

การพัฒนาตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย

ฉรินี แยมสกุล, ปร.ด.
สาขาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน
บุญยง เกี่ยวการคำ, Dr.P.H.
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล
นงพิมพ์ นิมิคานันท์, ศ.ค.
(การพยาบาลสาธารณสุข)
คณะบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทคัดย่อ

ฉรินี แยมสกุล บุญยง เกี่ยวการคำ นงพิมพ์ นิมิคานันท์. การพัฒนาตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย, ว.สาธารณสุขและการพัฒนา, 2554; 9(2): 154-67.

ประสิทธิภาพเป็นมิติดหนึ่งของการประเมินผลในระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาการประเมินประสิทธิภาพของงานบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ และง่ายต่อการนำไปใช้จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาองค์ประกอบ ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สร้างองค์ประกอบ ตัวชี้วัด และเกณฑ์ประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมตามทฤษฎีและข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญระดับสูง ระยะที่ 2 คัดสรรตัวชี้วัดโดยเทคนิคเดลฟาย ระยะที่ 3 ตรวจสอบรูปแบบยืนยันโครงสร้างองค์ประกอบและตัวชี้วัด ตามข้อมูลเชิงประจักษ์โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เครื่องมือสำหรับการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้เชี่ยวชาญระดับสูง 2) แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการคัดสรรตัวชี้วัดโดยเทคนิคเดลฟาย 3) แบบสอบถามประเมินความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดจากหัวหน้าหรือตัวแทนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดที่ได้จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการประเมินคุณภาพ และประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในและต่างประเทศ มีจำนวน 218 ตัวชี้วัด จากการคัดสรรตัวชี้วัดตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญระดับสูง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 260 เรื่อง ได้ตัวชี้วัด 63 ตัวชี้วัด ภายหลังจากคัดสรรตัวชี้วัดโดยเทคนิคเดลฟาย 3 รอบ ได้ตัวชี้วัดที่ผ่านการคัดสรร 58 ตัวชี้วัด และเมื่อใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้ตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ 56 ตัวชี้วัดที่มีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล เพื่อประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรนำชุดตัวชี้วัดและเกณฑ์ประสิทธิภาพไปกำหนดเป็นนโยบายในการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้สังกัดหรือรูปแบบที่แตกต่างกัน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ

บุญยง เกี่ยวการคำ, Dr.P.H.
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: adbkk@mahidol.ac.th

รับต้นฉบับวันที่ 30 สิงหาคม 2553

รับลงตีพิมพ์วันที่ 19 เมษายน 2554

คำสำคัญ: ตัวชี้วัด การประเมินประสิทธิภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ

The development of efficiency indicators for primary care units under the Office of the Permanent Secretary for the Ministry of Public Health, Thailand

ABSTRACT

Narinee Yaemsakul, Boonyong Keiwkamka, Nongpimon Nimitamun, The development of efficiency indicators for primary care units under the Office of the Permanent Secretary for the Ministry of Public Health, Thailand. *J. Pub. Health Dev.* 2011; 9(2): 154-67.

Efficiency is a vital part of health care system evaluation. It is necessary to develop health care efficiency indicators which are systematic and easy to implement. The purpose of this study was to establish a set of elements, indicators and criteria for evaluating the efficiency of primary care unit services. The study was divided into 3 phases. The first phases involved establishing elements, indicators and criteria drawn from a literature review and the opinions of experts. Secondly, indicators and criteria were selected by using the Delphi technique, Finally, the indicators and criterias were confirmed by utilizing confirmatory factor analysis. Tools for the study included: 1) a structured questionnaire for interviewing the experts, 2) a questionnaire for Delphi technique among the experts for collecting an opinion about the selection of the indicators, and 3) a questionnaire assess the possibility of data collection concerning the indicators from heads of primary care units or their representatives. Data analysis was conducted by using descriptive statistics and confirmatory factor analysis.

Two hundred and eighteen efficiency evaluation indicators were drawn from literature reviews. Based on the opinions of experts and a study of 260 research reports, 63 efficiency indicators remained after screening. After 3 rounds following the Delphi technique, the efficiency indicators were reduced to 58, and finally reduced to 56 by confirmatory factor analysis. All of these indicators are appropriate for primary care unit efficiency evaluation.

This study suggests that the National Health Security Office and Bureau of Health Service System Development should announce a policy concerning utilizing this set of efficiency indicators to evaluate the services of primary care units. In addition, a comparative study applying this set of efficiency indicators to different primary care units under different institutions should be conducted.

Keywords Indicators Efficiency evaluation Primary care unit

บทนำ

บริการปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญ และเป็นคำตอบที่นำไปสู่การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพตามความคาดหวังของรัฐบาลในระยะยาว ทั้งยังสามารถตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันได้ ซึ่งสอดคล้องกับประกาศอัลมา อัลตาขององค์การอนามัยโลก (Alma Alta declarations: World health organization)¹ ที่ให้ความสำคัญกับการบริการ ปฐมภูมิเป็นบริการด้านแรกที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน เมอร์ซีเนียร์ (Mercenier)² ศึกษาในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่า การให้บริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งในชุมชนที่เข้มแข็งจะส่งผลให้มีความเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) พึ่งพาเทคโนโลยีที่จำเป็นดูแลตนเองและพึ่งตนเอง (Self-care and Self-reliance) ทั้งในระดับประเทศ ชุมชน ครอบครัว และรายบุคคล สตาร์ฟิลด์ (Starfield)³ ได้ศึกษาการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขใน 12 ประเทศทางตะวันตก พบว่า ประเทศที่ให้ความสำคัญกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง มีแนวโน้มที่ผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนจะดีขึ้น และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่ำลง ดังนั้นบริการปฐมภูมิจึงเป็นกลยุทธ์ของระบบการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพของประเทศประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นมิติหนึ่งของการประเมินผลในระบบบริการสุขภาพที่ดี^{4,5} สอดคล้องกับคณะกรรมการควบคุมกำกับด้านสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย (Australia health steering committee)⁶ เสนอว่าประสิทธิภาพเป็นมิติหนึ่งของการวัดผลการดำเนินการ (Performance measurement) โดยการประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันเน้นการประเมินมิติคุณภาพในการประเมินทางโครงสร้างและกระบวนการรวมกับวิธีการประเมินประสิทธิภาพแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) เทคนิคการวิเคราะห์แบบการเทียบเคียง (The Benchmarking techniques) 2) เทคนิคการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (Economic evaluation techniques)⁷ และปัญหาของ

การประเมินประสิทธิภาพโดยใช้วิธีการประเมินต่างๆ ที่ทำการศึกษามา คือ ศักยภาพของข้อมูล และเทคนิควิธีการประเมิน^{2,3,7-8} ดังนั้นการกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพตามตัวชี้วัดจึงมีความสำคัญและจำเป็น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาองค์ประกอบ ตัวชี้วัด และเกณฑ์ประสิทธิภาพของตัวชี้วัดสำหรับการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษารูปแบบยืนยันโครงสร้างองค์ประกอบ และตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้
 ระยะที่ 1 การสร้างองค์ประกอบ ตัวชี้วัด และเกณฑ์ประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการทบทวนวรรณกรรมตามหลักทฤษฎี ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญระดับสูง มีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับสูงสำหรับการสัมภาษณ์จำนวน 3 ท่าน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านประสิทธิภาพทางสาธารณสุข ด้านบริการปฐมภูมิ / ศูนย์สุขภาพชุมชน และด้านตัวชี้วัด โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะนี้ได้แก่ เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่จำกัดคำตอบ (Nondirective open-ended semi structured interview) เป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิดสำหรับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญระดับสูง

ระยะที่ 2 การคัดสรรตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) มีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 ท่าน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะนี้ได้แก่ เครื่องมือชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับเทคนิคเดลฟาย 3 รอบกับคู่มือ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ

ค่า 5 อันดับ และแบบข้อคำถามปลายเปิด เพื่อใช้ สอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความ เหมาะสม ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล และความ สำคัญของตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 การตรวจสอบรูปแบบยืนยันโครงสร้าง องค์ประกอบและตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นลักษณะของข้อมูลเชิง ประจักษ์จากกลุ่มหัวหน้าหรือตัวแทนที่ปฏิบัติงานใน หน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขของประเทศไทย ตามคุณสมบัติเฉพาะ คือ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินค่า นการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ในปีงบประมาณ 2552⁹ เพื่อใช้สำหรับการตรวจสอบ รูปแบบยืนยันโครงสร้างองค์ประกอบ และตัวชี้วัดการ ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 406 แห่ง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะนี้ ได้แก่ เครื่องมือชุดที่ 3 แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล กับคู่มือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า ความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.8–1.00 และตรวจสอบ ความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.977

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์เพื่อการคัดสรร ตัวชี้วัด ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอดรตส์และค่าสัมบูรณ์ระหว่างฐานนิยม และมัธยฐาน และการกำหนดน้ำหนักองค์ประกอบ ของตัวชี้วัด และระดับความเหมาะสมของเกณฑ์ ประสิทธิภาพ ด้วยสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

3. การวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจสอบรูปแบบ ยืนยันโครงสร้างองค์ประกอบและตัวชี้วัดด้วยสถิติ การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์เชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) โดยพิจารณาความเหมาะสม ของข้อมูลว่าตัวชี้วัดเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กัน จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficients) ควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.30 และตรวจสอบความสอดคล้องหรือความกลมกลืน ของรูปแบบสมการโครงสร้างจากค่าสถิติของความ สอดคล้องระหว่างรูปแบบและข้อมูลเชิงประจักษ์ รายละเอียดดังตารางที่ 1 และการคัดสรรตัวชี้วัดจากค่า น้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัด โดยใช้เกณฑ์การ พิจารณาของทาแบคนิค และฟีเดล (Tabachnick and Fidell)¹⁰ เสนอว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มากแสดงว่า ตัวชี้วัดเป็นส่วนประกอบแท้จริงของค่านั้น ๆ และ ตัวชี้วัดควรมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบประมาณ 0.32 ขึ้นไป

ตารางที่ 1 ค่าสถิติวัดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างโมเดลและข้อมูลเชิงประจักษ์

ค่าสถิติ	เกณฑ์ความสอดคล้อง
Probability level	ค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
X ² /df (CMIN/DF)	มีค่าต่ำกว่า 2 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
Root Mean Squared Residual: RMR	มีค่าต่ำกว่า 0.8 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
Goodness – of – fit Index: GFI	มีค่ามากกว่า 0.90 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
Adjusted Goodness – of – fit Index: AGFI	มีค่ามากกว่า 0.9 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
Root Mean Squared Error of Approximate (RMSEA)	มีค่าต่ำกว่า 0.06 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ที่มา: โมเดลสมการโครงสร้าง (เสรี ชัดเยี่ยม และสุชาดา กรเพชรปรานี, 2546)¹¹

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาสร้างองค์ประกอบ ตัวชี้วัด และเกณฑ์ประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่รวบรวมได้จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและต่างประเทศ มีจำนวน 218 ตัวชี้วัด โดยใช้การพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้งานการวิจัยเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ การบริการสุขภาพ และการประเมินผล โดยการพิจารณางานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ลงมา และใช้งานวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก โดยการพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ การถดถอย (Regression) การหาความสัมพันธ์ (Correlation) สัดส่วน และร้อยละ เป็นต้น จำนวน 260 เรื่อง และข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญระดับสูงใช้ป้อนเกณฑ์สำหรับการคัดสรรตัวชี้วัด ได้ตัวชี้วัด 63 ตัวชี้วัด และเกณฑ์ประสิทธิภาพของตัวชี้วัดเป็นร่างชุดตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งเป็น 4 มิติ ดังนี้

1.1 มิติปัจจัยนำเข้า แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบทรัพยากรมนุษย์ องค์ประกอบงบประมาณ องค์ประกอบวิธีการทำงาน และองค์ประกอบสารสนเทศ มีจำนวน 15 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดลำดับที่ 1-15

1.2 มิติกระบวนการ เนื่องจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญระดับสูง พบว่า ในแต่ละองค์ประกอบของมิติกระบวนการ มีลักษณะที่เชื่อมโยงกันไม่สมควร จำแนกเป็นแต่ละองค์ประกอบ มีจำนวน 20 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดลำดับที่ 16-35

1.3 มิติผลผลิต แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบผลของกิจกรรมที่ให้บริการและองค์

ประกอบต้นทุนต่อหน่วยบริการทางการแพทย์พยาบาล มีจำนวน 13 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดลำดับที่ 36-48

1.4 มิติผลลัพธ์ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน และองค์ประกอบสถานะสุขภาพการเจ็บป่วยประชาชน มีจำนวน 15 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดลำดับที่ 49-63

2. การคัดสรรตัวชี้วัดจากข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญตามเทคนิคเดลฟาย 3 รอบจำนวน 17 ท่าน โดยการพิจารณาหาค่าจันทามติของตัวชี้วัดว่า มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลและตัวชี้วัดมีความสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ สรุปผลการศึกษาได้ชุดตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย 4 มิติ จำนวน 58 ตัวชี้วัด ดังนี้

2.1 มิติปัจจัยนำเข้า แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ จำนวน 15 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดลำดับที่ 1-15)

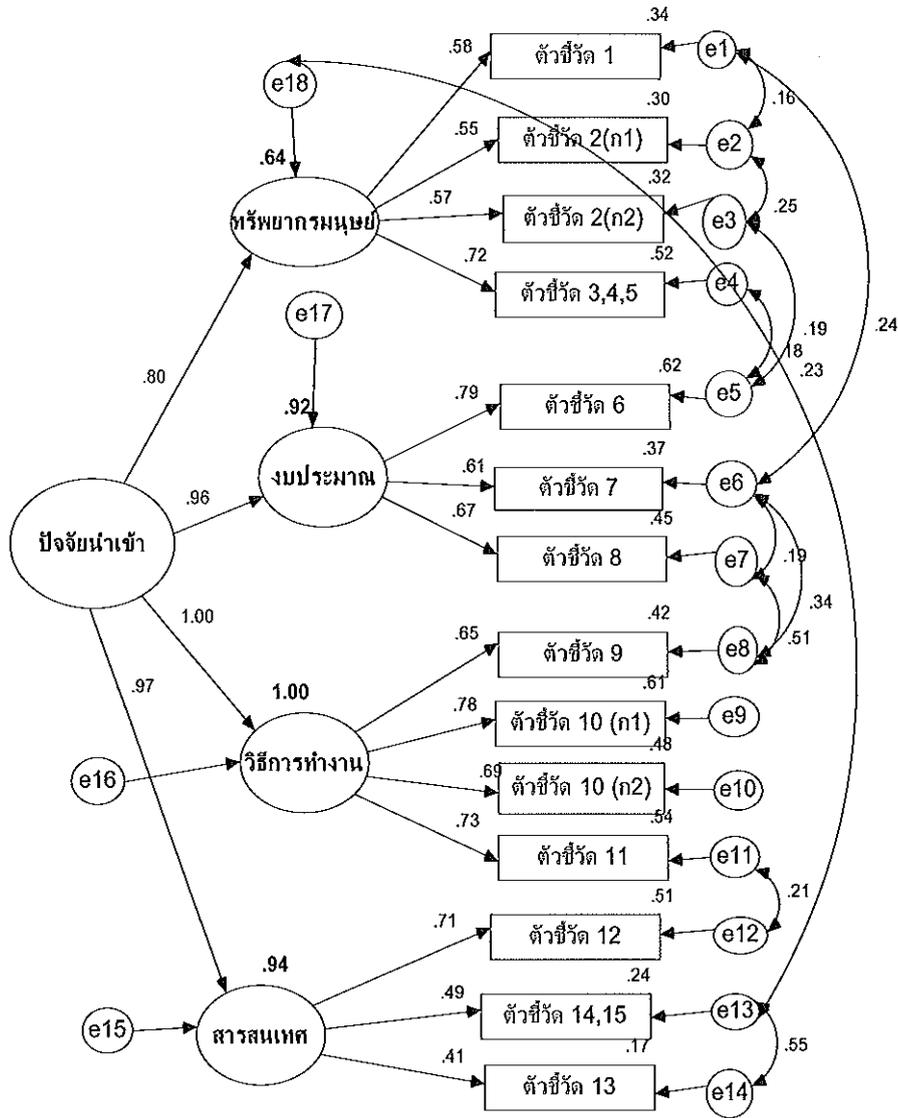
2.2 มิติกระบวนการ จำนวน 18 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดลำดับที่ 16-25 และ 28-35

2.3 มิติผลผลิต แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ จำนวน 12 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดลำดับที่ 37-46 และ 48

2.4 มิติผลลัพธ์ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ จำนวน 13 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดลำดับที่ 49-54 และ 57-63

3. การตรวจสอบยืนยันรูปแบบสมการโครงสร้างขององค์ประกอบและตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมิติ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนี้

3.1 มิติปัจจัยนำเข้า แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ จำนวน 15 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดลำดับที่ 1-15 ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 การวิเคราะห์ห้อยค์ประกอบมิติปัจจัยนำเข้า หลังการปรับปรุงรูปแบบ

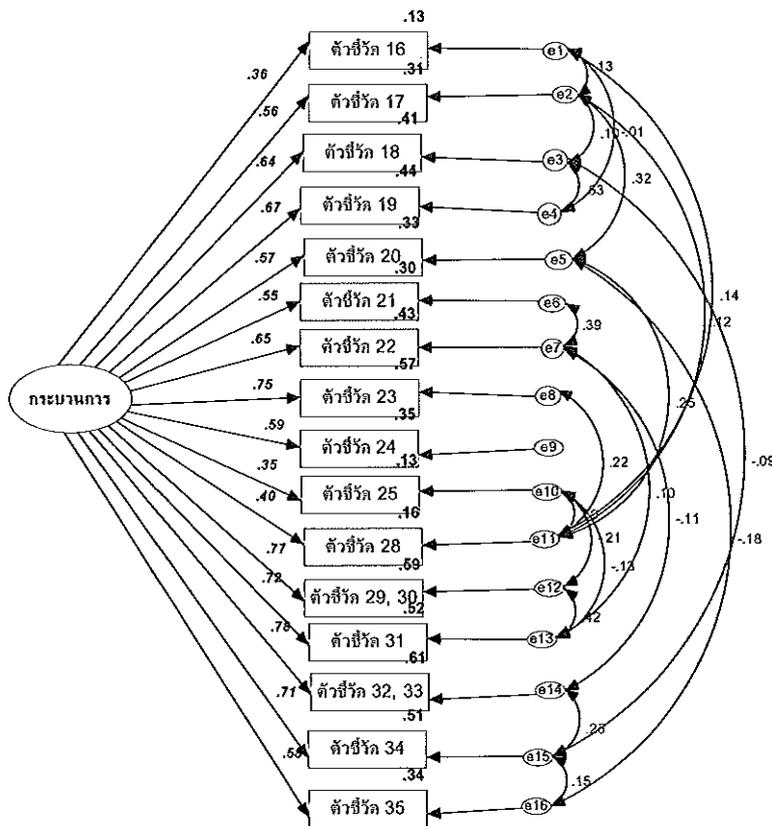
จากรูปภาพที่ 1 มิติปัจจัยนำเข้า ตัวชี้วัดแต่ละตัว มีค่าน้ำหนักขององค์ประกอบเป็นบวกมีขนาดตั้งแต่ 0.41 – 0.79 ได้ค่า χ^2 เท่ากับ 79.940, ค่า Probability level เท่ากับ 0.062, องศาอิสระ (df) เท่ากับ 62, ค่า RMR เท่ากับ 0.032, ค่า χ^2/df (CMIN/DF) เท่ากับ 1.289, ค่า GFI เท่ากับ 0.968 และ ค่า AGFI เท่ากับ 0.946 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.029 แสดงว่ารูปแบบสมการ โครงสร้างองค์ประกอบและตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ

พบว่า องค์ประกอบวิธีการมีความสำคัญมากที่สุด จำนวน 3 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดลำดับที่ 9–11) อธิบาย สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 100 ($R^2 = 1.00$) 2) รองลงมาองค์ประกอบสารสนเทศ จำนวน 4 ตัว ชี้วัด (ตัวชี้วัดลำดับที่ 12–15) อธิบายสัมประสิทธิ์ การพยากรณ์ ร้อยละ 94 ($R^2 = .94$) องค์ประกอบ งบประมาณจำนวน 3 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดลำดับที่ 6–8) อธิบายสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 92 ($R^2 = .92$) และมีความสำคัญน้อยที่สุดองค์ประกอบทรัพยากร

มนุษย์ จำนวน 4 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดลำดับที่ 1-5) อธิบายสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 64 ($R^2 = .64$) เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัด ในมิติปัจจัยนำเข้าเรียงลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบ จากมากไปน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดลำดับที่ 6 ความครอบคลุมของการมีมาตรฐานกำกับบริการให้บริการ ด้านต่างๆ ในหน่วยบริการ (0.79) 2) ตัวชี้วัดลำดับที่ 10 เกณฑ์ข้อ 1 ความครอบคลุมการวางแผน/โครงการ/

แผนปฏิบัติการกิจกรรมการสร้างสุขภาพในชุมชน (0.78) 3) ตัวชี้วัดลำดับที่ 11 ความครอบคลุมการจัดทำแผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติงานในการดูแลตามกลุ่มประชากร (0.73) และตัวชี้วัดมีความสำคัญน้อยที่สุด คือตัวชี้วัดลำดับที่ 13 ได้รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย วัลโรครายใหม่

3.2 มิติกระบวนการ จำนวน 18 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดลำดับที่ 16-25 และ 28-35)



รูปภาพที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบมิติกระบวนการหลังปรับปรุงรูปแบบ

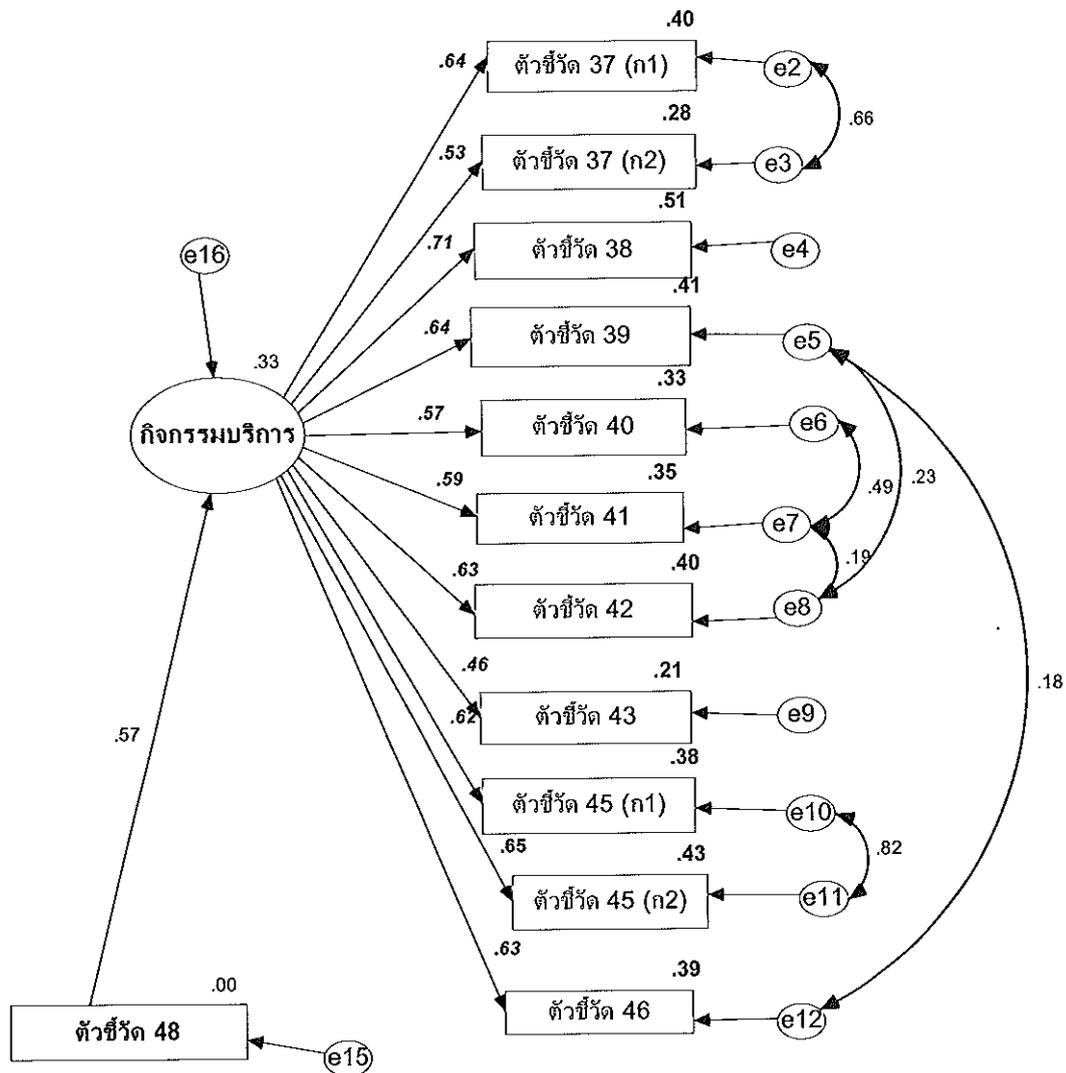
จากรูปภาพที่ 2 มิติกระบวนการ มีลักษณะกลมกลืน หลังปรับปรุงรูปแบบ ตัวชี้วัดมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดเป็นบวกตั้งแต่ 0.35-0.78 ได้ค่า χ^2 เท่ากับ 105.46, ค่า Probability level เท่ากับ 0.057, องศาอิสระ (df) เท่ากับ 84, ค่า RMR เท่ากับ 0.30, ค่า χ^2 / df (CMIN/DF) เท่ากับ 1.26, ค่า GFI เท่ากับ 0.965,

ค่า AGFI เท่ากับ 0.943 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.027 แสดงว่า รูปแบบสมการโครงสร้างองค์ประกอบและตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สรุปได้ว่ามิติกระบวนการมี 18 ตัวชี้วัด เมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัด เรียงลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อย 3 อันดับแรก ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดลำดับที่ 32 การ

คัดกรองโรคมะเร็งเต้านม และตัวชี้วัดลำดับที่ 33 การตรวจมะเร็งปากมดลูก (0.78) 2). ตัวชี้วัดลำดับที่ 29 การคัดกรองระดับความดันโลหิต และตัวชี้วัดลำดับที่ 30 การคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด เป็นด้านกิจกรรมการคัดกรอง (0.77) 3) ตัวชี้วัดลำดับที่ 23 การจัดการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโรคมะเร็งปาก

มดลูก และโรคมะเร็งเต้านม (0.75) และตัวชี้วัดมีความสำคัญน้อยที่สุด คือ ตัวชี้วัดลำดับที่ 25 สัดส่วนการกำกับการรับประทานยาต่อหน้าของผู้ป่วยวัณโรค (0.71)

3.3 มิติผลผลิต แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ จำนวน 12 ตัวชี้วัด ดังแสดงในรูปภาพที่ 3

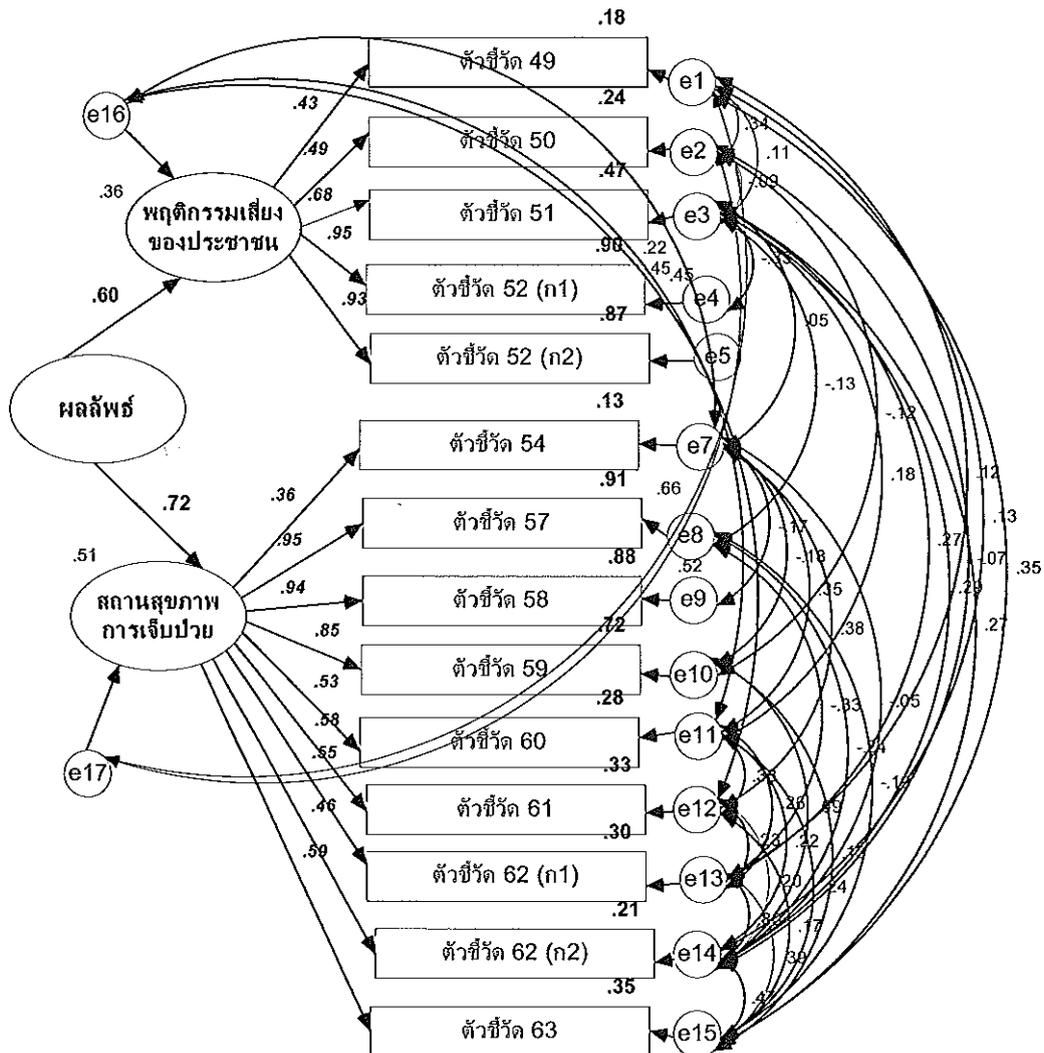


รูปภาพที่ 3 การวิเคราะห์องค์ประกอบในมิติผลผลิตหลังปรับปรุงรูปแบบ (ตัดตัวชี้วัดลำดับที่ 47)

จากรูปภาพที่ 3 มิติผลผลิต พบว่า ตัวชี้วัดลำดับที่ 47 หลังคาเรือนที่ได้รับผลจากการสูบบุหรี่ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดต่ำกว่า 0.32 ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดสรรตัวชี้วัด ผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบสมการโครงสร้างองค์ประกอบและตัวชี้วัดใหม่ ได้มีผลผลิตมีจำนวน 11 ตัวชี้วัด มีลักษณะความกลมกลืนหลังปรับปรุงรูปแบบ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดเป็นบวกตั้งแต่ 0.46-0.71 ได้ค่า χ^2 เท่ากับ 65.06, ค่า Probability level เท่ากับ 0.051, องศาอิสระ (df) เท่ากับ 48, ค่า χ^2/df (CMIN/DF) เท่ากับ 1.36, ค่า RMR เท่ากับ 0.33, ค่า GFI เท่ากับ 0.971 และ ค่า AGFI เท่ากับ 0.953 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.032 แสดงว่ารูปแบบสมการโครงสร้างมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

เรียงลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อย 3 อันดับแรก ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดลำดับที่ 38 เด็ก 0-5 ปีที่มีการเจริญเติบโตตามอายุ/น้ำหนัก/ส่วนสูง (0.71) 2) ตัวชี้วัดลำดับที่ 45 เกณฑ์ข้อ 2 ความชุกของโรคเรื้อรัง (0.65) 3) ตัวชี้วัดลำดับที่ 37 เกณฑ์ข้อ 1 การลดก่อนกำหนดของมารดา และตัวชี้วัดลำดับที่ 39 ระดับของกิจกรรมสร้างสุขภาพที่ใช้ทรัพยากรชุมชนเป็นหลัก (0.64) และตัวชี้วัดที่มีความสำคัญน้อยที่สุดคือ ตัวชี้วัดลำดับที่ 43 การขาดยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและตัวชี้วัดลำดับที่ 44 ผู้ป่วยโรคหัวใจมีผลการมาตรวจเสมหะเป็นบวกสิ้นสุดเดือนที่ 5 (0.46)

3.4 มิติผลลัพธ์ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบจำนวน 13 ตัวชี้วัด ดังแสดงในรูปภาพที่ 4



รูปภาพที่ 4 การวิเคราะห์องค์ประกอบในมิติผลลัพธ์หลังปรับปรุงรูปแบบ (ตัดตัวชี้วัดลำดับที่ 53)

จากรูปภาพที่ 4 มิติผลลัพธ์ พบว่า ตัวชี้วัดลำดับที่ 53 ประชากร 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.32 ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดสรรตัวชี้วัด ผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบสมการโครงสร้างองค์ประกอบ และตัวชี้วัดใหม่ ได้มิติผลลัพธ์จำนวน 12 ตัวชี้วัด มีลักษณะความกลมกลืนหลังปรับปรุงรูปแบบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดเป็นบวกตั้งแต่ 0.36 – 0.95 ได้ค่า χ^2 เท่ากับ 0.704, ค่า Probability level เท่ากับ .703, องศาอิสระ (df) เท่ากับ 2, ค่า χ^2/df (CMIN/DF) เท่ากับ 0.352, ค่า RMR เท่ากับ 0.004, ค่า GFI เท่ากับ 0.999 และ ค่า AGFI เท่ากับ 0.994 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.00 แสดงว่ารูปแบบสมการโครงสร้างองค์ประกอบและตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ดีมาก แสดงว่ารูปแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เรียงลำดับความสำคัญจากมากไปน้อย ดังนี้

3.4.1 องค์ประกอบสถานะสุขภาพการเจ็บป่วยประชาชน มีจำนวน 8 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดลำดับที่ 54 และ 57-63) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดเป็นบวกตั้งแต่ 0.33-0.96 อธิบายสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ร้อยละ 72 ($R^2 = 0.72$)

3.4.2 องค์ประกอบพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน มีจำนวน 4 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดลำดับที่ 49-52) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดเป็นบวกตั้งแต่ 0.43-0.95 อธิบายสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ร้อยละ 60 ($R^2 = 0.60$)

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดในมิติผลลัพธ์ เรียงลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดลำดับที่ 57 การตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน และตัวชี้วัดลำดับที่ 52 เกณฑ์ข้อ 1 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ (ความดันโลหิตสูง) (0.95) 2) ตัวชี้วัดลำดับที่ 58 การตายทารกต่อการเกิดมีชีพพันคน (0.94) 3) ตัวชี้วัดลำดับที่ 52 เกณฑ์ข้อ 2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ (โรคเบาหวาน) (0.93) และตัวชี้วัดมีความสำคัญน้อยที่สุด คือ ตัวชี้วัดลำดับที่ 49 ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (0.43)

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาองค์ประกอบ ตัวชี้วัด และเกณฑ์ประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่รวบรวมได้จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าตัวชี้วัดเกณฑ์การประเมินที่เกี่ยวข้องที่มีจำนวนมาก โดยการคัดสรรตัวชี้วัดใช้วิธีการหาข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidences based) ได้แก่ ข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญระดับสูงและงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการคัดสรรตัวชี้วัดทำให้การลดจำนวนตัวชี้วัดได้อย่างมีหลักเกณฑ์มากขึ้น ลดความซับซ้อนของตัวชี้วัดลงทำให้มีความครอบคลุมมากขึ้น ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการสร้างตัวชี้วัดจากทฤษฎี (Theoretical method) การลดจำนวนตัวแปร ทำได้โดยการยุบรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันเข้าด้วยกัน หรือโดยการคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงมาเพียงตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง ทั้งนี้ในการพิจารณาว่าตัวแปรใดมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสูง ทำได้โดยใช้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร^{11,12} ซึ่งสอดคล้องกับสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์¹³ กล่าวว่า คุณสมบัติตัวชี้วัดมีความเป็นวัตถุวิสัย (Objectivity) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับค่าของตัวชี้วัดมิได้เกิดจากการคิดเอาเองของผู้วิจัย แต่ขึ้นอยู่กับสถานะที่เป็นอยู่หรือรูปธรรม สอดคล้องกับนงราม เศรษฐพานิช¹⁴ กล่าวว่า มีประเด็นพิจารณา 3 ประเด็น คือ ตัวชี้วัดที่มีสามารถนำไปใช้ได้จริง ตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และตัวชี้วัดมีปัญหาอะไรที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ส่งผลให้ตัวชี้วัดและคะแนนที่กำหนดมีความสมบูรณ์

2. การคัดสรรตัวชี้วัดจากข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญตามเทคนิคเดลฟายจำนวน 17 ท่าน เป็นรูปแบบจำลองของการประเมินผลที่ต้องการได้รับความคิดเห็นจากบุคคลหลายๆ กลุ่มจำนวนมาก การศึกษาของฮันสัน คินี และแม็คเคนนา (Hasson, Keeney and McKenna)¹⁵ กล่าวว่าเนื่องจากเทคนิคเดลฟายอาศัยความคิดเห็นจากการตอบแบบสอบถาม ความน่าเชื่อถือ

ถือของข้อมูลที่ได้ขึ้นกับความน่าเชื่อถือของผู้ตอบว่า มีความรอบรู้ในเรื่องนั้นอย่างแท้จริงหรือไม่ จึงกล่าวได้ว่าการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ และเกณฑ์การพิจารณาเลือกผู้เชี่ยวชาญ ควรเป็นผู้รอบรู้และรู้ลึกในประเด็นที่ศึกษาอย่างแท้จริง เป็นผู้รู้จริงในเรื่องนั้น ๆ (Expert) ทำให้ผลความคิดเห็นที่เป็นข้อตกลงที่เกิดจากการตัดสินใจ โดยกลุ่มบุคคลจะมีความตรงมากกว่าการตัดสินใจโดยคนเดียว นำไปสู่ข้อสรุปที่มีความน่าเชื่อถือได้¹⁶ ถ้าการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญไม่เป็นไปตามเกณฑ์จะทำให้เกิดเป็นปัญหาได้ สอดคล้องกับความคิดเห็นของโทมัส แมคมิลแลน (Macmillan, 1971) ได้เสนอผลวิจัยเกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยแบบเทคนิคเคลฟายว่า ควรมีจำนวนเท่าไรจึงเหมาะสมในการประชุมประจำปีของสมาคมวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียรัฐเนียร์¹⁷ (California Junior Collage Association) เมื่อปี พ.ศ. 2514 ผลการวิจัยพบว่าหากมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมาก

3. การตรวจสอบยืนยันรูปแบบสมการโครงสร้างขององค์ประกอบ และชุดตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ผลการวิจัย ดังนี้

มิติปัจจัยนำเข้า แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ จำนวน 14 ตัวชี้วัด จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ชุดตัวชี้วัดองค์ประกอบวิธีการ ชุดตัวชี้วัดองค์ประกอบสารสนเทศ และชุดตัวชี้วัดองค์ประกอบงบประมาณ มีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติได้และเห็นผลชัดเจนในพื้นที่ที่ลงมือเก็บข้อมูลในพื้นที่ มีค่านำหนักองค์ประกอบสูงสามารถอธิบายมิติปัจจัยนำเข้าได้เป็นอย่างดี และชุดองค์ประกอบทรัพยากรมนุษย์สามารถอธิบายองค์ประกอบทรัพยากรมนุษย์ร้อยละ 64 ซึ่งผลการวิเคราะห์ทั้งการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้อันดับความสำคัญเป็นอันดับ 1 และความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ จากเทคนิคเคลฟายให้ค่านำหนักองค์ประกอบมากที่สุด แสดงถึงความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และจากข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่สอดคล้องกัน สะท้อนให้เห็นปัญหาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในภาระงานองค์ประกอบนี้เป็น

ข้อจำกัดของความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ดังนั้นการนำชุดตัวชี้วัดองค์ประกอบทรัพยากรมนุษย์ไปใช้จริง ต้องมีการปรับวิธีการในการเก็บข้อมูลหรือวิเคราะห์ว่าปัญหาของข้อมูลคืออะไร เฉพาะชุดตัวชี้วัดองค์ประกอบทรัพยากรมนุษย์ ต้องมีการปรับปรุงการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ขึ้น

มิติกระบวนการ จำนวน 18 ตัวชี้วัด จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นภาพสะท้อนกิจกรรมที่ดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมด้านการคัดกรอง เช่น การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการคัดกรองโรคเรื้อรัง โดยมีค่านำหนักองค์ประกอบสูงสุด แสดงว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรกๆ ในการสามารถอธิบายมิติกระบวนการได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับเป้าหมายการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ เน้นการสร้างนำซ่อม¹⁸ และปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไขตั้งแต่เริ่มต้น ในการบริการด้านแรกนี้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายการบริการทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ในการรักษาระดับสูงขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลรักษาแต่แรกพบและดูแลต่อเนื่อง การจัดบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ¹⁹

มิติผลผลิต แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ จำนวน 12 ตัวชี้วัด พบว่า ตัดตัวชี้วัดลำดับที่ 47 หลังคาเรือนที่ได้รับผลจากการสูบบุหรี่หรือออกมามีค่านำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.32 ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดสรรตัวชี้วัด สรุปได้มีผลผลิตมีจำนวน 11 ตัวชี้วัด จากผลการวิจัยแสดงว่า ไม่สามารถเก็บข้อมูลตัวชี้วัดลำดับที่ 47 หลังคาเรือนที่สูบบุหรี่ได้จริงในพื้นที่หรือเก็บได้ยาก ซึ่งเป็นความเห็นที่แตกต่างจากความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญตามเทคนิคเคลฟายที่มีค่านำหนักมาคิดว่ามีความสามารถในการเก็บข้อมูลได้จริงในระดับมาก (มีค่านำหนักตัวชี้วัดเท่ากับ 0.75) จึงเป็นข้อมูลที่ควรให้ความตระหนักเนื่องจากการศึกษาภาระโรคพบว่า ผลการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ปัจจัยเสี่ยงกับโรคที่ทำให้สูญเสียสุขภาพในประเทศไทยกำลังพัฒนา อันดับร้อยละ 3 ของอัตราการตายก่อนเวลาอันควร (DALYs 4.0) และสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและวัณโรค²⁰ การคัดกรองพื้นฐานในการบ่งชี้การ

วินิจฉัยระดับบุคคล และศรัณญา เบญจกุล และคณะ²¹ ได้วิเคราะห์การสำรวจในปี พ.ศ. 2534, 2546 และ 2549 ว่ามีการรายงานการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยมีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป กับในครัวเรือนที่ไม่มีการสูบบุหรี่ พบ 1 โรค คือ โรคหอบหืดว่าสูงกว่า โดยเด็กป่วยเป็นโรคหอบหืดมากกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ไม่มีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสมาชิกไม่ว่าจะเป็นผู้สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่ที่มีอายุ 28 ปีขึ้นไปล้วนมีความเสี่ยงโรคเรื้อรังประกอบด้วยโรคหอบหืด อุจลมโป่งพอง และมะเร็งปอดเช่นเดียวกับผู้ที่เป็นผู้สูบบุหรี่เอง

มิติผลลัพธ์ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ จำนวน 13 ตัวชี้วัด พบว่า คัดตัวชี้วัดลำดับที่ 53 ประชากร 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ออก โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.32 ไม่ผ่านการคัดสรรตัวชี้วัด สรุปได้มิติผลลัพธ์มีจำนวน 12 ตัวชี้วัด โดยองค์ประกอบสถานะสุขภาพการเจ็บป่วยประชาชน จำนวน 8 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดลำดับที่ 54, 57-63) สามารถอธิบายมิติผลลัพธ์ ร้อยละ 72 ($R^2 = 0.72$) และองค์ประกอบพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน จำนวน 4 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดลำดับที่ 49-52) สามารถอธิบายมิติผลลัพธ์ ร้อยละ 60 ($R^2 = 0.60$) จากผลการวิจัยแสดงว่า ความสามารถในการเก็บข้อมูลไม่สามารถเก็บข้อมูลได้จริงในพื้นที่หรือการเก็บข้อมูลได้ยากในตัวชี้วัดลำดับที่ 53 การสูบบุหรี่ในประชากรมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่าเป็นความเห็นที่แตกต่างระหว่างความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีค่าฉันทมติระดับมาก ($X = 4$) กับความคิดเห็นจากข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่ามีความสามารถในการเก็บข้อมูลได้ในระดับปานกลาง (มีค่าน้ำหนักตัวชี้วัดเท่ากับ 0.66) ในการเก็บข้อมูลเรื่อง การสูบบุหรี่ควรให้ความตระหนักเช่นเดียวกับในมิติผลผลิตดังที่กล่าวมาแล้ว

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยเรื่อง การพัฒนาตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดสำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย นำไปสู่ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปกำหนดเป็นนโยบายและกลยุทธ์ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติในการนำชุดตัวชี้วัดและเกณฑ์ประสิทธิภาพที่พัฒนาขึ้นไปประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. หน่วยบริการปฐมภูมิควรนำชุดตัวชี้วัดและเกณฑ์ประสิทธิภาพที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการจัดบริการอย่างเป็นรูปธรรมโดยการประเมินตนเอง เพื่อไปสู่การรับรู้และรับทราบปัญหาการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ มิติปัจจัยนำเข้า ใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินการบริหารจัดการของหน่วยบริการและการสนับสนุนของเครือข่าย มิติกระบวนการใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินเพื่อการติดตาม ควบคุม กำกับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ มิติผลผลิตและมิติผลลัพธ์ ใช้เป็นตัวชี้วัดการประเมินผลสัมฤทธิ์ของผลการดำเนินงานของการบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ในระดับปฏิบัติการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care; CUP broad) ควรดำเนินการหากลไกในการสนับสนุนในหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถนำชุดตัวชี้วัดและเกณฑ์ประสิทธิภาพไปดำเนินการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้สังกัด หรือรูปแบบการจัดบริการที่แตกต่างกัน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma - Ata, Union of Soviet Socialist Republics, 6-12 September 1978. Geneva.
2. Mercenier, P. Methodology and Relevance of Health System Research, Centre International de l'Enfance Paris Paris; 1992.
3. Starfield, B. Primary Care : Is it essential?. Lancet 1994; 334: 1129-33.
4. Beverly, S. A Proposed Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care: A Tool for Policy and Practice. The Australian Primary Health Care Research Institute. Available at: [http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual framework. Pdf.](http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual%20framework.Pdf); 2004.
5. ประเวศ วะสี. ปฏิรูปการเรียนรู้เพื่อแก้ความทุกข์ยากของคนทั้งแผ่นดิน. ปาฐกถาพิเศษในการประชุมสัมมนา การเรียนรู้สู่ศตวรรษ เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2544 ณ ห้องประชุมโรงเรียนเบญจมเทพอุทิศ จังหวัดเพชรบุรี; 2543.
6. Steering committee. Report on Government Services 2008. Australia: Productivity Commission Canberra Melbourne; 2008.
7. Peacock, S., Chan, C., Mangolini M. and Johansen, D. Techniques for Measuring Efficiency in Health Services. Australia: Available at: <http://www.pc.gov.au/pdf>; 2001.
8. Meiesaar, K. & Lember, M. Efficiency and sustainability of using resources in ESTONIA Primary health care. Croatia Medicine Journal 2004; 45: 573-77.
9. สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. รายงานผลการตรวจประเมินศูนย์สุขภาพชุมชน ในปีงบประมาณ 2552. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Available at: <http://www.phdb.moph.go.th>; 2010.
10. Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. Using Multivariate Statistics. 3rd. New York: HarperCollins, 1996.
11. เสรี ชัดเข้ม และสุชาดา กรเพชรปาลี. โมเดลสมการโครงสร้าง. วิจัยและวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา 2546; 1(1): 1-23.
12. Johonstone, J.N. Indicators of Education Systems. UNESCO. Paris; 1981.
13. บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. การพัฒนาดัชนีรวมคุณภาพการจัดการศึกษาสำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต [คู่มือบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2543.
14. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
15. นงราม เศรษฐพานิช. ใน การสัมมนาการปฏิรูประบบราชการ สกศ. ครั้งที่ 4 (สายวิชาการ) การพัฒนาตัวชี้วัดและทบทวนกระบวนการทำงาน ณ โรงแรมดุสิตริゾート แอนด์ โปโลคลับ จ.เพชรบุรี. วันที่ 12-14 มีนาคม 2540.
16. Hasson, F., Keeney, S. & McKenna, HP. Research guidelines for the Delphi technique. Journal of Advanced Nursing 2000; 32(4): 1008-15.

17. ส.วาสนา ประवालพฤษย์. การวัดและประเมินผลตามสภาพจริง ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาบุคลากรเป็นวิทยากรระดับจังหวัด ด้านการประเมินผลด้วยทางเลือกใหม่ตาม พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ระหว่างวันที่ 20-24 สิงหาคม กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ; 2544.
18. เกษม บุญอ่อน. เดลฟาย: เทคนิคในการวิจัย. วารสารการศึกษาศาสตร์ 2522; 10: 26-8.
19. สมจิต หนูเจริญกุล, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง บัณฑิตศึกษากับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. วันที่ 22-24 สิงหาคม 2544.
20. สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. คู่มือพัฒนาระบบงานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2550.
21. คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง. การศึกษาภาวะโรคของประชาชนไทยปี พ.ศ. 2542. กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
22. ศรีธัญญา เบญจกุล และคณะ. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2549. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ: เจริญดีมีนคงการพิมพ์; 2550.