

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว
กรณีศึกษาอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา และเมืองคอบ แขวงไชยบุรี
Health service system accessibility of border area communities:
Thailand-Lao PDR (Phayao-Xayaburi)

โดย

นายรณรงค์	ดวงเกิด
นางอนงค์ศิลป์	दानไพบูลย์
นายเสกสรรค์	ทองดีบ
นายพิษณุรักษ์	กันทวิ
นางสาวรัตน์สุตา	ทนนปา
นายณัฐวัชร	दानไพบูลย์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
กรมควบคุมโรค

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยการศึกษา การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย - สปป.ลาว กรณีศึกษาอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา และเมืองคอบ แขวงไชยบุรี ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากตัวแทนครัวเรือน ในหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทย-สปป.ลาว บ้านฮวก หมู่ที่ 3, บ้านห้วยसान หมู่ที่ 4 และบ้านฮวก หมู่ที่ 12 ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ตัวแทนครัวเรือน ผง สปป.ลาว มีจำนวน 1 หมู่บ้าน คือ บานปางมอญ เมืองคอบ แขวงไชยบุรี ที่กรุณาให้ความร่วมมือ เสียสละตลอดจนเข้าร่วมในกิจกรรมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮวก ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา หัวหน้าแผนกการสาธารณสุขแขวงไชยบุรี สปป.ลาว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองและผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อเมืองคอบ แขวงไชยบุรี ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัย ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้การดำเนินการวิจัย สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

อนึ่ง ผู้วิจัยและทีมงานผู้วิจัยหวังว่างานศึกษาวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์ ต่อการดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว ในอนาคต จึงขอมอบส่วนที่เป็นคุณประโยชน์จากการศึกษาวิจัยทั้งหมดนี้ ให้แก่ ทุกๆ ท่าน และขอมอบความกตัญญูตเวทิตาคุณ แต่บิดา มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่อง ข้อชี้แนะ ข้อเสนอแนะที่อาจจะเกิดขึ้น นั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดชอบและมีความยินดี ที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้ ศึกษา เรียนรู้จากผลงานศึกษาวิจัยในครั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

นายรณรงค์ ดวงเกิดและทีมศึกษาวิจัย

กันยายน 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชน พื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (พะเยา-ไชยบุรี) กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 128 คน และเมืองคอบ แขวงไชยบุรี จำนวน 125 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ การทดสอบไคสแควร์ (chi-squared test), การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test), และการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีความเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการศึกษา การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) พบว่า เมื่อเจ็บป่วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประชาชนส่วนใหญ่ในอำเภอภูซาง เลือกการรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 59.4 เพราะการเดินทางสะดวก ร้อยละ 78.1 ส่วนเมืองคอบ เลือกการรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเมืองคอบ ร้อยละ 99.2 เพราะเชื่อในความสามารถของแพทย์ ร้อยละ 57.6 เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรง หรือโรคระบาดที่รุนแรง ในอำเภอภูซาง พบว่า ส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงคำ ร้อยละ 58.6 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเมืองคอบ ร้อยละ 100.0 ส่วนสิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่า อำเภอภูซาง มีสิทธิ ร้อยละ 88.3 และเมืองคอบ ร้อยละ 92.8 การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน อำเภอภูซาง พบว่า มีกิจกรรมการให้สุขศึกษา และมีการคัดกรอง โรคไม่ติดต่อภายในหมู่บ้าน ร้อยละ 97.7 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า มีกิจกรรมการให้สุขศึกษา และมีอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแนะนำให้คำปรึกษา ร้อยละ 100.0 จากผลการวิจัยพบว่าประชาชนในพื้นที่ชายแดน ประเทศไทย-สปป.ลาว (พะเยา-ไชยบุรี) มีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่ยังพบว่า มีผู้ไม่มีสิทธิ ในการรักษาพยาบาลครบทุกคน และยังขาดข้อมูลเชิงลึกหลายประเด็น เช่น สิทธิในการรักษาของชนเผ่าที่อพยพมาอยู่ในประเทศไทย การมีส่วนร่วมของชุมชน ความพึงพอใจต่อการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ควรได้รับการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมว่า เป็นไปตามมาตรฐานมากน้อยเพียงใด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

Abstract

The survey research was conducted to study health service system accessibility of community-dwelling people in border area of Thailand-Lao PDR (Phayao-Xayaburi). One hundred and twenty-eight people from Phu Sang district, Phayao province and 125 people from Khob district, Xayaburi province were recruited. The data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while inferential statistics used for data analysis included chi-squared test, Fisher's exact test, and independent t-test.

The results indicated that over the past year the subjects in Phu Sang mostly accessed health service system from health promoting hospitals, sub-district-level health centers in Thailand, (59.4%) due to the convenient transportation (78.1%). Across the border from Phu Sang, most people in Khob district tended to access health service system at Khob hospital (99.2%) because they believed in the ability of doctors (57.6%). Healthcare coverage rates among people in Phu Sang and Khob district were 88.3% and 92.8%, respectively. When suffering from severe illnesses, people in Phu Sang district have chosen health services at Chiang Kham hospital (58.6%), whereas those in Khob district have chosen health services at Khob hospital (100.0%). Primary health care service system in Phu Sang district has provided health education and screening for non-communicable disease (97.7%). Likewise, health education and health counseling with village health volunteers provided by primary health care system in Khob district was found to be at 100.0%. Although the health service system accessibility of the border areas in Thailand and Lao PDR was at a relatively high level, not all people are covered by universal coverage scheme to access medical treatment. Moreover, in-depth information on such aspects as health coverage of hill tribe people who migrated into Thailand, community participation, and satisfaction of health service management was inadequately observed in our study. Hence, all in-depth information should be further studied to develop the effective health service system accessibility.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อ.....	ข
Abstract.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญรูปภาพ.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	2
1.3 คำถามการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	3
1.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	3
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
บทที่ 2 เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
2.1 แนวคิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ.....	7
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพื้นที่ชายแดน	10
2.3 ระบบบริการสาธารณสุขของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว	13
2.4 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพชุมชนชายแดน	16
2.5 นโยบายสุขภาพและแผนยุทธศาสตร์ชายแดน.....	17
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	30
3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย	31
3.2 พื้นที่การศึกษา.....	31
3.3 ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย.....	31

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
3.4 กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา.....	31
3.5 กลุ่มตัวอย่าง	31
3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	33
3.7 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	34
3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล	35
3.10 จริยธรรมในการศึกษาวิจัย.....	36
บทที่ 4 ผลการวิจัย	37
4.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	38
4.2 สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	39
4.3 การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน	44
บทที่ 5 สรุป และอภิปรายผล	48
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	48
5.2 อภิปรายผล.....	49
5.3 ข้อเสนอแนะ	51
บรรณานุกรม	51
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
ภาคผนวก ข ความเที่ยงตรง (Validity)และความเชื่อมั่น(Reliability).....	67
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรม.....	71

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงจำนวนหลังคาเรือนและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแยกรายหมู่บ้าน.....	32
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ชายแดน	38
ตารางที่ 3	แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง...	39
ตารางที่ 4	แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการรักษาเมื่อตนเองหรือคนในครอบครัวเจ็บป่วย.....	42
ตารางที่ 5	แสดงจำนวนและร้อยละของการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรง....	43
ตารางที่ 6	แสดงจำนวนและร้อยละของสิทธิในการรักษาพยาบาล	43
ตารางที่ 7	แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง.	44

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
----------------------------------	---

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่สัมพันธ์กันและทำให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) เป็นหน่วยงานหลักที่เข้ามาขับเคลื่อนเรื่องนี้โดยตรงโดยพยายามจัดวางเครื่องมือ ซึ่งมีโครงสร้างหลักเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระบบการจัดการ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกัน เพื่อทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน โดยกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กและสตรี ที่จะต้องมีระบบการดูแลฉุกเฉิน ระบบสวัสดิการ เพื่อการดูแลในด้านต่างๆ มีกลุ่มอาชีพที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ (สุพัตรา ศรีวนิชชากร, 2555) ระบบสุขภาพมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาวะกายและจิตที่ดีผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟู การทำงานของร่างกาย และกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อและภัยพิบัติ (กลุ่ดี เช่งวา, 2563)

พื้นที่ชายแดน คือ พื้นที่ต่อเนื่องกับเส้นแบ่งเขตระหว่างประเทศ เป็นบริเวณที่เป็นที่สิ้นสุดของประเทศหนึ่งต่อกับแผ่นดินของอีกประเทศหนึ่ง (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2553) พื้นที่ชายแดนประเทศไทยมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านทั้งทางบกและทางน้ำ โดยมี 31 จังหวัดที่มีพรมแดนติดต่อกับ 4 ประเทศเพื่อนบ้าน เป็นระยะทางยาวประมาณ 5,820 กิโลเมตร ซึ่งจากสภาพภูมิศาสตร์ที่บางแนวชายแดนเป็นพื้นที่สูง การคมนาคมลำบากและเป็นพื้นที่ชายขอบอันเป็นจุดเสี่ยงต่อความมั่นคงของประเทศ นอกจากนี้ในแต่ละแนวชายแดนยังมีความแตกต่างกันทางด้านสภาพภูมิศาสตร์ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านขนบธรรมเนียมประเพณี และภาษา กอปรกับบริเวณแนวชายแดนไทย ประกอบด้วยกลุ่มชนหลายกลุ่ม ทั้งคนไทย กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ผู้หนีภัยจากการสู้รบ แรงงานต่างด้าวทั้งที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายและที่หลบหนีเข้าเมือง รวมทั้งครอบครัวและผู้ติดตามซึ่งส่งผลต่อประเทศไทยทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ (เกษม ตั้งเกษมสำราญ, 2557) ความเจริญทางเศรษฐกิจของชุมชนพื้นที่ชายแดน ส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพมากขึ้น มากกว่านั้นยังมีการค้าเสรีของอาเซียนที่ประเทศไทยมีข้อผูกพันร่วมกับสมาชิกอาเซียนในประชาคมอาเซียน (Artsanthia, Chaleoykitti, 2016, Rojanasarat, 2014) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดน เช่น พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ความสะดวกต่อการเข้ารับบริการ พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ชายแดน เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางบวกและลบต่อความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ชายแดน (Artsanthia, Chaleoykitti.(2016))

จากรายงานสถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวใน 31 จังหวัดชายแดนไทย ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าว เป็น 1,528,964,530 บาท ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3.9 เท่า เมื่อเทียบกับปี 2556 เป็น 417,044,813 บาท (Ministry of Public Health , 2015) รวมถึงยังมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ของประชากรต่างด้าว ใน 31 จังหวัดชายแดน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งพบสูงสุดคือ จังหวัดชายแดนไทย-เมียนมา รองลงมาคือ จังหวัดชายแดนไทย-สปป.ลาว ซึ่งผู้เข้ารับบริการด้านสุขภาพที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่นที่เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลต่อการรองรับบริการสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่านั้น ประเทศไทยในปัจจุบัน ยังพบปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอต่อการเข้ารับบริการผู้ป่วยประเทศเพื่อนบ้าน (Artsanthia, Chaleoykitti, 2016) การเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วยรับบริการที่โรงพยาบาล/รพ.สต. ร้อยละ 55.3 และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (Kamwan, Kessomboon, 2016) และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขชายแดน ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม การเข้ารับบริการสุขภาพ ความเชื่อส่วนบุคคล สังคมและวัฒนธรรมบริเวณชายแดน เป็นต้น เนื่องจากความซับซ้อนของความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน (Haritavorn, Sukkasem, 2020) จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของประชาชนหลังจากเปิดการค้าชายแดน และจากรายงานประจำปีงบประมาณ 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา พบว่า อำเภอภูซาง มีพื้นที่ติดเมืองคอบ แขวงไชยบุรี สปป.ลาว มีชายแดนติดต่อเป็นแนวยาว จำนวน 3 หมู่บ้าน มีจุดผ่านแดนบ้านฮวกช่องก๊วก สามารถเดินทางไปเมืองคอบได้ทางรถยนต์ ระยะทางประมาณ 20 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 45 นาที หมู่บ้านของลาวที่ใกล้ชายแดนที่สุด คือ บ้านปางมอญ จากจุดผ่านด่านบ้านฮวก ไปจุดผ่านแดนบ้านปางมอญ มีระยะทาง 4 กิโลเมตร มีการเคลื่อนย้ายประชากรต่างชาติเข้ามาเป็นแรงงาน มีครอบครัวฝั่งไทย และมาใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเชียงคำ, โรงพยาบาลภูซาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮวก และคลินิกในพื้นที่ทุกวัน คนไข้จาก สปป.ลาวที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเชียงคำ ในปี 2561 คิดเป็นร้อยละ 1.9 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด และร้อยละ 5.7 ของผู้ป่วยในทั้งหมด และในปี 2560-2562 ไม่สามารถเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล 2,734,058.0 บาท, 1,260,899.3 บาท และ 4,355,813.5 ตามลำดับ ส่วนที่ รพ.สต.บ้านฮวกมีคนไข้จาก สปป.ลาวมารับการรักษาพยาบาลเฉลี่ยวันละ 3 คน โดยในปี 2562 มีคนลาวมาใช้บริการ 685 ครั้ง ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ คลอด อุบัติเหตุ ไล่ตั้งอีกเสบ อุจจาระร่วงและปอดบวม (Ruttikorn et al, 2019)

ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) มีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยให้เป็น 1 ใน 3 ของเอเชียภายใน พ.ศ. 2575-2579 (Suchatsoonthorn, Sealim, 2019 Ministry of Public Health, 2020, Sealim, 2018) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว กรณีศึกษาอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา และเมืองคอบ แขวงไชยบุรี เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย - สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (พะเยา-ไชยบุรี)

1.3 คำถามการวิจัย

1) สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (พะเยา-ไชยบุรี) เป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1) ขอบเขตพื้นที่การศึกษา

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ พื้นที่จังหวัดพะเยา-แขวงไชยบุรี หมู่บ้านที่มีพื้นที่ชายแดนในหมู่บ้านหน้าด่านติดต่อชายแดนไทย-สปป.ลาว ซึ่งฝั่งประเทศไทย มีจำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านฮวก หมู่ที่ 3 บ้านห้วยส้าน หมู่ที่ 4 และบ้านฮวก หมู่ที่ 12 ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา และฝั่ง สปป.ลาว มีจำนวน 1 หมู่บ้าน คือ บานปางมอญ เมืองคอบ แขวงไชยบุรี

2) ขอบเขตประชากรในการศึกษา

ประชากร คือ 1) ตัวแทนครัวเรือน ในหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทย-สปป.ลาว ได้แก่ บ้านฮวก หมู่ที่ 3, บ้านห้วยส้าน หมู่ที่ 4 และบ้านฮวก หมู่ที่ 12 ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 370 คน 2) ตัวแทนครัวเรือน ฝั่ง สปป.ลาว มีจำนวน 1 หมู่บ้าน คือ บานปางมอญ เมืองคอบ แขวงไชยบุรี จำนวน 365 คน รวมทั้งหมด 735 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ตัวแทนครัวเรือน ในหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทย-สปป.ลาว บ้านฮวก หมู่ที่ 3, บ้านห้วยส้าน หมู่ที่ 4 และบ้านฮวก หมู่ที่ 12 ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 128 คน 2) ตัวแทนครัวเรือน ในพื้นที่ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 1 หมู่บ้าน คือ บานปางมอญ เมืองคอบ แขวงไชยบุรี จำนวน 125 คน รวมทั้งหมด 253 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05

3) ขอบเขตเนื้อหา

ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (พะเยา-ไชยบุรี) ในประเด็น 1) การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง 2) สิทธิในการรักษาพยาบาล 3) การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

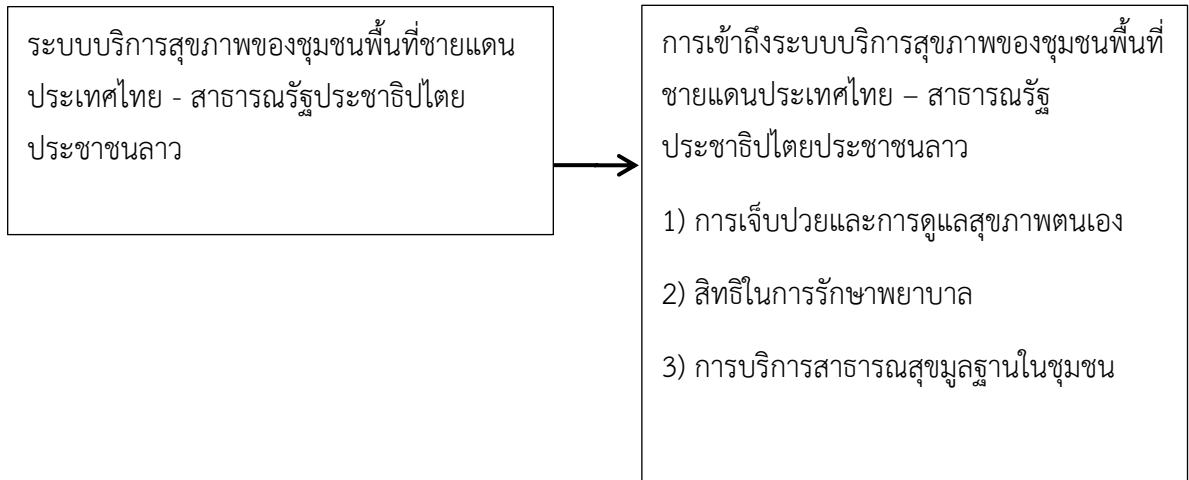
4) ขอบเขตระยะเวลา

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2566

1.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

ระบบบริการสุขภาพของชุมชนชายแดน หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่สัมพันธ์กันและทำให้เกิดสุขภาพของประชาชนในชุมชนพื้นที่ชายแดน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน โดยกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กและสตรี ที่จะต้องมีระบบการดูแลสุขภาพ ระบบสวัสดิการเพื่อการดูแลในด้านต่างๆ มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค พิ้นฟู การทำงาน ของร่างกาย และกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อและภัยพิบัติ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในระดับบุคคล ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (พเยา-ไชยบุรี) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการด้านควบคุมป้องกันโรคติดต่อและภัยสุขภาพในชุมชนชายแดน โดยมีระบบการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อของชุมชนชายแดน ในด้านเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มในชุมชนชายแดน ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ แรงงานต่างด้าวชนชาติพันธุ์ คนไร้รัฐ ประชากรชายขอบ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคติดต่อเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพอย่างเหมาะสม

ในระดับชุมชน การศึกษาครั้งนี้ชุมชนได้เรียนรู้จากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิเคราะห์ชุมชนโดยการกำหนดประเด็น เป้าหมายในเรื่องการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยใช้

กระบวนการ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือทำ ร่วมสรุปทบทวนและร่วมรับผิดชอบ ทำให้เกิดแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ในระดับหน่วยงาน จากการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้รูปแบบระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (พะเยา-ไชยบุรี) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในระดับนโยบาย การศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการเสนอแนะเชิงนโยบายและเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาหรือการบูรณาการแผนงานและยุทธศาสตร์ร่วมกับหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ในด้านการจัดบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

- 2.1 แนวคิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพื้นที่ชายแดน
- 2.3 ระบบบริการสาธารณสุขของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
- 2.4 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพชุมชนชายแดน
- 2.5 นโยบายสุขภาพและแผนยุทธศาสตร์ชายแดน
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพตามความหมายของทางการแพทย์ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยที่ไปถึงการดูแลทางการแพทย์ ความง่ายของการเข้าถึงบริการประกอบด้วย เช่น ความพอเพียงของบริการทางการแพทย์ ที่ตั้งของแหล่งดูแลสุขภาพ การเดินทาง และความสามารถในการจ่ายการดูแล (Persinger, 2000)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทางเข้าของบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ (Rosen, Florin and Dixon, 2001) เป็นมิติที่พรรณนาถึงศักยภาพและทางเข้าที่แท้จริงของระบบการให้บริการกลุ่มประชากร (Aday and Andersen, 1975) และเป็นบริการที่มีความเพียงพอตลอดเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยจุดสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นนั้นได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน (Bodenheimer, 1970 ; Freaborn and Greenlick 1973) การใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความเป็นจริง ทุกสิ่งจะต้องมีความสะดวกต่อการใช้บริการของบุคคลนั้น (Andersen, 1995) มีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ (Penchansky and Thomas, 1981)

สรุปได้ว่าการเข้าถึงบริการเป็นบริการที่ต้องมีความพอเหมาะและเพียงพอตลอดเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้ป่วยต้องการ ประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นและได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพที่แท้จริง ซึ่งการเข้าสู่ระบบและบริการที่จำเป็นนั้นได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน กรอบการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการ การเข้าถึงบริการ ด้านการใช้บริการและผลลัพธ์ของบริการ ด้านความต้องการในการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบการดูแลสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยพิจารณาตามความจำเป็นทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการเข้าถึงบริการ โดยทั่วไปจะขึ้นกับเงื่อนไข 2 ประการ ได้แก่ บริการสุขภาพที่ผู้ต้องการและลูกค้าใช้บริการ และเขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Howard, et.al. 2000) การประเมินความต้องการในการดูแลสุขภาพค่อนข้างท้าทาย เพราะทางเทคนิคการประเมินเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการดูแลสุขภาพและสถานะสุขภาพ ความต้องการของบุคคลในการดูแลสุขภาพเป็นการทำให้สถานะสุขภาพของบุคคลนั้นเป็นปกติเท่าที่จะเป็นไปได้และคงสภาพนั้นไว้

การเข้าถึงบริการตามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Adersen, 1981) ได้จำแนกระหว่างศักยภาพการเข้าถึง (Potential access) และการเข้าถึงที่แท้จริง (Realized access) ศักยภาพการเข้าถึงนั้นได้กล่าวถึงโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพว่าเป็นความพอเพียงของบริการ (Availability of senices) ส่วนการเข้าถึงที่แท้จริงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความพอเพียงของบริการและการใช้บริการที่แท้จริง การเข้าถึงบริการที่แท้จริงเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลโดยที่กรอบแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1974) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการได้แก่

1. นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคตินโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ จุดประสงค์ของแนวคตินโยบายนี้จะเน้นทางด้านงบประมาณการศึกษา อัตราค่าลง และโครงการจัดการสุขภาพใหม่

2. ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristics of health delivery system) ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร และความครอบคลุมของการให้บริการ

3. ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of population) ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุน เช่น รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย

4. การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์และเวลาที่ใช้บริการ

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง

อดีย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1974) ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ไว้ว่า นโยบายสุขภาพจะมีจุดหมายที่จะดึงดูดลักษณะของระบบการให้บริการสุขภาพโดยตรง คุณสมบัติของประชากรสามารถมีการเปลี่ยนแปลง โดยนโยบายสุขภาพการเปลี่ยนแปลงในระบบการให้บริการอาจจะมีผลโดยตรงกับรูปแบบการใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ และลักษณะของประชากรก็มีผลโดยตรงกับการใช้บริการและความพึงพอใจของการใช้บริการของผู้รับบริการมีแนวโน้มว่าจะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ ประสบการณ์ความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจก็มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพที่จะตามมา เช่นเดียวกัน ปัจจัยทั้ง 5 นี้ ได้ใช้สองแนวความคิดหลักคือ 1) การเข้าถึงบริการเป็นลักษณะเฉพาะของประชากร (รายได้ครอบครัว ค่าชดเชยจากการประกันสุขภาพ ทัศนคติต่อการรับการรักษาทางการแพทย์) หรือลักษณะเฉพาะของระบบบริการ ได้แก่ การกระจายบุคลากร ทรัพยากรและเครื่องมือ และ 2) การเข้าถึงบริการประเมินได้ดีที่สุดจากตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ของแต่ละบุคคลที่ได้ผ่านระบบนั้นๆ เช่น จากอัตราการใช้ประโยชน์หรือระดับความพึงพอใจ การวัดค่าเหล่านี้ก่อให้เกิดตัวประกอบภายนอกของความสำคัญ ของระบบ และลักษณะเฉพาะของแต่ละระบบ

Starfield (1998) กล่าวถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของสมรรถนะ (Capacity) ของระบบบริการสุขภาพ ในส่วนของบริการสุขภาพ แบบปฐมภูมิ คือ "First contact" ซึ่งหมายถึง บริการสุขภาพแบบปฐมภูมิเป็นเสมือนบริการด่านแรกที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายและสะดวก ซึ่งการเข้าถึงนั้นสามารถแบ่งได้ หลายชนิด เช่น การเข้าถึงในด้านระยะเวลา(Accessibility in time) หมายถึง ระยะเวลาในการเข้ารับบริการสุขภาพ การเข้าถึงในด้านภูมิศาสตร์(Geographic accessibility) หมายถึง ระยะทางและการคมนาคมไปสู่สถานบริการสุขภาพ การเข้าถึงด้านจิตสังคม Psychosocial accessibility) หมายถึง เรื่องภาษาและวัฒนธรรมในการสื่อสารระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการและผู้ป่วย

Penchansky และ Thomas (1981) ได้กล่าวถึงรูปแบบการเข้าถึงบริการ ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้

1) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibity) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่ให้บริการกับที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย เป็นเรื่องระยะทาง การเดินทางค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ

2) ความเพียงพอของบริการที่จัดให้ (Availability) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของบริการที่มีอยู่กับการต้องการทางสุขภาพของประชาชนทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (Accommodation) คือ ความสัมพันธ์ของแหล่งบริการที่ถูกจัดระเบียบกับการยอมรับของผู้ใช้บริการว่ามีความสะดวก

4) ความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการ (Affordability) คือ ความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายของบริการกับความต้องการและรายได้ที่สามารถจ่ายของผู้ป่วย

5) การยอมรับ (Acceptability) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างการให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพและการยอมรับของผู้ป่วยหรือความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยแนวคิดนี้ มีนักวิจัยนำไปใช้ในการวัดการเข้าถึงบริการ (อรรธรณ พุ่มพวง, 2551)

เมื่อวิเคราะห์มิติการเข้าถึงบริการของเพ็นชานสกี และ โทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) พบว่า เป็นการรวบตัวแปรของการเข้าถึงบริการและแยกเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งในด้านส่วนบุคคลและระบบบริการ แต่ครอบคลุมถึงการเข้าถึงบริการในสถานบริการ ไม่ได้กล่าวถึงระบบบริการนอกสถานบริการ

ธรรมชาติของการเข้าถึงบริการในกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1978) ได้อธิบายคำจำกัดความการดูแลปฐมภูมิถึงมิติการเข้าถึงบริการจะประกอบด้วย การเข้าถึงบริการทางด้านภูมิศาสตร์ หมายถึง ระยะทาง ระยะเวลาเดินทาง และค่าเฉลี่ยของการเดินทางที่ยอมรับ การเข้าถึงบริการทางการเงิน หมายถึง ความสามารถในการจ่ายค่าบริการไม่ว่าอะไรก็ตามในวิธีการจ่าย การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการรักษารูปแบบวัฒนธรรมของชุมชน และการเข้าถึงเข้าถึงบริการทางด้านหน้าที่ หมายถึง การให้ความพอเพียงของประเภทการดูแลปกติที่อยู่บนพื้นฐานที่ต่อเนื่องสำหรับสิ่งที่ประชาชนต้องการการดูแล

นอกจากนี้ Jean-Frederic et al (2013) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถในการเข้าถึง (Approachability), 2) การยอมรับ (Acceptability), 3) ความเพียงพอของบริการและความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (Availability and accommodation), 4) ความสามารถในการจ่าย (Affordability) และ 5) ความเหมาะสม (Appropriateness) โดยประชาชนหรือผู้รับบริการ จะต้องมีความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพขององค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน โดยมี 1) ความสามารถในการรับรู้ (Ability to perceive) 2) ความสามารถในการแสวงหา (Ability to seek) 3) ความสามารถในการเข้าถึง (Ability to reach) 4) ความสามารถในการจ่าย (Ability to pay) และ 5) ความสามารถในการดูแลและเป็นเจ้าของสุขภาพ (Ability to engage)

สรุปการเข้าถึงบริการสุขภาพจะต้องมีการจัดบริการที่เพียงพอในทุกองค์ประกอบ ทั้งบริการสถานที่ ความสามารถในการจ่าย การยอมรับของประชาชน ให้ประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็น โดยจะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมความสามารถของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการใช้บริการสุขภาพ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพื้นที่ชายแดน

ความหมายของเขตแดนระหว่างประเทศ (ประยูร วงศ์แปง, 2553)

1) เขตแดน (Boundary) มีความหมายเป็นสามนัยคือ ขอบเขต เส้นแบ่งเขต และเขตแดน ระหว่างประเทศในความหมายของ เขตแดนระหว่างประเทศ หมายถึง เส้นที่สมมุติขึ้นโดยประเทศ ทวิภาคีเพื่อกำหนดเป็นขอบเขตให้รู้ว่าอำนาจอธิปไตยของตนมาสิ้นสุดที่เส้นนี้ เส้นสมมุติดังกล่าวอาจ เขียนขึ้นบนแผนที่หรือแสดงด้วยถ้อยคำเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้จะแสดงหลักฐานบนพื้นดิน เช่น ปักหลักเขตแดนด้วยหรือไม่ได้

2. แนวพรมแดน (Frontier) เป็นพื้นที่คาบเกี่ยวของสองประเทศไปตามเส้นเขต แดนระหว่าง ประเทศไม่มีข้อกำหนดว่าจะลึกเข้าไปด้านละเท่าไร

3. ชายแดน (Border) คือ พื้นที่ที่ซึ่งนับจากเส้นเขตแดนระหว่างประเทศ เข้าไปในดินแดน ของประเทศใดประเทศหนึ่งไม่มีข้อกำหนดว่า จะลึกเข้าไปเท่าใด

4. ดินแดน (Territorial) คือ พื้นที่ของประเทศใดประเทศหนึ่งซึ่งถูกกำหนดขึ้นด้วยเส้นเขต แดน ระหว่างประเทศผู้มีอำนาจปกครองมีอธิปไตยเหนือดินแดนนั้นทุกประการ

5. เส้นปันน้ำ (Watershed) คือ ลักษณะของพื้นดินที่สูงกว่าบริเวณอื่นที่ต่อเนื่องกันเมื่อฝน ตกจะแบ่งน้ำออกเป็นสองส่วน เช่น สันเขาที่ต่อเนื่องกันโดยไม่มีลำน้ำตัดผ่าน

6. สันเขา (Ridge) คือ ลักษณะของทิวเขาในส่วนที่สูงที่สุดซึ่งยาวต่อกันจะขาดตอนเป็นช่วง หรือต่อกันเป็นพืดยาวก็ได้ถ้าต่อเป็นพืดยาวจะเรียกว่า สันปันน้ำ

7. ร่องน้ำลึก (Thalweg) เป็นภาษาฝรั่งเศส ส่วนภาษาอังกฤษใช้คำว่า Deepest water chanel คือ ร่องน้ำลึกที่สุดและต่อเนื่องกันในท้องน้ำ

8. กลางลำน้ำ (Mid river) คือ จุดกลางของแนวที่ลากจากฝั่งลำน้ำหนึ่งมายังอีกฝั่งหนึ่งใน ลักษณะที่ทำมุมกับฝั่งใกล้เคียงมุมฉากมากที่สุด

9. การเปลี่ยนทางเดินของลำน้ำอย่างฉับพลัน (Avulsion) คือ การที่ลำน้ำที่ใช้เป็นเส้นเขต แดนเปลี่ยนร่องน้ำไปจากเดิมในลักษณะคั่งน้ำถูกตัดขาด หรือช่วงใดช่วงหนึ่งของลำน้ำเปลี่ยนไปจาก เดิมอย่างฉับพลันในช่วงน้ำหลากในฤดูเดียว ลักษณะเช่นนี้เส้นเขตแดนยังไม่เปลี่ยนแปลงการเปลี่ยน ทางเดินแบบค่อยเป็นค่อยไป (Erosion) คือ การที่ลำน้ำที่ใช้เป็นเส้นเขตแดน เปลี่ยนร่องน้ำไปจากเดิม ในลักษณะน้ำกัดเซาะฝั่งให้พังทลายไปทีละเล็กละน้อยถ้าประเทศเจ้าของชายฝั่งไม่ทำการอนุรักษ์ฝั่ง สภาพเส้นเขตแดนก็เป็นไปตามลำน้ำที่ปรากฏในปัจจุบัน

10. หลักเขตแดน (Boundary Pillar) คือ สิ่งที่แสดงไว้บนเส้นเขตแดน ในลักษณะเป็นหลัก โดยเจ้าหน้าที่ของประเทศทั้งสองได้รับมอบหมายให้ทำขึ้นเพื่อแสดงให้รู้ว่า เส้นเขตแดนอยู่ตรงไหน

11. หลักอ้างอิงเขตแดน (Boundary Reference) คือ หลักในลักษณะของหลักเขตแดน แต่ ไม่ได้ปักไว้บนเส้นเขตแดนแต่สามารถใช้อ้างอิงให้รู้ว่าเส้นเขตแดนอยู่ตรงไหน

ประเทศไทยมีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านทั้งทางบกและทางน้ำ โดยมีพรมแดน ติดต่อกับประเทศ เพื่อนบ้าน ได้แก่ ๑) สาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า (Republic of the Union of Myanmar) ๒) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (Lao People's Democratic Republic) ๓) ราชอาณาจักรกัมพูชา (Kingdom of Cambodia) และ ๔) สหพันธรัฐมาเลเซีย (Federation of Malaysia) จากกระแสโลกาภิวัตน์ การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ นโยบายการค้าเสรี นโยบายส่งเสริม

การค้าบริเวณชายแดน การพัฒนาแนวพื้นที่เศรษฐกิจ ตลอดจน นโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยว ส่งผลให้การคมนาคม การขนส่ง และการติดต่อสื่อสารมีความสะดวกรวดเร็วเสมือนโลก ไร้พรมแดน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลให้การเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบกับประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม อันมีผลต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนบริเวณชายแดน ทั้งนี้ในแต่ละแนวชายแดนมีความแตกต่างกันทางด้านสภาพภูมิศาสตร์ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านขนบธรรมเนียมประเพณีและภาษา กอปรกับบริเวณแนวชายแดนไทย ประกอบด้วยหลายกลุ่มทั้งคนไทย กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ผู้หนีภัยจากการสู้รบ แรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย แรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้าเมือง รวมทั้งครอบครัวและผู้ติดตาม ประกอบกับนโยบายการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งคาดว่าจะมีการเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของประชากรไทยในพื้นที่ชายแดนที่แตกต่างกัน

สถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพบริเวณชายแดนที่สำคัญ ได้แก่

๑. ความสัมพันธ์ของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นในประเทศใดประเทศหนึ่ง โดยเฉพาะประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ย่อมมีผลกระทบต่อประเทศไทยทุกด้าน ตั้งแต่ด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ที่สำคัญ คือ ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ รัฐบาลจึงมีนโยบายส่งเสริม การค้าชายแดน การเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคมและการท่องเที่ยว เพื่อแก้ปัญหาความแตกต่างของระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างประเทศ ส่งผลให้บริเวณแนวชายแดนมีการเคลื่อนย้ายของประชากร ในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก และยังเป็นช่องทาง เข้า-ออกของแรงงานข้ามชาติ จากบริเวณชายแดนไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ ชายแดนไทย-พม่า ไทย-ลาว ไทย-กัมพูชา และไทยมาเลเซีย อันส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของประชากรไทยในพื้นที่ชายแดน

๒. ปัญหาสาธารณสุขชายแดนมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้านมีความเกี่ยวพัน / เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ เนื่องจากบริเวณชายแดนมีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ความเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี การดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพังย่อมไม่ประสบความสำเร็จ ปัญหาสาธารณสุขชายแดนบางปัญหาเป็นผลพวงมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี อาชญากรรม และการพัฒนาต่างๆ ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน จำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ดำเนินกิจกรรมร่วมกันจากความแตกต่างด้านการเมือง การปกครอง และนโยบาย ของแต่ละประเทศเพื่อนบ้านและความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรบริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๓. ปัญหาสาธารณสุขชายแดน สภาพปัญหาสาธารณสุขแต่ละแนวชายแดนมีความแตกต่างกัน ดังนี้

๓.๑ ปัญหาโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี โรคอุจจาระร่วง โรคซาร์ส ไข้หวัดนก

๓.๒ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว พบว่า อัตราตายมารดาและทารกยังสูงกว่า เป้าหมายของประเทศ รวมทั้งค่านิยมและการเข้าไม่ถึงการรับบริการการวางแผนครอบครัว ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเกิดของเด็กสูง

๓.๓ การไหลทะลักของสินค้าทำลายสุขภาพ เมื่อเปิดอาเซียน เช่น เหล้า สุรา ฯลฯ อาหารและยาที่ไม่ได้มาตรฐานเข้ามามาก การลักลอบนำเข้า-ส่งออก อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมาย

๓.๔ ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความครอบคลุมเฉพาะการให้บริการสุขภาพเฉพาะคนที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ส่งผลให้ชนกลุ่มน้อยกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ และแรงงานข้ามชาติ ที่ผิดกฎหมายเข้าไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ เป็นรังโรค

๓.๕ ประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพ ทำให้ประชาชนตามแนวชายแดนจากประเทศ เพื่อนเข้ามาแสวงหาบริการตรวจรักษาโรคในประเทศไทย การเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติ มีผลโดยตรงกับความสามารถในการรองรับของระบบบริการสุขภาพ อัตราการครองเตียงของแรงงาน ข้ามชาติเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก (ชายแดน เขตอุตสาหกรรม) ภาระค่ารักษาพยาบาล และการสื่อสารที่มีปัญหา

๓.๖ ปัญหาแรงงานข้ามชาติเนื่องจากบริเวณแนวชายแดนเป็นช่องทางเข้า-ออก ของแรงงานข้ามชาติและเป็นเมืองเศรษฐกิจ ซึ่งแรงงานดังกล่าวมีการอพยพเคลื่อนย้ายตลอดเวลา และได้มีการกระจาย ของแรงงานข้ามชาติไปทั่วประเทศตามความต้องการของแรงงานราคาถูก และตามจังหวัดใหญ่ นอกจากนี้จำนวนผู้หนีภัยการสู้รบเพิ่มมากขึ้น มีการลักลอบออกนอกพื้นที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวอยู่เสมอ และในพื้นที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวยังเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรค

๓.๗ ปัญหาระบบการรายงานและบริหารจัดการข้อมูลเกี่ยวกับโรค ในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ทำให้ขาดข้อมูลในการวางแผนและควบคุมป้องกันโรค

๓.๘ ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ ปัญหาความไม่สงบใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ทำให้ระบบบริการสาธารณสุข ดำเนินงานอย่างยากลำบาก ปัญหาชนกลุ่มน้อยและผู้หลบหนีเข้าเมือง ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการค้ามนุษย์ ซึ่งท้ายที่สุดแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุข

๓.๙ ปัญหาการติดตามการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง โรคบางชนิดจำเป็นต้องรักษาหรือติดตามการรักษา เป็นระยะเวลานาน จึงจะบอกว่าหายขาด เช่น วัณโรค ที่ต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน หรือมาลาเรีย ต้องมาตรวจเลือดหลายครั้ง จึงจะทราบว่าหายขาดแน่ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษาตัวหรือติดตามการรักษาจะทำให้รักษาไม่หายขาด หรือเกิดเชื้อดื้อยาตามมาได้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ (กลุ่มพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ชายแดนไทย-ลาว

เป็นพรมแดนระหว่างประเทศ กั้นระหว่างไทยและลาว พรมแดนมีความยาวประมาณ 1,810 กิโลเมตร (1,120 ไมล์) ถึง 1,845 กิโลเมตร (1,146 ไมล์) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งทอดยาวไปตามแม่น้ำโขง และลากจากสามเหลี่ยมทองคำติดกับพม่าทางตอนเหนือไปยังจุดสามเหลี่ยมมรกตติดกับกัมพูชาทางตอนใต้ แยกเป็นเขตแดนตามสันปันน้ำ 702 กิโลเมตร กับร่องน้ำลึกอีก 1,108 กิโลเมตร

เขตแดนบริเวณนี้เป็นผลจากการปักปันเขตแดนตามอนุสัญญา สยาม-ฝรั่งเศส ฉบับลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 1904 ความตกลงสยาม-ฝรั่งเศส ฉบับลงวันที่ 29 มิถุนายน ค.ศ. 1904 สนธิสัญญาสยาม-ฝรั่งเศส ฉบับลงวันที่ 23 มีนาคม ค.ศ. 1907 และพิธีสารแนบท้าย โดยมีการจัดทำแผนที่แสดงเส้นเขตแดนไว้คือแผนที่ 11 ระบุว่าซึ่งจัดทำขึ้นตามอนุสัญญาฉบับปี ค.ศ. 1904 (ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่แสดงเส้นเขตแดนไทย-กัมพูชา) สำหรับส่วนที่เป็นแม่น้ำโขง เป็นไปตามอนุสัญญาสยาม-ฝรั่งเศส ฉบับลงวันที่ 25 สิงหาคม ค.ศ. 1926 โดยมีการจัดทำแผนที่แสดงเส้นเขตแดนในแม่น้ำโขงไว้เช่นกัน จังหวัดชายแดนไทยที่มีพื้นที่ติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้แก่ จังหวัดเชียงราย พะเยา น่าน อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เลย หนองคาย บึงกาฬ นครพนม มุกดาหาร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี (กรมสนธิสัญญาและกฎหมาย, 2566)

2.3 ระบบบริการสาธารณสุขของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (เวหา เกษมสุข, 2559)

การบริการระบบบริการสาธารณสุขของ สปป.ลาว มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ยากของประชาชน โดยการสร้างความเข้มแข็ง ทางบริการให้แก่ประชาชน และระดมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้การบริการมีความเหมาะสม สะดวก มีคุณภาพ มีการบริการที่เที่ยงธรรม ส่งเสริมให้ ชุมชน ครอบครัว และบุคคล มีความเข้าใจในการดูแลตนเอง ครอบครัวประชาชนที่อยู่ห่างไกล ตลอดจนพวกรุ่นเก่าและคนทุกข์ยาก มีการเร่งรัด พัฒนาเรื่องคุณภาพ ไม่เน้นปริมาณ มุ่งการบริหารงานที่ดี กระตุ้นให้ประชาชนสนใจในการ ดูแลสุขภาพของตนเองให้มากที่สุด ทั้งนี้ยังมีการประสานงานระหว่างอำเภอ จังหวัด และประเทศ โดยจัดสรรเงินทุนสนับสนุน ในการพัฒนาบุคลากร ทางด้านสาธารณสุขให้ได้รับการฝึกอบรม โดยเฉพาะวิชาชีพการพยาบาล และปรับปรุงระบบ บริการด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ มีการควบคุม โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ มีการพัฒนา Primary Health Care (PHC) จัดสรรให้ทุกบ้านมีอาสาสมัคร ประจำบ้าน ส่งเสริมให้โรงพยาบาลในเมืองหลวง เป็นโรงพยาบาลศูนย์กลางที่ต้องให้ความช่วยเหลือ แก่โรงพยาบาลในจังหวัดอื่นได้ มีการปรับปรุงเรื่องยาและการจัดหาให้แก่สถานอนามัย ให้ความเสมอภาคในการบริการ เช่น ให้ความรู้แก่สามีที่พาภรรยาไปฝากครรภ์ เพื่อให้สามีช่วยดูแลภรรยา หรือหญิงที่อยู่ห่างไกลความเจริญ หรือในชนเผ่า ต่างๆ โดยต้องได้รับการบริการเหมือนกับหญิงที่อยู่ในเขตเมือง และลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลให้น้อยลง

ประเภทของระบบบริการสาธารณสุข ของ สปป.ลาว แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ระบบบริการระดับปฐมภูมิ มีสุขศาลา (สถานอนามัย/รพ.สต.) เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิของ สปป.ลาว เมื่อชาวบ้านเกิดการเจ็บป่วย เล็กน้อยจะไปใช้บริการที่สุขศาลา โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หญิงที่มาทำคลอด จะได้รับการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนประชาชนทั่วไปขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจของครอบครัว ถ้าครอบครัวใดมีฐานะยากจนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่ต้องได้รับการยืนยันจากหัวหน้าหมู่บ้าน ถ้าครอบครัวใดมีฐานะปานกลางถึงร่ำรวยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ในเรื่องการบริหารงานสุขศาลา ตำแหน่งผู้บริหาร ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน โดยผู้ที่มีประสบการณ์มากทำหน้าที่เป็นผู้บริหาร โดยมีรายละเอียดดังนี้

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย ประกอบด้วย ท่านหมอ (แพทย์) หมอแหว่ (ทันตแพทย์) พยาบาล ผดุงครรภ์ชุมชน นักสาธารณสุข (บางแห่งมีเพียงคนใดคนหนึ่ง) ประเภทของสถานอนามัยของ สปป.ลาว แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. สถานอนามัยชนิด A หรือ ก ประกอบด้วยบุคลากร 7 คน ได้แก่

- ท่านหมอ (แพทย์)/ พยาบาลชั้นสูง
- พยาบาลชั้นต้น
- ผดุงครรภ์
- นักวิเคราะห์
- หมอแหว่ (ทันตแพทย์)
- การยา (เภสัชกร)
- พยาบาลหรือพยาบาลผดุงครรภ์คนใดคนหนึ่ง

2. สถานอนามัยชนิด B หรือ ข ประกอบด้วยบุคลากร 5 คน ได้แก่

- ท่านหมอ (แพทย์)/ พยาบาลชั้นสูง
- พยาบาลชั้นต้น
- ผดุงครรภ์
- การยา (เภสัชกร)
- พยาบาล/พยาบาลผดุงครรภ์คนใดคนหนึ่ง

การให้บริการของสุขศาลาของ สปป.ลาว พบปัญหาปริมาณยาไม่เพียงพอ แต่มีสั้ววัคซีน (การให้วัคซีน) กับเด็กสามารถให้บริการครบตาม เกณฑ์อายุ ในระบบบริการระดับปฐมภูมิ มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครอาสาสมัครหมู่บ้าน (อ.ส.บ.) โดยมีการอบรม อ.ส.บ. เพื่อให้สามารถวัดสัญญาณชีพ วินิจฉัยโรคเบื้องต้น ตรวจสุขภาพ อนามัยปากและฟัน แนะนำการใช้ยาที่เหมาะสม ทำคลอด หากเจ็บป่วยมากประชาชนจะไปใช้ บริการที่โงมหมอในเมือง เป็นการพัฒนาศักยภาพ และความสามารถของ อสบ. ตามปัญหาและความต้องการของ อสบ. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี (เวหา เกษม สุข และรักชนก คชไกร, 2558)

2) ระบบบริการระดับทุติยภูมิ โงมหมอชุมชน เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนในแขวงเมืองและรอบนอก ภายใต้การขึ้นนำของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญ ได้แก่ ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ดูแลสุขศาลา ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้สุขศึกษา แก่ประชาชนในเรื่องของโรค เช่น โรคไข้เลือดออก โรควัณโรค โรคท้องร่วง การฝากครรภ์ การให้วัคซีนเด็ก และการประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก เป็นต้น ตลอดจนรับผิดชอบดูแลโงมหมอชุมชน ของเมืองในการให้การรักษา (ปีนปัว) แก่ผู้ป่วย พื้นฟูสภาพ

3) ระบบบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ โงมหมอแขวงเมือง เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนในแขวงเมืองและรอบนอก ภายใต้การขึ้นนำของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญได้แก่ ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนและดูแล โงมหมอแขวงเมือง สุขศาลา ให้การรักษา (ปีนปัว) แก่ผู้ป่วย พื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ สปป.ลาว ระบบบริการระดับตติยภูมิระดับสูงเป็นโรงพยาบาลส่วนกลางที่ เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์ และความรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาล และนักศึกษา ในหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ โรงพยาบาล

ทั้งหมด 5 แห่ง ตั้งอยู่ในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่แตกต่างกัน มีรายละเอียดดังนี้

1) โงมโฮมเสดถาতিরาด (โรงพยาบาลเซษฐาธิราช) วิทยาเขตดอนกลอย เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเป็นโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ก่อตั้งในปี ค.ศ.2000 โดยได้งบประมาณและการสนับสนุนการก่อสร้างจากรัฐบาลญี่ปุ่น ลักษณะโรงพยาบาลเป็นรูปแบบญี่ปุ่น ในบริเวณพื้นที่ของโรงพยาบาลแบ่งเป็นส่วนของรัฐบาล และส่วนของโรงพยาบาลเอกชน บุคลากรที่ทำงานในภาคเอกชนเป็นแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลเสดถาতিরาดที่มีเวลารว่างจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเสดถาতিরาด โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่เวร 24 ชั่วโมง ยกเว้นห้องฉุกเฉินอยู่เวร 12 ชั่วโมง นอกจากนี้โงมโฮมเสดถาতিরาดยังเป็นโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะเรื่องต่อมไร้ท่อ และโรคมะเร็ง (มะเร็ง) ที่ทำการฝึกอบรมบุคลากรให้ แขวงเมืองต่าง ๆ โดยรับผิดชอบ 3 แขวง ได้แก่ แขวงอุดมไซ แขวงทองน้ำทา และแขวงพงสาลี

2) โงมโฮม มโหสถ (โรงพยาบาลมโหสถ) เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เริ่มก่อตั้งในปี ค.ศ.1910 ลักษณะโรงพยาบาลเป็น รูปแบบ ฝรั่งเศส ที่ให้บริการแบบตติยภูมิ โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น CT scan และ mammogram เป็นต้น และเป็นศูนย์รวมในการฝึกปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล ที่มาจากต่างเมือง การปฏิบัติงานของพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน (ชั้นเวร) นาน 24 ชั่วโมง กรณีพยาบาล ห้องผ่าตัดและห้องฉุกเฉินอยู่เวร 8 ชั่วโมง หรือ 12 ชั่วโมง โรงพยาบาลมโหสถนั้น มีความเชี่ยวชาญ ด้านการผ่าตัดช่องท้องและลำไส้ สภพโดยรวมของหอผู้ป่วย มีการแบ่งสัดส่วนระหว่างหอผู้ป่วย ชาย-หญิงอย่างชัดเจน เตียงนอนของผู้ป่วยจะมีผ้าปูเตียงให้ ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ญาติ ผู้ป่วยต้องนำผ้าปูเตียงมาเอง ทางโรงพยาบาลไม่มีการจัดอาหารมื้อต่างๆ ให้รับประทาน เนื่องจากเป็นกฎของกระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่ให้โรงพยาบาลจัดอาหารสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลจะสามารถให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการ ควบคุมรสชาติและปริมาณอาหารของผู้ป่วยได้ โรงพยาบาลมีการปรับปรุงระบบวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดอบรมทั้งภายในและภายนอกประเทศ มีการส่งตัวแทนแพทย์ เกสเซอร์ และพยาบาล ไปอบรมพร้อมกัน เพื่อให้ทุกสาขาวิชาชีพ มีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานทางการพยาบาล และสามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้

3) โงมโฮมแม่และเด็ก (โรงพยาบาลแม่ และเด็กแดง) สร้างเมื่อปี ค.ศ. 1994 ปัจจุบันประชาชนเรียกโรงพยาบาลแม่และเด็กแดง เนื่องจากสปป.ลาว ได้รับความช่วยเหลือจากประเทศเกาหลี ใต้ในการสร้างโรงพยาบาลเด็ก โดยแยกส่วน ออกไปเมื่อปี ค.ศ. 2011 โรงพยาบาลแห่งนี้ให้บริการผู้มารับบริการสตรีตั้งครรภ์จนคลอดบุตร และดูแลเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 1 เดือน พนักงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง แบ่งพนักงานเป็นสองส่วน คือ พนักงานประจำได้รับเงินเดือนจากรัฐ และอาสาสมัครซึ่งมาจากการฝึกงานของนักศึกษา แพทย์และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ เช่น ระหว่างรอบรรจุเข้าปฏิบัติงาน เพื่อให้โอกาสในการแสดงศักยภาพให้ผู้ร่วมงานเห็นว่ามีความตั้งใจจริง จึงจะได้รับการบรรจุเข้าทำงานการบริการ โดยมีสายงานแขนงหลัก คือ แผนกออกลูกพยาธิหญิง (คลอด) หรือแผนกประสูติแผนกเด็กแดง (เด็กแรกเกิด) แผนกผู้ป่วยนอกแผนกสีก (ฉีด) วัคซีน แผนกวางยาสลบ แผนกห้องวิเคราะห์ แผนกห้องส่องแสง (รังสี) และแผนกให้บริการอื่นๆ เช่น การเงิน เป็นต้น พยาบาลอยู่เวรละ 24 ชั่วโมง จำนวนพยาบาลเวรละ 5 คน

4) โฮงหมอมิตตะพาบ (โรงพยาบาลมิตตะพาบ) เป็นโรงพยาบาลลักษณะแบบรัสเซีย (สหภาพโซเวียต) เนื่องจากการก่อตั้งโรงพยาบาลนั้น ได้รับการสนับสนุนจากรัสเซียเดิมชื่อ โฮงหมอมิตรภาพลาวโซเวียต ภายหลังจากที่สหภาพโซเวียตล่มสลายในปี ค.ศ. 1990 จึงเปลี่ยนชื่อโรงพยาบาลเป็นโฮงหมอมิตตะพาบ (มิตรภาพ) ซึ่ง เป็นโรงพยาบาลขนาด 150 เตียง เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และเป็นโรงพยาบาลศูนย์กลางที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมีความเชี่ยวชาญเรื่องอุบัติเหตุ การผ่าตัดกระดูกและสมอง (ศูนย์กลางการผ่าตัดสมองและระบบประสาทแห่งเดียวในประเทศ) ไตเทียม เส้นเลือดหัวใจ และเป็นศูนย์มะเร็ง มีพยาบาลอยู่เวรละ 1 คน เวรละ 24 ชั่วโมง

5) โฮงหมอเด็ก (โรงพยาบาลแม่และเด็ก) เป็นโรงพยาบาลที่แยกออกมาจากโรงพยาบาลแม่และเด็กแดง ได้รับการสนับสนุนการจัดตั้งโรงพยาบาล จากประเทศเกาหลีใต้ ประกอบด้วย 4 แผนก คือแผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และแผนก ICU โดยโฮงหมอเด็กเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งที่ 5 ของ สปป.ลาว สามารถ รองรับผู้ป่วยเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี

2.4 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพชุมชนชายแดน

ระบบบริการสุขภาพชายแดนและงานสาธารณสุขชายแดนมีมุมมองที่กว้างต่อนิยามสุขภาพ โดยมีมุมมองว่าสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานและไม่ได้นิยามสุขภาพแค่การไม่มีโรคหรือปราศจากความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น หากให้ความสำคัญต่อความรู้ ท้องถิ่นที่ให้ความหมายต่อสุขภาพและปฏิบัติการที่มีต่อปัญหาโรคภัยไข้เจ็บของผู้ป่วยตามแนวชายแดนในชีวิตประจำวัน ประเด็นสิทธิมนุษยชนด้าน การรักษาพยาบาล การนิยามอัตลักษณ์ทางสังคมของกลุ่มชาติพันธุ์ตามแนวชายแดนผ่านการใช้บริการทาง การแพทย์ และการเดินทางในลักษณะท่องเที่ยวเพื่อใช้บริการสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ของอีก 11 ประเทศ เพื่อการเปลี่ยนผ่านตัวตนใหม่ ตัวอย่างเช่น การเดินทางในลักษณะท่องเที่ยวเพื่อศัลยกรรมตกแต่งในประเทศที่ค่าบริการทางการแพทย์มีราคาถูก (Sargent and Larchanche 2011) นอกจากนั้น งานศึกษาเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพชายแดนมีมุมมองต่อชายแดนหรือพรมแดน (border) ระหว่างประเทศ เป็นทั้งโครงสร้างในเชิงภูมิศาสตร์และโครงสร้างทางจิตสำนึกการรับรู้ของผู้คนที่ท้องถิ่นตามแนวชายแดน (metal constructs) (Fassin 2011) ดังนั้น คำว่าชายแดนหรือพรมแดนระหว่างประเทศในการรับรู้ของผู้คนท้องถิ่น มีนิยามที่ลื่นไหลมากกว่าการเป็นแค่พื้นที่ทางกายภาพภูมิศาสตร์ หากพรมแดนระหว่างประเทศเป็นผลผลิตของความขัดแย้งทางการเมืองและอิทธิพลจากทุนนิยมโลกาภิวัตน์ ซึ่งในอีกด้านหนึ่งส่งผลให้นิยามและปฏิบัติการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของงาน สุขภาพชายแดนมีมิติที่กว้างขวางกว่าแค่การควบคุมป้องกันโรคติดต่อหรือโรคระบาดตามแนวชายแดน นอกจากนี้ ไมเคิลเพียร์สัน (Michael Pearson) อธิบายว่าการเชื่อมโยงและการแลกเปลี่ยนทางการแพทย์ (medical connection and exchange) ระหว่างผู้คนในประเทศต่างๆ มีมาตลอดประวัติศาสตร์มนุษยชาติ อย่างไรก็ตาม ตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมา กระบวนการโลกาภิวัตน์ส่งอิทธิพลต่อการเพิ่มจำนวนของประชากรที่อพยพข้ามพรมแดนระหว่างประเทศเพื่อแสวงหาบริการสุขภาพ ดังนั้น จึงไม่เพียงแต่การเดินทางหรืออพยพข้ามประเทศเพื่อใช้บริการทางการแพทย์ที่ประเทศเพื่อนบ้านจะทวีจำนวนมา

ขึ้น อย่างรวดเร็ว แต่รวมทั้งนำมาสู่ความท้าทายใหม่ๆ ในการที่เราจะเข้าใจปรากฏการณ์นี้ การออกแบบแผนงานพัฒนา ด้านการสาธารณสุขชายแดน และประเด็นสิทธิสุขภาพของผู้ป่วยที่เดินทางข้ามพรมแดนประเทศ

2.5 นโยบายสุขภาพและแผนยุทธศาสตร์ชายแดน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายผ่านแผนแม่บท แผนที่ 1 เริ่มปี 2550 คือ แผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนาทางสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2550-2554 และในปี 2555 ปรับตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเป็นแผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนาทางสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-2559 และ มียุทธศาสตร์ชายแดน (F25) เป็นกรอบการทำงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนในพื้นที่ 31 จังหวัดในปี 2559 ประกอบด้วย Friend สร้างความเป็นมิตร Share (การแลกเปลี่ยน) Strong (ระบบจัดการที่มีศักยภาพ) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) แผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนาทางสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2550-2554 มุ่งเน้นให้ชุมชนพื้นที่ชายแดนมีระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ประชากรเข้าถึงบริการได้ทั่วถึง มีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคต่างๆ และการประสานงานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน

2) แผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนาทางสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-2559 มีวิสัยทัศน์ ประชากรในพื้นที่ชายแดนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ 1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมีกลยุทธ์พัฒนาสถานบริการให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระบบบริการที่เป็นมิตร พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร พัฒนาระบบเสริมสร้างสุขภาพทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน พัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนและข้ามเขตแดน 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีกลยุทธ์ส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว พัฒนาระบบประกันสุขภาพเพื่อรองรับกลุ่มประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้มีความครอบคลุมและทั่วถึง 3) ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยสร้างเครือข่ายและกลไกความร่วมมือความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยสร้างเครือข่ายและกลไกความร่วมมือระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาชน องค์กรเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศในพื้นที่ชายแดน สนับสนุนให้ชุมชน และองค์กรภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนระดับชุมชน พัฒนาศักยภาพเครือข่ายภาคประชาชนในการจัดระบบเตือนภัย และเฝ้าระวังโรคที่เป็นภัยคุกคามในพื้นที่ชายแดน และประสานงานด้านสุขภาพชายแดนกับองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ และ 4) การบริหารจัดการ

3) แผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนาทางสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 3 พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (๑) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน (๒) ยุทธศาสตร์การเพิ่มศักยภาพการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (๓) ยุทธศาสตร์การจัดการสุขภาพประชากรในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ (๔) ยุทธศาสตร์การพัฒนาความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายความร่วมมือภายในและระหว่างประเทศด้าน

สาธารณสุขชายแดน (๕) ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการงานสาธารณสุขชายแดน นอกจากนี้งานสาธารณสุขชายแดนยังเป็น ๑ ใน ๔ ประเด็นของแผนปฏิบัติการการสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษแห่งชาติ

ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๕) ที่เน้นการบูรณาการหน่วยงานทุกภาคส่วนเพื่อร่วมแก้ปัญหาสาธารณสุขชายแดนแม้ว่าแผนปฏิบัติการสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษแห่งชาติฯ มีมติเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้วก็ตามแต่ในทางปฏิบัติหน่วยงานไม่ได้รับงบประมาณเพิ่มเติมจากแผนแต่อย่างใด การขับเคลื่อนใช้งบประมาณในกรอบวงเงินของหน่วยราชการตามปกติ จึงไม่สามารถขับเคลื่อนให้บรรลุผลตามเป้าหมาย ตัวชี้วัดได้

4) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายในประเด็น การจัดระบบบริการในเขตเศรษฐกิจพิเศษดังนี้ ระบบบริการสุขภาพและด้านสาธารณสุข (ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ 23 แห่ง และด้านอาหารและยา 15 แห่ง) มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและศักยภาพความพร้อม ให้สามารถรองรับ การจัดการปัญหาสุขภาพในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดชายแดนที่รองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีการพัฒนาศักยภาพและความพร้อม ให้สามารถรองรับการจัดการปัญหาสุขภาพ ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเอดส์และวัณโรคข้ามแดน สำหรับประชากรข้ามชาติในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีการพัฒนารูปแบบและจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมให้แรงงานทั้งคนไทยและต่างด้าวใน 10 จังหวัด จำนวน 5 แห่ง นำร่องมีคลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว 1 ต้นแบบ มีระบบและเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพ มีระบบการประกันสุขภาพและการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพเพื่อรองรับการดำเนินงานใน จังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ชายแดน พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งมุ่งเน้นการบูรณาการแผนงานที่สำคัญร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายต่างๆ ให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับสถานการณ์ตามแนวชายแดนที่ความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ชายแดนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและสามารถเข้ารับบริการได้อย่างทั่วถึง รวมไปถึงการยกระดับการให้บริการทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและความเข้มแข็งและยั่งยืนซึ่งนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าประสงค์ และตัวชี้วัด ออกมาได้ อย่างชัดเจน ดังนี้

วิสัยทัศน์

“ประชาชนในพื้นที่ชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยมุ่งหวังให้ประชาชนทั้งคนไทยและชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานหรือมาพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนนั้น ได้รับการบริการทางด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

พันธกิจ

“สร้างเสริมและพัฒนาระบบสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน” ทั้งในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน รวมไปถึงการให้บริการทางด้านสาธารณสุขเฉพาะด้าน โดยการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการทั้งทรัพยากรทางด้านกำลังของคนหรือเจ้าหน้าที่ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข การพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านสุขภาพโดยสามารถสนับสนุนการการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชายแดนได้อย่างเหมาะสม

เป้าประสงค์

1. ประชาชนในพื้นที่ได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขและการดูแลอย่างทั่วถึง
2. พื้นที่ชายแดนมีการจัดการระบบสาธารณสุขอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน
3. สถานบริการสาธารณสุขมีคุณภาพ มีมาตรฐานและเป็นมิตร (Friendly Hospital)

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์

1. ร้อยละของประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและมีการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ
2. ร้อยละของอำเภอที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ที่ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ที่เข้มแข็ง
3. ร้อยละของสถานบริการทางด้านสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานและมีการบริการที่เป็นมิตร

5) แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ยุทธศาสตร์การเพิ่มศักยภาพการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีความมุ่งหวังให้มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ที่มีการดำเนินการอยู่ตลอดแนวชายแดน และได้รับการพัฒนาให้มีความเข้มแข็งและประยุกต์ให้เข้ากับสภาพบริบทของพื้นที่ โดยให้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานสากลและแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์, ตัวชี้วัด และกลยุทธ์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้จังหวัดชายแดนมีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพอย่างครอบคลุม

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของจังหวัดชายแดนมีระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ
2. ร้อยละของผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพตามแนวชายแดนที่ได้รับการตรวจได้คุณภาพและมาตรฐาน

กลยุทธ์

1. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ชายแดน และช่องทางการ

เข้าออกของประเทศ รวมถึงระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและภัยสุขภาพ

2. พัฒนาระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแนวชายแดน

3. สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกฎหมายระหว่างประเทศและวาระความมั่นคงทางด้านสุขภาพโลก

6) ยุทธศาสตร์ชายแดน (FSS) ปี พ.ศ. 2559

โดยยุทธศาสตร์ชายแดนนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานของงานสาธารณสุขชายแดนในพื้นที่ 31 จังหวัดชายแดน ในปี พ.ศ. 2559 และเพื่อเป็นการสนับสนุนแผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555-2559 ซึ่งสามารถสรุปออกเป็น 3 ประเด็นยุทธศาสตร์หลักๆ ได้ดังนี้

1) Friend (ประเด็นยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นมิตร)

1.1) การสร้างเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน โดยได้มีการกำหนดมีกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่ การสร้างเครือข่ายเพื่อประสานงานทางด้านสุขภาพระหว่างประเทศ, การจัดทำข้อตกลงร่วมกันในระดับของพื้นที่ระหว่างชายแดนทั้งสองประเทศ หรือ การมีช่องทางในการติดต่อสื่อสารทางด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

1.2) มีระบบส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ชายแดน โดยได้มีการกำหนดมีกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่ การพัฒนาระบบและการซ่อมแผนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างชายแดน, การจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและสร้างช่องทางการส่งข้อมูล และการจัดให้มีระบบติดตามผู้ป่วย เป็นต้น

1.3) การเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากรทั้งสองฝั่งชายแดน โดยได้มีการกำหนดมีกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่ การส่งเสริมให้เกิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากรทั้งสองฝั่งพื้นที่ชายแดน, การจัดประชุมหรือกิจกรรมร่วมกันของพื้นที่ชายแดนทั้งสองฝั่งอย่างสม่ำเสมอ และมีการเผยแพร่ความรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

2) Share (ประเด็นยุทธศาสตร์การแลกเปลี่ยน)

2.1) การเฝ้าระวังแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยการมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างพื้นที่ชายแดน และช่องทางการเข้าออกของประเทศ, การสร้างภาคีเครือข่าย การพัฒนาช่องทางและพัฒนาระบบการขนส่งข้อมูลเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ของโรคและการแจ้งข่าวการระบาดของโรคตามแนวชายแดน นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นไปถึงภาคส่วนของประชาชนในการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคตามแนวชายแดน

2.2) การสนับสนุนหลักสูตรและเงินทุนในการฝึกอบรม เช่น สนับสนุนหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นแก่แพทย์ และบุคลากรทางสาธารณสุขแก่ประเทศเพื่อนบ้าน, การให้ทุนแก่บุคลากรของประเทศเพื่อนบ้านเพื่อเข้ารับการศึกษต่อในประเทศไทย หรือ การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลแก่ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม เป็นต้น

2.3) การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมไปถึงการสนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรผู้ใช้เครื่องมือ, การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน และการจัดสรรและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

3.) Strong (ระบบการจัดการที่มีศักยภาพ)

3.1) การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โดยมีกลยุทธ์ในการจัดการระบบ เช่น การเพิ่มความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายป้องกันควบคุมโรค, การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง และการมีกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่

3.2) ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพ โดยได้มีการกำหนดมีกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร และระบบรักษาให้มีคุณภาพ, การส่งเสริมการพัฒนาให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ

3.3) ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยได้มีการกำหนดมีกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในเครือข่ายสุขภาพ, ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยต่อสุขภาพ และการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ เป็นต้น

7) แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564

แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างขั้นพื้นฐานระบบสาธารณสุข พัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาระบบการประกันสุขภาพประชากรต่างด้าว[51] ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ภายใต้กระบวนการภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์การเตรียมพร้อมด้านสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (READY) ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ดังนี้

- 1.1) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในสถานบริการและด้านสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ
- 1.2) การเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการบริการสุขภาพที่หลากหลายรูปแบบเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจ พิเศษ
- 1.3) การพัฒนากำลังบุคลากรทางด้านสุขภาพในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ
- 1.4) การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการด้านสุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

2. ยุทธศาสตร์การเพิ่มขีดความสามารถของระบบการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระบบส่งต่อผู้ป่วย การคุ้มครองผู้บริโภคจากทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อตอบโต้ปัญหาสุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (RESPOND) ประกอบด้วย 2 กลยุทธ์ ได้แก่

- 2.1) กลยุทธ์ทางด้านการเพิ่มประสิทธิภาพ ระบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ
- 2.2) กลยุทธ์การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม คุ้มครองผู้บริโภคทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

3. ยุทธศาสตร์การลดความเสี่ยงด้านสาธารณสุข ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (REDUCE RISK) ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ดังนี้

- 3.1) การพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประชากรต่างด้าวในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (Financial Risk)
- 3.2) การสร้างความเข้มแข็งและสร้างความร่วมมือในทุกภาคส่วน ในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

3.3) การพัฒนาระบบด้านการเฝ้าระวังทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (Social Risk)

4. ยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการทางด้านสาธารณสุข ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (RESTRUCTURE) ประกอบด้วย 2 กลยุทธ์ ดังนี้

4.1) การพัฒนาและการผลักดัน ปรับปรุง แก้ไขกฎหมายทางด้านสาธารณสุข และกฎหมายที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ให้เอื้อต่อการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

4.2) การปรับโครงสร้างทางด้านบทบาทและภารกิจของสถานบริการและด้านสาธารณสุข ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

โดยสรุป นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ชายแดน ปี พ.ศ. 2560 - 2564 นั้น ได้พัฒนาจากแผนแม่บทการแก้ปัญหาและการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2550 - 2554 ซึ่งมุ่งหวังให้พื้นที่ชายแดนมีระบบการบริการทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึง มีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนและส่งเสริมการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย และการประสานความร่วมมือกันจากเพื่อนบ้าน และแผนแม่บทการแก้ปัญหาและการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2555 - 2559 โดยมียุทธศาสตร์ทั้งหมด 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน 3) ประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน 4) การบริหารจัดการ นอกเหนือจากนั้นยังได้พัฒนายุทธศาสตร์ชายแดน ปีพ.ศ. 2559 และเพื่อเป็นการสนับสนุนแผนแม่บทในการแก้ไขปัญหา และเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนขึ้นใน 31 จังหวัดชายแดนประเทศไทย โดยทั้งหมดประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การสร้างความเป็นมิตร (Friend) 2) การแลกเปลี่ยน (Share) 3) ระบบการจัดการที่มีคุณภาพ (Strong) นอกจากนี้ยังได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทางด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 ตามนโยบายของรัฐบาล ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อม (Ready) 2) ยุทธศาสตร์การเพิ่มขีดความสามารถ (Response) 3) ยุทธศาสตร์การลดความเสี่ยง (Reduce Risk) 4) ยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนโครงสร้าง (Restructure) โดยทั้งหมดนี้เพื่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ตามแนวชายแดน และเพื่อการพัฒนางานทางด้านสาธารณสุขชายแดนให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ซึ่งกรอบการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ชายแดนทั้งหมดที่ถือเป็นแนวปฏิบัตินี้ ได้นำหลักการของกฎอนามัยโลกระหว่างประเทศมาเป็นกรอบในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขชายแดนระหว่างประเทศ ที่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกถือเป็นข้อกำหนดกลางระหว่างประเทศที่ต้องมีการปฏิบัติร่วมกัน นอกจากนี้กฎอนามัยโลกระหว่างประเทศ มีข้อบัญญัติให้ในแต่ละประเทศสมาชิกจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) เพื่อเป็นทีมที่คอยเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่ไม่ปกติและเพื่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีหลักการทำงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) โดยจะได้กล่าวในระบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดต่อในลำดับต่อไป

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพตามแนวชายแดนของประเทศไทย จากแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2560-2564 ผู้ศึกษาวิจัยได้วิเคราะห์ทิศทางนโยบายและแผนงานยุทธศาสตร์งานสาธารณสุขชายแดนดังกล่าวผู้ศึกษาวิจัยได้มีมุมมองข้อจำกัดในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนเป็นผลมาจากสภาพภูมิศาสตร์ นโยบายด้านการเมืองการปกครอง นโยบายด้านสุขภาพ อันเป็นปัจจัยตัวกำหนดปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญไว้ดังนี้

1. ปัญหาโรคติดต่อที่มีการแพร่ระบาดตามแนวชายแดนประเทศไทย พม่า ลาว กัมพูชาที่ต้องเฝ้าระวัง สามารถจำแนกได้ ดังนี้ โรคติดต่อจากคนสู่คนโดยตรง เช่น วัณโรค โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อนำโดยแมลง เช่น มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้ช้ำงา โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น โรคโปลิโอ โรคคอตีบ โรคติดต่ออุบัติใหม่ และโรคอื่นๆ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคมือ เท้า ปาก โรคเรื้อน โรคอุจจาระร่วง อหิวาตกโรค

2. ปัญหาอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ที่พบว่า มีอัตราการตายมารดาและทารกสูงเกินกว่าเป้าหมายรวมของทั้งประเทศ

3. ปัญหาเรื่องของการนำเข้าสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่ทำลายสุขภาพ และผิดกฎหมายตามแนวชายแดน เช่น การลักลอบนำเข้า สุรา บุหรี่ เวชภัณฑ์ยาที่ทำลายสุขภาพต่างๆ โดยสภาพบริบททั่วไปของพื้นที่พรมแดนซึ่งเป็นจุดที่มีจำนวนประชากรเคลื่อนย้ายเข้าออกและสินค้าเป็นจำนวนมาก

4. ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ที่ไม่ครอบคลุมในประชาชนที่ไม่ใช่สัญชาติไทยชนกลุ่มน้อย และแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย จึงไม่สามารถเข้ารับการรักษายาบาลได้ จึงเป็นเหตุที่ทำให้เชื้อโรคนั้นแพร่ในระบาดในชุมชนได้ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของประชากรทุกกลุ่มที่อยู่บริเวณชายแดน เนื่องจากโครงการการหลักประกันสุขภาพ ณ ปัจจุบัน ครอบคลุมเฉพาะการให้บริการสุขภาพของบุคคลที่มีสัญชาติไทย แรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนและมีประกันสุขภาพและผู้รอพิสูจน์สัญชาติเท่านั้น ส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์บางส่วน แรงงานต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองและผู้ติดตาม ตลอดจนประชาชนที่เป็นแรงงานข้ามชาติประเภทไปกลับทุกวัน ที่ข้ามมา เพื่อรับจ้างและทำงานในพื้นที่ชายแดน ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าการเข้าไม่ถึงระบบบริการสาธารณสุขของประชาชนกลุ่มดังกล่าวที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเอง การป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยทั้งตนเองและผู้ติดตามนั้น เป็นปัญหาเกิดจากภาระค่าใช้จ่าย นอกจากนั้นปัญหาด้านทัศนคติของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการด้านสาธารณสุขจากความแตกต่างของเชื้อชาติ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี และภาษาที่ใช้ในการสื่อสารของประชากรที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดน อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ดังกล่าวด้วย

5. ความไม่ครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกลและระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพสำหรับประชากรในพื้นที่ชายแดน ในการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคระบาด การคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รองรับได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงที่ต้องมีระบบส่งต่อที่มีความพร้อมที่รองรับตามขีดความสามารถและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยไม่เกิดการเสียชีวิตระหว่างทางตลอดจนการให้บริการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้านซึ่งเป็นข้อตกจำกัดด้านหนึ่งที่จะต้องพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างขีดความสามารถในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล

และจำกัดเป็นที่จะต้องให้ความช่วยเหลือพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเทศเพื่อนบ้านให้มีขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพพยาบาลประชาชนในพื้นที่ของตนเองได้

6. ปัญหาด้านความสัมพันธ์ของประเทศเพื่อนบ้าน กรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้นในประเทศใดประเทศหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศไทย มักจะส่งผลกระทบในทุกๆด้าน ตั้งแต่ด้านการเมือง ด้านความมั่นคง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสภาพปัญหาในปัจจุบัน พบว่า ตามแนวชายแดนนั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้รัฐบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมการค้าตามแนวชายแดนและนโยบายและแผนพัฒนายุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ส่งเสริมให้เกิดการค้าและการลงทุน และการเชื่อมโยงเส้นทางการคมนาคมและการท่องเที่ยว เพื่อแก้ไขปัญหาความแตกต่างของระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมระหว่างประเทศ การนี้จึงส่งผลทำให้ตามแนวชายแดนมีการเคลื่อนย้ายของประชากรในแต่ละวันนั้นเป็นจำนวนมาก จึงจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชายแดน [44,45]

7. การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ตามแนวชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน เนื่องจากความแตกต่างของ กฎ ระเบียบ แนวนโยบาย ของพื้นที่ชายแดนตลอดจนนโยบายระดับชาติในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน โดยจำแนกออกเป็นด้านสาธารณสุข การปกครอง ความมั่นคง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการประสานงานและการปฏิบัติ ความร่วมมือทำงานระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ ทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในเชิงนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ตลอดจนวัฒนธรรมองค์กร ความยั่งยืนของแผนงาน โครงการของแต่ละองค์กร และภาษาที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างองค์กร เป็นส่วนหนึ่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาความร่วมมือในระดับพื้นที่ที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดกระบวนการที่สอดคล้องเหมาะสมและเกิดความราบรื่นในการปฏิบัติงาน ประสานงาน และนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ ทำงานร่วมกันมุ่งหวังให้เกิดเป็นรูปแบบภาคีเครือข่ายในการทำงานสาธารณสุขชายแดนในระดับพื้นที่ภายใต้กรอบแนวคิด นโยบายการทำงานในระดับท้องถิ่นเองโดยมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับนโยบายทางด้านสาธารณสุขชายแดนในระดับประเทศด้วย

8. การนำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดนไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ เนื่องจากการขาดแผนงาน โครงสร้างและอัตรากำลัง ระบบสารสนเทศในการสนับสนุนกระบวนการทำงานในระดับพื้นที่ชายแดนเพื่อให้เกิดการทำงานที่ประสานงานความร่วมมือแลกเปลี่ยนทางด้านวิชาการและข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนแลกเปลี่ยนและช่วยเหลือทางด้านเทคนิคในการทำงานร่วมกัน ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องผลักดันให้เกิดนโยบายที่ชัดเจนตั้งแต่ระดับประเทศ กระทรวง กรม ศูนย์เขต จังหวัด อำเภอ ตำบลและพื้นที่ชุมชนชายแดน ให้สอดคล้องกันตลอดจนการสนับสนุนโครงสร้างอัตรากำลังและพัฒนาระบบสารสนเทศ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศ ให้เกิดภาคีเครือข่ายที่สนับสนุนกันมุ่งหวังให้เกิดการทำงานที่ให้ประชาชนในพื้นที่ชายแดน ชนชายขอบและประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดี

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เสถียร ฉันทะ (2555) ศึกษาประเด็นทางด้านสุขภาพชนชายแดนและการปรับตัวระบบสุขภาพภาครัฐ: กรณีศึกษาชนชายแดน(ไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ,คนข้ามแดนบริเวณพรมแดนทางภาคเหนือไทย-ลาว(จังหวัดเชียงราย-แขวงบ่อแก้ว) พบว่า การข้ามแดนมาใช้บริการทางด้านสุขภาพของคนลาว

ข้ามแดนมารับบริการทางด้านสุขภาพในประเทศไทยทำให้หน่วยงานให้บริการสุขภาพภาครัฐได้ปรับตัวโดยได้รับผลกระทบจากการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นและดำเนินงานเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขชายแดน ทำให้มีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพื้นที่ ของคนสองกลุ่ม คือ ประชาชนในพื้นที่อำเภอเวียงแก่น และคนลาวข้ามแดน เป็นการปรับตัวต่อปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการกลุ่มชาติพันธุ์ คนไร้รัฐ คนไร้สัญชาติ โดยได้มีการจ้างล่ามมาเพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาการสื่อสารทางสุขภาพ ตลอดจน 2) การปรับตัวต่อการกักตัวของสถานะบุคคลโดยใช้วิธีการพิสูจน์สัญชาติจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาดำเนินการเพื่อป้องกันการสวมสิทธิ 3) การปรับตัวโดยใช้วิธีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ยากไร้ผ่านการตั้งตู้บริจาค เพื่อนำเงินมาช่วยเหลือผู้ป่วยยากจนและผู้ป่วยไร้สิทธิที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ 4) การสงเคราะห์แบบมีและไม่มีเงื่อนไข เช่น การที่ผู้ป่วยรักษาหายแล้วหรือญาติที่มาเฝ้าผู้ป่วยให้ช่วยทำงานให้โรงพยาบาลหรือลดค่าใช้จ่ายบางส่วนให้ผู้ป่วยช่วยค่าใช้จ่ายบางส่วน หรือหากไม่สามารถจ่ายได้ให้ผู้ป่วยจัดทำหนังสือยอมรับสภาพหนี้ หากเป็นผู้ป่วยชาวลาวก็ให้นำญาติผู้ป่วยมาเซ็นรับรองหรือค้ำประกันในการยอมรับสภาพหนี้ที่เกิดจากการรักษาพยาบาล 5) การปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณโดยใช้วิธีการเกลี่ยงบประมาณ นอกจากนี้ยังได้ให้ข้อเสนอแนะในการลดปัญหาความรุนแรงของปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้คนตามแนวชายแดน โดยมีข้อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินการ ดังนี้

1) สร้างกลไกความร่วมมือข้อตกลงเรื่องสุขภาพระหว่างประเทศในพื้นที่ชายแดนทุกระดับ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นที่เป็นผู้ปฏิบัติมาจนถึงระดับรัฐชาติที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย

2) รัฐส่วนกลางต้องสนับสนุนแผนงาน/โครงการและงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจน อัตรากำลังบุคลากรในการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพในพื้นที่ชายแดน โดยเฉพาะความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันโรคชายแดน

3) กระจายอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากรให้กับหน่วยงานในระดับท้องถิ่น หรือในพื้นที่ที่สามารถนำงบประมาณไปบริหารจัดการเกี่ยวกับสุขภาพให้กับคน ทุกกลุ่มได้ไม่จำกัดว่าต้องเป็นการใช้จ่ายเฉพาะกับคนไทยเท่านั้นซึ่งโรคติดต่อ มิได้ถูกจำกัดอยู่ในเฉพาะพื้นที่และเชื้อชาติแต่หากสามารถเกิดขึ้นกับทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา การดำเนินงานเชิงรุกเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคชายแดนจึงเป็น เรื่องเร่งด่วนและสำคัญ

4) พัฒนาบุคลากรทางสุขภาพร่วมกันกับประเทศเพื่อนบ้านในมิติต่างๆ เพื่อรองรับการเป็นประชาคมอาเซียนในการเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาโรคไร้พรมแดน และประเด็นทางสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนย้ายของผู้คนในภูมิภาค

5) สร้างความเข้มแข็งระหว่างรัฐท้องถิ่นชายแดนในการสร้างทีมงานและกลไกความร่วมมือในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การสร้างเครือข่ายในการควบคุมและป้องกันโรคที่รวดเร็วและเข้มแข็ง

สุทัศน์ ศรีวิสัย (2556) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบของแรงงานข้ามชาติที่มี ต่อระบบสุขภาพและค่าใช้จ่ายของประเทศไทย พบว่าประเทศไทยมีการนำเข้าแรงงานต่างชาติ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่จากการขาดมาตรการรองรับที่ดีและการบังคับใช้ที่เพียงพอทำให้แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาในประเทศไทยก่อปัญหาภายในประเทศหลายด้าน เช่น อาชญากรรม ความมั่นคง สาธารณสุข เป็นต้น จากสถิติพบว่ามีแรงงานข้ามชาติได้รับอนุญาตให้ทำงาน 3,326,461 คน โดยเป็นชาวเมียนมา

ประมาณร้อยละ 70 ในขณะที่มีแรงงานข้ามชาติเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายติดตตามาอีก เป็นจำนวนมาก เป็นภาระค่ารักษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 ไม่ต่ำกว่า 1 พันล้านบาท โดยเฉพาะตามจังหวัดชายแดนแรงงานข้ามชาติเมื่อเจ็บป่วยจะเป็นภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในสังกัดรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ด้วยเหตุเหล่านี้จึงต้องมีการวิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลเพื่อที่จะทราบระดับความรุนแรงของปัญหาและจะได้หาแนวทางในการรับมือกับปัญหาต่อไป เพื่อให้ชีวิตความเป็นอยู่สวัสดิการด้านการสาธารณสุขและอนามัยของประชาชนชาวไทยในเขตเศรษฐกิจพิเศษยังอยู่ในระดับที่ดีไม่ถูกเบียดเบียนจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

จินตนา อาจสันเทียะและสายสมร เฉลยกิตติ (2559) ศึกษาเรื่องประชาคมอาเซียนกับระบบสุขภาพไทย พบว่า ปัญหาบุคลากรด้านสาธารณสุขไม่พร้อมผู้ป่วยประเทศ เพื่อนบ้าน กระทบบริการคนไทยรวมทั้งการเกิดสมองไหล ทรัพยากรการแพทย์จะเคลื่อนไหวและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของไทย สำหรับด้านบวกจากการที่ประเทศไทยจะเป็นศูนย์กลางให้บริการสุขภาพ (Medical Hub) การข้ามไปลงทุน บริการสุขภาพในประเทศ เพื่อนบ้านจะเกิดมากขึ้นการให้บริการทางอิเล็กทรอนิกส์ข้ามชาติ ที่จะมีบทบาทสำคัญต่อธุรกิจการแพทย์ในอนาคต การบริการให้ ค่าปรึกษาสุขภาพทางไกล

อารีรัตน์ โกสสิทธิ์ (2558) ศึกษานโยบายและกฎหมายด้านการรักษาพยาบาลของ แรงงานข้ามชาติ ศึกษาพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่า นโยบายในเรื่องการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ เกิดความไม่ต่อเนื่อง และในปัจจุบันนโยบายมุ่งเน้นทางด้านความมั่นคงของรัฐ (National Security) มากกว่าความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) พื้นที่อำเภอเชียงแสน พบว่า มีแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า คิดเป็นร้อยละ 92, มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 36.74, ส่วนพื้นที่อำเภอเชียงของ มีแรงงานสัญชาติลาวคิดเป็นร้อยละ 74, มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 26.63 โดยแรงงานฯ ใน อ.เชียงของ ร้อยละ 29.62 ทราบนโยบายและกฎหมายของ ประเทศไทยในการประกันสิทธิสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ในขณะที่แรงงานฯ ใน อ.เชียงแสน มีเพียงร้อยละ 9.30 เท่านั้นซึ่งทราบนโยบายด้านนี้

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) การศึกษาสถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวใน 31 จังหวัดชายแดนไทย ปีงบประมาณ 2558 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวมียแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3.9 เท่าจากปี 2556 เมื่อเทียบกับ 2558 โดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประชากรต่างด้าวในจังหวัดชายแดนไทย-เมียนมา สูงที่สุดรองลงมาเป็นชายแดนไทย - สปป.ลาว และจังหวัดที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงสุด 5 อันดับในประเทศ คือ จังหวัดตาก เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน หนองคายและเชียงราย จึงทำให้เกิดผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ ของประชากรต่างด้าว และการเพิ่มภาระการให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมไปถึงภาระทางการเงิน ของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข

อรทัย ศรีทองธรรม (2560) ศึกษาการบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่มีชายแดนติดกับประเทศลาว พม่า และกัมพูชา เมื่อก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558 โดยการศึกษาเชิงสำรวจในโรงพยาบาลชายแดน เก็บข้อมูลแบบผานวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า การเพิ่มของกลุ่มแรงงานข้ามชาติส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนเพิ่มภาระงานบริการสุขภาพ ภาระเงิน การแย่งใช้ทรัพยากรสาธารณสุขที่จำเป็น ความจำกัดสถานที่ให้บริการ เกิดโรคติดต่ออุบัติ

ใหม่อุบัติซ้ำ การเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุขสู่ระบบเอกชน ส่งผลต่อสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

พิษณุรักษ์ กันทวิ (2561) โครงการการพัฒนาระบบจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อชายแดน ในชุมชนชายแดนไทย-ลาว กรณีศึกษาอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านทางเลือกในการดูแลสุขภาพ พบว่าคนลาว ส่วนมากมักเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลของภาครัฐคือ โรงหมอแขวงบ่อแก้ว (37.9%) โรงหมอเมืองห้วยทราย (39.4%) สุขศาลา (39.5%) ด้วยเหตุผลที่ว่าเดินทางสะดวก (82.7%) และค่ารักษาพยาบาลถูก (27.2%) รวมไปถึง สิทธิการรักษาของคนลาวโดยปกติมักใช้สิทธิกองทุนประกันสุขภาพของบ้าน (11.8%) กรณีที่ป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรงก็จะเลือกใช้โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก สำหรับคนไทยเลือกเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ชุมชนเป็นส่วนใหญ่ (48.9%) เพราะว่าเดินทางมาใช้บริการสะดวก (72.1%) และบริการดี รวดเร็ว (34.8%) ด้วย สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ (81.3%) การสะท้อนประเด็นในเรื่องของระบบการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคติดต่อในชุมชนชายแดนนั้น ประชาชนในพื้นที่มีความเข้าใจในเรื่องของระบบการเฝ้าระวังควบคุม โรค และยังมีการลงนามร่วมมือกันในการเฝ้าระวังโรคติดต่อชายแดนและการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน พบความคิดเห็นที่เป็นประเด็นในเรื่องของการข้ามไปมาระหว่างคนทั้งสองฝั่งที่ใช้เป็นเมืองคู่ขนาน ในการ ส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครทั้งสองฝั่ง รวมไปถึงการแจ้งข่าวสาร โดยลักษณะของการข้ามรูปแบบนี้ จะเป็น การข้ามมาจากจุดท่าเรือหรือจุดผ่อนปรนที่มีให้บริการและคนที่ข้ามไปมาส่วนใหญ่ของทั้งสองฝั่งจะมี ความสัมพันธ์ในรูปแบบของการเป็นเครือญาติกัน เพื่อเข้ามารับการรักษาที่อำเภอเชียงของ ประเทศไทย

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในประชาชนในพื้นที่ชายแดน และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน จะเห็นได้ว่าการเพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้มารับบริการล้วนเป็นแรงงานข้ามชาติที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ ทำให้ภาพรวมสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลกลุ่มนี้มีรายจ่ายมากกว่ารายรับ ส่วนโรงพยาบาลซึ่งอยู่ในพื้นที่ติดกับเขตเศรษฐกิจต้องแข่งขันกับสถานบริการสุขภาพเอกชน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการจ่ายสูงมักเลือกใช้สถานบริการสุขภาพเอกชน สถานการณ์ดังกล่าว ก่อให้เกิดความกังวลต่อสถานบริการสุขภาพว่า จะนำมาสู่การแย่งชิงทรัพยากรทางสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด จนในที่สุดอาจส่งผลกระทบต่อประชากรไทยที่อาจต้องจ่ายต้นทุนค่าบริการทางสาธารณสุขที่สูงขึ้น หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานได้ทันต่อเวลาซึ่งทั้งหมดนี้ยังไม่นับรวมผลกระทบด้านบุคลากร เนื่องจากการมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ทำให้บุคลากรต้องทำงานหนัก ส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีเวลาออกหรือย้ายบ่อย การใช้เวลาในการรักษามากกว่าคนไทย ปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับผู้มารับบริการ ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่และความขัดแย้งในระดับผู้ปฏิบัติงานจากการปฏิเสธไม่รับผู้ป่วยต่างด้าวที่ส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น ตลอดจนการไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตกลับไปยังต้นทาง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมการศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับระบบการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ชายแดนและประเทศเพื่อนบ้าน พบว่า การศึกษาสถานการณ์

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวใน 31 จังหวัดชายแดนไทย ปีงบประมาณ 2558 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3.9 เท่าจากปี 2556 เมื่อเทียบกับ 2558 โดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประชากรต่างด้าวในจังหวัดชายแดนไทย-เมียนมา สูงที่สุด รองลงมา เป็นชายแดนไทย-สปป.ลาว และจังหวัดที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงสุด 5 อันดับในประเทศ คือ จังหวัดตาก เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน หนองคายและเชียงราย จึงทำให้เกิดผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ ของประชากรต่างด้าว และการเพิ่มภาระการให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมไปถึงภาระทางการเงิน ของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จะเห็นได้ว่า จากสภาพปัญหาการเข้ามารักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติและการเข้ามารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน มีผลกระทบต่อระบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลของไทย ทั้งมีปัจจัยหลักเกิดจากความยากจน ระบบบริการสุขภาพที่ขาดมาตรฐาน ไม่เพียงพอไม่ครอบคลุม และภาวะทางสังคม ปัญหาการเมืองในประเทศ ผลักดันให้ชาวลาวและชาวเมียนมาเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลของไทย ส่วนปัจจัยดึงดูดเกิดจากการคมนาคมสะดวก หลักสิทธิมนุษยธรรม การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้บริการดี ทันสมัย สภาวะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าและการทะลักหลังไหลมาชายแดน ในฐานะแรงงาน (นิชาธิ์ ใจคำวัง , 2553) จากการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ค้นพบในประเด็นเกี่ยวกับผลการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยลาวในประเทศไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554) พบว่า บริบทด้านพื้นที่มีผลต่อความสามารถในการจ่ายของค่าบริการของผู้ป่วยชาวลาวที่ข้ามแดนมารักษา โดยโรงพยาบาลที่อยู่ติดกับเมืองที่ไม่ใช่เมืองเศรษฐกิจของลาวแต่สามารถเดินทางข้ามมารักษาได้ง่ายนั้น โรงพยาบาลจะมีภาระการเงินค่อนข้างมาก เนื่องจากไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ ขณะที่โรงพยาบาลของไทยที่อยู่ติดกับเมืองเศรษฐกิจของลาวและประชากรมีความสามารถในการจ่าย ต้องแข่งขันกับสถานพยาบาลเอกชนต่างๆ ส่วนโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ต้องรองรับการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งแนวโน้มของการเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทยมีเพิ่มมากขึ้น ด้วยความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของไทย ประกอบกับการพัฒนาโครงสร้างเศรษฐกิจในจังหวัดชายแดนของประเทศลาว ทำให้ประชากรมีความสามารถในการจ่ายมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ในบางจุดเป็นพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจของเมืองคู่ขนานและบางจุดมีความแตกต่างกันในด้านระบบบริการและการเข้าถึงบริการในประเทศ ทำให้การจัดการสุขภาพชายแดนไทย-ลาว ส่วนใหญ่เน้นไปที่การเฝ้าระวังและการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยผ่านด่านควบคุมโรค และมีการศึกษาในหลายงานวิจัย พบว่า มีภาระที่เพิ่มขึ้น การเข้าถึงบริการสุขภาพมีหลายปัจจัยที่ต้องพัฒนาทั้งด้านสมรรถนะบุคลากร ด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ว่าจ้างและแรงงาน จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า การไม่เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง คือ การไม่เห็นความคุ้มค่าทั้งของผู้ว่าจ้างและแรงงาน ระบบขั้นตอนที่ซับซ้อนเป็นภาระต่อผู้ว่าจ้างและแรงงาน เช่น การรายงานเมื่อมีการเปลี่ยนย้ายงานของผู้ประกันตน การเข้ารับบริการที่มีอุปสรรคทั้งการलगานและการเข้าถึงบริการที่มีความไม่เข้าใจในวัฒนธรรมและภาษา (อรทัยและคณะ, 2556) และระบบกลไกในการเข้าสู่ระบบแรงงานที่ดำเนินการของบริษัทจัดหางานและภาคส่วนต่างๆ ในการเคร่งครัดกับเอกสารหลักฐาน กล่าวคือ สามารถได้งานแม้ไม่มีหลักประกัน

สุขภาพใด มีการรับรู้ว่าจะสามารถได้รับการจากภาครัฐแม้ไม่มีระบบประกันสุขภาพใดๆ (กมลาศ สาสี
สุกัญศีล, 2557)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว กรณีศึกษาอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา และเมืองคอบ แขวงไชยบุรี วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (พะเยา-ไชยบุรี) ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยโดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย
- 3.2 พื้นที่การศึกษา
- 3.3 ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย
- 3.4 กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา
- 3.5 กลุ่มตัวอย่าง
- 3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.7 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.10 จริยธรรมในการศึกษาวิจัย

3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

3.2 พื้นที่การศึกษา

หมู่บ้านในพื้นที่ชายแดนไทย-สปป.ลาว เป็นหมู่บ้านหน้าด่านติดต่อชายแดนฝั่งประเทศไทย มีจำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านฮวก หมู่ที่ 3 บ้านห้วยสำน หมู่ที่ 4 และบ้านฮวก หมู่ที่ 12 ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา และฝั่ง สปป.ลาว มีจำนวน 1 หมู่บ้าน คือ บ้านปางมอญ เมืองคอบ แขวงไชยบุรี

3.3 ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2566

3.4 กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

- 1) ตัวแทนครัวเรือน ในหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทย-สปป.ลาว บ้านฮวก หมู่ที่ 3, บ้านห้วยสำน หมู่ที่ 4 และบ้านฮวก หมู่ที่ 12 ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 370 คน
- 2) ตัวแทนครัวเรือน ฝั่ง สปป.ลาว มีจำนวน 1 หมู่บ้าน คือ บ้านปางมอญ เมืองคอบ แขวงไชยบุรี จำนวน 365 คน รวมทั้งหมด 735 คน

3.5 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 1) ตัวแทนครัวเรือนในหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทย-สปป.ลาว หมู่ 3 หมู่ 4 และหมู่ 12 ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 128 คน
- 2) ตัวแทนครัวเรือน ในพื้นที่ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 1 หมู่บ้าน คือ บ้านปางมอญ เมืองคอบ แขวงไชยบุรี จำนวน 125 คน

รวมทั้งหมด 253 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 แสดงการคำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{[(0.05) \times (0.05) (735-1) + (3.841 \times 0.5 \times (1 - 0.5))]}{705.78375}$$

$$n = \frac{1.835 + 0.96025}{1.835 + 0.96025}$$

$$n = 252.5 (253)$$

ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 253 คน

เมื่อกำหนดได้กลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาคิดตามสัดส่วน ของจำนวนครัวเรือน ในแต่ละหมู่บ้าน ด้วยวิธีการคำนวณตามสัดส่วนของประชากร เพื่อการกระจายของกลุ่มเป้าหมายให้มีโอกาสถูกเลือก ใน แต่ละหมู่บ้านอย่างละเท่าๆ กัน ตามสูตรการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{\text{จำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน} \times \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}}{\text{ประชากรที่ใช้ในการศึกษา}}$$

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนหลังคาเรือนและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแยกรายหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
พื้นที่ชายแดนบ้านฮวก ตำบล ภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัด พะเยา ประเทศไทย		
บ้านฮวก หมู่ที่ 3	126	44
บ้านห้วยसान หมู่ที่ 4	108	37
บ้านฮวก หมู่ที่ 12	136	47
รวม	370	128
บ้านปางมอญ เมืองคอบ แขวงไชยบุรี สปป.ลาว	365	125
รวมทั้งหมด	735	253

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

1) กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ประเทศไทย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทย-สปป.ลาว ได้แก่ พื้นที่บ้านฮวก หมู่ที่ 3, บ้านห้วยसान หมู่ที่ 4 และบ้านฮวก หมู่ที่ 12 ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ในหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทย-สปป.ลาว ได้แก่ บ้านฮวก หมู่ที่ 3, บ้านห้วยसान หมู่ที่ 4 และบ้านฮวก หมู่ที่ 12 ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ระยะเวลา 1 ปี ขึ้นไป
3. สามารถพูดหรือสื่อสารภาษาไทยได้ไม่มีความพิการด้านการพูด
4. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถามจนครบถ้วนทั้งหมด
2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย
3. ขอยกจากการวิจัยในระหว่างการทำวิจัย

เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria for the Study) กรณีที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมตอบแบบสอบถามและ/หรือถูกสัมภาษณ์ ไม่สะดวกใจหรือไม่สบายใจ และ/หรือไม่มีความสะดวกในการตอบคำถาม หรือมีผลกระทบกระเทือนทางจิตใจของผู้ตอบแบบสอบถามและ/หรือถูกสัมภาษณ์ ประชากรกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยได้ทุกขณะตลอดกระบวนการศึกษาวิจัย

2) กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว บานปางมอญ เมืองคอบ แขวงไซบุรี
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ในพื้นที่ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว บานปางมอญ เมืองคอบ แขวงไซบุรี ระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป
3. สามารถพูดหรือสื่อสารภาษาลาวได้ไม่มีความพิการด้านการพูด
4. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถามจนครบถ้วนทั้งหมด
2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย
3. ขอยกจากการวิจัยในระหว่างการทำวิจัย

เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria for the Study) กรณีที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมตอบแบบสอบถามและ/หรือถูกสัมภาษณ์ ไม่สะดวกใจหรือไม่สบายใจ และ/หรือไม่มีความสะดวกในการตอบคำถาม หรือมีผลกระทบกระเทือนทางจิตใจของผู้ตอบแบบสอบถามและ/หรือถูกสัมภาษณ์ ประชากรกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยได้ทุกขณะตลอดกระบวนการศึกษาวิจัย

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือแบบสอบถาม

2. นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจพิจารณา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

โดยแบบสอบถามในการวิจัยประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามแบบตรวจคำตอบ (Checklist) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา เชื้อชาติ ชนเผ่า สัญชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ปัจจุบันต่อเดือน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นแบบสอบถามแบบตรวจคำตอบ (Checklist) ประกอบด้วยข้อคำถามประกอบด้วยข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย ทางเลือกในการรักษาพยาบาล สิทธิการรักษาพยาบาล จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 3 การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เป็นแบบสอบถามแบบตรวจคำตอบ (Checklist) จำนวน 18 ข้อ

3.7 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเห็นตรงกัน และปรับแก้ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบกับจุดประสงค์ (The index of item objective congruence: IOC) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ .96

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 21 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ .96

ส่วนที่ 3 การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน จำนวน 18 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ .92

2) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) และทดลองใช้ (Try out) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยในพื้นที่น่าน-ไชยบุรี ได้แก่ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน ประเทศไทย กับ เมืองเงิน แขวงไชยบุรี สปป.ลาว จำนวน 30 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของแบบสอบถามฉบับจริงทั้งหมดแล้ว หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach (1970) เพื่อหาความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามที่จะนำมาใช้ในงานวิจัย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.787

3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในพื้นที่ชายแดนประเทศไทย

1. ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮวก ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮวก เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

3. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮวก เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

4. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ใหญ่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮวก

6. หลังจากได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ตั้งไว้

5. นำข้อมูลที่เก็บแล้วมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูล

การเก็บข้อมูลในพื้นที่ชายแดนสปป.ลาว

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกการสาธารณสุขแขวงไชยบุรี สปป.ลาว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองและผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อเมืองคอบ แขวงไชยบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเมืองคอบ เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

3. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเมืองคอบ เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเมืองคอบ

6. หลังจากได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ตั้งไว้

5. นำข้อมูลที่เก็บแล้วมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูล

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อคัดเลือกแบบสอบถามที่มีคำตอบสมบูรณ์เพื่อนำมาประมวลผล

2. ทำการลงรหัสข้อมูล (Coding) ในแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องแล้วบันทึกข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป
3. ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้แสดงค่าข้อมูลเป็นร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะโดยทั่วไปทางภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอในรูปตารางประกอบการแปลความเชิงบรรยาย

สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) สถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-squared test) และฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) กรณีที่ความถี่คาดหวัง (expected frequency) มีค่าน้อยกว่า 5 มากกว่า ร้อยละ 20 สถิติที่ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีความเป็นอิสระต่อกัน ใช้ independent t-test

3.10 จริยธรรมในการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยยึดหลักเคารพในสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตั้งแต่เริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอผลวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยในมนุษย์โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ EC19179-18 โครงการเลขที่ RDG62A0007/03 เมื่อได้รับการพิจารณาแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว กรณีศึกษาอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยาและเมืองคอบ แขวงไชยบุรี ในครั้งนี้ ได้ผลการวิจัยสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยดังนี้

4.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

4.2 สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

4.2.1 ประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง

4.2.2 วิธีการรักษาเมื่อตนเองหรือคนในครอบครัวเจ็บป่วย

4.2.3 การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรง

4.2.4 สิทธิในการรักษาพยาบาล

4.2.5 การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

4.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ชายแดน ไทย-สปป.ลาว อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยาเมืองคอบ แขวงไชยบุรี สปป.ลาว (N=253)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	อำเภอภูซาง (n=128) จำนวน(ร้อยละ)	เมืองคอบ (n=125) จำนวน(ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	60 (46.9)	67 (53.6)	0.315*
หญิง	68 (53.1)	58 (46.4)	
อายุ(ปี) ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	43.3 $\pm$ 14.8	41.0 $\pm$ 10.7	
<40	45 (35.2)	64 (51.2)	0.011*
≥ 40	83 (64.8)	61 (48.8)	
ศาสนา			
พุทธ	127 (99.2)	107 (85.6)	0.0001 ^b
คริสต์	1 (0.8)	0 (0.0)	
นับถือผี	0 (0.0)	18 (14.4)	
ชนเผ่า			
ไทย	112 (87.5)	0 (0.0)	0.0001 ^b
ขะมู	0 (0.0)	7 (5.6)	
ญวน	0 (0.0)	2 (1.6)	
ม้ง	16 (12.5)	43 (34.4)	
ลาวลุ่ม	0 (0.0)	73 (58.4)	
การศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11 (8.6)	3 (2.4)	0.0001 ^b
ประถมศึกษา	75 (58.6)	3 (2.4)	
มัธยมศึกษา	29 (22.7)	42 (33.6)	
ประกาศนียบัตร	7 (5.5)	44 (35.2)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6 (4.7)	33 (26.4)	
อาชีพ			
ไม่ระบุ	4 (3.1)	9 (7.2)	0.032 ^b
รับจ้างทั่วไป	44 (34.4)	7 (5.6)	
รับราชการ	8 (6.3)	61 (48.8)	
รัฐวิสาหกิจ	0 (0.0)	9 (7.2)	

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	อำเภอกุฉินารายณ์ (n=128) จำนวน(ร้อยละ)	เมืองคอบ (n=125) จำนวน(ร้อยละ)	p-value
คหบดี	6 (4.7)	25 (20.0)	
เกษตรกร	58 (45.3)	0 (0.0)	
นักเรียน นักศึกษา	3 (2.3)	3 (2.4)	
แม่บ้าน	5 (3.9)	11 (8.8)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ^c	15,298±17,872	25,480±5,056	0.0001 ^c
มีเงินพอใช้ และเหลือเก็บ	14 (10.9)	99 (79.2)	0.0001 ^b
มีเงินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ	51 (39.8)	26 (20.8)	
มีเงินไม่พอใช้ แต่ไม่เป้นหนี้	24 (18.8)	0 (0.0)	
มีเงินไม่พอใช้ และเป้นหนี้	39 (30.5)	0 (0.0)	

สถิติที่ใช้ คือ ^achi-squared test, ^bFisher's exact test, ^cindependent t-test

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล อำเภอกุฉินารายณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.1 และเพศชาย ร้อยละ 46.9 มีอายุเฉลี่ย 43.3±14.8 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.2 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.6 ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 45.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,298±17,872 บาท และพบว่า มีเงินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 39.8 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 46.4 และเพศชาย ร้อยละ 53.6 มีอายุเฉลี่ย 41.0±10.7 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 35.2 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 48.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,480±5,056 บาท และพบว่า มีเงินพอใช้ และเหลือเก็บ ร้อยละ 79.2 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ด้านอายุ ศาสนา ขนเผ่าการศึกษา อาชีพ และรายได้ ระหว่างสองพื้นที่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.05)

4.2 สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

4.2.1 ประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (N=253)

ประวัติการเจ็บป่วย	อำเภอกุฉินารายณ์ (n=128) จำนวน(ร้อยละ)	เมืองคอบ (n=125) จำนวน(ร้อยละ)	p-value
การเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่			

ประวัติการเจ็บป่วย	อำเภอภูซาง (n=128) จำนวน(ร้อยละ)	เมืองคอบ (n=125) จำนวน(ร้อยละ)	p-value
ผานมา			
ไม่ป่วย	116 (90.6)	100 (80.0)	0.017 ^a
ป่วย	12 (9.4)	25 (20.0)	
ภาวะสุขภาพ			
สุขภาพดี	123 (96.1)	113 (90.4)	0.082 ^b
สุขภาพไม่ดี	5 (3.9)	12 (9.6)	
เปรียบเทียบสุขภาพกับบุคคลอื่น			
แข็งแรงเหมือนกัน	123 (96.1)	113 (90.4)	0.082 ^b
อ่อนแอกว่า	5 (3.9)	12 (9.6)	
โรคประจำตัว			
ไม่มี	105 (82.0)	109 (87.2)	0.255 ^a
มี	23 (18.0)	16 (12.8)	
สถานพยาบาลที่ไปรักษาเป็นแห่งแรก			
เมื่อเจ็บป่วย ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา			
ไม่ระบุ	5 (3.9)	0 (0.0)	0.0001 ^b
คลินิกหรือสถานพยาบาลเอกชน	6 (4.7)	1 (0.8)	
รพ.ภูซาง	1 (0.8)	0 (0.0)	
รพ.เชียงคำ	33 (25.8)	0 (0.0)	
รพ.พะเยา	7 (5.5)	0 (0.0)	
รพ.สต.หรือสุขศาลา	76 (59.4)	0 (0.0)	
โรงหมอเมืองคอบ	0 (0.0)	124 (99.2)	
เหตุผลที่ไปใช้บริการที่สถานบริการ			
ไม่ระบุ	6 (4.7)	1 (0.8)	0.0001 ^b
เดินทางสะดวก	100 (78.1)	22 (17.6)	
การรักษาพยาบาลถูก	1 (0.8)	27 (21.6)	
เชื่อในความสามารถของแพทย์	6 (4.7)	72 (57.6)	
นายจ้างออกค่ารักษาพยาบาล	1 (0.8)	0 (0.0)	
ให้บริการดีและรวดเร็ว	4 (3.1)	1 (0.8)	
มียาและเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย	4 (3.1)	0 (0.0)	
มีประวัติการรักษา โรคเรื้อรัง	6 (4.7)	2 (1.6)	
ระยะทางการเดินทาง (กิโลเมตร)	11.5±15.5	1.0±0.3	0.0001 ^c
ระยะเวลาการเดินทาง (นาที)	20.7±20.4	5.0±0.7	0.0001 ^c
วิธีการเดินทาง			

ประวัติการเจ็บป่วย	อำเภอภูซาง (n=128) จำนวน(ร้อยละ)	เมืองคอบ (n=125) จำนวน(ร้อยละ)	p-value
ไม่ระบุ	9 (7.0)	4 (3.2)	0.0001 ^b
รถยนต์สวนตัว	29 (22.7)	78 (62.4)	
รถจักรยานยนต์	82 (64.1)	43 (34.4)	
รถโดยสารประจำทาง	6 (4.7)	0 (0.0)	
เดิน	2 (1.6)	0 (0.0)	

สถิติที่ใช้ คือ ^achi-squared test, ^bFisher's exact test, ^cindependent t-test

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว ในด้านประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ประชากรสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.05) ในการเลือกสถานที่รับการรักษาพยาบาลแห่งแรก เมื่อมีสมาชิกในครอบครัว เจ็บป่วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งสวนมากกลุ่มตัวอย่างในอำเภอภูซาง เลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 59.4 และโรงพยาบาลเชียงคำ ร้อยละ 25.8 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในเมืองคอบ เลือกโรงพยาบาลเมืองคอบ ร้อยละ 99.2 ซึ่งเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าว คือ เดินทางสะดวก และเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ และการรักษาพยาบาลถูก นอกจากนั้น พบว่า

การเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สถานบริการที่รับการรักษาพยาบาลแห่งแรก เมื่อเจ็บป่วย เหตุผลที่ไปใช้สถานบริการนั้น คือระยะทางและระยะเวลาในการเดินทาง รวมทั้งวิธีการเดินทาง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองพื้นที่ที่ศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.05)

4.2.2 วิธีการรักษาเมื่อตนเองหรือคนในครอบครัวเจ็บป่วย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการรักษาเมื่อตนเองหรือคนในครอบครัวเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (N=253)

วิธีการรักษา	ภูซาง (n=128) จำนวน(ร้อยละ)			เมืองคอบ(n=125) จำนวน(ร้อยละ)			P-value
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย	
1. ซื้อมารับประทานเอง	5 (3.9)	63 (49.2)	60 (46.9)	0 (0.0)	124 (99.2)	1 (0.8)	0.0001
2. ใขยาสมุนไพรมาทานเอง	3 (2.3)	39 (30.5)	86 (67.2)	1 (0.8)	38 (30.4)	86 (68.8)	0.613
3. ใขแพทย์พื้นบ้าน/หมอเป่า	3 (2.3)	20 (15.6)	105 (82.0)	0 (0.0)	4 (3.2)	121 (96.8)	0.001
4. ปล่อยให้หายเอง	4 (3.1)	65 (50.8)	59 (46.1)	0 (0.0)	22 (17.6)	103 (82.4)	0.0001
5. ไปซื้อมาสมุนไพรมาทานเอง	3 (2.3)	30 (23.4)	95 (74.2)	0 (0.0)	35 (28.0)	90 (72.0)	0.175
6. ไปหาหมอที่คลินิก/สถานพยาบาล	10 (7.8)	64 (50.0)	54 (42.2)	56 (44.8)	66 (52.8)	3 (2.4)	0.0001
7. ไปโรงพยาบาลเอกชน	6 (4.7)	21 (16.4)	101 (78.9)	0 (0.0)	111 (88.8)	14 (11.2))	0.0001
8. ไปโรงพยาบาลภูซาง	13 (10.2)	78 (60.9)	37 (28.9)	0 (0.0)	4 (3.2)	121 (96.8)	0.0001
9. ไปโรงพยาบาลเชียงคำ /เมืองคอบ	19 (14.8)	79 (61.7)	30 (23.4)	0 (0.0)	101 (80.8)	24 (19.2)	0.0001
10. ไปโรงพยาบาลพะเยา/เชียงฮอน	5 (3.9)	18 (14.1)	105 (82.0)	0 (0.0)	20 (16.0)	105 (84.0)	0.079
11. ไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสุซาลา	80 (62.5)	35 (27.3)	13 (10.2)	0 (0.0)	102 (81.6)	23 (18.4)	0.0001

สถิติที่ใช้ คือ Fisher's exact test *นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 การศึกษาวิธีการรักษาเมื่อตนเองหรือคนในครอบครัวเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอภูซาง ส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 62.5 รองลงมา คือ โรงพยาบาลเชียงคำ ร้อยละ 14.8 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า ส่วนใหญ่ไปรับการรักษาโดยการหาหมอที่คลินิก/สถานพยาบาล ร้อยละ 44.8 และบางครั้งซื้อยามาทานเองร้อยละ 99.2

4.2.3 การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรงของกลุ่มตัวอย่าง (N =253)

สถานพยาบาล	ภูซาง (n=128) จำนวน(ร้อยละ)	เมืองคอบ(n=125) จำนวน(ร้อยละ)
ไม่ระบุ	1 (0.8)	0 (0.0)
คลินิกหรือสถานพยาบาลเอกชน	6 (4.7)	0 (0.0)
โรงพยาบาลพะเยา	5 (3.9)	0 (0.0)
โรงพยาบาลเชียงคำ	75 (58.6)	0 (0.0)
โรงพยาบาลภูซาง	7 (5.5)	0 (0.0)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสุซศาลา	34 (26.6)	0 (0.0)
โรงหมอเมืองคอบ	0 (0.0)	125 (100.0)

จากตารางที่ 4 การศึกษาการรักษาพยาบาลเมื่อกลุ่มตัวอย่างหรือคนในครัวเรือนเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรง (ซึ่งหมายถึงโรคดังต่อไปนี้ โรคไขเลือดออก ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก วัณโรค เทาซาง ทองรวง ไชมาลาเรีย) กลุ่มตัวอย่างจะเข้ารับการรักษาที่ใด ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างในอำเภอภูซาง ส่วนใหญ่รับการรักษาที่ โรงพยาบาลเชียงคำ ร้อยละ 58.6 รองลงมา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 26.6 ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ในเมืองคอบ พบว่า ส่วนใหญ่ รับการรักษาที่ โรงหมอเมืองคอบ ร้อยละ 100.0

4.2.4 สิทธิในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของสิทธิในการรักษาพยาบาล (N =253)

สถานพยาบาล	ภูซาง (n=128) จำนวน(ร้อยละ)	เมืองคอบ(n=125) จำนวน(ร้อยละ)
1. สิทธิรักษาพยาบาล		
ไม่มี	15 (11.7)	9 (7.2)
มี	113 (88.3)	116 (92.8)
2. สิทธิข้าราชการ	72 (63.7)	70 (60.3)
3. สิทธิประกันสังคม	9 (8.0)	0 (0.0)
4. สิทธิผู้สูงอายุ	21 (18.6)	0 (0.0)
5. สิทธิประกันชีวิต	11 (9.7)	0 (0.0)
6. สิทธิกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ถวนหนา)	0 (0.0)	46 (39.7)

จากตารางที่ 5 การศึกษาสิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างในอำเภอภูซาง ส่วนใหญ่มีสิทธิรักษาพยาบาล ร้อยละ 88.3 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิรักษาพยาบาล ร้อยละ 92.8

4.2.5 การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง (N=253)

บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน	ภูซาง (n=128) จำนวน(ร้อยละ)		เมืองคอบ(n=125) จำนวน(ร้อยละ)		P-value
	มีการดำเนินกิจกรรม	ไม่มีการดำเนินกิจกรรม	มีการดำเนินกิจกรรม	ไม่มีการดำเนินกิจกรรม	
1. อสม.ให้ความรู้หรือจัดกิจกรรมในเรื่องโภชนาการ เช่น โรคขาดสารอาหารในเด็ก, สํารวจสภาวะอนามัยเด็ก, ให้ความรู้แก่แม่ในการให้อาหารแก่ทารก เป็นต้น	124 (96.9)	4 (3.1)	124 (99.2)	1 (0.8)	0.370 ^a
2. มีกิจกรรมการให้สุศึกษา เช่น ปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น, การรวมกันแก้ไขปัญหา, เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัย	125 (97.7)	3 (2.3)	125 (100.0)	0 (0.0)	0.247 ^a
3.อสม.สามารถให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็นเบื้องต้นแก่ชาวบ้าน	122 (95.3)	6 (4.7)	108 (86.4)	17 (13.6)	0.014 ^{b*}
4. มีการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน หรือการสนับสนุนยาสามัญประจำบ้าน, ส่งเสริมให้มียาสามัญประจำบ้าน	114 (89.1)	14 (10.9)	20 (16.0)	105 (84.0)	0.0001 ^{b*}
5. มีการกำจัดขยะมูลฝอย	121 (94.5)	7 (5.5)	124 (99.2)	1 (0.8)	0.066 ^a
6. มีเครื่องกรองน้ำไว้ในหมู่บ้าน	115 (89.8)	13 (10.2)	2 (1.6)	123 (98.4)	0.0001 ^{a*}
7. มีระบบประปาหมู่บ้าน	125 (97.7)	3 (2.3)	125 (100.0)	0 (0.0)	0.247 ^a
8.มี อสม.มาแนะนำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิด	122 (95.3)	6 (4.7)	125 (100.0)	0 (0.0)	0.029 ^{a*}
9.การประกาศหรือชี้แจงเมื่อเกิดการระบาดของโรคภายในหมู่บ้าน เช่น ไข้เลือดออก, พิษสุนัขบ้า, ไข้หวัดนก เป็นต้น	124 (96.9)	4 (3.1)	125 (100.0)	0 (0.0)	0.122 ^a

บริการสาธารณสุขมูลฐานใน ชุมชน	ภูซาง (n=128) จำนวน(ร้อยละ)		เมืองคอบ(n=125) จำนวน(ร้อยละ)		P-value
	มีการ ดำเนิน กิจกรรม	ไม่มีการ ดำเนิน กิจกรรม	มีการ ดำเนิน กิจกรรม	ไม่มีการ ดำเนิน กิจกรรม	
10.มีการนัดหมายกับเจ้าหน้าที่ เพื่อออกไปให้บริการฉีดวัคซีนแก ประชาชน	121 (94.5)	7 (5.5)	125 (100.0)	0 (0.0)	0.014 ^{a*}
11. มีการให้ความรู้เรื่องสุขภาพข องปากและฟัน และ ตรวจ สุขภาพของปากและฟันเพื่อคัด กรอง	122 (95.3)	6 (4.7)	122 (97.6)	3 (2.4)	0.500 ^a
12.มีการคัดกรองสุขภาพจิตใน ชุมชน เช่นการประเมินความ เครียด, ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น	122 (95.3)	6 (4.7)	12 (9.6)	113 (90.4)	0.0001 ^{b*}
13.มีการจัดกิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียดภายในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย, รำวงย้อนยุค, บาสโลป, เต้นคองกา เป็นต้น	122 (95.3)	6 (4.7)	114 (91.2)	11 (8.8)	0.191 ^b
14.มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช ยาฆ่าแมลง,ยาฆ่าหญ้า,ยาเบื่อหนู	121 (94.5)	7 (5.5)	123 (98.4)	2 (1.6)	0.172 ^a
15.มีหน่วยงานมาให้ความรู้ใน การเลือกซื้อสินค้า และมีการลง พื้นที่เพื่อตรวจสอบมาตรฐาน ร้านค้า, ร้านอาหาร, แผงลอย, อย., ตลาดอาหาร เป็นต้น	122 (95.3)	6 (4.7)	123 (98.4)	2 (1.6)	0.281 ^a
16. มีกิจกรรม Food safety	120 (93.8)	8 (6.3)	112 (89.6)	13 (10.4)	0.232 ^b
17.มีการคัดกรองโรคไม่ติด ตอภายในหมู่บ้าน เช่น โรคเบา หวาน, ความดัน, มะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูก, เส้นเลือดใน สมองแตก ตีบ หรือตัน	125 (97.7)	3 (2.3)	10 (8.0)	115 (92.0)	0.0001 ^{a*}
18. มีหน่วยงานมาจัดกิจกรรม รณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกัน	122 (95.3)	6 (4.7)	124 (99.2)	1 (0.8)	0.120 ^a

บริการสาธารณสุขมูลฐานใน ชุมชน	ภูซาง (n=128)		เมืองคอบ(n=125)		P-value
	จำนวน(ร้อยละ)		จำนวน(ร้อยละ)		
	มีการ	ไม่มีการ	มีการ	ไม่มีการ	
	ดำเนิน	ดำเนิน	ดำเนิน	ดำเนิน	
	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	
และควบคุมโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					

สถิติที่ใช้ คือ ^aFisher's exact test, ^bchi-squared test *นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 การศึกษาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน พบว่า ในอำเภอภูซาง มีกิจกรรมการให้สุขศึกษา เช่น ปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น การรวมกันแก้ไขปัญหาเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัย มีระบบประปาหมู่บ้าน และมีการคัดกรองโรคไม่ติดต่อภายในหมู่บ้าน เช่น โรคเบาหวาน ความดัน มะเร็งเต้านม ร้อยละ 97.7 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า มีกิจกรรมการให้สุขศึกษา มีระบบประปาหมู่บ้าน มี อสม. มาแนะนำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิด มีการประกาศหรือชี้แจงเมื่อเกิดการระบาดของโรคภายในหมู่บ้าน เช่น ไข้เลือดออก พิษสุนัขบ้า ไขหวัดนก เบนตัน และมีการนัดหมายกับเจ้าหน้าที่เพื่อออกไปให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชน ร้อยละ 100.0 เมื่อทดสอบทางสถิติ อสม. สามารถให้การรักษายาบาลที่จำเเนบื้องต้นแก่ชาวบ้าน มีการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน หรือการสนับสนุนยาสามัญประจำบ้าน ส่งเสริมให้มียาสามัญประจำบ้านมีเครื่องกรองน้ำไว้ในหมู่บ้าน มี อสม. มาแนะนำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด มีการนัดหมายกับเจ้าหน้าที่เพื่อออกไปให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชน มีการคัดกรองโรคไม่ติดต่อภายในหมู่บ้าน เช่น โรคเบาหวาน ความดัน มะเร็งเต้านม ระหว่างสองพื้นที่ที่ศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว กรณีศึกษาอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา และเมืองคอบ แขวงไซบู่รี ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาวิจัย สรุปและอภิปรายผลการศึกษาวิจัยให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล อำเภอภูซาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.1 และเพศชาย ร้อยละ 46.9 มีอายุเฉลี่ย 43.3 ± 14.8 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.2 ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน $15,298 \pm 17,872$ บาท และพบว่า มีรายได้พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 39.8 และในเมืองคอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 46.4 และเพศชาย ร้อยละ 53.6 มีอายุเฉลี่ย 41.0 ± 10.7 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.6 ระดับการศึกษาระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 35.2 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 48.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน $25,480 \pm 5,056$ บาท และพบว่า มีรายได้พอใช้และเหลือเก็บ ร้อยละ 79.2 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ด้านอายุ ศาสนา ชนเผ่าการศึกษา อาชีพ และรายได้ ระหว่างสองพื้นที่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$)

2) การศึกษาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว ในด้านประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ประชากรสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) ในการเลือกสถานที่รับการรักษาพยาบาลแห่งแรก เมื่อมีสมาชิกในครอบครัว เจ็บป่วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งส่วนมากกลุ่มตัวอย่างในอำเภอภูซาง เลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 59.4 และโรงพยาบาลเชียงคำ ร้อยละ 25.8 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในเมืองคอบ เลือกโรงพยาบาลเมืองคอบ ร้อยละ 99.2 ซึ่งเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าว คือ เดินทางสะดวก และเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ และคารักรักษาพยาบาลถูก นอกจากนั้นพบว่า การเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สถานบริการที่รับการรักษาพยาบาลแห่งแรกเมื่อเจ็บป่วย เหตุผลที่ไปใช้สถานบริการนั้น คือระยะทางและระยะเวลาในการเดินทาง รวมทั้งวิธีการเดินทาง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองพื้นที่ที่ศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$)

3) การศึกษาวิธีการรักษาเมื่อตนเองหรือคนในครอบครัวเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอภูซาง ส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 62.5 รองลงมา คือ โรงพยาบาลเชียงคำ ร้อยละ 14.8 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า ส่วนใหญ่ไปรับการรักษาโดยการหาหมอที่คลินิก/สถานพยาบาล ร้อยละ 44.8 และบางครั้งซื้อยามาทานเอง ร้อยละ 99.2

4) การศึกษาการรักษาพยาบาลเมื่อกลุ่มตัวอย่างหรือคนในครัวเรือนเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรง หรือโรคระบาดที่รุนแรง (ซึ่งหมายถึงโรคดังต่อไปนี้ โรคไขเลือดออก ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก วัณโรค เทาซาง ท้องร่วง ไชมาลาเรีย) กลุ่มตัวอย่างจะเข้ารับการรักษาที่ใด ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างในอำเภอภูซาง ส่วนใหญ่รับการรักษาที่ โรงพยาบาลเชียงคำ ร้อยละ 58.6 รองลงมา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 26.6 ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ในเมืองคอบ พบว่า ส่วนใหญ่รับการรักษาที่ โรงพยาบาลเมืองคอบ ร้อยละ 100.0

5) การศึกษาสิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างในอำเภอภูซาง ส่วนใหญ่มีสิทธิรักษาพยาบาล ร้อยละ 88.3 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิรักษาพยาบาล ร้อยละ 92.8

6) การศึกษาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน พบว่าในอำเภอภูซาง มีกิจกรรมการให้สุขศึกษา เช่น ปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น การรวมกันแก้ไขปัญหา เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัย มีระบบประปาหมู่บ้าน และมีการคัดกรองโรคไม่ติดต่อภายในหมู่บ้าน เช่น โรคเบาหวาน ความดัน มะเร็งเต้านม ร้อยละ 97.7 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า มีกิจกรรมการให้สุขศึกษา มีระบบประปาหมู่บ้านมี อสม. มาแนะนำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิด มีการประกาศหรือชี้แจงเมื่อเกิดการระบาดของโรคภายในหมู่บ้าน เช่น ไข้เลือดออก พิษสุนัขบ้า ไข้หวัดนก เป็นต้น และมีการนัดหมายกับเจ้าหน้าที่เพื่อออกไปให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชน ร้อยละ 100.0 เมื่อทดสอบทางสถิติ อสม. สามารถให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็นเบื้องต้นแก่ชาวบ้าน มีการจัดตั้งกองทุนและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน หรือการสนับสนุนยาสามัญประจำบ้าน ส่งเสริมให้มียาสามัญประจำบ้านมีเครื่องกรองน้ำไว้ในหมู่บ้าน มี อสม. มาแนะนำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด มีการนัดหมายกับเจ้าหน้าที่เพื่อออกไปให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชน มีการคัดกรองโรคไม่ติดต่อภายในหมู่บ้าน เช่น โรคเบาหวาน ความดัน มะเร็งเต้านม ระหว่างสองพื้นที่ที่ศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

5.2 อภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้ พบว่า หากเกิดการเจ็บป่วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประชาชนในอำเภอภูซาง ส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาพยาบาลที่ รพ.สต. เป็นอันดับแรก และเหตุผลที่ไปใช้บริการที่สถานบริการ คือ การเดินทางสะดวก และเมืองคอบส่วนใหญ่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลเมืองคอบ ด้วยเหตุผล คือ เชื่อในความสามารถของแพทย์และคารักษาพยาบาลถูก ซึ่งบริบทของทั้งสองประเทศแตกต่างกัน ในอำเภอภูซางสถานบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮวก ส่วนโรงพยาบาลภูซางจะห่างจากพื้นที่ออกไปประมาณ 25 กิโลเมตร ส่วนเมืองคอบ การบริการของสุขศาลาส่วนใหญ่จะเป็นการบริการอนามัยแม่และเด็ก การให้วัคซีนและอนามัยสิ่งแวดล้อม ไม่มีแพทย์ประจำ จึงทำให้ประชาชนไปใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเมืองคอบ แทนสุขศาลา

ด้านสิทธิในการรักษาพยาบาลในอำเภอภูซาง พบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิรักษาพยาบาล ร้อยละ 88.3 และไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลสูงผิดปกติ ถึงร้อยละ 11.7 ซึ่งในพื้นที่ภูซางจะมีชาวไทยภูเขาเผ่าม้งที่อพยพมาจากสปป.ลาว และอาศัยอยู่ตามแนวตะเข็บชายแดน ซึ่งยังไม่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล แต่เมื่อสอบถามทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็พบว่า ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้ความอนุเคราะห์ในการรักษาพยาบาลฟรี ส่วนในเมืองคอบ พบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิรักษาพยาบาลร้อยละ 92.8 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของพิษณุรักษ์ กันทวี และคณะ (2561) พบว่า พื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลเพียง ร้อยละ 2.7 ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา อาจเนื่องมาจากบริบทกลุ่มชนเผ่าของประชากรในพื้นที่แตกต่างกัน และพบว่าแขวงบอแก้ว สปป.ลาว ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลร้อยละ 7.7 ซึ่งเกือบจะเท่ากับเมืองคอบ สปป.ลาว ซึ่งมีผู้ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 7.2 (Kanthawee et al, 2018) อย่างไรก็ตามระบบหลักประกันสุขภาพมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพประชาชน ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของทุกคน เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น (Artsanthia et al, 2016)

การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองในอำเภูซาง พบว่า มีการเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาร้อยละ 9.4 สุขภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ร้อยละ 3.9 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า มีการเจ็บป่วย ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาร้อยละ 20.0 สุขภาพทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ร้อยละ 9.6 จากการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 พื้นที่ศึกษา มีสัดส่วนของการเจ็บป่วยและสุขภาพที่ไม่ดีอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งความชุกและการเกิดโรคลดลง มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Atkinson (2011) พบว่า ความชุกและการเกิดโรคลดลง มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Atkinson et al, 2011) นอกจากนั้นในอำเภูซาง พบว่า หากเกิดการเจ็บป่วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จะไปรักษาที่ รพ.สต. เป็นอันดับแรก ร้อยละ 59.4 และเหตุผลที่ไปใช้บริการที่สถานบริการ คือ เดินทางสะดวก ร้อยละ 78.1 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า หากเกิดการเจ็บป่วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จะไปรักษาที่โรงพยาบาลเมืองคอบเป็นอันดับแรก ร้อยละ 99.2 เหตุผลที่ไปใช้บริการที่สถานบริการ คือ เชื่อในความสามารถ ของแพทย์ ร้อยละ 57.6 และเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรง ในอำเภูซาง พบว่า ส่วนใหญ่ไปรักษาที่ รพ. เชียงคำ ร้อยละ 58.6 รองลงมาคือ รพ.สต. ร้อยละ 26.6 ส่วนในเมืองคอบ พบว่าส่วนใหญ่ไปรักษาที่ โรงพยาบาลเมืองคอบ ร้อยละ 100.0 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Artsanthia (2016) พบว่า ระบบการบริการสุขภาพในระดับอำเภอ และระดับตำบล มีความสำคัญในดูแลสุขภาพในชุมชน มีส่วนช่วยในการประสานข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชน สิ่งเหล่านี้ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ (Artsanthia et al, 2016)

การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนพบว่ามีกิจกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตสูงในอำเภูซาง ร้อยละ 95.3 และเมืองคอบ ร้อยละ 90.4 และมีการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงเช่นกันโดยอำเภูซาง ร้อยละ 97.7 และเมืองคอบ ร้อยละ 92.0 ซึ่งทั้งสองกิจกรรม เป็นกิจกรรมสำคัญที่จะช่วยให้คนพบกลุ่มเสี่ยงเร็วขึ้น เพื่อเข้าสู่การแก้ไขและการรักษาได้เร็วขึ้น และป้องกันอาการแทรกซ้อนรุนแรงที่จะตามมานอกจากนี้ ยังพบว่ามีการจัดตั้งกองทุนยาในหมู่บ้าน อำเภูซาง ร้อยละ 89.1 เมืองคอบ ร้อยละ 84.0 ซึ่งกิจกรรมนี้จะส่งผลให้ประชาชนได้เข้าถึงยาอย่างทั่วถึง และมีการจัดตั้งเครื่องกรองน้ำสะอาดสำหรับไวบริโกลในหมู่บ้าน อำเภูซาง ร้อยละ 89.8 และเมืองคอบ ร้อยละ 98.4 ซึ่งการมีน้ำสะอาดไวบริโกลเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะในพื้นที่ชนบททางไกลจะพบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคอาหารและน้ำเป็นสื่อ (Omarova,2019) และยังพบในอำเภูซาง วามีกิจกรรมการให้สุขศึกษา มีระบบประปาหมู่บ้าน และมีการคัดกรองโรคไม่ติดต่อภายในหมู่บ้าน ร้อยละ 97.7 ส่วนในเมืองคอบ พบว่า มีกิจกรรมการให้สุขศึกษา มีระบบประปาหมู่บ้าน และ อสม. มาแนะนำให้คำปรึกษาเป็นประจำ ร้อยละ 100.0 ซึ่งพบว่า บุคลากรในระดับอำเภอ ระดับตำบล และหมู่บ้าน เป็นส่วนสำคัญที่คอยให้คำปรึกษา แนะนำ ในระดับพื้นที่ได้ (Artsanthia et al, 2016) มีเจ้าหน้าที่รพ./รพ.สต. ให้คำปรึกษาหรือบริการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 62.1 และไม่มีปัญหาการสื่อสารในการใช้บริการสุขภาพ ร้อยละ 89.7 (Kamwan& Kessomboon, 2016) บริบทที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบได้ เนื่องจากบริบทแต่ละพื้นที่ที่มีปัจจัยแทรกแซงและการวัดผลลัพธ์ในแต่ละบริบทมีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบต่างๆ ก็ส่งผลให้ความชุกและการเกิดโรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Atkinson et al, 2011) และการมีส่วนร่วมกับชุมชน เป็นสิ่งสำคัญที่ควรจะได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นโดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา(Ndiaye et al, 2003)

สรุป จากการศึกษาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ของอำเภูซาง จังหวัดพะเยา เลือกการรับบริการสุขภาพที่ รพ.สต. ส่วนเมืองคอบ จะเลือกไปรับบริการที่ โรงพยาบาลเมืองคอบ ซึ่งทั้งสองประเทศมีความแตกต่างกัน แต่ด้วยเหตุผลเพราะ การเดินทางสะดวก และเชื่อในความสามารถของแพทย์ อย่างไรก็ตามประเด็นสำคัญเชิงลึกที่ควรจะต้องศึกษาต่อไป

คือ คุณภาพและศักยภาพของ รพ.สต. ของประเทศไทย และสุขภาพ สปบ.ลาว ว่าเป็นไปตามมาตรฐานมากน้อยเพียงใด และมีจุดเด่น จุดด้อยอะไร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพต่อไป นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีสิทธิรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง การเจ็บป่วย อยู่ในระดับต่ำ สุขภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย แจงข่าวให้เจ้าหน้าที่รัฐหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ มีส่วนรวมในการให้คำแนะนำคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน มีกิจกรรมการให้สุขศึกษา และมีการคัดกรองโรคไม่ติดต่อภายในหมู่บ้าน และอสม. มาแนะนำให้คำปรึกษาเป็นประจำ ถึงแม้ว่าระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปบ.ลาว อยู่ในระดับสูง แต่การเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจหรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เติบโตมากขึ้น รวมถึงความหลากหลายของเชื้อชาติ ความเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ที่มารับบริการสุขภาพที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่น จะนำไปสู่การเกิดปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ การแพร่กระจายของโรคติดต่อและโรคเรื้อรังตามมา จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ในครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ และทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ยังขาดข้อมูลเชิงลึกบางประเด็น เช่น การไม่มีสิทธิรักษาของชนเผ่าที่อาศัยในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของชุมชน ความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดบริการสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้น จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อจะได้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดนต่อไป

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุขแผนปฏิบัติการสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษแห่งชาติ ระยะที่ ๑ (พ.ศ.2562 - 2565)
[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค.2567] เข้าถึงได้จาก : https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/2.SHZ_phase1_v3.pdf (1)
- กรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์. คต. ผลักดันการค้าชายแดนไทย-สปบ.ลาว หลังกระดับต่ำ บ้านฮวกเป็นจุดผ่านแดนถาวร.[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค.2567] เข้าถึงได้จาก : <https://www.dft.go.th/th-th/NewsList/News-DFT/Description- News-DFT/ArticleId /12973> (3)
- กรมสนธิสัญญาและกฎหมาย.(2566).ข้อมูลเขตแดน.
<https://treaties.mfa.go.th/th/content/%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B9%80%E0%B8%82%E0%B8%95%E0%B9%81%E0%B8%94%E0%B8%99>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2561).นโยบายสุขภาพและแผนยุทธศาสตร์ชายแดน. <https://spd.moph.go.th/special-health-area/>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559).สถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวทั่วประเทศ (ยกเว้น กทม.) ปีงบประมาณ 2559.
<https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/07/foreign-health-expenses-2559.pdf>

- กมลาศ สาลี สุกัณฐ์.(2557).รายงานข้ามชาติกับการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมไทย:กรณีศึกษาแรงงานข้ามชาติในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- กุลวดี เช่งวา.(2563).บทเรียนออนไลน์ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการสาธารณสุข ครั้งที่ 3.
<https://nurse.pbru.ac.th/th/wp-content/uploads/2020/05>
- เกษม ตั้งเกษมสำราญ.(2557).การพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก.
<https://image.mfa.go.th/mfa/0/yZ0EO327fd/nbt/nbt6/IS/IS6047.pdf>
- จินตนา อาจสันธิยะและสายสมร เฉลยภิตติ. (2559).การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน วารสารพยาบาลทหารบก,17(1),10-16.
- ณิชาธิ์ ใจคำวัง.(2553).รูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนชายแดนในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย.เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
- ประยุทธ์ วงศ์แปง. (2553). การศึกษาโอกาสและศักยภาพในการเปิดจุดผ่านแดนถาวรห้วยต้นนุ่น อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

บรรณานุกรม(ต่อ)

- พิษณุรักษ์ กันทิวและคณะ.(2561).โครงการพัฒนาระบบจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อชายแดนในชุมชนชายแดน ไทย-ลาว กรณีศึกษาอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย.รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.
- โรงพยาบาลภูซาง.สถิติผู้มารับบริการ ประจำปี 2560-2562. (4)
- โรงพยาบาลเชียงคำ.สถิติผู้มารับบริการ ประจำปี 2560-2562. (5)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮวก.สรุปผลงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮวกประจำปี 2562. (6)
- เวหา เกษมสุข.(2559).การจัดการศึกษาทางการพยาบาลและระบบบริการสาธารณสุขประเทศ
ประชาคมอาเซียน: กรณีศึกษาสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว.วารสารพยาบาลตำรวจ
,8(1),204-215.
- เสถียร ฉันทะ.(2555). สุขภาพชนชายแดนและการปรับตัวระบบสุขภาพภาครัฐ: กรณีศึกษาชนชายแดน (ไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ,คนข้ามแดนบริเวณพรมแดนทางภาคเหนือไทย-ลาว(จังหวัดเชียงราย-แขวงบ่อแก้ว).สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.).
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร: การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์.
[Internet].2559.[cited 2024 May9]. Available from:
<https://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knownledgedetail/1.pdf>. (9)
- สุพัตรา ศรีวิชชากร.(2555).พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ชุมชนเข้มแข็ง ฟังฟังตนเองได้.
<https://www.hfocus.org/content/2012/11/1686>
- สุทัศน์ ศรีวิไล. (2556). ผลกระทบของแรงงานข้ามชาติต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายของประเทศไทย.
รายงานการศึกษาส่วน. <http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/filemanager/files/nbt/nbt5/IS/IS5070.pdf>

สำนักงานจังหวัดพะเยา กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัดแผนพัฒนาจังหวัดพะเยา (พ.ศ. 2561 – 2565) ฉบับทบทวนประจำปี พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค.2567] เข้าถึงได้จาก : <http://www.phayao.go.th/phayaoplan2561-2565.pdf> (2)

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา.(2553).ชายแดน (๙ มีนาคม ๒๕๕๓).

<http://legacy.orst.go.th/?knowledges=%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%94%E0%B8%99-%E0%B9%99-%E0%B8%A1%E0%B8%B5%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A1-%E0%B9%92%E0%B9%95%E0%B9%95%E0%B9%93>

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2554).การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย.

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3836?locale-attribute=th>

บรรณานุกรม(ต่อ)

อรรณพ พุ่มพวง. (2551). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรัญ ศิริทองธรรม. (2556). ผลกระทบจากแรงงานข้ามชาติลาว กัมพูชา และพม่า ต่อภาระงานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตามแนวชายแดนในประเทศไทย. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7.อุบลราชธานี.

อรัญ ศิริทองธรรม,สุภาภรณ์ สงค์ประชา,วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วานและสุวารี เจริญมุขยพันธ์.(2560).การบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่มีชายแดนติดประเทศลาว พม่า และกัมพูชา เมื่อก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558.วารสารพัฒนบริหารศาสตร์,57(1),86-108.

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization). (1978). การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน.

อารีรัตน์ โกสิทธิ์.(2558).นโยบายและกฎหมายด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติศึกษาพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม.

Aday, L.A. and Andersen,R. (1974).A framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Service Research*. 3(1974), 208-220.

Aday, Lu ann. And Andersen, Ronald. (1975). *Development of indices of Access to Medical Care*. Michigan. Ann Arbor Health Administration Press.

Aday, L.A. and Andersen, R.(1981).Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview, *Medical care*,12, 4-27.

Bodenheimer,T.S.(1970).Patterns of America ambulatory care.Inquiry September,26.

Didier Fassin.(2011). *Policing Borders, Producing Boundaries. The Governmentality of Immigration in Dark Times*. <https://www.ias.edu/sites/default/files/sss/BordersFassin-Policing-ARA.pdf>

Fernandez, G. et al.(2000).Health services accessibility among Spanish elderly. *Social*

Science & Medicine, 50, 17-26.

Haritavorn N, Sukkasem C.(2018). *Borderless Health: Crossing the borders for health care in Thailand among Burmese, Laotian, and Cambodian* .[https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/ \(8\)](https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/8)

บรรณานุกรม(ต่อ)

Howard, D.C.P.et.al.(2000).*Primary Health Care : Six Dimensions of Inquiry*,

<http://www.health.gov.ab.ca/key/phc/resource/access.pdf>

Jean-Frederic Levesque , Mark F Harris, Grant Russell.(2013).*Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*.

<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>

J. Artsanthia, S. Chaleoykitti.(2016).*ASEAN Community and Thai Health System*

The Journal of The Royal Thai Army Nurses,17(3),10-16.

Kamwan A, Kessomboon P.(2016). Health services accessibility for migrant workers in Chiangkhan district, Loei Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*,4(3),359-74. (7)

Ministry of Public Health.(2015). *The health expense situation of the alien population in the 31 border provinces, fiscal year 2015*.

http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Thecostofhealth_2558.pdf

Ministry of Public Health.(2018). *Twenty-year national strategic plan for public health*.

http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/strategymoph61_v10.pdf

Penchansky, R. and Thomas, J.W.(1981). The Concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical care*,2,127-140.

Persinger, G. (2000). *Pharmaceutical Benefits under State Medical Assistance*

Programs.<http://www.npcnow.org/pdf/assistpro/appendix.pdf>

Rosen, R., Florin, D. and Dixon, J. (2001).*Access to Health Care–Taking Forward the Findings from the Scoping Exercise*. Report of a rapid appraisal of stakeholder views and review of existing literature for the Management Board of the National Coordinating Centre for NHS service Delivery and Organisation. London.

Rojanasarot S.(2014).The impact of the asean community and Thailand's medical hub aspiration on the Thai health care system. *Value in Health*,17(3),A34.

Ruttikorn S, Wilawan S, Juntarawijit Y.(2003). *Health impact of people from Thai-Laos territory trading at Ban Huak, Phusang sub-district,Phayao province*.

Chiang Mai: Chiang Mai University.

บรรณานุกรม(ต่อ)

- Sargent CF.(2011).*Managing maternity, problematizing polygamy. In Reproduction, Globalization and the State, ed. C Browner, C Sargent, pp. 147–227. Durham, NC: Duke Univ. Press*
- Starfield Babara. (1998). *Primary Care, Balancing Health Needs, Services, and Technology*.Oxford University: U.S.A.
- Suchatsoonthorn C, Sealim S. Thailand’s national and health development status in the world and asia. *Journal of Health Science*. 2019;28(4) :577-90.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว กรณีศึกษา
อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา และเมืองคอบ แขวงไชยบุรี

คำชี้แจง สำหรับการตอบแบบสอบถาม

การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้โครงการ
ศึกษาวิจัย เรื่อง การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สปป.ลาว กรณีศึกษา

อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา และเมืองคอบ แขวงไชยบุรี ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสำรวจและศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชนพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (พะเยา-ไชยบุรี) แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับระบบสุขภาพสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาท่านได้ตอบแบบสอบถามตามสภาพความเป็นจริงของท่าน ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากท่านจะนำไปวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์การตอบแบบสอบถามของท่านเป็นอย่างสูง มา ณ ที่นี้

ผู้ประสานงาน : นายธรรงค์ ดวงเกิด

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

หน่วยงาน : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

ที่อยู่ : 447 ถ.ลำพูน-เชียงใหม่ ต.วัดเกต อ.เมือง จ.เชียงใหม่

โทรศัพท์/โทรสาร 053140775 ต่อ 133, 053140773 มือถือ 082-3390152

E-mail address : duangkerd@hotmail.com

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ศาสนา
 () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. นับถือผี () 5. อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานะภาพสมรส
 () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย () 4. หย่า () 5. แยกกันอยู่
5. เชื้อชาติ
 () 1. ไทย () 2. ลาว () 3. พม่า () 4. จีน () 5. อื่นๆ.....
6. ชนเผ่า.....
7. สัญชาติ
 () 1. ไทย () 2. ลาว () 3. พม่า () 4. จีน () 5. ไม่มีสัญชาติ () 6. อื่นๆ.....
8. ระดับการศึกษา
 () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา(ป.1-5) () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1-4)
 () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.(ม.5-7) () 5. ปวส/อนุปริญญา () 6.ปริญญาตรี/หรือสูงกว่า
 () 7. ประกาศนียบัตรชั้นต้น () 8. ประกาศนียบัตรชั้นกลาง () 9. ประกาศนียบัตรชั้นสูง
9. อาชีพ
 () 1. รับจ้าง () 2. รับราชการ () 3. รัฐวิสาหกิจ () 4. ค้าขาย
 () 5. เกษตรกร () 6. นักเรียน/นักศึกษา () 7. แม่บ้าน () 8. อื่นๆ.....
10. รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อ วัน/เดือน/ปี.....บาท /กิป(Kip)
 () 1. มีเงินพอใช้และเหลือเก็บ () 2. มีเงินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ
 () 3. มีเงินไม่พอใช้แต่ไม่เป็นหนี้ () 4. มีเงินไม่พอใช้และเป็นหนี้

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่
 () 1. ไม่ป่วย () 2. ป่วยเป็นโรค.....
2. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านป่วยหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
 () 1. ไม่นอน () 2. นอนเป็นโรค.....
3. ท่านคิดว่าขณะนี้สุขภาพโดยทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร
 () 1. สุขภาพดีมีเจ็บป่วยเป็นบางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง () 2. สุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยบ่อย ๆ
4. เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็น อย่างไร
 () 1. แข็งแรงกว่าหรือเหมือน ๆ กัน () 2. อ่อนแอกว่า
5. ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่
 () 1. ไม่มี () 2. มี ท่านเป็นโรค.....
6. ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านหรือคนในครอบครัวของท่านเจ็บป่วยท่านไปรักษาที่ใดเป็นแห่งแรก

- () 1. คลินิกแพทย์/สถานพยาบาลเอกชน () 2. โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
 () 3. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว () 4. โรงพยาบาลน่าน
 () 5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/สถานีนามัย () 6. ร้านขายยา/ซื้อยากินเอง
 () 7. โรงหมอเมืองเงิน () 8. โรงหมอเมืองหงสา
 () 9. โรงหมอแขวงไชยยะบุรี () 10. สุขศาลา
 () 11. โรงหมอเอกชนจีน () 12. คลินิกแพทย์แผนจีน/หมอจีน
 () 13. หมอเมือง/หมอเป่า/หมอผี/หมอดู () 14. อื่น ๆ.....

7. เหตุผลที่ท่านไปรักษาที่สถานบริการดังกล่าว

- () 1. เดินทางสะดวก () 2. ค่ารักษาพยาบาลถูก
 () 3. เชื่อในความสามารถของแพทย์ () 4. นายจ้างออกค่ารักษาพยาบาลให้
 () 5. บริการดีและรวดเร็ว () 6. มียาและเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย
 () 7. มีประวัติการรักษา/โรคเรื้อรัง () 8. อื่น ๆ

8. ระยะทางการเดินทาง.....กิโลเมตร ใช้ระยะเวลา.....นาที/ชั่วโมง

9. ใช้วิธีการเดินทางไปรักษาพยาบาล

- () 1. รถยนต์ส่วนตัว () 2. รถจักรยานยนต์ () 3. รถโดยสารประจำทาง
 () 4. เรือ () 5. เดิน () 6. อื่น ๆ.....

10. หากท่านหรือคนในครอบครัวของท่านเจ็บป่วย มีวิธีการใดอีกบ้างในการรับการรักษา

คำถาม	ประจำ (1)	บางครั้ง (2)	ไม่เคยเลย (3)
1. ซื้อยามารับประทานเอง			
2. ใช้ยาสมุนไพรมาทานเอง			
3. ใช้แพทย์พื้นบ้าน/หมอเป่า			
4. ปลอ่ยให้หายเอง			
5. ไปซื้อยาสมุนไพรมาทานเอง			
6. ไปหาหมอที่คลินิก/สถานพยาบาล			
7. ไปโรงพยาบาลเอกชน			
8. ไปโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ			
9. ไปโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว			
10. ไปโรงพยาบาลน่าน			
11. ไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อนามัย			
12. ไปใช้บริการโรงพยาบาลอื่นๆ.....			
13. อื่นๆ.....			

11. สิทธิในการรักษาพยาบาลของคนในครัวเรือน สมาชิกในครัวเรือนท่านมีจำนวนคน

สมาชิกในครัวเรือนของท่านมีสิทธิการรักษาพยาบาล จำนวน คน

() 1. ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลใดๆ (ต้องจ่ายเงินเองทุกกรณี/ทุกบริการ)คน

() 2. มีสิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนคน ถ้ามีได้แก่ ดังนี้

() 2.1 สิทธิข้าราชการคน

() 2.2 สิทธิประกันสังคมคน

- () 2.3 สิทธิผู้สูงอายุ.....คน () 2.4 สิทธิผู้พิการคน
 () 2.5 ทหารผ่านศึก.....คน () 2.6 ประกันชีวิต.....คน
 () 2.7 กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรทอง (30 บาท)คน
12. ท่านไปใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
 () 2.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรทอง (30 บาท) จำนวนครั้ง
 () 2.2 สิทธิข้าราชการ จำนวน.....ครั้ง
 () 2.3 สิทธิประกันสังคม จำนวน.....ครั้ง
 () 2.4 สิทธิผู้สูงอายุ จำนวน.....ครั้ง
 () 2.5 สิทธิผู้พิการ จำนวน.....ครั้ง
 () 2.6 ทหารผ่านศึก จำนวน.....ครั้ง
 () 2.7 อื่นๆ ระบุ..... จำนวน.....ครั้ง
13. การไปใช้บริการสุขภาพประเภทอื่น ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () 1. ด้านการรักษาพยาบาล เช่น งานการแพทย์แผนไทย การรักษาแผนปัจจุบัน
 () 2. ด้านการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การฉีดวัคซีน การรับยาต่อเนื่อง
 () 3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การฝากครรภ์ การตรวจพัฒนาการ
 () 4. ด้านการฟื้นฟู เช่น การติดตามงานเยี่ยมบ้าน
14. ในกรณี เมื่อท่านหรือคนในครัวเรือนเจ็บป่วย ด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรงเช่น โรค
 ใช้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ โรคไข้หวัดนก โรคอีโง้ว โรคโศกโรค โรคเท้าช้าง โรคท้องร่วง โรคไข้มาลาเรีย เป็นต้น ท่านจะ
 ทำอย่างไร ? ไปรักษาที่
 () 1. คลินิกแพทย์/สถานพยาบาลเอกชน () 2. โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
 () 3. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว () 4. โรงพยาบาลน่าน
 () 5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/สถานีอนามัย () 6. ร้านขายยา /ซื้อยากินเอง
 () 7. โรงหมอเมืองเชียงฮ่อน () 8. โรงหมอเมืองคอบ
 () 9. โรงหมอแขวงไชยยะบุรี () 10. สุขศาลา
 () 11. โรงหมอเอกชนจีน () 12. คลินิกแพทย์แผนจีน/หมอจีน
 () 13. หมอเมือง/หมอเปา/หมอผี/หมอดู () 14. อื่น ๆ.....
15. ในกรณี เมื่อท่านหรือคนในครัวเรือนเจ็บป่วย ด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรงเช่น โรค
 ใช้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ โรคไข้หวัดนก โรคอีโง้ว โรคโศกโรค โรคเท้าช้าง โรคท้องร่วง โรคไข้มาลาเรีย เป็นต้น ท่าน
 จะจะไปแจ้งข่าวที่ใคร ?
 () 1. ผู้ใหญ่บ้าน/ นายบ้าน () 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)/อสม
 () 3. แจ้งให้ญาติพี่น้อง/พ่อแม่ ทราบ () 4. เจ้าหน้าที่สุขศาลา
 () 5. เจ้าหน้าที่โรงหมอแขวงไชยยะบุรี () 6. เจ้าหน้าที่โรงหมอเมืองเงิน โรงหมอเมืองหงสา
 () 7. เจ้าหน้าที่โรงหมอเมืองหงสา () 8. ไม่เคยแจ้งข่าวใดๆ
 () 9. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับระบบสุขภาพสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

ระบบบริการสุขภาพในชุมชน	มี		ไม่มี (3)
	เข้าร่วม(1)	ไม่เข้าร่วม(2)	
A01. อสม. มาให้ความรู้หรือจัดกิจกรรมในเรื่องของโภชนาการ เช่น โรคขาดสารอาหารในเด็ก, สํารวจสถานะอนามัยเด็ก, ให้ความรู้แก่แม่ในการให้อาหารแก่ทารก เป็นต้น			
B02. มีกิจกรรมการให้สุศึกษา เช่น ปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น, การร่วมกันแก้ไขปัญหา, เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัย			
C03. อสม. สามารถให้การรักษายาบาลที่จำเป็นเบื้องต้นแก่ชาวบ้าน			
D04. มีการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน หรือการสนับสนุนยาสามัญประจำบ้าน, ส่งเสริมให้มียาสามัญประจำบ้าน			
E05. มีการกำจัดขยะมูลฝอย			
E06. มีเครื่องกรองน้ำไว้ในหมู่บ้าน			
E07. มีระบบประปาหมู่บ้าน			
F09. มี อสม. มาแนะนำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด			
G10. การประกาศหรือชี้แจงเมื่อเกิดการระบาดของโรคภายในหมู่บ้าน เช่น ไข้เลือดออก, พิษสุนัขบ้า, ไข้หวัดนก เป็นต้น			
H11. มีการนัดหมายกับ เจ้าหน้าที่เพื่อออกไปให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชน			
I12. มีการให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากและฟัน และ ตรวจสุขภาพช่องปากและฟันเพื่อคัดกรอง			
J13. มีการคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน เช่น การประเมินความเครียด ,ภาวะซึมเศร้า			
J14. มีการจัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดภายในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย , รำวงย้อนยุค, บาสโลป, เต้นคองก้า เป็นต้น			
K15. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฆ่าแมลง, ยาฆ่าหญ้า, ยาเบื่อหนู			
L16. มีหน่วยงานมาให้ความรู้ในการเลือกซื้อสินค้า และ มีการลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบมาตรฐานร้านค้า, ร้านอาหาร , แผงลอย , อย. , ตลาดอาหาร เป็นต้น			
L17. มีกิจกรรม Food safety			
M18. มีการคัดกรองโรคไม่ติดต่อภายในหมู่บ้าน เช่น โรคเบาหวาน, ความดัน, มะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูก, เส้นเลือดในสมองแตก ตีบ หรือตัน เป็นต้น			
N19. มีหน่วยงานมาจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกันและ ควบคุมโรคเอดส์ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			

ແບບສອບຖາມ

**ການວິເຄາະເລື່ອງ : ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບຂອງຊຸມຊົນພື້ນທີ່ຊາຍແດນປະເທດໄທ-ສ ປປ ລາວ
ອຳເພີພູຊ້າງ ຈັງຫວັດພະເຍົາ ແລະ ເມືອງຄອບ ແຂວງໄຊຍະບູລີ**

➤ **ຄຳຊີ້ແຈງສຳລັບການຕອບແບບສອບຖາມ**

ການເກັບກຳຂໍ້ມູນ ໂດຍໃຊ້ແບບສອບຖາມຄັ້ງນີ້ ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການເກັບກຳຂໍ້ມູນພາຍໃຕ້ໂຄງການສຶກສາວິເຄາະເລື່ອງ ການເຂົ້າເຖິງລະບົບບໍລິການສຸຂະພາບຂອງຊຸມຊົນພື້ນທີ່ຊາຍແດນປະເທດໄທ-ສ ປປ ລາວ ກໍລະນີສຶກສາອຳເພີພູຊ້າງ ຈັງຫວັດພະເຍົາ ແລະ ເມືອງຄອບ ແຂວງໄຊຍະບູລີ ເຊິ່ງມີວັດຖຸປະສົງຫຼັກເພື່ອສຶກສາສະຖານະການການເຂົ້າເຖິງລະບົບການບໍລິການສຸຂະພາບຂອງຊຸມຊົນພື້ນທີ່ຊາຍແດນປະເທດໄທ-ສາທາລະນະລັດປະຊາທິປະໄຕປະຊາຊົນລາວ(ພະເຍົາ-ໄຊຍະບູລີ) ແບບສອບຖາມສະບັບນີ້ປະກອບດ້ວຍ 4 ສ່ວນຄື:

ສ່ວນທີ 1: ແບບສອບຖາມຂໍ້ມູນທົ່ວໄປຂອງຜູ້ຕອບແບບສອບຖາມ.

ສ່ວນທີ 2: ແບບສອບຖາມປະຫວັດການເຈັບເປັນ ແລະ ທາງເລືອກໃນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຕົນເອງ.

ສ່ວນທີ 3: ແບບສອບຖາມກ່ຽວກັບລະບົບສຸຂະພາບສາທາລະນະສຸກພື້ນຖານໃນຊຸມຊົນ.

ຜູ້ວິເຄາະຈົ່ງ ຂໍຄວາມກະລຸນາແຈ້ງມາຍັງທ່ານໄດ້ຕອບແບບສອບຖາມຕາມສະພາບຄວາມເປັນຈິງຂອງທ່ານ ຂໍ້ມູນຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຮັບຈາກທ່ານຈະນຳໄປວິເຄາະ ແລະ ນຳສະເໜີໃນພາບລວມເພື່ອໃຊ້ປະໂຫຍດຕໍ່ໄປ

ຂໍສະແດງຄວາມຂອບໃຈມາຍັງທ່ານ ໃນການຕອບແບບສອບຖາມຂອງທ່ານເປັນຢ່າງສູງ.

ຜູ້ປະສານງານ: ທ້າວ ວົນນະລົງ ດວງເກີດ (ນາຍຮຽນຮຽກ ດວງເກີດ)

ຕຳແໜ່ງ: ນັກວິຊາການສາທາລະນະສຸກ (ນັກວິຊາການສາທາລະນະສຸກ ຫ້າພະຊົນ)

ໜ່ວຍງານ: ສຳນັກງານຄວບຄຸມໂລກທີ 1 ຊຽງໃໝ່

ທີ່ຢູ່: 447 ຖ.ລຳພູນ-ຊຽງໃໝ່ ຕ.ວັດເກດ ອ.ເມືອງ ຈ.ຊຽງໃໝ່

ໂທລະສັບ/ໂທລະສານ 053140775 ຕຳ 133, 053140773 ມືຖື 082-3390152
E-mail addressduangkerd@hotmail.com

ສ່ວນທີ 1 ຄຳຖາມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ

1. ເພດ ☐ 1. ຊາຍ ☐ 2. ຍິງ
2. ອາຍຸ..... ປີ
3. ສາສະໜາ
 - ☐ 1. ພຸດ ☐ 2. ຄຣິດ ☐ 3. ອິດສະລາມ ☐ 4. ນັບຖືຜີ ☐ 5. ອື່ນໆລະບຸ.....
4. ສະຖານະພາບ
 - ☐ 1. ໂສດ ☐ 2. ແຕ່ງງານ ☐ 3. ໜ້າຍ ☐ 4. ຢ່າຮ່າງ ☐ 5. ແຍກກັນຢູ່
5. ເຊື້ອຊາດ
 - ☐ 1. ໄທ ☐ 2. ລາວ ☐ 3. ພະມ້າ ☐ 4. ຈີນ ☐ 5. ອື່ນໆ.....
6. ຊົນເຜົ່າ.....
7. ສັນຊາດ
 - ☐ 1. ໄທ ☐ 2. ລາວ ☐ 3. ພະມ້າ ☐ 4. ຈີນ ☐ 5. ບໍ່ມີສັນຊາ ☐ 6. ອື່ນໆ.....
8. ລະດັບການສຶກສາ
 - ☐ 1. ບໍ່ໄດ້ຮຽນໜັງສື ☐ 2. ປະຖົມ(ປ.1-5)
 - ☐ 3. ມັດທະຍົມຕອນຕົ້ນ(ມ.1-4) ☐ 4. ມັດທະຍົມຕອນປາຍ/ວິຊາຊີບ(ມ.5-7)
 - ☐ 5. ປະກາດສະນິຍະບັດວິຊາຊີບຊັ້ນສູງ/ອະນຸບາລິນຍາ
 - ☐ 6. ປະລິນຍາຕີ/ຫຼືສູງກ່ວ ☐ 7. ປະກາສະນິຍະບັດຊັ້ນຕົ້ນ
 - ☐ 8. ປະກາສະນິຍະບັດຂັ້ນກາງ ☐ 9. ປະກາສະນິຍະບັດຂັ້ນສູງ
9. ອາຊີບ
 - ☐ 1. ຮັບຈ້າງ ☐ 2. ການບໍລິການລັດຖະບານ ☐ 3. ລັດວິສະຫະກິດ
 - ☐ 4. ຄ້າຂາຍ ☐ 5. ກະສິກອນ ☐ 6. ນັກຮຽນ/ນັກສຶກສາ
 - ☐ 7. ແມ່ບ້ານ ☐ 8. ອື່ນໆ.....
10. ລາຍໄດ້ສະເລ່ຍຕໍ່ ວັນ/ເດືອນ/ປີ.....ບາດ/ກີບ(Kip)
 - ☐ 1. ມີເງິນພໍໃຊ້ແລະເຫຼືອເກັບ ☐ 2. ມີເງິນພໍໃຊ້ແຕ່ບໍ່ມີເງິນເກັບ
 - ☐ 3. ມີເງິນບໍ່ພໍໃຊ້ແຕ່ບໍ່ໄດ້ເປັນຫຍັງ ☐ 4. ມີເງິນບໍ່ພໍໃຊ້ແລະເປັນຫຍັງ

ພາກທີ 2 ຄຳຖາມກ່ຽວກັບປະຫວັດການເຈັບເປັນແລະຕົວເລືອກການດູແລຕົນເອງ

- ກະລຸນາຫມາຍ ✓ ລົງໃນ ☐ ຫຼື ຕື່ມຂໍ້ຄວາມໃນບ່ອນວ່າໆທີ່ເປັນຄວາມຈິງ
1. ໃນໄລຍະ 6 ເດືອນຜ່ານມາທ່ານໄດ້ເຈັບເປັນບໍ່?
 - ☐ 1. ບໍ່ປ່ວຍ ☐ 2. ປ່ວຍເປັນໂລກ.....
 2. ໃນໄລຍະ 6 ເດືອນຜ່ານມາທ່ານໄດ້ເຈັບເປັນຈົນນອນພັກຢູ່ໃນໂຮງຫມໍບໍ່?
 - ☐ 1. ບໍ່ໄດ້ນອນ ☐ 2. ນອນ ເປັນໂລກ.....
 3. ທ່ານຄິດວ່າສຸຂະພາບທົ່ວໄປຂອງທ່ານແມ່ນແນວໃດ?
 - ☐ 1. ສຸຂະພາບທີ່ດີ, ເຈັບເປັນເປັນບາງຄັ້ງ ☐ 2. ສຸຂະພາບບໍ່ດີ, ເປັນພະຍາດຕະຫລອດ
 4. ເມື່ອບຽບທຽບກັບຄົນອື່ນທີ່ມີອາຍຸໃກ້ຄຽງທ່ານ, ທ່ານຄິດແນວໃດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານ?
 - ☐ 1. ແຂງແຮງກວ່າຫຼືເທົ່າກັບຄົນອື່ນ ☐ 2. ອ່ອນແອກ່ວາ
 5. ທ່ານມີພະຍາດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່?
 - ☐ 1. ບໍ່ມີ ☐ 2. ມີ ເປັນໂລກ.....

6. ໃນໄລຍະ 1 ປີທີ່ຜ່ານມາ, ທ່ານຫຼືຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານເຈັບເປັນທ່ານໄດ້ຮັກສາຢູ່ບ່ອນໃດ ເປັນບ່ອນທຳອິດ?

- () 1. ຄລີນິກ / ໂຮງຫມໍເອກະຊົນ () 2. ໂຮງຫມໍສະເຫຼີມພະກຽດ
() 3. ໂຮງຫມໍສົມເດັດພະຍຸພະລາດບົວ () 4. ໂຮງຫມໍນ່ານ
() 5. ໂຮງຫມໍນ້ອຍ () 6. ຮ້ານຂາຍຢາ
() 7. ໂຮງຫມໍເມືອງເງິນ () 8. ໂຮງຫມໍເມືອງຫົງສາ
() 9. ໂຮງຫມໍແຂວງໄຊຍະບູລີ () 10. ສຸກສາວາ
() 11. ໂຮງຫມໍເອກກະຊົນຈີນ () 12. ຄຣິນິກແພດແຜນຈີນ/ຫມໍຈີນ
() 13. ຫມໍເມືອງ/ຫມໍເປົາ/ຫມໍຜີ/ຫມໍດູ () 14. ອື່ນໆ.....

7. ເຫດຜົນທີ່ທ່ານໄປຫາການປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງຫມໍດັ່ງກ່າວ

- () 1. ເດີນທາງສະດວກ
() 2. ຄ່າຮັກສາພະຍາບານຖືກ
() 3. ເຊື່ອໃນຄວາມສາມາດຂອງແພດ
() 4. ນາຍຈ້າງອອກຄ່າຮັກສາພະຍາບານໃຫ້
() 5. ບໍລິການດີ ແລະ ວ່ອງໄວ
() 6. ມີຢາ ແລະ ເຄື່ອງມືທີ່ທັນສະໄໝ
() 7. ມີປະຫວັດການຮັກສາ / ພະບາດຊຳເຮື້ອ
() 8. ອື່ນໆ

8. ໄລຍະການເດີນທາງ.....ກິໂລແມັດ ໃຊ້ໄລຍະເວລາ.....ນາທີ/ຊົ່ວໂມງ

9. ໃຊ້ວິທີການເດີນທາງໄປປິ່ນປົວທາງການແພດ

- () 1. ລົດສ່ວນຕົວ () 2. ລົດຈັກ () 3. ລົດໂດຍສານປະຈຳທາງ
() 4. ເຮືອ () 5. ຍ່າງ () 6. ອື່ນໆ

10. ຫາກທ່ານ ຫຼື ຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານເຈັບເປັນ ມີວິທີການໃດອີກບໍ່ໃນການຮັບການຮັກສາ

ຄຳຖາມ	ປະຈຳ	ບາງຄັ້ງ	ບໍ່ເຄີຍເລີຍ
1. ຊື້ຢາມາກິນເອງ			
2. ໃຊ້ຢາສະໝຸນໄພມາກິນເອງ			
3. ໃຊ້ແພດຜືນເມືອງ/ຫມໍເປົາ			
4. ບ່ອຍໃຫ້ເຊົາເອງ			
5. ໄປຊື້ສະໝຸນໄພມາກິນເອງ			
6. ໄປຫາຫມໍຢູ່ຄຣິນິກ/ໂຮງຫມໍ			
7. ໄປໂຮງຫມໍເອກະຊົນ			
8. ໂຮງຫມໍສະເຫຼີມພະກຽດ			
9. ໂຮງຫມໍສົມເດັດພະຍຸພະລາດບົວ			
10. ໂຮງຫມໍນ່ານ			
11. ໄປໃຊ້ບໍລິການໂຮງຫມໍທີ່ປະເທດໄທ			
13. ອື່ນໆ.....			

11. ສິດໃນການຮັກສາພະຍາບານຂອງຄົນໃນຄອບຄົວ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທ່ານມີຈຳນວນ

.....ຄົນ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີສິດການຮັກສາພະຍາບານຈຳນວນ ຄົນ

- () 1. ບໍ່ມີສິດການຮັກສາພະຍາບານໃດໆ (ຕ້ອງຈຳຍເງິນເອງທຸກກໍລະນີ/ທຸກບໍລິການ)ຄົນ
() 2. ມີສິດການຮັກສາພະຍາບານຈຳນວນ.....ຄົນ ຖ້າມີໄດ້ແກ່ດັ່ງນີ້
() 2.1 ອີງການປະກັນພະນັກງານລັດ ອປລຄົນ

- () 2.2 ອີງການປະກັນສັງຄົມ(ອປສ) ຈຳນວນ.....ຄົນ
 () 2.3 ກອງທຶນຜູ້ທຸກຍາກ.....ຄົນ () 2.4 ກອງທຶນອອກລູກ ແມ່ຍິງຖືພາ.....ຄົນ
 () 2.5 ກອງທຶນເດັກນ້ອຍ.....ຄົນ () 2.6 ປະກັນຊີວິດ.....ຄົນ
 () 2.7 ກອງທຶນຫຼັກປະກັນສຸຂະພາບລວມ.....ຄົນ
12. ທ່ານໄດ້ໄປໃຊ້ບໍລິການສຸຂະພາບຢູ່ສະຖານທີ່ສາທາລະນະສຸກຕາມສິດທິໃນຫຼັກປະກັນ
 ສຸຂະພາບແຫ່ງຊາດ ໃນຮອບ 6 ເດືອນຜ່ານມາ
1. ກອງທຶນປະກັນສຸຂະພາບແຫ່ງຊາດ ຈຳນວນຄັ້ງ
 2. ສິດ ອປລ ຈຳນວນຄັ້ງ
 3. ສິດ ອປສ ຈຳນວນຄັ້ງ
 4. ຜູ້ສູງອາຍຸ ຈຳນວນຄັ້ງ
 5. ຄົ້ນພິການ ຈຳນວນຄັ້ງ
 6. ທະຫານຜ່ານເສີກ ຈຳນວນຄັ້ງ
 7. ອື່ນໆ ໃຫ້ລຸບ..... ຈຳນວນຄັ້ງ
13. ການໄປໃຊ້ບໍລິການສຸຂະພາບປະເພດອື່ນ ໆ (ຕອບໄດ້ຫຼາຍກວ່າ 1 ຂໍ້)
- () 1. ດ້ານການຮັກສາພະຍາບານ ຄື: ງານການແພດແຜນໂທ ການຮັກສາແຜນປະຈຸບັນ
 - () 2. ດ້ານການປ້ອງກັນ ແລະ ຄວບຄຸມພະຍາດ ຄື ການສິດວັດຊີນ ການຮັບຢາຕໍ່ເນື່ອງ
 - () 3. ດ້ານການສົ່ງເສີມສຸຂະພາບ ຄື ການຝາກທ້ອງ ການກວດພັດທະນາການ
 - () 4. ດ້ານການຟື້ນຟູ ຄື ການຕິດຕາມງານຍາມບ້ານ
14. ໃນກໍລະນີ ເມື່ອທ່ານ ຫຼື ຄົນໃນຄອບຄົວເຈັບປ່ວຍດ້ວຍພະຍາດຕິດຕໍ່ທີ່ຮຸນແຮງ ຫຼື ພະຍາດ
 ລະບາດທີ່ຮຸນແຮງ ຄື: ພະຍາດໄຂ້ເລືອດອອກ, ພະຍາດໄຂ້ຫວັດນົກ, ພະຍາດວັນນະໂລກ, ພະ
 ຍາດຕີນຊ້າງ, ພະຍາດຖອກທ້ອງ, ພະຍາດມະເລເລຍ, ເປັນຕົ້ນ ທ່ານຈະເຮັດແນວໃດ?
- () 1. ຄຣິນິກແພດ/ສະຖານພະຍາບານເອກະຊົນ () 2. ໂຮງໝໍສະເຫຼີມພະກຽດ
 - () 3. ໂຮງໝໍສົມເດັດພະຍຸພະລາດຊຽງບົວ () 4. ໂຮງໝໍນ່ານ
 - () 5. ໂຮງໝໍສົ່ງເສີມສຸຂະພາບປະຈຳເມືອງ/ສະຖານີອານາໄມ () 6. ຮ້ານຂາຍຢາ/ຊື້ຢາກິນເອງ
 - () 7. ໂຮງໝໍສະເມືອງທົ່ງສາ () 8. ໂຮງໝໍເມືອງເງິນ
 - () 9. ໂຮງໝໍແຂວງໄຊຍະບູລີ () 10. ສຸກສາລາ
 - () 11. ໂຮງໝໍເອກກະຊົນຈີນ () 12. ອຸຣິນິກແຜນຈີນ/ໝໍຈີນ
 - () 13. ໝໍເມືອງ/ໝໍເປົາ/ໝໍຜີ/ໝໍດູ () 14. ອື່ນໆ.....
15. ໃນກໍລະນີ ເມື່ອທ່ານ ຫຼື ຄົນໃນຄອບຄົວເຈັບປ່ວຍດ້ວຍພະຍາດຕິດຕໍ່ທີ່ຮຸນແຮງ ຫຼື ພະຍາດ
 ລະບາດທີ່ຮຸນແຮງ ຄື: ພະຍາດໄຂ້ເລືອດອອກ, ພະຍາດໄຂ້ຫວັດນົກ, ພະຍາດວັນນະໂລກ, ພະ
 ຍາດຕີນຊ້າງ, ພະຍາດຖອກທ້ອງ, ພະຍາດມະເລເລຍ, ເປັນຕົ້ນ ທ່ານຈະໄປແຈ້ງຂ່າວບ່ອນໃດ ?
- () 1. ຜູ້ໃຫຍ່ບ້ານ/ນາຍບ້ານ
 - () 2. ອາສາສະມັກສາທາລະນະສຸກປະຈຳໜູ່ບ້ານ(ອມສຸ)/ອສບຸ
 - () 3. ແຈ້ງຍາດຕິພີ່ນ້ອງ/ພໍ່ແມ່ຮັບຮູ້ () 4. ເຈົ້າໜ້າທີ່ສຸກສາລາ
 - () 5. ພະນັກງານໂຮງໝໍແຂວງໄຊຍະບູລີ () 6. ພະນັກງານໂຮງໝໍເມືອງທົ່ງສາ
 - () 7. ພະນັກງານໂຮງໝໍເມືອງເງິນ () 7. ບໍ່ເຄີຍແຈ້ງຂ່າວໃດໆ
 - () 8. ອື່ນໆ.....

ພາກທີ 3 ສອບຖາມກ່ຽວກັບລະບົບສຸຂະພາບສາທາລະນະສຸກໃນຊຸມຊົນ

ລະບົບບໍລິການສຸຂະພາບໃນອຸມຊົນ	ມີ		ບໍ່ມີ
	ເຂົ້າຮ່ວມ	ບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ	
A01. ອສມ. ມາໃຫ້ຄວາມຮູ້ ຫຼື ຈັດກິດຈະກຳໃນເລື່ອງຂອງໂພຊະນາການເຊັ່ນ: ໂລກຂາດສານອາຫານໃນເດັກ, ສຳລຸດພາວະອານາໄມເດັກ, ໃຫ້ຄວາມຮູ້ແກ່ແມ່ໃນການໃຫ້ອາຫານແກ່ລູກນ້ອຍເປັນຕົ້ນ			
B02. ມີກິດຈະກຳການໃຫ້ສຸຂະສຶກສາເຊັ່ນ: ບັນຫາສາທາລະນະສຸກຂອງທ້ອງຖິ່ນ, ການຮ່ວມກັນແກ້ໄຂບັນຫາ, ເຜີຍແຜ່ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບການປ້ອງກັນໂລກ ແລະ ການສົ່ງເສີມສຸຂະພາບອານາໄມ			
C03. ອສມ. ສາມາດໃຫ້ການຮັກສາພະຍາບານທີ່ຈຳເປັນເບື້ອງຕົ້ນແກ່ຊາວບ້ານ			
D04. ມີການຈັດຕັ້ງກອງທຸນຢາ ແລະ ເວດສະພັນປະຈຳໝູ່ບ້ານ ຫຼື ການສະໜັບສະໜູນຢາສາມັນປະຈຳບ້ານ, ສົ່ງເສີມໃຫ້ມີຢາສາມັນປະຈຳບ້ານ			
E05. ມີການກຳຈັດຂີ້ເຫຼືອ			
E06. ມີເຄື່ອງກອງນຳ້ໄວ້ໃຊ້ໃນໝູ່ບ້ານ			
E07. ມີລະບົບນຳ້ປະປາໝູ່ບ້ານ			
F09. ມີ ອສມ. ມາແນະນຳໃຫ້ຄຳປຶກສາກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການຄຸມກຳເນີດ			
G10. ການປະກາດ ຫຼື ຊີ້ແຈງ ເມື່ອເກີດການລະບາດໂລກພາຍໃນໝູ່ບ້ານເຊັ່ນ: ໄຂ້ເລືອດອອກ, ພິດໝາບ້ານ, ໄຂ້ຫວັດນົກ ເປັນຕົ້ນ			
H11. ມີການນັດໝາຍກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເພື່ອອອກໄປໃຫ້ການບໍລິການ ຊິດວັດຊົນແກ່ປະຊາຊົນ			
I12. ມີການໃຫ້ຄວາມຮູ້ສຸຂະພາບເລື່ອງຊ່ອງປາກ ແລະ ແຂ້ວ ແລະ ກວດສຸຂະພາບຊ່ອງປາກ ແລະ ແຂ້ວເພື່ອຄັດກອງ			
J13. ມີການຄັດກອງສຸຂະພາບຈິດໃນອຸມຊົນເຊັ່ນ: ການປະເມີນຄວາມຄຽດ, ພາວະຊຶມເລົ້າ			
J14. ມີການຈັດກິດຈະກຳຜ່ອນຄ່າຍຄວາມຄຽດໃນອຸມຊົນເຊັ່ນ: ການອອກກຳລັງກາຍ, ລ່າວົງຍ້ອນຍຸກ, ບາສໂລບ ເປັນຕົ້ນ			
K15. ມີການໃຫ້ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບການໃຊ້ຢາຂ້າມະແລງ, ຢາຂ້າຫຍ້າ, ຢາເບື້ອໜູ			
L16. ມີໜ່ວຍງານມາໃຫ້ຄວາມຮູ້ໃນການເລືອກຊື້ສິນຄ້າ ແລະ ມີການລົງພື້ນທີ່ເພື່ອກວດສອບມາດຕະຖານຮ້ານຄ້າ, ຮ້ານອາຫານ, ແຜງລອຍ, ອຍ. , ຊະລາກອາຫານເປັນຕົ້ນ			
L17. ມີກິດຈະກຳ Food safety			
M18. ມີການຄັດກອງໂລກບໍ່ໃຫ້ຕິດຕໍ່ພາຍໃນໝູ່ບ້ານເຊັ່ນ: ໂລກເບົາຫວານ, ຄວາມດັນ, ມະເຮັງເຕົ້ານົມ, ມະເຮັງປາກມົດລູກ, ເສັ້ນເລືອດໃນສະໝອງແຕກ, ຕີບ ຫຼື ຕັນເປັນຕົ້ນ			
N19. ມີໜ່ວຍງານມາຈັດກິດຈະກຳໃຫ້ຄວາມຮູ້ໃນການປ້ອງກັນ ແລະ ຄວບຄຸມໂລກເອກ ແລະ ໂລກຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ			

ภาคผนวก ข

ความเที่ยงตรง (Validity)และความเชื่อมั่น(Reliability)

ความเที่ยงตรง (Validity)

สรุปผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
ดังนี้

1. สัตวแพทย์หญิง ดร.เสาวพัทธ์ อ้นจ้อย
ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
2. สัตวแพทย์หญิงดาริกา กิ่งเนตร
ที่ปรึกษา กรมควบคุมโรค
2. ดร.อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (IOC)
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ	0.96
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 21 ข้อ	0.96
ส่วนที่ 3 การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน จำนวน 18 ข้อ	0.92

โดยสรุป ผลการแสดงความคิดเห็นของกรรมการผู้เชี่ยวชาญเท่ากับ 0.95, 0.95, และ 0.92 แปลผล
ว่าใช้ได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3	รวม คะแนน	ค่า IOC	แปลผล
--------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------	------------	-------

	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
7			✓			✓		✓		2	0.66	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

$$\begin{aligned}\text{แทนค่า IOC} &= \frac{1+1+1+1+1+1+0.66+1+1+1}{10} \\ &= \frac{9.66}{10} = 0.96\end{aligned}$$

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 21 ข้อ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			รวม คะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
7			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
11			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
12			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
13			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
14			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
15			✓		✓				✓	2	0.66	ใช้ได้
16			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
17			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
18			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

19			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
20			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
21		✓				✓			✓	2	0.66	ใช้ได้

$$\begin{aligned}\text{แทนค่า IOC} &= \frac{1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+0.66+1+1+1+1+1+0.66}{21} \\ &= \frac{20.32}{21} = \mathbf{0.96}\end{aligned}$$

ส่วนที่ 3 การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน จำนวน 18 ข้อ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			รวม คะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
6		✓				✓			✓	2	0.66	ใช้ได้
7			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
9			✓			✓		✓		2	.66	ใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
11			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
12			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
13			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
14			✓			✓		✓		2	0.66	ใช้ได้
15			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
16			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
17			✓		✓				✓	2	.66	ใช้ได้
18			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

$$\begin{aligned}\text{แทนค่า IOC} &= \frac{1+1+1+1+1+0.66+1+1+0.66+1+1+1+1+1+0.66+1+1+0.66+1}{18} \\ &= \frac{16.64}{18} = \mathbf{0.92}\end{aligned}$$

โดยสรุป ข้อคำถามในแต่ละส่วนที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาข้างต้นได้รับการตรวจสอบและพิจารณาประเด็นคำถามและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทางผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยในพื้นที่น่าน-ไชยบุรี ได้แก่ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

ประเทศไทย กับ เมืองเงิน แขวงไชยบุรี สปป.ลาว จำนวน 30 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของแบบสอบถามฉบับจริงทั้งหมด แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมก่อนที่ผู้วิจัยจะนำไปใช้จริง

ความเชื่อมั่น(Reliability)

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	0.787
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง	0.787
ส่วนที่ 3 การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน	0.787
ค่าของแบบสอบถามทั้งฉบับ	0.787

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรม



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rec.human@mfl.ac.th

หนังสือรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย

COA: 028/2020

รหัสโครงการวิจัย: EC 19179-18

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาระบบและกลไกการจัดการโรคติดต่อ ในพื้นที่ชายแดน ไทย -ลาว (น่าน-พะเยา-ไชยบุรี)

รหัสของผู้สนับสนุนทุนวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางอนงค์ศิลป์ ด่านไพบูลย์

สำนักวิชา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย: -

การรับรอง :

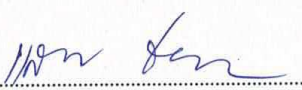
- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| (1) โครงร่างการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 14 ตุลาคม 2562 |
| (2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร | ฉบับที่ 2 วันที่ 14 ตุลาคม 2562 |
| (3) เอกสารแสดงเจตนายินยอม | ฉบับที่ 2 วันที่ 14 ตุลาคม 2562 |
| (4) แบบสอบถาม และแบบบันทึก | ฉบับที่ 2 วันที่ 14 ตุลาคม 2562 |
| (5) ผู้วิจัย และผู้วิจัยร่วม | |
| - นางอนงค์ศิลป์ ด่านไพบูลย์ | - ดร.รัตนสุตา ทนันทา |
| - นายธรรรงค์ ดวงเกิด | - ดร.เสกสรรค์ ทองดี |
| - นพ.สุเมธ องค์กรวรรณดี | - นายณัฐวัชร ด่านไพบูลย์ |

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ว่าสอดคล้องกับแนวทางจริยธรรมสากล ได้แก่ ปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) รายงานเบลมอนต์ (Belmont Report) แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยในมนุษย์ของสภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี (ICH-GCP)

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงร่างการวิจัย: 8 มกราคม 2563

วันสิ้นสุดการรับรอง: 7 มกราคม 2564

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 1 ปี

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง แพทย์หญิง แสงแข ชำนาญวนกิจ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง