

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันของตำบลจัดการสุขภาพ ประเทศไทย

อาทิตย์ บุญรอดชู ส.ม., ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)*

สุรีย์ จันทร์โมลี ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)**

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางเหียน อำเภอลำปลายพระยา จังหวัดกระบี่

** มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

วันรับ:	1 ส.ค. 2561
วันแก้ไข:	14 ก.พ. 2562
วันตอบรับ:	25 ก.พ. 2562

บทคัดย่อ ตำบลจัดการสุขภาพยังมีผลการดำเนินงานที่แตกต่างกันในแต่ละตำบล ซึ่งไม่สามารถอธิบายปัจจัยหรือองค์ประกอบของตำบลจัดการสุขภาพได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบของตำบลจัดการสุขภาพขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจตัวบ่งชี้องค์ประกอบจากการสำรวจและตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ภาศิเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพที่มีการประเมินตนเองได้ระดับดีขึ้นไป จำนวน 676 คน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นแบบหลายขั้นตอน โดยใช้แบบสำรวจตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทยเป็นเครื่องมือในการวิจัย สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสกัดองค์ประกอบ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทย มีจำนวน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ของคนในตำบลจัดการสุขภาพ และองค์ประกอบด้านผลประโยชน์ที่ได้รับจากตำบลจัดการสุขภาพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ระหว่าง 0.48 ถึง 0.90 ทั้ง 4 องค์ประกอบอธิบายความแปรปรวนร่วมกันได้ร้อยละ 31.64 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่ามีค่าสัดส่วนสถิติไคสแควร์ (χ^2/df) เท่ากับ 1.34 ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (root mean square error of approximation: RMSEA) เท่ากับ 0.02 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (comparative fit index: CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (goodness of fit index: GFI) เท่ากับ 0.91 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (adjusted goodness of fit: AGFI) เท่ากับ 0.89 และค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองเศษเหลือ (standard root mean square residual: SRMR) เท่ากับ 0.05 แสดงว่าโมเดลตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

คำสำคัญ: ตำบลจัดการสุขภาพ, ภาศิเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ, การมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ, ความสัมพันธ์ของคนในตำบลจัดการสุขภาพ, ผลประโยชน์ที่ได้รับจากตำบลจัดการสุขภาพ

บทนำ

การสาธารณสุขไทยได้มีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหลักการ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ได้ถูกนำมาใช้เป็นกลวิธีอันเป็นรากฐานสำคัญยิ่ง โดยมุ่งหวังให้เกิดความครอบคลุม และเป็นธรรมในด้านการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ซึ่งสมควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้เกิดการพึ่งตนเอง หรือการดูแลสุขภาพของตนเองได้ระดับหนึ่ง ที่ผ่านมาระบบสุขภาพไทยมีการปรับตัวอย่างรวดเร็ว ทั้งในเชิงแนวคิด นโยบาย โครงสร้างและกลไกการจัดการ ตลอดจนการให้ความสำคัญกับบทบาท ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่น่าสนใจ คือ การรวมกลุ่มภาคประชาชน ชมรมและองค์กรต่างๆ มีมากขึ้น สะท้อนการเกิดจิตสำนึกสุขภาพใหม่ที่ถือว่าสุขภาพไม่ใช่สิ่งผูกขาดหรือหยิบยื่นให้โดยหน่วยงานภาครัฐ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจแสวงหาและมีส่วนร่วม จากนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลที่ผ่านมามุ่งเน้นในการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นและมุ่งส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนมากขึ้น⁽¹⁾

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนได้มีการดำเนินการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพเป้าหมายให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์โดยการจัดการสุขภาพด้วยบทบาทของตำบลเอง จึงได้พัฒนากลไกการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อให้เกิดตำบลจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดำเนินงาน โดยอาศัยแผนสุขภาพตำบล กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และกระบวนการอื่นๆ เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้ใช้พลังความคิดและภูมิปัญญาท้องถิ่น พัฒนาโครงการและริเริ่มสร้างสรรค์กิจกรรมใหม่ที่นำสู่นวัตกรรมการส่งเสริมสุข-

ภาพ ป้องกัน และจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้เกิดเป็นตำบลต้นแบบการจัดการสุขภาพดี มีระบบเฝ้าระวังภัยคุกคามสุขภาพ และที่สำคัญมีการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่หลากหลายแสดงถึงการลดภาระโรคและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เกิดแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกชุมชน ที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ระบบสุขภาพชุมชนโดยรวมเกิดประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน^(2,3) โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาปี พ.ศ. 2559 จำนวน 1,215 แห่ง (ในเขตชนบท 1000 แห่ง และเขตเมือง 215 แห่ง) เป้าหมาย อำเภอละ 1 ตำบล และร้อยละ 75.0 ของพื้นที่เป้าหมายตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตำบลจัดการสุขภาพระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 10.0 ของพื้นที่เป้าหมายตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตำบลจัดการสุขภาพระดับดีเยี่ยม ตามแบบการประเมินกระบวนการการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ 5 ระดับ ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนในระดับดีเยี่ยม⁽¹⁾

ประเทศไทย ได้ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพมาตั้งแต่ ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน และจากการประเมินผลตำบลจัดการสุขภาพในปี 2559 ในจำนวนตำบลทั้งหมด 7,256 ตำบลและมีการประเมิน 7,096 ตำบล พบว่าตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินตำบลจัดการสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 98 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 1.4 ระดับพัฒนา จำนวน 213 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 2.9 ระดับดี จำนวน 2,846 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 39.22 ระดับดีมาก จำนวน 1,331 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 18.3 และระดับดีเยี่ยม จำนวน 2,418 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 33.3⁽⁴⁾

จากข้อมูลสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าตำบลจัดการสุขภาพยังมีผลการดำเนินงานที่แตกต่างกันในแต่ละตำบลโดยสามารถแยกเป็นระดับอย่างเห็นได้ชัด ตำบลที่ไม่สามารถดำเนินการได้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนชัดเจน เช่น การดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพของตนเอง และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวางแผนดูแลสุขภาพของประชาชน⁽²⁾ นอกจากนี้ การศึกษาข้อมูลการ

วิจัยในเรื่องตำบลจัดการสุขภาพ ในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาในระดับน้อยมาก โดยอาศัยรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองและการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งแต่ละงานวิจัยก็มีทิศทางเป็นของตัวเอง แต่ก็ไม่สามารถอธิบายปัจจัยหรือองค์ประกอบของตำบลจัดการสุขภาพได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบของตำบลจัดการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจตัวบ่งชี้และองค์ประกอบจากการสำรวจและตรวจสอบความสอดคล้องแบบจำลองและองค์ประกอบของตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อให้ทราบปัจจัยต่างๆ ในเชิงเหตุผลของการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทย ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดการมีส่วนร่วม แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพชุมชน มาวิเคราะห์โดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำข้อมูลที่ศึกษาไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ภาคีเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพที่มีผลการประเมินตนเองตั้งแต่ระดับดี ดีมาก และดีเยี่ยม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือภาคีเครือข่ายตำบลบุคลากรสาธารณสุขประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุขพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี กำนัน ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้นำศาสนา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของประชากร ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือภาคีเครือข่ายตำบลบุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน 720 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการพิจารณา

จำนวนพารามิเตอร์อิสระที่ต้องประมาณค่า ถ้าพารามิเตอร์มีจำนวนมากควรจะต้องมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยใช้กฎที่ว่า อัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่าง และจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรสังเกตได้ควรจะเป็น 10-20 ต่อ 1 พารามิเตอร์⁽⁵⁾ ผู้วิจัยสนใจตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนากับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยโมเดลที่พัฒนาขึ้นมีตัวแปรสังเกตได้จำนวน 57 ตัวแปร และผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ คือ $57 \times 10 = 570$ คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยความน่าจะเป็น (probability sampling) แบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยมีเกณฑ์การตัดเข้า ดังนี้

- 1) สามารถสื่อสารเข้าใจภาษากับผู้วิจัย
 - 2) สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองอย่างครบถ้วน
 - 3) เป็นภาคีเครือข่ายมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
 - 4) มีความยินดีและสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย
- เกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามโดยมีรายละเอียด 2 ส่วน คือข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับตำบลจัดการสุขภาพ โดยได้ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.40 1.00 – ถือว่าข้อคำถามผ่านเกณฑ์ และหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือการเก็บรวบรวมปริมาณโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล

2. ทำหนังสือถึงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นภาคีเครือข่าย
ตำบลจัดการสุขภาพ

3. จัดหาผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยเป็นบุคลากรทางการ
แพทย์และการสาธารณสุขในพื้นที่ทำการศึกษาจำนวน 21
คน และชี้แจงแบบสอบถามให้ทราบโดยละเอียดเพื่อ
ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกคนปฏิบัติได้ตามแนวทางเดียวกัน

4. ผู้ช่วยเก็บข้อมูล พบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ หลังจาก
นั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้
ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจก
แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายให้ทราบถึง
วัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายถึงวิธีการตอบ
คำถาม และเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่ม
ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และรวบรวม
แบบสอบถามคืนทันที

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลตรวจสอบความครบ
ถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์นำ
ข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4
ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมข้อมูลสำหรับการ
วิเคราะห์ ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบ
คุณภาพข้อมูล ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น
ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย
ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรบทบาท
หน้าที่ในตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย อายุ การ
ศึกษา รายได้ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน-
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของตำบลจัดการ
สุขภาพประเทศไทย

2.1 สก๊ตองค์ประกอบ ดังนี้

2.1.1 การทดสอบความเหมาะสมของเมทริกซ์-
สหสัมพันธ์ เพื่อดูความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของตัวแปร
ทั้งหมดว่าเพียงพอในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์องค์-
ประกอบหรือไม่ มี 2 วิธี ดังนี้

1) Bartlett test of sphericity หากพบระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ α เท่ากับ 0.001 แสดงว่าตัวแปรทั้งหมดมี
ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและเพียงพอต่อการนำไปใช้
ต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบได้

2) Measure of sampling adequacy (MSA) ค่า MSA
มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 มีการทดสอบ 2 แบบ คือ

- พิจารณาความแปรปรวนของตัวแปรทั้งหมดใน
คราวเดียวกัน ค่า MSA ไม่ควรต่ำกว่า 0.5 ตามวิธี Kai-
ser-Meyer-Olkin (KMO)⁽⁶⁾ ซึ่งจะแสดงว่าเมทริกซ์
สหสัมพันธ์นั้นมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมากพอที่จะ
นำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ

- พิจารณาความแปรปรวนของตัวแปรแต่ละตัว ค่า
MSA ของตัวแปรจาก anti-image correlation matrix
โดยดูค่าคอมมูนาลิตี้ (communality: h^2) โดยอ่านค่าใน
แนวทแยงของเมทริกซ์ ค่า h^2 แต่ละตัวแปรไม่ควรต่ำกว่า
0.5 จึงจะสามารถนำไปใช้วิเคราะห์องค์ประกอบได้ การ
พิจารณาตัดตัวแปรได้ออกจากการวิเคราะห์

2.1.2 ทำการหมุนแกนแล้วพิจารณาการคัดเลือก
จำนวนองค์ประกอบตาม Scree Test แล้วคัดเลือกคำถาม
ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับหรือค่ามากกว่า 0.30
และจำนวนข้อในแต่ละองค์ประกอบมีอย่างน้อย 2 ตัวแปร
ขึ้นไปเป็น 1 องค์ประกอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะต้องตั้งชื่อ
องค์ประกอบ

2.1.3 นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจมา
ประกอบการสร้างกรอบแนวคิดใหม่ในการสร้างโมเดล
องค์ประกอบตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทย

3. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory
factor analysis) เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลองค์-
ประกอบตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทย โดยมีขั้นตอน
ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง เพื่อวิเคราะห์ ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของ ตัวแปรสังเกตได้ในแต่ละองค์ประกอบตำบลจัดการ สุขภาพประเทศไทย

3.2 การวิเคราะห์เชิงยืนยันอันดับสอง เพื่อวิเคราะห์ ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลตำบลจัดการ สุขภาพประเทศไทย 3 องค์ประกอบ

3.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ ดังนี้

3.3.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เพื่อหาค่าได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของข้อมูล

3.3.2 ตรวจสอบเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่า Bartlett's test of sphericity ต้องมีค่ามาก ๆ ต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใกล้ 1.0

3.4 นำเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่มีคุณสมบัติตามการพิจารณาข้างต้นมาดำเนินการการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างโมเดลเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้อง ดังนี้

1) ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square statistics:) ค่าสถิติไค-สแควร์ เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานที่ว่าฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าเป็นศูนย์ ถ้าค่าไค-สแควร์มีค่าต่ำมาก ยิ่งเข้าใกล้ศูนย์ แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2) ดัชนี Tucker-Lewis index (TLI) ค่า TLI ถ้ามีค่ามากกว่า 0.95 แสดงว่าข้อมูลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ CFI (comparative fit index) มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1.00 ถ้ามีค่ามากกว่า 0.95 แสดงว่า โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4) ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (relative chi-square: χ^2/df) เป็นค่าสถิติที่ใช้เปรียบเทียบระดับความกลมกลืนระหว่างโมเดลที่มีองศาอิสระไม่เท่ากัน โดยมีค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ไม่เกิน 2

5) ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ (standardized root mean square residual: SRMR) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบระดับความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดล 2 โมเดล เฉพาะกรณีที่เป็นการเปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลชุดเดียว ค่า SRMR อยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้ามีค่าต่ำกว่า 0.08 แสดงว่า โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

6) ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (root mean square error of approximation: RMSEA) ค่า RMSEA อยู่ระหว่าง 0 ถึง 1.00 ถ้ามีค่าต่ำกว่า 0.06 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3.5 การปรับโมเดล (model modification) เป็นขั้นตอนที่กระทำต่อเมื่อมีพารามิเตอร์บางค่าที่ไม่แตกต่างจากศูนย์ หรือมีทิศทางของค่าพารามิเตอร์ไม่ตรงกับทฤษฎีที่กำหนดไว้ดังนั้นผู้วิจัยจะปรับโมเดลสมการโครงสร้างในส่วนที่เป็นความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าที่เกิดจากเครื่องมือที่ใช้ในการวัด การปรับโมเดลสมการโครงสร้างในส่วนที่เป็นความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าที่เกิดจากเครื่องมือที่ใช้ในการวัด สามารถทำการปรับโมเดลได้ทันที ไม่มีผลกระทบต่อโครงสร้างของโมเดลตามสมมติฐาน เมื่อปรับโมเดลจนได้ค่าดัชนีตรวจสอบความสอดคล้อง ดังนี้

3.5.1 ค่าสถิติทดสอบไค-สแควร์มีค่าน้อยกว่าค่าไค-สแควร์เกณฑ์ หรือค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์มีค่าน้อยกว่าสอง

3.5.2 ค่าดัชนีตรวจสอบความกลมกลืน (CFI TLI) มีค่ามากกว่า 0.95

3.5.3 ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า (RMSEA, RMR, SRMR) มีค่าน้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 676 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 44.1 ปี (± 10.21) มีตำแหน่งในตำบลจัดการสุขภาพ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 88 คน คิดเป็นร้อยละ 13.0 นักวิชาการสาธารณสุข 103 คน ร้อยละ 15.2 พยาบาล 181 ร้อยละ 26.8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 137 ร้อยละ 20.3 นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 48 คน ร้อยละ 7.10 กำนัน 35 คน ร้อยละ 5.2 ผู้อำนวยการโรงเรียน 54 คน ร้อยละ 8.0 ผู้นำศาสนา 30 คน ร้อยละ 4.4 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษา ระดับประถมศึกษาจำนวน 31 คน ร้อยละ 4.6 มัธยมศึกษา 23 คน ร้อยละ 3.4 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 74 คน ร้อยละ 10.9 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า 19 คน ร้อยละ 2.8 ปริญญาตรี 467 คน ร้อยละ 69.1 และจบปริญญาโท 62 คน ร้อยละ 9.2 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 27,572.83 บาท ($\pm 25,284.55$)

การตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบว่าข้อมูลที่ได้มานั้นมีความสัมพันธ์อย่างเพียงพอต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบหรือไม่ โดยพิจารณาค่าความเหมาะสมของข้อมูลพบว่า ค่าสถิติของ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) มีค่าเท่ากับ 0.9 ซึ่งควรมีค่ามากกว่า 0.8 ผลที่ได้คือ ข้อมูลทั้งหมดและตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์กัน สามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยได้ และจากค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity พบว่า ค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2) ที่ใช้ในการทดสอบมีค่าเท่ากับ 76045.6 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลที่ได้คือ เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น เมตริกซ์สหสัมพันธ์จึงเหมาะสมที่จะใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้

การสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญ (principal component analysis: PC) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลังจากการหมุนแกนแบบมุมฉาก (orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์

(Varimax method) สามารถอธิบายถึงองค์ประกอบของแบบสำรวจตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทย ได้ทั้งหมด 9 องค์ประกอบ แต่เมื่อพิจารณาความเหมาะสมของค่าน้ำหนักองค์ประกอบแล้ว ค่าที่เกิน 0.4 ผู้วิจัยได้ตัดองค์ประกอบออกไปบางตัว โดยพิจารณาจากความสอดคล้องและข้อคำถามที่มีน้อยเกินไป ทำให้เหลือองค์ประกอบที่ใช้ได้จริง 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 มี 29 ตัวแปร มีค่าไอเกน เท่ากับ 29.9 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.49 - 0.85 เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วข้อดังกล่าวจะเน้นในเรื่องของกระบวนการดำเนินงาน จึงตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า ภาคีเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 มี 20 ตัวแปร มีค่าไอเกน เท่ากับ 8.9 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0 - 0.48.90 เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วข้อดังกล่าวจะเน้นในเรื่องของภาคีเครือข่าย จึงเรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า การมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ องค์ประกอบที่ 3 มี 3 ตัวแปร มีค่าไอเกน เท่ากับ 3.2 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.8 - 0.593 เรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า ความสัมพันธ์ของคนในตำบลจัดการสุขภาพ องค์ประกอบที่ 4 มี 2 ตัวแปร มีค่าไอเกน เท่ากับ 2.17 มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.58 - 0.64 เรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า ผลประโยชน์ที่ได้รับจากตำบลจัดการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตามโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทยพบว่า ตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทยประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านภาคีเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ (Team) องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ (Participation) องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ของคนในตำบลจัดการสุขภาพ (Relationship) องค์ประกอบด้านผลประโยชน์ที่ได้รับจากตำบลจัดการสุขภาพ (Benefits) โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก พิจารณาจาก = 2,028.19, df = 1,52, p = 0.00, c2/df = 1.34, GFI = 0.91, AGFI = 0.89, RMSEA

= 0.02, SRMR = 0.05 แสดงว่าโมเดลการวิจัยมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบพบว่ามีความค่าบวกทั้งหมดมีขนาดตั้งแต่ 0.38 ถึง 2.69 และแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกตัว เมื่อพิจารณาในรายละเอียดขององค์ประกอบ พบว่า

องค์ประกอบด้านภาคีเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ (Team) ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ ตำบลจัดการสุขภาพมีการวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของชุมชน มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.65 และมีความแปรปรวนร่วมกันกับองค์ประกอบด้านภาคีเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ (Team) ร้อยละ 0.42 ตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดคือ บุคลากรจากภาครัฐมีส่วนร่วมในทีมสุขภาพตำบล มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.47 และมีความแปรปรวนร่วมกันกับองค์ประกอบด้านภาคีเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ (Team) ร้อยละ 0.22

องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ (Participation) ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือเพื่อเตรียมการประเมินตำบลจัดการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกับเจ้าหน้าที่หรือคณะกรรมการตำบลจัดการสุขภาพเพื่อปรับปรุงกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ให้เหมาะสมกับตำบล มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.66 และมีความแปรปรวนร่วมกันกับองค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ (Participation) ร้อยละ 0.43 และ 0.44 ตามลำดับ ตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหรือดำเนินตามแผนงานตำบลจัดการสุขภาพ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.44 และมีความแปรปรวนร่วมกันกับองค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ (Participation) ร้อยละ 0.19

องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ของคนในตำบลจัดการสุขภาพ (Relationship) ตัวแปรที่มีน้ำหนักความ

สำคัญมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการเชิญชวนให้คนในชุมชนเข้าร่วมปฏิบัติงานตำบลจัดการสุขภาพ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.69 และมีความแปรปรวนร่วมกันกับองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ของคนในตำบลจัดการสุขภาพ (Relationship) ร้อยละ 0.47 ตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ เมื่อมีกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ในตำบลจัดการสุขภาพ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.53 และมีความแปรปรวนร่วมกันกับองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ของคนในตำบลจัดการสุขภาพ (Relationship) ร้อยละ 0.28

องค์ประกอบด้านผลประโยชน์ที่ได้รับจากตำบลจัดการสุขภาพ (Benefits) ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ การเห็นว่าตำบลจัดการสุขภาพสามารถแก้ปัญหาในตำบลได้อย่างเหมาะสม มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.69 และมีความแปรปรวนร่วมกันกับองค์ประกอบด้านผลประโยชน์ที่ได้รับจากตำบลจัดการสุขภาพ (Benefits) ร้อยละ 0.48 ตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดคือ การเห็นว่าตำบลได้รับประโยชน์จากตำบลจัดการสุขภาพ จากกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ที่ตำบลได้ร่วมกันทำ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.65 และมีความแปรปรวนร่วมกันกับองค์ประกอบด้านผลประโยชน์ที่ได้รับจากตำบลจัดการสุขภาพ (Benefits) ร้อยละ 0.42

วิจารณ์

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทย ได้องค์ประกอบจำนวน 4 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 54 ตัวแปร ได้แก่ ด้านภาคีเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ 29 ตัวแปร ด้านการมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ 20 ตัวแปร ด้านความสัมพันธ์ของคนในตำบลจัดการสุขภาพ 3 ตัวแปร และด้านผลประโยชน์ที่ได้รับจากตำบลจัดการสุขภาพ 2 ตัวแปร ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงสำรวจ จากการวิเคราะห์องค์ประกอบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ

แนวคิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน⁽¹⁾ ที่มีองค์ประกอบการดำเนินงาน 3 องค์ประกอบ คือ

คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการพัฒนาต่าง ๆ ต้องมีคนในชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่ง จำนวนมากหรือน้อยตามสภาพชุมชน อาจมีความแตกต่างหลากหลาย ต่างกลุ่ม ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างความคิด ต่างเพศ ต่างวัย แต่มีจิตใจเพื่อส่วนรวม มีเป้าหมายร่วมกัน และมีการขยายแนวร่วมออกไป

องค์ความรู้ ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ชุมชนจำเป็นต้องมีองค์ความรู้วิธีการเทคโนโลยี ภูมิปัญญาและประสบการณ์ รวมทั้งทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและการกระจายความรู้ ข้อมูลข่าวสารในชุมชน

ทุน การพัฒนาสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยทุนที่เป็นเงินที่ไม่ใช่เงินหรือทุนทางสังคมและทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งทุนที่เป็นเงินจะมีความหมายลักษณะการเงิน การคลัง ด้านสุขภาพและการพัฒนาด้านต่าง ๆ เพื่อจัดบริการให้คนในชุมชนอย่างคุ้มค่า คุ้มค่าที่ทำงาน และประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งแต่ละชุมชนสามารถแสวงหาทุนได้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน และนำมาบริหารจัดการให้เกิดผลกำไร แล้วนำดอกผลนั้นมาใช้ในการพัฒนาต่อไป

นอกจากองค์ประกอบ 3 ประการแล้ว หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การจัดการเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการในที่นี้ คือ การปฏิบัติการประสานให้เกิดความสมดุล เพื่อการเคลื่อนไหวของปัจจัย คน องค์ความรู้หรือวิธีการทำงานและทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภาพเชิงแนวคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวแม้ว่าจำนวนองค์ประกอบจะไม่เท่ากัน ก็ยังมีความคล้ายคลึงกันในส่วนเนื้อหาและวิธีปฏิบัติ ในส่วนที่มีความต่างกันอยู่นั้น เนื่องจากผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจและการทบทวนเอกสารและนำมาวิเคราะห์ตามข้อมูลเชิงประจักษ์ตามรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านแรกคือ ด้านภาคีเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับคนที่เข้ามาร่วมดำเนินงานในตำบลจัดการสุขภาพ มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.49 - 0.85 ทั้งนี้ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน⁽³⁾ ที่กล่าวว่า การจัดการสุขภาพของประชาชนโดยประชาชน เพื่อประชาชน นี่คือการเรื่องสุขภาพของประชาชน ที่ต้องคิด ตัดสินใจ ทำโดยประชาชน และมีจุดมุ่งหมายเพื่อประชาชน จากบทเรียนและประสบการณ์ที่ผ่านมา ถ้าจะให้มีการมุ่งสู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องคำนึงถึง “การได้ลงมือทำโดยประชาชนและการสร้างปัจจัยเอื้อจากองค์กรภายนอกชุมชน” สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่กล่าวว่า องค์ประกอบของการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ประกอบไปด้วย คน องค์ความรู้ และทุน นอกจากนี้ ไพบูลย์ บุญแสนแผน⁽⁷⁾ ได้ประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ใน 4 ด้าน ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน โดยเน้นให้เกิดการทำงานในรูปแบบของการสร้างเครือข่ายและการบูรณาการ เพื่อให้เกิดพลังสนับสนุนการขับเคลื่อนที่เข้มแข็งและเสริมส่วนขาดให้กันและกัน

ด้านที่สองคือ การมีส่วนร่วมในตำบลจัดการสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับการดำเนินงานในตำบลจัดการสุขภาพที่มีความร่วมมือของคนในตำบล มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.48 - 0.90 สอดคล้องกับงานวิจัยของ McCann TV และคณะ⁽⁸⁾ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ทศนคติการมีส่วนร่วมของผู้บริโภคในออสเตรเลีย พบว่า แนวคิดและเครื่องมือในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้โดยการร่วมมือของสมาชิกในชุมชนเป็นกลุ่มแรกแล้ว จึงถูกนำมาพัฒนาต่อเนื่อง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schweitzer J⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการวิจัยเรื่อง การปรับปรุงคุณภาพการบริการด้านสุขภาพในอินเดียจากมุมมองที่แตกต่างกัน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์และการส่งเสริมความสามารถของ

ชุมชน ส่งผลดีต่อการจัดการด้านสาธารณสุข

ด้านที่สามคือ ความสัมพันธ์ของคนในตำบลจัดการสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับความร่วมมือ การเสียสละ สัมพันธภาพที่ดีต่อกันของคนในตำบล และการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรภายนอก สอดคล้องกับงานวิจัยของอุไรรัตน์ ศรีสม⁽¹⁰⁾ ในการศึกษาเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดหนองคาย ปี 2550 ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการจัดการสุขภาพของประชาชน มีทั้งผลสำเร็จที่ส่งผลต่อการพัฒนาและความต้องการการสนับสนุน จากหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีของประชาชนรวมถึงการศึกษาของพัชรา ผิวขาว⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2551 ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลจากการศึกษาได้สะท้อนภาพให้เห็นว่า ศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน มีทั้งในส่วนที่เป็นผลสำเร็จที่ส่งผลที่ดีต่อการพัฒนาและมีผลการพัฒนาที่ยังต้องการ การสนับสนุนในการพัฒนาเพื่อให้ส่งผลสำเร็จที่แท้จริงต่อไป มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.59 - 0.83

ด้านที่สี่คือ ผลประโยชน์ที่ได้รับจากตำบลจัดการสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับผลลัพธ์จากการดำเนินงานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen JM และ Univ C⁽¹²⁾ ที่ได้อธิบายและวิเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมโดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่ม ตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ

2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) ประกอบไปด้วยการสนับสนุน ทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการประสานขอความร่วมมือ

3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) ทางด้านต่างๆ ประกอบไปด้วย ผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ

ผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคล

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เกี่ยวกับการควบคุมและการตรวจสอบ

การดำเนินกิจกรรมทั้งหมดและเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป ซึ่งจากการศึกษาของผู้วิจัย การมีส่วนร่วมของประชาชนในตำบลจัดการสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลัก และตามแนวคิดดังกล่าวก็มีส่วนประกอบของประโยชน์ที่จะได้รับรวมอยู่ด้วย มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.58 - 0.64

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของประเทศไทย พื้นที่ที่มีแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจนและตรงประเด็นมากขึ้น

2) จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการประเมินตำบลจัดการสุขภาพเพื่อติดตามและจัดลำดับคุณภาพการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพประเทศไทย โดยอาศัยทั้ง 4 องค์ประกอบข้างต้น ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานที่มาจากผลสำรวจ

3) จากผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบภาคีเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพมีความสำคัญมากที่สุด ตำบลที่นำแนวทางการดำเนินงานนี้ไปใช้ควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบด้านนี้มากกว่าองค์ประกอบด้านอื่นในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป อาจใช้กลุ่มตัวอย่างแยกออกจากกันอย่างชัดเจน หรือที่เรียกว่าการศึกษาแบบพหุกลุ่ม เช่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ภาคีเครือข่ายสาธารณสุข

2) ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานที่กำหนดถึงตัวกิจกรรมตามบริบทของพื้นที่ และนำข้อค้นพบไปใช้ในการดำเนินงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการพัฒนา กลไกการดำเนินงาน เครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพ. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ตำบลจัดการสุขภาพ กับนวัตกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง. นนทบุรี: ศูนย์ สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2558.
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. คู่มือวิทยากรพี่เลี้ยงการ ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดี เพื่อการพึ่งตนเองของ ชุมชน. นนทบุรี: ชุมชนุสสรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
4. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ระบบสารสนเทศงาน สุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 20 พฤศจิกายน 2559. Available from: <http://www.thaiphc.net>.
5. Joreskog K, Sorbom D. LISREL 8:Users' reference guide. Chicago: Scientific Software International. 1999.
6. สุภมาศ อังศ์โชติ. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคม ศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LIS-REL. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์: กรุงเทพมหานคร; 2554.
7. ไพบูลย์ บุญแสนแผน. กระบวนการจัดทำแผนชุมชนอย่างมี ส่วนร่วมในจังหวัดลำพูน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
8. McCann TV, Clark E, Baird J, Lu S. Mental health clinicians' attitudes about consumer and consumer consultant participation in Australia: A cross-sectional survey design. *Nursing & Health Sciences* 2008;10:78-84.
9. Schweitzer J. Improving health services in India: a different perspective. *Health Affairs* 2008;27:1002-4.
10. อุไรรัตน์ ศรีสม. การศึกษาวิวัฒนาการความสำเร็จและทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน. ขอนแก่น: คลังนา-วิทยา; 2551.
11. พัชรา ผิวขาว. การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและ-สวัสดิการ; 2551.
12. Cohen JM, Univ NT, Cornell University. Rural development participation: concepts and measures for project design. New York: Center for International Studies, Cornell University, 1977.

Abstract: A Survey Component Analysis and Confirmation Analysis of Health Management Sub-district, Thailand

Arthit Boonrodchu, M.P.H., Ph.D. (Public Health)*; Suree Junmolee, M.P.H. (Public Health)**

** Banghean District Health Promotion Hospital, Plaipraya district, Krabi Province; ** Western University, Thailand*

Journal of Health Science 2019;28(Suppl 1):S154-S164.

The health management sub-district has different performance in each place. It cannot explain the factors or the components of the health management. The objectives of this research were to survey an indicator, exploratory factor analysis and verify a confirmation of the model with the evident data of health management sub-district of Thailand. The research methodology was a cross-sectional descriptive study design; and the samples were 676 persons in the network of health management sub-districts that had self-evaluation at good level or above. They were selected by multi-stage random sampling. The tool of this research was a health management sub-district questionnaire. Statistics used in the analysis consisted of frequency, percentage, the mean and standard deviations, factors interception, factor analysis based on surveying and factors analysis base on software confirmation. It was found that the factors of health management sub-district of Thailand consisted of 4 components: network, participation, relationship and benefit of health management with the factor loading between 0.48 to 0.90. Those 4 factors described variation at 31.64%. The verification of conformation of evident data found that the Chi-square test proportion value (χ^2/df) was 1.34, the root mean square error of approximation (Root Mean Square error of Approximation: RMSEA) was 0.022, the comparative fit index (comparative fit index: CFI) was 1.00, the goodness of fit index (goodness of fit index: GFI) was 0.91, the adjust goodness of fit index (adjusted goodness of fit: AGFI) was 0.89. and the standardized root mean square residual (standard rood mean square residual: SRMR) was 0.05. The results demonstrates that the health management sub-district model of thailand was consistent with the evident data.

Keywords: health management sub-district, team, participation, relationship, benefits