

The Journal of Health Promotion and Environmental Health
Regional Health Promotion Center 11 Nakhon Si Thammarat

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 มกราคม – เมษายน 2568 (Vol.2 No.2, January – April 2025)



สารจากผู้บริหาร



นายแพทย์สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบอภิบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งผลักดันบุคลากรให้มีสมรรถนะและทักษะ ที่หลากหลาย ทั้งด้านการกิจหลัก และการพัฒนาผลงานทางวิชาการ รวมทั้งการพัฒนาและยกระดับให้ศูนย์อนามัยเป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ภายใต้กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาผลงานวิชาการ และนวัตกรรม สร้างเครือข่ายนักวิจัย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ

ดังนั้นศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ภายใต้สังกัดกรมอนามัย โดยกลุ่มพัฒนานักวิจัย นวัตกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ดำเนินการจัดทำ “วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช” ขึ้น เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่บทความวิจัยบทความวิชาการ และเป็นแหล่งสารสนเทศทางการศึกษา วิจัย ค้นคว้า องค์ความรู้ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษา ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ นักวิจัยและผู้สนใจได้นำไปใช้ในการพัฒนางานให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนและภาคีเครือข่ายต่อไป

ทางเราหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสังคมและประเทศ รวมทั้งเป็นการจูงใจให้ท่าน ได้มีการพัฒนาผลงานวิจัยและผลงานวิชาการต่อไปในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิวารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

ที่ปรึกษา	
-----------	--

นพ.สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
พญ.วรลักษณ์ ศิริรินทร์นัท	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)

ผู้ทรงคุณวุฒิ	
---------------	--

1. รศ.ดร.จรวัย สุวรรณบำรุง	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2. รศ.ดร.สัณห์ชัย ไชยวงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. รศ.ดร.จำนงค์ ณะภพ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
4. รศ.ดร.ศศิธร ณะภพ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
5. รศ.ดร.นิรชร ชูดีพัฒนา	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
6. ผศ.ดร.พิมาน อีระรัตนสุนทร	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
7. ผศ.ดร.จิรา คงปราม	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
8. ผศ.ดร.อุไรวรรณ หมัดอำดัม	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
9. ผศ.ดร.จันจิรา มหาบุญ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
10. ผศ.ดร.จรัสกรณ์ นวนมุสิก	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
11. ดร.สิทธิพร เพชรทองขาว	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
12. ดร.วิเชียร ไทยเจริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
13. ดร.ไพสิฐ บุญยะกวี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
14. ดร.สุรชาติ โกยตุลย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
15. ดร.ภญ.ศรีสุดา ศิลาโชติ	โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
16. ดร.อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
17. พ.ต.หญิง ดร.เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม	โรงพยาบาลค่ายชะวาก นครศรีธรรมราช
18. ดร.ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
19. ดร.วันชัย เยี่ยงกุลเชาว์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
20. ดร.เปรมยุดา นาครัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
21. ดร.อาริตา สมุห์นวล	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
22. ดร.เกษมศักดิ์ จันดี	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
23. ดร.แสงโสม ศิริพานิช	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)	
---------------------	--

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 23. อ.ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช |
| 24. อ.นอรีนี ทะหาวา | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช |
| 25. อ.ธัญญ์นลิน ไกรนรา | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช |
| 26. อ.สีตา ฤทธิธำธรรม | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช |
| 27. อ.หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช |
| 28. อ.สุวรรณา แซ่ฮ่วย | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช |

บรรณาธิการ	
------------	--

ดร.ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
------------------------	---------------------------------

กองบรรณาธิการ	
---------------	--

ดร.ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
ดร.อาริตา สมุห์นวล	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
ดร.เปรมยุดา นาครัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับ (Author's Guidelines)

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช เป็นวารสารเพื่อรองรับการเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษา ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่าย ต่างๆ เพื่อนำผลงานวิชาการไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไข ปรับปรุง พัฒนาและโดยมุ่งหวังในการส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดี ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

การจัดทำต้นฉบับสำหรับเผยแพร่บทความ มีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย (Research Article)

บทความควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ pdf) ความยาวของบทความไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 (ตั้งค่าขอบกระดาษ ด้านบนและด้านซ้ายกำหนดขอบที่ 3 ซม. ส่วนด้านขวาและด้านล่างกำหนดขอบที่ 2 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK เอกสารอ้างอิงจำนวน 10-15 รายการ และบทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน (ศึกษารายละเอียดตามที่แนบไว้)

1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 18 Point วางไว้หน้าแรกตรงกลาง

1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 16 Point วางไว้หน้าแรกตรงกลาง ได้ชื่อเรื่อง ระยะห่างระหว่างบรรทัด 16 Point ระบุเป็นดอกจันทน์

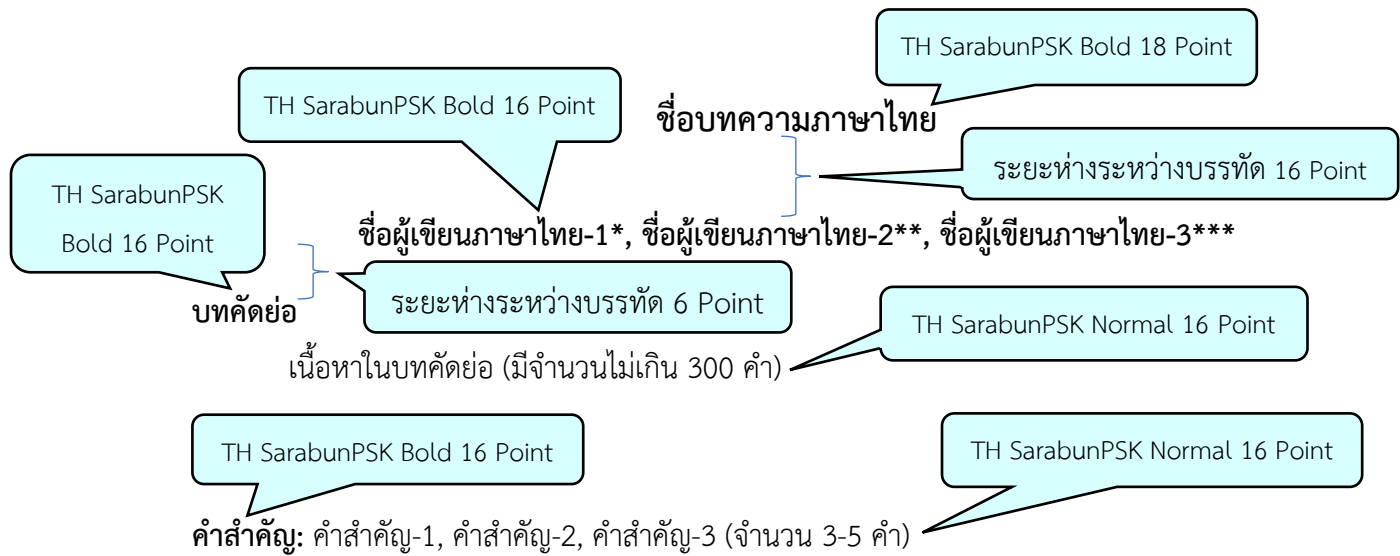
1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ ตอบบทคัดย่อ

1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้วางชิดขอบด้านซ้าย พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 16 Point

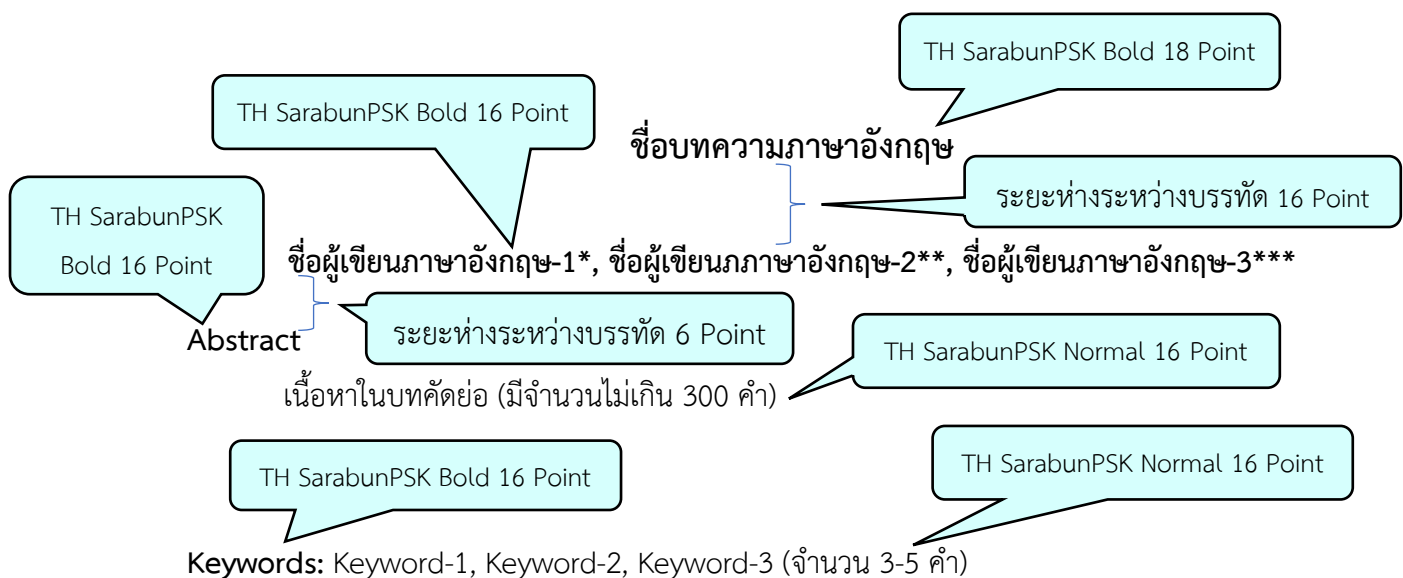
1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บ กำหนดให้ใช้เลขอารบิก และใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

บทความวิจัย ให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังต่อไปนี้



- * ข้อมูลผู้เขียน-1 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email
** ข้อมูลผู้เขียน-2 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email
*** ข้อมูลผู้เขียน-3 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email

TH SarabunPSK
Normal 14 Point



- *Author-1's Profile
**Author-2's Profile
***Author-3's Profile

TH SarabunPSK Normal 14 Point

ตัวอย่างการเขียนบทความวิจัย

ชื่อบทความภาษาไทย

ชื่อผู้เขียนภาษาไทยคนที่ 1*, ชื่อผู้เขียนภาษาไทยคนที่ 2**, ชื่อผู้เขียนภาษาไทยคนที่ 3***

บทคัดย่อ

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนไม่เกิน 300 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

คำสำคัญ: คำสำคัญที่ 1, คำสำคัญที่ 2, คำสำคัญที่ 3

*ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน อีเมล (ของผู้เขียนคนที่ 1)

**ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน อีเมล (ของผู้เขียนคนที่ 2)

***ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน อีเมล (ของผู้เขียนคนที่ 3)

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษคนที่ 1*, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษคนที่ 2**, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษคนที่ 3***

Abstract

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนไม่เกิน 300 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

Keywords: คำสำคัญที่ 1, คำสำคัญที่ 2, คำสำคัญที่ 3

*Author-1's Profile

**Author-2's Profile

***Author-3's Profile

TH SarabunPSK Normal 14 Point

บทนำ

(ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา).....

วัตถุประสงค์วิจัย

1.

2.

คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

สมมติฐาน (ถ้ามี)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมวิจัย

ผลการวิจัย (นำเสนอตามประเด็นวัตถุประสงค์การวิจัย หากนำเสนอด้วยตาราง/แผนภูมิ ต้องมีข้อความอธิบาย/บรรยายรายละเอียดด้วย)

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย (ระบุเป็นข้อ)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ระบุเป็นข้อ)

เอกสารอ้างอิง (รูปแบบ APA Style จำนวน 10-15 รายการ)

2. บทความวิชาการ (Review/Academic Article)

บทความควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ pdf) ความยาวของบทความไม่เกิน 12 หน้ากระดาษขนาด A4 (ตั้งค่าขอบกระดาษ ด้านบนและด้านซ้ายกำหนดขอบที่ 3 ซม. ส่วนด้านขวาและด้านล่างกำหนดขอบที่ 2 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK เอกสารอ้างอิง จำนวน 10-15 รายการ และบทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน (ศึกษารายละเอียดตามที่แนบไว้)

2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 18 Point วางไว้หน้าแรกตรงกลาง

2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 16 Point วางไว้หน้าแรกตรงกลาง ได้ชื่อเรื่อง ระยะห่างระหว่างบรรทัด 16 Point ระบุเป็นดอกจันทน์

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ ต่อบทคัดย่อ

2.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

2.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้วางชิดขอบด้านซ้าย พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาดอักษร 16 Point

2.6 การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บ กำหนดให้ใช้เลขอารบิก และใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังต่อไปนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)

บทคัดย่อ (Abstract)

บทนำ

เนื้อหา

บทสรุป

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

3. คำแนะนำในการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความวิชาการ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับอักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) จำนวน 10-15 รายการ รายละเอียดดังนี้

3.1 การเขียนรายการอ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อหนังสือ/ครั้งที่พิมพ์(กรณีพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

ชัยยศ ธรรมรงค์เรือง และ กาญจนา มากนิล. (2562). **คู่มือการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2558** (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารศึก.

นพรัตน์ เศรษฐกุล, เอกชัย เอกทัพพ์, พงศ์ธร บรรณโสภีชัย, ชยุตม์ สุขทิพย์, ปรีชา วิทย์พันธุ์, จีระศักดิ์ แสงศิริ, ...ดาโรน รุ่งกลิ่น. (2552). ระบบสารสนเทศทั้งภูมิศาสตร์ลุ่มน้ำปากพนัง: การจัดการพื้นที่ป่าต้นน้ำ
ในลุ่มน้ำปากพนังเพื่อรักษาสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศ. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัย
วลัยลักษณ์.

ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. (2565). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565 ศูนย์อนามัยที่ 11
นครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์อักษรการพิมพ์.

Gazda, G. M., Balzer, F. J., Childers, W. C., Nealy, A. U., Phelps, R. E., & Walters, R. P. (2005).
Human relations development : A manual for educators (7th ed.). Boston, MA:
Pearson Educational.

3.2 การเขียนรายการอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่(ฉบับที่)./เลขหน้าของบทความ.

ตัวอย่าง

ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์. (2566). ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่าย
บริการสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(3), 1062-1077.

Hamed, G. R. & W. Preechatiwong. (2003). Peel strength of uncrosslinked styrenebutadiene
rubber adhered to polyester film. The Journal of Adhesion, 79, 327-348.

3.3 การเขียนรายการอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อวิทยานิพนธ์./ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุษฎีบัณฑิต./ชื่อมหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษา).

ตัวอย่าง

วรวิทย์ ศรีทองเกิด. (2550). การเปิดรับสื่อและสารเพื่อการประชาสัมพันธ์ของนักศึกษา และบุคลากร
มหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).

อรทัย หมั่นภิรมย์. (2556). พฤติกรรมการเปิดรับสื่อของผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวในเขตกรุงเทพมหานคร
และปริมณฑล. (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).

พิจิตรา มงคลศรีพิพัฒน์. (2559). พฤติกรรมการเปิดรับ และความพึงพอใจต่อสื่อประชาสัมพันธ์
โครงการเที่ยวไทยเท่กับพฤติกรรมการตลาดใจท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวไทย. (การค้นคว้าอิสระ
ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ).

3.4 การเขียนรายการอ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (Internet)

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่จัดทำ)./ชื่อเรื่องของเอกสาร./ คั่นเมื่อ/วัน/เดือน/ปี./จาก/URLของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

ตัวอย่าง

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2566). เด็กไทย รอบรู้ สุขภาพ. คั่นเมื่อ 15 ธันวาคม 2566,
จาก <https://hp.anamai.moph.go.th/th/teenager-emag>

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2563). สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส
โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. คั่นเมื่อ 20 มกราคม 2565,
จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/index.asp>

3.5 การเขียนรายการอ้างอิงจากรายงานการประชุม/เอกสารการประชุม/สัมมนา

ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ใน ชื่อเอกสารหรือชื่อรายงานการประชุมหรือชื่อการสัมมนา
(เลขหน้าที่ปรากฏ)./ สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพิมพ์.

ตัวอย่าง

มยุเรศ ตนะวัฒนา และ กัญสุภาสินี แซ่ตัน. (2563). แนวโน้มการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ของประชาชนในเขต
เทศบาลเมืองกะทู้ จังหวัดภูเก็ต. ใน รายงานการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ครั้งที่ 13 ประจำปีการศึกษา 2563 (น. 3840 - 3847). อุดรธานี:
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.

สารบัญ

	หน้า
สารจากผู้บริหาร	ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ข
บรรณาธิการและกองบรรณาธิการ	ค
คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับ	ง
 บทควมวิจัย	
 การศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช ไชยเชษฐา ไรจน์ชนะมี, ถาวร พุ่มเอี่ยม, สุวณีย์ จอกทอง	1
 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนด้วยบริการสถานีสสุขภาพ จังหวัดนครศรีธรรมราช พิทยา แต่งเกลี้ยง, สาโรจน์ ธีระกุล, เจษฎาภรณ์ พลายด้วง	15
 การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11 ชีวิรัตน์ บุญวงศ์	29
 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช สาโรจน์ เทพราช* และ ปรียาพร คล้ายบ้านใหม่**	45

การศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช

ไชยเชษฐ์ ไรจน์ชนะมี*, ถาวร พุ่มเอี่ยม**, สุวนีย์ จอกทอง***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ แนวทางต่อการปรับปรุง พัฒนาคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้รับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี จำนวน 35 คน และผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกเด็กสุขภาพดี จำนวน 21 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกันยายน 2566 โดยใช้เครื่องมือวิจัยของกรมอนามัย ประกอบด้วย แบบประเมินการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระแบบอุปนัย

ผลการวิจัย พบว่า การได้รับกิจกรรมบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี โดยภาพรวมมีความครอบคลุมร้อยละ 62.6 กิจกรรมบริการที่มีความครอบคลุมสูงสุด ร้อยละ 100.0 คือ การได้รับวัคซีนตามช่วงวัย และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/วัดความยาว คุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี อยู่ในระดับมีมาตรฐานร้อยละ 91.1 คะแนน มาตรฐานรายด้านสูงสุดคือ ด้านระบบข้อมูลสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 100.0 รองลงมาคือ ด้านการบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี ร้อยละ 95.2 ด้านสถานที่วัสดุ อุปกรณ์ บุคลากร ร้อยละ 88.9 ส่วนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.59$, $SD=0.45$) ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ ความไม่เพียงพอและขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี

คำสำคัญ: การจัดระบบบริการ, คลินิกเด็กสุขภาพดี, มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช, Chaiyachetroj@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช, thawron.p@gmail.com

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช, suwanee1@hotmail.com

THE STUDY OF QUALITY AND SATISFACTION OF SERVICE SYSTEM ADMINISTRATION IN WELL-CHILD CLINIC ACCORDING TO MATERNAL AND CHILD HEALTH STANDARD, NAKHON SI THAMMARAT PROVINCE

CHAIYACHET ROJCHANAMEE*, THAWORN PUMIEM**, SUWANEE JOKTHONG***

Abstract

This descriptive study aimed to assess the quality of service system administration, the satisfaction of clients, and to identify the problems, obstacles, and recommendations guidelines for improvement of service system in well-child clinic according to maternal and child health standard. The samples consisted of 35 clients at well-child clinic, and 21 health care providers. Data collection was performed on September 2023 using self-assessment form of service system in well-child clinic according to maternal and child health standard, satisfaction assessment, and structured in-depth interview developed by Department of Health. Data analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum-maximum, and inductive thematic analysis.

The study results demonstrated that the overall coverage rate was 62.2% of receiving services in well-child clinic. The services with the highest rate 100.0% were getting vaccines, and measuring weight, height/length. Quality of service system administration in well-child clinic was at a standard level 91.1%, The highest score of each aspect was information system of maternal and child health situation 100.0%, followed by services in well-child clinic 95.2%, and resources (place, materials, personnel) 88.9%. And the satisfaction was at the highest level ($\bar{X}=4.59$, $SD=0.45$). An inadequacy and lack of supporting necessary resources for service system administration in well-child clinic are still the major problems and obstacles.

Keywords: Service System Administration, Well-Child Clinic, Maternal and Child Health Standard

* Registered Nurse, Practitioner Level, Health Promotion Center region 11 Nakhon Si Thammarat,
Chaiyachetroj@gmail.com

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Health Promotion Center region 11 Nakhon Si Thammarat,
thawron.p@gmail.com

*** Registered Nurse, Professional Level, Health Promotion Center region 11 Nakhon Si Thammarat,
suwanee1@hotmail.com

บทนำ

เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี (ปฐมวัย) เป็นช่วงสำคัญของการพัฒนาการ หากได้รับการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมตามหลักจิตวิทยาและวิชาการ เด็กจะพัฒนาเต็มศักยภาพ ซึ่งพัฒนาการของเด็กสะท้อนถึงการทำงานของสมองและระบบประสาทที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้งก่อนและหลังคลอด (นิตยา คชภักดี, 2554) จากแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ของประเทศไทย มุ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในทุกมิติและทุกช่วงวัย เพื่อให้คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง และมีคุณภาพ สอดคล้องกับบันทึกข้อตกลงการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง (พ.ศ. 2565–2569) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มเด็กปฐมวัย ซึ่งเป้าหมายสำคัญ คือการสร้างกลไกการดำเนินงานที่เชื่อมโยงนโยบายรัฐบาลและแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีวิสัยทัศน์ให้เด็กปฐมวัย ได้รับการพัฒนาเต็มศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม นำไปสู่การพัฒนาสู่ความยั่งยืนและการเป็นพลเมืองคุณภาพในอนาคต (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2565)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า เด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80–85 (World Health Organization, 2012) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้แบบทดสอบพัฒนาการ Denver II สำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 จนถึง 2564 พบว่าพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยในประเทศไทย ต่ำกว่าค่ามาตรฐานของ WHO และไม่บรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต (ร้อยละ 85) อัตราพัฒนาการสมวัยในเด็กไทยมีแนวโน้มลดลง โดยค่าร้อยละในช่วงปีที่สำรวจ คือ 71.7, 72.0, 67.7, 73.3, 72.8, 67.5 และ 70.3 ตามลำดับ ในขณะที่ภาวะพัฒนาการล่าช้า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอัตราอยู่ที่ร้อยละ 28.3, 28.0, 32.3, 29.7, 27.2, 32.5 และ 29.7 ตามลำดับ ซึ่งพัฒนาการด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ การใช้ภาษา (Expressive Language: EL) อยู่ที่ร้อยละ 75.3 และการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) อยู่ที่ร้อยละ 61.3 (จินตนา พัฒนพงศ์ธร, 2561) นอกจากนี้ จากข้อมูลรายงานด้านสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2564 ได้แก่ ด้านการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ พบว่า สัดส่วนเด็กที่ได้รับนมแม่ เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก มีเพียงร้อยละ 14.0 ด้านภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต พบว่า ภาวะผอมแห้ง ร้อยละ 7.2 ภาวะเตี้ย/แคระแกร็น ร้อยละ 13.9 ภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 10.2 ตามลำดับ ด้านการได้รับวัคซีนพื้นฐาน พบว่า ความครอบคลุมอยู่ที่ ร้อยละ 91.1 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ 95.0 และด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า ฟันผุระยะเริ่มต้นและยังไม่ได้รักษา ได้แก่ เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 38.0 (เพิ่มเป็นร้อยละ 46.1) และเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 45.5 (เพิ่มเป็นร้อยละ 70.4)

เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2565 จากข้อมูลผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ด้านการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ พบว่าเด็กที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก ร้อยละ 59.5 ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 74.8 ด้านภาวะโลหิตจางและการเสริมธาตุเหล็ก พบว่า เด็กอายุ 6–12 เดือนมีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 17.5 และเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 74.1 ด้านภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต พบว่า เด็กที่ได้รับการประเมินภาวะ

โภชนาการและการเจริญเติบโต ร้อยละ 70.8 และเด็กที่มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 8.5 และด้านการพัฒนาการสมวัย พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 89.4 (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ส่วนข้อมูลระดับจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 พบว่า สัดส่วนเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนกินนมแม่เพียงอย่างเดียว ร้อยละ 57.5 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปี 2564 (ร้อยละ 58.7) พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 82.3 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 19.8 และเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 72.2 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2565) จะเห็นได้ว่า ผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผลกระทบของปัญหาสุขภาพเด็กต่อพัฒนาการ ได้แก่ ภาวะเตี้ยแคระแกร็นและการขาดธาตุเหล็ก ส่งผลเสียต่อพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา โดยเด็กที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก แม้ได้รับการรักษา ความสามารถทางสติปัญญาอาจไม่กลับมาดีดังเดิม (Lozoff, 2000) ภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่า เด็กที่มีฟันผุหรือสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด อาจกินอาหารยากลำบาก เคี้ยวไม่สะดวก ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (สุภา คำมะฤทธิ์, 2564) และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกมีผลดีต่อความสามารถทางสติปัญญา พัฒนาการ ความสามารถทางการศึกษา และสุขภาพจิตของเด็กในระยะยาว (WHO, 2022; Wendy et al., 2012)

จากข้อมูลข้างต้น พบว่าผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กปฐมวัย ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในหลายด้าน เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การป้องกันปัญหาฟันผุในเด็ก และการส่งเสริมพัฒนาการสมวัย ซึ่งแสดงถึงความจำเป็นที่ต้องยกระดับบริการของคลินิกสุขภาพเด็กดี ในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ ให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดำเนินงานของคลินิกสุขภาพเด็กดีในแต่ละระดับ รวมถึงการวางแผนทางปรับปรุงบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่พบในเด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ แนวทางต่อการปรับปรุง พัฒนาคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ แนวทางต่อการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี โดยศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม - เดือนกันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ประชาชนที่นำเด็กอายุ 9 เดือน-5 ปี มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดีที่หน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2566 และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้รับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี จำนวน 35 คน และผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกเด็กสุขภาพดี จำนวน 21 คน รวมทั้งสิ้น 56 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบระดับชั้น (Stratified random sampling) โดยขั้นตอนแรก แบ่งประเภทหน่วยบริการสาธารณสุข และทำการสุ่มเลือกหน่วยบริการสาธารณสุขในแต่ละประเภทด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จากนั้นสุ่มผู้รับบริการจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่สุ่มได้ ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จำนวน 5 คน โรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 7 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 4 คน รวม 35 คน และสุ่มผู้

ให้บริการที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกเด็กสุขภาพดีของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่สุ่มได้ แห่งละ 3 คน รวม 21 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ (1) ผู้รับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่นำเด็กอายุ 9 เดือน-5 ปี มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดีของหน่วยบริการสาธารณสุข (2) บุคลากรสาธารณสุขทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกเด็กสุขภาพดีของหน่วยบริการสาธารณสุข (3) สนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และ (4) สามารถพูดคุย สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาหรือความผิดปกติของการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ แบบประเมินการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก, แบบประเมินความพึงพอใจ, และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ของกรมอนามัย (2565) ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบประเมินการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ จำนวน 5 ข้อ และแบบประเมินตนเอง การจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี จำนวน 14 ข้อ มีเกณฑ์คำตอบและการแปลผล 3 แบบ คือ ไม่มี (ให้ 0 คะแนน) มีไม่ได้ตามมาตรฐาน (ให้ 1 คะแนน) และมีตามมาตรฐาน (ให้ 2 คะแนน) ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ จำนวน 5 ข้อ แบบประเมินการได้รับกิจกรรมบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี จำนวน 14 กิจกรรม มีเกณฑ์คำตอบและการแปลผล 3 แบบ คือ ไม่ได้รับ (ให้ 0 คะแนน) ได้รับ (ให้ 1 คะแนน) และยังไม่ถึงช่วงวัย และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 9 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด (ให้ 5 คะแนน) พึงพอใจมาก (ให้ 4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (ให้ 3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (ให้ 2 คะแนน) และพึงพอใจน้อยที่สุด (ให้ 1 คะแนน) และ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการ สถานที่ เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะด้านอื่น ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือในการวิจัยของกรมอนามัย ซึ่งได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ทั้งความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67- 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือราชการถึงผู้อำนวยการของหน่วยบริการสาธารณสุขที่สุ่มเลือก ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังจากได้รับการอนุญาตแล้ว จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกเด็กสุขภาพดีในแต่ละหน่วยบริการ เพื่ออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บข้อมูลพร้อมประสานกับผู้รับบริการ หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของ

การศึกษา สิทธิของผู้เข้าร่วม และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นพร้อมเซ็นเอกสารยินยอมและทำแบบประเมิน หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ประเภทหน่วยบริการ เพศ (ผู้ปกครองและผู้ให้บริการ) ความสัมพันธ์กับเด็ก กลุ่มอายุของเด็ก ตำแหน่ง (ผู้ให้บริการ) กิจกรรมบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี และเกณฑ์การจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ใช้ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ (ผู้ปกครองและผู้ให้บริการ) ระยะเวลาปฏิบัติงานในคลินิกเด็กสุขภาพดี (ผู้ให้บริการ) และคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าต่ำสุด-สูงสุด (Minimum-maximum)

3) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการ ใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระแบบอุปนัย (Inductive Thematic Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการมีจริยธรรมการวิจัย ยึดหลักจรรยาบรรณและเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล โดยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ด้านจริยธรรมของผู้ยินยอมตนให้ทำการศึกษา โดยได้รับการพิจารณารับรองรหัสโครงการวิจัย 621/2566 เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้รับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 45.7 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 40.0 และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 14.3 พบว่า ผู้ปกครองเด็กส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.4 มีอายุเฉลี่ย 38.6 ปี (SD=12.3) มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นพ่อ/แม่ ร้อยละ 80.0 และเด็กที่มารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 9 เดือน-2 ปี 11 เดือน 29 วัน ร้อยละ 62.9 และการได้รับกิจกรรมบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาพรวม พบว่า เด็กอายุ 9 เดือน-2 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับการตามช่วงวัยครอบคลุมกิจกรรมการชักประวัติ (ร้อยละ 95.5) การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/วัดความยาว ร้อยละ 100.0 วัดรอบศีรษะ ร้อยละ 100.0 ตรวจร่างกายทั่วไป ร้อยละ 72.7 ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ร้อยละ 90.9 ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 90.9 วัคซีนตามช่วงวัย ร้อยละ 100.0 ตรวจพัฒนาการ (DSPM/DAIM/DENVER) ร้อยละ 68.2 แต่ไม่ได้รับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ร้อยละ 59.1 และไม่ได้เจาะเลือดเนื่องจากยังไม่ถึงช่วงวัย ร้อยละ 59.1 สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตามช่วงวัยโดยภาพรวมครอบคลุมกิจกรรมการชักประวัติ ร้อยละ 84.6 การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/วัดความยาว ร้อยละ 100.0 ตรวจร่างกายทั่วไป ร้อยละ 53.8 ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ร้อยละ 92.3 เจาะเลือด ร้อยละ 69.2 ยาน้ำ

เสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 76.9 วัคซีนตามช่วงวัย ร้อยละ 100.0 ตรวจพัฒนาการ (DSPM/DAIM/DENVER) ร้อยละ 69.2 ส่วนกิจกรรมบริการที่ได้รับไม่ครอบคลุม ดังนี้ กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ร้อยละ 76.9 ตรวจวัดระดับสายตา ร้อยละ 61.5 วัดความดันโลหิต ร้อยละ 76.9 คัดกรองออทิสติก ร้อยละ 76.9 และประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient; EQ) ร้อยละ 92.3

2. การจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 57.1 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 28.6 และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 14.3 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.5 อายุเฉลี่ย 42.1 ปี (SD=11.8) โดย 2 ใน 3 เป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเด็กสุขภาพดี และปฏิบัติงานในคลินิกเด็กสุขภาพดีเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ย 8.7 ปี (SD=10.0) และการปฏิบัติตามเกณฑ์การจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาพรวม พบว่า เกณฑ์มาตรฐานที่มีความครอบคลุมมากที่สุด ร้อยละ 100.0 ได้แก่ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับวัคซีน ด้านการส่งต่อข้อมูลสุขภาพและระบบการติดตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้กลไกของ อสม. หรืออื่นๆ ในชุมชน ด้านข้อมูลและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก และด้านการนำข้อมูลหรือตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานมาใช้เฝ้าระวังหรือวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนางาน

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.59$) โดยโรงพยาบาลชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=4.69$) รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ($\bar{X}=4.51$) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($\bar{X}=4.51$) ตามลำดับ ประเด็นความพึงพอใจจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดด้านค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ ($\bar{X}=4.92$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคะแนนต่ำสุดในหลายด้าน เช่น อุปกรณ์และเครื่องมือ, ขั้นตอนการให้บริการ, การให้บริการของเจ้าหน้าที่, และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลชุมชนมีคะแนนสูงในด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}=4.73$) และมุมส่งเสริมสุขภาพพัฒนาการ/ฟัน/โภชนาการ ($\bar{X}=4.67$) ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปมีคะแนนสูงสุดในด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ ($\bar{X}=4.80$) แต่มีข้อจำกัดในด้านระยะเวลาการให้บริการ ($\bar{X}=3.80$) และสถานที่มีความเหมาะสม ($\bar{X}=4.20$)

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา สามารถสรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผล

1) กิจกรรมบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี

ความครอบคลุมการได้รับกิจกรรมบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามช่วงวัย พบว่า โดยภาพรวมเด็กอายุ 9 เดือน–2 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับกิจกรรมบริการตามช่วงวัยครอบคลุม ร้อยละ 81.5 โดยที่กิจกรรมบริการที่มีความครอบคลุมสูงสุด ร้อยละ 100.0 คือ 1) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/วัดความยาว 2) วัดรอบศีรษะ และ 3)

วัคซีนตามช่วงวัย ส่วนกิจกรรมบริการที่มีความครอบคลุมต่ำสุดคือ 1) กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ร้อยละ 40.9 และ 2) เจาะเลือด ร้อยละ 55.6 เมื่อพิจารณาตามประเภทหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการที่จัดกิจกรรมบริการครอบคลุมสูงสุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 86.7 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 83.3 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 71.9

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการให้บริการบางประเภท เช่น การชั่งน้ำหนักและวัคซีนตามช่วงวัย, แต่ก็มีบางกิจกรรมที่ยังไม่ได้รับความครอบคลุมเต็มที่ เช่น กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่และการเจาะเลือด ซึ่งควรได้รับการปรับปรุงในอนาคต

สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับกิจกรรมบริการตามช่วงวัยครอบคลุม ร้อยละ 54.5 โดยที่กิจกรรมบริการที่มีความครอบคลุมสูงสุด ร้อยละ 100.0 คือ 1) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/วัดความยาว และ 2) วัคซีนตามช่วงวัย ส่วนกิจกรรมบริการที่มีความครอบคลุมต่ำสุดคือ 1) วัดรอบศีรษะ ร้อยละ 0.0 และ 2) ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ร้อยละ 7.7 เมื่อพิจารณาตามประเภทหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการที่จัดกิจกรรมบริการครอบคลุมสูงสุดคือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 57.1 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 51.6

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงการที่บางกิจกรรมยังไม่ได้รับความครอบคลุมเพียงพอในกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี เช่น การวัดรอบศีรษะและการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งต้องได้รับการปรับปรุงเพื่อให้ครบถ้วนในบริการที่เด็กควรได้รับ

2) การจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

ระดับคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดยภาพรวมอยู่ในระดับมีมาตรฐาน ร้อยละ 91.1 โดยที่โรงพยาบาลชุมชนมีคะแนนมาตรฐานสูงสุด ร้อยละ 97.6 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 92.9 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 87.5 ประเด็นมาตรฐานจำแนกรายด้าน พบว่า คะแนนมาตรฐานสูงสุด ร้อยละ 100.0 คือ ด้านระบบข้อมูลสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก รองลงมาคือ ด้านการบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี ร้อยละ 95.2 ด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร ร้อยละ 88.9 และด้านนโยบาย การบริหารจัดการ ร้อยละ 76.2 ส่วนคะแนนมาตรฐานต่ำสุดคือ ด้านบริการเชิงรุกในชุมชน ร้อยละ 61.9

การปรับปรุงด้านบริการเชิงรุกในชุมชนและการสนับสนุนในด้านนโยบายและการบริหารจัดการอาจช่วยเพิ่มคะแนนมาตรฐานในด้านอื่นๆ ได้

3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$) โดยที่โรงพยาบาลชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.69$) รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ($\bar{X} = 4.51$) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($\bar{X} = 4.51$)

จากผลการศึกษาเหล่านี้สามารถสรุปได้ว่า โรงพยาบาลชุมชน มีความพึงพอใจสูงสุดจากผู้รับบริการ ซึ่งอาจสะท้อนถึงคุณภาพการบริการที่ดีและการจัดการที่มีประสิทธิภาพในหน่วยบริการนี้

4) ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย (1) ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ ขาดการสนับสนุนและการพัฒนาจากผู้บริหารอย่างจริงจัง และการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีแต่ละประเภทหน่วยบริการยังมีความแตกต่างทั้งด้านรูปแบบ กระบวนการ ระดับคุณภาพ และความเป็นมาตรฐานเดียวกัน (2) ด้านสถานที่ ได้แก่ สถานที่ให้บริการคลินิกคับแคบ ไม่เป็นสัดส่วน, ใช้ร่วมกับห้องสำนักงานหรือห้องทำงานด้านเอกสารอื่นๆ, ไม่สามารถทำให้เป็นจุดบริการคลินิกแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ได้ และสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการ เช่น พื้นที่ชำรุด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก มีเสียงรบกวน และแสงสว่างไม่เพียงพอ (3) ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ได้แก่ ขาดแคลนและไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ วัสดุ และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการในคลินิก เช่น ชุดทดสอบพัฒนาการ เครื่องมือตรวจพิเศษต่างๆ และสื่อเอกสารความรู้ (4) ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ, ภาระงานหนักและมีการปรับเปลี่ยน โยกย้ายงานบ่อย และขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานคลินิกเด็กสุขภาพดี และ (5) ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในกิจกรรมบริการที่ได้รับ, ผู้รับบริการไม่มารับบริการและ/หรือลืมนำมารับบริการตามนัดหมาย และการเข้าถึงบริการมีอุปสรรคจากการย้ายถิ่นของผู้ปกครองและแรงงานต่างด้าว

จากปัญหาเหล่านี้จะเห็นได้ว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดี โดยเฉพาะในเรื่องของการบริหารจัดการ สถานที่ที่ไม่เหมาะสม เครื่องมือและบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และปัญหาความเข้าใจของผู้รับบริการ ซึ่งควรได้รับการแก้ไขและพัฒนาอย่างจริงจังเพื่อให้บริการมีคุณภาพและครอบคลุม

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การได้รับกิจกรรมบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามช่วงวัย โดยภาพรวมมีครอบคลุม ร้อยละ 62.6 กิจกรรมบริการที่มีความครอบคลุมสูงสุด ร้อยละ 100.0 ทั้งในเด็กอายุ 9 เดือน-2 ปี 11 เดือน 29 วัน และเด็กอายุ 3-5 ปี คือ การให้วัคซีนตามช่วงวัย และการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/วัดความยาว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้รายงานไว้ว่า สถานพยาบาลทุกระดับได้จัดให้มีบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี เป็นช่องทางสำหรับเด็กและครอบครัวที่จะสามารถเข้าถึงและรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่กิจกรรมที่เด่นชัดมีเพียงการให้วัคซีนเท่านั้น (Voramongkol, 2011) เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมหลักที่ปฏิบัติอยู่เดิมและต่อเนื่อง ส่วนการตรวจพิเศษอื่นๆ ที่ควรดำเนินการ เช่น การวัดความดันโลหิต ตรวจวัดระดับสายตา เจาะเลือด การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ฯลฯ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการบริการ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความพร้อม ความชำนาญในการบริการ รวมถึงมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และบุคลากรที่มีทักษะอย่างเพียงพอ

การจัดระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีมีคุณภาพตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในระดับที่ดีโดยรวมแล้วบริการมีมาตรฐานที่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ (Zeithaml, & Parasuraman, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของลัดดา เหมาะสุวรรณ และนิพนพร วรมงคล (2556) ที่ระบุว่า หลายประเทศมีมาตรฐานบริการดูแลสุขภาพเด็กอายุ 0–5 ปีที่คล้ายคลึงกัน เช่น สหรัฐอเมริกา, แคนาดา, ญี่ปุ่น, ไต้หวัน และประเทศในแถบตะวันออกกลาง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคะแนนคุณภาพบริการต่ำที่สุด เนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่จำเป็นในการให้บริการ ซึ่งส่งผลให้บริการไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และทำให้คุณภาพบริการของหน่วยบริการนี้ต่ำกว่าหน่วยบริการประเภทอื่นๆ (Isaranarug, et al., 2009)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้รับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการที่มีมาตรฐานและคุณภาพบริการ ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดี (Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1990; นาฏสิริ ผ่องมั่งษ์, 2563) อย่างไรก็ตาม ยังมีบางด้านที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับต่ำ เช่น ระยะเวลาการให้บริการ ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ และขั้นตอนการให้บริการ ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการปรับปรุง เพื่อให้บริการมีคุณภาพและมาตรฐานที่สูงขึ้น โดยสามารถพัฒนาปรับปรุงในด้านเหล่านี้เพื่อยกระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้น (วิรัช ประวันเตา, สุริยาพร ตั้งศรีสกุล, พชรวรรณ แก้วศรีงาม, และจามจุรี เพียรทำ, 2564)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ แนวทางการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็น รวมถึงสถานที่ให้บริการ และการขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อมและคณะ (2554) ที่กล่าวถึงปัญหาดังกล่าว ในขณะเดียวกันผลการศึกษาของ พัชวีวรรณ เจนสาริกรณ์ (2547) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การให้บริการของคลินิกสุขภาพเด็กดีประสบความสำเร็จ คือ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีบุคลากรเพียงพอที่มีความรับผิดชอบและมีทักษะในการปฏิบัติงาน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ และการมีขวัญกำลังใจที่ดี

ดังนั้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการ จำเป็นต้องพิจารณาจัดสรรทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากร เครื่องมือ และการสนับสนุนจากผู้บริหาร ให้เพียงพอและเหมาะสมในการพัฒนาระบบการบริการ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

(1) เพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพบริการ โดยปรับปรุงพื้นที่การให้บริการให้มีความสะดวกสบาย และเหมาะสมต่อผู้ใช้บริการ เช่น การจัดพื้นที่ให้เป็นสัดส่วน ลดความแออัด และเพิ่มจุดให้บริการด้านสุขภาพสำหรับเด็กในคลินิก โดยเฉพาะพื้นที่สำหรับการให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการพัฒนาการเด็ก

(2) ส่งเสริม พัฒนาทักษะบุคลากรพยาบาล ควรจัดการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะเฉพาะด้าน เช่น การประเมินพัฒนาการเด็ก การใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการ เพื่อเพิ่มความชำนาญและความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

1.2 ด้านนโยบาย

(1) การจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม โดยหน่วยงานสาธารณสุขควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณในการจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์และบุคลากรสำหรับการปฏิบัติงานในคลินิกเด็กสุขภาพดีให้เพียงพอ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการ

(2) ส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการ ควรสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและติดตามการให้บริการที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

(3) การพัฒนานโยบายการเพิ่มบุคลากรและการฝึกอบรม โดยกระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการเพิ่มบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงานในคลินิกเด็กสุขภาพดี รวมถึงการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านพัฒนาการและโภชนาการ

(4) สนับสนุนบทบาทและพัฒนาศักยภาพของอสม. โดยอาศัย อสม. ในการติดตามและบริการคัดกรองสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่เด็กในชุมชน เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/วัดความยาว ประเมินภาวะโภชนาการ ติดตามความก้าวหน้าของเด็ก การให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง การติดตามกรณีขาดนัด ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกลหรือลดอัตราการขาดการติดตามเด็กที่ไม่สามารถมาเข้ารับบริการได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

(1) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการ เช่น การจัดสรรบุคลากร ระยะเวลาการให้บริการ หรือปัจจัยด้านการบริหารจัดการ เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีอย่างมีประสิทธิภาพ

(2) การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลพัฒนาการเด็กในชุมชนและพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้เด็กทุกคนได้รับการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพครอบคลุมทุกมิติอย่างต่อเนื่อง

(3) การประเมินผลกระทบของนโยบายสุขภาพต่อคุณภาพบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการปรับปรุงนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (2012). **Developmental difficulties in early childhood prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries**. Turkey: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office.
- Lozoff, L. (2000). Poor behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy. *PEDIATRICS*, 105(4):1–11.
- World Health Organization. (2022). **Infant nutrition and breast-feeding**. Retrive from https://apps.who.int/iris/handle/10665/92534?search-result=true&query=breast+feeding+development+child&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc
- Zeithamal, V.A., Berry, L.L., & Parasuraman, A. (1990). **Delivering quality service: balancing customer perception**. New York: The Tree Press.
- กรมกมล นิยมศิลป์, ภัทราภรณ์ หัสดีเสวี, และ ชนิภา โรจน์สกุลพานิช. (2567). รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคดีไซน์. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ฉบับปรับปรุง 2565**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **คู่มือแนวทางการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อง, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุนทร, และ สมชาย วิริทธิ์มัยกุล. (2554). **รายงานการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3)**. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **บันทึกข้อตกลงการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565–2569**. Retrive from <https://www.hp.anamai.moph.go.th/th/manuala-of-official/download/?did=209144&id=91630&reload>.
- นิตยา คชภักดี. (2554). **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์.

- จินตนา พัฒนพงศ์ธร. (2561). รายงานการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2565). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติระดับกระทรวง รอบที่2 ประจำปี 2565. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (2565). สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2. นนทบุรี: สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- อัครณี รักดีวงศ์. (2563). การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน) งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยในและงานบริการในชุมชน ประจำปีงบประมาณ 2563. สมุทรสาคร: โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน).

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ด้วยบริการสถานีสุภาพ จังหวัดนครศรีธรรมราช

พิทยา แต่งเกลี้ยง *,สาริจน์ อีระกุล**,เจษฎาภรณ์ พลายด้วง **

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยบริการสถานีสุภาพ และประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบดังกล่าว ดำเนินการในพื้นที่หมู่ที่ 8 บ้านสกา ตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 โดยศึกษากลุ่มประชากร 390 คน และผู้ให้ข้อมูลหลักเชิงคุณภาพ 50 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า (1) อุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพมี 3 มิติ คือ มิติผู้ใช้บริการ มิติผู้ให้บริการในชุมชน และมิติระบบบริการสุขภาพ (2) รูปแบบสถานีสุภาพแบบเครือข่ายดาวกระจายที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ รูปแบบการจัดตั้งสถานีสุภาพที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นศูนย์กลาง รูปแบบการดำเนินงานที่ทันสมัยผสมผสานสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน รูปแบบการกำกับติดตามด้วยกระบวนการเสริมพลังและเทคโนโลยีแผนที่สุขภาพ และรูปแบบการประเมินผล (3) ผลการประเมินพบว่า หลังใช้รูปแบบสถานีสุภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพก่อนและหลังการใช้บริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 402.46$, $df = 2$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยประชาชนที่มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.95 เป็นร้อยละ 91.03 เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพชุมชน 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ระบบสนับสนุนสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ การติดตามสุขภาพ และการลดภาระของโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อสถานีสุภาพ ได้แก่ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ ระยะทางจากบ้าน ความสะดวกในการเดินทาง และการสนับสนุนจากครอบครัว

คำสำคัญ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สถานีสุภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายดาวกระจาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช E-mail: Pit_taya_n@hotmail.com

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช E-mail: Sarottee@gmail.com

*** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช E-mail: jetsadaporn.mhc11@gmail.com

DEVELOPMENT OF A HEALTH SERVICE ACCESSIBILITY MODEL USING HEALTH STATIONS IN NAKHON SI THAMMARAT PROVINCE

PITTAYA TAENGKLIENG*, SAROTE TEERAKUL**, JESSADAPORN PLAIDUANG***

ABSTRACT

This mixed-methods action research aimed to study the situation and problems of health service accessibility among populations at risk for hypertension and diabetes mellitus , develop a health service accessibility model through health stations, and evaluate the outcomes of the model. The study was conducted in Village No. 8, Ban Saka, Suan Luang Subdistrict, Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Si Thammarat Province, from August 2024 to February 2025, with 390 quantitative participants and 50 qualitative key informants. Research instruments included questionnaires, health service accessibility assessments, in-depth interview guidelines, and focus group discussion guidelines. Results revealed that (1) Major barriers to health service accessibility existed in three dimensions: user dimension, community service provider dimension, and health service system dimension. (2) The developed Star Network Health Station Model consisted of four components: establishment of health stations with village health volunteers as central nodes, modern operational model aligned with community lifestyle and culture, supervision through empowerment processes with health mapping technology, and evaluation model. (3) After implementation, health service accessibility levels differed significantly ($\chi^2 = 402.46$, $df = 2$, $p\text{-value} < 0.001$), with the percentage of participants having high accessibility increasing dramatically from 17.95% to 91.03%. Changes occurred in five aspects of the community health system: service accessibility, health support systems, health knowledge, health monitoring, and reduced hospital burden. Factors significantly associated with satisfaction included frequency of service utilization, distance from home, travel convenience, and family support.

Keywords: Health Service Accessibility, Health Station, Non-communicable Diseases, Star Network, Action Research

* Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office Email: Pit_taya_n@hotmail.com

** Public Health Technical Officer, Professional Level, Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office Email: Sarottee@gmail.com

*** Public Health Technical Officer, Professional Level, Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office Email: jetsadaporn.mhc11@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2021 มีผู้เสียชีวิตจาก NCDs คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยร้อยละ 77 เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2021) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (Bennett et al., 2020)

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ NCDs มีความรุนแรงไม่ต่างจากระดับโลก จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 9.5 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.1 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) ส่งผลให้ในปีงบประมาณ 2565 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย NCDs สูงถึง 198,512 ล้านบาท หรือร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันและควบคุม NCDs อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบอุปสรรคสำคัญหลายประการ ได้แก่ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย เวลาในการรอคอย และทัศนคติต่อการรับบริการ (Li et al., 2023) การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพในชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson et al. (2021) ที่พบว่าการจัดบริการสุขภาพในระดับชุมชนช่วยเพิ่มอัตราการคัดกรองโรคและการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

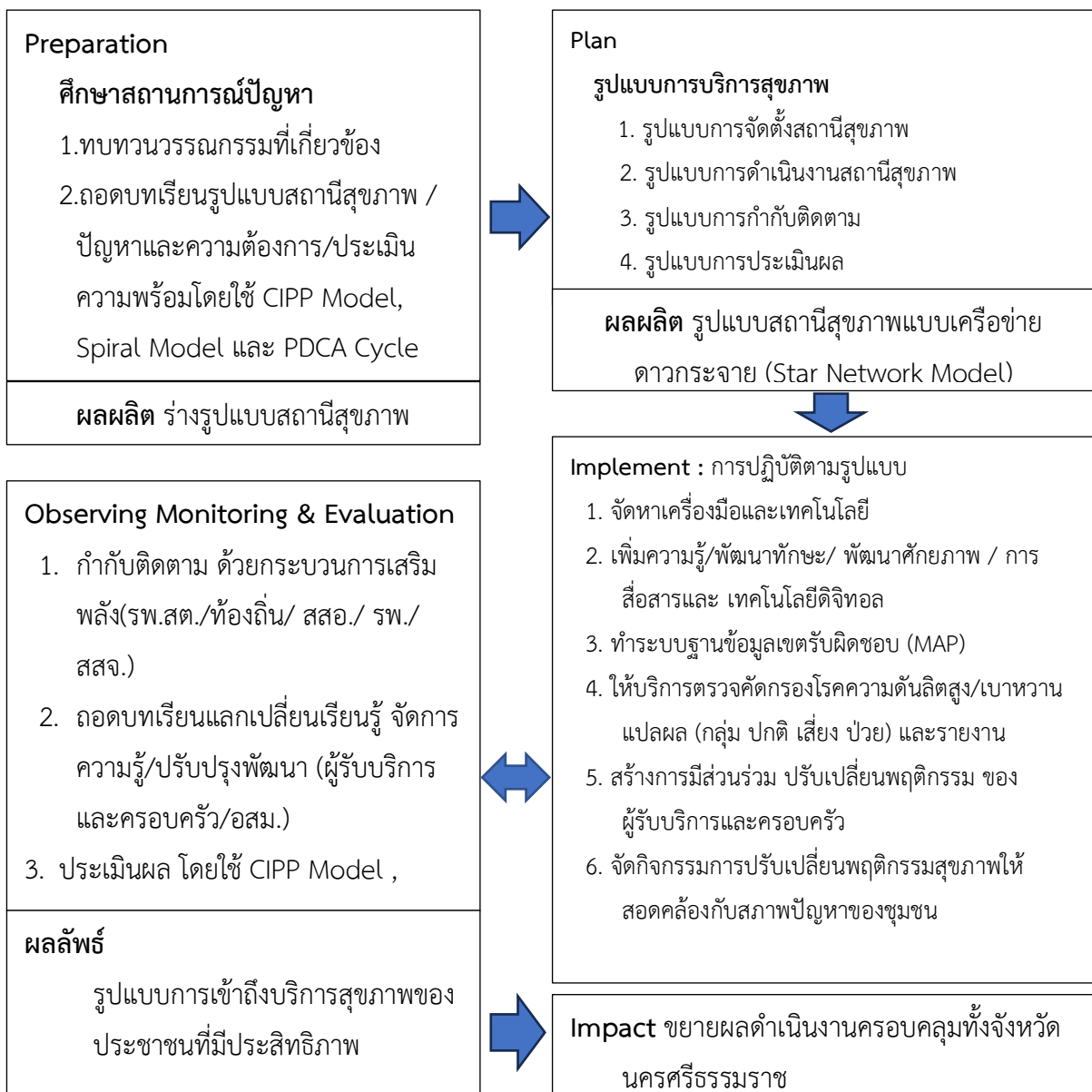
จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นพื้นที่ที่มีความท้าทายในการจัดบริการสุขภาพ เนื่องจากมีลักษณะภูมิประเทศที่หลากหลายและประชากรกระจายตัวในพื้นที่ห่างไกล ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (2567) พบว่าอัตราการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปยังต่ำกว่าเป้าหมาย และมีแนวโน้มลดลงในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลยังประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งด้านการคมนาคม ค่าใช้จ่าย และการขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ

การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบสถานีสภาพ ซึ่งเป็นนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพที่เน้นการเพิ่มการเข้าถึงบริการในระดับชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน และสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยบริการสถานีสู่สุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบสถานีสู่สุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนด้วยบริการสถานีสู่สุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kermis & McTaggart (2014) ร่วมกับวิธีวิทยาแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ภายใต้การออกแบบแบบบรรจบกัน (Convergent Parallel Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่หมู่ที่ 8 บ้านสกา ตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงกุมภาพันธ์ 2568

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปอาศัยใน หมู่ที่ 8 บ้านสกา ตำบลสวนหลวง จำนวน 580 คน ในช่วงเวลาที่ศึกษา สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนจำนวน 390 คน และ 2) ผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเชิงคุณภาพเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) รวมทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็น

กลุ่มผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน จำนวน 10 คน ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 10 คน กลุ่มผู้ให้บริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ศึกษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มีแผนย้ายที่อยู่ในช่วงดำเนินการวิจัย และมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูล

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal Criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการวิจัย ย้ายที่อยู่ระหว่างการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัยด้วยเหตุผลส่วนตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความพึงพอใจต่อบริการ

2. แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ 4 มิติประยุกต์ตามแนวคิดของ Penchansky & Thomas ความพอเพียงของบริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ความสามารถในการจ่าย การยอมรับคุณภาพบริการ เป็นการประมาณค่า 5 ระดับ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

1. แนวทาง/ ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้บริการ ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาบริการ
2. แนวทาง/ ประเด็นการสนทนากลุ่ม การมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการ ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค แนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน การขยายผลสู่พื้นที่อื่น
3. แนวทาง/ ประเด็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม กระบวนการให้บริการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การใช้ทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวก บรรยากาศการให้บริการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาชุมชน ได้ค่า IOC = 0.75
2. การทดสอบความเชื่อมั่น นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.80
3. การปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ปรับภาษาให้เข้าใจง่าย จัดลำดับข้อคำถามให้เหมาะสม ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา แยกประเภทเครื่องมือชัดเจน ระบุรายละเอียดของแต่ละเครื่องมือ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิด

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ โดยอ้างอิงจากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและกรอบแนวคิดที่ชัดเจน นำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ (Expert review) ด้านเนื้อหา และความเหมาะสมของคำถาม ทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (Pilot test) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความเข้าใจ และการปรับแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัยและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และประเมินความพร้อมของพื้นที่ ใช้การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้บริการ ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพ และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action Phase) จัดเตรียมสถานที่ จัดหาเครื่องมือและเทคโนโลยี เพิ่มพูนความรู้/พัฒนาทักษะ/ พัฒนาศักยภาพ/ การสื่อสารและเทคโนโลยีดิจิทัล/ ทำระบบฐานข้อมูลเขตรับผิดชอบ (MAP)/ ให้บริการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และแผลผล (กลุ่ม ปกติ เสี่ยง ป่วย)/ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการและครอบครัว

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observation Phase) โดยถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดการความรู้/ปรับปรุงพัฒนา (ผู้รับบริการและครอบครัว/ อสม.) กำกับติดตามด้วยกระบวนการเสริมพลัง (รพ.สต./ ท้องถิ่น/ สสอ./ รพ./ สสจ.)/ ประเมินรูปแบบโดยใช้ CIPP Model , Spiral Model และ PDCA Cycle

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection Phase) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลจัดการความรู้ เพื่อให้กระบวนการสะท้อนผลการพัฒนาอย่างเป็นระบบและเป็นพลวัต จัดทำคู่มือรูปแบบสถานีสภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย (Star Network Model) เพื่อขยายผลไปใช้ในพื้นที่อื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

Chi-square test สำหรับการเปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพก่อนและหลังการใช้สถานีสภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย (Star Network Model)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดความข้อมูล (Transcription) แปลงข้อมูลจากการสัมภาษณ์เป็นข้อความ จัดหมวดหมู่ (Coding) แบ่งข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ตามหัวข้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ระบบสนับสนุนสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ การติดตามสุขภาพ และการลดภาระของโรงพยาบาล

จริยธรรมการวิจัย

1. ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 134/2567 วันที่ 27 สิงหาคม 2567

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัย ผู้เข้าร่วมมีโอกาสในการตั้งคำถามและต้องได้รับคำตอบอย่างชัดเจนก่อนที่จะแสดงความยินยอมเข้าร่วม

3. การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล ในการเก็บข้อมูลในลักษณะที่ไม่ระบุชื่อของผู้ตอบและการเก็บรักษาข้อมูลให้เป็นความลับ การจัดการข้อมูลในลักษณะที่ช่วยลดความเสี่ยงของการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

4. การนำเสนอผลการวิจัย ผลการวิเคราะห์ที่นำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ช่วยให้สามารถสร้างความเชื่อถือและสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีอุปสรรคสำคัญใน 3 มิติ คือ มิติผู้ใช้บริการ มิติผู้ให้บริการในชุมชน และมิติระบบบริการสุขภาพ ในมิติผู้ใช้บริการพบปัญหาด้านบุคคลและครอบครัว อาทิ ผู้สูงอายุอยู่ลำพังไม่มีผู้ดูแล บุตรหลานไม่มีเวลาพาไปรับบริการ การลืมนัดนัด การขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ขาดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ขาดการสนับสนุนจากชุมชน และปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐาน คือ การคมนาคมไม่สะดวก ระยะทางไกล ไม่มีรถบริการ ประสพภัยธรรมชาติ ในส่วนของผู้ให้บริการในชุมชนพบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น จุดให้บริการอยู่ไกล บุคลากรขาดความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ขาดสื่อให้ความรู้ที่เข้าถึงง่าย และมีอุปสรรคจากปัจจัยภายนอกคือความไม่ปลอดภัยของชุมชน

ในมิติระบบบริการสุขภาพพบปัญหาในทุกระดับ โดยระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีข้อจำกัดด้านเวลาให้บริการเฉพาะวันราชการ บุคลากรมีจำนวนจำกัดทำให้เกิดความแออัด และขาดการติดตามผลระยะยาว ในระดับโรงพยาบาลประสบปัญหาการคมนาคมในพื้นที่ห่างไกล ปัญหาน้ำท่วมซ้ำซากในฤดูฝน ความแออัดเนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมาก และงบประมาณจำกัด ส่งผลต่อการสนับสนุนอุปกรณ์และบุคลากร ส่วนในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบปัญหางบประมาณไม่เพียงพอในการสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน และกองทุนสุขภาพตำบล (สปสข.) มีข้อจำกัดในการจัดสรรงบประมาณ การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมอย่างบูรณาการ

รูปแบบการให้บริการของสถานีสสุขภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย (Star Network Model)

1. รูปแบบการจัดตั้งสถานีสสุขภาพ เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพกระจายออกไปตามจุดต่าง ๆ ในชุมชน โดยมี อสม. เป็นศูนย์กลางในการให้บริการสุขภาพระดับชุมชน ในรัศมีเขตรับผิดชอบ ลักษณะของสถานีสสุขภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย มีสถานีสสุขภาพย่อยกระจายอยู่ตามบ้าน อสม. ในพื้นที่ หมู่ที่ 8 บ้านสกา และมีสถานีสสุขภาพกลางตั้งอยู่ที่ศาลาประจำหมู่บ้าน เป็นศูนย์เรียนรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีดิจิทัล
2. รูปแบบการดำเนินงานสถานีสสุขภาพ ให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ ตรวจคัดกรองให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ติดตามอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยจัดหาเครื่องมือ ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล เครื่องเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดแบบดิจิทัล สำลี และแอลกอฮอล์ เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล ที่วัดส่วนสูงที่ได้มาตรฐาน ปะอวดไข้ สายวัดรอบเอว กระเป๋าเยี่ยมบ้าน และแผนที่สุขภาพ (Health Map) ทำระบบฐานข้อมูลสุขภาพและแปลผล (กลุ่ม ปกติ เสี่ยงป่วย) สร้างการมีส่วนร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้รับบริการและครอบครัว โดยจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3. รูปแบบการกำกับติดตาม ใช้ระบบการติดตามด้วยกระบวนการเสริมพลัง มีการเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการกับข้อมูลเชิงพื้นที่ (Health Map) โดยทีมเยี่ยมเสริมพลัง (รพ.สต./ ท้องถิ่น/ สสอ./ รพ./ สสจ.) อย่างต่อเนื่อง

4. รูปแบบการประเมินผล ด้วยการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดการความรู้ ปรับปรุงพัฒนา โดยใช้ CIPP Model , Spiral Model และ PDCA Cycle เป็นกรอบในการประเมิน

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพก่อนและหลังการใช้บริการสถานีสภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย (Star Network Model)

กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.7 และเพศชาย ร้อยละ 42.3 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 30.8 รองลงมาคือช่วงอายุ 55-64 ปี ร้อยละ 25.6 ช่วงอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 24.4 และช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.2 ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.5 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.9 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20.5 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 5.1 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.8 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.4 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 21.8 อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 15.4 และอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 7.7

ตารางที่ 1 ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพก่อนและหลังการใช้สถานีสภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย (Star Network Model) (n= 390)

ระดับการเข้าถึง บริการ	ก่อนใช้บริการ		หลังใช้บริการ		Chi-square (χ^2)	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ต่ำ	150	38.46	10	2.56	402.46	2	< 0.001
ปานกลาง	170	43.59	35	8.97			
สูง	70	17.95	355	91.03			
รวม	390	100.0	390	100.0			

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพก่อนและหลังการใช้บริการสถานีสภาพด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 402.46$, $df = 2$, $p\text{-value} < 0.001$) กล่าวคือ ประชาชนมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงหลังจากการใช้บริการ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 17.95 เป็นร้อยละ 91.03 ในขณะที่ระดับการเข้าถึงในระดับต่ำและปานกลางลดลงอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบสถานีสภาพเครือข่ายดาวกระจายมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพหลังมีสถานีสภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย (Star Network Model) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า มีความเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพในชุมชนก่อนและหลังใช้สถานีสภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย (Star Network Model)

5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านระบบสนับสนุนสุขภาพ ด้านความรู้สุขภาพ ด้านการติดตามสุขภาพ และด้านภาระของโรงพยาบาล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลัก ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่า

"...แต่ก่อนต้องเดินทางไกล เสียค่าใช้จ่ายเยอะ แต่ตอนนี้มีสถานี่สุขภาพใกล้บ้าน ทำให้เข้าถึงบริการง่ายขึ้น ค่าใช้จ่ายก็น้อยลง อสม. ก็ทำงานสะดวกขึ้นเพราะมีอุปกรณ์ครบ แถมยังมีระบบดิจิทัลให้เราเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้น ...การติดตามสุขภาพก็ทำได้แบบเรียลไทม์.... โรงพยาบาลก็ไม่แน่นเหมือนเดิม เพราะสถานี่สุขภาพช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้น นับว่าเป็นการพัฒนาที่ช่วยให้เราดูแลสุขภาพได้ดีขึ้นจริง ๆ...ดีมาก ๆ พอใจมาก.... อยากให้ทุกที่ทำแบบนี้..."

เก็บข้อมูลเมื่อ 9 ธันวาคม 2567

การอภิปรายผล

การวิจัย การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนด้วยบริการสถานี่สุขภาพ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ประการ คือ (1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยบริการสถานี่สุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และ (3) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบสถานี่สุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผลการวิจัยนำมาสู่ประเด็นสำคัญ ดังนี้

ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ผลการวิจัยพบว่า อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีใน 3 มิติหลัก คือ มิติผู้ใช้บริการ มิติผู้ให้บริการในชุมชน และมีมิติระบบบริการสุขภาพ ในมิติผู้ใช้บริการพบปัญหาสำคัญคือผู้สูงอายุอยู่ลำพังไม่มีผู้ดูแล ขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลสุขภาพ รวมถึงมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและการเดินทาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิตยา พันธุเวช และคณะ (2018) ที่พบว่า ความรู้ความเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

ในมิติผู้ให้บริการในชุมชน พบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น จุดให้บริการอยู่ไกล และ อสม. ขาดความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ (2019) ที่พบว่าศักยภาพของบุคลากรและทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพระดับชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย ส่วนในมิติระบบบริการสุขภาพ พบปัญหาด้านเวลาให้บริการเฉพาะวันราชการ ความแออัดของโรงพยาบาล และการขาดการติดตามผลระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ World Health Organization (2018) ที่ระบุว่าการจัดระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง

รูปแบบสถานีสุภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย (Star Network Model)

รูปแบบสถานีสุภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย (Star Network Model) เป็นนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพที่มีลักษณะเด่น คือการกระจายจุดให้บริการไปยังชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นศูนย์กลางในการให้บริการสุขภาพระดับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (Health Decentralization) ของ World Health Organization (2019) ที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนที่มีการกระจายจุดให้บริการ และเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพหลักช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

นอกจากนี้ การนำเทคโนโลยีแผนที่สุขภาพ (Health Map) มาใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการกับข้อมูลเชิงพื้นที่ถือเป็นนวัตกรรมสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี และชุตินันท์ สุวดีพิงศ์ (2566) ที่ว่า การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการบริหารงานและยกระดับการให้บริการ โดยยึดความต้องการของประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยเหตุนี้ เทคโนโลยีดิจิทัลจึงถูกนำมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ในขณะที่กระบวนการเสริมพลัง ที่ใช้ในการกำกับติดตาม สอดคล้องกับ Zimmerman (2000) การกำกับติดตามแบบเสริมพลัง และประเมินผลที่มุ่งเน้นการเสริมพลัง สามารถเกิดขึ้นได้ในระดับบุคคล องค์กร และชุมชน สามารถ เรียนรู้ ปรับตัว และควบคุมกระบวนการพัฒนาได้ด้วยตนเอง

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบสถานีสุภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย

ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้สถานีสุภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ (2020) ที่พบว่าการจัดบริการสุขภาพที่อิงชุมชนเป็นฐาน (Community-based health service) ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพชุมชนหลังมีสถานีสุภาพ ทั้งด้านการเข้าถึงบริการ ระบบสนับสนุนสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ การติดตามสุขภาพ และภาระของโรงพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพปณมภูมิขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือบริการสุขภาพจำเป็นที่ใช้วิธีการและเทคโนโลยีที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และเป็นที่ยอมรับในสังคม ประชาชนและครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ด้วยค่าใช้จ่ายที่ชุมชนยอมรับได้ โดยส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพหลังการใช้บริการสถานีสุภาพ ประชาชนที่มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงหลังจากการใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบสถานีสุภาพเครือข่ายดาวกระจายมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Andersen (2008) ที่เสนอว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) ซึ่งรวมถึงความสะดวกในการเข้าถึงบริการและการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพชรรัตน์ เจริญ

รอด และคณะ (2021) ที่พบว่าระยะทาง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทไทย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การขยายรูปแบบสถานีสถานีสุขภาพแบบเครือข่ายดาวกระจาย ควรมีการสนับสนุนการขยายรูปแบบสถานีสถานีสุขภาพแบบเครือข่ายดาวกระจายไปยังพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

1. การพัฒนาศักยภาพ อสม. ควรมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความรู้ และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพในชุมชน
2. ควรสนับสนุนการนำเทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ แผนที่สุขภาพ (Health Map) มาใช้ในการจัดการข้อมูลสุขภาพและติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง
3. ควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่
4. ควรมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานสถานีสถานีสุขภาพอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และการบำรุงรักษา เพื่อความยั่งยืนของการให้บริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อื่น ได้แก่ การศึกษารูปแบบสถานีสถานีสุขภาพไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่าง ได้แก่ พื้นที่เขตเมือง พื้นที่สูง หรือพื้นที่เกาะ และปรับใช้รูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่
2. การศึกษาประสิทธิผลระยะยาว ติดตามผลการดำเนินงานของสถานีสถานีสุขภาพในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืน และติดตามวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในระยะยาว
3. การวิจัยเชิงนโยบาย ศึกษาแนวทางการผลักดันให้รูปแบบสถานีสถานีสุขภาพเป็นนโยบายระดับประเทศ และวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่จะสนับสนุนการขยายผลในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ. (2020). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนในพื้นที่ห่างไกล. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 29(1), 55-68.
- นิตยา พันธุ์เวทย์ และคณะ. (2018). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(2), 135-146.
- บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, & ชุติวัดน์ สุวดีพิงศ์. (2566). ผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล: ความท้าทายทางสุขภาพ. *วารสารสุขภาพและอาหารเชิงสร้างสรรค์*, 1(1), 51-63. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JHFC/article/view/605>
- เพชรรัตน์ เจริญรอด และคณะ. (2021). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทไทย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 39(2), 112-125.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). รายงานงบประมาณการรักษายาบาลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2565.
- สุพัตรา ศรีวิณิชากร และคณะ. (2019). ศักยภาพของบุคลากรและทรัพยากรด้านสุขภาพในระดับชุมชน. *วารสารระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ*, 15(3), 89-102.
- Andersen, R. M. (2008). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Bennett, J. E., Kontis, V., Mathers, C. D., Guillot, M., Rehm, J., Chalkidou, K., & Ezzati, M. (2020). NCD Countdown 2030: Pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet*, 396(10255), 918-934. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31761-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31761-X)
- Boehm, B. W. (1986). A spiral model of software development and enhancement. *ACM SIGSOFT Software Engineering Notes*, 11(4), 14-24. <https://doi.org/10.1145/12944.12948>
- Deming, W. E. (1950). *Elementary principles of the statistical control of quality: A series of lectures*. Nippon Kagaku Gijutsu Remmei.
- Li, X., Krumholz, H. M., Yip, W., Cheng, K. K., De Maeseneer, J., Meng, Q., Mossialos, E., Li, C., Lu, J., Su, M., & Jiang, L. (2023). Access to healthcare in China: Challenges and solutions. *The Lancet*, 401(10374), 75-89. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02237-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02237-4)
- Muralidharan, A., Jan, S., White, S., & Pollack, A. (2022). Barriers to healthcare access for non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: A systematic

review. *BMJ Global Health*, 7(3), e008216. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008216>

Stufflebeam, D. L. (1971). *The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability*. Ohio State University, Center for Vocational and Technical Education.

World Health Organization. (2018). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2018 monitoring report*. WHO.

World Health Organization. (2019). *Health decentralization and community engagement in service delivery*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Noncommunicable diseases progress monitor 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2021>

Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. *Handbook of Community Psychology*, 43(1), 43-63.

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11

ชีวรรัตน์ บุญวงศ์*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11 และ 3) ศึกษาระดับความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง คือวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 422 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตร และระดับความพึงพอใจในการรับบริการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 11 มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เป็นมิตร อายุ ที่อยู่ และการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การส่งเสริมให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรควรให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายช่องทาง และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบริการ รวมถึงพัฒนาบริการให้เหมาะสมกับช่วงอายุและพื้นที่ที่แตกต่างกัน เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: วัยรุ่น, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, บริการสุขภาพที่เป็นมิตร

*นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช Email: cheewarut1982@gmail.com

ACCESS TO YOUTH FRIENDLY HEALTH SERVICES FOR ADOLESCENTS VISITING THE HOSPITAL'S CLINIC HEALTH REGION 11

Cheewarut Boonwong*

Abstract

This study aimed to 1) study the situation of access to youth friendly health services among adolescents attending the adolescent clinic of the hospital in Health Region 11, 2) study the factors associated with access to youth friendly health services among adolescents attending the adolescent clinic of the hospital in Health Region 11, and 3) study the level of satisfaction with youth friendly health services among adolescents attending the adolescent clinic of the hospital in Health Region 11. This descriptive research was conducted using a questionnaire. The sample consisted of 422 adolescents attending the adolescent clinic of the hospital in Health Region 11. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and the relationship of the variables was studied using chi-square statistics and Pearson correlation coefficient.

The results of the research found that the sample group had access to youth friendly health services and the level of satisfaction in receiving the services was mostly at a good level. Factors related to access to youth friendly health services in adolescents who attended the adolescent clinic of the hospital in Health Region 11 were receiving information about youth friendly health services, age, address, and awareness of adolescents' rights, which were significantly related to access to youth friendly health services at a statistical level of 0.01.

Research recommendations promoting adolescents' access to youth friendly health services should focus on various channels and creating understanding about the services, as well as developing services appropriate for different age groups and areas, so that adolescents can access services equally and effectively.

Keywords: Adolescents, access to health services, youth friendly health services

*Public Health Technical Officer, Professional Level of Regional Health Promotion Center 11 Nakhon Si Thammarat, Email: cheewarut1982@gmail.com

บทนำ

การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน หลายคนมักมองว่าประชากรกลุ่มวัยดังกล่าว สามารถเข้าถึงบริการที่หลากหลายผ่านช่องทางต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นช่องทางออนไลน์ สายด่วนให้คำปรึกษา ร้านขายยาหรือสถานบริการสุขภาพที่มีอยู่ แต่ในความเป็นจริงแล้ว การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือ และการได้รับบริการสุขภาพด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ นั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ความเป็นมิตร ไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัว และรักษาความลับได้เป็นอย่างดี เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนได้รับบริการสุขภาพที่ตอบสนองตามความต้องการอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนที่ผ่านมา นั้น ถือเป็นภารกิจที่สำคัญและได้รับความสนใจในวงกว้างสืบเนื่องจากวัยรุ่น เป็นกลุ่มประชากรช่วงวัยที่สำคัญช่วงวัยหนึ่งของชีวิตที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและพฤติกรรม สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นไม่ว่าจะเป็นปัญหาการตั้งครรภ์ ความเครียด สุขภาพจิต การติดสารเสพติด การเจ็บป่วยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ซึ่งมีความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) จึงได้เห็นชอบวาระปฏิบัติการร่วมกันในด้านสุขภาพและการพัฒนาของวัยรุ่นซึ่งมีเป้าหมายสองด้าน คือการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพในวัยรุ่น การป้องกันและรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น วาระนี้ยังได้เรียกร้องให้มีการดำเนินงานที่ออกแบบตรงกับความต้องการและปัญหาของวัยรุ่นและเยาวชน ซึ่งได้แก่ การให้ข้อมูลและสร้างทักษะ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเอื้ออำนวย การให้คำปรึกษาและบริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้ บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นที่สอดคล้องตามหลักการด้านคุณภาพการดูแล(Quality of care) ขององค์การอนามัยโลกจะต้องเป็นบริการที่สามารถเข้าถึงได้(accessible) เป็นที่ยอมรับ (acceptable) เท่าเทียม (equitable) เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (appropriate and effective) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนประเทศสมาชิก เร่งพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานเพื่อป้องกันและลดปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชน รวมทั้งส่งเสริมการดำเนินการที่จะทำให้อาสาสมัครและเยาวชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพที่เรียกว่า Youth Friendly Health Services (YFHS) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญประการหนึ่งที่ช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้(สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์,2564)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ดำเนินงานส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนมาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2552 เริ่มจัดทำมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และมีการดำเนินงานภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติต่อเนื่องมาจนถึงนโยบายและยุทธศาสตร์ฉบับที่2(พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมี

คุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วยการพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2563 ได้พัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563 ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรที่มีคุณภาพได้มาตรฐานตามองค์การอนามัยโลกในด้านการให้บริการสุขภาพแก่วัยรุ่นที่ได้คุณภาพ (Global Standards for Quality Health-Care Services for Adolescents) ที่มีการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศและวัดผลลัพธ์การดำเนินงานได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ตลอดจนสอดคล้องตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ข้อมูลปี 2566 มีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนฉบับ พ.ศ. 2563 จำนวน 311 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.59 ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ผ่านการประเมินตามมาตรฐานฯ ระดับพื้นฐาน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 6 ระดับดี 118 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38 ระดับดีมาก 161 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52 และดีเด่น 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4 (ข้อมูลจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ วันที่ 5 ตุลาคม 2566)

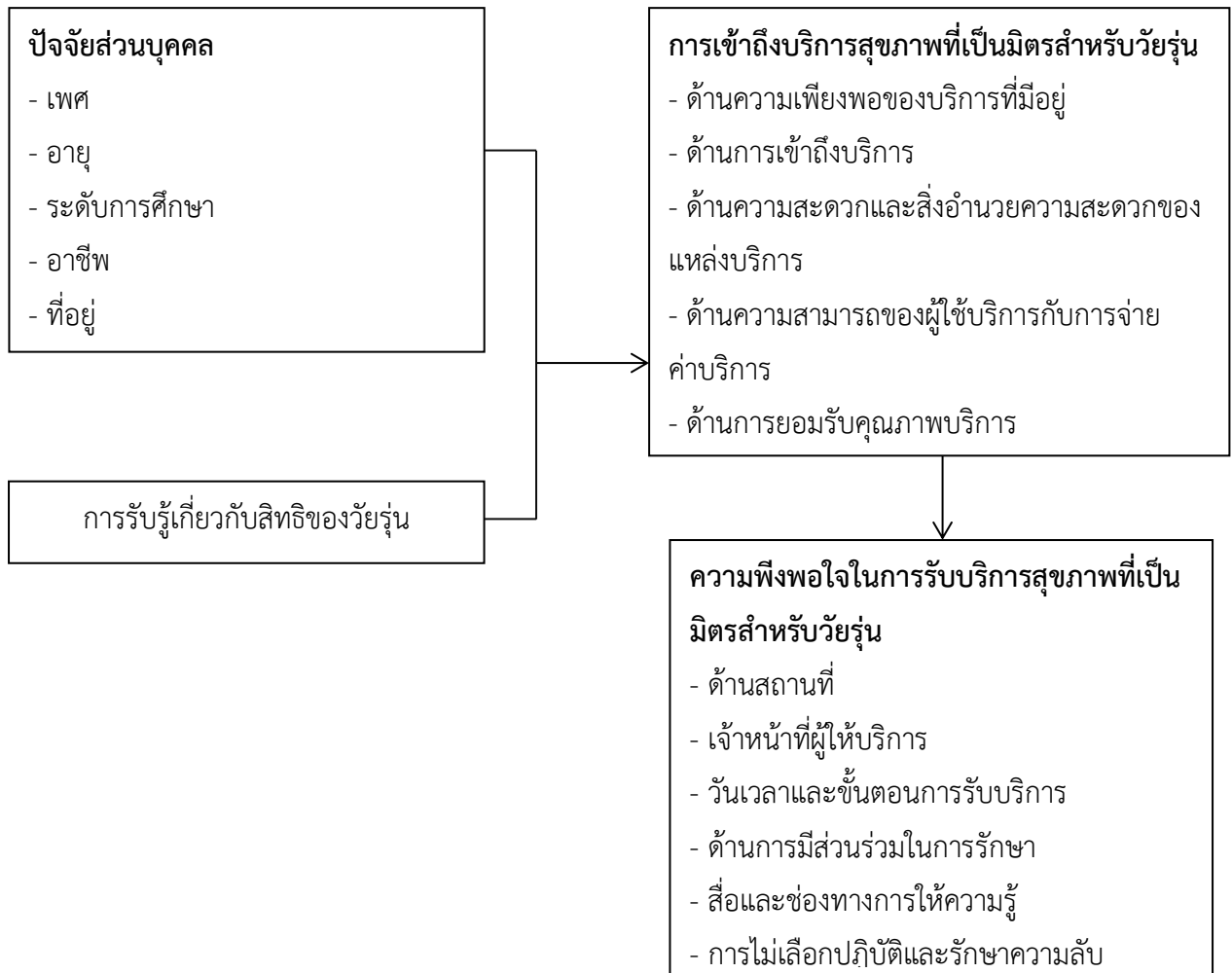
แม้ว่าโรงพยาบาลต่างๆจะมีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน หรือที่เรียกกันติดปากว่า “คลินิกวัยรุ่น” แต่จากข้อมูลปี 2566 แสดงภาพรวมของวัยรุ่นที่เข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับประเทศ พบว่า วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี เข้าถึงบริการร้อยละ 88.97 มีความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตร ร้อยละ 88.66 ระดับเขตสุขภาพที่ 11 การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี เข้าถึงบริการร้อยละ 91.79 และมีความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตร ร้อยละ 82.61

จากข้อมูลการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน รวมไปถึงความพึงพอใจในการรับบริการแม้ภาพรวมจะสูงแต่ก็ยังคงมีความท้าทายและยังมีความจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนจะต้องร่วมกันลดช่องว่างในการจัดบริการ โดยจะเห็นว่าวัยรุ่นยังคงมาใช้บริการน้อย จากความท้าทาย ข้อจำกัดและช่องว่างในการเข้าถึงบริการดังที่กล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งผลจากการศึกษาจะนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ พัฒนาระบบบริการเพื่อให้ได้มาตรฐาน เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และนำไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นได้เพิ่มมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล และระดับความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11 ระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 – 26 พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 591,558 คน ข้อมูลจากรายงานในระบบฐานข้อมูล Health Data Center ;

HDC ณ วันที่ 2 มีนาคม 2566 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ในระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 422 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยกำหนดสัดส่วนในการสุ่มได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากจังหวัด นครศรีธรรมราช 140 คน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 101 คน จังหวัดชุมพร 44 คน จังหวัดระนอง 19 คน จังหวัด กระบี่ 52 คน จังหวัดพังงา 25 คน และจังหวัดภูเก็ต 41 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ เป็นวัยรุ่นอายุ ระหว่าง 10-19 ปี ที่เคยเข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 11 อ่าณ เขียน และสื่อสาร ภาษาไทยได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่ เข้ารับบริการคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 11 แบ่งเนื้อหาเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การพักอาศัย การรับรู้เกี่ยวกับข้อมูล ข่าวสารและการรับบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่น จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของวัยรุ่น จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบ รายการ (Check-list) แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ทราบ และไม่ทราบ โดยระดับทราบให้ 1 คะแนน ระดับไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของวัยรุ่นได้แบ่งการแปลผลค่าคะแนนรวม ออกเป็น 3 ระดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของวัยรุ่น

คะแนน	การแปลผล
คะแนนรวม 0-2 คะแนน	การรับรู้สิทธิของวัยรุ่นระดับน้อย
คะแนนรวม 3-5 คะแนน	การรับรู้สิทธิของวัยรุ่นระดับปานกลาง
คะแนนรวม 6-7 คะแนน	การรับรู้สิทธิของวัยรุ่นระดับดี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น มี 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยระดับมากที่สุดให้ 5 คะแนน ระดับมากให้ 4 คะแนน ระดับปานกลางให้ 3 คะแนน ระดับน้อยให้ 2 คะแนน ระดับน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนนการเข้าถึงบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นได้แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สำหรับวัยรุ่นออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ (Best, 1977) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

ค่าเฉลี่ยคะแนน	การแปลผล
ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) 1.00 - 2.33	การเข้าถึงบริการระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) 2.34 - 3.67	การเข้าถึงบริการระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) 3.68 - 5.00	การเข้าถึงบริการระดับดี

ตอนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check-list) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยระดับมากที่สุดให้ 5 คะแนน ระดับมากให้ 4 คะแนน ระดับปานกลางให้ 3 คะแนน ระดับน้อยให้ 2 คะแนน ระดับน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นได้แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ (Best, 1977) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความพึงพอใจในการรับบริการ

ค่าเฉลี่ยคะแนน	การแปลผล
ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) 1.00- 2.33	ความพึงพอใจระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) 2.34 - 3.67	ความพึงพอใจระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) 3.68 - 5.00	ความพึงพอใจระดับดี

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรวจสอบทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทดสอบความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence หรือ IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 แสดงว่าแบบสอบถามมีคุณภาพเพียงพอที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับวัยรุ่นที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วน ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ตามแนวคิดของปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ นัฏระดงไม้ไพร (2561) ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วน ดังนี้

- 1) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86
- 2) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92
- 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 ซึ่งมีค่าสูงกว่า 0.7 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงและมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 7 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งจัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับการประสานงานและติดตามความก้าวหน้า

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยส่งลิงก์แบบสอบถามในรูปแบบ Google Form ไปยังผู้ช่วยวิจัยแต่ละจังหวัด โดยในแบบสอบถามประกอบด้วยเอกสารสำคัญ 2 ส่วน คือ เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Information Sheet for Research Participant) และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยต้องอ่านและยินยอมก่อนจึงจะสามารถทำแบบสอบถามได้ ทั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละจังหวัดจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) และจำนวนที่ได้จากการคำนวณสัดส่วนของแต่ละจังหวัด

ขั้นตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับทุกวัน หากพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้อง จะไม่นำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์และดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนได้จำนวนครบตามที่กำหนด นอกจากนี้ ยังมีการติดตามความก้าวหน้าและให้คำปรึกษาแก่ผู้ช่วยวิจัยผ่านกลุ่มไลน์อย่างต่อเนื่อง

ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง จัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติที่เหมาะสม จากนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์มาสรุปและอภิปรายผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิของวัยรุ่น การเข้าถึงบริการ และระดับความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

2. สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้าถึงบริการ

3. สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิทธิของวัยรุ่นกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการมีจริยธรรมการวิจัย ยึดหลักจรรยาบรรณและเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล โดยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 660/2566 ระยะเวลารับรองตั้งแต่วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว โดยผู้วิจัยได้แนบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Information Sheet for Research Participant) และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยต้องอ่านและยินยอมก่อนจึงจะสามารถทำแบบสอบถามได้ การเก็บข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลเก็บโดยผู้วิจัยเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.70 อายุ 17 ปี ร้อยละ 17.30 16 ปี ร้อยละ 16.10 และอายุ 15 ปี ร้อยละ 15.20 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.25 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./หรือเทียบเท่า ร้อยละ 28.91 อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 87.70 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 62.80 เขตเทศบาล ร้อยละ 37.20 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ การให้คำปรึกษา ร้อยละ 78 เคยได้รับความรู้จากการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในโรงเรียน/ชุมชน ร้อยละ 46.90 รู้จักบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น ร้อยละ 80.60 ช่องทางที่รู้จักคือจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 29.60 อินเทอร์เน็ต/สื่อออนไลน์ต่างๆ ร้อยละ 29.10

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นด้านการยอมรับคุณภาพบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในภาพรวม โดยวัยรุ่นมีความเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการและมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}=3.93, S.D.=0.79$) อยู่ในระดับดี โดยส่วนใหญ่มุ่งมีความพึงพอใจระดับมาก (ร้อยละ 44.30) และมากที่สุด (ร้อยละ 25.60) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ พบผลการประเมินที่ดี โดยเฉพาะการสามารถจ่ายค่าบริการตามสิทธิการรักษา ($\bar{X}=3.89, S.D.=0.80$) และความเหมาะสมของราคาค่าบริการ ($\bar{X}=3.82, S.D.=0.82$) ทั้งสองประเด็นได้รับการประเมินในระดับดี ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า ความสะอาดของสถานที่บริการได้รับการประเมินสูงสุด ($\bar{X}=3.88, S.D.=0.78$) วันเวลาทำการและขั้นตอนการรับบริการมีความสะดวก ($\bar{X}=3.81, S.D.=0.82$) จุดให้บริการมีความเหมาะสมและเข้าถึงสะดวก ($\bar{X}=3.75, S.D.=0.86$) ทุกด้านได้รับการประเมินในระดับดี ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่า การเดินทางมีความสะดวก ($\bar{X}=3.81, S.D.=0.78$) จุดให้บริการมีความชัดเจน ($\bar{X}=3.72, S.D.=0.80$) ทั้งสองประเด็นอยู่ในระดับดี ด้านความเพียงพอของบริการ พบประเด็นที่ต้องพัฒนา คือ

ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ($\bar{X}=3.58$, S.D.=0.76) ซึ่งพบว่าได้รับการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสิ่งอำนวยความสะดวกมีความเพียงพอ ($\bar{X}=3.75$, S.D.=0.75) ได้รับการประเมินอยู่ในระดับดี

3. ความพึงพอใจในการรับบริการ เมื่อวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจจำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในการรับบริการ ดังนี้ สถานที่ให้บริการสะดวก และเป็นส่วนตัว ส่วนใหญ่ตอบมีความพึงพอใจมาก จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 47.60 พึงพอใจปานกลาง จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 27.30 พึงพอใจมากที่สุด 96 คน คิดเป็นร้อยละ 22.70 และพึงพอใจน้อย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.40 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.91$, S.D.=0.76) เจ้าหน้าที่ให้บริการตรงกับความต้องการ ดูแลเอาใจใส่ เช่น ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ใช้คำพูดสุภาพและอ่อนโยน ส่วนใหญ่ตอบมีความพึงพอใจมาก จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 42.90 พึงพอใจปานกลาง จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 30.60 พึงพอใจมากที่สุด 100 คน คิดเป็นร้อยละ 23.70 และพึงพอใจน้อย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.87$, S.D.=0.80) วันและเวลาที่ได้รับบริการมีความเหมาะสม ขั้นตอนการรับบริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน ส่วนใหญ่ตอบพึงพอใจมาก จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 44.80 พึงพอใจปานกลาง จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 พึงพอใจมากที่สุด 76 คน คิดเป็นร้อยละ 18 และพึงพอใจน้อย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 3.60 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.77$, S.D.=0.78) การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา ส่วนใหญ่ตอบพึงพอใจมาก จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 37 พึงพอใจปานกลาง จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 28.70 พึงพอใจมากที่สุด 104 คน คิดเป็นร้อยละ 24.60 และพึงพอใจน้อย จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 9.70 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.77$, S.D.=0.93) มีสิ่งให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย มีช่องทางเข้าถึงความรู้ที่หลากหลาย ส่วนใหญ่ตอบพึงพอใจมาก จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 44.80 พึงพอใจปานกลาง จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 27 พึงพอใจมากที่สุด 87 คน คิดเป็นร้อยละ 20.60 และพึงพอใจน้อย จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 7.60 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.78$, S.D.=0.85) การไม่เลือกปฏิบัติและไม่ตีตรา รักษาความลับ ส่วนใหญ่ตอบพึงพอใจมาก จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 44.10 พึงพอใจปานกลาง จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 28 พึงพอใจมากที่สุด 105 คน คิดเป็นร้อยละ 24.90 และพึงพอใจน้อย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.10 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.91$, S.D.=0.80)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่า การรู้จักบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น อายุ และที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อย่างไรก็ตามปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้าถึงบริการ (n=422)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น	
	Pearson Correlation	P-value
เพศ	0.09	0.064
อายุ	0.18	0.000**
ระดับการศึกษา	0.04	0.356
อาชีพ	0.05	0.243
ที่อยู่	0.18	0.000**
การได้รับข้อมูล ข่าวสารบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น	0.22	0.000**
การรู้จักบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น	0.24	0.000**

** $p\text{-value} < 0.01$

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิทธิของวัยรุ่น กับ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น พบว่า ทุกด้านของการรับรู้สิทธิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิทธิของวัยรุ่นกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (n=422)

การรับรู้สิทธิของวัยรุ่น	การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น	
	Pearson Correlation	P-value
การได้รับคำแนะนำ/การปฏิบัติ/การให้บริการด้วยความเอาใจใส่	0.46	0.000**
การเคารพความเป็นส่วนตัวในระหว่างการให้การปรึกษา การตรวจร่างกาย และการรักษา	0.44	0.000**
การไม่ถูกคุกคามทางกายและวาจา (Bully) และไม่ถูกตีตรา	0.44	0.000**
การรักษาความลับและข้อมูลของผู้รับบริการ	0.41	0.000**
การไม่แบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติ	0.43	0.000**
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรับบริการ เช่น การรักษาโรค	0.46	0.000**
การได้รับข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจนจากผู้ให้บริการ/ตรวจรักษา	0.41	0.000**

** $p\text{-value} < 0.01$

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการยอมรับคุณภาพบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในภาพรวม โดยวัยรุ่นมีความเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการและมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับดี โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก และมากที่สุด ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า ความสะอาดของสถานที่บริการได้รับการประเมินสูงสุด วันเวลาทำการและขั้นตอนการรับบริการมีความสะดวก จุดให้บริการมีความเหมาะสมและเข้าถึงสะดวก ทุกด้านได้รับการประเมินในระดับดี แสดงถึงมาตรฐานการจัดการสถานที่ที่เหมาะสม ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่า การเดินทางมีความสะดวก จุดให้บริการมีความชัดเจน ทั้งสองประเด็นอยู่ในระดับดี แสดงถึงการจัดการด้านกายภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ พบผลการประเมินที่ดี โดยเฉพาะการสามารถจ่ายค่าบริการตามสิทธิการรักษา และความเหมาะสมของราคาค่าบริการ ทั้งสองประเด็นได้รับการประเมินในระดับดี สะท้อนการเข้าถึงบริการด้านการเงินที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.89, S.D. = 0.53) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพ (Mean = 4.29, S.D. = 0.56) รองลงมาคือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการสุขภาพ (Mean = 4.16, S.D. = 0.62) และด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (Mean = 4.00, S.D. = 0.80) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ (Mean = 3.28, S.D. = 0.97) ส่วนในด้านความพึงพอใจของบริการ พบประเด็นที่ต้องพัฒนาคือ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งพบว่าได้รับการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ พัทธกษิ ธีระพุทธิรักษา (2548) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม จังหวัดยะลา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นด้านความพอเพียงของบริการอยู่ในระดับปานกลาง ($x=2.16$, S.D.=0.68) ส่วนสิ่งอำนวยความสะดวกมีความพึงพอใจ ($\bar{X} = 3.75$, S.D.=0.75) ได้รับการประเมินอยู่ในระดับดี

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก ในข้อสถานที่ให้บริการสะดวกและเป็นส่วนตัว เจ้าหน้าที่ให้บริการตรงกับความต้องการ ดูแลเอาใจใส่ เช่น ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ไข้คำพูดสุภาพและอ่อนโยน วันและเวลาที่ได้รับบริการมีความเหมาะสม ขั้นตอนการรับบริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา มีสิ่งให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย มีช่องทางเข้าถึงความรู้ที่หลากหลาย การไม่เลือกปฏิบัติและไม่ตีตรา รักษาความลับ

เมื่อวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจจำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการรับบริการอยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับ นฤมล เทียมสุวรรณ,ปิยนุช พันธุ์ศิริและกฤษฎา บุญสถิต (2567) ศึกษาเรื่อง ผลการให้บริการและความพึงพอใจต่อบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้รับบริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีกลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 2.18 ส่วนใหญ่รู้จักและเข้าถึงบริการ ร้อยละ 85.82 เข้ารับบริการ ได้แก่ การให้คำปรึกษา การคุมกำเนิดกึ่งถาวร และการคุมกำเนิดชั่วคราว ตามลำดับ ได้รับการตรงความต้องการ ร้อยละ 100.00 โดยเหตุผลที่ผู้รับบริการเลือกมารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในครั้งนี้ คือ การเดินทางไปใช้บริการได้ง่ายและสะดวก ($\bar{X}=3.96, S.D.=0.18$) ราคาเหมาะสม ไม่แพง หรือใช้บริการได้ตามสิทธิการรักษา ($\bar{X}=3.91, S.D.=0.35$) ระยะเวลาทำการ การนัดหมาย และขั้นตอนการรับบริการมีความสะดวก ($\bar{X}=3.90, S.D.=0.33$) ภาพรวมความพึงพอใจต่อบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ระดับมาก ($\bar{X}=3.28, S.D.=0.64$) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุด ด้านเจ้าหน้าที่ให้บริการตรงกับความต้องการดูแลเอาใจใส่ ($\bar{X}=3.55, S.D.=0.64$) รองลงมา การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา ($\bar{X}=3.54, S.D.=0.57$) ไม่เลือกปฏิบัติและรักษาความลับ ($\bar{X}=3.52, S.D.=0.66$) การพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนที่พร้อมให้บริการมีความสะดวกและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่บริการให้มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง มีทักษะการปรึกษา เสนอทางเลือกและการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยส่งผลต่อการเข้ารับบริการของวัยรุ่นและสอดคล้องกับการศึกษาการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐของ นภัทธา สมพงษ์ (2566) พบว่า คุณภาพและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลด้านการรับบริการในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ให้บริการ มีความเหมาะสมและสะดวก ได้รับการตรงตามความต้องการ ด้านการรับบริการกับเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการรับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากต่อการเข้ารับบริการ ในด้านสถานที่ให้บริการสะดวกและเป็นส่วนตัว เจ้าหน้าที่ให้บริการตรงกับความต้องการ ดูแลเอาใจใส่ เช่น ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ใช้คำพูดสุภาพและอ่อนโยน วันและเวลาที่ได้รับบริการมีความเหมาะสม ขั้นตอนการรับบริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา มีสิ่งให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย มีช่องทางเข้าถึงความรู้ที่หลากหลาย การไม่เลือกปฏิบัติและไม่ตีตรา รักษาความลับ

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การรู้จักบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น อายุ และที่อยู่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) แสดงให้เห็นว่า

วัยรุ่นที่มีอายุมากขึ้น รู้จักบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และอาศัยที่อยู่ ที่แตกต่างกันมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่นอย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้าถึงบริการ แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังกล่าว ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของสุธิกานต์ นิลผ่อง และกรรณิกา อุตสาสาร (2566) ศึกษาการรับรู้ การเข้าถึง และความต้องการเกี่ยวกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในจังหวัดกำแพงเพชรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการเข้าถึงบริการ การคุมกำเนิด พบว่า อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ สถานภาพของครอบครัวในปัจจุบัน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร การมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ การเคยใช้บริการการคุมกำเนิด วิธีการคุมกำเนิด และสถานบริการที่เคยใช้บริการการคุมกำเนิด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรควรให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายช่องทาง การให้ความรู้ และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบริการ รวมถึงการพัฒนา ระบบบริการให้เหมาะสมกับช่วงอายุและพื้นที่ที่แตกต่างกัน เพื่อให้วัยรุ่นทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิทธิของวัยรุ่นกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิทธิของวัยรุ่นกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น พบว่า ทุกข้อของการรับรู้สิทธิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ การศึกษาของ อภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ พบว่าการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข และการใช้บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า $r = 0.53, 0.38$ และ 0.38 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารควรสนับสนุน และกำหนดให้การพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นเป็นตัวชี้วัดสำคัญของเขตสุขภาพ จัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการพัฒนาระบบบริการและพัฒนาศักยภาพ

บุคลากร สร้างความร่วมมือระดับนโยบายกับกระทรวงศึกษาธิการในการดูแลสุขภาพวัยรุ่น พัฒนาระบบพี่เลี้ยง (Mentor) สำหรับโรงพยาบาลที่เริ่มพัฒนาคลินิกวัยรุ่น สร้างเครือข่ายการดูแลวัยรุ่นระดับเขต พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการติดตามประเมินผลแบบบูรณาการ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรมีการจัดบริการเชิงรุกในสถานศึกษาและชุมชน พัฒนาช่องทางการสื่อสารและให้คำปรึกษาผ่านสื่อออนไลน์ จัดตั้งคณะทำงานที่มีวัยรุ่นร่วมเป็นกรรมการให้มากขึ้น พัฒนาระบบการนัดหมายและติดตามที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น สร้างเครือข่ายแกนนำวัยรุ่นในชุมชน พัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่น โดยเน้นกิจกรรมการสร้างการเข้าใจกับผู้ปกครองและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการถอดบทเรียนการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่นในแต่ละพื้นที่เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่น

2. ควรศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพวัยรุ่นผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรของวัยรุ่นได้อย่างทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ดวงดาว ศรีวุฒิ. (2556). การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ ในเขตอำเภอจน จังหวัดพะเยา.

(ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา).

นภัทธา สมพงษ์ และ วารินทร์ แซ่ม่าน. (2566). การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ.วารสารศูนย์อนามัยที่ 10, 11(1), 58-76.

นฤมล เทียมสุวรรณ, ปิยนุช พันธุ์ศิริและกฤษฎา บุญสถิต. (2567). เรื่องผลการให้บริการและความพึงพอใจต่อบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10, 12(1),63-72.

บุษกร แสงแก้ว. (2561). การศึกษารูปแบบการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน. ใน บทคัดย่อ

การประชุม วิชาการ ส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม แห่งชาติ ครั้งที่ 12 ประจำปี 2562

(น.166).นนทบุรี : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

ประกายดาว พรหมประพัฒน์. (2561).การพัฒนาแบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการ

รับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน.วารสารสุศึกษา ภาควิชาสุข

ศึกษาและ พฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 41(2),128-140.

- วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, เป็รื่องจิตร ชารรรค์มี, นพนันท์ ชัยภูมิและอรุณณี ใจเที่ยง. (2562). บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่นในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (Journal of Nursing and Health Care)**, 37(3), 240-248.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2564). **มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563**. กรุงเทพมหานคร:ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สุธิกานต์ นิลพ่อง และกรรณิกา อุสสาสาร.(2566). การรับรู้ การเข้าถึง และความต้องการเกี่ยวกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ของผู้หญิงในจังหวัดกำแพงเพชร.ใน **รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ สำหรับ นักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ครั้งที่ 3 15 มีนาคม 2566**. (น.579-589).
- กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- อภิชัย คุณิพงษ์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี.**วารสารกรมการแพทย์**, 44(5), 75-80.

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

สาโรจน์ เทพราช* และ ปรียาพร คล้ายบ้านใหม่**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ และผลของการใช้รูปแบบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 20 คน ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้น 2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และผู้ดูแลในชุมชน ต่อรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ และแบบตรวจสอบระยะเวลาการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Tract ในสถานการณ์จำลอง หลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย ก) การระบุตำแหน่งบ้านหรือชุมชน (GIS/Location) ข) การมีระบบผู้ดูแลในชุมชน (Care Giver) ค) การรับรู้สัญญาณเตือนของโรค (health education) ง) การมีระบบขอคำปรึกษาแบบออนไลน์ (Application/ Telemedicine) จ) การนำส่งโรงพยาบาลที่รวดเร็ว (Transport) 2) ความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ระยะเวลาการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Tract ในสถานการณ์จำลอง 38 นาที

คำสำคัญ: การเข้าถึง, บริการทางการแพทย์, พัฒนารูปแบบ, โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

*ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) ระดับชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิปูน โรงพยาบาลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช E-mail: sarote_psu@hotmail.com

**หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช E-mail: mr.ongzy@gmail.com

The Model Development for Emergency Medical Service Accessibility among Acute Stroke Patient at Nueafah Community, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province

Sarote Thepparat* and Pariyaporn Klaibanmai**

Abstract

This research aimed to study the situation and develop a model development for emergency medical service accessibility among acute stroke patient at Nueafah community, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province, and to examine the impact of utilizing this access model. A Research and Development methodology was employed with a sample of 20 individuals, including patients or caregivers and community health workers, selected through purposive sampling. The research instruments included a newly developed model for accessing medical services for acute stroke patients and evaluation tools consisting of questionnaires to assess knowledge and satisfaction of patients or caregivers, alongside community health workers regarding the access model. Additionally, a checklist was used to evaluate the time taken to access the Stroke Fast Track system in simulated scenarios after implementing the access model. Statistical analysis involved percentages, means, standard deviations, and the Wilcoxon signed rank test. Results indicated significant improvements in access to medical services following the implementation of the model.

This study investigates the accessibility of medical services for acute stroke patients in the Nueafah community, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province. The findings indicate that the accessibility model comprises five components: (a) identification of home or community location via GIS/location; (b) presence of community caregivers; (c) awareness of stroke warning signs through health education; (d) availability of online consultation systems via applications/telemedicine; and (e) rapid hospital transport. Furthermore, the study reveals that patients, family caregivers, and community caregivers exhibit statistically significant differences in knowledge and satisfaction before and after utilizing the medical service access model at the .05 significance level. The time required to access the Stroke Fast Track in a simulated scenario was found to be 38 minutes.

Keywords: Accessibility, Emergency medical service, Model development, Acute Stroke

*Hospital Director, Medical Physician, Senior Professional Level, Phipun Hospital,
Phipun District, Nakhon Sri Thammarat Province, E-mail Address: sarote_psu@hotmail.com

** Nursing Director, Registered Nurse, Senior Professional Level, Phipun Hospital,
Phipun District, Nakhon Sri Thammarat Province, E-mail Address: mr.ongzy@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โดยประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรในปี 2565 (สมศักดิ์ เทียมเท่า, 2565, น.39-46) จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วย กลายเป็นภาระพึ่งพิงต่อครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งมีต้นทุนสูง National Heart, Lung and Blood Institute (NIH) (2023) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ว่าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อเลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกอุดตันหรือการมีภาวะเลือดออกในสมอง โดยภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการอุดตันของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เรียกว่า “Ischemic Stroke” ส่วนภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง เรียกว่า “Hemorrhagic Stroke” โดยพบว่าร้อยละ 80 ของ โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากภาวะสมองตีบ ส่วนระดับความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ การรักษาที่รวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยควรต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง นับตั้งแต่เกิดความผิดปกติ เพราะเมื่อเวลาผ่านไปโดยไม่รักษาจะทำให้เซลล์สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น (ชินฤทัย อังกูรทัศนียรัตน์, 2565, น.629-315) ดังนั้นการรับทราบอาการและสัญญาณเตือนของโรคเบื้องต้น ตลอดจนการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ทันเวลาต่อการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการลดอัตราการเสียชีวิตและป้องกันภาวะทุพพลภาพ

“ชุมชนบ้านเหนือฟ้า” ตั้งอยู่ในพื้นที่ หมู่ที่ 7 ตำบลพิปูน มีประชากร จำนวน 415 คน 150 หลังคาเรือน มีบริบทที่สำคัญแตกต่างจากชุมชนอื่นๆคือ “การไม่มีเครือข่ายสัญญาณโทรศัพท์มือถือ” ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ จากการปฏิบัติงานในพื้นที่ของผู้วิจัยพบว่า ในปี 2554-2566 มีผู้ป่วยชุมชนบ้านเหนือฟ้า ที่เข้ารับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ไม่ทันเวลา 2 ราย ซึ่งพบปัญหาในการเข้าถึงบริการล่าช้าที่คล้ายคลึงกันคือ ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อบริการ แพทย์ฉุกเฉิน (1669) ได้ และได้ติดต่อบริการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน Line Application โดยใช้เครือข่าย Wifi สาธารณะ แต่การติดต่อล่าช้าเนื่องจากการปกคลุมพื้นที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในชุมชนสำคัญดังกล่าว ตลอดจนศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานการวิจัย

4.1 ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนและช่องทางการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ มีความแตกต่างกัน

4.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ต่อรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันสูงขึ้น ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ มีความแตกต่างกัน

4.3 ระยะเวลาการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Tract ในสถานการณ์จำลอง หลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน น้อยกว่า 4.5 ชั่วโมง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์คุณภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian: 1997) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จากการประเมิน CVD Risk หรือผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชนบ้านเหนือฟ้า หมู่ที่ 7 ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่บ้านไม่มีเครือข่ายสัญญาณโทรศัพท์ กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติคือ ก) มีผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) อยู่ในระดับสูง (20%–<30%) ข) ไม่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีระดับการรับรู้และการสื่อสารอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี (ADL มากกว่า 12 คะแนน) ค) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก คือ ก) มีระดับการรับรู้และการสื่อสารลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ (ADL น้อยกว่า 12 คะแนน) ข) เสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย 3) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

2) ผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ของหมู่ที่ 7 ตำบลพิปูน อำเภอ พิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ คือ ก) ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ไม่น้อยกว่า 1 ปี ข) มีประสบการณ์ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ค) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก คือ ก) ลาออกจากหน้าที่ หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย ข) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย ได้แก่ ก) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนและช่องทางการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และผู้ดูแลในชุมชน เป็นแบบเลือกคำตอบ ถูก หรือผิด (True-False) จำนวน 20 ข้อ ข) แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และผู้ดูแลในชุมชน ต่อรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยใช้แบบมาตรวัดรวม ของ Likert ค) แบบตรวจสอบระยะ เวลาการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Tract ในสถานการณ์จำลอง หลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข ได้ค่า IOC = 0.5 ขึ้นไป

การเก็บและรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยการทบทวนความรู้ทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการทำ Content Analysis พบว่า การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ ทันเวลาต่อการดูแลรักษา จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การรับรู้สัญญาณเตือนของโรค (Health Literacy) 2) การนำส่งโรงพยาบาลที่รวดเร็ว (Transport) 3) การมีระบบขอคำปรึกษาแบบออนไลน์ (Application/Telemedicine) 4) การระบุตำแหน่งบ้านหรือชุมชน (GIS/Location) 5) การมีระบบผู้ดูแลในชุมชน (Care Giver) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทบทวนเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง	องค์ประกอบในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน				
	Care Giver	GIS/ Location	Application/ Telemedicine	Transport	Health Education
1. S.Rauch and Others (2021)		/		/	
2. Ana Barragán- Prieto and Others (2022)		/	/		
3. Kori S.Zachrison and Others (2019)			/	/	
4. Edward C.Jauch and Others (2021)		/	/	/	
5. เฉลิมพร บุญศิริ (2563)				/	/
6. สมศักดิ์ เทียมเท่า (2562 และ 2565)			/	/	/
7. สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย, อุ่น บุตรบ้านเขวา (2560)	/		/	/	/

ตารางที่ 1 การทบทวนเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (ต่อ)

เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง	องค์ประกอบ การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน				
	Care Giver	GIS/ Location	Application/ Telemedicine	Transport	Health Education
8. เบญจมาศ มาสิงบุญ (2566)	/				/
9. พัชรภรณ์ ปินตา (2564)					/
10. พิชญา ศรีสา และ คณะ (2562)					/
11. จันทรา พรหมน้อย (2565)			/		

1.2 ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบเดิมในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภopiปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัย

1.3 พัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันใหม่ ให้มีความครอบคลุม ครบถ้วนสมบูรณ์ และเหมาะสมกว่ารูปแบบเดิม

2. กระบวนการทำงาน ประกอบด้วย

2.1 ประชุมระดมสมองทีมผู้ดูแล เพื่อหาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงร่างรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันใหม่

2.2 นำรูปแบบใหม่ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไข

2.3 ค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยการประเมิน CVD Risk และจัดทำแผนที่ระบุตำแหน่งบ้านของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้รูปแบบแผนที่อิเล็กทรอนิกส์ Google Map

2.4 เก็บรวบรวมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันแบบเดิม

2.5 ประชุมผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และ ผู้ดูแลในชุมชน เพื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้จนครบถ้วนตามกิจกรรมและระยะเวลาที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงและให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

2.6 ทดลองใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

1.3 ผลลัพธ์ ประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยการสอบถามความรู้ ความพึงพอใจ และการสร้าง

สถานการณ์จำลอง เพื่อทดสอบการปฏิบัติตามรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และปรับปรุงแก้ไขรูปแบบและวิธีการในการดำเนินงานให้ได้รูปแบบและวิธีการที่ดีเหมาะสมกับพื้นที่ในการวิจัยมากที่สุด และจัดทำเอกสารแนวปฏิบัติในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

การวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon signed rank test

จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ NSTPH 147/2566 วันที่รับรอง 29 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

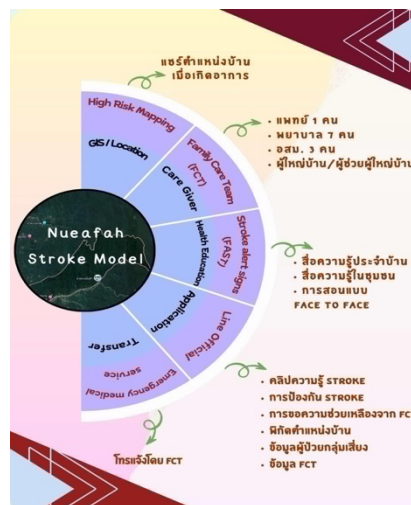
ผู้วิจัยได้ทบทวนรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ตลอดจนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จึงนำมาเป็นแนวคิดในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) การระบุตำแหน่งบ้านหรือชุมชน (GIS/Location) ยังไม่มีการดำเนินการ 2) การมีระบบผู้ดูแลในชุมชน (Care Giver) มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เป็นจิตอาสาในการดูแลสุขภาพของประชาชนตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายโดยทั่วไป ไม่มีภารกิจในการร่วมดูแลเฉพาะกลุ่มโรค ในส่วนของผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ช่วยดูแลประชาชนในชุมชนตามหน้าที่โดยตรง ไม่ได้มุ่งเน้นภารกิจด้านการสนับสนุนบริการสาธารณสุข 3) การรับรู้สัญญาณเตือนของโรค (Health Education) มีการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตามกลุ่มโรคเมื่อมารับบริการในโรงพยาบาล ไม่มีรูปแบบการให้ความรู้ที่มุ่งเป้าในการเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรคที่ชัดเจน 4) การมีระบบขอคำปรึกษาแบบออนไลน์ (Application/ Telemedicine) ยังไม่มีการดำเนินการ 5) การนำส่งโรงพยาบาลที่รวดเร็ว (Transport) มีระบบขอรับโดยการรับแจ้งเหตุผ่านทางระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) เท่านั้น ผู้ป่วยที่ติดต่อบริการแพทย์ฉุกเฉินไม่ได้ ต้องหารถมาโรงพยาบาลเอง

ตอนที่ 2 ผลของการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังตารางที่ 2 และภาพที่ 1 ตารางที่ 2 รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันจากการระดมสมองทีมผู้ดูแลในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างรูปแบบ	แนวทางดำเนินการ
GIS (Location)	1. ค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยการประเมิน CVD Risk 2. จัดทำแผนที่ระบุพิกัดตำแหน่งบ้านของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้รูปแบบแผนที่อิเล็กทรอนิกส์ Google Map 3. กำหนดกลุ่มบ้านของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ใกล้เคียงกัน 3-4 หลัง เพื่อมอบหมายผู้ดูแลประจำครอบครัว
Care Giver	กำหนดผู้ดูแลประจำครอบครัว ได้แก่ แพทย์ 1 คน, พยาบาล 1 คน ต่อ 1-2 ครอบครัว, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบครัวละ 1-2 คน, ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
Health Education	1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เกี่ยวกับโรคและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 2. จัดทำนวัตกรรมสื่อเตือนใจประจำบ้าน เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 3. จัดทำแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ติดตั้งในชุมชน
Application/ Telemedicine	1. ใช้ Line Application เพื่อเป็นช่องทางในการขอคำปรึกษา (Telemedicine) ระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ดูแล กับหมอและพยาบาลประจำครอบครัว โดยการโทรด้วยเสียง หรือแบบวิดีโอคอล 2. สร้างกลุ่ม Line โดยสมาชิกในกลุ่มประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เพื่อการประสานงานกับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในการออกรับผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Tract และเพื่อการสื่อสาร กระตุ้นเตือนใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการป่วยของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 3. พัฒนาช่องทางสื่อสารผ่าน Application Line Official ระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ดูแล กับแพทย์ พยาบาลประจำครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน โดยมีฟังก์ชันการใช้งานที่สำคัญประกอบด้วย 1) แผนที่แสดงตำแหน่งที่ตั้งบ้านเรือนของผู้ป่วย 2) คลิปวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและอาการเตือนที่สำคัญของโรค 3) การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 4) ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแต่ละราย ได้แก่ ชื่อ-สกุล, อายุ, ประวัติการเจ็บป่วย, เบอร์โทรศัพท์, เลขประจำตัวผู้พลานอก 5) ขั้นตอนการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 6) ข้อมูลของทีมหมอและพยาบาลประจำครอบครัว ได้แก่ รูปถ่าย, ชื่อ-สกุล, หมายเลขโทรศัพท์, ID-line

ตารางที่ 2 รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันจากการระดมสมองทีมผู้ดูแลในโรงพยาบาล (ต่อ)

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างรูปแบบ	แนวทางดำเนินการ
Transport	กำหนดขั้นตอนในการออกมารับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ดังนี้ 1) เมื่อมีการร้องขอความช่วยเหลือของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว ด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ให้แพทย์หรือพยาบาลประจำครอบครัว ประสานงานกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) และงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลปิปูนเพื่อเตรียมออกมารับผู้ป่วย 2) ให้ผู้ดูแลในครอบครัว แอปพลิเคชันตำแหน่งบ้านในกลุ่ม Line Application และแพทย์หรือพยาบาลประจำครอบครัวทำหน้าที่ส่งต่อให้กับพยาบาลที่ออกมารับผู้ป่วย เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการออกมารับ 3) กรณีเกิดอาการในขณะที่อยู่นอกบ้าน เช่น การออกไปทำงานในบริเวณที่รถพยาบาลไม่สามารถเข้าถึงได้ ให้ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ช่วยดำเนินการในการเคลื่อนย้ายเบื้องต้นมายังจุดที่ใกล้ที่สุด



ภาพที่ 1 โมเดลรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตอนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และผู้ดูแลในชุมชน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน พบว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.00 เป็นเพศชายร้อยละ 35.00 อายุเฉลี่ย 55.95 ปี มีอายุน้อยกว่า 50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 25.00 และ 61-

70 ปี ร้อยละ 25.00 สถานภาพในครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 85.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอนุปริญญา ร้อยละ 35.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.00 โรคประจำตัวที่พบสูงสุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.00 โดยพบว่าร้อยละ 35.00 ไม่มีโรคประจำตัว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประวัติโรคประจำตัว (n=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ ($\bar{x}$ =55.95, Min=35 ปี, Max=86 ปี)		
น้อยกว่า 50 ปี	8	40.00
51-60 ปี	5	25.00
61-70 ปี	5	25.00
มากกว่า 70 ปี	2	10.00
เพศ		
ชาย	7	35.00
หญิง	13	65.00
สถานภาพสมรส		
โสด	1	5.00
สมรส	17	85.00
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	2	10.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	5.00
ประถมศึกษา	10	50.00
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	7	35.00
ปริญญาตรี	2	10.00
อาชีพ		
เกษตรกร	15	75.00
ค้าขาย	3	15.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	10.00
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	1	5.00
ความดันโลหิตสูง	9	45.00
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	3	15.00
ไม่มีโรคประจำตัว	7	35.00

3.2 การเปรียบเทียบความรู้ และความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

3.2.1 ความรู้ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ต่อการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยภาพรวม พบว่า ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน มีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนและช่องทางการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 15.90, SD = 2.97) และระดับสูง ($\bar{x}$ = 19.30, SD = 1.03) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อ พบว่า ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ส่วนใหญ่มีความรู้ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 และในระดับสูง ร้อยละ 100 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (n = 20)

รายการประเมิน	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			Z	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
คะแนนรวมความรู้ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน	15.90	2.97	ปานกลาง	19.30	1.03	สูง	7.82	.000*

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับสูง	7	35.00	20	100
2. ระดับปานกลาง	10	50.00	0	0
3. ระดับต่ำ	3	15.00	0	0
รวม	20	100	20	100

3.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ต่อรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ภาพรวมก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.97,

SD = 0.56) และระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.19, SD = 0.53) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายด้าน จำแนกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (ตารางที่ 5)

3.3.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ต่อการใช้รูปแบบการให้ความรู้และนวัตกรรมสื่อเตือนใจประจำบ้าน เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยภาพรวม พบว่า ก่อนและหลังใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.39, SD = 0.71) และระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.43, SD = 0.52) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในชุมชนของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และผู้ดูแลในชุมชน ต่อการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยภาพรวม พบว่า ก่อนและหลังใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ความพึงพอใจต่อรูปแบบ ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.58, SD = 1.01) และระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.07, SD = 0.77) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชนต่อการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยภาพรวม พบว่า ก่อนและหลังใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ความพึงพอใจต่อรูปแบบ ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 1.95, SD = 0.80) และระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.07, SD = 0.71) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (n = 20)

ลำดับ	รายการประเมิน	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			Z	p-value
		$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้และนวัตกรรมสื่อเตือนใจประจำบ้านเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	3.39	0.71	ปานกลาง	4.43	0.52	สูง	3.29	.001*

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (n = 20)

ลำดับ	รายการประเมิน	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			Z	p-value
		$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
2	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในชุมชน	3.58	1.01	สูง	4.07	0.77	สูง	3.19	.001*
3	ความพึงพอใจต่อรูปแบบช่องทางการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	1.95	0.80	ต่ำ	4.07	0.71	สูง	3.93	.000*
ความพึงพอใจในภาพรวม		2.97	0.56	ปานกลาง	4.19	0.53	สูง	3.83	.000*

3.4 ระยะเวลาการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Tract ในสถานการณ์จำลอง หลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยการจับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และขอความช่วยเหลือในการออกกรีบ จนกระทั่งเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล พบว่าใช้เวลารวม 38 นาที

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการดำเนินการไม่ครอบคลุมตามองค์ประกอบของรูปแบบที่ได้ทบทวนความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 1) การระบุตำแหน่งบ้านหรือชุมชน (GIS/Location) 2) การมีระบบผู้ดูแลในชุมชน (Care Giver) 3) การรับรู้สัญญาณเตือนของโรค (Health Education) 4) การมีระบบขอคำปรึกษาแบบออนไลน์ (Application/Telemedicine) 5) การนำส่งโรงพยาบาลที่รวดเร็ว (Transport) จึงนำมาเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและบริบทของพื้นที่ที่ดำเนินการวิจัยในเชิงลึก นำสู่การสร้างรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เมื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของรูปแบบพบว่า

1. ความรู้ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชนเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนและช่องทางการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ หลังการใช้รูปแบบสูงขึ้น อธิบายได้ว่าก่อนการใช้รูปแบบ กระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนและช่องทางการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ เป็นไปในลักษณะที่มีการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตามกลุ่ม

โรคในภาพรวมเมื่อมารับบริการในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่มีรูปแบบการให้ความรู้ที่มุ่งเฉพาะโรค ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีการใช้รูปแบบการให้ความรู้ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนที่น่าสนใจ เช่น แผ่นป้ายแสดงสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองประจำบ้าน คลิปวิดีโอใน Application Line Official จึงส่งผลให้ความรู้ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชนเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนและช่องทางการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับแนวคิดของ สมศักดิ์ เทียมเก่า (2562) ที่กล่าวว่าความรู้ของประชาชนและผู้ป่วยเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะคนส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นกิจกรรมการสร้างความรู้ที่ถูกต้องต่อประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น รวมทั้งผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมการสร้างความรู้และการปฏิบัติที่เหมาะสมนั้นทำได้หลายรูปแบบ จึงต้องมีการปรับรูปแบบและกลยุทธ์ในการจัดกิจกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ คนไทยทุกคนต้องรู้จักโรคหลอดเลือดสมองและทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม (2566) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ก่อนและหลังพัฒนาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน หลังการใช้รูปแบบสูงขึ้นทั้ง 3 ด้าน อธิบายได้ว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ชัดเจน ไม่มีผู้ดูแลในชุมชนที่ชัดเจน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เป็นจิตอาสาในการดูแลสุขภาพของประชาชนตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายทั่วไป ไม่มีภารกิจในการร่วมดูแลเฉพาะกลุ่มโรค ในส่วนของผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ทำหน้าที่ช่วยดูแลประชาชนในชุมชนตามหน้าที่โดยตรง ไม่ได้มุ่งเน้นภารกิจด้านการสนับสนุนบริการสาธารณสุข เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีระบบออกมารับโดยการรับแจ้งเหตุผ่านทางระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) เท่านั้น ผู้ป่วยที่ติดต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ได้เนื่องจากไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ จึงต้องหารถมาโรงพยาบาลเอง ทำให้ไม่ทันต่อเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด สูญเสียโอกาสในการรักษา หลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนและช่องทางการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ มีการสร้างทีมแพทย์และพยาบาลประจำครอบครัว ทำหน้าที่เสมือนญาติในการให้ข้อมูล โดยผ่านการสื่อสารทาง Application Line และ Line Official ช่วยประสานงานและติดต่อแจ้งเหตุกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับการช่วยแชร์พิกัดตำแหน่งบ้าน อีกทั้งมีการให้ความรู้และสร้างบทบาทที่ชัดเจนในการร่วมดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีความมั่นใจในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ หากตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเกิดการ

เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม (2566) ที่พบว่า ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น จากก่อนพัฒนาในระดับปานกลาง หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากในทุกๆ ด้าน

3. ระยะเวลาการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Tract ในสถานการณ์จำลอง หลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่าใช้เวลา 38 นาที ซึ่งเมื่อรวมเวลาในการดูแลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเวลาในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่มีระยะทางประมาณ 75 กิโลเมตร ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบ Stroke Fast Tract ได้ทันเวลา ถือเป็นการบรรลุวัตถุประสงค์ของการดูแลเฉพาะโรคอย่างหนึ่ง จากการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันรับรู้อาการของโรค และมีระบบขอความช่วยเหลือที่เข้าถึงได้ง่ายตามบริบทของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ บดีภัทร วรฐิตอนันต์ (2563) ที่กล่าวว่าบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน คือการพัฒนาช่องทางด่วน (Fast Tract) เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างรวดเร็วที่สุด ส่งผลดีหลายประการเช่น ทำให้ลดอัตราการตาย เพิ่มการฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพ และลดภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ควรวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ที่มีปัญหาด้านการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ที่คล้ายคลึงกัน และนำรูปแบบรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันชุมชนบ้านเหนือฟ้า อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ไปประยุกต์ใช้ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสุขภาพระดับตำบลในเครือข่าย

2. ด้านบริหาร ควรพัฒนาระบบการดูแล Stroke Mobile Unit ในรูปแบบเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน (Node) เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา

3. ด้านวิชาการ ควรมีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการป้องกันโรค ในสถานศึกษา และเผยแพร่ในสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะการดูแลเฉพาะที่คล้ายคลึงกัน เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI)

เอกสารอ้างอิง

จันทร์พรหมน้อย, เพ็ญศิริ อรรถวรงค์, วศินี สมศิริ, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, ปาริชาติ ตันติลาภานนท์ และ อรุณ แก้วประสม. (2565).

โครงการการพัฒนานวัตกรรมจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกลในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด.

- เฉลิมพร บุญศิริ. (2563). **แนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือด สำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบฉับพลันภายนอกโรงพยาบาลและที่ห้องฉุกเฉินปี พ.ศ. 2563**. ค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000167/2563/km/260563.pdf>
- บดินทร์ วรจิตอนันต์. (2563). การพัฒนากลยุทธ์ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 6 นาที. **วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย**, 19(1), 5-15. ค้นเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtss/article/download/203735/164318/>
- เบญจมาศ มาสิงบุญ. (2566). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเกาะแก่ง จังหวัดนครพนม. **วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา**, 8(1), 411-422. ค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262725>
- พิชญา ศรีสา, รุ่งทิพย์ เป้าตุน, ปิรยาวัชร ปราบกมล และ อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลพระพุทธบาท. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**, 36(1), 7-15. ค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/149539/127806>
- ชินฤทัย อังกูรทัศนียรัตน์. (2565). **ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ใน วีระวัฒน์ เขียวประธาน, ชินฤทัย อังกูรทัศนียรัตน์ และ ไชยพร ยุกเซ็น (บ.ก.), Comprehensive Emergency Care Guide Book (น. 629-315). นนทบุรี: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.**
- สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย, อ่องน บุดรบ้านเขว. (2560). **การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม**, 14(3), 100-113.
- สมศักดิ์ เทียมเท่า. (2562). ความเป็นมาของการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์). **J Thai Stroke Soc.**, (1), 25-41.
- สมศักดิ์ เทียมเท่า. (2565). **อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย**, 39(2), 39-46. ค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://thaijoneuro.com/journal/ade4e4a869e44250b2b256f1f800f398>
- Barragán-Prieto, Pérez-Sánchez, Moniche, Moyano et al. (2022). **Express improvement of acute stroke care accessibility in large regions using a centralized telestroke network**. Retrieved 2 December 2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9446331/>

- Jauch, Schwamm, Panagos, Barbazzeni, Dickson et al. (2021). **Recommendations for Regional Stroke Destination Plans in Rural, Suburban, and Urban Communities From the Prehospital Stroke System of Care Consensus Conference.** Retrieved 18 December 2023, from <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STROKEAHA.120.033228>
- Zachrison, MSc, Cash, Adeoye, (2019). **Estimated Population Access to Acute Stroke and Telestroke Centers in the US.** Retrieved 18 January 2024, From <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2788932>
- National Heart, Lung and Blood Institute. (2023). **What Is a Stroke.** Retrieved 18 November 2023, from <https://www.nhlbi.nih.gov/health/stroke>
- Rauch, Taubenböck, Knopp and Rauh. (2021). **Risk and space: modelling the accessibility of stroke centers using day- & nighttime population distribution and different transportation scenarios.** Retrieved 13 January 2024, from <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12942-021-00284-y>



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

