับชุมชน	3.75	0.43	สูง	3
ระดับนโยบาย	3.72	0.45	สูง	4
ระดับบุคคล	3.70	0.41	สูง	5
รวมภาพรวม 5 ระดับ	3.82	0.42	สูง	

4. ปัจจัยระดับบุคคล เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัด พบว่าตัวชี้วัดจิตอาสาและความสุขในการทำงาน เพื่อส่วนรวมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.99$, $SD. = 0.50$) รองลงมาคือแรงจูงใจและวิสัยทัศน์ ($M = 3.93$) ส่วนตัวชี้วัดการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.39$) ซึ่งว่ายังขาดโอกาสพัฒนาทักษะทันสมัย ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยรายตัวชี้วัดของปัจจัยระดับบุคคล ($n = 385$)

ตัวชี้วัดระดับบุคคล	<i>M</i>	<i>SD.</i>	ระดับ
มีจิตอาสาและความสุขในการทำงานเพื่อส่วนรวม	3.99	0.50	
มีแรงจูงใจและวิสัยทัศน์ชัดเจนในการพัฒนาสุขภาพชุมชน	3.93	0.52	
มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีส่วนร่วมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพชุมชนได้	3.70	0.70	
มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	3.48	0.75	
ได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะทันสมัยอย่างต่อเนื่อง	3.39	0.66	
รวมปัจจัยระดับบุคคล	3.70	0.41	สูง

5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย การเสริมสร้างอำนาจชุมชน (Community Empowerment: CE) ระหว่างเพศด้วย Independent t-test พบว่า ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ในทุกด้านที่ทดสอบ โดย CE ภาพรวมของเพศหญิง ($M = 3.13$) และเพศชาย ($M = 3.05$) ไม่แตกต่างกัน ($t = -1.70$, $df = 383$, $P\text{-value} = .089$) เช่นเดียวกับด้านผู้ช่วยเหลือจากภายนอก ($P\text{-value} = .270$) และด้านโครงสร้างองค์กร ($P\text{-value} = .219$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย CE ระหว่างเพศ (Independent t-test)

ตัวแปร	เพศ	n	M	SD.	t	df	P-value
CE ภาพรวม	ชาย	150	3.05	0.48	1.70	383	.089
	หญิง	235	3.13	0.46			
ผู้ช่วยจากภายนอก	ชาย	150	3.67	0.47	1.10	383	.270
	หญิง	235	3.61	0.46			
โครงสร้างองค์กร	ชาย	150	3.26	0.70	-1.23	383	.219
	หญิง	235	3.35	0.70			

* P-value < .05

6. ผลการวิเคราะห์ One-way ANOVA พบว่า ไม่มีตัวแปรประชากรศาสตร์ใดที่ทำให้ค่าเฉลี่ย CE แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อายุ $F = 0.12$, $P\text{-value} = .951$; รายได้ $F = 2.38$, $P\text{-value} = .069$; การศึกษา $F = 1.83$, $P\text{-value} = .106$; บทบาทชุมชน $F = 0.31$, $P\text{-value} = .874$) โดยขนาดอิทธิพล (η^2) อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงเล็กน้อย (.001–.024) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ One-way ANOVA เปรียบเทียบ CE ตามลักษณะประชากรศาสตร์

ตัวแปร	F	P-value	η^2	ขนาดอิทธิพล (Cohen)	กลุ่มที่สูงสุด
อายุ	0.12	.951	.001	เล็กน้อย	40-49 ปี ($M = 3.12$)
รายได้	2.38	.069	.018	เล็กน้อย	> 20,000 ($M = 3.38$)
การศึกษา	1.83	.106	.024	เล็กน้อย	อนุปริญญา/ปวส. ($M = 3.28$)
บทบาทชุมชน	0.31	.874	.003	เล็กน้อย	อส. ($M = 3.16$)

* P-value < .05, ** P-value < .01, *** P-value < .001

7. ปัจจัย 5 ระดับร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ CE ได้ร้อยละ 22.6 ($R^2 = .226$, Adjusted $R^2 = .216$, $F(5, 379) = 22.16$, $P\text{-value} < .001$) โดยปัจจัยระดับบุคคลมีอิทธิพลทางบวกสูงสุด ($\beta = .333$, $P\text{-value} < .001$) รองลงมาคือระดับองค์กร ($\beta = .227$, $p = .001$) ส่วนปัจจัยระดับชุมชน ($\beta = -.157$, $P\text{-value} = .045$) และระดับนโยบาย ($\beta = -.139$, $P\text{-value} = .041$) มีอิทธิพลทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากภาวะ suppression เนื่องจากปัจจัยทั้ง 5 ระดับมีความสัมพันธ์กันสูง ส่วนระดับความสัมพันธ์ ไม่มีนัยสำคัญ ($\beta = .139$, $P\text{-value} = .089$) ค่า VIF ระหว่าง 2.27–3.28 ไม่มีปัญหา multicollinearity รุนแรง ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัย 5 ระดับต่อ CE (n = 385)

ตัวแปรอิสระ	B	SE	β	t	P-value	VIF
ค่าคงที่	1.214	0.228	-	5.33	<.001	-
ปัจจัยระดับบุคคล	0.381	0.081	.333	4.73	<.001	2.43
ปัจจัยระดับความสัมพันธ์	0.158	0.093	.139	1.70	.089	3.28
ปัจจัยระดับชุมชน	-0.169	0.084	-.157	-2.01	.045	2.98
ปัจจัยระดับองค์กร	0.254	0.078	.227	3.25	.001	2.38
ปัจจัยระดับนโยบาย	-0.144	0.070	-.139	-2.05	.041	2.27

$R^2 = .226$, Adj. $R^2 = .216$, $F(5, 379) = 22.16$, $P\text{-value} < .001$

8. ผลการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ทดสอบแบบจำลองที่ปัจจัยระดับนโยบายส่งอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชนผ่านปัจจัยระดับองค์กร (Over-identified, $df = 1$) พบว่าแบบจำลองกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2/df = 4.22$, CFI = .998, TLI = .963, RMSEA = .092, GFI = .996, SRMR = .013) ผลการทดสอบอิทธิพลส่งผ่าน (mediation) ด้วยวิธี bootstrap 5,000 ครั้ง พบว่าอิทธิพลส่งผ่านของนโยบายผ่านองค์กรไม่มีนัยสำคัญ (ค่าอิทธิพลส่งผ่านมาตรฐาน = .014, 95%CI [-.017, .054]) สมมติฐานที่ได้รับการสนับสนุน ได้แก่ H_1 (ปัจจัยระดับบุคคล) และ H_4 (ปัจจัยระดับองค์กร) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) และการทดสอบสมมติฐาน

ปัจจัย	β	SE	C.R.	P-value	ผลทดสอบ	อิทธิพลรวม
H_1 บุคคล $\rightarrow$ CE	.333			<.001	สนับสนุน	-
H_2 ความสัมพันธ์ $\rightarrow$ CE	.139			.089	ไม่สนับสนุน	-
H_3 องค์กร $\rightarrow$ CE	.227			.001	สนับสนุน	-
H_4 ชุมชน $\rightarrow$ CE	-.157			.045	สนับสนุน (ทิศลบ)	-
H_5 นโยบาย $\rightarrow$ CE	-.139			.041	สนับสนุน (ทิศลบ)	-

9. ความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.39$, $SD. = 0.67$) ตัวชี้วัดสูงสุด คือ บุคลากรและการฝึกอบรม ($M = 4.44$) รองลงมา คือโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากร ($M = 4.39$) ผลส่วนนี้ตอบวัตถุประสงค์ด้านความต้องการของชุมชนต่อระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการต่อระบบสุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์

ด้านความต้องการ	M	SD.	ระดับ	ลำดับ
บุคลากรและการฝึกอบรม	4.44	0.65	มากที่สุด	1
โครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากร	4.39	0.67	มากที่สุด	2
ระบบข้อมูลและเทคโนโลยี	4.38	0.67	มากที่สุด	3
งบประมาณและการเงิน	4.38	0.68	มากที่สุด	4
นโยบายและการสนับสนุน	4.35	0.69	มากที่สุด	5
รวมภาพรวมความต้องการ	4.39	0.67	มากที่สุด	

10. ผลจากคำถามปลายเปิดยืนยันข้อค้นพบเชิงปริมาณ โดยเฉพาะปัญหาระเบียบงบประมาณ (ร้อยละ 74.0) รองลงมา คือสม. ขาดแคลน/ลาออกบ่อย (ร้อยละ 61.8) ผลคำถามปลายเปิดใช้สนับสนุนและยืนยันผลเชิงปริมาณ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ปัญหาและอุปสรรคจากคำถามปลายเปิด (n = 385)

ประเด็นปัญหา	ความถี่	ร้อยละ	ข้อเสนอแนะ
ระเบียบงบประมาณซับซ้อน	285	74.03	ปรับปรุงระเบียบกองทุนสุขภาพให้ยืดหยุ่น
สม. ขาดแคลน/ลาออกบ่อย	238	61.82	พัฒนาระบบ สม. รุ่นใหม่ สร้างแรงจูงใจ
ระบบข้อมูลสุขภาพไม่เชื่อมโยง	215	55.84	พัฒนาระบบดิจิทัลเชื่อมโยง รพ.สต.-อปท.
ขาดอุปกรณ์พื้นฐานใน รพ.สต.	198	51.43	จัดสรรงบประมาณปรับปรุงอุปกรณ์
ขาดการประสานงาน รพ.สต.-อปท.	176	45.71	จัดทำ MOU กำหนดบทบาทชัดเจน
ปัญหาสิ่งแวดล้อม	95	24.68	รณรงค์ความตระหนักสิ่งแวดล้อม-สุขภาพ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยที่พบว่าบทบาทผู้ช่วยเหลือจากภายนอกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับ Labonté and Laverack (2008) ที่ระบุว่าในระยะเริ่มต้นของการเสริมสร้างอำนาจชุมชนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกในฐานะผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) มากกว่าผู้สั่งการ (Director) ขณะที่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การบริหารจัดการโครงการ ($M = 2.34$ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ) และภาวะผู้นำ ($M = 2.88$) สะท้อนว่าจุดอ่อนสำคัญของพื้นที่อยู่ที่ความสามารถในการบริหารจัดการโครงการและการพัฒนาภาวะผู้นำอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับ Chowdhury and Islam (2025) ที่ประยุกต์กรอบ 9 ด้านของ Laverack กับงานขององค์กรพัฒนาเอกชนฐานศาสนาในชนบทบังกลาเทศ และเสนอว่าการจัดตั้งองค์กรนำระดับชุมชน ให้ทำหน้าที่ตัดสินใจและประสานงานตั้งแต่เริ่มโครงการ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การเสริมสร้างอำนาจชุมชนเดินต่อได้เอง ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2567) ที่พบว่าภายหลังการถ่ายโอน

รพ.สต. ไปยัง อบจ. ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับก่อนถ่ายโอน ทั้งที่ความรู้ของ อสม. ยังอยู่ในระดับสูง แสดงว่าช่องว่างอยู่ที่กลไกการจัดการและการหนุนเสริมเชิงโครงสร้างในช่วงเปลี่ยนผ่าน มากกว่าตัวความรู้ของแกนนำเอง เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างอำนาจชุมชน พบว่าปัจจัยระดับบุคคลมีอิทธิพลทางบวกสูงสุด ($\beta = .333$) รองลงมาคือ ปัจจัยระดับองค์กร ($\beta = .227$) สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1997) ที่ว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดหลักของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับ ชื่นฤดี รัชชนะ (2568) ซึ่งศึกษา อสม. ในจังหวัดเพชรบูรณ์เช่นเดียวกัน และพบว่า ศักยภาพความเป็นผู้นำและการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการวิเคราะห์หาค่าของ Kruahong และคณะ (2023) ที่สรุปว่าการเสริมสร้างอำนาจชุมชนต้องอาศัยทั้งศักยภาพระดับบุคคลและโครงสร้างองค์กรควบคู่กัน แสดงว่าการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของแกนนำระดับบุคคล ควบคู่กับการเสริมความเข้มแข็งของหน่วยบริการและองค์กรในพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญที่สุดในการยกระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชน ข้อค้นพบที่ปัจจัยระดับชุมชน ($\beta = -.157$) และนโยบาย ($\beta = -.139$) มีค่าสัมประสิทธิ์เป็นลบอย่างมีนัยสำคัญ เป็นประเด็นที่ต้องตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากปัจจัยทั้ง 5 ระดับมีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูง (ค่า VIF ระหว่าง 2.27–3.28) ค่าสัมประสิทธิ์ทางลบดังกล่าวจึงมีลักษณะของภาวะ suppression มากกว่าจะสะท้อนความสัมพันธ์เชิงลบที่แท้จริง กล่าวคือ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและองค์กรแล้ว ความแปรปรวนส่วนที่เหลือของปัจจัยระดับชุมชนและนโยบายจึงปรากฏเป็นทิศทางตรงข้าม ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนนี้ สอดคล้องกับ Hair และคณะ (2019) เตือนว่าเมื่อตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันสูง ค่าสัมประสิทธิ์รายตัวจะไม่เสถียรและสะท้อนเพียงส่วนที่เหลือหลังหักอิทธิพลร่วม จึงรายงานทั้งค่าสหสัมพันธ์อย่างง่ายและค่าสัมประสิทธิ์ในสมการควบคู่กัน การตีความจึงถือว่าผลดังกล่าวเป็นข้อจำกัดเชิงระเบียบวิธี มิใช่หลักฐานว่าชุมชนและนโยบายบั่นทอนการเสริมสร้างอำนาจชุมชน ผลการเปรียบเทียบตามเพศและลักษณะประชากรศาสตร์ไม่พบความแตกต่างของการเสริมสร้างอำนาจชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} > .05$ ทุกตัวแปร) สะท้อนว่าระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชนในพื้นที่ที่มีความสม่ำเสมอไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีเพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา หรือบทบาทใด ดังนั้นการยกระดับการเสริมสร้างอำนาจชุมชนจึงควรดำเนินการเชิงระบบให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม มากกว่าการมุ่งเป้าเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง สอดคล้องกับฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2567) ที่พบว่า อสม. มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 96.89 แทบทั่วทั้งกลุ่ม และการมีส่วนร่วมโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญพร้อมกันทุกกลุ่มภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ซึ่งชี้ว่าตัวกำหนดที่แท้จริงคือการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่กระทบทุกคนพร้อมกัน ผลของการศึกษาคั้งนี้ต่างจาก ชื่นฤดี รัชชนะ (2568) ที่ศึกษาในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าอายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. สัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ “การมีส่วนร่วม” ในกลุ่ม อสม. โดยเฉพาะขณะที่การศึกษาคั้งนี้วัด “การเสริมสร้างอำนาจชุมชน” ทั้ง 9 ด้านในกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวซึ่งร้อยละ 70.65 ไม่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการในชุมชน ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มย่อยจึงน้อยกว่าการวิเคราะห์

เส้นทางไม่พบอิทธิพลส่งผ่านของปัจจัยระดับนโยบายผ่านปัจจัยระดับองค์กรไปยังการเสริมสร้างอำนาจชุมชน (ค่าอิทธิพลส่งผ่านมาตรฐาน = .014, 95%CI [-.017, .054] ซึ่งครอบคลุมศูนย์) แสดงว่าสมมติฐานที่ว่านโยบายส่งผลทางอ้อมผ่านองค์กรยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากข้อมูล การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนจึงไม่ควรพึ่งพากลไกเชิงนโยบายเพียงอย่างเดียว แต่ควรเสริมสร้างศักยภาพระดับบุคคลและความพร้อมขององค์กรควบคู่กัน สอดคล้องกับ Sapkota และคณะ (2023) ที่พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 9 เรื่อง แล้วพบว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่ได้ขยายพื้นที่การตัดสินใจของหน่วยงานระดับพื้นที่โดยอัตโนมัติ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับความพร้อมทางการคลัง วัฒนธรรมองค์กร และระบบธรรมาภิบาลที่มีอยู่เดิมเป็นสำคัญ จึงมีทั้งผลบวกและผลลบปะปนกันและค่อนข้างไปทางลบในหลายองค์ประกอบ และสอดคล้องกับ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2567) ที่ประเมินผลกระทบภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.ไปยังอบจ. ในปี 2566 พบว่าพื้นที่ที่ถ่ายโอนมีผลงานตัวชี้วัดหลายตัวดีกว่าพื้นที่ที่ไม่ถ่ายโอน ทั้งการคัดกรองโรคเรื้อรัง การคัดกรองผู้สูงอายุ และความครบถ้วนของการส่งข้อมูล ชี้ตรงกันว่าการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายยังไม่แปรเป็นความเข้มแข็งขององค์กรระดับพื้นที่โดยอัตโนมัติ ซึ่งช่วยอธิบายว่าเหตุใดจึงไม่พบอิทธิพลส่งผ่านในงานวิจัยครั้งนี้ ข้อจำกัดของการวิจัยได้แก่ 1. เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่แท้จริงได้ 2. เก็บข้อมูลด้วยการรายงานตนเองผ่านแบบสอบถามออนไลน์ทั้งหมด อาจมีความลำเอียงจากวิธีการวัดร่วมกัน (common-method bias) 3. ปัจจัยหลายระดับมีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูง ทำให้เกิดภาวะ suppression ที่ต้องตีความอย่างระมัดระวัง และ 4. ศึกษาเฉพาะจังหวัดเพชรบูรณ์ การนำผลไปใช้กับพื้นที่อื่นต้องพิจารณาบริบทที่แตกต่างกัน

ผู้วิจัยเห็นว่าความต่างนี้อธิบายได้ 3 ทาง ทางแรกคือบริบทของพื้นที่ งานของ Caperon และคณะ ศึกษาชุมชนเมืองที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และภาษาสูง มิติสังคมวัฒนธรรมจึงเป็นอุปสรรคเด่น ขณะที่จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นพื้นที่ภูเขาและชนบทที่ประชากรมีความเป็นเนื้อเดียวกันสูงกว่า ความแปรปรวนของปัจจัยระดับชุมชนจึงต่ำและอธิบายตัวแปรตามได้น้อย ทางที่สองคือ วิธีวิทยา งานดังกล่าวเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพจากเวทีชุมชน 9 ครั้ง ซึ่งเปิดให้เห็นอิทธิพลเชิงบริบทที่แบบสอบถามมาตรฐานส่วนประมาณค่าจับไม่ได้ และทางที่สามคือช่วงเวลา การเก็บข้อมูลครั้งนี้อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอน รพ.สต. ซึ่งกลไกระดับชุมชนและนโยบายยังไม่ลงตัว ค่าที่วัดได้จึงสะท้อนภาวะชั่วคราวมากกว่าสภาพปกติ ข้อสังเกตนี้สนับสนุนข้อเสนอที่ว่าควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพและการติดตามระยะยาวเพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบว่าปัจจัยระดับชุมชนจะกลับมามีอิทธิพลทางบวกหรือไม่เมื่อโครงสร้างการถ่ายโอนเข้าที่แล้ว

รายการอ้างอิง

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, จิรยุทธ์ สิ้นธุพันธุ์, พัลลภ เชียวชัยสกุล, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัศตรา เสนสาย, และทักษิณา วชิรบุรพ์. (2567). *การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระยะที่ 2*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6175>

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง, วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี, บุษพา รักษานาม, วนิดา ศรีพรหมษา, และจิราพร วรวงศ์. (2567). *การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6120>

ชื่นฤดี รัชชนะ. (2568). พัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, 35(1), 32-41.

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง, ชีระวุธ ธรรมกุล, และพรศักดิ์ อยู่เจริญ. (2567). ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 31(2), 1-16.

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Caperon, L., Saville, F., & Ahern, S. (2022). Developing a socio-ecological model for community engagement in a health programme in an underserved urban area. *PLOS ONE*, 17(9), Article e0275092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275092>

Chowdhury, S. R., & Islam, M. R. (2025). Revitalizing community empowerment: Harnessing the synergy of faith-based NGOs and Laverack's domain approach. *Community Development Journal*, 60(2), 381-397. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsae018>

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

Kruahong, S., Tankumpuan, T., Kelly, K., Davidson, P. M., & Kuntajak, P. (2023). Community empowerment: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(8), 2845-2859. <https://doi.org/10.1111/jan.15613>

Labonté, R., & Laverack, G. (2008). *Health promotion in action: From local to global empowerment*. Palgrave Macmillan.

- Laverack, G. (2001). An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Development Journal*, 36(2), 134-145.
<https://doi.org/10.1093/cdj/36.2.134>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Sapkota, S., Dhakal, A., Rushton, S., van Teijlingen, E., Marahatta, S. B., Balen, J., Lee, A. C. K., (2023). The impact of decentralisation on health systems: A systematic review of reviews. *BMJ Global Health*, 8(12), Article e013317. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013317>
- World Health Organization. (2018). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369>