

Received: 4 Jan 2022; Revised: 18 Jan 2022

Accepted: 25 Jan 2022

รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

ขวัญชัย พรหมฤทธิ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาวิธีปฏิบัติประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ขั้นตอน 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเบี้ย และเคยรับบริการด้านสาธารณสุข จำนวน 156 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ร้อยละ 64.7 เพศหญิง อายุเฉลี่ย 50.9 ปี (S.D. =12.2) ร้อยละ 67.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 99.4 สัญชาติไทย ร้อยละ 55.1 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชน 1) ด้านสถานบริการด้านการเข้าใช้บริการ ร้อยละ 14.1 อยู่ในระดับต่ำ ความพอเพียงของการบริการ ร้อยละ 8.3 อยู่ในระดับต่ำ ความต่อเนื่องของการบริการ ร้อยละ 13.5 อยู่ในระดับต่ำ การจัดเตรียมบริการ ร้อยละ 14.8 อยู่ในระดับต่ำ ขั้นตอน 2 พัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ด้วยการศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านการเข้าถึงบริการ 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ 3) ด้านการบริการอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านการบริการแบบผสมผสาน 5) ด้านการบริการแบบองค์รวม ขั้นตอน 3 ทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนพบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนการให้บริการสุขภาพชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ขั้นตอน 4 สรุปบทเรียนการใช้รูปแบบพบว่า ต้องมีการชี้แจง ทบทวนแนวปฏิบัติและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมบุคลากรของสถานบริการ

คำสำคัญ: รูปแบบ, การให้บริการสุขภาพ, ชุมชนชายแดนไทย-ลาว

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโคก



The health service model for Thai-Laos border communities, Bankhok Distric, Uttaradit Province

Kwanchai Promrith¹

Abstract

The objective of this study was to develop and examine the effectiveness of health service model for Thai-Laos border communities, Ban khok district, Uttaradit Province. The study was conducted in 4 phases. The first phase aimed to situation analysis of health service on Thai-Laos border communities. The sample were people aged 15 years old and over who live in the responsible area of the Ban Bo Bia community health service center and had received public health services. The data were collected by questionnaire and analysis by frequency percentage mean and standard deviation. The result showed that female (64.7%), average age 50.9 years old (S.D. =12.2%), married status (67.3%) Thai nationality (99.4%), primary school (55.1%), agriculture (55.1%) and quality of community health service 1) first contract (14.1%) in a low level, sufficiency of the service (8.3%) in low level, service continuity (13.5%) in low level, service provisioning (14.8%) in the low level. The second phase was to construct model which consisted of the study on needs suggested by stakeholders. The resulting model included 5 processes: 1) access 2) patient-provider relationship 3) continuity 4) service integration 5) comprehensiveness. The third phase was to evaluate effectiveness of model and it was found that there was a significant increasing in the average score of community health service and satisfaction after the intervention ($P<0.05$). The fourth phase was to lesson learn the health service model; and it was found that should be clarified, review guidelines and training health personnel team and using model must be monitoring controlling and evaluation.

Keyword: Model, Health service, Thai-Laos border communities

¹ Ban khok district of public health

บทนำ

จากกระแสโลกาภิวัตน์ การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ นโยบายการค้าเสรี นโยบายการส่งเสริมการค้าบริเวณชายแดน การพัฒนาเศรษฐกิจ ตลอดจนนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยว ส่งผลให้การคมนาคม การขนส่ง และการติดต่อสื่อสารมีความสะดวกรวดเร็ว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลให้การเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบกับประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและมีผลต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนบริเวณชายแดน (1) ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ชายแดนเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญในยุคโลกไร้พรมแดน (Globalization) ที่มาพร้อมกับโรคไร้พรมแดน (Diseases without border) ปัญหาหนึ่งที่สำคัญคือปัญหาสุขภาพของประชาชนชายแดนและภาระทางสาธารณสุขของรัฐที่มีหน่วยบริการสุขภาพตามแนวชายแดน (2) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานข้ามชาติกับประเด็นสุขภาพในมุมมองทางสังคมวิทยาและประชากรศาสตร์นั้นมีสองประการคือ ประการแรก ถ้ามีจำนวนประชากรต่างถิ่นเข้ามาจำนวนมาก ระบบสุขภาพของประชากรในประเทศปลายทางอาจต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดจากการแพร่กระจายโรคที่ผู้ย้ายถิ่นอาจนำมา ทุกประเทศจึงมักสร้างมาตรการการจัดการปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ (migrant border) เพื่อปกป้องสุขภาพของประชากรในประเทศตนเองรวมถึงการต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาด ซึ่งมาจากฐานระบบภาษีของประชาชนประเทศปลายทาง อาทิ การใช้บริการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับเด็กที่ติดตามหรือเด็กที่เกิดขึ้นในประเทศปลายทาง ประการที่สอง ในทางกลับกัน แรงงานย้ายถิ่นเองอาจประสบปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ปลายทาง อาทิ ปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพในถิ่นปลายทาง ปัญหาการเข้าไปสู่ถิ่นปลายทางที่มีความแตกต่างในสภาวะแวดล้อมมีผลเพิ่มอัตราการติดเชื้อต่อผู้ย้ายถิ่นที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ขณะเดียวกันผู้ย้ายถิ่นก็อาจติดโรคจากคนท้องถิ่น ปัญหาผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่ต้องอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่แออัด ขาดระบบสุขอนามัยที่สะอาด และสาธารณูปโภคที่จำเป็น และปัญหาการมีรายได้ต่ำทำให้ผู้ย้ายถิ่นมักเผชิญปัญหาทุพโภชนาการ ที่อาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อต่างๆ ได้ง่าย (เซ็นพันซ์ วิริยะวิภาต และคณะ, 2559)

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพชายแดนเป็นประเด็นสำคัญในเวทีสุขภาพระดับโลกเมื่ออัตราการเคลื่อนที่ของผู้คนและสินค้าเพิ่มสูงขึ้นอันเป็นผลมาจากการพัฒนาความสำคัญของการข้ามแดนและการดำเนินการด้านสุขภาพที่ไม่สามารถจำกัดเฉพาะในพื้นที่ประเทศใดประเทศหนึ่ง โดยองค์การสหประชาชาติ ได้เสนอแนวคิดในการพิจารณาสุขภาพในฐานะที่เป็นสินค้าสาธารณะร่วมกันของภูมิภาค (Regional public goods) และเสนอการดำเนินงานเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพในระดับโลก (Global health security) ที่เน้นการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ (เซ็นพันซ์ วิริยะวิภาต และคณะ, 2559)

จังหวัดอุตรดิตถ์เป็นจังหวัดชายแดนที่มีอาณาเขตติดกับประเทศเพื่อนสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และมีการค้าติดต่อสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอบ้านโคก เป็นอำเภอ 1 ใน 9 อำเภอของจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มีชายแดนติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ระยะทางยาวประมาณ 115 กิโลเมตร มีช่องทางเข้าออกไม่น้อยกว่า 11 ช่องทาง และสามารถเดินทางเข้ามาตามเส้นทางลำห้วย ทำให้สภาพสังคมภายในอำเภอบ้านโคก เป็นลักษณะ 2 สัญชาติ คือสัญชาติไทยและสัญชาติลาว โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลบ่อเบี้ย ที่มีชายแดนติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวสามารถพบครอบครัวของประชากรสัญชาติลาวกระจายอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโคก, 2563)

การจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองและเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของคนข้ามแดนมารับการรักษาและประชาชนไทยในอำเภอบ้านโคก และระบบบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มผู้ใช้บริการจะเป็นอย่างไร และด้วยระบบกลไกใดจึงจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชุมชนและหน่วยงานด้านสุขภาพ หากระบบกลไกสามารถเป็นปัจจัยสนับสนุนการทำงานร่วมกันทั้งหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จะส่งผลดีต่ออำเภอชายแดนคือ อำเภอบ้านโคก และชุมชนในพื้นที่ชายแดน เพราะมีระบบการรักษาพยาบาลที่รองรับการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ระบบที่สำคัญคือระบบการจัดการสุขภาพ ระบบการจัดการ และระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจะเชื่อมโยงกับงบประมาณที่จะมีในการดำเนินการ และสมรรถนะของบุคลากรในพื้นที่อำเภอชายแดน ด้วยเหตุผลดังกล่าว การจัดระบบบริการที่ตอบสนองคนข้ามแดนมารับการรักษาจึง จะทำให้เกิดการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่กระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนพื้นที่อำเภอบ้านโคก การสร้างระบบเชื่อมโยงในพื้นที่การจัดการสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การให้บริการสุขภาพร่วมกันกับชุมชนชายแดน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลที่ได้จากการศึกษาจะนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาและเตรียมการในการสนับสนุนส่งเสริมในการดูแลสุขภาพของชุมชนชายแดนภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์
3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์
4. เพื่อสรุปถอดบทเรียนและพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development) โดยผสมผสานระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และใช้แนวคิดการบริการปฐมภูมิของฮอกก์ (W. Hogg et al., 2007) เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลา 1 เดือน

รูปแบบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2564

ประชากร เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเบี้ย และเคยรับบริการด้านสาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเบี้ย ตำบลบ่อเบี้ย อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี จำนวน 260 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 1) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยหลักเกณฑ์ของ เครซี และมอร์แกน (1970) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 156 ตัวอย่าง 2) การสุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2.1) สํารวจรายชื่อประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเบี้ย และเคยรับบริการด้านสาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเบี้ย จากนั้นคำนวณสัดส่วนแต่ละหมู่บ้านเทียบกับประชากรทั้งหมด 2.2) การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส เชื้อชาติ สัญชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด และเติมคำในช่องว่าง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เหตุผลที่เลือกใช้สถานบริการ ระยะทางการเดินทาง วิธีการเดินทาง การเลือกวิธีการรับการรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด และเติมคำในช่องว่าง 3) แบบสอบถามคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชนของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเบี้ย ซึ่งลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ซึ่งใช้วิธีแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) คำตอบประเมินในการวัดระดับความคิดเห็นโดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ความเห็นต่อคำถาม และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะข้อความทั้งเชิงบวก และเชิงลบ

เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ คือ เห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 1 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับสูงสุดเท่ากับค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 ระดับปานกลางเท่ากับค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 และระดับต่ำเท่ากับค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอน 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ระยะเวลา 1 เดือน ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1-30 กันยายน 2564 รายละเอียดดังนี้

รูปแบบวิธีวิจัย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยนำเสนอผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรับทราบ และสนทนากลุ่มตามประเด็นเกี่ยวกับแนวคิดการบริการปฐมภูมิของฮอกก์ (W. Hogg et al., 2007)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1) ผู้แทนผู้รับบริการ 2) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) ผู้แทนผู้นำท้องถิ่นท้องที่ 4) ผู้แทนผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวนประเภทละ 3 คน รวมจำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 2) ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อเจาะลึกประเด็นที่สนใจ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักดังนี้ 1) รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว เป็นอย่างไร 2) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ประกอบด้วยอะไรบ้าง 3) ความต้องการ และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว มีอะไรบ้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล 2) วางแผนและพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว โดยบูรณาการกับผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอน 3 การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน โดยดำเนินการทดลองระหว่าง 1 ตุลาคม 2564-30 พฤศจิกายน 2564

รูปแบบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยการวัดผลก่อนการทดลอง (O_1) หลังจากจัดกระทำตามรูปแบบ (X) วัดผลหลังการทดลอง (O_2)

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเปี้ย และเป็นผู้มีบัตรนัดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มารับบริการด้านสาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเปี้ย ตำบลบ่อเปี้ย อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 30 พฤศจิกายน 2564 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป GPowerMac3.1.9.2⁽⁸⁾ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 $\alpha = 0.05$ power = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน

- 2) ทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

วิธีดำเนินการ 1) จัดประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเบี้ยเพื่อชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชน 2) คัดเลือกผู้มีบัตรนัดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มารับบริการด้านสาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านบ่อเบี้ย จำนวน 45 คนตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี โดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี โดยกิจกรรมประกอบด้วย 1.1) การพัฒนาด้านการเข้าถึงบริการ 1.2) การพัฒนาด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ 1.3) การพัฒนาด้านการบริการอย่างต่อเนื่อง 1.4) การพัฒนาด้านการบริการแบบผสมผสาน 1.5) การพัฒนาด้านการบริการแบบองค์รวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ขั้นตอนที่ 4 สรุป ถอดบทเรียนการใช้รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลา 1 เดือน ดำเนินการระหว่าง 1-31 ธันวาคม 2564

1. ถอดบทเรียนและพัฒนา

รูปแบบวิธีวิจัย ใช้เทคนิคการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) หมายถึง เทคนิค วิธีการ ขั้นตอนในการใช้รูปแบบ ทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การใช้รูปแบบ เพื่อปรับปรุงการใช้รูปแบบให้ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยคงไว้ซึ่งวิธีการที่ดีอยู่แล้ว และแก้ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ รวมทั้งมีการบันทึก ถอดบทเรียนที่ได้รับเพื่อใช้เป็นข้อมูล ความรู้ในการใช้รูปแบบครั้งต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้แทนผู้รับบริการที่เข้าร่วมการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบในขั้นตอนที่ 3 ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวคำถาม ดังนี้ 1) คาดหวังอะไรจากการใช้รูปแบบ 2) ได้ตามที่คาดหวังหรือไม่ เพราะอะไร 3) มีอะไรที่ไม่เป็นไปตามคาดหวังหรือพบปัญหาอะไร เพราะอะไร และจะปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างไร 4) มีสิ่งไหนเกินความคาดหวังหรือไม่ เพราะอะไร 5) จะทำอะไรต่อไปเพื่อให้บรรลุสิ่งที่คาดหวัง หรือท่านได้รับบทเรียนอะไรที่จะช่วยปรับปรุงการทำงานครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล และสรุปเป็นรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UPHO REC 047/64 โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นโดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยขั้นตอน 1

ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 64.7 เพศหญิง ร้อยละ 35.3 เพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.9 ปี (SD =12.2) อายุน้อยสุด 20 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี ร้อยละ 67.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 99.4 สัญชาติไทย ร้อยละ 55.1 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 67.3 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 26.9 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.4 มีรายได้ไม่เพียงพอจากรายจ่าย ร้อยละ 78.8 เป็นผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 23.7 มีโรคประจำตัว 1 โรค โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 13.5 เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลการเข้ารับการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 57.1 เข้ารับการรักษายาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ร้อยละ 34.6 เข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ ร้อยละ 89.7 ให้เหตุผลว่าสะดวกในการเดินทาง ร้อยละ 17.9 ให้เหตุผลว่าบริการดีและรวดเร็ว ร้อยละ 11.5 ให้เหตุผลว่ามีประวัติการรักษาโรคเรื้อรัง

ระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาวพบว่า 1) ด้านการเข้าถึงบริการ 1.1) สถานบริการด้านแรกในการเข้าใช้บริการ ร้อยละ 14.1 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.3 อยู่ในระดับสูง 1.2) ความพอเพียงของการบริการ ร้อยละ 8.3 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.8 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 อยู่ในระดับสูง 1.3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 3.2 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.4 อยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 อยู่ในระดับสูง 2) ความพึงพอใจระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ 2.1) การสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ ร้อยละ 1.9 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.8 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.3 อยู่ในระดับสูง 2.2) การคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการ ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.2 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.2 อยู่ในระดับสูง 2.3) ความไว้วางใจ ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 อยู่ในระดับสูง 2.4) การดูแลทุกเรื่อง ร้อยละ 5.1 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.2 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 อยู่ในระดับสูง 2.5) การเข้าใจวัฒนธรรม ร้อยละ 3.2 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.8 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 อยู่ในระดับสูง 2.6) การดูแลทั้งครอบครัว ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 อยู่ในระดับสูง 2.7) การเป็นผู้สนับสนุน ร้อยละ 7.1 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.7 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.2 อยู่ในระดับสูง 3) การบริการอย่างต่อเนื่อง 3.1) ความต่อเนื่องของการบริการ ร้อยละ 13.5 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.1 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.4 อยู่ในระดับสูง 3.2) ความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 1.90 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 41.0 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.1 อยู่ในระดับสูง 4) การบริการแบบผสมผสาน 4.1) การเชื่อมโยงของการบริการ ร้อยละ 14.8 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.6 อยู่ในระดับสูง 4.2) การทำงานร่วมกัน ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.0 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.4 อยู่ในระดับสูง 5) การบริการแบบองค์รวม 5.1) การจัดเตรียมบริการ ร้อยละ 14.8 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.6 อยู่ในระดับสูง 5.2) การให้บริการ ร้อยละ 2.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.1 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.3 อยู่ในระดับสูง 5.3) การมีส่วนร่วมกับประชาชน ร้อยละ 5.1 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 41.7 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.2 อยู่ในระดับสูง (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชน (n= 156)

องค์ประกอบคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชน	ระดับ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการเข้าถึงบริการ						
1.1 สถานบริการด่านแรกในการเข้าใช้บริการ	22	(14.1)	68	(43.6)	66	(42.3)
1.2 ความพอเพียงของการบริการ	13	(8.3)	62	(39.8)	81	(51.9)
1.3 ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก	5	(3.2)	63	(40.4)	88	(56.4)



องค์ประกอบคุณภาพการให้บริการ สุขภาพชุมชน	ระดับ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. ความพึงพอใจระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ						
2.1 การสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ	3	(1.9)	87	(55.8)	66	(42.3)
2.1 การคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการ	4	(2.6)	83	(53.2)	69	(44.2)
2.3 ความไว้วางใจ	4	(2.6)	68	(43.6)	84	(53.8)
2.4 การดูแลทุกเรื่อง	8	(5.1)	72	(46.2)	76	(48.7)
2.5 การเข้าใจวัฒนธรรม	5	(3.2)	73	(46.8)	78	(50.0)
2.6 การดูแลทั้งครอบครัว	4	(2.6)	68	(43.6)	84	(53.8)
2.7 การเป็นผู้สนับสนุน	11	(7.1)	76	(48.7)	69	(44.2)
3. การบริการอย่างต่อเนื่อง						
3.1 ความต่อเนื่องของการบริการ	21	(13.5)	58	(37.1)	77	(49.4)
3.2 ความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสาร	3	(1.9)	64	(41.0)	89	(57.1)
4. การบริการแบบผสมผสาน						
4.1 การเชื่อมโยงของการบริการ	23	(14.8)	54	(34.6)	79	(50.6)
4.2 การทำงานร่วมกัน	4	(2.6)	89	(57.0)	63	(40.4)
5. การบริการแบบองค์รวม						
5.1 การจัดเตรียมบริการ	23	(14.8)	54	(34.6)	79	(50.6)
5.2 การให้บริการ	4	(2.6)	75	(48.1)	77	(49.3)
5.3 การมีส่วนร่วมกับประชาชน	8	(5.1)	65	(41.7)	83	(53.2)

ผลการวิจัยขั้นตอน 2 พบว่า รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยประเด็นการพัฒนา (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชน องค์ประกอบและประเด็นการพัฒนา

คุณภาพการให้บริการ สุขภาพชุมชน	องค์ประกอบ	ประเด็นการพัฒนา
1. ด้านการเข้าถึงบริการ	1.1 สถานบริการด่านแรกในการเข้าใช้บริการ 1.2 ความพอเพียงของการบริการ 1.3 ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก	1. การเปิดให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบสามารถรับบริการได้แม้เป็นวันหยุดหรือนอกเวลาราชการ 2. การมีบริการพื้นฐาน ด้านทันตกรรม แพทย์แผนไทย การตรวจเบื้องต้นทางพยาธิวิทยา 3. การจัดให้มีช่องทางเพิ่มเติมอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต เพื่อให้ประชาชนใช้ติดต่อขอรับบริการ หรือขอคำปรึกษา เกี่ยวกับบริการได้
2. ความพึงพอใจระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ	2.1 การสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ 2.1 การคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการ 2.3 ความไว้วางใจ 2.4 การดูแลทุกเรื่อง 2.5 การเข้าใจวัฒนธรรม 2.6 การดูแลทั้งครอบครัว 2.7 การเป็นผู้สนับสนุน	1. การลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ 2. การเข้าใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายและพยายามจัดบริการที่มุ่งแก้ไขปัญหานั้น
3. การบริการอย่างต่อเนื่อง	3.1 ความต่อเนื่องของการบริการ 3.2 ความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสาร	1. การให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดย เจ้าหน้าที่คนเดิมหรือทีมเดิมเป็นประจำ
4. การบริการแบบผสมผสาน	4.1 การเชื่อมโยงของการบริการ 4.2 การทำงานร่วมกัน	1. การมีระบบให้บริการที่ร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่ข่าย
5. การบริการแบบองค์รวม	5.1 การจัดเตรียมบริการ 5.2 การให้บริการ 5.3 การมีส่วนร่วมกับประชาชน	1. การสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นหรือประชาชน 2. การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อ การฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยให้แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ

ผลการวิจัยขั้นตอน 3

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ก่อนกับหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 2.16 (SD=0.41) คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 2.88 (S.D.=0.16) และพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ก่อนกับหลังการทดลองรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ($n=45$)

คุณภาพการให้บริการ สุขภาพชุมชน	n	mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	45	2.16	0.41			
				-11.109*	44	<0.001
หลังการทดลอง	45	2.88	0.16			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ก่อนกับหลังการทดลองของผู้รับบริการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 1.98 (S.D.=0.54) คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 2.85 (S.D.=0.19) และพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตาราง 4)

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว ก่อนกับหลังการทดลอง ($n=45$)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการ สุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว	n	mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	45	1.98	0.54			
				-10.219*	44	<0.001
หลังการทดลอง	45	2.85	0.19			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยขั้นตอน 4

บทเรียนการใช้รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

1. ต้องมีการชี้แจง ทบทวนแนวปฏิบัติและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมบุคลากรของสถานบริการรูปแบบ แสดงเป็นขั้นตอน สามารถสื่อสารเข้าใจง่าย
2. มีการประเมินผล การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง
3. บุคลากรของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนต้องผ่านการอบรมเพื่อให้การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการใช้บริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยด้านการใช้สถานบริการด่านแรกในการเข้าใช้บริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.1 เท่านั้น เข้ารับการรักษายาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และร้อยละ 14.1 มีระดับความคิดเห็นในระดับต่ำ ทั้งนี้ เนื่องจากการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบถึงวิธีการหรือขั้นตอนในการขอรับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มุลินิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2554) ที่ได้ศึกษาการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า การขาดแคลนกำลังคนเป็นปัญหา และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตอบสนองนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล ชูตินันทกุล (2547) ที่ได้ศึกษาวิเคราะห์ องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า มีการวางแผนการจัดพยาบาลวิชาชีพให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิครบทุกแห่งเพียงร้อยละ 61.7 จากผลการวิจัยด้านการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ พบว่า ร้อยละ 55.8 มีระดับความคิดเห็นในระดับปานกลางและร้อยละ 42.3 มีระดับความคิดเห็นในระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดทำปฏิทินชุมชน ผังเครือญาติ มีการศึกษาประเพณี วัฒนธรรมของชุมชน รวมถึงจัดทะเบียนประวัติผู้ป่วย และทะเบียนประวัติครอบครัวของประชาชนในเขตรับผิดชอบทุกราย รวมถึงการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกและประมวลผลสถานะสุขภาพ ทำให้บุคลากรของสถานบริการสาธารณสุขชุมชน รู้จักผู้รับบริการ และเข้าใจประเพณี วัฒนธรรมของชุมชนเป็นอย่างดี ส่งผลให้ความสัมพันธ์พันธะระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการดีตามมาด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และคณะ (2551) ที่พบว่าผู้ให้บริการทุกคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีการบันทึกสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และได้จัดเก็บเป็นรายครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะ ศิริลักษณ์ (2556) ที่พบว่าความสัมพันธ์พันธะระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก

จากผลการวิจัยด้านการเชื่อมโยงของการบริการพบว่า ร้อยละ 50.6 มีระดับความคิดเห็นในระดับสูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการในเครือข่ายและนอกเครือข่ายเป็นอย่างดี รวมถึงนโยบายได้สนับสนุนให้มีระบบสื่อสารเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เพื่อขอคำแนะนำปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้มากกว่าในการให้บริการแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะ ศิริลักษณ์ (2556) ที่พบว่าบริการแบบผสมผสานส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2554) ที่พบว่า นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ช่วยให้การเปลี่ยนแปลงด้านการเชื่อมโยงบริการ ข้อมูลคลินิกระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่าย ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบริการที่ดี 5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.1 เท่านั้นที่เข้ารับการรักษายาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และร้อยละ 14.1 มีระดับความคิดเห็นในระดับต่ำ ด้านการใช้สถานบริการด้านแรกในการเข้าใช้บริการ ดังนั้น ควรให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบถึงวิธีการหรือขั้นตอนในการขอรับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ และส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ใช้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการระดับปฐมภูมิเป็นอันดับแรก
2. จากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 55.8 มีระดับความคิดเห็นในระดับปานกลาง ด้านการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ ดังนั้น ควรให้บริการด้วยความสุภาพ เป็นมิตร อธิบายและให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือบริการสุขภาพต่างๆ อย่างชัดเจน
3. จากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 14.8 มีระดับความคิดเห็นในระดับต่ำด้านการเชื่อมโยงของการบริการ ดังนั้น ควรประสานงานในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทุกครั้งและมีระบบการให้บริการที่ร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่ข่าย
4. จากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 14.8 มีระดับความคิดเห็นในระดับต่ำด้านการจัดเตรียมบริการ ดังนั้น ควรส่งเสริมการสร้างและใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นหรือประชาชน
5. จากผลการวิจัย รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ต้องให้ความสำคัญกับการนิเทศ ติดตามและประเมินผลด้วย

6. จากผลการวิจัย ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการสาธารณสุขชุมชน และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังนั้น ควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา อาชนิจกุล, พันธุ์ทิพย์ กาญจนะ และจิตรา สายสุนทร. (2548). **คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในการจัดการปัญหามิติสุขภาวะ และสิทธิของแรงงานข้ามชาติ**. นครปฐม: สถาบันประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณ์ พงศ์พิรพห์, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ Barbara starfielf. (2551). **การประเมินบริการปฐมภูมิของประเทศไทยในมุมมองของผู้ให้บริการ**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(3), 401-408.
- ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, สุพัตรา สิมมาทัน และบุญทนากกร พรหมภักดี. (2559). **การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ**. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 23(1), 112-133.
- นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร และญาดา นภาพารักษ์. (2562). **การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER**. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 5(1), 496-506.
- ปิยะ ศิริลักษณ์. (2556). **การศึกษาคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในมุมมองของผู้ให้บริการ**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์) มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พิษณุรักษ์ กันทวิ, ภัทรพล มากมี, ทศพล เมืองอิน และกนกวรรณ สุวรรณรงค์. (2563). **การจัดการระบบสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว กรณีศึกษาบริเวณชุมชนที่มีจุดผ่อนปรน อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย**. วารสารควบคุมโรค. 46(4), 579-594.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2554). **การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโคก. (2563). **รายงานประจำปี 2563**. อุดรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโคก.



ศศิวิมล ชูตินันทกุล. (2547). การวิเคราะห์องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและการพัฒนา
ระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Best, J.W. (1977). **Research in Education**. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall, Englewood cliffs.

KREJCIE, R. V. & MORGAN, D. W. (1970). **Determining Sample Size for Research Activities**.
Educational and Psychological Measurement. 30(3), 607-610.

William Hogg, Margo Rowan, Grant Russell, Robert Geneau and Laura Muldoon. (2007). **Framework
for primary care organizations: the importance of a structural domain**. International
Journal for Quality in Health Care 2008. 20(5), 308–313.