

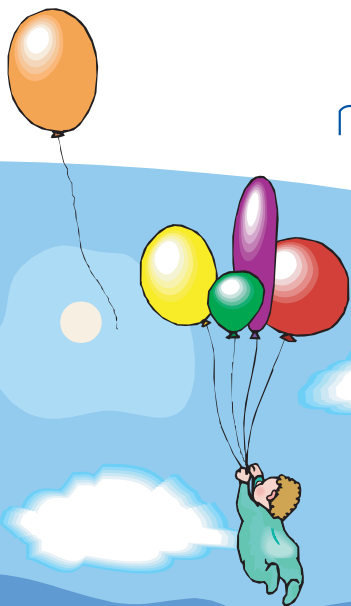


Report on the evaluation of services of quality
well child clinic : third round

2554

รายงาน

การประเมินผลโครงการจัดบริการ
คลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ
ครั้งที่ 3



สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
สนับสนุนโดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กันยายน 2554

รายงานการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

ผู้เขียน

เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อม

ศิริกุล อิศรานุรักษ์

จิราพร ชมพิกุล

ปราณี สุทธิสุคนธ์

สมชาย วิริภิรมย์กุล

Authors

Kriengsak Sueluerm

Sirikul Isaranurug

Jiraporn Chompikul

Pranee Suthisukon

Somchai Viripromgool

ข้อมูลบรรณานุกรม :

เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อม

รายงานการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3 = Report on the evaluation of services of quality well child clinic: third round/ เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อม, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, สมชาย วิริภิรมย์กุล. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.

ก-ฐ, 194 หน้า

ISBN 978-974-11-1557-0

1. การประเมินผล 3. พัฒนาการของเด็ก--ไทย 3. โครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3 4. บริการอนามัยเด็ก--คุณภาพ I. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ II. จิราพร ชมพิกุล III. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

WS 440 ก768ร 2554

จัดพิมพ์โดย

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

25/25 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0 2441 9040 โทรสาร 0 2441 9044

www.aihd.mahidol.ac.th

จัดรูปเล่ม

นางสาวปรีดา ตาสี

คำนำ

หลายคนคงได้ยินบ่อยๆว่า เด็ก คือ อนาคตของชาติ ของแผ่นดิน ของโลก คงจะต้องถามต่อว่า แล้วเราทำอะไรให้กับเด็ก ให้สมกับที่เขา คือ อนาคตของชาติ มากน้อยเพียงใด หากย้อนไปเมื่อประเทศไทย มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรก เมื่อปี พ.ศ. 2505 ได้มีกิจกรรม/แผนงาน/โครงการ เพื่อเด็กหลายอย่างเกิดขึ้น จนปัจจุบันเด็กแรกเกิดตายน้อยลง เด็กปฐมวัยตายน้อยลง แต่เมื่อเด็ก เหล่านี้เกิดรอดแล้ว เขาได้รับการพัฒนา ได้รับการคุ้มครอง ได้รับการดูแลอย่างที่ควรเป็นมากน้อยเพียงใด คงเป็นคำถามที่รบกวนจิตใจผู้มีจิตวิญญานในงานอนามัยแม่และเด็กอยู่ตลอดเวลา ขอยกคำกล่าวของ กวีสตรีชาวชิลี ผู้ได้รับรางวัลโนเบล สาขาวรรณกรรม เมื่อปีค.ศ. 1945 “Gabriela Mistral” มา ณ ที่นี้ เพื่อเรียกร้องให้เด็กๆของเรา

HIS NAME IS TODAY

We are guilty of many errors and many faults,
but our worse crime is abandoning the children,
neglecting the fountain of life.
Many things we need can wait.
The child cannot.
Right now is the time his bones are being formed,
his blood is being made,
and his senses are being developed.
To him we cannot answer “Tomorrow”,
his name is “TODAY”.

รายงานนี้ นำเสนอผลการประเมินโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3 ซึ่งได้ติดตามผลการดำเนินงานของ 5 จังหวัดนำร่อง หลังจากเริ่มโครงการมาแล้วประมาณ 2 ปี และเป็นการประเมินผลครั้งสุดท้ายในโครงการนำร่อง คณะผู้ประเมินโครงการฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลที่ได้จากการประเมินโครงการจะนำไปสู่การขยายผลการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพในจังหวัดอื่นๆต่อไป เพื่อให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการบริการส่งเสริมสุขภาพอย่างองค์รวมที่มีมาตรฐาน อย่างเท่าเทียมกัน

คณะผู้ประเมินโครงการฯ

กันยายน 2554

กิตติกรรมประกาศ



คณะผู้ประเมินโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ขอขอบคุณกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความไว้วางใจให้เป็นผู้ดำเนินการในเรื่องนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง กุมารแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข ขอขอบคุณ หัวหน้าคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ และผู้ปฏิบัติงานทุกคนของคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ใน 5 จังหวัดนำร่อง ที่ได้อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ และสุดท้ายนี้ ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครแม่ หมอชุมชน และผู้ปกครองเด็กทุกคนที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาในการให้ข้อมูล

คณะผู้ประเมินโครงการฯ

กันยายน 2554

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ง
บทสรุป	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมา	1
1.2 วัตถุประสงค์การประเมินโครงการ	3
1.3 กรอบแนวคิดการประเมินโครงการ	3
1.4 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	4
1.5 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
บทที่ 2 วิธีดำเนินการ	13
2.1 รูปแบบการศึกษา	13
2.2 พื้นที่ศึกษา	14
2.3 กลุ่มเป้าหมาย	17
2.4 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล	17
2.5 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล	17
2.6 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล	18
2.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	18
2.8 การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	18
บทที่ 3 ผลการศึกษา	19
3.1 ข้อมูลของผู้ให้บริการ: หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ ผู้บริหารหรือผู้แทน ผู้ปฏิบัติงาน WCC คุณภาพ	20
3.2 ข้อมูลของผู้รับบริการ	104
3.3 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ	124
3.4 ผลลัพธ์ของโครงการ	133
3.5 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ และนวัตกรรมการทำงาน	151
บทที่ 4 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	171
เอกสารอ้างอิง	181
ภาคผนวก	183

สารบัญตาราง

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	
ตารางที่ 1.1 กิจกรรมบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ	12
บทที่ 2 วิธีดำเนินการ	13
ตารางที่ 2.1 จำนวนพื้นที่ศึกษาแยกรายจังหวัด (จังหวัดน่าน)	14
ตารางที่ 2.2 จำนวนพื้นที่ศึกษา แยกรายจังหวัด (จังหวัดเปรียบเทียบ)	14
บทที่ 3 ผลการศึกษา	19
ตารางที่ 3.1 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าคลินิกฯ ที่ให้ข้อมูลจำแนกตามระดับสถานบริการ	20
ตารางที่ 3.2 ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าคลินิก WCC	21
ตารางที่ 3.3 จำนวนและร้อยละของผู้บริหารที่รับผิดชอบงาน WCC คุณภาพที่ให้ข้อมูลจำแนกตามระดับสถานบริการ	22
ตารางที่ 3.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารที่รับผิดชอบงาน WCC คุณภาพ	23
ตารางที่ 3.5 การรับรู้ของผู้บริหารต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพจำแนกตามสถานบริการแต่ละระดับ และรายจังหวัด	24
ตารางที่ 3.6 จำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพจำแนกตามรายจังหวัด	28
ตารางที่ 3.7 เปรียบเทียบทัศนคติต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพของผู้ให้บริการจากการประเมินผลจำนวน 3 ครั้ง	73
ตารางที่ 3.8 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการจำแนกตามสถานที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ	104
ตารางที่ 3.9 ร้อยละของผู้เลี้ยงดูเด็กจำแนกตามลักษณะทั่วไป และสถานที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ	105
ตารางที่ 3.10 ร้อยละของกิจกรรมการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ ที่เด็กได้รับจำแนกตามประเภทของสถานบริการ	109
ตารางที่ 3.11 เปรียบเทียบความครบถ้วนของบริการที่ได้รับจากคลินิก WCC คุณภาพจำแนกตามสถานบริการ	113
ตารางที่ 3.12 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพจำแนกตามสถานบริการ	116
ตารางที่ 3.13 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจต่อคลินิก WCC คุณภาพโดยรวมจากการประเมินผล ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3	118

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 3.14 ร้อยละของสิ่งที่ต้องการพาเด็กมาตรวจในคลินิกสุขภาพเด็กดี จำแนกตามสถานบริการ	119
ตารางที่ 3.15 ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบบริการคลินิก WCC คุณภาพ	120
ตารางที่ 3.16 ประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ จากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง	121
ตารางที่ 3.17 ร้อยละของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ใช้บ่อยที่สุด จำแนกตามสถานบริการ	122
ตารางที่ 3.18 ร้อยละของการอ่านและบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จำแนกตามสถานบริการ	123
ตารางที่ 3.19 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ สอ./รพ.สต. ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามรายจังหวัด	124
ตารางที่ 3.20 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ	126
ตารางที่ 3.21 รูปแบบการกินนมของเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ของพื้นที่นาร่อง จากการประเมินผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 แยกรายจังหวัด	134
ตารางที่ 3.22 ภาพรวมรูปแบบการกินนมของเด็กที่ต่ำกว่า 6 เดือน ในพื้นที่นาร่อง ในการประเมินผล ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3	135
ตารางที่ 3.23 ร้อยละของเด็กในพื้นที่นาร่อง จำแนกตามรูปแบบการให้นม และอายุเด็ก จากการประเมินครั้งที่ 3	135
ตารางที่ 3.24 จำนวนและร้อยละของเด็ก จำแนกตามอาหารอื่นๆ ที่ได้รับ ภาพรวมและรายจังหวัด	136
ตารางที่ 3.25 รูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมเปรียบเทียบระหว่างคู่งังหวัดนาร่องและจังหวัด เปรียบเทียบในการประเมิน ครั้งที่ 3	137
ตารางที่ 3.26 ร้อยละของเด็กจำแนกตามรูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนม และพื้นที่	138
ตารางที่ 3.27 ร้อยละของเด็กอายุ 0-72 เดือน จำแนกตามภาวะโภชนาการ (น้ำหนักต่ออายุ)ปี ก่อนและหลังเริ่มโครงการ พื้นที่นาร่อง	139
ตารางที่ 3.28 ร้อยละของเด็กอายุ 0-72 เดือน จำแนกตามภาวะโภชนาการ (น้ำหนักต่ออายุ)ปี ก่อนเริ่มโครงการ พื้นที่เปรียบเทียบ	140
ตารางที่ 3.29 น้ำหนักต่ออายุเปรียบเทียบระหว่างคู่งังหวัดนาร่องและจังหวัดเปรียบเทียบ งวดที่ 4 ปีงบประมาณ 2553	141
ตารางที่ 3.30 ส่วนสูงต่ออายุเปรียบเทียบระหว่างคู่งจังหวัดนาร่องและจังหวัดเปรียบเทียบ งวดที่ 4 ปีงบประมาณ 2553	142

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 3.31	น้ำหนักต่อส่วนสูงเปรียบเทียบระหว่างคู่วัดนาร่องและจังหวัดเปรียบเทียบ งวดที่ 4 ปีงบประมาณ 2553
ตารางที่ 3.32	ร้อยละของลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็ก จำแนกตามพื้นที่นาร่อง และพื้นที่ควบคุม
ตารางที่ 3.33	ร้อยละของเด็กอายุระหว่าง 9-24 เดือน จำแนกตามพื้นที่และระดับพัฒนาการ (ทดสอบโดย Denver II)
ตารางที่ 3.34	ร้อยละของเด็กจำแนกตามระดับพัฒนาการและจังหวัด ในการประเมินครั้งที่ 3
ตารางที่ 3.35	ร้อยละของเด็กจำแนกตามระดับพัฒนาการจากการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ในจังหวัดนาร่อง
ตารางที่ 3.36	ร้อยละของเด็กจำแนกตามระดับพัฒนาการจากการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ในจังหวัดเปรียบเทียบ
ตารางที่ 3.37	ข้อมูลการบริการคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามรายจังหวัด
ตารางที่ 3.38	ข้อมูลการบริการคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามระดับสถานบริการ และรายจังหวัด
ตารางที่ 3.39	ข้อมูลการบริการคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกประเภทตามระดับสถานบริการ โดยรวม
ตารางที่ 3.40	ร้อยละของกิจกรรมในการให้บริการในคลินิก WCC คุณภาพที่ดำเนินการแล้ว จำแนกตามระดับสถานบริการ
ภาคผนวก	
ตารางภาคผนวกที่ 1	สรุปจำนวนหัวหน้าคลินิก WCC ที่แสดงทัศนคติเชิงบวกในแต่ละเรื่อง จำแนกตามระดับสถานบริการ
ตารางภาคผนวกที่ 2	สรุปจำนวนผู้บริหารหรือผู้แทนที่แสดงทัศนคติเชิงบวกในแต่ละเรื่อง จำแนกตามระดับสถานบริการ
ตารางภาคผนวกที่ 3	สรุปจำนวนสถานบริการที่ผู้ปฏิบัติงานแสดงทัศนคติเชิงบวกในแต่ละเรื่อง จำแนกตามระดับสถานบริการ
ตารางภาคผนวกที่ 4	ข้อเสนอปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ ของหัวหน้าคลินิก WCC จำแนกตามระดับสถานบริการ

สารบัญตาราง (ต่อ)

ภาคผนวก		หน้า
ตารางภาคผนวกที่ 5	ข้อเสนอปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ ของผู้บริหารหรือผู้แทน จำแนกตามระดับสถานบริการ	187
ตารางภาคผนวกที่ 6	ข้อเสนอปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ ของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC จำแนกตามระดับสถานบริการ	188
ตารางภาคผนวกที่ 7	ข้อเสนอแนะในการขยายผลคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามระดับ สถานบริการและผู้ตอบ	189
ตารางภาคผนวกที่ 8	สรุปรายละเอียดการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ จังหวัดนครศรีธรรมราช	190
ตารางภาคผนวกที่ 9	สรุปรายละเอียดการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์	191
ตารางภาคผนวกที่ 10	สรุปรายละเอียดการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ จังหวัดมหาสารคาม	192
ตารางภาคผนวกที่ 11	สรุปรายละเอียดการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ จังหวัดลพบุรี	193
ตารางภาคผนวกที่ 12	สรุปรายละเอียดการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ จังหวัดเชียงราย	194

สารบัญแผนภาพ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ

ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดการประเมินโครงการ WCC คุณภาพ	3
------------	--	---

บทที่ 2 วิธีดำเนินการ

ภาพที่ 2.1	รูปแบบการประเมินโครงการ	13
------------	-------------------------	----

บทที่ 3 ผลการศึกษา

ภาพที่ 3.1	จำนวนผู้บริหารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรฐานของคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามระดับสถานบริการ	27
ภาพที่ 3.2	สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ)	41
ภาพที่ 3.3	สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองผู้บริหาร)	50
ภาพที่ 3.4	สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ (มุมมองเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน)	57
ภาพที่ 3.5	สรุปปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ)	79
ภาพที่ 3.6	สรุปปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองผู้บริหาร)	86
ภาพที่ 3.7	ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน)	90
ภาพที่ 3.8	สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ)	95
ภาพที่ 3.9	สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองผู้บริหาร)	99
ภาพที่ 3.10	สรุปข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน)	103
ภาพที่ 3.11	สรุปการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ	132
ภาพที่ 3.12	FLOW CHART การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ ของสถานบริการระดับ รพท./รพศ.	152
ภาพที่ 3.13	FLOW CHART การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ ของสถานบริการระดับ รพช.	155
ภาพที่ 3.14	FLOW CHART การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ ของสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต.	158
ภาพที่ 3.15	สรุปกิจกรรมบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ (WCC คุณภาพ)	163
ภาพที่ 3.16	นวัตกรรม (Best Practices) ในการดำเนินงานคลินิก WCC	169
ภาพที่ 3.17	ปัจจัยความสำเร็จ ในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ	170

สารบัญกล่องสรุป

	หน้า
กล่องสรุปที่ 3.1 ทศนคติหรือความพึงพอใจของหัวหน้าคลินิก ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ	65
กล่องสรุปที่ 3.2 ทศนคติหรือความพึงพอใจของผู้บริหารต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ	69
กล่องสรุปที่ 3.3 ทศนคติหรือความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ	72

บทคัดย่อ



การประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ดำเนินการนำร่องใน 5 จังหวัด เป็นเวลา 2 ปี มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 3 ครั้ง โดยทีมวิจัยประเมินผลจากสถาบัน พัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดลครั้งแรกเมื่อเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2552 หลัง ดำเนินการไปแล้ว 6 เดือน ครั้งที่สองเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน 2553 หลังดำเนินการไปแล้ว 12 เดือน และครั้งที่สามในเดือนมกราคมถึงเมษายน 2554 หลังดำเนินการไปแล้ว 2 ปี ซึ่งเป็นการ ติดตามประเมินผลครั้งสุดท้ายของโครงการนำร่อง มีวัตถุประสงค์การประเมินผลโครงการฯ ได้แก่ 1) ประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน โดยประเมินปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข 2) ประเมินประสิทธิผลของระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ตามตัวชี้วัด output ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความ ครบถ้วนของบริการที่ได้รับตามวัยของเด็ก และผลลัพธ์ของโครงการ ได้แก่ ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และพัฒนาการเด็ก และ 3) เปรียบเทียบผลการประเมินโครงการ WCC คุณภาพ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 และเปรียบเทียบกับพื้นที่เปรียบเทียบ

พื้นที่ศึกษา ประกอบด้วย จังหวัดนำร่อง คือ จังหวัดเชียงราย ลพบุรี กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และนครศรีธรรมราช ส่วนจังหวัดเปรียบเทียบ ได้แก่ จังหวัดลำปาง สระบุรี สกลนคร ร้อยเอ็ด และ สุราษฎร์ธานี โดยประเมินสถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง และสุ่มประเมินอีก 2-3 อำเภอ โดยแต่ละอำเภอประเมินโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสุ่มประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง รวมตัวอย่างในพื้นที่นำร่อง 53 แห่ง คือ รพท./รพศ. 6 แห่ง รพช. 10 แห่ง และ รพ.สต. 37 แห่ง ในพื้นที่เปรียบเทียบ 45 แห่ง คือ รพท./รพศ. 6 แห่ง รพช. 9 แห่ง และ รพ.สต. 30 แห่ง

ประชากรที่ศึกษาและขนาดตัวอย่าง ประกอบด้วย

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์เปรียบเทียบระหว่างจังหวัดนำร่องและจังหวัด เปรียบเทียบ โดยภาวะโภชนาการเด็กใช้ข้อมูลจากทะเบียนการติดตามภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน จำนวน 3-5 คนต่อ คลินิกโดยให้ได้จำนวนไม่น้อยกว่า 30 คนต่อจังหวัด รวมเด็กที่ถูกสัมภาษณ์ 262 คน เรื่องพัฒนาการ เด็ก ใช้วิธีการทดสอบเด็กอายุระหว่าง 9 เดือนถึง 2 ปี ด้วยเครื่องมือ Denver II

ผู้ดูแลเด็กที่นำเด็กมารับบริการในวันเก็บข้อมูล ประเมินผลความพึงพอใจและความครบถ้วนของ บริการจำนวน 3-5 รายต่อคลินิก รวม 265 คน โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามที่ทีมประเมิน สร้างขึ้นตามมาตรฐานคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

ผู้ให้บริการ ประเมินความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข โดยสัมภาษณ์เชิงลึก หัวหน้าคลินิก 52 คน และสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน รวม 115 คน

ผู้บริหารของหน่วยงาน ซึ่งได้แก่ ผู้อำนวยการ รพท./รพศ. รพช. หรือผู้แทน และผู้อำนวยการ รพ.สต. ประเมินเช่นเดียวกับผู้ให้บริการ รวม 41 คน

อาสาสมัครสาธารณสุข ประเมินการมีส่วนร่วม โดยการสนทนากลุ่ม อสม. ทุกคนที่พบในวันเก็บข้อมูล จำนวน 54 คน

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ยังคงมีปัญหายอยู่ แต่ขนาดปัญหาลดลงจากการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาที่สำคัญคือ จำนวนผู้ปฏิบัติงาน และการสนับสนุนของผู้บริหาร การประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 3 พบว่า หัวหน้าคลินิก เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร หรือผู้แทนทุกคน มีทัศนคติเห็นด้วยกับงานคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ เนื่องจากเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อเด็ก

ความครบถ้วนของบริการที่เด็กพึงได้รับ พบว่า การประเมินการเจริญเติบโต และการประเมินพัฒนาการเด็กได้รับครบถ้วน เป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากการประเมินผล 2 ครั้งที่ผ่านมา แต่ยังมีเด็กร้อยละ 22.6 ที่ไม่ได้รับการประเมินพัฒนาการ ส่วนกิจกรรมอื่นยังครบถ้วนน้อย และเมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมทุกรายการ พบว่า เด็กร้อยละ 1.1 เท่านั้นที่ได้รับบริการครบถ้วนทุกรายการ เมื่อเปรียบเทียบความครบถ้วนของบริการระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า บริการที่ได้รับครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การประเมินภาวะโภชนาการ ส่วนคำแนะนำที่พึงได้รับตามช่วงวัยของเด็กที่ รพ.สต. ความครบถ้วนลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กิจกรรมบริการอื่นๆ และความครบถ้วนโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันจากการประเมินผลทั้ง 3 ครั้ง

ความพึงพอใจโดยรวมจากการประเมินผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า ผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่ รพท./รพศ. มีความพึงพอใจมากเพิ่มขึ้นจาก 2 ครั้งที่ผ่านมา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานบริการระดับอื่น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากไม่แตกต่างจากเดิม เรื่องที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ค่าบริการ (ร้อยละ 88.3) เนื่องจากผู้รับบริการไม่ต้องจ่ายค่าบริการแต่อย่างใด รองลงมา คือ การให้บริการฉีดยาวัคซีน (ร้อยละ 77.0) เป็นรูปแบบเดียวกันในทุกระดับของสถานบริการ และเป็นลักษณะเดียวกับการประเมินที่ผ่านมา

การประเมินผลครั้งที่ 3 พบสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. ที่มี อสม. มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ รวมจำนวน 14 แห่ง ส่วนคลินิก WCC คุณภาพของ รพช. และ รพท./รพศ. ไม่มี อสม. มาช่วยงาน ส่วนเหตุผลที่มาช่วยงานที่คลินิก WCC คุณภาพ คล้ายคลึงกันกับการประเมินผลที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องการมีจิตอาสาของ อสม.

ผลการศึกษาด้านผลลัพธ์ พบว่า ข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีที่ได้รับจากจังหวัดทั้ง 2 พื้นที่มีเฉพาะข้อมูลน้ำหนักต่ออายุ และมีเพียงจังหวัดลพบุรีที่มีข้อมูลปี 2553 ที่สมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการสอบถามผู้เลี้ยงดูเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 เดือน จำนวน 262 คนเกี่ยวกับอาหารที่ได้รับใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาพบว่า เด็กร้อยละ 29 ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวเพิ่มขึ้นจากการสอบถามครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยะหว่างพื้นที่นาร่องและพื้นที่เปรียบเทียบพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในพื้นที่นาร่องเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งแรก ในขณะที่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในพื้นที่เปรียบเทียบลดลงจากการประเมินครั้งแรก ส่วนพัฒนาการเด็กพบว่า ร้อยละ 15.39 ของเด็กในพื้นที่นาร่อง และร้อยละ 8.29 ของเด็กในพื้นที่เปรียบเทียบมีพัฒนาการรวมสงสัยล่าช้า ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามพบว่า เด็กในพื้นที่นาร่องมีพัฒนาการรวมสงสัยล่าช้า ลดลงจากร้อยละ 29.1 ในการประเมินครั้งแรก เหลือร้อยละ 15.39 ในการประเมินครั้งที่ 3 ส่วนพื้นที่เปรียบเทียบลดลงจากร้อยละ 18.9 เหลือร้อยละ 8.29

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ได้แก่ จำนวนและทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน การทำงานเป็นทีม การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีงบประมาณเพียงพอ มีสถานที่เอื้อ มีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นพร้อม มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีนโยบายเรื่องนี้ชัดเจน และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น ท้องถิ่น อสม. และผู้ดูแลเด็ก

ทีมประเมินมีข้อเสนอแนะในการขยายผล ประกอบด้วย กำหนดเป็นนโยบายสิทธิขั้นพื้นฐานที่เด็กทุกคนพึงได้รับ และดำเนินงานในสถานบริการที่มีศักยภาพและความพร้อมก่อนอย่างค่อยเป็นค่อยไป แล้วแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมทั้งปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือระบบการบริหารจัดการของสถานบริการแต่ละระดับในด้านต่างๆ ตามความเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องบุคลากร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เทคนิควิชาการ การให้วัคซีน และระบบส่งต่อ เป็นต้น



ABSTRACT



The Quality Well Child Care Clinic (WCC) Project was piloted in five provinces for two years. The project evaluation was conducted in three rounds by an evaluation team from the ASEAN Institute of Health Development, Mahidol University: first in May and June, 2009, six months after the initial launch of the project, next from February to April, 2010, after one year of implementation, and finally from January to April, 2011, after two years of operation. The objectives of the project evaluation were: 1) to assess problems and constraints during implementation including the involvement of village health volunteers in the project (VHV), 2) to assess the satisfaction of health providers and caregivers in regard to the project and of the degree to which WCC age-related activities involving children's health and well-being had been accomplished, 3) to assess the outcomes in regard to the nutritional status of children under five years old, exclusive of breast feeding status and child development, and 4) to compare the results for each round of the evaluation for participating areas with the results from control provinces.

The five pilot provinces were Chiang Rai, Lopburi, Mahasarakham, Kalasin and Nakhonsrithammarat. The five control provinces were Lampang, Saraburi, Roi-Et, Sakon Nakhon and Suratthani. In each province, the Muang District and two or three randomly-selected districts were selected. In each district the provincial or regional hospital and community hospital together with two randomly-selected primary care units (PCU) were study sites. The 53 sites in the study consisted of six provincial/regional hospitals, 10 community hospitals and 37 PCUs and the 45 control sites consisted of six provincial/regional hospitals, nine community hospitals and 30 PCUs.

The study population was composed of children under five years of age. The objectives were to assess their nutritional status by using the yearly routine record, to assess the breast feeding status of 262 children under six months of age by questioning child caregivers, and to assess child development by means of the Denver II screening test. A group of 265 child caregivers was interviewed to assess services received and the caregivers' satisfaction with WCC services as measured a structured questionnaire. Health providers (52 heads of WCC clinics and 115 staff members) and 41 administrators were interviewed to assess constraints in project implementation the satisfaction of the project; both an in-depth interview and a focus group discussion were held. Finally, a focus group discussion was conducted with 54 VHVs to assess their involvement in WCC activities.

The results show that problems and constraints in implementing the project still exist, especially a shortage of staff and weak support from directors, but the magnitude of the problems had been reduced. Fortunately, all providers and administrators had a positive attitude towards the project because it was a cost-effective way of assuring a child's future. Nutritional and developmental assessment were found to be more frequently and effectively provided compared with two previous evaluations, but 22.6 % of children still did not receive

development screening services. Only 1.1 % of children received full and complete WCC services. When compared with the results of the last two evaluations, the proportion of complete nutrition assessment had increased significantly, whereas the completeness of anticipatory guidance had decreased significantly. In regard to overall client's satisfaction, the proportion of respondents expressing high satisfaction had increased at provincial/regional hospitals, but not significantly; whereas others levels showed not change. The most satisfactory elements in the service category were fees (88.3 %) because they are free of charge, and vaccinations (77 %). This pattern was the same as that of the last two evaluations. VHV's were involved in WCC activities only at the PCU level. Their main motivation was a spirit of volunteerism.

Only weight for age information was available to assess the nutritional status of children under five. Unfortunately, the 2010 information was complete only for Lopburi province. The change in nutritional status in the pilot and control areas was not significant according to available information. The proportion of children being breast fed exclusive in the pilot areas had increased to 29%, a significant change from the first evaluation. In the third round of the evaluation, the rate of exclusive breast feeding did not differ significantly between the pilot and control areas. However, the rate in the pilot area had increased since the first round, whereas the rate in the control area had decreased. In the pilot area, 15.39% of children between nine and 24 months were suspected of having developmental delays as compared to only 8.29 % in the control area, a significant difference. The suspected rate for developmental delay in the pilot area had decreased from 29.1% to 15.39 %, and the suspected delay rate in the control area had decreased from 18.9% to 8.29 %.

Proposed key success factors are the number of staff members and their attitude, efficient team work, strong support from directors or heads of health units, sufficient budgets, appropriate points of service, sufficient basic and necessary equipment, efficient management, strong policy support and strong partnership with the community and with related networks.

In order for the project to expand effectively, a national agenda on the basic rights of children should be proposed, starting with health units that have potential and are ready in terms of manpower, material, management, budget and partnerships; services can be gradually increased. Periodic supervision and knowledge management are also required to exchange ideas and experience.



บทสรุป

การนำร่องโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ (โครงการ WCC คุณภาพ) ในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย ลพบุรี กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินการมาเป็นเวลา 2 ปี จึงได้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการเป็นครั้งที่ 3 ซึ่งเป็นการติดตามประเมินผลครั้งสุดท้ายของโครงการนำร่อง โดยทีมวิจัยประเมินผลของสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลการประเมินผลโครงการ WCC คุณภาพ ครั้งที่ 3 ซึ่งได้เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2554

วัตถุประสงค์การประเมินผลโครงการ WCC คุณภาพ ครั้งที่ 3

1. ประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน โดยประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
2. ประเมินประสิทธิผลของระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ตามตัวชี้วัด output ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความครบถ้วนของบริการที่ได้รับตามวัยของเด็ก และผลลัพธ์ของโครงการ ได้แก่ ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และพัฒนาการเด็ก
3. เปรียบเทียบผลการประเมินโครงการ WCC คุณภาพ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 และเปรียบเทียบกับพื้นที่เปรียบเทียบ

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่นำร่องโครงการ WCC คุณภาพ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขนาด 150 เตียง 1 แห่ง รพช. ขนาด 90 เตียง 5 แห่ง รพช. ขนาด 60 เตียง 1 แห่ง รพช. ขนาด 30 เตียง 5 แห่ง PCU 18 แห่ง และ สถานีอนามัย (สอ.) 18 แห่ง (ปัจจุบัน PCU และ สอ. เปลี่ยนสถานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชื่อย่อคือ รพ.สต.) รวมจำนวนพื้นที่ศึกษาทั้งหมด 54 แห่ง แต่ในภาคปฏิบัติ โรงพยาบาลทุ่งสงไม่มีการจัดคลินิก WCC คุณภาพ เนื่องจากมอบหมายให้ PCU เป็นสถานที่รับผิดชอบให้บริการ โรงพยาบาลมีหน้าที่รับการส่งต่อกรณีที่มีปัญหา ส่วนโรงพยาบาลหัวไทรเปิดคลินิก WCC นอก

โรงพยาบาลในรูป PCU ดังนั้น โดยสรุปมีการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ในพื้นที่ศึกษา 53 แห่ง คือ รพท./รพศ. 6 แห่ง รพช. 10 แห่ง และ รพ.สต. 37 แห่ง

ส่วนพื้นที่เปรียบเทียบ ได้แก่ จังหวัดลำปาง สระบุรี สกลนคร ร้อยเอ็ด และสุราษฎร์ธานี โดยประเมินสถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง และสุม่ประเมินอีก 2 อำเภอ ในแต่ละอำเภอ ประเมินโรงพยาบาล และสุม่ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง

ประชากรที่ศึกษาและขนาดตัวอย่าง

- เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์
 - 1) ภาวะโภชนาการของเด็ก ใช้ข้อมูลจากทะเบียนการติดตามภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ที่จัดเก็บอยู่แล้วมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนเริ่มโครงการ
 - 2) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน จำนวน 3-5 คนต่อคลินิก โดยให้ได้จำนวนไม่น้อยกว่า 30 คนต่อจังหวัด รวมเด็กที่ถูกสัมภาษณ์ 262 คน
 - 3) พัฒนาการเด็ก โดยการทดสอบเด็กอายุระหว่าง 9 เดือนถึง 2 ปี ด้วยเครื่องมือ Denver II
- ผู้ดูแลเด็กที่นำเด็กมารับบริการในวันเก็บข้อมูล ประเมินผลความพึงพอใจ และความครบถ้วนของบริการ จำนวน 3-5 รายต่อคลินิก รวม 265 คน
- ผู้ให้บริการ ประเมินความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข โดยสอบถามหัวหน้าคลินิก 52 คน ผู้ปฏิบัติงาน รวม 115 คน
- ผู้บริหารของหน่วยงาน ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพท./รพศ. รพช. หรือผู้แทน และผู้อำนวยการ รพ.สต. ประเมินเช่นเดียวกับผู้ให้บริการ รวม 41 คน
- อาสาสมัครสาธารณสุข ประเมินการมีส่วนร่วม โดยสอบถามทุกคนที่พบในวันเก็บข้อมูล จำนวน 54 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบริการ และความครบถ้วนของบริการ WCC คุณภาพที่ได้รับของผู้รับบริการ นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์
- ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการ นำเสนอโดยวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

- ข้อมูล Outcomes เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ รวบรวมจากรายงานจัดเก็บอยู่เป็นประจำ นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งได้จากการสอบถาม และข้อมูลพัฒนาการซึ่งได้จากการทดสอบ นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน
- วิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติไครส์แควร์ Z-test, Fisher Exact test และ Friedman test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ยังคงมีปัญหาเหล่านี้ แต่ขนาดปัญหาลดลงจากการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

1) ปัญหาด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อย และไม่เพียงพอต่อกิจกรรมตามมาตรฐาน WCC คุณภาพ เจ้าหน้าที่โยกย้าย ขาดการส่งต่อให้ผู้รับผิดชอบคนใหม่ ส่วนความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์การทำงานคลินิก WCC คุณภาพของเจ้าหน้าที่มีการอบรมครอบคลุมมากขึ้น ยกเว้นผู้ที่เพิ่งจบใหม่ และมีการขอความร่วมมือจาก อสม. หรืออาสาสมัครแม่ มาช่วยเหลือในกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน โดยเฉพาะที่ รพ.สต.

2) ปัญหาด้านผู้รับบริการ ประกอบด้วย ขาดความรู้ความเข้าใจ ความสนใจ และความเอาใจใส่ในกิจกรรมการให้บริการ ความคับคั่งของผู้รับบริการ ผู้รับบริการไม่มารับบริการหรือลืมามารับบริการตามนัด ปัญหาด้านภาษาหรือการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ ปัญหาการอพยพแรงงานหรือย้ายถิ่นของผู้ปกครองและเด็ก โดยหลายแห่งมีการปรับการให้บริการ เช่น นัดเด็กตามกลุ่มอายุ และเพิ่มวันให้บริการ เป็นต้น

3) ปัญหาด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ บางแห่งยังขาดแคลนเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานต่างๆ สำหรับให้บริการในคลินิก เกือบทุกแห่งขาดแคลนเครื่องมือตรวจพิเศษบางประเภท เช่น เครื่องมือตรวจการได้ยิน บางแห่งไม่มีชุดตรวจพัฒนาการเด็ก ขาดแคลนเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆ จำพวกยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กและวิตามิน บางแห่งขาดแคลนของเล่นเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กประเภทต่างๆ ขาดแคลนสื่อและเอกสารความรู้ต่างๆ เพื่อให้สุศึกษาและจัดโรงเรียนพ่อแม่ หลายแห่งได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงานเพิ่มขึ้น โดย รพ.สต. หลายแห่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) ปัญหาด้านสถานที่ให้บริการ คือ สถานที่ค่อนข้างคับแคบ ไม่เป็นสัดส่วน ยังไม่เป็นพื้นที่คลินิก WCC โดยเฉพาะที่ ระดับ รพท./รพศ. และ รพช. ขณะนี้มีบางแห่งที่ได้สถานที่ใหม่ที่เป็นสัดส่วนมากกว่าเดิม

5) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย ปัญหาด้านการประสานความร่วมมือในการทำงาน การให้บริการ WCC คุณภาพยังไม่ครบถ้วนและเต็มรูปแบบ เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างจริงจัง ระบบบริหารจัดการยังไม่มีมาตรฐานชัดเจน และปัญหาด้านการบริหารจัดการวัคซีน

6) ปัญหาภาระงานด้านข้อมูลเอกสาร ประกอบด้วย การจัดเก็บข้อมูลที่ค่อนข้างซ้ำซ้อน และไม่มีแบบประเมินพัฒนาการเด็กที่เป็นมาตรฐาน

7) เมื่อเปรียบเทียบปัญหาอุปสรรคจากการประเมินผลครั้งที่ผ่านมา พบว่า ลักษณะปัญหายังคงเช่นเดิม แต่ขนาดของปัญหาค่อนข้างลดลง เนื่องจากได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาละเอียดเรื่องไปพอสมควร

2. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

การประเมินผลโครงการครั้งที่ 3 พบว่า หัวหน้าคลินิกทุกคนมีทัศนคติเห็นด้วยกับการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ส่วนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทุกคนมีทัศนคติเห็นด้วยเช่นกัน เช่นเดียวกับผู้บริหารหรือผู้แทนทุกคน

ส่วนเหตุผลของการมีทัศนคติดังกล่าว มีความคล้ายคลึงกันกับการประเมินผลครั้งที่ผ่านมากล่าวคือ คลินิก WCC คุณภาพ มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ตลอดจนระบบการทำงานมีความชัดเจน และเหตุผลที่เพิ่มเติมในช่วงหลัง คือ การได้รับการสนับสนุนที่ดีจากผู้บริหาร ทำให้มีเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการทำกิจกรรมครบถ้วน มีการพัฒนาสถานที่ให้เป็นสัดส่วน สอดคล้องกับกิจกรรมที่จำเป็นของคลินิก WCC คุณภาพ เช่น สถานที่จัดโรงเรียนพ่อแม่ เป็นต้น ส่วนระดับ สอ./รพ.สต. มักประสบปัญหาด้านผู้รับบริการ ซึ่งมีความเร่งรีบในบางครั้ง และต้องการเพียงการรับวัคซีนให้เด็กเท่านั้น ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจให้มากขึ้น สิ่งที่น่าเป็นห่วงอีกประการหนึ่ง คือ ยังมีหัวหน้าหน่วยงานระดับ สอ./รพ.สต.จำนวนหนึ่งที่ไม่รู้จักการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญงานสาธารณสุขจังหวัด และ MCH Board ระดับจังหวัดและอำเภอ ต้องรีบเร่งทำความเข้าใจ เพราะหากหัวหน้าหน่วยงานเข้าใจและเห็นความสำคัญของเรื่องนี้ จะส่งผลต่อการสนับสนุนการดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ความครบถ้วนของบริการที่พึงได้รับ

ความครบถ้วนของบริการที่พึงได้รับ พบว่า เด็กร้อยละ 10.9 ไม่ได้ถูกชักประวัติที่เกี่ยวข้องโดยพบสัดส่วนที่สูงในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. มีเด็กเพียงร้อยละ 17.7 ที่ได้รับการชักประวัติครบถ้วนตามช่วงวัย ลดลงจากการประเมินครั้งที่ 2 เด็กทุกคนได้รับการประเมินการเจริญเติบโต มีเพียงร้อยละ 55.8 ที่ได้รับครบถ้วน กล่าวคือ มีการชั่ง วัด และแจ้งผลครบถ้วนต่อผู้เลี้ยงดูเด็ก แต่เป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากการประเมิน 2 ครั้งที่ผ่านมา โดยสัดส่วนต่ำสุดที่ระดับ สอ./รพ.สต. ส่วนการประเมินพัฒนาการพบว่า ร้อยละ 72.8 ของเด็กที่ได้รับการนี้ครบถ้วน กล่าวคือ มีการประเมินและแจ้งผลเพิ่มขึ้นจากการประเมินที่ผ่านมา แต่ยังมีเด็กร้อยละ 22.6 ที่ไม่ได้รับการประเมินพัฒนาการ มี



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

เด็กเพียงร้อยละ 12.8 ที่ได้รับการตรวจร่างกายครบถ้วนตามช่วงวัย เป็นสัดส่วนที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากการประเมินที่ผ่านมา ร้อยละ 43.4 ของเด็ก ได้รับการตรวจพิเศษครบถ้วนตามช่วงวัย ที่พบบ่อย คือ ฟัน ซึ่งพบในสัดส่วนที่สูงในระดับ รพท./รพศ. และครอบครัว ร้อยละ 9.1 เท่านั้นที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กครบถ้วนตามวัย และเมื่อวิเคราะห์ภาพรวมทุกรายการ พบว่า เด็กร้อยละ 11 เท่านั้นที่ได้รับการครบถ้วนทุกรายการ

เมื่อเปรียบเทียบความครบถ้วนของบริการระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า บริการที่ได้รับครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การประเมินภาวะโภชนาการ ส่วนคำแนะนำที่พึงได้รับตามช่วงวัยของเด็กที่ รพ.สต. มีความครบถ้วนลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกิจกรรมบริการอื่นๆ และความครบถ้วนโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันจากการประเมินผลทั้ง 3 ครั้ง

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

เรื่องที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ค่าบริการ (ร้อยละ 88.3) เนื่องจากผู้รับบริการไม่ต้องจ่ายค่าบริการแต่อย่างใด รองลงมา คือ การให้บริการฉีดวัคซีน (ร้อยละ 77.0) เป็นรูปแบบเดียวกันในทุกระดับของสถานบริการ และเป็นลักษณะเดียวกับการประเมินที่ผ่านมา เรื่องที่ผู้รับบริการระดับ สอ./รพ.สต. มีความพึงพอใจน้อย ได้แก่ การให้ความรู้รายกลุ่ม (ร้อยละ 13.4) สื่ออุปกรณ์ในการให้ความรู้ (ร้อยละ 14.7) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจโดยรวมจากการประเมินผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า ผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่สถานบริการระดับ รพท./รพศ. มีความพึงพอใจมากขึ้นจากครั้งที่ผ่านๆ มา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานบริการระดับอื่น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจไม่แตกต่างจากเดิม

5. การมีส่วนร่วมของ อสม.

การประเมินผลครั้งนี้ สอ./รพ.สต. ที่มี อสม. มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ มีจำนวน 14 แห่ง ส่วนคลินิก WCC คุณภาพที่ รพช. และ รพท./รพศ. ไม่มี อสม. มาช่วยงาน โดย อสม. ที่มาช่วยงานคลินิก WCC คุณภาพ จากการประเมินผลครั้งที่ 3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ส่วนเหตุผลที่มาช่วยงานที่คลินิก WCC คุณภาพ คล้ายคลึงกันกับการประเมินผลที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการมีจิตอาสาของ อสม. อยากช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ สอ./รพ.สต. ที่มีภาระงานมาก และโดยส่วนตัวชอบงานอนามัยแม่และเด็ก สำหรับปัญหาอุปสรรคพบน้อย มีเพียงการยอมรับจากครอบครัวในช่วงแรกๆ แต่ต่อมาเมื่อ อสม. มีความรู้มากขึ้นจึงได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีจากผู้รับบริการ ดังนั้น อสม. จึงมีความต้องการฝึกอบรมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเด็ก พัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการ วัคซีน และการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

ผลลัพธ์**1. ภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี**

ข้อมูลส่วนนี้ใช้ข้อมูลที่จัดเก็บตามระบบปกติของจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบตั้งแต่ช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ก่อนปีงบประมาณ 2552) 3 ปีเป็นอย่างน้อยกับข้อมูลปัจจุบัน พบว่า ข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ของปีงบประมาณ 2553 มีเพียงจังหวัดลพบุรีที่มีข้อมูลน้ำหนักต่ออายุเด็กสมบูรณ์ ส่วนข้อมูลส่วนสูงต่ออายุและน้ำหนักต่อส่วนสูงทุกจังหวัดไม่มีที่ครบถ้วน ได้วิเคราะห์ข้อมูลโภชนาการเพิ่มเติมจากรายงาน 18 แห่งของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข โดยเปรียบเทียบคู่จังหวัดน่านและจังหวัดเปรียบเทียบ พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความถูกต้องของข้อมูลดังกล่าวนี้ต้องทบทวนอีกครั้ง

2. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการสอบถามผู้เลี้ยงดูเด็กที่เด็กมีอายุต่ำกว่า 6 เดือน จำนวน 262 คน เกี่ยวกับอาหารที่ได้รับใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา พบว่า เด็กร้อยละ 29 ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการสอบถามครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อแยกรายจังหวัด พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ลดลงในจังหวัดเชียงรายและมหาสารคาม เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 2 และแนวโน้มของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว โดยช่วงเดือนแรก จะมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ขึ้นกับอายุเด็ก โดยเด็กอายุ 1 เดือนได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวสูงถึงร้อยละ 83.3 หลังจากนั้น อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวจะค่อยๆ ลดลง และลดลงอย่างมาก เมื่อเด็กอายุ 5-6 เดือน เหลือเพียงร้อยละ 3.9 ซึ่งความแตกต่างของสัดส่วนดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ อาหารอื่นๆ ที่เด็กได้รับ พบว่า ข้าวเป็นอาหารยอดนิยม รองลงมา คือ อาหารเสริมซีรีเล็ก และกล้วยตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยะหว่างพื้นที่น่านและพื้นที่เปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในพื้นที่น่านเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งแรก ในขณะที่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในพื้นที่เปรียบเทียบลดลงจากการประเมินครั้งแรก

3. พัฒนาการเด็ก

จากการทดสอบด้วย Denver II พบว่า ร้อยละ 15.39 ของเด็กในพื้นที่น่าน และร้อยละ 8.29 ของเด็กในพื้นที่เปรียบเทียบ มีพัฒนาการรวมสงสัยล่าช้า ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจังหวัดกาฬสินธุ์มีเด็กพัฒนาการรวมสงสัยล่าช้าสูงกว่าจังหวัดอื่น และสูงกว่าคู่จังหวัดเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามพบว่าเด็กในพื้นที่น่านมีพัฒนาการรวมสงสัยล่าช้าลดลงจากร้อยละ 29.1 ในการประเมินครั้งแรก เหลือร้อยละ 15.39 ในการประเมินครั้งที่สาม (ลดลงร้อยละ 13.8) โดยจังหวัดที่มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ เชียงรายและกาฬสินธุ์และเด็กในพื้นที่



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

เปรียบเทียบมีพัฒนาการรวมสงสัยล่าช้าลดลงจากร้อยละ 18.9 ในการประเมินครั้งแรก เหลือร้อยละ 8.29 ในการประเมินครั้งที่สาม (ลดลงร้อยละ 10.6) โดยเฉพาะจังหวัดลำปาง

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ ได้แก่

- บุคลากร (Man)
 - 1) ความเพียงพอของผู้ปฏิบัติงาน
 - 2) ใจรักงานที่ทำ
 - 3) องค์กรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
 - 4) การทำงานเป็นทีม
 - 5) การมีที่ปรึกษาที่ดี
 - 6) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ผู้บริหาร (Master) เห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนเต็มที่
- งบประมาณ (Money) เพื่อจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ
- การบริหารจัดการ (Management)
 - 1) มีระบบการบริหารจัดการที่ดี
 - 2) พัฒนาระบบบริการให้ได้คุณภาพดีขึ้นโดยลำดับตามความพร้อม
 - 3) ประชุมหารือร่วมกันทุกฝ่าย เพื่อแก้ไขปัญหาการทำงาน
 - 4) ติดตามและนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง
 - 5) ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพผ่านสื่อช่องทางต่างๆ
- สถานที่ และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ (Material)
 - 1) ความพร้อมของสถานที่
 - 2) เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ พร้อมสำหรับให้บริการ
- นโยบาย (Policy)
 - 1) มีนโยบายการทำงานที่ชัดเจนจากส่วนกลาง
 - 2) การสื่อสารประชาสัมพันธ์งานคลินิก WCC คุณภาพผ่านสื่อมวลชนประเภทต่างๆ
 - 3) สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- การมีส่วนร่วม (Participation)
 - 1) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง
 - 2) ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ เช่น ท้องถิ่น อสม.
 - 3) การประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ข้อเสนอแนะในการขยายผล

1. ควรดำเนินงานในสถานบริการที่มีศักยภาพและความพร้อม โดยศึกษาถึงข้อจำกัด บริบท ความพร้อมของแต่ละสถานบริการ และดำเนินงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือระบบการบริหารจัดการของสถานบริการแต่ละระดับในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องบุคลากร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เทคนิควิชาการ การให้วัคซีน และระบบส่งต่อ เป็นต้น
2. เด็กควรได้รับประโยชน์ และได้รับบริการที่มีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ หากได้ดำเนินงาน WCC คุณภาพเหมือนกันทุกจังหวัด เด็กก็จะได้รับบริการที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดหลักของสิทธิประโยชน์เด็ก และของโรงพยาบาลสายใยรักทุกระดับ
3. จัดทำคู่มือปฏิบัติงานคลินิก WCC คุณภาพ เพื่อใช้เป็นแหล่งอ้างอิงในการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
4. ควรสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน จัดสรรเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ครบถ้วน รวมทั้งการตรวจพิเศษต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น
5. ติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานและนวัตกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ



บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความเป็นมา

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศที่กำหนดขึ้นตามกฎหมายบัตรสหประชาชาติ ที่เห็นว่า เด็กมีสิทธิพิเศษที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครอง มีข้อบัญญัติที่ครอบคลุมหลักสำคัญ 4 ประการของสิทธิเด็ก คือ สิทธิที่จะอยู่รอด สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครอง และ สิทธิการมีส่วนร่วม และประเทศไทยได้ลงนามในภาคยานุวัติสาร เข้าเป็นภาคี เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2535 และอนุสัญญามีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2535 (กระทรวงการต่างประเทศ, 2544)

หากมองการดำเนินงานเพื่อเด็กด้านสุขภาพที่ผ่านมา จะเห็นว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างดียิ่งในการทำให้เด็กเกิดรอด โดยอัตราการตายของเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ลดลงจาก 84.2 คนต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2507 เหลือ 40.7 คน และ 11.3 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2527 และ พ.ศ. 2549 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) แต่เมื่อเด็กเกิดรอดแล้ว ได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพมาน้อยเพียงใด เป็นสิ่งที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และระยะยาว จากการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เกี่ยวกับสถานะสุขภาพ พัฒนาการ และการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย ปี 2542 พบว่าเด็กอายุ 1-2 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 21.8 ในขณะที่เด็กอายุ 4 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 37.1 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2544) และเมื่อสำรวจซ้ำอีกครั้ง ในปี 2550 พบว่าร้อยละ 25.1 ของเด็กอายุ 1-2 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และร้อยละ 42.1 ของเด็กอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (สุขจิริง ว่องเดชากุล, 2550) นั่นคือเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้าในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากเมื่อ 8 ปีที่ผ่านมา และจากการศึกษาของโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย เมื่อปี 2544 พบว่าเด็กอายุ 12-35 เดือน มีคะแนนพัฒนาการโดยรวม 102.5 และร้อยละ 20.6 มีพัฒนาการค่อนข้างช้า และช้ากว่าปกติ เด็กอายุ 36-71 เดือน มีคะแนนพัฒนาการเฉลี่ยเมื่อทดสอบด้วยการวาดรูปทรงเรขาคณิตเท่ากับ 94.7 โดยร้อยละ 55.6 มีพัฒนาการค่อนข้างช้า และช้ากว่าปกติ เด็กอายุ 6 -< 13 ปี มีคะแนนเชาวน์ปัญญาเฉลี่ย 91.2 โดยร้อยละ 66 มีระดับเชาวน์ปัญญาค่อนข้างช้าและช้ากว่าปกติ ส่วนเด็กอายุ 13-18 ปี มีคะแนนเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 89.9 โดยร้อยละ 66 มีระดับเชาวน์ปัญญาค่อนข้างช้าและช้ากว่าปกติ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ, 2547) ซึ่งจะเห็นว่า คะแนนพัฒนาการและเชาวน์ปัญญาของเด็กไทยลดลงตามอายุ และสัดส่วนของเด็กไทยที่มีพัฒนาการค่อนข้างล่าช้าและช้ากว่าปกติมากขึ้นตามอายุ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

การที่เด็กจะมีพัฒนาการที่ดีเต็มตามศักยภาพ และเจริญเติบโตสมวัยนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การเจ็บป่วย การอบรมเลี้ยงดู และสภาพของครอบครัวและชุมชน (Nature and/or Nurture) ซึ่งทฤษฎีด้านพัฒนาการเด็กเกือบทั้งหมด ให้ความสำคัญของปัจจัยหลักทั้ง 2 ด้าน (Berk LE, 2003) ดังนั้น การให้ความรู้แก่ครอบครัว การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ ของเด็กเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังด้านโภชนาการ และการตรวจพัฒนาการเด็ก โดยผ่านการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี จึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็น และเป็นบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่เด็กทุกคนพึงได้รับ นอกเหนือจากการได้รับวัคซีนป้องกันโรค

จากการประเมินสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดี ของศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ เมื่อปี พ.ศ.2549 พบว่าสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีขั้นตอนการให้บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีคล้ายคลึงกัน แต่คุณภาพของบริการจะมีความแตกต่างกัน ในคลินิกที่มีจำนวนผู้มารับบริการคับคั่ง แต่มีผู้ให้บริการจำนวนน้อย จำเป็นต้องให้บริการอย่างเร่งรีบ ทำให้ความสมบูรณ์ของบริการแต่ละขั้นตอนไม่ครบสมบูรณ์ และไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแล อาทิ ไม่มีการประเมินพัฒนาการเด็ก มีการวัดน้ำหนักและส่วนสูงแต่ไม่มีการแปลผล ไม่มีเวลาในการให้คำปรึกษาปัญหาเฉพาะราย เน้นเฉพาะการได้รับวัคซีน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบอุปสรรคที่จำเป็นในการให้บริการ ไม่ได้มาตรฐาน หรือขาดแคลน ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพของบริการ (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ, 2549)

กรมอนามัยตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี จึงได้ดำเนินโครงการจัดระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพขึ้น (โครงการ WCC คุณภาพ) โดยร่วมกับจังหวัดนาร่อง 5 จังหวัดดำเนินโครงการ โดยใช้ข้อแนะนำจากคณะทำงานวิชาการ โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพของบริการ โดยคำนึงถึงความจำเป็นของบริการที่เด็กแต่ละช่วงวัยพึงได้รับ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินและสังเกตการเปลี่ยนแปลง การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ การวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มต้นและให้การดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว การให้คำปรึกษาแนะนำในทุกๆ ด้านตามช่วงวัยของเด็ก บริการคลินิกสุขภาพเด็กดีตามข้อแนะนำดังกล่าว เน้นความต่อเนื่องของการดูแลเด็ก และการเชื่อมโยงเครือข่ายของบริการที่ชัดเจนขึ้น และกำหนดขึ้นตามข้อมูลเชิงประจักษ์จากการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งยืนยันได้ชัดเจนว่าพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพระยะยาวเมื่อเติบโตขึ้น

เนื่องจากการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ มีบริการที่จำเป็นเพิ่มขึ้นจากที่เคยปฏิบัติ รวมทั้งจำนวนครั้งที่เพิ่มขึ้น การบริหารจัดการ การให้บริการภายใต้บุคลากรที่มีจำนวนจำกัด จึงเป็นสิ่งสำคัญ

การนาร่องโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ มีระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี ตั้งแต่ ตุลาคม 2550 จนถึงกันยายน 2553 ดังนั้นเพื่อให้การประเมินผลโครงการมีความชัดเจนและโปร่งใส กรมอนามัย จึงเห็นควรให้สถาบันภายนอกเป็นผู้ดำเนินการดังกล่าว และสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล (ชื่อเดิม สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน) ได้มีส่วนร่วมในการประเมินโครงการดังกล่าวนี้

รายงานนี้ นำเสนอข้อมูล การประเมินโครงการ WCC คุณภาพ ครั้งที่ 3 หลังจากที่ได้ดำเนินงานไปแล้ว 2 ปี เมื่อเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2554 หลังการประชุมชี้แจงก่อนเริ่มโครงการซึ่งจัดขึ้นระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงมกราคม 2552

1.2 วัตถุประสงค์การประเมินโครงการ

- 1) ประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน โดยประเมินปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข
- 2) ประเมินประสิทธิผลของระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ตามตัวชี้วัด output และ outcome ของโครงการ
- 3) เปรียบเทียบผลการประเมินโครงการ WCC คุณภาพ ทั้ง 3 ครั้ง

1.3 กรอบแนวคิดการประเมินโครงการ (ดังภาพที่ 1.1)

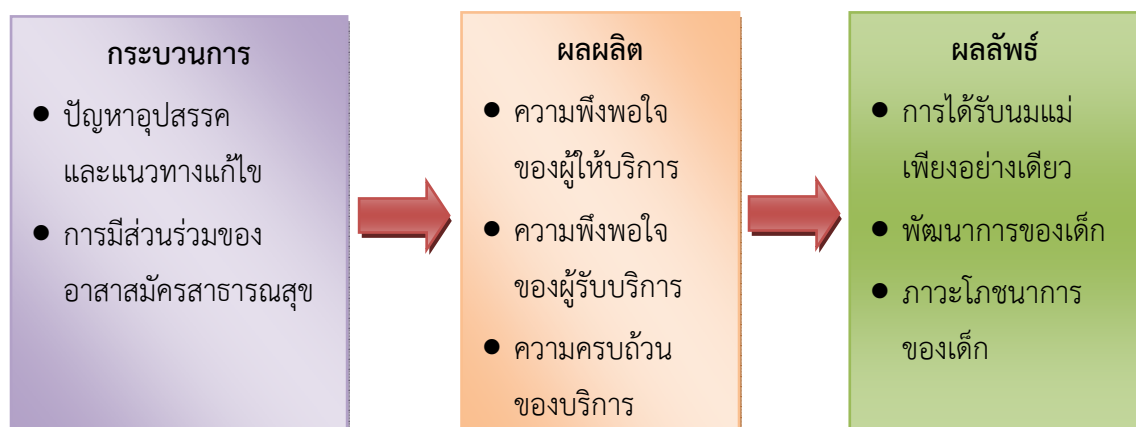
การประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนแรก คือ การประเมินกระบวนการ โดยศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขของการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 คือ การประเมินผลผลิตของโครงการ โดยศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการ หรือทัศนคติของผู้ให้บริการ ต่อการดำเนินงานโครงการ WCC คุณภาพ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความครบถ้วนของบริการ WCC คุณภาพที่ได้รับ

ส่วนที่ 3 คือ ผลลัพธ์ของโครงการ ได้แก่ การกินนมแม่แต่เพียงอย่างเดียวของเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน พัฒนาการของเด็ก และภาวะโภชนาการของเด็ก

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการประเมินโครงการ WCC คุณภาพ





1.4 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

1. บริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ หมายถึง บริการที่จัดให้แก่เด็ก 0-5 ปี ตามข้อกำหนดที่กรมอนามัยจัดทำขึ้น โดยข้อเสนอแนะของคณะทำงานวิชาการ โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
2. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข หมายถึง ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ที่ผู้ให้บริการรับรู้และระบุ จากการดำเนินงานให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ รวมทั้งแนวทางแก้ไขที่ได้ดำเนินการ เพื่อให้ปัญหาดังกล่าวบรรเทาลง วัตถุประสงค์โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง รูปแบบ บทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขในคลินิกสุขภาพเด็กดี รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน วัตถุประสงค์โดยการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น
4. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ เกี่ยวกับการดำเนินงานตามข้อกำหนดและเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นโยบายสนับสนุน ค่าตอบแทน วัสดุ อุปกรณ์ การพัฒนาคน ขวัญ กำลังใจ ประเมินโดยการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์เชิงลึก
5. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการ คือ บริการที่ได้จากคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ประเมินโดยการทำ Exit Interview ผู้ดูแลเด็ก
6. ความครบถ้วนของบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ หมายถึง การที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับบริการทุกอย่างครบถ้วนตามเกณฑ์อายุ ตามข้อกำหนดที่กรมอนามัยจัดทำขึ้น จากผู้ให้บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ วัตถุประสงค์โดยการทำ Exit Interview จากผู้ดูแลเด็ก
7. ภาวะโภชนาการของเด็ก หมายถึง น้ำหนักต่ออายุ เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของเด็กไทย ประเมินจากข้อมูลที่จัดเก็บตามระบบปกติของโรงพยาบาลและสถานอนามัย (ปัจจุบันส่วนใหญ่เปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือชื่อย่อว่า รพ.สต.)
8. พัฒนาการของเด็ก หมายถึง ความสามารถที่เด็กทำได้เต็มที่ตามศักยภาพของวัย วัตถุประสงค์โดยใช้ Denver II
9. ทารกได้กินนมแม่อย่างเดียว หมายถึง การที่ทารกได้รับนมแม่แต่เพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ให้อาหารอื่น หรือนมผสม หรือน้ำ วัตถุประสงค์โดยการสอบถามผู้ดูแลเด็กที่พาเด็กอายุ <6 เดือนมารับวัคซีน เกี่ยวกับอาหารและนมที่ได้รับเมื่อ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

1.5 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1) สิทธิเด็ก (กระทรวงการต่างประเทศ, 2544)

ประเทศไทยได้ลงนามในภาคยานุวัติสารเข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2535 และอนุสัญญามีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2535 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศที่กำหนดขึ้นตามหลักการของกฎบัตรสหประชาชาติ อนุสัญญามีข้อบัญญัติ 54 ข้อ ซึ่งว่าด้วยสิทธิเด็กที่พึงได้รับความคุ้มครองจากการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้เด็กพัฒนาได้อย่างเต็มที่ ในบรรยากาศแห่งความผาสุก ความรัก และความเข้าใจ โดยมีหลักการสำคัญ คือ

1. สิทธิการมีชีวิต หรืออยู่รอด
2. สิทธิที่จะได้รับการพัฒนาให้เจริญเติบโตเต็มตามศักยภาพ
3. สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองช่วยเหลือจากภัยอันตรายต่างๆ
4. สิทธิการมีส่วนร่วม มีเสรีภาพในการแสดงออก

ข้อที่ 24 ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ระบุสิทธิเด็กเกี่ยวกับมาตรฐานสาธารณสุข ไว้ดังนี้

1. รัฐภาคียอมรับในสิทธิของเด็กที่จะได้รับมาตรฐานสาธารณสุขที่สูงที่สุดเท่าที่จะหาได้ และสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ รัฐภาคีจะพยายามดำเนินการที่จะประกันว่าไม่มีเด็กคนใดถูกกลั่นแกล้งสิทธิในการรับบริการดูแลสุขภาพ เช่นว่านั้น
2. รัฐภาคีจะให้มีการปฏิบัติตามซึ่งสิทธินี้อย่างเต็มที่ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะดำเนินการมาตรการที่เหมาะสมดังนี้
 - ก) ลดการเสียชีวิตของทารกและเด็ก
 - ข) ประกันให้มีการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่จำเป็น และการดูแลสุขภาพแก่เด็กทุกคน โดยเน้นการพัฒนาการดูแลสุขภาพขั้นปฐม
 - ค) ต่อสู้กับโรคภัยและทุพโภชนาการ รวมทั้งที่อยู่ภายในขอบข่ายของการดูแลสุขภาพขั้นปฐม ซึ่งนอกเหนือจากวิธีการอื่นแล้วยังดำเนินการโดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่พร้อมแล้ว และโดยการจัดหาอาหารที่ถูกหลักโภชนาการและน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ โดยพิจารณาถึงอันตรายและความเสี่ยงของมลภาวะแวดล้อม
 - ง) ประกันให้มีการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมแก่มารดา ทั้งก่อนและหลังคลอด
 - จ) ประกันว่าทุกส่วนของสังคม โดยเฉพาะบิดามารดาและเด็ก จะได้รับข้อมูลข่าวสาร และเข้าถึงการศึกษาและการสนับสนุนให้ใช้ความรู้พื้นฐานในเรื่องโภชนาการและสุขภาพเด็ก เรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเรื่องอนามัยและสุขาภิบาล สภาพแวดล้อม และเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ
 - ฉ) พัฒนาการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การแนะแนวแก่บิดามารดาและการให้บริการและการศึกษาในเรื่องการวางแผนครอบครัว



3. รัฐภาคีจะดำเนินมาตรการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพทั้งปวงเพื่อที่จะขจัดทางปฏิบัติดั้งเดิมที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพของเด็ก
4. รัฐภาคีรับที่จะส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อให้การดำเนินการให้สิทธิที่ยอมรับในข้อนี้บังเกิดผลอย่างเต็มที่ตามลำดับเกี่ยวกับเรื่องนี้ ความจำเป็นของประเทศกำลังพัฒนาจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ

จะเห็นได้ว่า เนื้อหาหลักของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ข้อ 24 ให้ความสำคัญของมาตรฐานสาธารณสุขที่สูงสุดเท่าที่จะทำได้แก่เด็ก ครอบครัวตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาเรื่อยมา การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก และการจัดระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ที่ได้ริเริ่มดำเนินการใน 5 จังหวัดนำร่อง นับว่าครอบคลุมบริการที่จำเป็นที่ระบุไว้ในอนุสัญญาอย่างครบถ้วน เด็กๆ ไม่อาจเรียกร้องสิทธิได้ด้วยตัวเอง จึงเป็นหน้าที่ผู้ใหญ่ ตั้งแต่พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการให้เด็กทุกคนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน

2) จุดมุ่งหมายของการดูแลสุขภาพเด็กดี

เนื่องจากช่วงปฐมวัย เด็กมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการอย่างรวดเร็วในทุกๆ ด้าน ดังนั้น ผู้เลี้ยงดูเด็ก จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว และตอบสนองต่อความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขเป็นหลักสำคัญในการให้ความช่วยเหลือต่อครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็ก การติดตามดูแลสุขภาพเด็กเป็นระยะๆ (Child Health Supervision) จึงมีความจำเป็น โดยผ่านคลินิกสุขภาพเด็กดี ซึ่งเป็นช่องทางให้ ผู้เลี้ยงดูเด็กได้มีปฏิสัมพันธ์ กับ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข และเรียนรู้ทักษะต่างๆ ในการดูแลสุขภาพเด็ก

ข้อเสนอแนะจากโครงการ Bright Future ในการดูแลสุขภาพเด็ก ประกอบด้วย (Hagan JF et al. 2008)

1. ชักประวัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดู การให้นม การนอน การเจ็บป่วย และอื่นๆ
2. เฝ้าระวัง พัฒนาการของเด็ก (Developmental surveillance and milestones)
3. สังเกต ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อ-แม่ หรือผู้เลี้ยงดูกับเด็ก
4. ตรวจร่างกาย ทุกระบบ รวมทั้งการวัดความยาว ชั่งน้ำหนัก วัดรอบศีรษะ วัดอุณหภูมิร่างกาย วัดความดันโลหิต การตรวจช่องปากและฟัน
5. คัดกรอง การเห็น การได้ยิน และโรคเฉพาะที่กำหนดไว้ เช่น Autistic พฤติกรรม การใช้สารเสพติด Newborn metabolic, Hematocrit
6. ให้วัคซีนป้องกันโรค
7. คำแนะนำล่วงหน้า (Anticipatory Guidance)

- 7.1 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและปลอดภัยสำหรับเด็ก
- 7.2 ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่าง พ่อ-แม่-ลูก
- 7.3 ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกครอบครัว
- 7.4 ส่งเสริมการสนับสนุนจากชุมชน

Bethell C. และคณะ (2001) ได้ทบทวนกิจกรรมที่จำเป็นของการดูแลสุขภาพเด็กดี สำหรับเด็กในช่วง 3 ปีแรกของชีวิต จากการศึกษาต่างๆในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กจะมาพบบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งหมด 12 ครั้ง และมีกิจกรรมที่สำคัญ ที่ควรรวมอยู่ด้วย คือ

1. การให้คำแนะนำล่วงหน้าเกี่ยวกับการให้อาหารและโภชนาการ, การนอน, การเลี้ยงดู, การป้องกันอุบัติเหตุ, การเจริญเติบโตของเด็ก, การเรียนรู้ของเด็ก, พฤติกรรมของเด็ก, การฝึกวินัย, การสื่อสาร, การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา และการฝึกการขับถ่าย
2. การประเมินพัฒนาการและติดตามผล ทั้งในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การได้ยิน การมองเห็น การสื่อสาร ภาษา การเรียนรู้ สติปัญญา พัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์ และพฤติกรรม
3. การประเมินภาวะจิตสังคมของครอบครัวและติดตามผล เช่น ภาวะซึมเศร้าของแม่ สุขภาพจิตของพ่อ-แม่ การใช้แอลกอฮอล์ และยา การสูบบุหรี่ ภาวะเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม ความรุนแรงในครอบครัว และความปลอดภัย อื่นๆ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Blumberg SJ และคณะ (2004) ได้แสดงประเด็นต่างๆ ที่รวมอยู่ใน Health Supervision ในการสำรวจ The National Survey of Early Childhood Health (NSECH) ประกอบด้วย การเจริญเติบโตและโภชนาการ การนอน พัฒนาการด้านภาษา การฝึกวินัย การป้องกันการบาดเจ็บ การเฝ้าระวังพัฒนาการอื่นๆ การใช้สารเสพติดในครอบครัว ภาวะเครียดและปัจจัยด้านจิตสังคมในครอบครัว

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวน Evidence based well child care (BMJ 2001) มีข้อสรุปว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำให้บริการทุกอย่างแก่เด็กในแต่ละครั้งที่เด็กมาคลินิกสุขภาพเด็กดี แต่ในประเทศอังกฤษและแคนาดา แนะนำให้ตรวจเฉพาะบางเรื่องตามอายุของเด็กในแต่ละครั้งที่มาคลินิก และการศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การมาคลินิกสุขภาพเด็กดีในช่วง 2 ปีแรก เพียง 3 ครั้ง สำหรับการตรวจคัดกรองและติดตามเด็กอย่างครบถ้วน ร่วมกับการมาฉีดวัคซีนเพิ่มเติมอีก 2 ครั้ง เปรียบเทียบกับการมาคลินิก 6 ครั้ง ตามแบบเดิมให้ผลลัพธ์ต่อสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกัน และเพียงพอที่จะค้นหาความผิดปกติทางด้านกาย จิตสังคม และพัฒนาการของเด็ก การศึกษาจากประเทศแคนาดา เปรียบเทียบการมาคลินิกสุขภาพเด็กดี 10 ครั้ง และ 5 ครั้ง ในช่วง 2 ปีแรกของเด็ก พบผลลัพธ์ต่อสุขภาพเด็กไม่แตกต่างกันเช่นกัน และความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของ Paul H และ



Dworkin MD (1989) ที่เสนอว่าไม่จำเป็นจะต้องทำ Routine development screening แนะนำให้ทำเพียง Developmental surveillance โดยเน้นในเรื่องต่อไปนี้

1. ค้นหา สังเกต ความคิดเห็น ทักษะ และความตระหนักของผู้เลี้ยงดูเด็กในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
2. สอบถามประวัติพัฒนาการเด็กที่สำคัญ
3. สังเกต พฤติกรรม และพัฒนาการของเด็กอย่างต่อเนื่อง

เช่นเดียวกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้เสนอแนะให้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการแนะนำให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก โดยผ่านการเล่น และสื่อสาร ตามวัยสม่ำเสมอ โดยไม่จำเป็นต้องมีการคัดกรองตลอดเวลา แต่ส่งเสริมให้ครอบครัวสังเกตเด็ก หากมีข้อสงสัยจึงจะมีการตรวจรายละเอียดต่อไป พร้อมทั้งแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แสดงความชื่นชมต่อผู้เลี้ยงดูเด็กที่ได้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และให้ข้อมูลเพิ่มเติม และแก้ไขปัญหาตามที่ต้องการ (WHO-UNICEF 2009)

3) การตรวจสุขภาพเด็กของประเทศต่างๆ

3.1) การตรวจสุขภาพเด็กของประเทศญี่ปุ่น (Maternal and Child Health Service Center ไม่ระบุปีที่พิมพ์)

จากการศึกษาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของประเทศญี่ปุ่น จะมีข้อมูลตั้งแต่แรกคลอด ได้แก่ สุขภาพเด็กเมื่อคลอด น้ำหนัก ความยาว เส้นรอบอก เส้นรอบศีรษะเมื่อคลอด ประวัติการให้นม ประวัติการได้รับการคัดกรอง Congenital metabolic diseases ตามที่กฎหมายกำหนด ภาวะการเจ็บป่วยอื่นๆ (ถ้ามี) หลังจากนั้นเด็กจะได้รับการตรวจสุขภาพ (Health examination) เมื่ออายุ 1 เดือน, 3-4 เดือน, 6-7 เดือน, 9-10 เดือน, 1 ปี, 18 เดือน, 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี, 5 ปี และ 6 ปี โดยมีรายละเอียดได้แก่ (ช่วงอายุที่เน้น)

- การชั่งน้ำหนัก (ทุกช่วงอายุ)
- การวัดความยาว/สูง (ทุกช่วงอายุ)
- การวัดรอบอก (แรกเกิดจนอายุ 18 เดือน)
- การวัดรอบศีรษะ (ทุกช่วงอายุ)
- การประเมินภาวะโภชนาการ (ทุกช่วงอายุ)
- การให้นม (แรกเกิด, 18 เดือน)
- การให้อาหาร จำนวนมือ (3 เดือน, 18 เดือน)
- การสอบถามเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กในแต่ละช่วงอายุ (ทุกช่วงอายุ)
- สภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของเด็ก (ทุกช่วงอายุ)

- ตรวจร่างกายเกี่ยวกับ ข้อสะโพก (อายุ 3-4 เดือน) อนามัยช่องปากและฟัน (อายุ 6 เดือน – 6 ปี)
- ตรวจร่างกายเกี่ยวกับตา (อายุ 1 ปี จนถึง 6 ปี) เกี่ยวกับหู (อายุ 18 เดือน จนถึง 6 ปี)
- คำแนะนำที่ให้
- การให้วัคซีน (ตามช่วงอายุ)

3.2) การตรวจสุขภาพเด็กของประเทศเนเธอร์แลนด์ (GVO Den Haag 1997)

ในสมุดบันทึกสุขภาพเด็กของประเทศเนเธอร์แลนด์ (1997) จะมีข้อมูลเมื่อแรกคลอดเกี่ยวกับ วันที่คลอด เวลาที่คลอด น้ำหนักแรกคลอด ความยาว รอบศีรษะ สีตา การเลื่อนลงของ Testis หลังจากนั้นแนะนำให้เด็กมาตรวจสุขภาพ (Visiting the baby clinic) เมื่ออายุ 1-3 เดือน, 3-6 เดือน, 6-9 เดือน, 9-12 เดือน, 1-1 ปีครึ่ง, 1 ปีครึ่ง ถึง 2 ปี, 2 ปี ถึง 2 ปีครึ่ง, 2 ปีครึ่ง ถึง 3 ปี, 3 ปี ถึง 3 ปีครึ่ง, 3 ปีครึ่ง ถึง 4 ปี โดยมีคำแนะนำที่เป็นจุดเน้นแต่ละช่วงวัย ได้แก่

- การให้นมและการให้อาหาร
- สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และการป้องกันอุบัติเหตุ
- การดูแลช่องปาก
- การดูแลผิวหนัง
- การดูแลเมื่อเด็กมีไข้
- การดูแลเมื่อท่อน้ำตาตัน
- การดูแลเรื่องการขับถ่าย และเมื่อเด็กท้องเสีย
- การดูแลเมื่อเด็กร้องไห้
- การปรับตัวต่อกันระหว่างพ่อแม่และเด็ก
- การทำความเข้าใจการสื่อสารของเด็ก
- การเตรียมตัวเมื่อต้องพาเด็กไปข้างนอก
- การนอนของเด็ก
- การเล่นของเด็ก
- พัฒนาการตามวัยของเด็ก
- การตรวจตา
- การส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์

ส่วนตารางการฉีดวัคซีน พื้นฐานได้แก่

อายุ 3 เดือน	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และฮิบ	ครั้งที่ 1
อายุ 4 เดือน	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และฮิบ	ครั้งที่ 2
อายุ 5 เดือน	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และฮิบ	ครั้งที่ 3
อายุ 11 เดือน ขึ้นไป	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และฮิบ	ครั้งที่ 4



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

อายุ 14 เดือน ขึ้นไป	หัด หัดเยอรมัน คางทูม	ครั้งที่ 1
อายุ 4 ปี	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	ครั้งที่ 5
อายุ 9 ปี	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	ครั้งที่ 6
	หัด หัดเยอรมัน คางทูม	ครั้งที่ 2

3.3) การตรวจสุขภาพเด็กของรัฐยูทาห์ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Utah Department of Health 2005)

จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก รัฐยูทาห์ ประเทศสหรัฐอเมริกา จะมีข้อมูลเด็ก เมื่อแรกเกิด ได้แก่ วันที่เกิด เวลาที่เกิด สถานที่เกิด น้ำหนัก ความยาว สีมม สีตา วันเดือนปีเกิดของพี่น้อง Family tree ตั้งแต่ชั้นทวดของเด็กทั้งฝ่ายพ่อและแม่ และกำหนดเวลาให้เด็กมาตรวจที่คลินิกสุขภาพเด็กดี เมื่อเด็กอายุ 3-4 วัน, 2-4 สัปดาห์, 2 เดือน, 4 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน, 12 เดือน, 15 เดือน, 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี, 5 ปี, 6 ปี และทุกๆ ปีจนอายุ 20 ปี สิ่งที่ได้เด็กได้รับ เมื่อมาตรวจสุขภาพ ได้แก่

- การตรวจร่างกายทั่วไป (แรกเกิด – 6 ปี)
- การชั่งน้ำหนัก (แรกเกิด – 6 ปี และประเมิน Body Mass Index เมื่อเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไป)
- การวัดความยาว/สูง (แรกเกิด-6 ปี)
- การวัดเส้นรอบศีรษะ (แรกเกิด – 2 ปี)
- การให้วัคซีน (แรกเกิด – 6 ปี)
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- อายุ 9 เดือน ตรวจเลือดเพื่อหาภาวะซีด
- อายุ 12 เดือน ตรวจเลือดเพื่อดูระดับตะกั่ว และทำ TB skin test
- อายุ 2 ปี ตรวจเลือดเพื่อดูระดับตะกั่ว
- บันทึกพัฒนาการของเด็ก อายุเริ่มแรกที่เด็กทำได้
- บันทึกการเจ็บป่วย
- คำแนะนำที่มีอยู่ในสมุด ได้แก่ การให้นมและอาหาร การให้วิตามินและฟลูออไรด์ การเฝ้าระวังเรื่องพัฒนาการตามวัย การได้ยินและการพูด การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

4) แนวปฏิบัติ โครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ

การดำเนินงานโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ใน 5 จังหวัดนำร่องนี้ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะทำงานวิชาการโครงการโรงพยาบาลสายใย

รึกแห่งครอบครัว จัดทำแนวปฏิบัติคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพขึ้น เพื่อเป็นมาตรฐานให้หน่วยบริการ
สาธารณสุขดำเนินการ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ

1. การส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ

1.1 เด็กปฐมวัยได้รับบริการประเมินพัฒนาการ การเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ ตามบริการ
มาตรฐาน

1.2 เด็กปฐมวัยได้รับส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ เมื่อพบความผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อให้มี
พัฒนาการดีที่สุดเท่าที่ศักยภาพทางพันธุกรรมจะเอื้ออำนวย

1.3 เด็กได้รับการส่งเสริมให้มีสุขภาพดีทุกด้าน เช่น การเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ
ทันตสุขภาพ

1.4 พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้รับความรู้และทักษะการอบรมเลี้ยงดู ให้เด็กมีพัฒนาการรอบด้าน
ตั้งแต่แรกเกิด

2. การลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความผิดปกติที่เป็นปัญหาต่อการเติบโตและ พัฒนาการเด็ก

2.1 เฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคแต่เริ่มแรก และให้การรักษาทันท่วงที เช่น ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน
แต่กำเนิด การมองเห็น การได้ยิน ภาวะโลหิตจาง

2.2 เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบตามเกณฑ์

พร้อมกำหนดกิจกรรมบริการในแต่ละช่วงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1.1 ประกอบด้วย การซัก
ประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองสารพิษในพื้นที่ที่มีภาวะเสี่ยง การให้
วัคซีนป้องกันโรค การจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก การให้คำปรึกษา การพบทันตบุคลากร และการพบแพทย์
หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเด็ก ซึ่งมีกิจกรรมที่เพิ่มเติมจากที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิม คือ

- 1) การตรวจระดับฮีโมโกลบินหรือฮีมาโตคริต เมื่อเด็กอายุ 6-12 เดือน
- 2) การตรวจปัสสาวะ เมื่อเด็กอายุ 4 ปี
- 3) การวัดความดันโลหิต เมื่อเด็กอายุ 4 ปี
- 4) การตรวจสายตา และการได้ยิน โดยเครื่องมือพิเศษ เมื่อเด็กอายุ 4 ปี
- 5) เพิ่มการนัดเด็ก เมื่ออายุ 12 เดือน เพื่อตรวจสุขภาพทั้งหมด และรับวัคซีนป้องกันโรคไข
สมองอักเสบ ครั้งที่ 1 และนัดรับวัคซีน ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 13 เดือน
- 6) มีแบบประเมินภาวะเสี่ยงแม่และลูก เมื่อแรกเกิด เพื่อการติดตามในระยะต่อมา
- 7) มีแบบ Checklist กิจกรรมบริการตามอายุ เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของการให้บริการ



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

ตารางที่ 1.1 กิจกรรมบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ

(ข้อเสนอแนะคณะทำงานวิชาการโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว)

ข้อมูล	กิจกรรม											
	แรกเกิด	1 ต. high risk	2 เดือน	4 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	13 เดือน	18 เดือน	2 ปี	3 ปี	4 ปี
1. การซักประวัติ	✓		✓	✓	✓	✓	✓	ข	✓	✓	✓	✓
2. การตรวจร่างกาย												
2.1 ตรวจร่างกายทั่วไป	✓		✓	✓	✓	✓	✓*	ข	✓	✓	✓	✓
2.2 ประเมินพัฒนาการ	✓		✓	✓	✓	✓	✓*	ข	✓	✓	✓	✓*
2.3 น้ำหนัก/ส่วนสูงประเมินภาวะโภชนาการ	✓		✓	✓	✓	✓	✓	ข	✓	✓	✓	✓
2.4 เส้นรอบศีรษะ	✓		✓	✓	✓	✓	✓	ข	✓	✓	✓	✓
2.5 ความดันโลหิต												✓
2.6 ช่องปากและฟัน						✓				✓		✓
2.7 สายตา					✓							✓*
2.8 การได้ยิน			✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓*
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ												
3.1 ระดับฮีโมโกลบิน/ฮีมาโตคริต												
3.2 ตรวจปัสสาวะ												○
4. คัดกรองในพื้นที่ที่มีภาวะเสี่ยง												
4.1 ตะกั่ว												
4.2 อื่นๆ												
5. การให้วัคซีนป้องกันโรค	✓	** HB1	✓	✓	✓	✓	JE 1	JE 2	✓	JE 3		✓
6. การจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก (1 ซ้อนชา/สัปดาห์)					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
7. การให้คำแนะนำปรึกษา	✓		✓	✓	✓	✓		ข	✓	✓	✓	✓
7.1 การให้คำปรึกษาตามโรงเรียนพ่อแม่	✓		✓	✓	✓	✓		ข	✓	✓	✓	✓
7.2 สื่อ/ทีวี/อินเทอร์เน็ตที่มีผลต่อเด็ก			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ข	✓	✓
7.3 การป้องกันการกระทำรุนแรงและอุบัติเหตุ			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ข	✓	✓
8. พบทันตบุคลากร							✓				✓	
9. พบแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ							✓					✓

หมายเหตุ 1. ข : นำทำ

2. ✓ ควรทำ

3. ✓* : ตรวจวินิจฉัยโดยบุคลากร/เครื่องมือพิเศษ

4. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการอบรม เฉพาะทางการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ

5. ** ให้ HB1 ในรายแม่เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี หรือ น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,000 กรัม

6. ○ : Option



บทที่ 2 วิธีดำเนินการ

2.1 รูปแบบการศึกษา

การประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3 ดำเนินการโดยติดตามผลการปฏิบัติงานตามกรอบแนวคิดของโครงการ (ภาพที่ 1.1 บทที่ 1) หลังจากจังหวัดน่านร้องทั้ง 5 จังหวัดดำเนินโครงการไปแล้ว 2 ปี โดยมีกรอบการประเมินโครงการ ดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 รูปแบบการประเมินโครงการ

กลุ่ม/ตัวชี้วัด	ก่อนเริ่มบริการ	Intervention	6 เดือน	12 เดือน	24 เดือน
กลุ่มทดลอง	คลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ				
กลุ่มเปรียบเทียบ	คลินิกสุขภาพเด็กดีปกติ				
ตัวชี้วัดการประเมิน					
1. ภาวะโภชนาการ	✓ (ย้อนหลัง 3 ปี)			✓	✓
2. พัฒนาการ	✓				✓
3. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	✓			✓	✓
4. ความครบถ้วนบริการ			✓	✓	✓
5. ความพึงพอใจ			✓	✓	✓
6. ปัญหาอุปสรรคฯ			✓	✓	✓
7. การมีส่วนร่วม อสม.			✓	✓	✓

- หมายเหตุ
- ข้อมูลโภชนาการ ดำเนินการใช้ข้อมูลจากระบบปกติ
 - ข้อมูลพัฒนาการ จัดเก็บจังหวัดละไม่น้อยกว่า 30 ราย
 - ข้อมูลการได้รับนมแม่ ในช่วงก่อนดำเนินการของจังหวัดน่านร้องและของจังหวัดเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังดำเนินโครงการ จัดเก็บโดยทีมตรวจพัฒนาการ ประมาณจุดละ 5 ราย เฉพาะเด็กอายุ น้อยกว่า 6 เดือน ส่วนช่วงหลังดำเนินการในจังหวัดน่านร้อง จัดเก็บโดยทีมประเมินโครงการ จุดละ 3-5 ราย รวมทั้งหมดไม่น้อยกว่า 30 รายต่อจังหวัด
 - พื้นที่เปรียบเทียบ เก็บเฉพาะข้อมูล Outcomes โดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน



2.2 พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษา คือ จังหวัดน่าน 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครศรีธรรมราช เชียงราย มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และลพบุรี และอีก 5 จังหวัดใกล้เคียงเป็นพื้นที่เปรียบเทียบ โดยแต่ละจังหวัด น่านร่องศึกษาสถานบริการระดับ รพท./รพศ. ทุกแห่ง ระดับ รพช. ศึกษาในอำเภอที่สุ่มได้ในแต่ละโซน ส่วนระดับ PCU และ สอ. (ปัจจุบันได้เปลี่ยนชื่อเป็น รพ.สต.) สุ่มจากอำเภอที่ศึกษาอำเภอละ 1 แห่ง รวมจำนวนทั้งสิ้น 54 แห่ง แยกเป็นรายจังหวัด ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 จำนวนพื้นที่ศึกษาแยกรายจังหวัด (จังหวัดน่าน)

สถานบริการ	นครศรีธรรมราช	เชียงราย	มหาสารคาม	กาฬสินธุ์	ลพบุรี	รวม
รพท./ศ.	1	1	1	1	2	6
รพช.	3	3	2	2	2	12
PCU	4	4	3	3	4	18
สอ.	4	4	3	3	4	18
รวม	12	12	9	9	12	54

ส่วนจังหวัดเปรียบเทียบ เลือกจังหวัดที่อยู่ในเขตเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ตามการจัดกลุ่มของ กระทรวงสาธารณสุข และเป็นจังหวัดที่มีขนาดใกล้เคียงกัน โดยศึกษาสถานบริการระดับ รพท./รพศ. ทุกแห่งเช่นกัน ระดับ รพช. ระดับ PCU และ สอ. สุ่มศึกษาอีก 1-2 อำเภอๆ ละ 1 แห่ง ในแต่ละประเภท รวมจำนวนทั้งสิ้น 45 แห่ง ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 จำนวนพื้นที่ศึกษา แยกรายจังหวัด (จังหวัดเปรียบเทียบ)

สถานบริการ	สุราษฎร์ธานี	ลำปาง	ร้อยเอ็ด	สกลนคร	สระบุรี	รวม
รพท./รพศ.	1	1	1	1	2	6
รพช.	2	2	2	2	1	9
PCU	3	3	3	3	3	15
สอ.	3	3	3	3	3	15
รวม	9	9	9	9	9	45

ผลการสุ่มตัวอย่างได้พื้นที่ในจังหวัดนาร่อง ดังต่อไปนี้

จังหวัดลพบุรี

โซน 1	ได้แก่	รพ. ลพบุรี (ท)	สถานีนามัยเขาสามยอต (p)	และหนองปลิง
		รพ. ชัยบาดาล (90)	สถานีนามัยเกาะรัง (p)	และท่ามะนาว
โซน 2	ได้แก่	รพ. บ้านหมี่ (ท)	สถานีนามัยบางพิง (p)	และขอนแก่น
		รพ. หนองม่วง (30)	สถานีนามัยยางโทน (p)	และหนองบุญ

จังหวัดมหาสารคาม

โซนเหนือ	ได้แก่	รพ. เชียงยืน (60)	สถานีนามัยบ้านแบก (p)	และแฝก
โซนกลาง	ได้แก่	รพ. มหาสารคาม (ท)	สถานีนามัยดอนหวาน (p)	และโนนเต้
โซนใต้	ได้แก่	รพ. ยางสีสุราช (30)	สถานีนามัยเหล่าหมากคำ (p)	และดงแคน

จังหวัดกาฬสินธุ์

โซน 1 และ 4	ได้แก่	รพ. กาฬสินธุ์ (ท)	สถานีนามัยนาจารย์ (p)	และโนนสว่าง
โซน 2 และ 3	ได้แก่	รพ. กุฉินารายณ์ (90)	สถานีนามัยเหล่าใหญ่ (p)	และนาไคร้
โซน 5	ได้แก่	รพ. ห้วยเม็ก (30)	สถานีนามัยโนนศิขิวง (p)	และกุดโดน

จังหวัดเชียงราย

โซน 1	ได้แก่	รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์ (ศ)	สถานีนามัยดอยฮาง (p)	และหัวฝาย
โซน 2	ได้แก่	รพ. เชียงของ (90)	สถานีนามัยศรีดอนชัย (p)	และสถาน
โซน 3	ได้แก่	รพ. แม่สรวย (30)	สถานีนามัยป่าแดด (p)	และหัวไคร้(p)
โซน 4	ได้แก่	รพ. แม่จัน (90)	สถานีนามัยจันจว้าใต้ (p)	และใหม่พัฒนา

จังหวัดนครศรีธรรมราช

โซน 1 และ 5	ได้แก่	รพ.มหาสารชนครศรีธรรมราช (ศ)	สถานีนามัยวัดมุขธารา (p)	และปลายท่า
โซน 2	ได้แก่	รพ.หัวไทร (30)	สถานีนามัยบ้านราม (p)	และหน้าสวน
โซน 3	ได้แก่	รพ.ทุ่งสง (150)	สถานีนามัยหนองหว้า (p)	และทุ่งสำน
โซน 4	ได้แก่	รพ.ฉวาง (90)	สถานีนามัยห้วยปรัก (p)	และบ้านมะปรางงาม

หมายเหตุ (ท) = โรงพยาบาลทั่วไป (ศ) = โรงพยาบาลศูนย์
(p) = Primary Care Unit (PCU) ที่อำเภอแม่สรวยทุกแห่งเป็น PCU
ตัวเลขในวงเล็บ คือ จำนวนเตียงของโรงพยาบาล

สรุปในภาพรวม จะมี รพศ. 2 แห่ง รพท. 4 แห่ง รพช. ขนาด 150 เตียง 1 แห่ง รพช. ขนาด 90 เตียง 5 แห่ง รพช. ขนาด 60 เตียง 1 แห่ง รพช. ขนาด 30 เตียง 5 แห่ง PCU 18 แห่ง และสถานีนามัย 18 แห่ง รวมจำนวนพื้นที่ศึกษาทั้งหมด 54 แห่ง แต่ในภาคปฏิบัติ โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราชไม่มีการจัดคลินิก WCC คุณภาพ เนื่องจากมอบหมายให้ PCU เป็นสถานที่รับผิดชอบให้บริการ โรงพยาบาลมีหน้าที่รับการส่งต่อกรณีที่มีปัญหา ส่วนโรงพยาบาล



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

หัวโตรเปิดคลินิก WCC นอกโรงพยาบาลในรูป PCU ดังนั้น โดยสรุปจึงมีการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ในพื้นที่ศึกษา จำนวน 53 แห่ง คือ รพท./รพศ. 6 แห่ง รพช. 10 แห่ง และ สอ./PCU 37 แห่ง

ในปี 2553 สถานื่อนามัยส่วนใหญ่ได้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมทั้งสถานื่อนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการประเมินโครงการ WCC คุณภาพ

ส่วนพื้นที่เปรียบเทียบสุ่มได้พื้นที่ ต่อไปนี้

จังหวัดสระบุรี

รพ. สระบุรี (ศ)	สถานื่อนามัยหนองปลาไหล (P)	และโคกสว่าง
รพ. พระพุทธบาท (ท)	สถานื่อนามัยหนองคนที (P)	และธารเกษม
รพ. หนองแค (90)	สถานื่อนามัยศรีปทุม (P)	และหนองแหม

จังหวัดร้อยเอ็ด

รพ. ร้อยเอ็ด (ท)	สถานื่อนามัยแมต (P)	และสังข์
รพ. โพธิ์ชัย (30)	สถานื่อนามัยคำพวง-หนองนกทา (P)	และเชียงใหม่
รพ. อาจสามารถ (30)	สถานื่อนามัยรวมไทย (P)	และสีสวาด

จังหวัดสกลนคร

รพ. สกลนคร (ท)	สถานื่อนามัยนาคำ (P)	และโคกก่อง
รพ. วาริชภูมิ (30)	สถานื่อนามัยดอนยาวใหญ่ (P)	และหนองท่ม
รพ. ส่องดาว (30)	สถานื่อนามัยวัฒนา (P)	และชัยชนะ

จังหวัดลำปาง

รพ. ลำปาง (ศ)	สถานื่อนามัยตันมื่น (P)	และสบมาย
รพ. แจ้ห่ม (60)	สถานื่อนามัยแม่สุก (P)	และสา
รพ. แม่เกาะ (30)	สถานื่อนามัยรัตนโกสินทร์ (P)	และสมป่าด

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

รพศ.สุราษฎร์ธานี (ท)	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ (P)	และมะขามเตี้ย
รพ.บ้านนาสาร (30)	สถานื่อนามัยบ้านช่องช้าง (P)	และเพิ่มพูนทรัพย์
รพ.ท่าชนะ (30)	สถานื่อนามัยวัง (P)	และบ้านคลองโสด

2.3 กลุ่มเป้าหมาย

ประชากรที่ศึกษาและขนาดตัวอย่าง มีดังนี้

- 1) เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อประเมิน outcome (ทั้งจังหวัดน่านและจังหวัดแพร่)
 - ภาวะโภชนาการของเด็ก ใช้ข้อมูลจากทะเบียนการติดตามภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ที่จัดเก็บอยู่แล้วมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ
 - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก อายุต่ำกว่า 6 เดือน จำนวน 3-5 คนต่อคลินิก โดยให้ได้จำนวนไม่น้อยกว่า 30 คน ต่อจังหวัด
 - พัฒนาการเด็ก โดยประเมินเด็กอายุ 9 เดือน-2 ปี ไม่น้อยกว่า 30 คน ต่อจังหวัด
- 2) ผู้ดูแลเด็กที่นำเด็กมารับบริการในวันเก็บข้อมูล ประเมินผลความพึงพอใจและความครบถ้วนของบริการ จำนวน 3-5 ราย/คลินิก
- 3) ผู้ให้บริการ ประเมินความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข โดยสอบถามทุกคน
- 4) ผู้บริหารของหน่วยงาน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินเช่นเดียวกับ ข้อ 3
- 5) อาสาสมัครสาธารณสุข ประเมินการมีส่วนร่วม โดยสอบถามทุกคนที่พบในวันเก็บข้อมูล
ข้อ 2 – 5 เก็บข้อมูลเฉพาะจังหวัดน่าน

2.4 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

จังหวัดนครราชสีมา	เก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ และ มีนาคม 2554
จังหวัดกาฬสินธุ์	เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม 2554
จังหวัดมหาสารคาม	เก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2554
จังหวัดลพบุรี	เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม และกุมภาพันธ์ 2554
จังหวัดเชียงราย	เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม และเมษายน 2554
จังหวัดแพร่	เก็บข้อมูลพัฒนาการและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2554

2.5 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่

- 1) Denver II สำหรับคัดกรองพัฒนาการเด็ก
- 2) แบบสอบถามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และข้อมูลทั่วไป
- 3) แบบประเมินความครบถ้วนบริการที่เด็กพึงได้รับในแต่ละช่วงวัย และความพึงพอใจผู้รับบริการ (ผู้ดูแลเด็ก) ต่อกิจกรรมบริการในแต่ละเรื่องและภาพรวม
- 4) แนวคำถามปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้บริหาร
- 5) แนวคำถามการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในคลินิกสุขภาพเด็กดี
- 6) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- 7) ทะเบียนการชั่งน้ำหนักเด็ก ย้อนหลัง 3 ปี และติดตามระหว่างดำเนินการ



2.6 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

- 1) ประชุมทีมงานติดตามประเมินผล เพื่อซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีรวบรวมข้อมูล และวางแผนกำหนดตารางเวลาในการออกติดตามประเมินผล
- 2) ประสานงานกับผู้ประสานงานของจังหวัด หัวหน้าคลินิก WCC ของโรงพยาบาลตัวอย่าง และหัวหน้ารพ.สต. เพื่อบริหารการดำเนินงานและการเตรียมเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- 3) จัดเตรียมอุปกรณ์ และแบบสอบถาม ตลอดจนเอกสารชี้แจงโครงการและเอกสารยินยอมให้ความร่วมมือรวบรวมข้อมูล
- 4) กำหนดทีมย่อยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการคลินิก WCC
- 5) เก็บรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ตรวจสอบความเรียบร้อย และความครบถ้วนข้อมูลก่อนออกจากพื้นที่
- 6) จัดการข้อมูลจากแบบสอบถามและแนวคำถาม ตามประเด็นที่กำหนดไว้ และร่างผลการศึกษา
- 7) ประชุมพิจารณาร่างผลการศึกษา ปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม
- 8) จัดทำรายงานการประเมินผลโครงการฯ เสนอต่อกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการบริการและความครบถ้วนของบริการ WCC ที่ได้รับของผู้รับบริการ นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณนา
- 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการนำเสนอโดยวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด
- 3) ข้อมูล Outcomes เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ รวบรวมจากรายงานจัดเก็บอยู่เป็นประจำ นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งได้จากการสอบถาม และข้อมูลพัฒนาการ ซึ่งได้จากการทดสอบ นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน
- 4) วิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลในช่วงปีที่ผ่านมา และระหว่างจังหวัดนำร่อง และจังหวัดเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคร์สแควร์ Z-test, Fisher Exact test และ Friedman test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

2.8 การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล มีมติเห็นสมควรให้การรับรองโครงการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ (MU-IRB 2008/416.0412) ตามเอกสาร OA. No. MU_IRB 2008/291.1301



บทที่ 3 ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการติดตามประเมินผลโครงการ WCC คุณภาพ ครั้งที่ 3 แบ่งออกเป็น 5 ส่วนตามกรอบแนวคิดการประเมินโครงการ คือ

3.1 ข้อมูลของผู้ให้บริการ: หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ ผู้บริหารหรือผู้แทน ผู้ปฏิบัติงาน WCC คุณภาพ ประกอบด้วย

- 3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ
- 3.1.2 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ยังมีอยู่
- 3.1.3 ทศนคติหรือความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดำเนินคลินิก WCC คุณภาพ
- 3.1.4 ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ
- 3.1.5 ข้อเสนอแนะในการขยายผล

3.2 ข้อมูลของผู้รับบริการ ประกอบด้วย

- 3.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ
- 3.2.2 ความครบถ้วนของบริการที่ได้รับ
- 3.2.3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- 3.2.4 บริการที่คาดหวังจากคลินิก WCC คุณภาพ
- 3.2.5 ข้อเสนอแนะ
- 3.2.6 การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

3.3 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

3.4 ผลลัพธ์ของโครงการ

3.5 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ และนวัตกรรมการทำงาน

- 3.5.1 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ รพท./รพศ.
- 3.5.2 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ รพช.
- 3.5.3 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต.
- 3.5.4 อัตราส่วนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ
- 3.5.5 กิจกรรมที่ให้บริการตามมาตรฐานคลินิก WCC คุณภาพ
- 3.5.6 นวัตกรรม (Best Practices) ในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ



3.1 ข้อมูลของผู้ให้บริการ

3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ

1) หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพในสถานบริการระดับ สอ./รพ. สต. สามารถให้ข้อมูลได้ทั้งหมด 37 แห่ง (100%) ส่วนหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คือสถานบริการระดับ รพท./รพศ. 1 แห่ง เนื่องจากติดภาระกิจ และรพช. จำนวน 1 แห่ง เนื่องจากไม่ได้ดำเนินงาน WCC คุณภาพโดยตรง มอบให้ รพ.สต. ดำเนินงาน (ตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าคลินิกฯ ที่ให้ข้อมูลจำแนกตามระดับสถานบริการ

ระดับสถานบริการ	พื้นที่จังหวัดน่าน					ภาพรวม (N=52)	
	นครศรี ธรรมราช	กาฬสินธุ์	มหา สารคาม	ลพบุรี	เชียงราย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ รพท./รพศ.	1	1	1	1	1	5	09.62
ระดับ รพช.	1	2	2	2	3	10	19.23
ระดับ สอ./รพ. สต.	9	6	6	8	8	37	71.15
รวม	11	9	9	11	12	52	100.00

ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ (ตารางที่ 3.2)

- เพศของหัวหน้าคลินิก

หัวหน้าคลินิกของสถานบริการแต่ละระดับที่ให้ข้อมูล มีจำนวนทั้งสิ้น 52 คน โดยส่วนใหญ่จำนวน 44 คน (ร้อยละ 85) เป็นเพศหญิง ส่วนที่เหลือจำนวน 8 คน (ร้อยละ 15) เป็นเพศชาย เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า หัวหน้าคลินิกเพศหญิงพบในจังหวัดลพบุรีมากที่สุด คือ จำนวน 10 คนจากทั้งหมด 11 คน

- อายุของหัวหน้าคลินิก

หัวหน้าคลินิกเกือบครึ่งหนึ่ง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 46) มีช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ที่มีจำนวน 22 คน (ร้อยละ 42) ส่วนหัวหน้าคลินิกที่มีช่วงอายุระหว่าง 20-29 ปีและ 50-59 ปี พบในจำนวนเท่ากัน คือ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6) เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า หัวหน้าคลินิกจังหวัดลพบุรีส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี คือ จำนวน 8 คน ส่วนหัวหน้าคลินิกที่มีช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปีพบมากที่สุดจำนวน 5 คนในจังหวัดนครศรีธรรมราช

- ระดับการศึกษาของหัวหน้าคลินิก

หัวหน้าคลินิกเกือบทั้งหมด จำนวน 45 คน (ร้อยละ 87) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญาโทและต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 4 และ 2 คนตามลำดับ ส่วนหัวหน้าคลินิกที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอกมี 1 คนในจังหวัดเชียงราย

- สาขาที่จบของหัวหน้าคลินิก

หัวหน้าคลินิกจำนวน 34 คน (ร้อยละ 65) จบการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์ รองลงมาคือสาขาสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 25) ส่วนหัวหน้าคลินิกในจังหวัดเชียงราย จำนวน 1 คนจบการศึกษาด้านการแพทย์ คือ กุมารเวชศาสตร์ เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า หัวหน้าคลินิกทุกคนในจังหวัดกาฬสินธุ์จบการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเป็นสาขาที่จบของหัวหน้าคลินิกส่วนใหญ่ทุกจังหวัด ส่วนหัวหน้าคลินิกในจังหวัดเชียงรายส่วนใหญ่ (จำนวน 6 คน) จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์

ตารางที่ 3.2 ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าคลินิก WCC

ประเด็น	พื้นที่จังหวัดน่าน					ภาพรวม (N=52)	
	นครศรีธรรมราช	กาฬสินธุ์	มหาสารคาม	ลพบุรี	เชียงราย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ							
ชาย	2	1	1	1	3	8	15.39
หญิง	9	8	8	10	9	44	84.61
อายุ (ปี)							
ระหว่าง 20-29 ปี	0	1	1	0	1	3	05.77
ระหว่าง 30-39 ปี	6	3	6	3	4	22	42.31
ระหว่าง 40-49 ปี	5	4	1	8	6	24	46.15
ระหว่าง 50-59 ปี	0	1	1	0	1	3	05.77
ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	0	1	0	0	2	03.85
ปริญญาตรี	9	9	8	11	8	45	86.54
ปริญญาโท	1	0	0	0	3	4	07.69
ปริญญาเอก	0	0	0	0	1	1	01.92
สาขาที่จบ							
กุมารเวชศาสตร์	0	0	0	0	1	1	01.92
พยาบาลศาสตร์	7	9	6	9	3	34	65.39
สาธารณสุขศาสตร์	2	0	3	2	6	13	25.00
อนามัยชุมชน/อนามัยครอบครัว	0	0	0	0	1	1	01.92
วิทยาศาสตร์สุขภาพ	1	0	0	0	0	1	01.92
สุศึกษา	1	0	0	0	1	2	03.85



2) ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารหรือผู้แทน

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหรือผู้แทน ในสถานบริการแต่ละระดับ มีผู้ให้ข้อมูลได้จำนวน 41 แห่งจากทั้งหมด 54 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 75.93) ประกอบด้วย ระดับ รพท./รพศ. ทุกแห่ง (6 แห่ง) รพช. จำนวน 8 แห่ง และ สอ./รพ. สต. จำนวน 27 แห่ง ส่วนผู้บริหารที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้มี 13 แห่ง (ร้อยละ 24.07) คือ รพช. จำนวน 3 แห่ง และ สอ./รพ. สต. จำนวน 10 แห่ง เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 3.3)

- 1) ติดภารกิจ ติดประชุม จำนวน 9 แห่ง คือ รพช. จำนวน 2 แห่ง และ สอ./รพ. สต. จำนวน 7 แห่ง
- 2) ป่วย คือ สอ./รพ. สต. จำนวน 2 แห่ง
- 3) ยังไม่มีผู้บริหารย้ายมาอยู่ คือ สอ./รพ. สต. จำนวน 1 แห่ง
- 4) ไม่ได้ดำเนินงาน WCC คุณภาพ เนื่องจากกระจายงานปฐมนิเทศให้ รพ.สต. คือ รพ.ทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตารางที่ 3.3 จำนวนและร้อยละของผู้บริหารที่รับผิดชอบงาน WCC คุณภาพที่ให้ข้อมูล จำแนกตามระดับสถานบริการ

ระดับสถานบริการ	พื้นที่จังหวัดน่าน					ภาพรวม (N=41)	
	นครศรีธรรมราช	กาฬสินธุ์	มหาสารคาม	ลพบุรี	เชียงราย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ รพท./รพศ.	1	1	1	2	1	6	14.63
ระดับ รพช.	1	2	1	1	3	8	19.51
ระดับ สอ./รพ. สต.	6	6	5	5	5	27	65.86
รวม	8	9	7	8	9	41	100.00

หมายเหตุ ไม่ได้สัมภาษณ์ผู้บริหาร จำนวน 13 แห่ง

ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารหรือผู้แทน (ตารางที่ 3.4)

- เพศของผู้บริหาร

ร้อยละ 69 เป็นเพศหญิง เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า ผู้บริหารที่ให้การสัมภาษณ์เกือบทุกจังหวัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ยกเว้นจังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนเท่ากัน คือ จำนวน 4 ต่อ 4 คน

- อายุของผู้บริหาร

ร้อยละ 49 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี รองลงมาคือร้อยละ 50-59 ปี ร้อยละ 27 ส่วนผู้บริหารที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี มีเพียงจำนวน 1 คน ในจังหวัดเชียงราย เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า ผู้บริหารในจังหวัดกาฬสินธุ์และลพบุรีส่วนใหญ่ มีช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี ส่วนผู้บริหารในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปีมากที่สุดถึง 5 คน

- ระดับการศึกษาของผู้บริหาร

ร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาคือร้อยละ 17 จบการศึกษาระดับปริญญาเอก ส่วนผู้บริหารจบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี มีเพียง 1 คน (ร้อยละ 2) ในจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า ผู้บริหารในทุกจังหวัดจบการศึกษาระดับปริญญาเอกอย่างน้อยจังหวัดละ 1 คน

- สาขาที่จบของผู้บริหาร

ร้อยละ 46 จบการศึกษาสาขาด้านสาธารณสุขศาสตร์ รองลงมาคือสาขาพยาบาลศาสตร์ และสาขากุมารเวชศาสตร์ (ร้อยละ 17 และ 15 ตามลำดับ) ส่วนผู้บริหารที่จบการศึกษาสาขาอื่นๆ เช่น รัฐศาสตร์ บริหารการศึกษา และสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 5 คน (ร้อยละ 12) เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า ผู้บริหารที่จบการศึกษาสาขาทางการแพทย์ (สาขากุมารเวชศาสตร์) มีเกือบทุกจังหวัดๆ ละ 1-2 คน ยกเว้นจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตารางที่ 3.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารที่รับผิดชอบงาน WCC คุณภาพ

ประเด็น	พื้นที่จังหวัดนำร่อง					ภาพรวม (N=41)	
	นครศรีธรรมราช	กาฬสินธุ์	มหาสารคาม	ลพบุรี	เชียงราย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ							
ชาย	4	3	1	2	3	13	31.71
หญิง	4	6	6	6	6	28	68.29
อายุ (ปี)							
ระหว่าง 20-29 ปี	0	0	0	0	1	1	02.44
ระหว่าง 30-39 ปี	1	0	5	1	2	9	21.95
ระหว่าง 40-49 ปี	2	6	2	6	4	20	48.78
ระหว่าง 50-59 ปี	5	3	0	1	2	11	26.83
ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	0	0	0	0	1	02.44
ปริญญาตรี	6	5	5	6	7	29	70.73
ปริญญาโท	0	3	1	0	0	4	09.76
ปริญญาเอก	1	1	1	2	2	7	17.07



ตารางที่ 3.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารที่รับผิดชอบงาน WCC คุณภาพ (ต่อ)

ประเด็น	พื้นที่จังหวัดน่าน					ภาพรวม (N=41)	
	นครศรีธรรมราช	กาฬสินธุ์	มหาสารคาม	ลพบุรี	เชียงราย	จำนวน	ร้อยละ
สาขาที่จบ							
- กุมารเวชศาสตร์	0	1	1	2	2	6	14.63
- เวชศาสตร์ป้องกัน/เวชศาสตร์ครอบครัว	1	0	0	0	1	2	04.88
- พยาบาลศาสตร์	2	1	0	2	2	7	17.07
- สาธารณสุขศาสตร์	2	5	5	4	3	19	46.34
- อนามัยชุมชน	1	0	1	0	0	2	04.88
- อื่นๆ เช่น รัฐศาสตร์ บริหารการศึกษา วิทยาศาสตร์สุขภาพ สิ่งแวดล้อม สุขศึกษา	2	2	0	0	1	5	12.20

- การรับรู้ของผู้บริหารต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

ก่อนการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาอุปสรรค ทศนคติ และประเด็นอื่นๆ ที่มีต่อการดำเนินงาน WCC คุณภาพ ทีมประเมินผลได้สอบถามการรับรู้และความเข้าใจในรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ซึ่งได้ผลดังรายละเอียดตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 การรับรู้ของผู้บริหารต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามสถานบริการแต่ละระดับ และรายจังหวัด

ระดับ สถานบริการ	ลพบุรี (N=8)		กาฬสินธุ์ (N=9)		มหาสารคาม (N=7)		นครศรีธรรมราช (N=8)		เชียงราย (N=9)		รวม (N=41)	
	รู้	ไม่รู้	รู้	ไม่รู้	รู้	ไม่รู้	รู้	ไม่รู้	รู้	ไม่รู้	รู้	ไม่รู้
รพท./รพศ.	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	6	0
รพช.	1	0	2	0	1	0	1	0	3	0	8	0
สอ./รพ.สต.	5	0	5	1	5	0	5	1	5	0	25	2
รวม	8	0	8	1	7	0	7	1	9	0	39	2

ผู้บริหารสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง ไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ เนื่องจากได้มอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานคลินิก WCC คุณภาพ แต่ในฐานะผู้บริหารได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ตนเองให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่

ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งยังเสนอแนะว่า ควรมีเจ้าหน้าที่หญิง จำนวน 2 คน สำหรับการให้บริการในงานอนามัยแม่และเด็ก

“จริงๆ แล้ว ผมไม่ทราบรายละเอียด ทราบว่ามีอาสาสมัครมาช่วยซั้มน้ำหนัก และวัด ส่วนสูง ตรวจพัฒนาการต่างๆ อุปกรณ์ต่างๆ ไม่มีปัญหา ให้บอกมา ผมจะช่วยสนับสนุน”

ส่วนผู้บริหารจำนวน 39 แห่ง คือ รพท./รพศ. 6 แห่ง รพช. 8 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 25 แห่ง ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ในจำนวนนี้ผู้บริหารสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 4 แห่ง ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นผู้ชำนาญการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ มาดำเนินงานในลักษณะโครงการนำร่องตั้งแต่เริ่มแรก และร่วมเป็นวิทยากรให้กับจังหวัด ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับรับรู้ และเข้าใจถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ได้แก่

ก. เด็กได้รับบริการที่ครอบคลุมทุกขั้นตอนกระบวนการ ที่เป็นระบบ ละเอียดถี่ถ้วนขึ้น
 กล่าวคือ เด็กได้รับประโยชน์จากการมารับบริการหรือเป็นผลดีต่อเด็ก โดยเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจะมีการกำหนดให้มีกิจกรรมการให้บริการแต่ละจุด ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินพัฒนาการเด็ก การประเมินภาวะโภชนาการ การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจฟัน การตรวจพิเศษ การตรวจภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน และการให้วัคซีนเด็ก ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 19 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 5 แห่ง รพช. จำนวน 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 10 แห่ง

ข. เน้นการให้บริการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก โดยใช้แบบฟอร์มอนามัย 49 และชุดตรวจพัฒนาการ รวมไปถึงการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 20 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 15 แห่ง

“เวลาประเมินพัฒนาการเด็กจะมากขึ้น เป็นประโยชน์มากขึ้น เวลาเจออะไรที่ไม่ตรง ก็จะส่ง Consult ได้เลย”

“ทราบเรื่อง WCC คุณภาพมานานแล้ว คือ การให้บริการสร้างเสริมพัฒนาการเด็ก ระหว่างที่พ่อแม่รอฉีดวัคซีนก็ให้เด็กเล่นของเล่นที่เตรียมไว้ เป็นการพัฒนาเด็ก”

ค. เน้นเรื่องโรงเรียนพ่อแม่ การให้สุศึกษา การให้ความรู้ และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ ผู้ดูแลเด็กหรือผู้ปกครองโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า การดูแลเด็กในภาวะโภชนาการเพิ่มขึ้น การกินนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และอาหารตามวัยของลูก เป็นต้น ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 10 แห่ง คือ รพช. จำนวน 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 8 แห่ง



ง. **ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็ก** คือ พยายามให้คำแนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ปกครองสนใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ช่วยพัฒนาเด็ก ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งสนใจที่จะพูดคุยและเล่านิทานให้เด็กฟัง เป็นต้น ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 5 แห่ง คือ รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 4 แห่ง

“พยายามส่งเสริม แนะนำพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กให้เข้าใจและสนใจเด็กมากขึ้น ไม่ใช่กินนมอย่างเดียวแล้วเด็กเป็นอย่างไรก็ช่าง เราต้องช่วยเขา ส่งเสริมแนะนำให้เขาพูดและเล่านิทานให้เด็กฟังบ้าง เด็ก 6 เดือนถึง 3 ขวบ เราไม่แนะนำให้เด็กดูทีวีหรือจะดูต้องให้พ่อแม่คอยแนะนำด้วย แต่ทางที่ดีไม่ควรให้ดูจะดีกว่า”

“ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล และตรวจพัฒนาการเด็กร่วมกับเจ้าหน้าที่เรื่องไอคิว และการเจริญเติบโตของเด็ก”

“ช่วงที่บันทึกประวัติเด็ก ก็จะลงพัฒนาการเด็กไปด้วย ว่าช่วงอายุเด็กเท่านี้ทำอะไรได้บ้าง ก็จะให้ผู้ปกครองมาดู แล้วเราก็ถามว่าเด็กทำอะไรได้บ้าง เขาก็ตอบว่าทำได้ ทำไม่ได้ ซักประวัติไปด้วยกับบันทึกพัฒนาการไปด้วย ถ้าเป็นพ่อแม่เด็กก็จะรู้เรื่องมากกว่าปู่ย่าตายาย เขาจะเข้าใจมากกว่า”

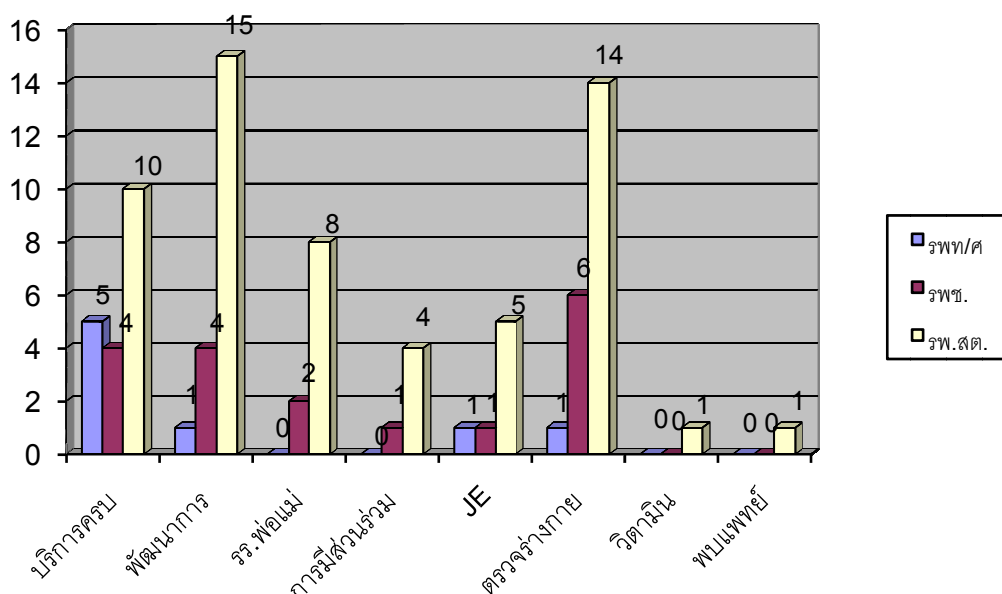
จ. **มีการปรับเปลี่ยนช่วงอายุเด็กสำหรับการให้วัคซีนไข้มองอักเสบ (JE) ให้สะดวกขึ้น** คือ การให้วัคซีนไข้มองอักเสบ (JE) แก่เด็กอายุ 1 ปีครึ่งเป็น 1 ปี ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 7 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 5 แห่ง

ฉ. **มีการตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจพิเศษเด็กตามช่วงอายุต่างๆ** ไม่ว่าจะเป็นการตรวจหัวใจ การวัดความดันโลหิตเด็ก การตรวจปัสสาวะ การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ และการเจาะเลือดตรวจความเข้มข้นของเลือด ของเด็กอายุ 9 เดือนขึ้นไป ซึ่งถ้าหากพบภาวะโลหิตจางก็จะให้ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก เป็นต้น ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 21 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 6 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 14 แห่ง

ช. **การจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไป** ระบุโดยสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

ซ. **พบแพทย์ที่มาจากโรงพยาบาลเครือข่าย** ซึ่งจะมาให้บริการที่ สอ. ทุก 2 เดือน เพื่อตรวจร่างกายเด็กที่มีภาวะเสี่ยง กล่าวถึงโดยสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

ภาพที่ 3.1 จำนวนผู้บริหารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรฐานของคลินิก WCC คุณภาพ
จำแนกตามระดับสถานบริการ



3) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพ

การประเมินผลครั้งที่ 3 พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพที่สามารถให้ข้อมูลได้มีจำนวน 115 คน โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 47 แห่ง ซึ่งแบ่งออกเป็น รพท./รพศ. 6 แห่ง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 18.26) รพช. 10 แห่ง จำนวน 40 คน (ร้อยละ 34.78) และ สอ./รพ.สต. 31 แห่ง จำนวน 54 คน (ร้อยละ 46.96)

ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ส่วนใหญ่อยู่ในสถานบริการระดับ รพ.สต./สอ. 6 แห่ง เนื่องจากติดภารกิจ ติดประชุมนอกพื้นที่ และมีบางส่วนที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้ย้ายไปทำงานที่อื่น (ตารางที่ 3.6)

- เพศและอายุของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 99 คน (ร้อยละ 86.09) ส่วนที่เหลือเป็นเพศชาย จำนวน 16 คน (ร้อยละ 13.91) ส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 54 คน (ร้อยละ 46.96) รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 20-29 ปี และ 40-49 ปี ในสัดส่วนพอๆ กัน จำนวน 26 คน และ 25 คน (ร้อยละ 22.61 และ 21.74 ตามลำดับ) โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีอายุน้อยสุด 21 ปี สูงสุด 58 ปี และมีอายุเฉลี่ย 35.65 ปี

- ระดับการศึกษาและสาขาที่จบของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 77 คน (ร้อยละ 66.96) รองลงมาจบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี เช่น



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

มัธยมศึกษาปีที่ 6 ปวส. หรืออนุปริญญา จำนวน 25 คน (ร้อยละ 21.74) นอกนั้นจบการศึกษา ระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวนมากถึง 13 คน (ร้อยละ 11.30) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานจบสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 55 คน (ร้อยละ 47.83) รองลงมาจบการศึกษาสาขา สาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 28 คน (ร้อยละ 24.35) และสาขาอื่นๆ เช่น ทันตสาธารณสุข บริหารธุรกิจ และคอมพิวเตอร์ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 19.13) ตามลำดับ

ตารางที่ 3.6 จำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามรายจังหวัด

ข้อมูล	นครศรี ธรรมราช	กาฬสินธุ์	มหา สารคาม	ลพบุรี	เชียงราย	รวม	
	จำนวน (n= 115)	จำนวน (n= 115)	จำนวน (n= 115)	จำนวน (n= 115)	จำนวน (n= 115)	จำนวน (n= 115)	ร้อยละ
ระดับสถานบริการ							
- รพท./รพศ.	2	3	4	4	8	21	18.26
- รพช.	7	5	9	14	5	40	34.78
- สอ/PCU/.รพ.สต.	15	10	8	13	8	54	46.96
รวม	24	18	21	31	21	115	
เพศ							
- ชาย	4	2	2	6	2	16	13.91
- หญิง	20	16	19	25	19	99	86.09
อายุ							
- 20-29 ปี	3	6	5	7	5	26	22.61
- 30-39 ปี	16	6	8	14	10	54	46.96
- 40-49 ปี	3	5	5	8	4	25	21.74
- 50-59 ปี	2	1	3	2	2	10	08.69
Min = 21 ปี Max = 58 ปี Mean= 35.65							
ระดับการศึกษา							
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	6	3	2	6	8	25	21.74
- ปริญญาตรี	17	15	16	19	10	77	66.96
- ปริญญาตรีขึ้นไป	1	0	3	6	3	13	11.30
สาขาที่จบ							
- แพทยศาสตร์	0	0	1	0	0	1	00.87
- พยาบาลศาสตร์	8	11	15	14	7	55	47.83
- สาธารณสุขศาสตร์	10	4	4	7	3	28	24.35
- ไม่มี	1	0	1	2	5	9	07.82
(จบต่ำกว่าอนุปริญญา)							
- สาขาอื่นๆ (ทันตสาธารณสุข บริหาร คอมพิวเตอร์)	5	3	0	8	6	22	19.13

3.1.2 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ยังมีอยู่

1) ข้อคิดเห็นจากหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพของสถานบริการแต่ละระดับ ได้กล่าวถึง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้านหลัก ได้แก่

1.1) ปัญหาด้านผู้ให้บริการ

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพของสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 40 แห่ง คือ รพท./รพศ. 4 แห่ง รพช. 8 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 28 แห่งได้กล่าวถึงปัญหาด้านผู้ให้บริการ 4 ประเด็น ดังนี้

ก. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีจำนวนน้อย หรืออัตรากำลังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในระดับรพ.สต.รวมถึงการปรับเปลี่ยนโยกย้ายบ่อย ทำให้อัตรากำลังขาดแคลน ซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไขจากผู้บริหาร บางครั้งมีกรณีบุคลากรอยู่ไม่ครบ เจ้าหน้าที่ติดภารกิจ ติดประชุม ลาป่วย ลากลจอต ทำให้เหลือเจ้าหน้าที่ต้องทำงานคนเดียว จะส่งผลกระทบต่อให้บริการไม่ครบถ้วนและไม่ได้มาตรฐาน หากมีพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 1 คน จะสามารถทำงานได้ครบถ้วนมากขึ้น ในเรื่องการตรวจร่างกาย การประเมินพัฒนาการ และการฉีดวัคซีน เป็นต้น ขณะนี้จึงขอให้ อสม. มาช่วยงานในคลินิก และประชาสัมพันธ์ให้คนไข้ทั่วไปมารับบริการในช่วงบ่ายแทน ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 29 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 23 แห่ง

“เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้รับบริการวิงวอนบริการช้า เราจึงต้องอธิบายให้เข้าใจว่ามีขั้นตอนอะไรบ้าง ดูอาการข้างเคียงอะไรบ้าง หลังฉีดวัคซีนแล้วต้องมีการเฝ้าสังเกตอาการก่อน 30 นาที เขาก็เข้าใจ ตอนนี้อยู่คนเดียว เพราะนักวิชาการที่ทำด้วยกันเขาขอย้ายไปเมือง เพราะมีปัญหา”

“อัตรากำลังระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนไข้เต็ม จะใช้ไม่ได้ เพราะภาระงาน คุณภาพงานเพิ่มขึ้น ทีม ถ้าเราคนเดียวคงทำไม่ได้”

“เรื่องของเจ้าหน้าที่ ตอนนี้อยู่เป็นปัญหาอยู่ ไม่เพียงพอ มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบใน สอ. ตนเองรับผิดชอบเรื่องวัคซีน การฉีดยา หัวหน้ารับเรื่องผู้ป่วยทั่วไป นวก. รับเรื่องงานไอที แผนนโยบาย ก็เลยต้องทำคนเดียว แก้ปัญหาโดยดึง อสม. มาช่วยงานในคลินิกเด็ก”

“เจ้าหน้าที่บางครั้งไม่พอ บ้างก็ลงคลินิกวันโรค โดยเฉพาะในวันจันทร์ ขอคนฝ่ายการพยาบาลมาช่วย ทำโรงเรียนพ่อแม่ ฉีดวัคซีน”



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ตอนนี้เหลือผมกับลูกจ้าง พยาบาลวิชาชีพเพิ่งย้ายไป ผมอีกไม่กี่อาทิตย์ก็จะย้ายไปเหมือนกัน จะมีคนย้ายมาอยู่แทน วันนี้พยาบาลวิชาชีพของ สอ. ใกล้เคียง ขอร้องให้มาช่วย 1 วัน เฉพาะวันที่มีคลินิก บางครั้งก็จะเป็น สอ. อื่นเวียนไปเรื่อยๆ จนกว่าจะมีเจ้าหน้าที่ย้ายมา ต้องมีเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมถึงจะดำเนินการได้ ถ้ามีคนมีเวลา เจ้าหน้าที่อย่างน้อยต้องมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องมี 4 คน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นสัดส่วนได้ตามจุด”

“อัตรากำลังไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่มีแค่ 3 คน 2 คนครั้งด้วยซ้ำไป ต้องรับผิดชอบงาน ทั้งงาน NCD งานคัดกรอง งานเยี่ยมบ้าน คนไข้ทั่วไป งานเด็ก งานข้อมูล งานการเงิน แล้วก็จะอะไรอีกเยอะ”

“ขณะนี้พยาบาลลาคลอด 1 คน อาจทำให้การดำเนินงานกิจกรรมไม่ครบถ้วน เต็มที่ ได้อาศัยหมอชุมชน และเจ้าหน้าที่ศัลยกรรมมาช่วยในบางกิจกรรม หากมีเจ้าหน้าที่ครบถ้วนจะทำได้ดี อีกประการหนึ่งคือ ผู้ที่ฉีดวัคซีนถูกกำหนดว่า คือพยาบาล หากพยาบาล เกิดติดภารกิจด่วน ทำให้ต้องเลื่อนการรับวัคซีนต่อไปอีกเดือน”

“ขาดบุคลากรด้านการให้ความรู้ โรงเรียนพ่อแม่ ถ้าขาดไป ตัวเองก็จะให้ได้บ้าง แต่จะไม่ครบ เพราะพ่อแม่ต้องรู้เข้าใจเรื่องสมมุติฐาน เรื่องพัฒนาการ”

“เจ้าหน้าที่มีการย้ายบ่อย ตอนนี้ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่แค่ 2 คน พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 คน หัวหน้าเพิ่งย้ายมาประจำ แต่เขาออกตัวเลยว่า เขาจะบริหาร อย่างเดียว ไม่ยุ่งเรื่องการรักษา”

“บุคลากรมีแค่ 2 คนต่อการดูแล 5 หมู่บ้าน ไม่สามารถแก้ไขได้ เพราะผู้บริหาร ไม่ให้บุคลากรเพิ่ม เราทำงานเชิงรุกด้วย คือต้องออกพื้นที่ทุกอาทิตย์ ทำให้ทำไม่ทัน ไหน จะต้องมาลงข้อมูล ตรวจรักษาคนไข้ทั่วไปด้วย”

“เจ้าหน้าที่มีการเปลี่ยนคนหรือโอนย้ายกันบ่อย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่งย้ายไป 1 คน และพยาบาลย้ายไป 1 คน เป็น 2 คน เลยทำให้ขาดคนทำงาน ตอนนี้มี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คนคือ ผม แล้วก็เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ทำให้ยังดำเนินการไม่ได้”

ข. เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก กล่าวคือ เจ้าหน้าที่มีภาระงานที่เป็นการให้บริการที่มีคุณภาพ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องรับผิดชอบงานต่างๆ เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็น งาน EPI งานอนามัยแม่และเด็ก งาน ANC งานหลังคลอด ยาคุม โรคเบาหวาน โรคความดัน ลงชุมชน เยี่ยมบ้าน งานเอกสาร และลง โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น หรือบางครั้งหากเจ้าหน้าที่มีการกิจ ติดประชุม อบรม ลากิจ หรือลาป่วย ตลอดจนกิจกรรมให้บริการมีจำนวนมาก อาจส่งผลทำให้ไม่สามารถให้บริการได้คุณภาพครบตาม

มาตรฐานได้ โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 9 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง

“เจ้าหน้าที่ต้องทำงานหลายจุด เนื่องจากเป็นบทบาทของ PCU บางครั้งตรวจคนไข้ แทนแพทย์ เนื่องจากแพทย์ได้รับเชิญไปบรรยายกับหน่วยงานต่างๆ ต้องรับผิดชอบ รพ.สต. ด้วย ทำให้จำนวนบุคลากรที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพไม่คงที่ จำนวนไม่ครบ ต้องรีบทำงาน ถ้าจำนวนครบ ตามปกติ จะทำได้ครบถ้วน สมบูรณ์ ไม่เร่งรีบ”

ในทางตรงกันข้าม พบว่า เกิดปัญหาเจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลานานในการให้บริการ ในส่วนของการตรวจประเมินพัฒนาการ และตรวจร่างกาย ในกรณีที่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานเหลือเพียงคนเดียว

ค. ปัญหาองค์ความรู้ของบุคลากรในการให้บริการ กล่าวคือ เจ้าหน้าที่บางคนที่เป็นทีมงาน คนใหม่ ประสบการณ์อาจจะยังน้อย ขาดความรู้ และไม่ทราบรายละเอียดการดำเนินงาน WCC คุณภาพอย่างเต็มที่ แต่แก้ไขโดยการนิเทศงาน แนะนำในช่วงแรก และสอบถามข้อมูลไปยังเครือข่ายการทำงานอื่นๆ นอกจากนี้แล้วยังพบว่า บางคนยังขาดทักษะ ความรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการให้บริการ ไม่สามารถทดแทนกันได้ เช่น องค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาเด็ก การตรวจพัฒนาการเด็ก และการตรวจสายตา รวมไปถึงปัญหาเจ้าหน้าที่ สอ. ขาดทักษะการฉีดยาวัคซีน คือ เทคนิคการฉีดยาวัคซีน ไม่เหมือนกัน ฉีดผิดตำแหน่ง ไม่ลึก และใช้เข็มฉีดยาวัคซีนผิดประเภท รวมทั้งการจัดเก็บวัคซีนด้วย จึงแก้ไขปัญหาโดยจัดอบรมทักษะการฉีดยาวัคซีน และเก็บวัคซีนด้วยการทำคู่มือแนวทางปฏิบัติให้ ปัญหาดังกล่าวพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 15 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 5 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 9 แห่ง

“เรื่ององค์ความรู้ในการทำงาน ต้องจัดอบรม หรือเอาเอกสารมาให้อ่าน คือทุกคนต้องรู้งานเท่าๆ กัน ทุกคนต้องทำได้หมด ทำแทนกันได้หมด”

“ปัญหาสำคัญคือ ทักษะเรื่องการตรวจพัฒนาการ อาจไม่เหมือนกัน การถ่ายทอด การให้วัคซีนอาจถามกันได้ และขาดทักษะการตรวจสายตา การแก้ปัญหาอาจจะต้องอบรม แล้วนำมาความรู้มาถ่ายทอดบอกต่อกัน”

“ปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้คือ การขอให้จัดการอบรมฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ในเรื่องเทคนิคการฉีดยาวัคซีน เพราะจะได้ช่วยเหลือกันได้ และความรู้เรื่องวัคซีนแนวใหม่ ที่เป็นอยู่คือ ทางกระทรวงมีหนังสือมาสั่งให้ฉีดยาวัคซีนแบบโน้นแบบนี้อย่างเดียว ไม่มีการจัดอบรมชี้แจงให้ละเอียด ไม่มีการ Empower ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่”

“ปัญหาภาระงานอาจมีบ้าง สำหรับหนูสิ่งที่ขาดคือ องค์ความรู้ หนูจะคุยกับน้องๆ สถานีอนามัย ก็จะบอกว่าคนที่ไปประชุมรับนโยบายเป็นอีกคนนึง คนที่ปฏิบัติเป็นอีกคนนึง ความรู้มันก็ขาดหายไป”



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“เมื่อปีที่แล้วมีการจัดอบรมเพื่อกระตุ้นการทำงาน และฟื้นฟูความรู้ตลอดเวลา คืออยากให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ตอนที่อาจารย์มาเป็นวิทยากร พื้นที่นำร่องไม่ใช่พื้นที่วิจัย ก็เลยไม่ได้ทำ”

“ปัญหาเจ้าหน้าที่ ความรู้เรื่องพัฒนาการ สำคัญ คิดว่าสำคัญที่สุดในเรื่อง WCC เวลาค่อนข้างน้อย ต้องพยายามให้อสม. จิตอาสามาช่วยงานมากขึ้น”

ง. บุคลากรในหน่วยงานไม่ค่อยให้ความสนใจและช่วยเหลืองานคลินิก WCC ไม่ว่าจะเป็น ทีมงานใน สอ./รพ.สต. หรือทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 2 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

“ทีมงานสหวิชาชีพจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมไม่ได้เข้าร่วมประชุม เพื่อแก้ไขปัญหา WCC อย่างต่อเนื่อง ทำให้การแก้ปัญหาไม่เกิดการบูรณาการในทุกจุด เนื่องจาก เน้นงานเฉพาะด้านอย่างเดียว คือ การให้วัคซีน จะต้องทำงานเป็นระบบ ประสานทุกฝ่าย เพื่อให้เด็กได้รับประโยชน์มากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ”

“เรื่องของผู้ให้บริการ ตอนนี้อยู่ยังเป็นปัญหาอยู่ ไม่เพียงพอ มีการแบ่งหน้าที่ รับผิดชอบใน สอ. ตนเองรับผิดชอบเรื่องวัคซีน การฉีดยา หัวหน้ารับเรื่องผู้ป่วยทั่วไป นวก. รับเรื่องงานไอที แผนนโยบาย ก็เลยต้องทำคนเดียว แก้ปัญหาโดยตั้ง อสม. มา ช่วยงานในคลินิกเด็ก”

1.2) ปัญหาด้านผู้รับบริการ

หัวหน้าคลินิกสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 34 แห่ง คือ รพท./รพศ. 4 แห่ง รพช. 6 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 24 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัญหาด้านผู้รับบริการที่พบมากที่สุด จำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. ปัญหาความร่วมมือและเอาใจใส่กับการมารับบริการของผู้รับบริการ กล่าวคือ ผู้รับบริการไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ไม่เอาใจใส่เรื่องพัฒนาการเด็ก หรืออาจไม่เข้าใจในบริการที่ได้รับ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นปู่ย่าตายาย จึงไม่ค่อยเอาใจใส่กับการให้บริการ รีบร้อน ไม่อยากรอนาน และเร่งรีบในการรับบริการต่างๆ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการเจาะเลือดเด็กตรวจเมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ไม่มารับบริการตามนัด ไม่ Plot กราฟโภชนาการ และลงบันทึกพัฒนาการในสมุดบันทึกสุขภาพฯ ไม่สนใจกับการให้ความรู้ รวมทั้งต้องการฉีดวัคซีนแล้วรีบกลับบ้าน โดยไม่อยู่รอสังเกตอาการหลังฉีดวัคซีน 30 นาที เป็นต้น การแก้ไขปัญหาทำให้บริการกิจกรรมอื่นให้ครบถ้วนก่อน แล้วฉีดวัคซีนเป็น รายการสุดท้าย รวมทั้งให้เจ้าหน้าที่พยายามอธิบาย ให้ความรู้ และทำความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง โดย พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 27 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 22 แห่ง

“ผู้รับบริการไม่ค่อยบันทึกการทำกราฟลงสมุดในเล่มสีชมพู แต่ก็มี อสม. คอยช่วยอธิบาย และสอนให้ทำ และอธิบายเพิ่มเติมว่า การใช้สมุดเล่มสีชมพูมีประโยชน์”

“ตัวพ่อแม่ ผู้ปกครองจะเร่งรีบ เป็นเรื่องที่แก้ไขไม่ได้ เพราะบางคนอยู่ไกลถึง 7-8 กิโลเมตร ทयอยกันมาจึงให้ความรู้รายกลุ่มไม่ได้ และผู้ปกครองไม่ชอบบอกรอให้สังเกตอาการเด็ก 30 นาทีตามที่กำหนด ยกเว้นบางรายที่รอได้”

“ผู้ปกครอง ป่วยตายาย กลัวลูกหลานเจ็บ ไม่มีเวลา เร่งรีบ เจาะเลือดจะส่งไปโรงพยาบาล แต่ไม่ค่อยไปตรวจ”

“บางครั้งคอยนาน โดยเฉพาะโต๊ะ Screen หากเจอ Case ที่ผิดปกติ ต้องให้คำอธิบายนาน ทำให้คนอื่นต้องคอยนานขึ้น ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะเป็นป่วยตายาย ผู้สูงอายุ เมื่อแนะนำให้ดูแลตามสมุดบันทึกสุขภาพ และบันทึก จึงไม่ค่อยได้ทำมาก่อน จึงต้องเน้นจุดนี้มากขึ้น”

“เค้าก็จะเร่งรีบ รีบไปทำงาน มีภาระงาน มีภารกิจอยู่ที่บ้าน แต่เด็กส่วนมากไม่ค่อยได้อยู่กับพ่อกับแม่ พ่อแม่เป็นวัยแรงงาน ไปทำงานที่อื่นหมด อยู่กับป่วยตายายเลี้ยง”

“ผู้ปกครองไม่เข้าใจ ระบบนัด ถ้ามาไม่ตามนัดก็จะช้าหน่อย ชอบบ่น ทำไมเด็กมาหาหมอ ใช้ระยะเวลานานจัง แต่เราก็ต้องอธิบายให้เข้าใจว่า เด็กมาจะได้เจาะเลือดตรวจฟัน”

“ผู้ปกครองไม่ได้เป็นพ่อแม่ ส่วนใหญ่เป็นป่วยตายาย ไม่ค่อยใส่ใจลูกหลานในการพามาใช้บริการ อีกอย่างความรู้ส่วนใหญ่จะน้อย เขตชนบท เลี้ยงหลานรดก็พอแล้ว คือเลี้ยงให้โตไปตามยถากรรม ส่วนใหญ่ยากจนเยอะ”

“การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวัคซีนครั้งต่อๆ ไป ทำได้ไม่ดี ไม่ต่อเนื่อง เพราะผู้ปกครองชอบผัดนัด เราก็กักโดยการแจ้งล่วงหน้าก่อน 2 วันผ่านไปทาง อสม. ก็ดีขึ้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ ลุงป้าหน้าอาเป็นผู้ดูแลเด็ก ทำให้เราต้องเอาใจใส่ดูแลเด็กเป็นพิเศษ เพราะชอบลืม บางคนอ่านหนังสือไม่ออก เราต้องให้อสม. คอยช่วยเหลือ”

“ส่วนมากเป็นเรื่องความร่วมมือของผู้ปกครองมากกว่า ถ้าฉีดวัคซีนแล้วมาเจาะปลายนิ้วอีก ก็คือยากมากๆ ถ้าเรานัดอีกอาทิตย์ให้มาเจาะ Hematocrit จะไม่มา จะ Loss ไปเลย แต่ถ้าทำก่อนก็ได้อยู่ แต่บางครั้งเจ้าหน้าที่จัดการให้ไม่ทัน”

“การให้ความร่วมมือของผู้รับบริการ ในการดูแลเอาใจใส่ ส่วนใหญ่เป็นป่วยตายายที่เลี้ยงดูหลาน ไม่ค่อยได้ให้ความสนใจสักเท่าไร ถึงเวลาที่ต้องการแค่วัดวัคซีนอย่างเดียว”



ข. ผู้รับบริการนอกเขตบริการ กล่าวคือ มีผู้รับบริการนอกเขตที่มารับบริการ ซึ่งส่งผลต่อจำนวนวัคซีนไม่เพียงพอ เพราะผู้รับบริการมีจำนวนมากกว่าที่ได้นัดหมาย ซึ่งได้แก้ไขโดยประชาสัมพันธ์และให้ อสม. ติดตามเด็กในเขตมารับบริการฉีดวัคซีน นอกจากนั้นยังมีปัญหาการสวมสิทธิ์ของคนต่างด้าวโดยนำสมุดบันทึกสุขภาพฯ มารับบริการแทน จึงมีแนวคิดที่จะถ่ายรูปติดบัตร ซึ่งไม่แน่ใจว่าจะแก้ปัญหาได้หรือไม่ และพบว่าบางแห่งผู้รับบริการมีความสนใจที่จะมารับบริการที่มีคุณภาพที่ครบถ้วน โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 10 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 6 แห่ง

“คนใช้นอกเขต เราติดตามไม่ได้ ส่วนใหญ่พอเขากลับมาหาเราอีกครั้ง เราก็จะดูสมุดสีชมพูย้อนหลังว่าเขาได้รับภูมิคุ้มกันต่อเนื่องจากที่อื่นหรือเปล่า ส่วนใหญ่มีเด็กที่ไม่ขาดการรับวัคซีน ส่วนเด็กในหมู่บ้านไม่มีปัญหาเพราะผู้ปกครองจะพามาตลอด ระยะทางไม่ไกล รับผิดชอบแค่ 7 หมู่บ้าน การเดินทางสะดวก”

ค. ปัญหาความแออัดของจำนวนผู้รับบริการ กล่าวคือ จำนวนผู้รับบริการหนาแน่นกว่าปกติ เพราะมีผู้รับบริการนอกเขตมาใช้บริการเพิ่มเติมด้วย โดยเฉพาะสัปดาห์ที่รวมเด็กจากสัปดาห์ที่ผ่านมาซึ่งตรงกับวันหยุด จะยังมีจำนวนมากขึ้น ใน สอ./รพ.สต. บางแห่ง บางครั้งมีเด็กมารับบริการสูงสุดถึง 120 คน พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 6 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง

ง. ปัญหาเรื่องการเดินทางของผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการมีปัญหาเรื่องการเดินทางมาที่ สอ./รพ.สต. เนื่องจากบางแห่งมีรถโดยสารมาเฉพาะช่วงเช้า ต้องรอเป็นเวลา บ่ายจึงรีบกลับบ้านเพราะจะไม่มีรถในช่วงนี้ บางแห่งผู้รับบริการต้องชวนกันมารับบริการพร้อมๆ กัน จะได้ช่วยกันประหยัดค่าใช้จ่ายซึ่งพบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง

“เมื่อก่อนปรับเวลารับวัคซีนอื่นๆ เป็นเช้า บ่ายเป็นวัคซีน JE จะได้มีเวลาส่งเสริมพัฒนาการ พอทำไปได้ 2 เดือนก็กลับมาทำเหมือนเดิม เพราะเค้าไม่มีเวลามาหาเรา ไม่กล้าจะมา เหมือนว่าไม่มีรถมา รถจะมีมาในช่วงเช้า บ่ายไม่มีรถ”

“จะใช้กลยุทธ์การเยี่ยมบ้านชาวเขา ขึ้นไปเยี่ยมบนดอย มันไกล ไปครั้งหนึ่ง 1-2 วัน ไปฉีดวัคซีน ตามไปดูพัฒนาการ ฉีดวัคซีนเดือนละครั้ง เพราะบางครั้งเขาไม่สามารถลงมาฉีดที่ สอ. ได้ เพราะไม่สะดวกเรื่องของการเดินทาง การเดินทางไกล ไม่สามารถแก้ไขได้ ต้องรีบมารับไป ไม่อย่างนั้นจะไม่ทันรถเดินทางกลับบ้าน”

“ส่วนใหญ่ผู้มารับบริการจะไปโรงพยาบาลเสียมากกว่า เพราะโรงพยาบาลเดินทางสะดวก แล้วก็ใกล้ สอ. ยังมายากกว่าโรงพยาบาลด้วยซ้ำ เพราะอยู่ในหอย เข้ามาจากปากหอยลึก ถ้าไม่มีรถมาก็ไม่สะดวก”

จ. **ปัญหาด้านภาษาและการสื่อสารของผู้รับบริการ** สถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง พบว่า เกิดปัญหาด้านภาษาและการสื่อสารของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นชนเผ่าหลายเผ่าที่ใช้ภาษาที่ หลากหลาย เช่น อาข่า และมูเซอ เป็นต้น แต่ก็ได้แก้ไขปัญหาโดยอบรม อสม. จิตอาสา หรือให้ คนงานที่ช่วยงานในคลินิก หรือชาวบ้านในพื้นที่เข้ามาช่วยแปลภาษา ช่วยอธิบาย พุดคุยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกัน เพราะเจ้าหน้าที่ไม่ทราบภาษาถิ่น

“การสื่อสารกับผู้รับบริการ หลายภาษา ให้คนงานที่เป็นชนพื้นเมืองช่วยแปล หรือให้คนพื้นที่ช่วยกันแปล ช่วยคุย”

“ปัญหาการสื่อสารของชาวเขาที่มารับบริการ ชนเผ่าอาข่า มูเซอ ต้องอบรม อสม. จิตอาสา ชาวบ้านเข้ามาช่วย เพราะเราไม่ได้เก่งภาษา เลือกที่เก่งภาษาหน่อย มาช่วย ในเรื่องของการเยี่ยมบ้าน แบ่งหมู่บ้านไปรับผิดชอบ ส่วนบนดอยก็ไปช่วยกันด้วย 2 เดือน ต่อครั้ง”

1.3) ปัญหาด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 36 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง รพช. 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 29 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัญหาด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ จำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. **ไม่มีเครื่องมือตรวจพิเศษต่างๆ** เช่น เครื่องวัดความดันสำหรับเด็ก เครื่องมือตรวจสายตา (E-Chart) เครื่องมือตรวจการได้ยิน อุปกรณ์ในการเจาะเลือด อุปกรณ์ในการตรวจปัสสาวะ และเครื่อง ปั่น Hematocrit เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 14 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 11 แห่ง

“ตรวจพิเศษบางอย่างได้ดำเนินการไปแล้ว ตรวจฉี่ ตรวจเลือด วัดความดันเด็ก 4 ปี แต่เครื่องมือตรวจใหญ่ไปกับมือเด็ก 4 ขวบ ยังปรึกษา CUP อยู่ว่าจะหาอันเล็กมาใช้ ส่วนมาก ได้ดำเนินการให้บริการตามมาตรฐาน Protocol แล้ว ยกเว้นบางอย่างที่ยังไม่มีเครื่องมือ”

“อุปกรณ์วัดความดัน E-Chart บางครั้งจัดซื้อ หาเองอาจไม่ได้ อยากให้สนับสนุนงบ มาที่ CUP หรือส่วนกลางสนับสนุนมาที่คลินิกตรงเลย บางทีโอนมาที่โรงพยาบาล เป็นงบกลาง จะทำเรื่องค่อนข้างยาก”

ข. **เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นในคลินิก WCC ขาดแคลน ขำรุต และเสียหาย** กล่าวคือ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นต้องใช้สำหรับให้บริการในคลินิกมีสภาพชำรุต เสียหาย และขาดแคลน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก ไม่มีที่วัดความสูง เครื่องวัดความยาวแบบนอน และตู้เย็นเก็บ วัคซีนไม่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน เป็นต้น โดยพบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 5 แห่ง



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“เครื่องมือไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความยาว เครื่องชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง เมื่อก่อนไม่มี เราก็เอาสายวัดมาวัดทับกับโต๊ะแทน แต่ตอนนี้ทาง CUP จัดการให้หมดแล้ว มีเครื่องมือครบ ที่ยังขาดอยู่คือ เครื่องวัดความดันเด็ก เพราะไม่มีขนาดของเด็ก แต่ได้แจ้งไปที่ CUP แล้ว”

“อุปกรณ์ตรวจพัฒนาการไม่ครบ ขาดชุดเสียหาย เครื่องชั่งไม่ได้มาตรฐาน ขาดความเที่ยง ต้องชั่งหลายครั้ง ทำให้เสียเวลา”

“ตู้เย็นเก็บวัคซีน วางรวมกันหมด อุณหภูมิอาจไม่ได้ อยากได้ที่เป็นมาตรฐาน 5 คิว หรือ 3 ชั้น แยกเป็น 2 ตอน เป็นช่อง Freeze ช่องธรรมดา จะได้ดูแล ควบคุมอุณหภูมิ ได้ Balance”

ค. ขาดแคลนชุดตรวจพัฒนาการเด็ก หรือของเล่นเสริมพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชุดตรวจพัฒนาการ วัสดุอุปกรณ์สำหรับการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก เนื่องจากไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อ เจ้าหน้าที่ต้องแก้ไขปัญหาโดยหาจัดซื้อมาไว้ในคลินิกเอง ตลอดจนของงบประมาณสนับสนุนจาก CUP จาก อบต. มาช่วยเหลือ หรือเรียกรายจากผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการ เป็นต้น โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 21 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 17 แห่ง)

“ตอนนี้ยังขาดชุดตรวจพัฒนาการเด็ก ขอบไปแล้วยังไม่ได้มา ขาดของเล่นเด็ก เพราะเด็กเวลาเล่นแล้วหยิบติดมือกลับบ้านหมด แต่ถ้ามีเจ้าหน้าที่เพียงพอดูแล เราก็สามารถที่จะหักทวงได้”

“ของเล่นมีแต่เด็กเล่นนานแล้วเก่า และเด็กบางคนก็เอากลับบ้านหมด ส่วนหนังสือนิทานเกี่ยวกับ Book Start พอได้มาเราก็แจกจนหมด ทำให้ที่อนามัยมีไม่เพียงพอ เพราะพ่อแม่ทุกคนก็อยากได้เป็นของตนเอง”

“ของเล่นเด็กหายเหมือนเดิม ต้องประกาศให้ชาวบ้านร่วมมือ ไม่เอากลับบ้าน บอกว่าของเล่นให้เด็กเล่นแล้วขอคืน แล้วให้เด็กมาเล่นในวันหลัง ”

“ของเล่นหาย โดยเฉพาะในวันที่มีกิจกรรม เด็กๆ จะหยิบติดมือกลับบ้าน ค่อนข้างขาดแคลน ปริมาณจะลดลงเรื่อยๆ”

“ของเล่นที่เราเคยมีอยู่ ตอนนี้ก็เสื่อม หายไปบ้าง ทำให้ของเล่นลดลง คิดว่าแก้ไขโดยจะเขียนโครงการขอจากกองทุนสุขภาพตำบล”

“ปัญหาการขาดชุดตรวจพัฒนาการเด็ก แก้ไขโดยการใช้ทุนส่วนตัวจัดซื้อมาใช้ เพราะเขาไม่ค่อยให้มาและเสนอระดับ CUP ก็ให้มาทีละ 5,000 บาท จัดซื้อของเล่นเด็กก็แก้ไขไปได้ที่นี่ อบต.ไม่ค่อยสนับสนุนเด็ก วันเด็กก็ไม่จัด ต้องไปรวมที่ อบต. ใกล้เคียง”

ง. **ไม่มีคู่มือปฏิบัติงาน** ไม่ว่าจะเป็นคู่มือตรวจร่างกายเด็ก การตรวจเด็กที่พัฒนาการล่าช้า หรือเด็กออทิสติกส์ โดยพบในสถานบริการระดับ รพช. จำนวน 2 แห่ง

จ. **ขาดแคลนสื่อและเอกสารความรู้ต่างๆ** โดยขาดแคลนสื่อ เอกสารความรู้ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือนิทาน โทรทัศน์ เครื่องเล่นดีวีดี แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือใบปลิวเรื่องการพัฒนาเด็ก ซึ่งต้องรองบประมาณ รพ.สต. สนับสนุน บางแห่งแก้ปัญหาโดยให้จิตอาสาช่วยเล่านิทานให้เด็กฟัง เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง

“ไม่ค่อยมีการสนับสนุน เช่น โปสเตอร์ต่างๆ ของงานอนามัยแม่และเด็ก ขณะนี้มีแต่โปสเตอร์ของกรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิตเป็นส่วนใหญ่ ต่างจากช่วงก่อนที่มีวัสดุอุปกรณ์การให้ความรู้จากกรมอนามัยค่อนข้างมาก”

“ขาดสื่อเอกสารความรู้สำหรับเด็ก คู่มือตรวจร่างกายเด็ก เด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กออทิสติกส์จะทำยังไง ส่งต่ออย่างไร รักษาอย่างไร แก้ไขอย่างไร”

ข. **ขาดแคลนยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็ก** หรือบางแห่งเพิ่งได้รับ โดยพบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวนทั้งสิ้น 3 แห่ง

1.4) ปัญหาด้านสถานที่

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 24 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 18 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัญหาด้านสถานที่ จำนวน 2 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. **สถานที่คับแคบและไม่เป็นสัดส่วน** กล่าวคือ สถานที่ไม่เอื้ออำนวย ยังคับแคบเช่นเดิม ไม่เป็นสัดส่วน คลินิกเด็กปะปนกับคลินิกรักษาคนไข้ทั่วไป ห้องเสริมพัฒนาการเด็กกับห้องฉีดยาอยู่ในห้องเดียวกัน ซึ่งยังไม่ถึงงบประมาณต่อเติม รวมทั้งบางแห่งไม่มีที่จอดรถสำหรับผู้ปกครอง โดยขณะนี้แต่ละสถานบริการมีการขยายสถานที่ให้บริการ เช่น ปรับห้องทำงานเป็นมุมพัฒนาการและมุมให้บริการในพื้นที่เดียวกัน ย้ายคลินิกไปยังตึกอาคารใหม่ หรือจัดหาสถานที่ใหม่ โดยใช้พื้นที่อาคารหลังเก่าทำเป็นโรงเรียนพ่อแม่ และเป็นพื้นที่ตรวจพัฒนาการเด็ก ส่วนสถานบริการระดับ สอ. หลายบางแห่งกำลังปรับปรุงเป็น รพ.สต. คิดว่าอาจจะได้งบประมาณมาปรับปรุงและต่อเติม พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 24 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 18 แห่ง

“สถานที่คับแคบ ห้องให้บริการไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดคลินิก ทั้งคนไข้ทั่วไป กับเด็กที่มารับบริการ มันไม่มีที่ให้อยู่”



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“สถานที่ปัจจุบันอาจยังคับแคบ ขณะนี้เตรียมการย้ายไปอยู่ที่ตึกเด็กป่วยเดิม ซึ่งอยู่ชั้นล่าง และมีที่กว้างขวาง สามารถจัดระบบบริการได้ดี เป็น One Stop Service รวมทั้งเป็นส่วนแยกจากผู้ป่วยอื่นๆ ส่วนเด็กป่วยจะย้ายไปอีกตึก”

“สถานที่ยังคิดว่าคับแคบ อยากทำมุมเด็กเล่น เพื่อให้เด็กเฟลิดเฟลิน กำลังประสานงานกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อบต. ซึ่งได้รับอุปกรณ์พัฒนาเด็กจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวนมาก เลยขอบางส่วนมาใช้ในมุมเด็กเล่น”

“สถานที่ยังคับแคบอยู่ ยังอยากพัฒนาสถานที่อยู่ อยากมีมุมพัฒนาการที่ใหญ่กว่าเดิม มีของเล่นเด็กสำหรับฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กมัดใหญ่ เอามาเล่นมาต่อกันได้ เพื่อฝึกพัฒนาการ ตอนนี้มีงบประมาณของ รพ.สต. มาให้สำหรับซ่อมแซม เลยอาจจะใช้ปรับปรุง ต่อเติมข้างหลังให้ยาวไปอีก จัดทำเป็นห้อง ถ้าไม่เป็นห้องของเล่นก็จะหายหมด”

“สถานที่ค่อนข้างคับแคบ โดยเฉพาะการตรวจสายตาด้วย E-Chart ทำให้การตรวจไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ เพราะผู้คนพลุกพล่าน เด็กไม่มีสมาธิ”

ข. ไม่มีมุมเด็กเล่นหรือมุมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กล่าวคือ ปัญหาไม่มีห้องตรวจพัฒนาการเด็ก ขาดมุมพัฒนาการ ไม่มีพื้นที่ให้เด็กเล่นระหว่างรอรับบริการ หรือมุมให้ความรู้ที่อาจติดโปสเตอร์ความรู้เรื่องต่างๆ ซึ่งกำลังดำเนินการต่อเติม ปรับปรุงอาคารโดยจะจัดให้เป็นสัดส่วน และมีมุมพัฒนาการ ซึ่งบางแห่งได้รับงบประมาณ รพ.สต. สนับสนุน (งบปรับปรุงอาคารสถานที่) หรือบางแห่งกำลังเสนอของบประมาณจากเทศบาลเพื่อจัดทำมุมพัฒนาการเด็ก เป็นต้น โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 6 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 14 แห่ง

“ไม่มีมุมพัฒนาการเฉพาะ ตอนนี้อย่าให้เล่นในห้องชั่วคราวไปก่อน ซึ่งมีแผนที่จะขยายพื้นที่ โดยจะย้ายตู้เย็นออกจากห้อง และของต่างๆ ให้เป็นห้องสำหรับตรวจพัฒนาการโดยเฉพาะ และกำลังของบเพื่อทำเป็นโรงเรียนพ่อแม่ จากเงินงบบำรุง รพ.สต.”

“สถานที่เป็นประเด็นหลักขณะนี้ เนื่องจากคับแคบ เด็กและผู้ปกครองต้องรอนานขึ้นจากกิจกรรมต่างๆ แต่อีก 6 เดือนจะได้ย้ายไปอยู่อาคารใหม่ที่เป็นสัดส่วน มีห้องตรวจพัฒนาการเฉพาะ ห้องให้วัคซีน และห้องให้ความรู้ โรงเรียนพ่อแม่ มีมุมขณะรอ มีสนามเด็กเล่นสำหรับเด็กโตในบริเวณใกล้เคียง”

“สถานที่ดีพอสมควร แต่ยังไม่ไม่มีมุมพัฒนาการเด็กที่เป็นสัดส่วน ต้องการได้รับงบประมาณมาสนับสนุน”

“สนามเด็กเล่นนอกพื้นที่ก็ยังมี ว่าจะขยายพื้นที่ไปด้านหลัง แล้วจัดให้เป็นสัดส่วน คือ ทำเป็นคลินิก WCC ทุกอย่างรวมกันเลย เข้าทางด้านหลังเลย ตอนนี้มันยังปนกันอยู่กับ

ส่วนของเจ้าหน้าที่และคนไข้ที่มารักษาโรคอื่นอยู่ ส่วนข้างบนจะทำเป็นมุมกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยเฉพาะ เวลาที่เด็กมีปัญหาผิดปกติ พอตีเตียงของ รพ.สต.”

“สถานที่ กำลังปรับเป็นมุมพัฒนาการ ซื่อวัสดุอุปกรณ์ ใช้บ รพ.สต. มาต่อเติมข้างหลัง สอ. แล้วก็ส่งเข้ามาฉีดยาใน สอ.”

“สถานที่ค่อนข้างคับแคบ ตั้งใจว่าจะจัดมุมใหม่ โดยจะ Set จัดมุมพัฒนาการขึ้นใหม่ โดยการปรับสถานที่ แต่ต้องขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วย ต้องมีส่วนร่วมในการจัดทำ และต้องรอหัวหน้าใหม่ด้วยว่าจะเห็นด้วยหรือไม่”

1.5) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับจำนวน 12 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 10 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัญหาด้านการบริหารจัดการ จำนวน 6 เรื่องสำคัญ ประกอบด้วย

ก. นโยบายการให้บริการไม่ชัดเจน กล่าวคือ ไม่ทราบว่าจะดำเนินการให้บริการในทิศทางใด ยังคงให้บริการเช่นเดิม เนื่องจากยังไม่ได้ประกาศเป็นนโยบายที่ชัดเจน พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง

“การสนับสนุนจาก CUP จังหวัด ไม่ค่อย OK สนับสนุนวิชาการกว้างๆ ไม่ค่อยลงลึก รายละเอียด ไม่อธิบายวัตถุประสงค์ว่าจะให้ทำอะไร เหมือนกับว่าต่างคนต่างทำกันไป จังหวัดควรจะมีการอบรมให้เฉพาะ ลึกซึ้ง เข้มข้น เหมือนกับว่าเค้าทำอะไรกัน”

“ถ้าเป็นนโยบายกระทรวงโดยตรง ว่าต้องทำอย่างนี้ ตามเกณฑ์ทุกแห่ง ทุกแห่งเหมือนกันหมด มันก็จะเดินไปพร้อมๆ กัน แต่จากการสอบถามเค้า เค้าก็บอกว่า ทำเหมือนเดิม ทำเฉพาะนำร่อง อย่างอื่นเหมือนเดิม บางแห่งก็ไม่มีมีการตรวจประเมินพัฒนาการ แบบฟอร์มอะไรเค้าไม่รู้ด้วยซ้ำ เปลี่ยนแปลงจากเดิม คือ ฉีด JE ที่ 1 ปีเท่านั้นเอง”

ข. ปัญหาการบริหารจัดการวัคซีน พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 5 แห่ง โดยแบ่งออกเป็น 3 เรื่องย่อย ได้แก่

- I. วัคซีนที่เบิกจ่ายจาก CUP หมดอายุเร็ว ต้องรีบให้บริการ
- II. ไม่สามารถเบิกจ่ายวัคซีนเพื่อได้ กล่าวคือ มีระเบียบการเบิกจ่ายวัคซีนเคร่งครัด สามารถเบิกตามรายชื่อได้เท่านั้น ไม่สามารถ Stock ไว้สำหรับให้บริการเด็กที่อยู่นอกเขตบริการได้ แต่ก็ได้แก้ไขโดยนัดให้มารับบริการในอีก 1 เดือนถัดไป
- III. การเบิกวัคซีนไม่ตรงตามเป้า กล่าวคือ ส่งไปเบิกวัคซีนไม่ทัน ส่งกระชั้นชิด ส่งวัคซีนมาเพื่อเป็นจำนวนมาก บางครั้งเหลือวัคซีนเป็นจำนวนมากหรือบางครั้งไม่เหลือ



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

ตลอดจนมีปัญหาเรื่องการส่งใบเบิกวัคซีน เช่น วันที่ 1 มกราคมต้องส่งใบเบิกวัคซีนของเดือนกุมภาพันธ์ ทั้งที่เดือนมกราคมยังไม่ได้ฉีด จึงไม่รู้ว่าจะเหลือวัคซีนหรือไม่

ค. ปัญหาการจัดระบบคิวให้บริการ เนื่องจากผู้ปกครองบางคนที่บ้านอยู่ใกล้ สอ. ได้มายื่นบัตรคิวไว้ก่อนแล้วค่อยมารับบริการที่หลัง เมื่อมาถึงแล้วได้ตรวจก่อน ทำให้ผู้ที่มารอ ไม่พอใจที่ได้ตรวจที่หลัง พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

ง. ขาดแนวทางในการให้บริการที่ชัดเจน เช่น แนวทางในการตรวจปัสสาวะ หากจะเก็บปัสสาวะเด็กอายุ 4 ปีได้ ควรส่งไปที่ห้อง Lab ก็จะสามารถตรวจได้โดยไม่มีปัญหา ซึ่งพบในสถานบริการระดับ รพช. 1 แห่ง

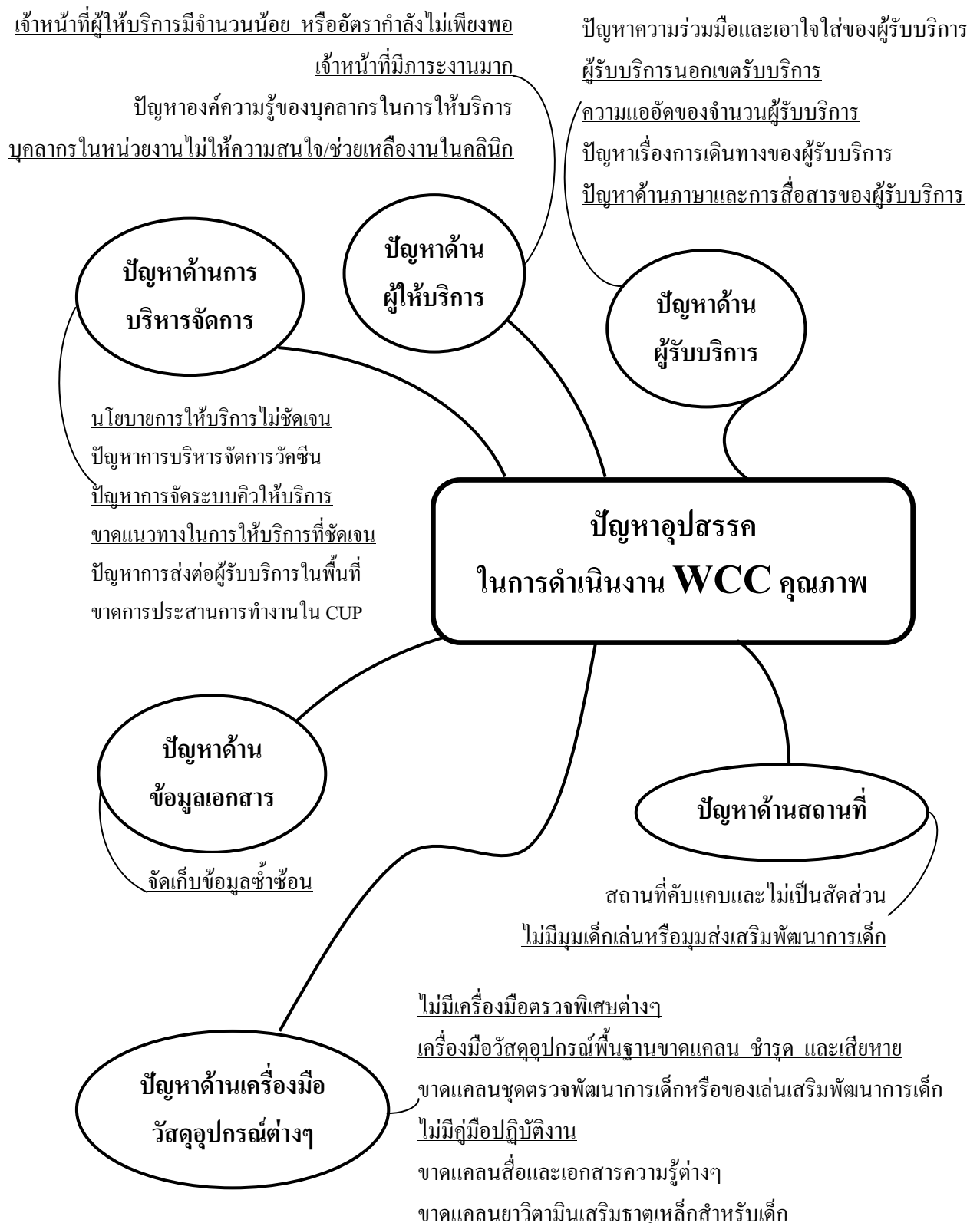
จ. ปัญหาการส่งต่อผู้รับบริการระหว่างเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ โดยพบปัญหาการส่งต่อเด็กไปรับบริการที่โรงพยาบาล ตั้งแต่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจปัสสาวะเจาะเลือด และตรวจร่างกาย ขณะนี้ได้แก้ปัญหาโดยการตรวจร่างกายทั่วไป ซึ่งพบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

ข. ปัญหาขาดการประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายบริการระดับ CUP กล่าวคือ เครือข่ายการทำงานระดับ สอ./รพ.สต. ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ เช่น การฉีดวัคซีนเข็มสองอีกเสบ (JE) แก่เด็กจากอายุ 1 ปีครึ่งเป็น 1 ปี รวมทั้งขาดการติดตามและนิเทศงานกับเครือข่ายการทำงานระดับ CUP เนื่องจากการบริหารจัดการไม่ดี และไม่มีการเรียกประชุมชี้แจงรายละเอียด ดังนั้น น่าจะมีการประชุมหารือใน MCH Board ระดับอำเภอ หรือแจ้งข้อมูลผ่านไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ด้วย โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 2 แห่ง คือ รพท./รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

1.6) ปัญหาด้านข้อมูลเอกสาร

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับจำนวน 3 แห่ง คือ รพท./รพช. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง ได้กล่าวถึง **ปัญหาด้านข้อมูลเอกสาร** ที่มีการจัดเก็บข้อมูลซ้ำซ้อน กล่าวคือ ทำรายงานมาก ลงข้อมูลหลายงานหลายไฟล์เตอร์ และพบข้อขัดข้องในการใช้สมุดบันทึกสุขภาพฯ เนื่องจากมีกราฟโภชนาการเพิ่มขึ้น ข้อมูลกลับไปกลับมา และค้นหาข้อมูลยาก

ภาพที่ 3.2 สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ)





2) ข้อคิดเห็นจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ ได้กล่าวถึง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้านหลัก ได้แก่

2.1) ปัญหาด้านผู้ให้บริการ

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 22 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 4 แห่ง รพช. จำนวน 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 14 แห่ง ได้กล่าวถึงปัญหาด้านผู้ให้บริการ จำนวน 3 เรื่องสำคัญ ประกอบด้วย

ก. **เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีจำนวนน้อย** หรืออัตรากำลังไม่เพียงพอ กล่าวคือ บุคลากรอาจติดภารกิจถูกเรียกไปประชุม ทำให้ขาดบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในวันที่มีคลินิก WCC ซึ่งต้องการความพร้อมของกำลังคนโดยบางแห่งขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นๆมาช่วยงานเพิ่มเติม หรือบางแห่งมีจิตอาสาและ อสม. มาช่วยซั้่งน้ำหนัก วัดความยาว และวัดรอบศีรษะในช่วงที่มีคลินิกเด็ก ซึ่งทำให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการในคลินิกดังกล่าว พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 14 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 11 แห่ง

“เนื่องจากมีพยาบาลวิชาชีพเพียง 1 คน เมื่อไม่อยู่ ติดประชุมสัมมนาก็ต้องขอเลื่อน การฉีดวัคซีน กรณีเลื่อนไม่ได้จริงๆ เราก็ขอการสนับสนุนจากสถานีนอามัยใกล้เคียงมาช่วย ให้บริการแทน คือเราทำแบบเครือข่าย รพ.สต. ช่วยเหลือกันทำได้”

“การให้บริการที่ไม่เพียงพอ เพราะเจ้าหน้าที่มีไม่มาก แก่โดยดิ่ง อสม. เข้ามาช่วย กรณีที่บ้านอยู่ไกลจาก สอ. มากๆ เราก็มีแผนที่จะหารถไปรับมาทำงานที่คลินิก”

“เจ้าหน้าที่เอา อสม. มาช่วย เอา อสม. อบรมการตรวจให้แม่นยำ ข้อมูลคลาดเคลื่อน น้อยที่สุด ผู้ปกครองบางทีวัด น้ำหนักลด รอบหัวลด รอบอกลด เราทำให้ได้มาตรฐานมากที่สุด”

“อัตรากำลังทาง สอ. ยังมีไม่เพียงพอ เด็กจะมาพร้อมกัน ทำให้เจ้าหน้าที่ทำไม่ได้ ที่ จะให้ได้ตามมาตรฐานคุณภาพ ถ้ารับมากๆ ก็จะได้คุณภาพ แล้วยังมีคนไข้ที่มารับการรักษา โรคทั่วไปด้วย นื่องพยาบาลวิชาชีพอยากได้มาก ต้องหางบประมาณใ้หน่อยเค้า”

“ปัญหาบุคลากรมีแค่ 2 คนต่อการดูแล 5 หมู่บ้าน ไม่สามารถแก้ไขได้ เพราะ ผู้บริหารไม่ให้บุคลากรเพิ่ม เราทำงานเชิงรุกด้วย คือ ต้องออกพื้นที่ทุกอาทิตย์ ทำให้ทำไม่ทัน ไหนจะต้องมาลงข้อมูล ตรวจรักษาคนไข้ทั่วไป”

“ปัญหาเจ้าหน้าที่น้อย ไม่มีเจ้าหน้าที่ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำเรื่องขอพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม 1 ตำแหน่ง แต่ไม่ได้ ทำเรื่องขอทุกปี แต่ก็ยังไม่ได้ ได้เจ้าหน้าที่มาเพิ่ม 1 คน ต้องฝึกเรื่องการฉีดยา ตอนนี้อยู่ไม่ค่อยชำนาญ”

“เจ้าหน้าที่น้อย ไม่เหมือนที่อื่นที่มีพยาบาลดูแลเรื่องพัฒนาการ คนที่รับผิดชอบก็เพิ่งอบรมมา คนที่เคยทำก็โยกย้ายไปงานเยี่ยมบ้าน ทำงานไม่ได้ตรวจเด็กเท่าไร ต้องดูกำลังคนให้พอ ทุกอย่าง สอ. เค้ามียุบาลก็จริง ทำงานบางอย่างก็ลืม บางอย่างไม่สามารถประเมินได้ ต้องอบรมให้เค้าสามารถประเมินได้”

ข. เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรมีการปรับเปลี่ยนและโยกย้ายงาน กล่าวคือ เจ้าหน้าที่โยกย้ายไปแผนกอื่นๆ เช่น ย้ายไปดูแลงานเยี่ยมบ้าน หรือสถานบริการระดับโรงพยาบาลบางแห่งมีพยาบาลวิชาชีพ เพียง 2 คน จึงต้องขอความอนุเคราะห์บุคลากรฝ่ายการพยาบาลมาช่วยงานในคลินิก WCC พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 7 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง นอกจากนี้แล้ว สถานบริการระดับ รพท./รพศ. อีกจำนวน 1 แห่ง ยังพบปัญหาผู้รับผิดชอบงานคลินิก WCC ย้ายไปอยู่สถานที่อื่นส่วนผู้รับผิดชอบงานคนใหม่เพิ่งย้ายมาได้ประมาณ 4 เดือน

“ปัญหาคือ เราเปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อยมาก เปลี่ยนย้ายบ่อย พยาบาลวิชาชีพมี 1 คน มีภาระงานเยอะมาก แต่ก็ปรับโดยเอา อสม. มาช่วย เข้ามาช่วยในส่วนงานที่เราจะทำได้ และอยากได้พยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 1 คน กำลังรอใครที่จะโอนย้ายมาเพิ่ม”

“เจ้าหน้าที่น้อย ไม่เหมือนที่อื่นที่มีพยาบาลดูแลเรื่องพัฒนาการ คนที่รับผิดชอบก็เพิ่งอบรมมา คนที่เคยทำก็โยกย้ายไปงานเยี่ยมบ้าน ทำงานไม่ได้ตรวจเด็กเท่าไร ต้องดูกำลังคนให้พอ ทุกอย่าง สอ. เค้ามียุบาลก็จริง ทำงานบางอย่างก็ลืม บางอย่างไม่สามารถประเมินได้ ต้องอบรมให้เค้าสามารถประเมินได้”

ค. ปัญหาด้านองค์ความรู้ของบุคลากรในการให้บริการ โดยเฉพาะเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเด็ก และความรู้ด้านพัฒนาการเด็ก เป็นต้น ซึ่งไม่รู้ว่าเพียงพอหรือไม่ เนื่องจากขณะนี้เพิ่งมารับผิดชอบงานนี้โดยตรง พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 3 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

“องค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน มีไม่เพียงพอ คนที่มีองค์ความรู้ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติโดยตรง คิดว่าองค์ความรู้สำคัญ เท่าที่ดู คนที่มีองค์ความรู้และคนปฏิบัติคนละกลุ่มกัน”

2.2) ปัญหาด้านผู้รับบริการ

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 14 แห่ง คือ รพช. จำนวน 6 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 8 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัญหาด้านผู้รับบริการที่พบมากที่สุด จำนวน 4 เรื่อง ประกอบด้วย



ก. **ปัญหาความร่วมมือของผู้รับบริการ** กล่าวคือ ผู้รับบริการที่ส่วนใหญ่เป็นปู่ตายาย หรือแม่ที่อายุน้อยขาดความสนใจหรือเอาใจใส่ในการพาเด็กมารับบริการ และขาดความรู้ความเข้าใจในบริการที่ได้รับ เช่น ไม่มาตามวันนัดรับวัคซีน เร่งรีบรับบริการแล้วกลับบ้าน และไม่ตระหนักกับการให้ความรู้ เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 11 แห่ง คือ รพช. จำนวน 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง

“คนใช้ส่วนใหญ่เป็นชาวเขา ประมาณ 1 ใน 3 คนใช้ขาดความเข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญของการมาฉีดวัคซีน จึงต้องออกไปดูตามหมู่บ้าน และให้อสม. ตามมารับบริการ”

“ปู่ตายาย มาแล้วอยากกลับเร็วๆ ไม่อยากรอให้เราประเมินพัฒนาการ ที่ได้ทำก็จะซึ้งน้ำหนัก วัคซีนสูง ส่วนการให้วัคซีนจะเป็นรายบุคคล”

“ปู่ตายายเลี้ยงหลาน ขาดการมารับบริการ ไม่สะดวก ไม่มีเงิน ออกไปรับมาที่คลินิก หรือตามมารับบริการที่คลินิก บางครั้งก็ไปให้บริการที่บ้านเลย”

“ผู้ปกครองไม่เข้าใจ เพราะส่วนมากผู้สูงอายุเลี้ยงเด็ก เมื่อแนะนำไป แต่อาจยังมีความเชื่อดั้งเดิม เช่น เรื่องอาหารเด็ก ยังให้เด็กกินอาหารก่อน 6 เดือน”

“การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กตามกลุ่มอายุ ยังไม่ค่อยได้ เนื่องจากผู้ปกครองมักจะมาตามความสะดวกของตนเอง และมีหลายรายที่พลาดนัด ทำให้ต้องเลื่อนไปหลายสัปดาห์ มีผลต่อการเตรียมวัคซีน ซึ่งกำลังหาทางจัดระบบอยู่”

นอกจากนี้แล้ว บางครั้งเด็กจะติดตามผู้ปกครองไปอยู่ที่อื่น จึงไม่สามารถมารับบริการตามวันนัดได้

“เด็กติดตามผู้ปกครองไปที่อื่น การมารับวัคซีนก็ไม่ได้ ให้อสม. ไปประกบว่ามาได้ไหม ผู้ปกครองก็เข้าใจ ใส่ใจมารับวัคซีน”

ข. **ผู้รับบริการนอกเขตบริการ** ทำให้เกิดความคับคั่งของผู้รับบริการเกินไป ทำให้ไม่สามารถให้บริการต่อเนื่องมายังช่วงบ่ายได้ เนื่องจากมีกิจกรรมอื่นที่จะต้องทำ คือ การออกเยี่ยมชุมชน ซึ่งป็นมาตรฐานของ PCU ที่ต้องมีการออกชุมชนตามจำนวนชั่วโมงที่กำหนด พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง

“บางครั้งมีผู้รับบริการนอกเขต นอกกลุ่มเป้าหมาย แต่ก็มีวัคซีนพอเพียงสำหรับผู้รับบริการนอกเขต เนื่องจากสามารถหยิบยืมจากเครือข่าย สอ. ในพื้นที่”

ค. **ปัญหาความแออัดของผู้รับบริการ** กล่าวคือ ผู้รับบริการยังมีจำนวนมาก ทำให้ใช้เวลาในการรับบริการ ซึ่งมีหลายขั้นตอนที่ใช้เวลานานขึ้น บางคนใช้เวลานานกว่าครึ่งชั่วโมง โดยขั้นตอนที่ใช้เวลามาก คือ การประเมินพัฒนาการ ส่วนสถานบริการอีกแห่งจะแออัดเนื่องจากสถานที่คับแคบ พบใน

สถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 3 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

“ขณะนี้ไม่มีเรื่องเดียว คือความแออัดของผู้รับบริการ โดยเฉพาะหลังวันที่ 10 ของทุกเดือน ซึ่งเป็นวันที่ รพ.สต. ให้วัคซีนแก่เด็ก หลังจากนั้นจะ Refer เด็กมาตรวจ Hct. และตรวจ U/A ทำให้จำนวนเด็กเพิ่มขึ้นกว่าจำนวนที่บริการอยู่”

ง. ปัญหาเรื่องการเดินทางของผู้รับบริการ คือ มีรถโดยสารผ่านมายัง สอ. เป็นเวลาเฉพาะช่วงเช้าเท่านั้น ผู้รับบริการจึงต้องเร่งรีบรับบริการให้เสร็จสิ้นในช่วงเช้า เพื่อจะได้เดินทางกลับบ้านทันรถโดยสารตอนเที่ยง เพราะในช่วงบ่ายจะไม่มีรถโดยสาร พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

2.3) ปัญหาด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 11 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 8 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัญหาด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ จำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. ไม่มีเครื่องมือตรวจพิเศษต่างๆ เช่น เครื่องมือตรวจการได้ยินชารุต และเครื่องปั่น Hematocrit ซึ่งไม่มีทุกสถานีนามัย พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 2 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

“มีปัญหาเรื่องการตรวจหู เครื่องใช้บ่อย ทำให้เครื่องชำรุด จึงควรมีการสนับสนุนเครื่องมือเหล่านี้ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจำกัด เพราะต้องไปแข่งกับแผนกอื่นๆ จึงไม่ได้งบประมาณสนับสนุนหลายครั้ง”

“ส่วนการตรวจพิเศษเด็กอายุ 4 ปี ยังไม่ได้ตรวจ เนื่องจากขาดอุปกรณ์เครื่องวัดความดันเด็ก แต่มีโครงการตรวจความดันโลหิตของประชาชนที่มีอายุเกิน 15 ปีขึ้นไป”

ข. ขาดแคลนชุดตรวจพัฒนาการเด็ก บางแห่งไม่ได้รับการสนับสนุน หรือบางแห่งทำเรื่องเสนอให้ CUP สนับสนุนก็ได้รับเงินสนับสนุนมาจัดซื้อของเล่นแก้ไขไปได้ รวมทั้งใช้ทุนส่วนตัวจัดซื้อมาใช้ด้วย พบในสถานบริการแต่ละระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง

“ชุดตรวจพัฒนาการไม่ได้ อุปกรณ์ตรวจพัฒนาการ จะใช้อุปกรณ์ใกล้เคียงมาทำแทน มาทดสอบให้ใกล้เคียงมากที่สุด ใช้วิธีถามให้มากที่สุด”

ค. ขาดแคลนของเล่นเสริมพัฒนาการเด็ก และหนังสือนิทาน พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 5 แห่ง คือ รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 4 แห่ง



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“ขาดของเล่นเด็ก เพราะเด็กเวลาเล่นแล้วหยิบติดมือกลับบ้านหมด แต่ถ้ามีเจ้าหน้าที่เพียงพอดูแล เราก็สามารถที่จะทักท้วงได้”

“ของเล่นเด็กน้อย หายไป พยายามให้ความรู้ เวลาเล่นอย่าเอากลับบ้าน ถ้ามีเพิ่มก็จะดี”

ง. ขาดแคลนคู่มือและเอกสารความรู้เรื่องการพัฒนาเด็ก รวมทั้งเอกสารความรู้สำหรับพ่อแม่ ไม่ได้รับการสนับสนุนจาก CUP พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

จ. ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กได้รับไม่ต่อเนื่องหรือได้รับบางส่วน ไม่ครบตามช่วงอายุที่ควรให้แก่เด็กทุกคน โดยพยายามขอให้ผู้บริหารบรรจุเป็นยาบัญชีหลักของหน่วยงาน พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 3 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง

2.4) ปัญหาด้านสถานที่

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 17 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 14 ได้กล่าวถึง ปัญหาด้านสถานที่ จำนวน 2 เรื่องสำคัญประกอบด้วย

ก. สถานที่คับแคบและไม่เป็นสัดส่วน กล่าวคือ สถานที่ให้บริการในคลินิก WCC ยังไม่เป็นสัดส่วนโดยเฉพาะสำหรับดำเนินงานคลินิก WCC และค่อนข้างคับแคบ ไม่สามารถขยายได้ โดยบางแห่งพยายามดำเนินการปรับปรุงและต่อเติมอาคาร หรือบางแห่งรอตึกใหม่อีกประมาณ 1 ปี และย้ายไปอาคารใหม่ภายใน 5-6 เดือนนี้ ซึ่งจะมีพื้นที่กว้างขวางและเป็นสัดส่วน สามารถรองรับการให้บริการที่สะดวกสบายได้ดีขึ้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 12 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 9 แห่ง

“สถานที่คับแคบไม่เหมาะสมกับการทำคลินิก WCC ตอนนี้พยายามติดต่อกับทางกลุ่ม อสม. และชาวบ้านอยู่ อนาคตจะย้ายคลินิกลงมาข้างล่างทั้งหมด พอดี อสม. จะสร้างห้องประชุมของเขาในพื้นที่ใกล้เคียงกัน เราก็จะขอพื้นที่ห้องประชุมนั้น เพราะการต่อเติมอาคารต่างๆ เรารับมาจากพลังชุมชน ทาง อสม. และชาวบ้านร่วมมือกันลงทุนสร้างให้ ทำให้เรามีพื้นที่เพิ่มขึ้น แล้วก็จะใช้เป็นคลินิกแพทย์แผนไทยด้วย”

“ยังคงมีปัญหาเรื่องสถานที่ เพราะขณะนี้กันส่วนทางเดินมาจัดเป็นคลินิก รวมทั้งจัดมุมให้เด็กได้เล่นขณะรอคอย ไม่มีห้องเป็นสัดส่วน ขณะนี้ได้ทำเรื่องเสนอผู้อำนวยการแล้ว”

“ใช้เงินบำรุง ปรับพื้นที่ ออกจากคลินิกทั่วไป โดยให้คลินิกเด็กคือออกจากผู้ป่วยทั่วไป แยกเป็นสัดส่วน เป็นอาคารเชื่อม และเป็นโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูลูก และใช้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วย”

ข. ไม่มีมุมเด็กเล่นหรือมุมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อให้เด็กผ่อนคลายระหว่างรอรับบริการ ผู้ปกครองจะได้ไม่เครียดเมื่อต้องรอนาน โดยต้องการแยกมุมพัฒนาการเด็กออกมาต่างหาก โดยไม่ให้ปะปนกับคลินิกคนไข้ทั่วไป ซึ่งบางแห่งอยู่ระหว่างรอกับประมาณ รพ.สต. มาสนับสนุนเพิ่มเติม พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 5 แห่ง

“ที่ยังไม่พร้อม คือ มุมที่จะส่งเสริมพัฒนาการเด็ก หรือมุมให้เด็กได้เล่นขณะคอย แต่กำลังรอแผนงานโครงการที่จัดทำ เพื่อรออนุมัติ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจะทำคลินิกสุขภาพเด็กให้สมบูรณ์”

“อยากจะหางบประมาณจัดทำมุมพัฒนาการขึ้น ทำเล็กๆ พอให้มีของเล่น ช่วงที่ผู้ปกครองนั่งรอสังเกตอาการ ก็กำหนดการว่าจะเป็นเดือนมีนาคม ปี 54 น่าจะดำเนินการได้”

2.5) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 16 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 10 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัญหาด้านการบริหารจัดการ จำนวน 7 เรื่องสำคัญ ประกอบด้วย

ก. การให้บริการยังไม่ครบถ้วนทุกกิจกรรม กล่าวคือ กิจกรรมบางอย่างยังไม่ได้ดำเนินงาน การให้บริการไม่ครบทุกขั้นตอน หรือให้บริการยังไม่เต็มที่ทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจพิเศษต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการวัดสายตาเด็ก การตรวจหู (การได้ยิน) การตรวจปัสสาวะ การตรวจความเข้มข้นของเลือด การตรวจพิเศษในเด็กอายุ 4 ปี และการจัดโรงเรียนพ่อแม่ เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 10 แห่ง คือ รพช. จำนวน 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง

“ยังให้บริการได้ไม่เต็มที่ เช่น การตรวจปัสสาวะ วัดความดันในเด็กอายุ 4 ปี เพราะจะต้องประสานกับห้อง Lab เรื่องการตรวจปัสสาวะและวัดความดันสามารถดำเนินงานได้ แต่ต้องมองว่าจะทำอย่างไร คือ วัดความดันจะให้เจ้าหน้าที่ในคลินิกทำเอง ส่วนการตรวจปัสสาวะจะต้องส่งไปยังห้อง Lab”

“การให้บริการยังไม่เต็มที่ทั้งหมด ที่ทำอยู่ คือ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง การชั่งน้ำหนักวัดความยาว วัดรอบศีรษะ การแนะนำเรื่องนมแม่ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การตรวจภาวะโลหิตจาง ส่วนการตรวจร่างกายจะใช้การสังเกตทั่วไป ผิวพรรณ หน้าตา กล้ามเนื้อ เป็นต้น การตรวจพิเศษเด็กอายุ 4 ปี ยังไม่ได้ตรวจ เนื่องจากขาดอุปกรณ์เครื่องวัดความดันเด็ก”

“ยังไม่ได้เจาะ Hematocrit. ตรวจปัสสาวะ นโยบาย ผอ. ยังไม่เห็นว่ามีประโยชน์ แล้วก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วย”



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“เราไม่สามารถทำครบทุกขั้นตอน ก็เลยรู้สึกว่บาทบาทเรายังไม่ได้ทำเต็มที่ แม้จะทำได้ ไม่ครบทุกขั้นตอน แต่ก็พยายามทำให้ครบ คือ ทำให้ดีที่สุด โดยเฉพาะขาดการให้สุขศึกษารายกลุ่ม”

“การตรวจร่างกายที่ยังขาดอยู่ คือ การตรวจหู โดยเครื่องมือพิเศษ เมื่อเด็กอายุ 4 ปี เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์และผู้เชี่ยวชาญ ตรวจพิเศษทำได้แล้ว ยกเว้นการตรวจหูด้วยเครื่อง แต่เราตรวจการได้ยินโดยการตรวจพัฒนาการ”

“ยังไม่ได้ให้สุขศึกษารายกลุ่ม แต่หลังจากปรับปรุงอาคาร ก็จะใช้เป็นโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้รายกลุ่มได้เลย วัสดุอุปกรณ์ ที่วี โปรเจคเตอร์ พร้อมทุกอย่างแล้ว”

ข. ปัญหาการบริหารจัดการวัคซีน กล่าวคือ สามารถเบิกจ่ายวัคซีนตามรายชื่อ ผู้รับบริการเท่านั้น ไม่สามารถเบิกจ่ายวัคซีนเพื่อผู้รับบริการนอกเขตได้ หรือไม่สามารถเบิกวัคซีนมา ให้บริการได้ตามกำหนดเวลา ดังนั้น ควรมีการเบิกจ่ายวัคซีนเพื่อไว้สำหรับผู้รับบริการนอกเขตที่มารับ บริการด้วย พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง

“การเบิกวัคซีน ได้ตามรายชื่อเท่านั้น ควรจะมี Stock ไว้สำหรับเด็กที่จรมมา เราจะอุ่นใจ กว่า ผู้ปกครองก็จะสบายใจด้วย”

“ระเบียบเคร่งครัดในการเบิกวัคซีน ไม่สามารถเผื่อได้มาก สำหรับเด็กนอกเขต โดยเฉพาะในช่วงเดือนเมษายน จะต้องลดการสูญเสียวัคซีน”

“บริหารจัดการวัคซีน ขาดแคลนบ้าง งบบ้าง อย่างเดือนนี้ JE ให้งดไว้ก่อน เกล็ดแจ้ง ว่าน่าจะมีปัญหาที่ Lot ของยา เพราะเค้าไม่ได้เบิกระดับจังหวัด เค้าก็เสียเวลา ต้องกลับไป เรานัดเค้า 1 ปีครึ่ง 1 ปี ต้องกลับไป มันไม่ใช่ความผิดเค้า”

ค. การจัดบริการคลินิก WCC ประปนกับคลินิกอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งคลินิกวัณโรค ซึ่งกำลังจะปรับเปลี่ยนวันให้บริการคลินิก WCC ไม่ให้ตรงกัน แต่ขณะนี้ได้แก้ไขปัญหาดูแลคลินิกวัณโรคออกไปที่อื่น พบในสถานบริการระดับ รพช. จำนวน 1 แห่ง

ง. ขาดการประสานความร่วมมือระหว่างคลินิก WCC กับห้องปฏิบัติการ คือ ไม่ได้ ได้รับความร่วมมือในการเจาะเลือดตรวจ จากห้องปฏิบัติการ เนื่องจากไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหารให้ ปฏิบัติ และยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นด้วย พบในสถานบริการระดับ รพช. จำนวน 1 แห่ง

จ. ปัญหาขาดการติดตามและนิเทศเครือข่ายการทำงาน โดยพบในสถานบริการ ระดับ รพท./รพช. จำนวน 1 แห่ง ที่ยังไม่มี การติดตาม และเพิ่มพูนความรู้แก่เครือข่ายในด้านอนามัย แม่และเด็ก รวมทั้งยังไม่มี การบูรณาการการทำงานระหว่างกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และ MCH Board อย่างชัดเจน

ฉ. **ปัญหาการส่งต่อข้อมูลและหลักการทำงาน** คือ ไม่ได้มีการส่งต่อข้อมูล และหลักการทำงานในคลินิก WCC คุณภาพ ของบุคลากรที่รับผิดชอบงานเก่าอย่างครบถ้วน จึงเป็นปัญหาของผู้ที่มาปฏิบัติงานใหม่ พบในสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง

ช. **ปัญหาการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้** คือ ไม่สามารถจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ได้มาก เนื่องจากเวลาว่างของบุคลากรแต่ละคนไม่ตรงกัน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่จากห้องที่ระดับอำเภอและระดับตำบล ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการปรับเรื่องบริหารจัดการในเรื่องนี้ พบในสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง

2.6) ปัญหาด้านข้อมูลเอกสาร

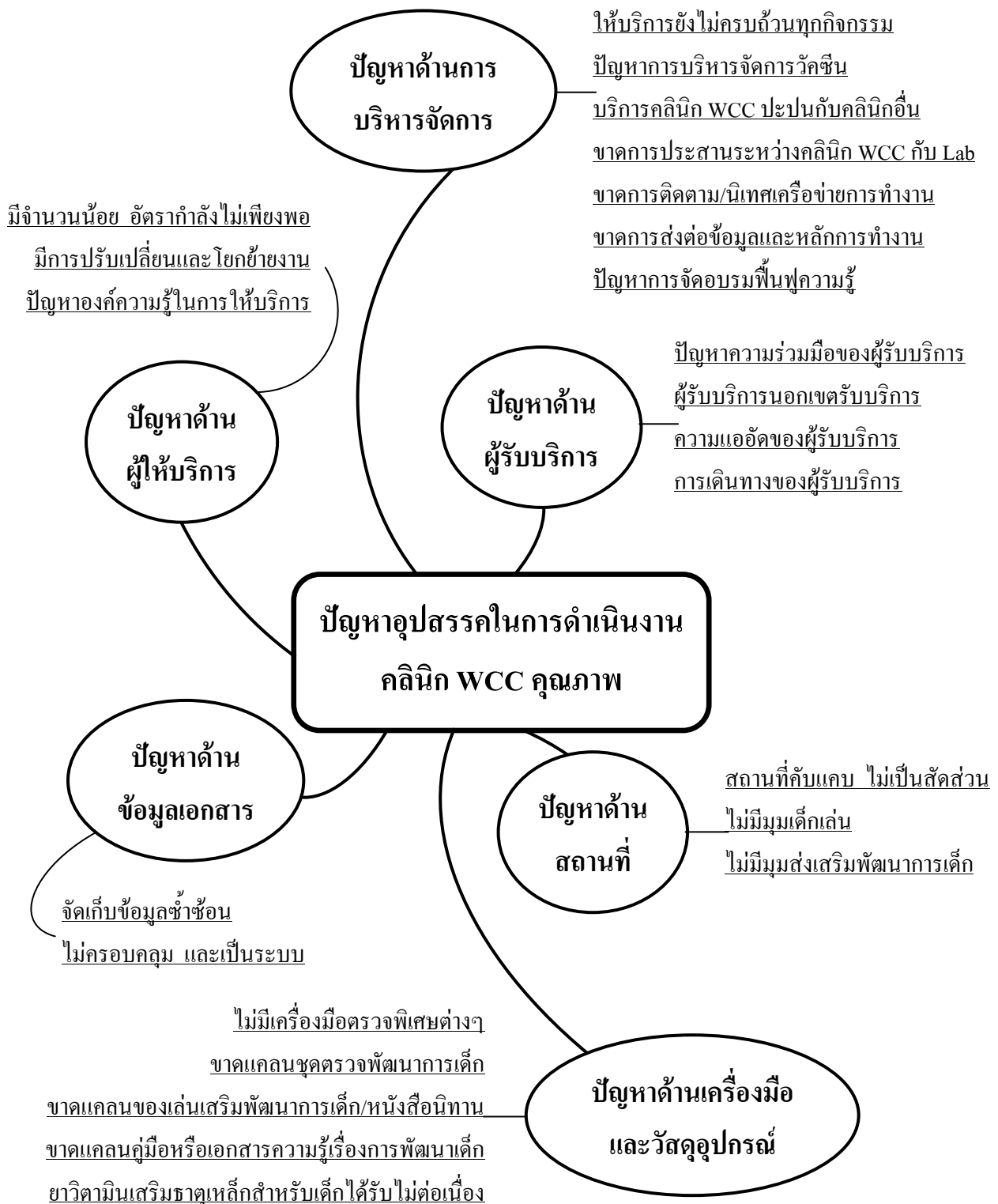
ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 3 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง ได้กล่าวถึง **ปัญหาด้านข้อมูลเอกสาร**ที่มีการจัดเก็บข้อมูลซ้ำซ้อน ไม่ครอบคลุม และเป็นระบบ ซึ่งอาจส่งผลต่อการนำข้อมูลที่จัดเก็บไปใช้ประโยชน์สำหรับการแก้ไขปัญหา และติดตามดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง

“เรื่องข้อมูล ยังมีปัญหาเรื่องการจัดเก็บข้อมูล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ คลินิกได้ให้บริการต่างๆ มากมาย แต่ยังขาดการจัดเก็บอย่างมีระบบ ทำให้เพื่อต้องการใช้ข้อมูลเพื่อมาดูสถานการณ์ และความต่อเนื่องของการแก้ไขปัญหา ไม่สามารถดึงมาใช้ทันการได้ ขณะนี้กำลังพิจารณาจัดทำโดยให้เป็นภาระน้อยที่สุดของผู้ให้บริการต้นทาง หรือทำให้ตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดของจังหวัด”

“ปัญหาเรื่องการลงข้อมูล ในสมุดบันทึกสุขภาพฯ และสมุด WCC คุณภาพ เสนอแนะให้อยู่รวมกันเป็นทีเดียว จะได้ทำงานไม่ซ้ำซ้อน”



ภาพที่ 3.3 สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองผู้บริหาร)



2) ข้อคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งรายเก่าและรายใหม่ ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ และแนวทางการแก้ไข สามารถจำแนกปัญหาสำคัญเป็น 6 ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านสถานที่ ด้านการบริหารจัดการ และด้านข้อมูลเอกสาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1) ปัญหาด้านผู้ให้บริการ

ปัญหาด้านผู้ให้บริการ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 18 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง รพช. 5 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 11 แห่ง แบ่งออกเป็น 3 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. ปัญหาบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่มีจำนวนน้อยหรือไม่เพียงพอ

ปัญหาบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่มีจำนวนน้อยหรือไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้ไม่สามารถให้บริการตามกิจกรรมที่เด็กพึงได้รับ เช่น การประเมินพัฒนาการเด็ก การให้ความรู้หรือสุขศึกษา การตรวจพิเศษต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) การตรวจสายตาเด็กอายุ 4 ปี การวัดความดัน และการตรวจปัสสาวะ เป็นต้น โดยปัญหาดังกล่าวข้างต้นพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 14 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 8 แห่ง เนื่องจาก 2 เหตุผล คือ

- ดิถีภารกิจอื่นๆ เช่น ประชุม อบรม ทำให้การให้บริการไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มที่ เพราะผู้รับผิดชอบงานในบางจุดหายไป

- การปรับเปลี่ยนบุคลากรและการโอนย้ายบุคลากร เช่น หัวหน้าคลินิก เจ้าหน้าที่ หรือพยาบาล เป็นต้น ซึ่งส่งผลทำให้การทำงานค่อนข้างลำบาก และไม่สามารถทำงานต่อเนื่องกันได้

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสถานบริการแต่ละระดับ ได้เสนอวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น โดยให้มีการจัดระบบบริการรูปแบบใหม่ เช่น เลื่อนวันให้บริการออกไป และวิธีการแบ่งคลินิกออกเป็น 2 ครั้ง และแบ่งเด็กออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อลดความหนาแน่นลง สามารถให้บริการง่ายขึ้น คือ ให้บริการ 2 ครั้งต่อเดือน ครั้งที่ 1 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และครั้งที่ 2 เด็กอายุ 1-5 ปี สามารถให้บริการเพิ่มคือ เจาะเลือด และการตรวจปัสสาวะ (เด็กอายุ 4 ปี) การฉีดวัคซีนก็ง่ายขึ้น แต่แต่ละครั้งเตรียมวัคซีนน้อยลง ส่วนการตรวจพัฒนาการไม่ทันหรือได้ไม่ครบ เพราะเด็กมีจำนวนมาก 90-120 คน บางครั้งก็ตรวจไม่ทันตามช่วงอายุ ต้องนัดมาตรวจเพิ่มในครั้งต่อไป

นอกจากนี้แล้ว เสนอว่าควรขอการสนับสนุนอัตรากำลังบุคลากรหรือของประมาณจ้างบุคลากรเพิ่มขึ้น แต่ต้องพยายามให้ร่วมศึกษาและเรียนรู้จากรุ่นพี่ เพื่อที่จะสามารถรับช่วงต่องานได้เป็นอย่างดี ตลอดจนขอความอนุเคราะห์บุคลากรฝ่ายอื่นหรือคลินิกอื่นมาช่วยในกิจกรรมขั้นต้น ค้นเวชระเบียน วัสดุส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก และวัดเส้นรอบศีรษะ เช่น ผู้ช่วยสถานีนามัย พนักงานบันทึกข้อมูล และแพทย์แผนไทย เป็นต้น



ข. ปัญหาบุคลากรขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ

ปัญหาบุคลากรขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 5 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 4 แห่ง กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประสบปัญหาขาดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความชำนาญในเรื่องการดำเนินงาน และกิจกรรมการให้บริการ WCC คุณภาพ เช่น ขาดความรู้และประสบการณ์เรื่องวัคซีน การฉีดวัคซีนรูปแบบใหม่ และขาดทักษะประสบการณ์ในการเจาะเลือดเพื่อตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ซึ่งต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยให้หัวหน้าคลินิกดำเนินการเพียงคนเดียว จึงมีความต้องการให้จัดอบรมเสริมทักษะความรู้ในเรื่องดังกล่าวแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้แล้ว ในช่วงแรกยังไม่เข้าใจว่า การตรวจพิเศษ และการตรวจพัฒนาการเด็กจะดำเนินการอย่างไร แต่พอปฏิบัติไปนานๆ ก็เกิดความเข้าใจ และสามารถให้บริการได้อย่างคล่องแคล่วขึ้น

วิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสถานบริการแต่ละระดับได้เสนอแนะให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จัดอบรมให้ความรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพและประสบการณ์การทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีการจัดวิทยากรและเนื้อหาสาระอย่างชัดเจนเป็นระบบมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ความรู้ในการตรวจพัฒนาการเด็ก

ค. ปัญหาการขาดหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ พบในสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง กล่าวคือ ยังพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการขาดหน่วยงานรับผิดชอบหลักในสถานบริการ ที่ทำหน้าที่ดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้ให้ความเห็นว่า คลินิก WCC คุณภาพควรอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานกุมารเวชกรรมมากกว่าที่จะขึ้นกับคลินิกโรคเรื้อรัง เนื่องจากปัจจุบันหากมีการดำเนินงานให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ ก็จะมีกุมารแพทย์มาให้บริการตรวจร่างกายเด็กในคลินิก

3.2) ปัญหาด้านผู้รับบริการ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคลินิก WCC คุณภาพ ในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 27 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 5 แห่ง และสอ./รพ.สต. 20 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัญหาด้านผู้รับบริการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่

ก. ปัญหาผู้รับบริการคับคั่ง

ปัญหาจำนวนผู้รับบริการคับคั่งมาก พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 5 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และสอ./รพ.สต. 3 แห่ง กล่าวคือ ผู้รับบริการมีจำนวนมากและแออัด เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจึงไม่สามารถให้บริการได้ทันเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานบริการที่อยู่ติดกับชายแดน จะมีผู้รับบริการจากประเทศเพื่อนบ้านมาขอรับบริการที่คลินิก WCC เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับกรณีผู้รับบริการนอกเขตที่ย้ายถิ่นมาขอรับบริการในพื้นที่ ก็ส่งผลทำให้ผู้รับบริการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งก็ต้องให้บริการอย่างเท่าเทียมกันทุกคนโดยไม่ยกเว้น แต่ได้ให้บริการเด็กในพื้นที่บริการก่อน แล้วค่อยให้บริการผู้รับบริการนอกเขตต่อไป

บางพื้นที่ผลพวงจากสถานที่ให้บริการคับแคบและไม่เป็นสัดส่วน ก็ทำให้ผู้รับบริการแออัดมากเช่นกัน โดยสถานบริการบางแห่งได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการให้บริการออกเป็น 2 ช่วง โดยช่วงเช้าให้บริการวัคซีน เช่น MMR หัด OPV กระตุ้น ส่วนช่วงบ่ายก็จะให้วัคซีนไข้มองอักเสบอย่างเดียวและเจาะเลือด ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้สะดวกสบายขึ้น

ข. ปัญหาความร่วมมือของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็ก กล่าวคือ ผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นปู่ตายายจะไม่ค่อยรู้เรื่อง ไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นเรื่องไม่ค่อยตอบคำถามเจ้าหน้าที่หรือพยาบาล บางคนอ่านหนังสือไม่ออก และไม่สนใจกับการพาเด็กมารับบริการเท่าใดนัก เพียงแต่ต้องการพาเด็กมาฉีดวัคซีนเพียงอย่างเดียว เรงรีบกลับบ้านเพื่อไปทำงาน หากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการเป็นระยะเวลานาน ผู้ปกครองจะไม่ค่อยพอใจ ไม่ให้ความร่วมมือ และมีเสียงบ่น โดยไม่ให้ความร่วมมือในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กเพราะผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่จะเป็นปู่ตายาย ไม่ยอมทำการ Plot กราฟเพื่อดูพัฒนาการเด็ก และไม่ยอมให้ตรวจฟัน จึงแก้ปัญหาโดยแจกแปรงสีฟัน ผู้ปกครองจึงสละเวลาให้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้แล้ว ยังไม่เข้าใจและอยู่รอฟังเจ้าหน้าที่ให้ความรู้และให้คำแนะนำ เป็นต้น โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 14 แห่ง คือ รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 11 แห่ง

ค. ผู้รับบริการไม่มารับบริการหรือลืมนมารับบริการตามวันนัด ปัญหาเรื่องผู้รับบริการไม่มารับบริการหรือลืมนมารับบริการตามวันนัด ก็คือ ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นปู่ตายายผิมนัดหลายราย ต้องให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและ อสม. ช่วยติดตามให้มารับบริการ แต่ถ้าหากกรณีมารับบริการไม่ทันจริงๆ ก็จะทำให้มารับบริการในสัปดาห์ถัดไปแทน โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจะสอนให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองดูวันนัดในสมุดบันทึกสุขภาพฯ เพื่อจะได้ไม่ผิมนัดอีก ซึ่งสามารถแก้ไขได้ในระดับหนึ่ง

ส่วนในกรณีที่วันนัดตรงกับวันหยุดก็จะพยายามเตือนผู้รับบริการว่า ถ้าวันนัดตรงกับวันหยุดก็ให้เลื่อนขึ้นมารับบริการก่อน 1 วัน บางทีมาตามนัดแต่ลืมนสมุดบันทึกสุขภาพฯ มา โดยเฉพาะผู้รับบริการนอกเขต เพราะจะลงรายละเอียดของข้อมูลไม่ได้ ก็จะทำให้ข้อมูลหายไปได้ในส่วนนี้ จึงต้องย้ำเน้นบ่อยๆ เช่นกัน โดยพบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 6 แห่ง

ง. ปัญหาผู้รับบริการไม่เข้าใจในขั้นตอนการให้บริการ ปัญหาผู้รับบริการไม่เข้าใจในขั้นตอนการให้บริการ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 8 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 5 แห่ง กล่าวคือ เมื่อก่อนผู้ปกครองส่วนใหญ่ ถ้าต้องรอนานก็จะบ่นว่าเสียเวลามีขั้นตอนมาก ผู้ปกครองจะรีบกลับ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานก็รีบให้บริการ แต่ก็ต้องให้คำอธิบายและแนะนำ และให้ข้อมูลถึงกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการแก่ผู้ปกครองรับทราบ ซึ่งขณะนี้ปัญหาก็คลี่คลายลงได้ เนื่องจากเริ่มเข้าใจ

3.3) ปัญหาด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ปัญหาด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 26 แห่ง คือ รพท./รพศ. 4 แห่ง รพช. 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 18 แห่งได้กล่าวถึง ปัญหาด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่



ก. **ขาดแคลนเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์พื้นฐาน** กล่าวคือ ขาดแคลนเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับให้บริการในคลินิก WCC ไม่ว่าจะเป็นเครื่องชั่งน้ำหนักเก่าและชำรุด ที่วัดความยาวเด็กผิดและขัดข้อง เป็นต้น ซึ่งพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 6 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 5 แห่ง

ข. **ไม่มีเครื่องมือตรวจพิเศษประเภทต่างๆ** โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 14 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 9 แห่ง ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการตรวจสายตา (E –Chart) เครื่องมือทดสอบการได้ยิน เครื่องวัดความดันโลหิตเด็ก ชุดตรวจปัสสาวะเด็ก และฟลูออไรด์เคลือบฟัน รวมไปถึงอุปกรณ์กล้องจุลทรรศน์ ซึ่งต้องไปยืมหน่วยอื่นมาให้บริการ เป็นต้น

ค. **ขาดแคลนชุดตรวจพัฒนาการเด็กและของเล่น** พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 18 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 14 แห่ง โดยปัญหาขาดแคลนชุดตรวจพัฒนาการเด็กและของเล่น แบ่งออกเป็น 2 ปัญหาสำคัญ ได้แก่

- ปัญหาชุดตรวจพัฒนาการเด็ก อุปกรณ์เสริมพัฒนาการเด็กไม่มี จึงแก้ไขปัญหาโดยขอการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ก็ได้มาบ้าง
- ปัญหาของเล่นเด็กไม่เพียงพอ หายบ่อย เนื่องจากเด็กเล่นแล้วทำลายหรือนำกลับบ้านไป ต้องแก้ไขปัญหาโดยจัดซื้อมาให้บริการที่คลินิก จะซื้อของเล่นเด็กที่เป็นตุ๊กตาตัวใหญ่ๆ จะได้หยิบกลับไปบ้านลำบาก และตั้งกล่องบริจาคโดยหากใครมีของเล่น หรือหนังสือนิทานที่เหลือใช้ก็นำมาบริจาคไว้ นอกจากนี้แล้ว ปัจจุบันได้เขียนโครงการขอการสนับสนุนจากโรงพยาบาล และ อบต. เพิ่มเติมด้วย

ง. **ปัญหาด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ** พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 5 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง โดยปัญหาด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ อาจแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ประกอบด้วย

- I. ปัญหาการเบิกจ่ายวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์
- II. ปัญหาการขาดหนังสือนิทาน Book Start เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางไม่ครบถ้วน
- III. เข็มฉีดยาวัคซีนเบอร์ใหญ่ ต้องขอยืมมาจาก สอ./รพ.สต. อื่นมาให้บริการ
- IV. ขาดอุปกรณ์ในการให้สุขศึกษา เช่น คู่มือเอกสารความรู้ ภาพพลิก เป็นต้น ซึ่งต้องไปค้นคว้าทางสื่ออินเทอร์เน็ต เพื่อนำข้อมูลมาให้ความรู้แก่ประชาชน

3.4) ปัญหาด้านสถานที่

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคลินิก WCC ในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 24 แห่ง คือ รพท./รพศ. 4 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 16 แห่ง ได้กล่าวถึงปัญหาด้านสถานที่ แบ่งออกเป็น 2 เรื่องสำคัญ ได้แก่

ก. สถานที่ให้บริการไม่เป็นสัดส่วน

ปัญหาสถานที่ให้บริการไม่เป็นสัดส่วน คือ สถานที่ให้บริการปะปนอยู่กับคลินิกอื่นๆ เช่น คลินิกโรคทั่วไป และคลินิกจักษุ (ตววจตา) เป็นต้น ตลอดจนไม่มีห้องสำหรับทำกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ไม่มีมุมพัฒนาการ ไม่มีห้องเฝ้าดูอาการวัคซีน และไม่มีห้องให้นมแม่ จึงมีความต้องการอยากได้ห้องตรวจพัฒนาการ 1 ห้อง ห้องพบแพทย์ 1 ห้อง โรงเรียนพ่อแม่ 1 ห้อง และมุมพัฒนาการเด็กเพิ่มเติม นอกจากนี้แล้ว บางแห่งถึงแม้ว่าจะย้ายคลินิก WCC มาอยู่ในสถานที่ให้บริการใหม่แล้วก็ตาม แต่เวลาฉีดวัคซีนก็ต้องไปฉีดห้องหัวหน้าเช่นเดิม

ดังนั้น จึงควรมีการปรับปรุงและแก้ไขเรื่องสถานที่ให้เป็นคลินิก WCC ที่สมบูรณ์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการ ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 16 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 13 แห่ง

อย่างไรก็ตามบางแห่งที่ขาดมุมพัฒนาการและสถานที่ไม่เป็นสัดส่วน ขณะนี้ได้งบประมาณ รพ. สต. สนับสนุนให้ดำเนินการปรับปรุง และต่อเติมอาคาร โดยจะจัดให้เป็นสัดส่วน มีมุมพัฒนาการ และห้องแพทย์แผนไทยด้วย

ข. ปัญหาสถานที่คับแคบ

ปัญหาสถานที่คับแคบ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 7 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง รพช. 1 แห่ง สอ./รพ.สต. 3 แห่ง โดยปัญหาที่พบ ก็คือ สถานที่คับแคบ ร้อนอบอ้าว แสงสว่างไม่พอ ที่นั่งรอไม่เพียงพอ บางแห่งกว่าจะได้อาคารใหม่ต้องรออีก 2 ปี หรือบางแห่งจะมีปัญหาในอนาคต คือ ประมาณ 2-3 เดือนต้องย้ายไปอยู่สถานที่อื่น ซึ่งเป็นอาคารชั้นเดียว และมีขนาดเล็กมาก โดยกำลังปรึกษากับผู้บริหาร เพื่อทำแผนงบประมาณขอโครงการก่อสร้าง

“สถานที่คับแคบไปหน่อย แต่ก็พอให้บริการได้”

“เดิมไม่มีมุมพัฒนาการ ตอนนี้จัดให้ด้านหน้าห้องเป็นมุมพัฒนาการ โดยมีที่นอน 2-3 อันมาวางเรียงกัน มีของเล่นให้เด็กเล่น เวลารอตรวจเด็กก็ไม่ร้องไห้ ก็สามารถแก้ไขสถานการณ์ไปได้”

“ตอนนี้ปรับสถานที่ ลงมาใช้ข้างล่างทั้งหมด ถ้ามีการจัดตั้งมุมพัฒนาการ จะทำงานได้ดีขึ้น โดยไม่ปะปนกับคนไข้ทั่วไป”

3.5) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ

ปัญหาการบริหารจัดการ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 14 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 10 แห่ง กล่าวคือ วันที่ให้บริการคลินิก WCC คุณภาพจะต้องให้บริการคลินิกคนไข้ทั่วไปด้วย จึงทำให้ไม่สามารถให้บริการตามกิจกรรมในคลินิก WCC คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากต้องแบ่งเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ในคลินิกไปช่วยให้บริการและดูแลคนไข้ทั่วไปด้วย ดังนั้น จึงไม่ได้ดำเนินงาน WCC คุณภาพอย่างจริงจัง มีเพียงแต่การปรับเปลี่ยนการให้บริการฉีดวัคซีนใช้สมองอักเสบ (JE) ตามช่วงอายุเด็ก 1 ปีครึ่งเป็น 1 ปีเท่านั้น เพราะเห็นว่าเป็นเพียงการดำเนินงานตามโครงการนำร่องเท่านั้น



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

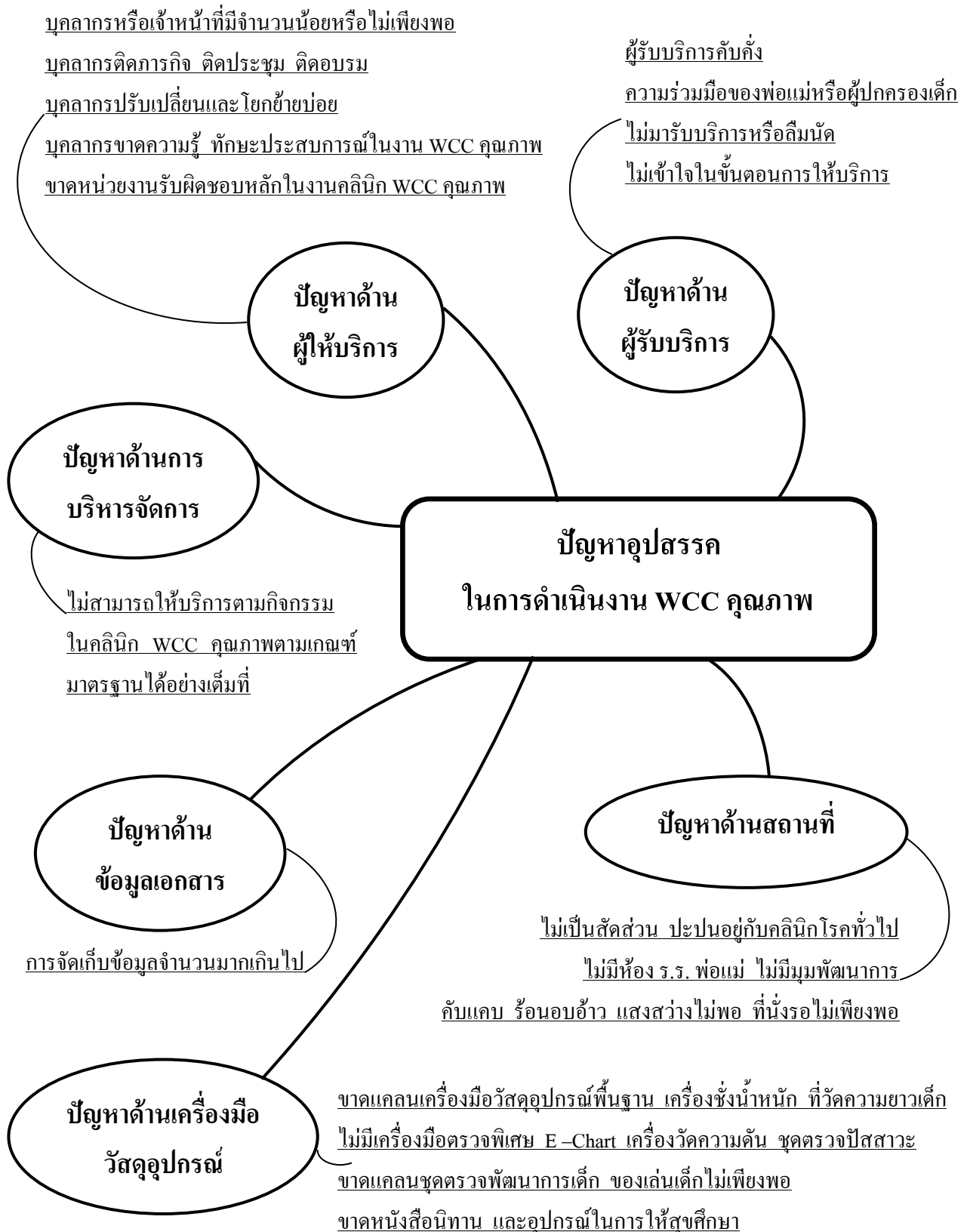
ส่วนการตรวจพิเศษต่างๆ ก็ยังไม่ได้ให้บริการเต็มที่เช่นกัน เพราะสถานที่คับแคบ และไม่เอื้ออำนวย รวมทั้งต้องให้บริการกับผู้รับบริการทั้งในเขตและนอกเขตด้วย จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสถานบริการแต่ละระดับ ได้เสนอวิธีการแก้ไขปัญหาดังนี้

1. จัดให้อสม. หรือหมอชุมชน มาช่วยในเรื่องของการค้นแฟ้มประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบศีรษะ รวมทั้งสอนผู้ปกครองที่มาใช้บริการให้ช่วยทำในส่วนนี้ ส่วนขั้นตอนต่อไปก็ให้เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการซักประวัติ ตรวจพัฒนาการ และฉีดวัคซีน
2. ปรับเปลี่ยนเวลาการให้บริการจากช่วงบ่ายมาเป็นช่วงเช้า ผู้รับบริการไม่ต้องกลับบ้านดึก
3. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทันตภิบาล โภชนากร และแพทย์ให้มาตรวจในวันเดียวกัน
4. แบ่งภาระหน้าที่ความรับผิดชอบกันอย่างชัดเจน เช่น พยาบาลทำหน้าที่หลักในการให้บริการฉีดวัคซีน ส่วนนักวิชาการสาธารณสุขช่วยในการให้สุศึกษาแก่ผู้ปกครอง เป็นต้น
5. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนต้องสามารถหมุนเวียนให้บริการหรือทำแทนกันได้ทุกจุด

3.6) ปัญหาด้านข้อมูลเอกสาร

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 7 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 6 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัญหาด้านการจัดเก็บข้อมูลเอกสาร โดยพบว่า การให้บริการคลินิก WCC จะต้องจัดเก็บข้อมูลของเด็กที่มาใช้บริการแต่ละคน ซึ่งเห็นว่ามีข้อมูลจำนวนมากเกินไป ดังนั้น จึงควรมีการลดการจัดเก็บข้อมูลที่ไม่จำเป็นลงบ้าง โดยควรคำนึงถึงการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า เช่น เด็กช่วงอายุ 1-2 ปีอาจจะลดลงบ้างตามความจำเป็น ซึ่งจะทำให้ลดภาระงานด้านเอกสารลง

ภาพที่ 3.4 สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ (มุมมองเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน)





3.1.3 ทักษะหรือความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดำเนินคลินิก WCC คุณภาพ

1) ทักษะหรือความพึงพอใจของหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ สถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 52 แห่ง หรือทั้งหมด มีทักษะที่พึงพอใจ และเห็นด้วยต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ เนื่องจากเหตุผลต่างๆ 13 ประการ ได้แก่

1.1) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเด็กและผู้ปกครอง คือ การให้บริการที่ดีกับผู้รับบริการ จนเกิดความคุ้นเคย และความสัมพันธ์ที่ดีกับเด็กและผู้ปกครอง พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง

“หนูไปอบรมที่ศูนย์เหนือกลับมา ตอนนั้นลูกหนูอายุ 5 ขวบพอดี พอมาทดลองบางอย่างกับลูก หนูคิดว่าหนูตกไปเยอะในเรื่องการปฏิบัติตัวกับลูก เพราะเราคิดว่าไม่มีอะไรแต่จริงๆ แล้วมันมี ก็นกอดเล่นแล้ว มันเต็มเต็มชีวิตเหมือนกัน”

“พอใจมาก ทำตรงนี้ รู้สึกผูกพันกับเด็ก อยากให้เด็กได้สิ่งดีๆ อยากให้ผู้ปกครองนำไปใช้กับเด็ก พยายามให้ผู้ปกครองเข้าใจ ทำกราฟ แม่ที่สาวๆ จะทำได้”

“รู้สึกว่าการทำสิ่งที่ดีกับคนไข้ เช่น มีหนังสือนิทาน เหมือนกับช่วยให้เค้าดูแลลูกถูกต้องยิ่งขึ้น จำเด็กได้หมดทุกคน คุ้นเคยกับคนไข้ จำเค้าได้”

1.2) ทีมงานเข้มแข็ง กล่าวคือ มีทีมงานที่ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการหรือบุคลากรที่เอื้อต่อกัน เจ้าหน้าที่หรือทีมงานให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี ไม่เกี่ยงงาน สามารถช่วยเหลือกันทำงาน และหมุนเวียนทำแทนกันได้ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 5 แห่ง คือ รพช. 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

1.3) ความตั้งใจและความมุ่งมั่นของผู้ให้บริการ กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความตั้งใจทำงานเต็มที่กับงานที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ ทำด้วยใจ มีความเข้าใจ มีความสุข สนุกกับงานที่ทำ และเห็นความจำเป็นของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งตั้งใจที่ได้ดำเนินการให้บริการที่มีผลประโยชน์ต่อเด็ก พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 15 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 12 แห่ง

“พอใจอยู่ค่ะ สำหรับตัวเอง มีความสุขที่ได้ให้ บางคนเค้าไม่รู้ อยากให้ได้รับทุกคน ครอบครัวทุกคน เราให้เค้าไป เค้าสามารถช่วยคน และพัฒนาเด็กของชาติได้”

“ได้ดูแลเด็ก อยู่ในช่วงให้เด็กได้เติบโตที่มีคุณภาพ ให้บริการที่มีคุณภาพครบถ้วน สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ดูแลพัฒนาการได้ครบถ้วน ดูแลภาวะโภชนาการในระดับหนึ่ง แม้ว่าอาจจะยังไม่ครบถ้วน”

“พอใจ รู้สึกภูมิใจ บริการด้วยใจ มีใจที่จะให้บริการ”ถ้าเรามีใจให้บริการ ทุกอย่างก็ดีขึ้นหมด มองว่าเด็กเหมือนลูกหลาน บริการดีดี ถ้าเราผิดพลาดไป ก็ลดความขัดแย้งได้”

“ผมทำงานเต็มที ทำให้ตามขั้นตอนตามมาตรฐานที่กำหนดมา ทำต่อไปเรื่อยๆ ผมก็จะทำให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในคลินิกเด็กดีคุณภาพ”

“รู้สึกว่าเป็นการทำงานที่สนุกมากขึ้น เพราะได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ครบ ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากกุมารแพทย์ ซึ่งเป็นผู้นำในการทำงาน นอกจากนั้น รู้สึกผูกพันกับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ หากหยุดไปจะรู้สึกว่าเป็นห่วงว่าใครจะจัดการเรื่องนี้”

1.4) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตนเอง กล่าวคือ สามารถพัฒนาตนเอง พัฒนาทักษะการทำงาน และปรับตัวขึ้นเรื่อยๆ เพื่อที่จะได้พัฒนาคุณภาพงาน และให้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้น รวมไปถึงการได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นความรู้ใหม่ๆ เช่น การตรวจสุขภาพเด็กตามช่วงอายุ การประเมินคัดกรองเด็กตั้งแต่เริ่มแรก การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง และการตรวจสอบข้อมูลให้ชัดเจน เป็นต้น ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของประเทศที่มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความมั่นใจในการให้บริการ และทำงานด้วยความละเอียดขึ้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 15 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 11 แห่ง

“ได้พัฒนางาน เราได้รู้ว่าเด็กในพื้นที่เป็นยังไง เอาความรู้จากการทำงานที่ได้ ไปบอกลูกหลาน บอกกับคนใกล้ชิด รู้แนวโน้มสถานการณ์ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ถูกต้อง”

“มีความคิดเห็นด้วย ทำให้เราในฐานะผู้ให้บริการมีโอกาสพัฒนางานตนเอง มีใช้ทำไปเรื่อยๆ เพราะทำให้เกิดการพัฒนาความรู้และประสบการณ์ เราวางขั้นตอนไว้ คนอื่นมาทำก็ทำได้ หัวหน้า สอ. ก็สามารถลงมาช่วยฉีดยาได้เวลาผู้รับผิดชอบไม่อยู่”

“ได้ความรู้เพิ่มขึ้น พอมาทำตรงนี้ รู้ว่าจะเจาะเพราะอะไร เช่น เจาะเลือด ตรวจ U/A ตรวจความดันได้อะไร เรามีความมั่นใจในการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เชื่อถือได้”

“ผู้ให้บริการมีความรู้เพิ่มขึ้น เป็นความรู้ใหม่ๆ ว่า เด็กเราต้องตรวจอย่างไร จะต้องทำอย่างไรบ้างในช่วงอายุกี่เดือน เดือนนี้ทำอะไร เดือนนี้ทำอะไร”

1.5) เด็กได้รับประโยชน์และเป็นผลดีต่อเด็ก กล่าวคือ เด็กได้รับบริการที่เป็นประโยชน์ที่ดีมีคุณภาพ เป็นบริการพื้นฐานที่เด็กพึงได้รับเป็นมาตรฐาน เป็นเรื่องที่ดีสำหรับเด็ก เด็กได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครบถ้วน ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพในทุกช่วงอายุ ได้รับการคัดกรองภาวะผิดปกติต่างๆ เช่น การเจาะเลือดตรวจความเข้มข้นของเลือด ตรวจร่างกาย ตรวจปัสสาวะ และประเมินพัฒนาการ รวมทั้งได้ค้นหาความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่างๆ ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีตั้งแต่เริ่มต้น การประเมินพัฒนาการเมื่อพบว่ามีปัญหาสามารถส่งไปกระตุ้นที่โรงพยาบาลต่อไป หรือได้รับการตรวจสายตา เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 35 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง รพช. 8 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 24 แห่ง



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“โดยส่วนตัวแล้ว คิดว่าเป็นสิ่งที่ดี เพราะเป็นประโยชน์ต่อเด็ก เด็กได้รับการคัดกรอง ความผิดปกติต่างๆ บางอย่างก่อน ทำให้ได้รับการรักษาเร็ว มันจะได้ Screen เด็ก ไม่งั้นเรา จะ Loss เด็กที่สายตาไม่ดี ไม่ชัด หรือเด็กที่ซิดโดยที่ไม่ได้รับการรักษา”

“คิดว่าจะทำต่อค่ะ เพราะเป็นผลดีต่อผู้รับบริการ อย่างที่เราได้เจาะเลือด ได้วัดความดัน ได้ตรวจปัสสาวะ ต่อไปเราจะตรวจสายตา ทำให้ได้มีรูปแบบ ถ้าเจอเด็กที่ผิดปกติ จะได้ดูแลตั้งแต่เบื้องต้นด้วย อย่างที่เราได้ตรวจเลือด เราค้นเจอเยอะนะค่ะ เด็กที่มีภาวะซิด”

“ทำให้เด็กได้ประเมินคุณภาพ ทำให้เรา Detect ปัญหาได้เร็ว อย่างเช่นเด็กบางคนพูดช้า เราก็ให้คำแนะนำ มาอีกครั้งพบว่าแก้ไขได้แล้ว น้ำหนักมากไปก็แก้ไขได้แล้ว”

“เห็นด้วย เพราะมีผลดีต่อพัฒนาการเด็กและให้บริการด้านอื่นๆ ด้วย ต่อไปในอนาคต โรงเรียน เมื่อเด็กเติบโตขึ้นไป เด็กไปเข้าโรงเรียน ก็จะทำให้เขามีพัฒนาการที่ถูกต้อง มองในแง่บวก เพราะเราทำตามหน้าที่ที่เคยทำอยู่แล้ว เห็นว่าเกิดผลดีต่อการพัฒนาเด็ก ถึงแม้ว่าเรามีเจ้าหน้าที่เพียง 2 คนก็ตาม”

“เด็กได้รับการตรวจอย่างละเอียดมากขึ้น ทำให้ทราบปัญหาสุขภาพของเด็กแต่เนิ่นๆ กรณีที่นี้พอทราบว่าเด็กเป็นธาลัสซีเมีย ก็สามารถแก้ไขได้ทัน คือประโยชน์เกิดแก่เด็ก เด็กได้ประโยชน์ในแง่ของการคัดกรองเด็กที่ผิดปกติ และสามารถพัฒนาการที่สมวัย”

“เห็นด้วย ก็จะได้ค้นหาได้เร็วขึ้น อย่างการประเมินเด็ก การตรวจ UA เรื่องความดัน เพื่อจะลดความเสี่ยงลง โรคต่างๆ ตอนนี้เด็กเค้กกินขนมกรุบกรอบ ขนมขบเคี้ยวกันมากขึ้น มันเป็นการลดความเสี่ยงเค้าได้”

“เด็กได้รับการที่ดี ได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก บางครั้งเจาะเลือดถ้าซิดก็จะได้รับการรักษาในส่วนนี้ การคัดกรองภาวะออทิสติกส์ ตรวจ EQ ตรวจปัสสาวะ ตรวจวัดสายตาเด็ก 4 ปี ก็ดี ถ้ามั่นใจว่าเค้าบอกว่ามีผลประโยชน์ต่อเด็ก มันเพิ่มภาระงาน แต่ก็ยังเป็นผลดีต่อเด็ก แต่ก็ได้ไม่ได้เพิ่มเท่าไรนัก”

“เท่าที่หนูสัมผัส หนูว่าดี เด็กเขาได้รับโอกาสที่เฝ้าการดูแล คัดกรองปัญหาสุขภาพ ตั้งแต่เด็กๆ เราก็เจอหลายรายพบว่าผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นพัฒนาการ หรือสุขภาพ เราก็ส่งต่อพบหมอ ให้ดูแลเด็ก”

“เห็นด้วยต่อการดำเนินงาน WCC คุณภาพ เพราะว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพ และให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปในท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดประโยชน์ต่อเด็กโดยตรง ในเรื่องของการรับวัคซีน การดูแลพฤติกรรมของเด็กในแต่ละช่วงวัย เพื่อเสริมพัฒนาการของเด็ก”

“ทำไปแล้วก็มีประโยชน์ต่อเด็ก เจาะเลือดเด็กอายุ 9 เดือนถึง 1 ขวบ ถ้าเด็กซี้ดก็จะส่ง Refer พบแพทย์ แล้วส่งผลกลับมา ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก แล้ว 1 เดือนเจาะซ้ำ แล้วกินยาต่อเลย”

1.6) การได้รับความร่วมมือที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมากขึ้น กล่าวคือ ผู้ปกครองตระหนักและเห็นความสำคัญ จึงให้ความร่วมมือ สนใจหรือเอาใจใส่กับการดูแลสุขภาพเด็ก สามารถรับบริการเป็นระยะเวลานาน และเอาใจใส่กับการพาเด็กมารับบริการมากขึ้น เช่น การตรวจเลือดภาวะโลหิตจาง ตรวจพัฒนาการ รวมทั้งสนใจที่จะซักถาม สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ฟังคำสอนหรือได้รับคำแนะนำต่างๆ เช่น เรื่องการใช้รถหัดเดิน อุบัติเหตุ ฟัน และการกินนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 24 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 20 แห่ง สถานบริการระดับ รพช. 1 แห่ง ระบุว่า ผู้รับบริการส่วนหนึ่งไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการมารับบริการเท่าใดนัก โดยไม่เข้าใจว่าจะประเมินอะไร ประเมินทำไม

“ช่วงแรกๆ อาจมีปัญหาบ่อยๆ เนื่องจากมีหลายกิจกรรม ได้แก้ไขโดยการชี้แจงให้ทราบตั้งแต่เบื้องต้น และผู้ปกครองเห็นว่าเป็นประโยชน์แก่เด็ก จึงให้การยอมรับ และเสียงบ่นลดลง หลังจากที่เขาเห็นว่า เราทำจริง ตรวจลูกเขาละเอียดจริง เขาก็ไม่บ่น ตอนนี้ไม่มีแล้ว”

“มีประโยชน์สำหรับผู้ปกครอง เวลาที่ผู้ปกครองพาเด็กมาที่คลินิกพร้อมกัน มาเจอกัน เขาก็จะคุยกันเองเรื่องลูกว่าใครมีปัญหาอะไร ได้มีการแลกเปลี่ยนกัน ผู้ปกครองบอก ไม่รอนาน เค้าเห็นความสำคัญตรงนี้ คนที่เป็นชาวเขา นอกเขต เขาก็รอได้ เจ้าหน้าที่บอกว่าวันนี้จะช้าหน่อยนะ ผู้ปกครองก็ไม่บ่น ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่เครียด”

“ผู้รับบริการ ผู้ปกครอง เรามองในแง่บวก ถึงแม้บางคนจะไม่ตามนัดก็ตาม แต่ก็ชื่นชม เพราะผู้ปกครองมีความตั้งใจที่จะพาลูกมาตรวจพัฒนาการ และให้ความร่วมมือดี”

“ผู้ปกครองมีส่วนร่วมมากขึ้น มาตามนัดได้ และชาวบ้านก็หันมาใส่ใจดูแลสุขภาพเด็กมากขึ้น มีบางรายที่มีการย้ายถิ่นตามพ่อแม่ พอกลับมาเราก็ให้บริการต่อให้”

“ความร่วมมือของผู้ปกครอง รู้สึกว่าการรอ เค้ารอได้ ถึงจะรอนานหน่อย เค้าก็รอเด็กของเค้าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่าง Case ที่ไปหาหมอที่คลินิกเอกชน จะรอแป๊บเดียว แต่พอมานี่ เค้าบอกว่า ได้ตรวจมากขึ้น”

“ผู้รับบริการให้ความร่วมมือดีมาก สมกับที่เราตั้งใจให้บริการไว้ และพวกเขาหันมาสนใจลูกหลานมากขึ้นกว่าเดิม มีการติดตามการดูแลสุขภาพของลูกหลาน ถึงแม้ผู้ปกครองเป็นปู่ย่าตายายบ้างก็ตาม”

“พอชาวบ้านเข้าใจสิ่งที่เราบอก เขาก็หันมาสนใจดูแล เอาใจใส่ดูแลสุขภาพ และพัฒนาการของลูกหลานมากขึ้น ชาวบ้านสละเวลาพาลูกมาคลินิกต่างๆ ที่มีงานต้องทำ”



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“เป็นงานที่ทำแล้วมีความสุข เห็นเด็กได้รับวัคซีนครบเกือบ 100% ไม่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีน ชาวบ้านให้ความร่วมมือดี และเห็นความสำคัญของเรื่องพัฒนาการเด็ก เขามอบให้เราดูแลลูกเขา คือไว้ใจเรา”

1.7) ความสัมพันธ์ที่ดีและความพึงพอใจของผู้รับบริการ กล่าวคือ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการมารับบริการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเป็นกันเอง จนเกิดความสนิทสนม และให้บริการอย่างครบถ้วนเร็วขึ้นโดยไม่ต้องรอนาน และทราบว่าได้รับการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น แพทย์ตรวจร่างกายอย่างละเอียด และมีการตรวจฟัน เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 5 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 4 แห่ง

1.8) ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี กล่าวคือ ผู้บริหารเห็นความสำคัญ จึงให้ความร่วมมือและสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ให้บริการ เครื่องวัดความยาว ยา เวชภัณฑ์ หนังสือนิทาน สื่อเอกสาร โปสเตอร์ แผ่นพับ ชุดตรวจพัฒนาการ การอบรมฟื้นฟูด้านความรู้วิชาการเกี่ยวกับ WCC การให้คำแนะนำจากกุมารแพทย์ที่เป็นผู้นำในการทำงาน ตลอดจนเปิดโอกาสให้เข้าไปชี้แจง แก้ไขปัญหาการทำงาน และเขียนโครงการเสนอขอการสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 32 แห่ง คือ รพท./รพศ. 4 แห่ง รพช. 7 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 21 แห่ง

“ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ให้เป็นนโยบายเลยว่า ถ้ามีมุมพัฒนาการเด็ก ก็จะทำให้คะแนนเพิ่ม จะให้งบประมาณ ส่วนมากจะได้จากงบ สปสช.”

“ผู้บริหารให้การสนับสนุนดี ตั้งแต่หัวหน้าสถานีนอนามัยไปจนถึงระดับ CUP โดยเฉพาะหัวหน้า สอ. ถ้าเรามีความจำเป็นในเรื่องโครงการวัสดุอุปกรณ์ ท่านก็ให้การสนับสนุน และให้คำแนะนำดี”

“การสนับสนุนจากผู้บริหารก็ดี เวลาเสนอโครงการ ก็ไม่มีปัญหา ไม่ว่าจะเป็นของเล่น หนังสือนิทาน ก็ได้หมด พวกงบอาหารเสริมก็ให้หมด”

“ก่อนหน้านี้คนละเรื่อง ไม่อยากทำ Well Baby วันอังคารนี่เบื่อ ไม่มีความสุข รู้สึกท้อ ไม่อยากออกไป ไม่ชอบ รู้สึกอย่างนั้นจริงๆ เมื่อ 3 ปีย้อนหลัง หลังจากมีคุณหมอมานำทีมทำงานสนุกขึ้น รวมทั้งมีโครงการ และอาจารย์มาเยี่ยม”

“ผู้บริหาร ตอนนี้กระตือรือร้น หัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม หัวหน้างานส่งเสริมเห็นความสำคัญขึ้น หลังประชุมเสร็จ ตอนนี้ก็หาสถานที่ใหม่ ปีนี้เป็นนโยบาย WCC”

แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้บริหารไม่ค่อยให้ความสนใจและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเท่าที่ควร เช่น ไม่สามารถเบิกยาริตามินเสริมธาตุเหล็กได้อย่างต่อเนื่อง จึงต้องหาแหล่งสนับสนุนด้าน

งบประมาณ เช่น งบกองทุนสุขภาพตำบล และเงินบริจาคจากชุมชน ตลอดจนไม่ค่อยมีการเรียกประชุมชี้แจง ติดตาม หรือให้ความสนใจมากนัก เพราะมีการแบ่งภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรเรียบร้อยแล้ว ซึ่งพบในสถานบริการระดับ สอ./PCU/รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง

“ไม่ค่อยเห็นด้วยกับแนวคิดของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ไม่พออยู่แล้ว ยังให้เจ้าหน้าที่ย้ายไปที่อื่นอีก ทำให้ขาดเจ้าหน้าที่ ตอนนี้รับผิดชอบคนเดียว มีแม่บ้าน 1 คนคอยช่วยเหลือ ผู้บริหารน่าจะสนใจผู้ปฏิบัติงานบ้าง ควรมีเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นให้เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่จะต้องเป็น รพ.สต. ในอนาคตอันใกล้นี้ เพื่อรองรับงานที่จะตามมา”

“การสนับสนุนจากผู้บริหาร ยังไม่ค่อยแน่ใจเท่าไรนัก การปรับปรุงต่อเติมอาคารน่าจะพอนำที่ดินข้างหน้า ทำเป็น Block พัฒนาการห้องหนึ่ง ฉีดยาห้องหนึ่ง จะได้ไม่วุ่นวาย แต่ก็ไม่ทราบว่าทำได้หรือเปล่า”

“ขอใหม่ ต้องรอนานหน่อย ต้องทำเรื่อง มันช้า บางครั้งต้องเจียดคนไป เราต้องหางบฯ อย่างอื่นมาแทน ขอบริจาคจากชุมชน งบกองทุนสุขภาพตำบล แนวทางที่จะหาทางอื่นก็มีอยู่ ไม่ใช่ไม่มี บางครั้งต้องรอ”

“CUP จังหวัดไม่ค่อยสนับสนุนอะไรมา จะไม่ค่อยต่อเนื่อง เช่น ยาเสริมธาตุเหล็ก แรกๆ จะเบิกไม่ได้ เราเบิกไปที่โรงพยาบาลก็ไม่ได้ ช่วงหลังก็ให้อยู่ ก็ได้ แต่ไม่ต่อเนื่อง”

1.9) เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ครบถ้วน กล่าวคือ คลินิก WCC มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับให้บริการอย่างครบถ้วน เช่น ของเล่นเด็กได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. และผู้ปกครองที่มาใช้บริการบริจาคของเล่นที่เหลือใช้ เป็นต้น โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง

ส่วนหัวหน้าคลินิกของสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 11 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 9 แห่ง กล่าวว่า เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ยังมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ เช่น สื่อเอกสารให้ความรู้ ชุดตรวจพัฒนาการเด็ก ของเล่นเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เป็นต้น

“วัสดุอุปกรณ์ก็น้อย เรามีงบประมาณจำกัด ก็อาจไม่พร้อม แต่นโยบายการดำเนินงานของ รพ.สต. อาจทำให้พร้อมมากขึ้น”

“ถึงแม้วัสดุอุปกรณ์จะมีไม่ครบ แต่ก็พยายามที่จะหา และยืมมาใช้จากเครือข่าย สอ.ด้วยกัน ก็เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะใช้งบประมาณของรัฐ”

1.10) สถานที่กว้างขวางและเป็นสัดส่วน กล่าวคือ สถานที่ให้บริการกว้างขวางและเป็นสัดส่วนขึ้น โดยได้ขยายพื้นที่ออกไป เพื่อให้เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และจัดทำมุมพัฒนาการเด็ก ซึ่งสามารถดำเนินการให้บริการได้ครบถ้วนมากขึ้น พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

ในทางตรงกันข้าม หัวหน้าคลินิกในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 10 แห่ง ระบุว่า สถานที่ให้บริการคับแคบ ไม่เป็นสัดส่วน และมีบริเวณจำกัดมาก ทำให้ไม่เอื้อต่อการให้บริการ กล่าวคือ การคัดกรองและตรวจพัฒนาการเด็กอยู่ในห้องเดียวกัน ไม่มีมุมพัฒนาการเด็ก ทำให้บริการไม่ครอบคลุม กำลังรอนงบประมาณที่จะจัดตั้งเป็น รพ.สต. มาใช้ในการพัฒนาต่อไป

1.11) นโยบายการทำงานและแนวทาง (Guideline) การให้บริการที่ชัดเจน กล่าวคือ มีนโยบายการทำงานเรื่องของเด็กดีคุณภาพที่วางไว้อย่างชัดเจน และมีแนวทางการให้บริการจากกุมารแพทย์อย่างชัดเจน เช่น แบบฟอร์ม Check List การให้บริการ หรือการประเมินเรื่องต่างๆ ทำให้การให้บริการเป็นระบบมากขึ้น สามารถวินิจฉัย และอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็ว พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 5 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง

“การที่จังหวัดมีการจัดหาระบบ Check List มาให้ ทำให้ทำงานได้สะดวก และครบถ้วนตามวัยของเด็ก ไม่คิดว่าเป็นภาระในการลงรายงานนี้”

“เพราะมี Form ง่ายที่จะตรวจเวลาแนะนำ ให้ความรู้ ตรวจเด็ก เรามี Form อยู่แล้ว ทำได้เลย ละเอียดขึ้น ไม่สะเปะสะปะ แต่เราต้องมีเวลา ไม่ใช่ใน สอ.”

1.12) การได้รับความร่วมมือที่ดีจากชุมชนท้องถิ่น กล่าวคือ สถานีนอนามัยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และได้รับบริจาคเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และสิ่งของต่างๆ จากชุมชน เช่น ตุ๊กตา ลูกบอล และกระดิ่ง เป็นต้น ตลอดจนได้รับความร่วมมือจาก อสม. เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการที่สถานีนอนามัยได้ให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้แก่ อสม. ในเรื่องต่างๆ ซึ่งพบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 5 แห่ง

1.13) การประสานงานและการสนับสนุนที่ดีจากเครือข่ายบริการระดับ CUP กล่าวคือ สถานีนอนามัยได้รับการสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นการติดตามและนิเทศงานจาก CUP ปีละ 1-2 ครั้ง หรือการพบปะพูดคุยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างเครือข่ายบริการระดับ รพ.สต. จำนวน 2 เดือนครั้ง โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการทำงาน รวมไปถึงการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ ชุดตรวจพัฒนาการ และงบประมาณในการจ้างคนงานมาช่วยงานในสถานีนอนามัย พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 6 แห่ง คือ รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 4 แห่ง

แต่สถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง ได้รับการสนับสนุนจาก CUP ค่อนข้างช้า เช่น หนังสือนิทานสำหรับเด็ก การทบทวนความรู้เรื่องฉีดยาวัคซีน การเจาะเลือด และการตรวจพิเศษต่างๆ เป็นต้น ดังนั้น จึงมีความต้องการเครื่องมือตรวจพิเศษสำหรับการให้บริการ เช่น เครื่องปั่น Hematocrit เป็นต้น

“ระดับ CUP OK อาจจะต้องใช้เวลา ต้องทำตามความสำคัญ ตามแผน ตามระเบียบ CUP พยายามเสนอกับ อบต. ผลักดันให้ไปใช้งบของ อบต. งบกองทุนสุขภาพตำบล บางครั้ง อบต. ก็ไม่เข้าใจว่า ทำไมไม่ใช้งบของโรงพยาบาล แต่ว่าตอนนี้คุยกันสองทาง อบต. ตอบรับ สนับสนุนหนังสือนิทาน ส่งไปที่ศูนย์เด็กเล็ก อบต. ให้ความรู้ผู้ปกครอง”

กล่องสรุปที่ 3.1 ทศนคติหรือความพึงพอใจของหัวหน้าคลินิก ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

ทศนคติเห็นด้วยต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ สถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 52 แห่ง (ทั้งหมด 100%)

ได้แสดงทศนคติ เห็นด้วย ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

เนื่องจากเหตุผล 13 เรื่อง ดังต่อไปนี้

1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเด็กและผู้ปกครอง
2. ทีมงานเข้มแข็ง ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี ช่วยเหลือกัน และหมุนเวียนทำแทนกันได้
3. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตั้งใจทำงานเต็มที่ มีความเข้าใจ มีความสุข สนุกกับงานที่ทำ
4. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้พัฒนาตนเอง พัฒนาคุณภาพงาน และได้รับความรู้เพิ่มขึ้น
5. เด็กได้รับประโยชน์และเป็นผลดีต่อเด็ก ได้รับการดูแลสุขภาพ ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ
6. การได้รับความร่วมมือที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมากขึ้น
7. ความสัมพันธ์ที่ดีและความพึงพอใจของผู้รับบริการ
8. ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี
9. เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ครบถ้วน
10. สถานที่กว้างขวางและเป็นสัดส่วน
11. นโยบายการทำงานและแนวทาง (Guideline) การให้บริการที่ชัดเจน
12. การได้รับความร่วมมือที่ดีจากชุมชนท้องถิ่น
13. การประสานงานและการสนับสนุนที่ดีจากเครือข่ายบริการระดับ CUP

2) ทศนคติหรือความพึงพอใจของผู้บริหารหรือผู้แทน

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ ที่ทราบข้อมูลและเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ มีจำนวน 39 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 6 แห่ง รพช. จำนวน 8 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 25 แห่ง ทุกคนได้แสดงทศนคติเห็นด้วยหรือพึงพอใจต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ โดยให้เหตุผลดังนี้

2.1) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการได้พัฒนาตนเอง กล่าวคือ เป็นการพัฒนาตนเอง และช่วยเสริมทักษะความรู้วิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งเป็นหน้าที่ที่จะต้องให้บริการที่มี



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

คุณภาพ และการทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 7 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 4 แห่ง

2.2) เป็นการพัฒนางานหรือพัฒนาการให้บริการ กล่าวคือ เป็นโอกาสในการพัฒนางาน ให้บริการ ปรับกระบวนการให้เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และการทำงานพัฒนาเด็กที่เป็นระบบมากขึ้น ตลอดจนได้คิดนวัตกรรมใหม่ๆ มากกระตุ้นการทำงานของทีม เช่น พัฒนาคู่มือเกี่ยวกับตรวจประเมิน พัฒนาการ ทำให้รู้สึกสนุกกับการทำงานมากขึ้น กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 13 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 3 แห่ง รพช. จำนวน 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง

“ยังยืนคะ ความจริงมันเป็นงานที่ต้องทำ ต้องทำให้ยั่งยืนด้วย ข้อดีที่มีโครงการนี้ เพราะทำให้เรามีโอกาสพัฒนา จากเดิมที่เราไม่ค่อยได้พัฒนา เราคิดว่าอยู่ตัวแล้ว พอมีคน สะกิดขึ้นมา ทำให้พัฒนาขึ้น”

“พอใจ เราคิดว่าไม่ใช่ภาระ คิดว่าเป็นการพัฒนางานด้วย งานทุกอย่าง งาน คิดว่า เรา คิดว่าจะทำ สิ่งที่ทำเป็นผลดี ไม่มีอะไรเสียหาย เพียงแต่จะต้องจัดคนให้พอเท่านั้น”

“ถ้ามาตรฐานมันเยอะ ก็ทำให้งาน Run ไปช้า แต่เราก็มีวิธีมาปรับ อย่างเช่นการเจาะ เลือด ถ้าเจาะทีหลังต้องรอฟังผลนาน ก็ปรับให้ไปเจาะไวก่อน แล้วเข้ามาซักประวัติ ตรวจจ อย่างอื่น พอช่วงท้ายก็ได้ทราบผลพอดี”

“ถ้ามองถึงภาระงาน เจ้าหน้าที่ต้องขอเวลาปรับตัว เช่น การตรวจพัฒนาการ ถามว่า พอใจมั๊ย ก็พอใจ การเจริญเติบโต ต้องอาศัย อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มที่ช่วยได้มาก ผ่านการฝึกฝน”

2.3) ทีมงานให้ความร่วมมือดี กล่าวคือ ทีมงานหรือเจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมในการ ให้บริการมากขึ้น รวมทั้งให้ความร่วมมือในการทำงานและให้บริการดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงาน แบบบูรณาการสหสาขา กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 3 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

2.4) ผู้รับบริการหรือเด็กได้รับประโยชน์ตามสิทธิพื้นฐานการให้บริการของเด็กที่พึงได้รับ คือ เด็กได้รับประโยชน์และเป็นผลดีต่อเด็ก สามารถเติมเต็มคุณภาพชีวิตของเด็ก เด็กได้รับการดูแล พัฒนาการ โดยเด็กที่มีปัญหาก็ได้รับการส่งต่อ และเมื่อแก้ปัญหาเด็กได้เร็วทันท่วงที ก็จะทำให้ ผู้ปกครองเกิดความพึงพอใจต่อการมารับบริการ กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 22 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 3 แห่ง รพช. จำนวน 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 16 แห่ง

“เราต้องทำไปเรื่อยๆ เพราะผลประโยชน์ไปตกอยู่กับผู้รับบริการ และเป็นผลดีต่อเด็ก ในกรณีที่พบเด็กมีปัญหา เราก็รีบส่งโรงพยาบาลพบแพทย์ทันที”

“คิดว่าเป็นเรื่องที่ดี อย่างเด็กล่าช้า เราจะช่วยเขาได้ทัน เป็นการช่วยสังคมได้เยอะ เป็นโอกาส เด็กจะได้พัฒนา ได้คัดกรองภาวะผิดปกติได้เร็วขึ้น ทำให้แก้ไขได้ทันที่ ถ้าทำให้เด็กมีคุณภาพ ตอนโตเราก็จะเบา”

“เพราะเกิดประโยชน์ต่อประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเด็ก อยากเห็นกลุ่มพ่อแม่ ผู้ปกครองได้ร่วมกันดูแลคนในครอบครัว อันจะนำไปสู่ครอบครัวเข้มแข็ง ในอนาคตของสังคมไทยต่อไป”

“เห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพเด็ก และเห็นควรกระจายให้ทุกแห่งของประเทศดำเนินการ ค่อยทำค่อยเป็นค่อยไป ควรเริ่มทำโดยไม่ต้องรอ ผมเห็นว่าสุดยอด เด็กในช่วงระยะนี้ เพราะเราเคยมีลูก เราใช้โอกาสดังนี้สร้างบุญสร้างกุศลให้กับพี่น้อง ชาวบ้าน และประเทศ ซึ่งดี ดีมาก”

“ถ้าเราดูแลตรงปลายแถว หรือตรงสุดท้ายก็ไม่มีประโยชน์ เราต้องเริ่มต้นที่เด็ก คือ เราจะเริ่มต้นตั้งแต่ตั้งครรภ์ ตั้งงบประมาณสำหรับเด็กอาหารอีก 19,000 บาท ตอนนี้อุ่นมดีทุกอย่าง รอเงินโอนเข้า เมื่อเงินเข้าแล้วจะทำงานทันทีตามแผน”

“เห็นชาวบ้านได้รับสิ่งที่ดี สำหรับเด็ก เราดีใจ อย่างน้อยๆ เราก็ได้ดูพัฒนาการเด็ก เด็กบางคนพัฒนาการล่าช้า บางคนพัฒนาการเร็ว เราก็ให้คำแนะนำไปด้วย”

“พอใจ เพราะว่ากลุ่มเป้าหมายของเราได้ประโยชน์คุ้มค่ามากขึ้น กว่าที่เราทำ ทำได้เท่าที่บริบท และข้อจำกัดของบุคลากร แต่ก็ยังดีที่มี อสม. เข้ามาช่วย และจะพยายามทำเรื่องพัฒนาการให้เข้มข้นขึ้น”

“WCC ดีมากๆ สำหรับเด็กที่เป็นอนาคตของชาติ ถ้าทุกที่ทำได้ เด็กก็จะได้รับผลดีในอนาคต เราบริการด้วยใจ ถ้าเรามีใจให้บริการ ทุกอย่างก็ดีหมด มองว่าเด็กเหมือนลูกหลาน”

2.5) ผู้ปกครองสนใจหรือเอาใจใส่กับการพาเด็กมารับบริการมากขึ้น คือ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วม และความร่วมมือของผู้ปกครองในการช่วยเฝ้าระวังเด็ก และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบศีรษะ และ Plot กราฟ รวมทั้งช่วยกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก นอกจากนี้แล้ว ยังพบว่าผู้ปกครองให้ความสำคัญและตระหนักในการพาเด็กมารับบริการตรวจพิเศษ มารับวัคซีน ให้ลูกกินนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ชักถามและยอมรับฟังการให้คำแนะนำและอธิบายจากเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับจำนวน 10 แห่ง คือ รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 9 แห่ง

“เห็นด้วย เพราะเราให้ความเป็นกันเอง หรือสนิทสนมกับชาวบ้าน เขาก็เปิดเผยกับเรา เราพยายามอธิบายให้เขาเข้าใจ เขาก็จะเปิดใจให้เรา ไม่เลือกปฏิบัติ เพราะในพื้นที่นี้มีทั้งชุมชนอิสลามและพุทธ”



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“พึงพอใจมาก เพราะเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ปกครองเด็ก เพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนาสุขภาพเด็กได้ดี ”

“จากการที่ไปเยี่ยมบ้าน พบว่าแม่ ถึงจะไปทำงาน เมื่อกลับมา ก็จะเอาใจใส่เด็กมากขึ้น ตามที่ได้ให้คำแนะนำ”

“ผู้ปกครองให้ความสนใจว่า ลูกได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระบบ ผู้ปกครองรู้สึกว่าการตรวจพิเศษมากกว่าที่อื่น”

“ผู้ปกครองพาเด็กมารับบริการครบจำนวน พุดจาออกมาในเชิงชื่นชม ไม่มีเสียงบ่น มีการตอบรับ ไม่มีเสียงตำหนิ เป็นความพึงพอใจของผู้รับบริการนะ ในฐานะผู้บริหารก็คิดว่าพอใจตรงจุดนี้”

“ผู้ปกครองสนใจพัฒนาการเด็ก ดีใจที่ผู้ปกครองมีการซักถามมากขึ้น สนใจมากขึ้น ตอนแรกเริ่มทำค่อนข้างหืดหิดมากเลย พอทำมาได้ 3-6 เดือน ได้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงว่า ผู้ปกครองที่พาเด็กมาให้ความสนใจเด็กมากขึ้น จากที่เด็กกินนม 3 เดือนก็เปลี่ยนมากินนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน เห็นประโยชน์ของนมแม่มากขึ้น หลังจากที่เราให้ความรู้เพิ่มเติม”

2.6) ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพ กล่าวคือ ผู้รับบริการรู้สึกสบายใจ และมีความสุขกับการได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ รวมทั้งได้รับความสะดวก เพราะอยู่ใกล้บ้าน ระบุโดยสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง

“การให้บริการในคลินิก ให้ได้เกือบครบ 100% คือ กิจกรรมที่เรามอบให้ผู้ปกครอง และเด็ก และเป็นสิ่งที่ได้รับการตอบรับ คือ ผู้รับบริการบอกว่า เขาได้รับบริการที่ดี มีความสุขเมื่อมารับบริการที่นี่”

“เป็นการประหยัดรายจ่าย แทนที่จะเดินทางไปไกลๆ ไปที่คลินิก ก็ไปรับบริการใกล้บ้าน คิดว่าเราทำงานได้ผล”

2.7) ผู้บริหารระดับสูงเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน กล่าวคือ ผู้บริหารเห็นความสำคัญ โดยกำหนดเป็นนโยบายการทำงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งให้การสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เช่น เครื่องวัดความยาว ชุดตรวจพัฒนาการเด็ก และถุงรับขี้ฉี่ เป็นต้น ทำให้สามารถจัดระบบบริการได้ลงตัว ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 8 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 3 แห่ง รพช. จำนวน 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง

2.8) การได้รับการสนับสนุนและเชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่ายสถานบริการ คือ ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายการทำงาน ทั้งเครือข่ายระดับอำเภอและระดับจังหวัด กล่าวคือ มีคณะกรรมการแม่และเด็กระดับจังหวัดสนับสนุนเรื่องวิชาการ และวิทยากร บางแห่งได้รับการสนับสนุน

จากเครือข่ายระดับ CUP มากขึ้น เนื่องจากได้ยกระดับเป็น รพ. สต. แล้ว ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 3 แห่ง คือ รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง

นอกจากนี้แล้ว ผู้บริหารสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง ได้กล่าวว่า สามารถเชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่กับ รพ.สต. ได้ คือ สามารถกระจายผู้รับบริการกลับไปรับบริการยัง รพ.สต. เครือข่าย ซึ่งเป็นการลดความแออัดของโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน โดยเครือข่าย รพ.สต. ก็ให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ และในทางกลับกัน รพ. สต. ก็มีการส่งต่อเด็กที่มีปัญหา หรือเด็กที่ต้องการตรวจพิเศษ มาพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลเช่นกัน

2.9) การได้รับการสนับสนุนที่ดีจากชุมชนท้องถิ่น กล่าวคือ ชุมชนท้องถิ่นให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี เช่น มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพในชุมชน หรือการสนับสนุนงบประมาณจากผู้นำท้องถิ่น ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งถ้าหากเขียนโครงการเสนอต่อผู้นำท้องถิ่น ก็จะได้รับ การสนับสนุนและความร่วมมือดีทุกครั้ง ระบุโดยสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 4 แห่ง

กล่องสรุปที่ 3.2 ทศนคติหรือความพึงพอใจของผู้บริหารต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

ทัศนคติเห็นด้วยต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

ผู้บริหารที่ให้ข้อมูลทั้งหมด แสดงทัศนคติ เห็นด้วย ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

เนื่องจากเหตุผล 9 ประการ ดังต่อไปนี้

1. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการได้พัฒนาตนเอง
2. เป็นการพัฒนางานหรือพัฒนาการให้บริการ
3. ทีมงานให้ความร่วมมือที่ดี
4. เด็กได้รับประโยชน์ตามสิทธิพื้นฐานของการให้บริการที่พึงได้รับ
5. ผู้ปกครองเอาใจใส่กับการพาเด็กมารับบริการมากขึ้น
6. ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพ
7. ผู้บริหารเห็นความสำคัญ
8. การได้รับการสนับสนุนและเชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่ายสถานบริการ
9. การได้รับการสนับสนุนที่ดีจากชุมชนท้องถิ่น

3) ทัศนคติหรือความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคลินิก WCC คุณภาพที่ให้ข้อมูล ในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 47 แห่ง (100%) คือ รพท./รพศ. 6 แห่ง รพช. 10 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 31 แห่ง มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ โดยไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับใดที่แสดง



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

ทัศนคติไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย โดยมีเหตุผลเป็น 4 ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ ด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ และด้านผู้บริหาร ดังนี้

3.1) เหตุผลด้านผู้ให้บริการ ผู้ปฏิบัติงานทุกแห่งให้เหตุผลสรุปได้ดังนี้

ก. เป็นการให้บริการที่ดี มีคุณภาพขึ้น เกิดผลดีและประโยชน์ต่อเด็ก กล่าวคือ ทำให้สามารถคัดกรองเด็กได้ทันเวลาก่อนที่จะรักษาได้อย่างทันท่วงที ตลอดจนทำให้เด็กได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ

ข. เป็นงานที่ทำประจำอยู่แล้ว เป็นหน้าที่ที่จะต้องพัฒนางานของสถานีนี้อยู่แล้ว ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม

ค. สามารถทำงานด้วยความสบายใจ และมีความสุขที่ได้ให้บริการดูแลสุขภาพเด็กได้พูดคุย และสร้างความคุ้นเคยกับเด็ก โดยคิดว่าเด็กเป็นลูกของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ก็มีความต้องการที่จะให้เด็กได้รับวัคซีนอย่างครบถ้วน

ง. มีความพึงพอใจที่สามารถทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ สนใจ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดูแลเอาใจใส่บุตรมากขึ้น ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี ตลอดจนส่งผลทำให้ไม่มีการร้องเรียนเกิดขึ้นเลย อาจเรียกได้ว่า เป็นการปลูกฝังให้คนในชุมชนได้หันกลับมาเอาใส่ใจบุตรหลานของตัวเองมากขึ้น

จ. ได้พัฒนาทักษะและความรู้ของตนเอง เช่น ความรู้ด้านวัคซีน

“WCC เป็นงานที่เราต้องทำอยู่แล้ว ไม่เช่นนั้น สอ. จะทำอะไร เป็นงานประจำ (Routine) ที่จะต้องพัฒนา เราไม่ควรสูญเสียงาน Routine เช่น ให้ไอโอดีน 10 ปี พอเราล้มตอนนี้ก็กลับมาอีก เพราะฉะนั้นงานตรงนี้พอเข้ามา มันก็ต้องดีอยู่แล้ว”

3.2) เหตุผลด้านผู้รับบริการ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคลินิก WCC คุณภาพที่ให้ข้อมูล ในสถานบริการแต่ละระดับจำนวน 44 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 6 แห่ง รพช. จำนวน 10 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 28 แห่ง ให้เหตุผลว่า พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยการทยอยพาเด็กมารับบริการในคลินิก และไม่มีเสียงบ่นเกี่ยวกับการมารับบริการ

ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. อีก 3 แห่ง กล่าวว่า ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการพาเด็กมารับบริการ ต้องมีการตามมารับบริการที่คลินิก WCC บ่อยมากเป็นประจำ พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่ค่อยให้ความสนใจและเอาใจใส่กับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ไม่สอนเด็ก เมื่อเจอเด็กที่มีภาวะออทิสติกเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานก็ต้องดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ พ่อแม่หรือผู้ปกครองต้องการรับบริการเรื่องฉีดยาวัคซีนเท่านั้น ไม่ต้องการตรวจส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพราะจะรีบกลับบ้าน

“เห็นด้วยที่ควรทำต่อ ก็จะได้ค้นหาเด็กโดยการประเมินเด็ก จากการตรวจปัสสาวะ การตรวจความดันเพื่อจะลดความเสี่ยงลง โรคต่างๆ ตอนนี้เด็กเค้ากินนมครบรอบขวบเคี้ยวมากขึ้น มันเป็นการลดความเสี่ยงเค้าได้”

“ผู้ปกครองก็ได้รับความรู้ในเรื่องพัฒนาการเด็ก เพราะบางที่ผู้ปกครองบางคนไม่เข้าใจ ไม่ค่อยมั่นใจว่าลูกหลานเค้า อายุเท่านี้ทำอะไรได้บ้าง หรือว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับลูกหลานมีอะไร บางคนก็จะคิดว่ามันเป็นปกติอย่างนี้”

“ทุกที่จะพาลูกไปฉีดวัคซีนที่คลินิก แต่วันนี้ตั้งใจที่จะเอาลูกมาฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลนี้ มีคนเล่าให้ฟังว่าถ้ามาโรงพยาบาลนี้ จะได้รับการประเมินพัฒนาการลูก ได้เข้าโรงเรียนพ่อแม่ เลี้ยงอมกลางวัน ครึ่งวัน เขาคิดว่ามาแล้วคุ้มค่า”

3.3) เหตุผลด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์และสถานที่

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคลินิก WCC คุณภาพที่ให้ข้อมูลในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 31 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 5 แห่ง รพช. จำนวน 9 และ สอ./รพ.สต. จำนวน 17 แห่ง มีความพึงพอใจต่อเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ให้บริการ กล่าวว่า เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่เอื้อสำหรับให้บริการในคลินิกมีครบถ้วน สถานที่ให้บริการกว้างขวางขึ้น โดยได้มีการจัดสรรพื้นที่ให้บริการที่เป็นสัดส่วนมากขึ้น ทำให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองสามารถนั่งอ่านหนังสือรอ และเด็กมีสถานที่เล่น

ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการอีก 16 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 14 แห่ง ยังเห็นว่า สถานที่ค่อนข้างคับแคบ แสงสว่างไม่เพียงพอ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ไม่มีมุมพัฒนาการเด็กที่เป็นสัดส่วน ตลอดจนขาดแคลนอุปกรณ์ในการตรวจพัฒนาการ ซึ่งยังไม่ได้รับการสนับสนุน และหากมีก็ไม่ครบถ้วน ส่วนของเล่นเด็กมีน้อยไม่เพียงพอกับจำนวนเด็กที่มาใช้บริการ นอกจากนี้แล้ว ยังพบว่า อุปกรณ์ตรวจพัฒนาการเด็กและของเล่นส่วนใหญ่ก็อยู่ในสภาพชำรุด เสียหาย และใช้การไม่ได้

3.4) เหตุผลด้านการสนับสนุนจากผู้บริหาร

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคลินิก WCC คุณภาพ ในสถานบริการจำนวน 38 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 6 แห่ง รพช. จำนวน 10 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 22 แห่ง ไ้เหตุผล คือ ผู้บริหารให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องบุคลากรกรณีขาดแคลนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนงบประมาณ ของเล่นเด็ก ความรู้วิชาการ และเรื่องอื่นๆ ตามความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายบริการทางสุขภาพระดับ CUP ที่ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ทั้งทางงบประมาณ ทัศนสถานที่ การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่โดยการจัดอบรมให้ความรู้ และสนับสนุนเงินกองทุนสุขภาพตำบลมาช่วยเหลือในจัดซื้อของเล่นเด็ก หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ที่ให้การสนับสนุนเรื่องการอบรม แต่ในช่วงนี้ไม่ได้ให้การสนับสนุนในเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้แล้วยังพบว่า บางครั้งแม้ว่าให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี แต่ค่อนข้างล่าช้ามาก



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 9 แห่ง ระบุว่าผู้บริหารได้มอบนโยบายให้ปฏิบัติ แต่ให้การสนับสนุนค่อนข้างล่าช้า และไม่ได้ให้การสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เท่าที่ควร เช่น งบประมาณ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ การปรับปรุงทัศน การให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานต้องเขียนโครงการหรือแผนงานเพื่อขอการสนับสนุนจากจังหวัด จึงจะได้งบประมาณมาดำเนินการ รวมไปถึงการสนับสนุนจากเครือข่ายบริการทางสุขภาพระดับ CUP ก็ค่อนข้างน้อย

“ผู้บริหารให้การสนับสนุนตามความจำเป็น ตามหน่วยงาน มาเร่งด่วน มาก่อนก็จะสนับสนุนตามสัดส่วน ตามความเหมาะสม ส่วนการสนับสนุนด้านวิชาการยังน้อย จะกำหนดโควตา แต่ยากไปร่วมอบรมฟังด้วยตนเอง ไม่ใช่ส่งตัวแทนไป 1 คน แล้วเอามาถ่ายทอดต่อ”

กล่องสรุปที่ 3.3 ทศนคติหรือความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

ทศนคติเห็นด้วยต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ให้ข้อมูลทั้งหมดในของสถานบริการแต่ละระดับ แสดงทัศนคติ เห็นด้วย ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ เนื่องจากเหตุผล 7 ประการ ดังต่อไปนี้

1. เป็นการให้บริการที่ดี มีคุณภาพขึ้น เกิดผลดีและประโยชน์ต่อเด็ก
2. เป็นงานที่ทำประจำ ส่งผลทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม
3. ทำงานด้วยความสบายใจและมีความสุข
4. พ่อแม่หรือผู้ปกครองมีความรู้ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
5. ได้พัฒนาทักษะและความรู้ของตนเอง
6. เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่เอื้อสำหรับให้บริการ
7. ผู้บริหารให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี

ประเด็นที่บางแห่งต้องการปรับปรุง

1. ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการพาเด็กมารับบริการ การตรวจส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และรีบกลับบ้าน
2. ขาดแคลนอุปกรณ์ตรวจพัฒนาการ และของเล่นเด็ก
3. สถานที่คับแคบ และไม่มีมุมพัฒนาการเด็ก
4. การสนับสนุนล่าช้าและไม่ให้การสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เท่าที่ควร

นับตั้งแต่เริ่มโครงการ WCC คุณภาพผ่านมาเป็นระยะเวลา 2 ปี บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของ 5 จังหวัดน่าน มีทัศนคติที่ดีต่อโครงการนี้ในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น โดยมีเหตุผลที่สำคัญ คือ เป็นประโยชน์ต่อเด็ก เป็นการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของงาน และผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างดี (ตารางที่ 3.7) ซึ่งการที่จะดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพต่อไปให้ได้คุณภาพและอย่างยั่งยืนนั้น

ในการประเมินผลครั้งที่ 3 นี้ ผู้บริหารและผู้ให้บริการทุกคนของสถานบริการแต่ละระดับทุกแห่ง เห็นด้วยกับโครงการ WCC คุณภาพ และได้ให้ข้อเสนอแนะถึงปัจจัยความสำเร็จ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

ตารางที่ 3.7 เปรียบเทียบทัศนคติต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพของผู้ให้บริการ
จากการประเมินผล จำนวน 3 ครั้ง

ทัศนคติ	การประเมินครั้งที่ 1		การประเมินครั้งที่ 2		การประเมินครั้งที่ 3	
	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
หัวหน้าคลินิก	51	100.0	49	100.0	52	100.0
- เห็นด้วย	37	72.5	45	91.8	52	100.0
- ไม่แน่ใจ	13	25.5	4	8.2	0	0
- ไม่เห็นด้วย	1	2.0	0	0	0	0
P-value^c	0.0001					
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	51	100.0	51	100.0	47	100.0
- เห็นด้วย	34	66.7	42	82.4	47	100.0
- ไม่แน่ใจ	12	23.5	8	15.6	0	0
- ไม่เห็นด้วย	5	9.8	1	2.0	0	0
P-value^c	0.0001					
ผู้บริหารหรือผู้แทน	14	100.0	NA	NA	39	100.0
- เห็นด้วย	9	64.3			39	100.0
- ไม่แน่ใจ	5	35.7			0	0
- ไม่เห็นด้วย	0	0			0	0
P-value^d	0.0007					

หมายเหตุ : c- เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ด้วย Chi-square test ถูกต้อง จึงได้รวมกลุ่มไม่แน่ใจกับไม่เห็นด้วยไว้ด้วยกัน

d – วิเคราะห์เปรียบเทียบเฉพาะครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ด้วย Fisher Exact test



3.1.4 ปัจจัยความสำเร็จ ในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

1) ข้อเสนอจากหัวหน้าคลินิก

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับ ได้กล่าวถึง ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ซึ่งสามารถวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาตามหลักการบริหาร 5M2P ประกอบด้วย คน (Man) ผู้บริหาร (Master) งบประมาณ (Money) การบริหารจัดการ (Management) สถานที่ และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ (Material) นโยบาย (Policy) และการมีส่วนร่วม (Participation) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1) บุคลากร (Man) ปัจจัยความสำเร็จด้านบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 6 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. ความพอเพียงของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ กล่าวคือ จำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอในแต่ละขั้นตอน และเพียงพอกับจำนวนเด็กที่มาใช้บริการ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 11 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 8 แห่ง

“ต้องมีเจ้าหน้าที่พยาบาลเพิ่มเติมเข้ามาด้วย ถึงจะดำเนินการได้ และได้รับความรู้อบรมถึงกระบวนการของคลินิกเด็กดีคุณภาพด้วย ก็จะดำเนินการได้ และทำให้มันยั่งยืนด้วย ถ้ามีเจ้าหน้าที่เต็มทีอย่างน้อย 5 คน ก็สามารถดำเนินการได้และยั่งยืน เพราะคิดว่ามันมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ”

“อยู่ภายใต้เงื่อนไขจำนวนบุคลากร หากมีเท่ากับโรงพยาบาล ก็เหมาะสมดีแล้ว จะทำงานได้คุณภาพครบ แต่หากถูกดึงไปทำงานอื่น ก็จะส่งผลให้บริการไม่ครบถ้วน”

ข. ใจของเจ้าหน้าที่ รักต่องานที่ทำ และชอบทำงานด้านเด็ก คือ บุคลากรต้องเห็นความสำคัญ ความตั้งใจ ความทุ่มเท และตระหนักต่อการให้บริการ คิดเชิงบวกต่อการทำงานหรือพัฒนาปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับงานที่ได้รับ ให้บริการอย่างเต็มที่และครอบคลุมทุกกิจกรรม รวมทั้งมองที่ประโยชน์ต่อเด็กเป็นหลัก โดยไม่คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 18 แห่ง คือ รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 16 แห่ง

“อาจจะมองที่ใจของบุคลากร เจ้าหน้าที่ ต้องมองว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อการพัฒนางานของตนเองได้ ทุกคนมีใจที่จะทำอย่างเต็มที่ให้นโยบายมา บอกตรงๆ ว่าทำได้ยาก ถ้าไม่มีใจที่จะทำ ผู้บริการก็น่าจะเป็นประโยชน์กับเค้า”

“ตัวเองมีแรงบันดาลใจ เนื่องจากได้มีโอกาสทำงานเกี่ยวกับ IQ EQ เด็กของกรมสุขภาพจิตมาก่อน รวมทั้งมีลูกช่วงปฐมวัย จึงเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ และอยากให้เด็กอื่นๆ ได้รับประโยชน์ และได้รับโอกาสเช่นเดียวกัน”

“การที่เจ้าหน้าที่ให้ใจและใส่ใจในการทำงาน รวมทั้งความร่วมมือจากพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็ก ความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ เพราะเราให้ใจเราในการให้บริการ ทำให้เด็กได้รับประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ เราก็ได้ใจจากชาวบ้านมากขึ้น”

“เป็นความชอบโดยตรง ในการทำงานด้านเด็ก ไม่รู้สึกเครียด ไม่ค่อยได้ปรับตัวมาก ในช่วงนี้ ตอนแรกมีปัญหาเล็กน้อย ขณะนี้ลงตัวแล้ว ทำงานด้วยความสนุก”

ค. องค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนต้องได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง หรือได้รับการอบรมฟื้นฟูทักษะทุกปี เพื่อจะได้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น กิจกรรมการให้บริการในคลินิก WCC วิชาการใหม่ๆ เรื่องการตรวจร่างกายเด็ก ฟังปอด ตรวจหัวใจ ซึ่งอาจไม่ใช่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบหลักเพียงคนเดียว โดยอาจเรียนรู้จากกุมารแพทย์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำงาน พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 10 แห่ง คือ รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 7 แห่ง

“เตรียมเจ้าหน้าที่ให้พร้อม ต้องมีการให้ความรู้ ความรู้ต้องไม่ขาด เจ้าหน้าที่ต้องพร้อม เพราะเจ้าหน้าที่ต้องเข้าใจก่อน ที่จะรับผิดชอบในหน้าที่การงาน”

“เป็นไปได้ที่จะทำ แต่จะต้องไปอบรมต่อ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคน ไม่ใช่เจ้าหน้าที่คนเดียว เช่น เรื่องการเจาะเลือด การตรวจพัฒนาการ ต้องอบรม”

“บุคลากรของสถานบริการต้องมีความเข้าใจว่า WCC คืออะไร ประกอบด้วยอะไรบ้าง มีการตรวจและสรุปผลว่ามีอะไร ส่วนไหนขาด ส่วนไหนครอบคลุมหรือยัง”

ง. การทำงานเป็นทีม กล่าวคือ ทีมงานทุกคนเข้มแข็ง มีความรับผิดชอบ ร่วมมือร่วมใจ ไม่เกี่ยงงาน ทำงานด้วยความเข้าใจ ให้ความร่วมมือกันทำงานอย่างเต็มที่ กรณีมีปัญหาจะรับฟัง พูดคุย ช่วยเหลือกันและกันในการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาเป็นจุดๆ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 22 แห่ง คือ รพท./รพศ. 4 แห่ง รพช. 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 14 แห่ง

“เจ้าหน้าที่แต่ละจุดให้ความร่วมมือ ทำงานแต่ละจุดอย่างเต็มที่ ที่ชำนาญเรื่องการฉีดยาก็ออยู่ตรงนั้น นื่องที่อยู่จุดนี้ไม่อยู่ ก็มีคน Move ไปอยู่จุดอื่นได้”

“คน ทีมงาน ช่วยกันทำงาน พยาบาล เจ้าพนักงาน จักรงาน WCC ตั้งแต่ต้นก็จะเข้าใจงาน คุยกันบ่อยๆ”

“ทีมงานรับผิดชอบ มีทีมที่ต้องดูแลร่วมกัน พูดคุยเป็นแนวทางเดียวกัน ประสานกันทำงาน เวลาส่งเด็กไปรักษาจะได้รักษาเป็นแนวทางเดียวกัน ทำงานเป็นทีม”

จ. การมีที่ปรึกษาที่ดี กล่าวคือ ควรมีที่ปรึกษาที่ดี คือ กุมารแพทย์ ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมทำงาน เป็นผู้นำทางวิชาการ คอยให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำ และเป็นผู้การันตีสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

การตรวจ พบในสถานบริการระดับโรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง และ รพช. 2 แห่ง

ฉ. การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้าใจระบบการทำงาน และสามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้ ตั้งแต่การรับรู้ของแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ทั่วไป และความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (Lab) ซึ่งพบในสถานบริการระดับ รพช. จำนวน 2 แห่ง

“ทีมสหสาขาวิชาชีพ Lab เข้าใจสายงาน เมื่อก่อน Lab ไม่ค่อยเข้าใจ เช่น เจาะเลือด คือทำแล้วดี ถ้าเด็กขีดจะได้แก้ไข”

1.2) ผู้บริหาร (Master)

ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนเต็มที่ กล่าวคือ ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร ผู้บริหารต้องมีความเข้าใจ ให้ความสนใจ และเห็นความสำคัญของการให้บริการในคลินิก ตั้งแต่คลินิก ANC ไปจนถึงคลินิก WCC เช่น อำนวยความสะดวกในการให้บริการทุกเรื่อง หรือลงมาช่วยเมื่อมีผู้รับบริการคับคั่ง เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 16 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง รพช. 5 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 8 แห่ง

“ผู้บริหารสำคัญ เหมือนเป็นหัว เป็นคนชอบคิดชอบทำ หนูเสนอว่าอย่างนี้ดีไหม พี่จะบอกว่า หนูถ้าดีก็ทำเลย”

1.3) งบประมาณ (Money)

การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อจัดซื้อยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ สำหรับการตรวจปัสสาวะ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง

1.4) การบริหารจัดการ (Management) ปัจจัยความสำเร็จด้านการบริหารจัดการ แบ่งเป็น 2 เรื่องสำคัญ ประกอบด้วย

ก. มีระบบการบริหารจัดการที่ดี คือ มีการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่น หรือมีการบริหารจัดการงานบุคคลที่ดี เช่น เจ้าหน้าที่ไม่ปรับเปลี่ยนบ่อย มีบุคลากรที่เอื้อ และหมุนเวียนช่วยเหลือกันทำงาน พบในสถานบริการระดับโรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง และ รพช. 2 แห่ง

ข. การพัฒนาระบบบริการให้ได้คุณภาพดีขึ้น เพื่อให้บริการอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เช่น การกำหนดวันนัดในคลินิก WCC คุณภาพ โดยการแบ่งกลุ่มเด็กตามช่วงอายุสำหรับให้บริการ จำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี และกลุ่มเด็กที่มีอายุ 1 ปีขึ้นไป หรือการจัดแยกคลินิกวัคซีนกับคลินิกพัฒนาการเด็ก โดยจัดแยกอย่างละ 1 ครั้งต่อเดือน พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 4 แห่ง

1.5) สถานที่ และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ (Material) ปัจจัยความสำเร็จด้านสถานที่และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ แบ่งเป็น 2 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. *ความพร้อมของสถานที่* กล่าวคือ สถานที่เป็นส่วน และเอื้อต่อการจัดกิจกรรมให้บริการต่างๆ เช่น มีมุมพัฒนาการ เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 9 แห่ง คือ รพช. 1 และ สอ./รพ.สต. 8 แห่ง

ข. *เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ พร้อมสำหรับให้บริการและมีความต่อเนื่อง* กล่าวคือ ต้องมีความพร้อมของเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ และสื่อเอกสารความรู้ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นคู่มือประเมินพัฒนาการเด็ก ชุดตรวจพัฒนาการ ของเด็กเล่น หนังสือนิทาน และยาวิตามินเสริมธาตุเด็กสำหรับเด็ก เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 12 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 9 แห่ง

1.6) นโยบาย (Policy) ปัจจัยความสำเร็จด้านนโยบาย แบ่งเป็น 2 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. *มีนโยบายการทำงานที่ชัดเจนจากส่วนกลาง* กล่าวคือ ถ่ายทอดนโยบายมาจากกระทรวง แล้วประกาศเป็นนโยบายของจังหวัด โดยมีการประชุมชี้แจง เพื่อก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง

ข. *การสื่อสารประชาสัมพันธ์งานคลินิก WCC คุณภาพผ่านสื่อมวลชนประเภทต่างๆ* โดยสื่อสารประชาสัมพันธ์ และกระตุ้นผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุให้ผู้ปกครองได้รับความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการสังเกตพัฒนาการ รู้จักคัดกรอง เพราะเด็กอยู่กับผู้ปกครองตลอดเวลา ผู้ปกครองจะสามารถค้นหาได้เร็วกว่า พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

1.7) การมีส่วนร่วม (Participation) ปัจจัยความสำเร็จด้านการมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง* กล่าวคือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กที่เป็นปู่ย่าตายาย โดยสร้างความเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความตระหนัก และความร่วมมือของผู้ปกครองในเรื่องของการดูแลสุขภาพเด็ก การมีส่วนร่วมในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เข้าโรงเรียนพ่อแม่ ตลอดจนส่งผลทำให้ผู้รับบริการหรือผู้ปกครองพึงพอใจในการมารับบริการ และกล้าถามไถ่ปัญหาต่างๆ ด้วย พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 15 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 14 แห่ง

“ผู้รับบริการร่วมมือ พ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ควรต้องเปลี่ยน ให้เค้ารู้ว่าที่นี่ไม่ได้ฉีดยาอย่างเดียว ต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการ พ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ให้เค้าเข้าโรงเรียนพ่อแม่ให้ได้ พวกเราวัล มอบไปประกาศ”



“ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูต้องเข้าใจ และให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ของ WCC ถ้าได้รับความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ ก็จะประสบผลสำเร็จ”

ข. ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายการทำงานในพื้นที่

เครือข่ายในชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. และหมอชุมชน ช่วยเหลือการดำเนินกิจกรรมในคลินิก เช่น ตามคนไข้มารับบริการได้ทันที่ที่ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น เทศบาล และ อบต. ในเรื่องการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ การเข้ามาทำงานในชุมชน และเรื่องอื่นๆ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 13 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 12 แห่ง

“ชุมชนน่าจะมีส่วนร่วมมากขึ้น อสม. กลุ่ม อบต. ที่มีบทบาทในชุมชน ผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน ช่วยกระตุ้น บอกต่อกันเอง ให้มารับบริการที่สถานีนานามัย”

“ผู้นำชุมชน พอเราคุยกับเขา เขาจะถามว่าหมอทำได้หรือ แต่เราทำให้เขาเห็นได้รับการตอบรับดีมาก”

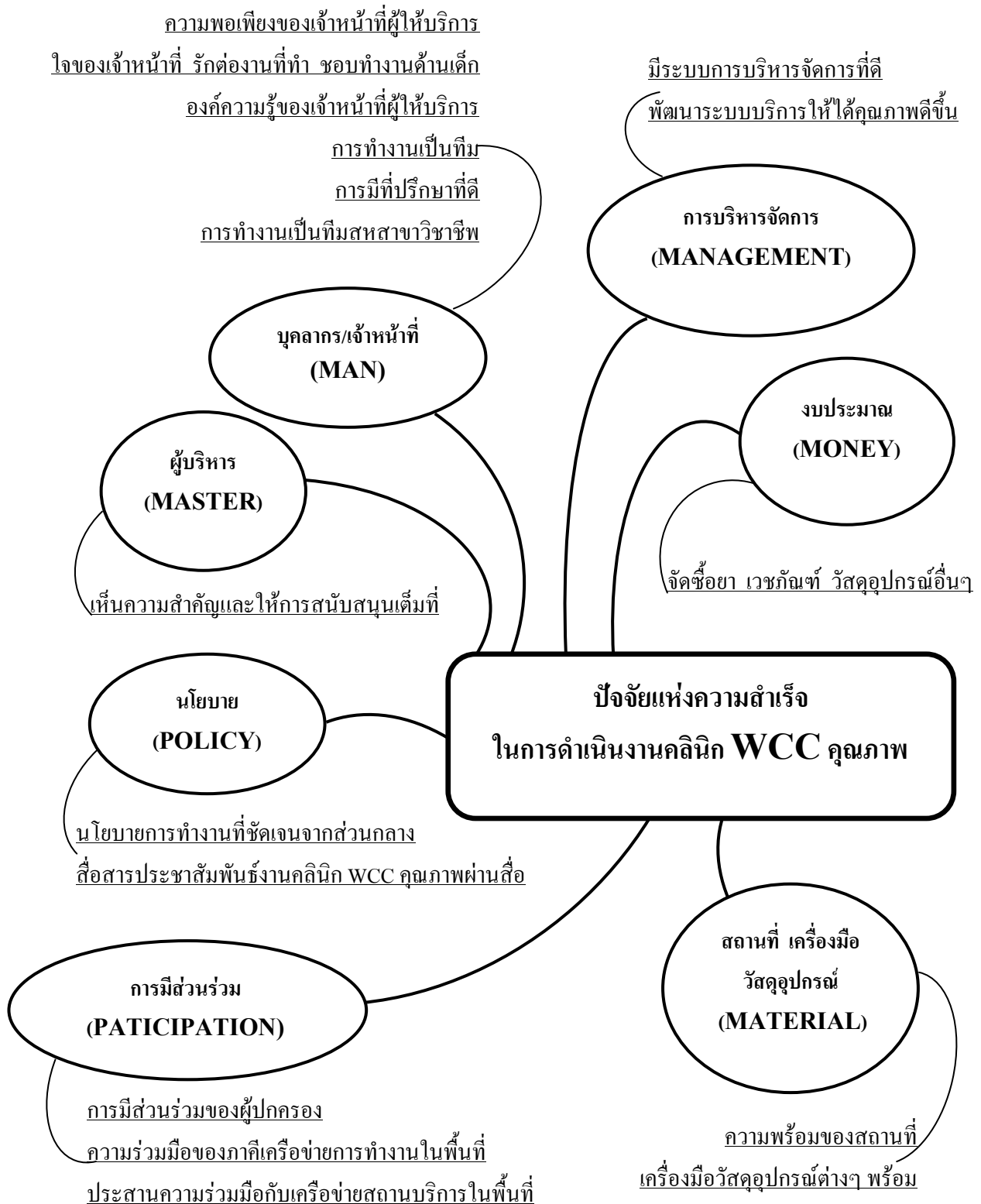
ค. การประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายสถานบริการในพื้นที่ กล่าวคือ มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนระหว่างสถานีนานามัยกับโรงพยาบาล หรือสนับสนุนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เครือข่ายระดับ CUP และโรงพยาบาล ลงพื้นที่ติดตาม นิเทศงาน กระตุ้น ให้กำลังใจในการทำงาน ช่วยเหลือในการให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงาน ให้บริการในคลินิกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อจะได้ปรับแก้วิธีการทำงานได้อย่างรวดเร็วทันที่ที่ ตลอดจนการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน เช่น มอบเงิน หรือโบนัสการทำงานกรณีพิเศษ เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง คือ รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 5 แห่ง

นอกจากนี้แล้ว สถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง เสนอว่า สสจ. หรือโรงพยาบาล ควรมีการทำสรุปผลการดำเนินงาน WCC ของจังหวัดมานำเสนอ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในระดับจังหวัด

“อยู่ที่ความตั้งใจว่าน่าจะทำได้ แต่ว่าได้ขนาดไหนไม่รู้ แต่ถ้าได้มีการสนับสนุน นิเทศติดตามก็จะดี เป็นกำลังใจก็จะดี ไม่ใช่ปล่อยให้เดินคนเดียว”

“จังหวัด CUP ลงมาช่วยปรับ ให้ความรู้ แนะนำ นิเทศงาน ให้มาดูว่า ทำอย่างไร อย่างนี้หรือยัง จะได้ปรับแก้”

ภาพที่ 3.5 สรุปปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ
(มุมมองหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ)





2) ข้อเสนอจากผู้บริหารหรือผู้แทน

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ ได้กล่าวถึง ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน คลินิก WCC คุณภาพ ซึ่งสามารถวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาได้ตามหลักการบริหาร คือ 5M 2P ซึ่งประกอบด้วย บุคลากร (Man) ผู้บริหาร (Master) งบประมาณ (Money) การบริหารจัดการ (Management) เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ (Material) การมีส่วนร่วม (Participation) และ นโยบาย (Policy) โดยนำเสนอ ดังนี้

2.1) บุคลากร (Man) ปัจจัยความสำเร็จด้านบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 4 เรื่องสำคัญ ประกอบด้วย

ก. ความพอเพียงของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ กล่าวคือ จำนวนเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่มีจำนวนเพียงพอที่จะดำเนินงานคลินิก WCC โดยอาจจะมีบุคลากรที่เป็นจิตอาสา เข้ามาช่วยเหลืองานในคลินิก ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 7 แห่ง คือ รพช. จำนวน 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 5 แห่ง

“น่าจะทำได้ ปัญหาบุคลากรอาจจะน้อย ลาไปก็ทำงานได้ไม่ครบ ตรวจพัฒนาการเด็ก อาจทำไม่ครบ หรือไม่ได้ทำเลย เจ้าหน้าที่ต้องเพียงพอ”

“จะต้องมีเจ้าหน้าที่เพียงพอ คือต้องมีพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประมาณ 4-5 คน ประจำจุดต่างๆ จึงจะดำเนินการให้ได้ตามมาตรฐาน คุณภาพ และยั่งยืน”

ข. ความรู้ความเข้าใจ ความตั้งใจ และความมุ่งมั่นของผู้ให้บริการ กล่าวคือ บุคลากรทุกคนมีทัศนคติที่ดีต่องาน มีความภูมิใจ ใจรัก มีใจให้บริการ และเข้าใจระบบงานคลินิก WCC คุณภาพ ตลอดจนมีความมุ่งมั่น ทุ่มเทที่จะพัฒนางาน และทำงานเพื่อเห็นผลดีต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้แล้ว เจ้าหน้าที่จะต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับงาน WCC ตลอดเวลาอีกด้วย ระบุโดย สถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 20 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 15 แห่ง

“เป็นข้าราชการต้องทำอะไรที่ดี เป็นประโยชน์ต่อเด็ก อะไรที่ทุ่มเทให้เด็ก เสียสละให้เด็ก ก็ควรจะทำ”

“เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีความมุ่งมั่น และเข้าใจว่าทำไมถึงต้องทำ ถ้ามีวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ พร้อม ก็จะทำให้ดี ผู้บริหารให้ความสำคัญ”

“หัวใจของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการต้องมาก่อน คือ วันที่มีคลินิก ต้องมาทำงาน ตั้งแต่เช้า เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการ มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบว่าใครจะอยู่จุดไหนในวันนี้”

“ถ้ามุมมองของเจ้าหน้าที่ เราสามารถคัดกรอง เด็กที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย พัฒนาการ ถ้าเราสามารถทำได้ ก็จะเป็น Key สำคัญที่จะดำเนินการต่อ ถ้าเรามีโอกาสทำ คัดกรองเด็ก เด็กทุกคน ก็เป็นโอกาสดูแลเด็กให้ทั่วถึง”

“สิ่งที่สำคัญคือ เจ้าหน้าที่ต้องศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาเด็กเพิ่มเติมตลอดเวลา และสื่อการเสริมพัฒนาเด็กตามช่วงอายุ ควรมีให้เพียงพอ เพื่อให้ประชาชนเพิ่มความเข้าใจมากขึ้น”

“บุคลากรของสถานบริการต้องมีความเข้าใจว่า WCC คืออะไร ประกอบด้วยอะไรบ้าง มีการตรวจและสรุปผลว่ามีอะไร ส่วนไหนขาด ส่วนไหนครอบคลุมหรือยัง”

“ปัจจัยความสำเร็จ คือ จิตสำนึกของเจ้าหน้าที่ ความรู้ ทักษะ และจิตสาธารณะ และการปกครองอย่างพี่สอนน้อง ไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา ถ้าเรามีใจ ทำได้ ถึงแม้สถานที่จะไม่ดี”

ค. ความรับผิดชอบและความร่วมมือของทีมงาน WCC โดยทีมงานต้องมีความตระหนัก ความรับผิดชอบต่องาน และมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน ดำเนินงาน รวมทั้งมีการประชุมพูดคุย ปรึกษาหารือกันเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอจนเกิดความเข้าใจตรงกัน ระบุโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 5 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง

“จำนวนก็ส่วนหนึ่ง แต่ที่สำคัญก็คือ เจ้าหน้าที่ต้องตระหนักและรับผิดชอบ ถ้าเขาตระหนักว่ามาตรฐานของคลินิกคืออะไร ถ้าเขาตระหนักตรงนี้ ก็จะทำให้เราทำงานได้ดี”

“ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ 4 คน ทำอะไรให้ดีขึ้น โดยเฉพาะงานส่วนรวมของ สอ.”

ง. การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ กล่าวคือ มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เข้มแข็ง หรือได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในลักษณะทีมงานสหสาขาวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นทีม WCC หัวหน้าหน่วยงาน ฝ่ายการพยาบาล กุมารเวชกรรม กุมารแพทย์ เวชกรรมป้องกัน ทันตสาธารณสุข โภชนากร พัฒนาการเด็ก ผู้ป่วยนอก ห้องปฏิบัติการ ลูกจ้าง และคนงาน เป็นต้น ซึ่งได้มีการประชุมหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ ในกระบวนการให้บริการทั้งหมด กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 11 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 4 แห่ง รพช. จำนวน 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 4 แห่ง

“การทำงานเป็นทีม รู้สึกว่าเราไม่ขาด งานก็จะสามารถไปได้ ให้ความสำคัญกับทุกคน ให้ดูแลกันแบบพี่น้อง แบบญาติ แล้วก็ช่วยกันกำลังใจ สิทธิ โบนัส การเบิก OT จะแชร์กัน คือ เท่าไหร่เท่ากัน โบนัสมาเราก็จะเฉลี่ยให้เท่ากัน พนักงาน แม้แต่ลูกจ้าง คนทำความสะอาด เค้าก็เป็นคนสำคัญ เค้าเป็นแขนขาของคนที่นี่ ปลุกฝังแนวคิดที่ว่าทำอะไรเป็นของตนเอง ให้รู้สึกว่ารักที่ทำงาน รักประชาชน”



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“ทีมเอื้อกันด้วย เช่น หมอเด็ก ผู้บริหารให้การสนับสนุน Lab เจาะเลือด เวลาเมื่อไรหมอเด็กก็จะเรียกประชุมในโรงพยาบาล และระดับ CUP ด้วย

“พยาบาลที่ทำ WCC มีอยู่ 2 คน นวก. 2 คน ช่วยลงทะเบียน ชักประวัติ คนงานอีก 2 คน ส่วนอีกคนจะตามงานรักษาโรค ที่นี้อาศัยคนฝ่ายการพยาบาลมา 2 คน มาช่วยทำโรงเรียนพ่อแม่ บริการฉีดวัคซีน ส่วนคนที่ Screen จะเป็นคนของฝ่ายเราเอง”

2.2) ผู้บริหาร (Master)

นโยบายการสนับสนุนของผู้บริหาร กล่าวคือ ผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างดี หรือ การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ ตั้งแต่หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้อำนวยการ โดยเห็นความสำคัญของงานและให้การสนับสนุนการทำงานอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ การพัฒนา กำลังคน การจัดการ และการแก้ปัญหาต่างๆ เป็นต้น กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 17 แห่ง แบ่งเป็นสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 6 แห่ง รพช. จำนวน 5 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง

“การสนับสนุนจากผู้บริหาร เกี่ยวกับการจัดการ การแก้ปัญหาต่างๆ เช่น โรงเรียนพ่อแม่ ปัญหาพฤติกรรมเด็ก ส่งปรึกษาแพทย์ เพราะมีแพทย์ประจำครั้งละ 2 คน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ ผู้บริหารต้องตระหนัก เห็น เข้าใจ และลงมามาก”

2.3) งบประมาณ (Money)

การได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ กล่าวคือ ต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเต็มที่ เช่น งบประมาณในการปรับปรุงภูมิทัศน์ เป็นต้น กล่าวถึงโดยสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง

2.4) การบริหารจัดการ (Management)

หลักการบริหารจัดการที่ดี อาจแบ่งออกเป็น 2 เรื่อง ได้แก่

ก. มีระบบการบริหารจัดการงานบุคคลที่ดี กล่าวคือ กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรงและต่อเนื่อง หรือการมอบหมายงานให้ตรงกับความสามารถของบุคลากรแต่ละคน ซึ่งจะนำไปสู่ความเอาใจใส่ที่จะพัฒนางานของตนเองให้ได้ตามระบบ กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 5 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง

“ความสำเร็จของงานอยู่ที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้รับบริการ และการบริหารจัดการภายในองค์กรที่ดี รวมทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”

“ดำเนินการต่อไปได้ เพราะเป็นผลดีต่อคนไข้ ผู้รับบริการจะได้รับผลดี และเป็นผลระยะยาวต่อองค์กรด้วย”

ข. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ กล่าวคือ ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และความสำคัญของกิจกรรมการให้บริการที่จะต้องทำ กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 2 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

“หน่วยเหนือ สสจ. โรงพยาบาล ควรมีการทำสรุปผล WCC ของจังหวัด และนำเสนอในระดับจังหวัด เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน”

2.5) เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ (Material)

ปัจจัยความสำเร็จด้านความพร้อมของเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ แบ่งออกเป็น 2 เรื่อง ได้แก่

ก. เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ พร้อมสำหรับให้บริการ กล่าวคือ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ต้องเพียงพอและพร้อมสำหรับให้บริการ หรือได้รับการสนับสนุนครบถ้วนตามความจำเป็น เช่น ของเล่นกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และสื่อเพื่อเสริมพัฒนาเด็กตามช่วงอายุควรมีให้เพียงพอ เป็นต้น กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 8 แห่ง คือ รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง

ข. ความพร้อมของสถานที่ให้บริการ กล่าวคือ สถานที่เป็นส่วน มีพื้นที่การทำงานที่สะดวกสบาย และเอื้ออำนวยต่อการให้จัดกิจกรรมได้ครบถ้วน เช่น คลินิก WCC โรงเรียนพ่อแม่ มุมเด็กเล่น และมุมพัฒนาการ เป็นต้น กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 9 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง และระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 8 แห่ง

2.6) การมีส่วนร่วม (Participation)

ปัจจัยความสำเร็จเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายการทำงานในระดับต่างๆ อาจจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

ก. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง กล่าวคือ ควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ปกครอง สร้างความคุ้นเคยกับผู้ปกครอง สร้างความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพเด็ก และเห็นคุณค่าของสุขภาพเด็ก เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือของผู้เลี้ยงดูเด็กหรือผู้ปกครอง นอกจากนี้แล้ว ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจ ไว้วางใจให้เกิดขึ้นแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ของคลินิก WCC มากขึ้น กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 14 แห่ง คือ รพช. จำนวน 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 12 แห่ง



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

“ความพึงพอใจของชาวบ้านที่เราให้บริการ และมีส่วนร่วมในคลินิกมากขึ้น การสังเกตพัฒนาการเด็ก”

“ความตระหนักของประชาชน การสร้างแนวคิดให้กับประชาชน เพื่อให้มีความรู้ทางด้านคลินิกสุขภาพเด็กดีมากขึ้น สร้างความร่วมมือของชาวบ้านและประชาชน”

“ความสำเร็จของงานอยู่ที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้รับบริการ และการบริหารจัดการภายในองค์กรที่ดี รวมทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”

“ตัวของผู้ปกครองต้องให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ชุมชนกับอนามัยต้องทำงานร่วมมือกันเป็นอย่างดี ไปด้วยกันได้”

“ความสำเร็จของโครงการคือ ประชาชน ให้มี Self Care และมีอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่การตำน้ำพริกละลายแม่น้ำ แต่ทำโดยการสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นในชุมชน เมื่อประชาชนเกิดความตระหนัก เขาจะช่วยเหลือกันเอง และรู้สึกว่าคุณค่า”

ข. ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายการทำงานในชุมชนทั้งระดับอำเภอและระดับจังหวัด
กล่าวคือ มีภาคีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง โดยการสร้างความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด ไม่ว่าจะเป็น สอ./รพ.สต. ในเครือข่ายของโรงพยาบาล CUP Board ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เป็นต้น กล่าวถึงโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 13 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 2 แห่ง สอ./รพ.สต. จำนวน 10 แห่ง

“ความสำเร็จของงานอยู่ที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้รับบริการ และการบริหารจัดการภายในองค์กรที่ดี รวมทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”

“อยากให้มีครูในศูนย์เด็กเล็ก ให้ครูพี่เลี้ยงช่วยดูแลเด็กในเรื่องของการดูแลพัฒนาการต่อ โดย สอ. จะเสริมหรืออบรมให้ความรู้ ทาง สอ. จะดูแลตั้งแต่ 0-3 ปี พอ 3 ปี เด็กก็จะเข้าศูนย์เด็กเล็กแล้ว”

“พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มาช่วยในวันที่มีคลินิกเด็กดี มาวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก เทียบเคียงกับการทำกราฟ ให้ดูภาวะโภชนาการ ว่าเด็กผิดปกติ เหนือเกณฑ์หรือต่ำกว่าเกณฑ์ และให้คำแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเด็กได้”

“ตัวของผู้ปกครองต้องให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ชุมชนกับอนามัยต้องทำงานร่วมมือกันเป็นอย่างดี ไปด้วยกันได้”

“ภาคีเครือข่าย องค์กรในพื้นที่ เราต้องบูรณาการเรื่องอาสาให้เข้ามาช่วย ลูกจ้าง ครู ศูนย์เด็กเล็กด้วยอีก 4 ศูนย์ เน้นการอบรมให้ความรู้เรื่องการประเมินพัฒนาการ เวลาผิดปกติ ก็ส่งมาที่ สอ.”

“ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง คือ สถานีนอมา้ยในเครือข่ายทุกแห่ง ใช้แนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย มีทั้งหมด 13 สอ.”

“อสม. มาช่วยงาน แต่ก็จะไม่ละเลย ต้อง Recheck อีกครั้ง ตอนนี้จะคัดเลือก อสม. 2 คนต่อหมู่บ้าน เป็น อสม. เชี่ยวชาญมาช่วยเหลืองาน เช่น ตรวจพัฒนาการ เยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ ช่วยลดภาระงาน”

นอกจากนี้แล้ว ผู้บริหารสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง ยังได้กล่าวถึง การได้รับความร่วมมือกับเครือข่าย รพ.สต. เป็นอย่างดี โดย รพท./รพศ. ได้เข้าไปพัฒนาศักยภาพและมาตรฐาน ทำให้ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งไปรับบริการที่ รพ.สต. เครือข่าย ซึ่งเป็นการลดความแออัดของ รพท./รพศ. ในขณะเดียวกัน ก็จะได้พัฒนาศักยภาพ รพ.สต. หลัก 4 มุมเมือง จำนวน 5 แห่ง เพื่อรองรับบริการ รพ.สต. ข้างเคียงอีกด้วย

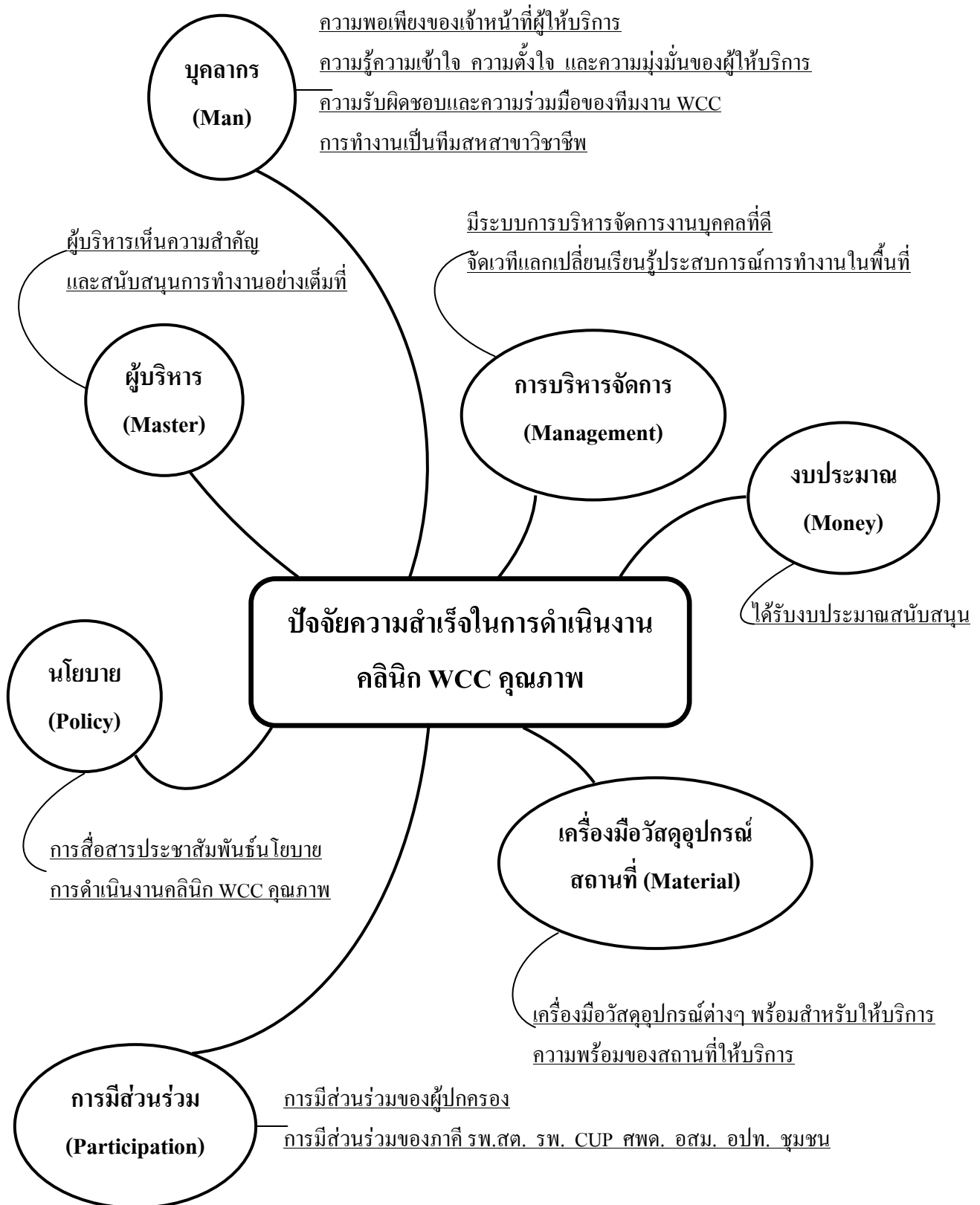
“โครงการนี้เป็นโครงการที่ดี ทำให้เกลี่ยงานบางส่วนไปยังเครือข่าย คือ รพ.สต. ได้ชัดเจน ขณะเดียวกันกำลังสร้างให้มี รพ.สต. หลัก 4 มุมเมือง 5 แห่ง ให้เปิดรับบริการเดือนละ 2 วัน เพื่อรับเด็กจาก รพ.สต. ข้างเคียงที่เกิดป่วย ไม่สามารถรับวัคซีนได้วันแรก จะได้มารับบริการที่นี้ได้ในช่วงวันที่ 2”

2.7) นโยบาย (Policy)

การสื่อสารประชาสัมพันธ์นโยบายการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ คือ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ระดับนโยบายเรื่องการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ เพื่อเป็นการให้ข้อมูล ถ่ายทอดความรู้ และรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงานในคลินิก WCC คุณภาพให้ผู้รับบริการได้รับทราบและเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง ผู้รับบริการจะได้ให้ความร่วมมือและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น กล่าวถึงโดยสถานบริการระดับ สอ./PCU/รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง



ภาพที่ 3.6 สรุปปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองผู้บริหาร)



3) ข้อเสนอจากผู้ปฏิบัติงาน

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับ ได้กล่าวถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ซึ่งวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาตามหลักการบริหาร 5M2P ประกอบด้วย บุคลากร/เจ้าหน้าที่ (Man) ผู้บริหาร (Master) งบประมาณ (Money) การบริหารจัดการ (Management) สถานที่ และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ (Material) นโยบาย (Policy) และการมีส่วนร่วม (Participation) ดังนี้

3.1) บุคลากร/เจ้าหน้าที่ (MAN)

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 36 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง รพช. 9 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 24 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพด้านบุคลากร ประกอบด้วย

- ก. มีจำนวนบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเพียงพอ
- ข. บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีอัธยาศัย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และมีการทำงานเป็นทีม
- ค. บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และเข้าใจในการดำเนินงาน WCC เป็นอย่างดี โดยต้องมีการพัฒนาทักษะความรู้วิชาการ การอบรมให้กับเจ้าหน้าที่บ่อยๆ
- ง. บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการต้องมีความเข้าใจตรงกัน
- จ. บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ต้องมีจิตใจรักเด็ก มีจิตอาสา และใส่ใจให้บริการอย่างเต็มที่

3.2) ผู้บริหาร (MASTER)

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 14 แห่ง คือ รพท./รพศ. 3 แห่ง รพช. 6 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 5 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพด้านผู้บริหาร ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารของหน่วยงาน ผู้บริหารระดับ CUP และผู้บริหารระดับ สสจ. คือ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ และปรับทัศนคติให้สนใจ และเห็นความสำคัญของงานคลินิก WCC เพื่อที่จะสามารถให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีและรวดเร็ว

3.3) งบประมาณ (MONEY)

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 7 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 6 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพด้านงบประมาณ คือ ต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพในทุกๆ ด้าน เช่น จัดซื้อเวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น



3.4) การบริหารจัดการ (MANAGEMENT)

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 20 แห่ง คือ รพท./รพศ. 5 แห่ง รพช. 5 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 10 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพด้านการบริหารจัดการ และการให้บริการ โดยแบ่งออกเป็น 5 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. จัดประชุมหารือร่วมกันระหว่างทีมงานทุกฝ่ายหลังการทำงาน เพื่อทราบปัญหาอุปสรรค และวางแผนทางแก้ไข รวมทั้งจัดระเบียบการให้บริการใหม่ เช่น การนัด เป็นต้น

ข. จัดระบบการให้บริการที่มีคุณภาพและครอบคลุมตามมาตรฐาน คือ ต้องมีการให้บริการที่รวดเร็ว ครอบคลุมตามมาตรฐาน เช่น เด็กได้พบแพทย์เฉพาะทาง ตลอดจนมีการจัดระบบให้บริการที่ดี มีคุณภาพ และไหลลื่น เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ค. การติดตามและนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างเครือข่ายการทำงานงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทำหน้าที่ติดตามและนิเทศงานกับเครือข่าย

ง. การสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ กล่าวคือ ควรมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ หรือการกระตุ้นการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ผ่านสื่อโทรทัศน์ และวิทยุ เพื่อเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้พ่อแม่ผู้ปกครองในเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ซึ่งจะส่งผลให้พ่อแม่ ผู้ปกครองสามารถสังเกตพัฒนาการเด็ก รู้จักการคัดกรองเบื้องต้น เพื่อจะค้นหาภาวะผิดปกติได้เร็วกว่า เนื่องจากเด็กจะอยู่กับพ่อแม่ผู้ปกครองตลอดเวลา

จ. การพัฒนาสื่อเอกสารความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยจะต้องพัฒนาสื่อ หรือเอกสารความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิก WCC ในรูปแบบต่างๆ โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางด้านชาติพันธุ์ และภาษา เป็นต้น

3.5) สถานที่และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ (MATERIAL)

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 15 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 11 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพด้านสถานที่และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ โดยแบ่งออกเป็น 2 เรื่องหลัก ประกอบด้วย

ก. สนับสนุนสื่อเอกสาร หนังสือ และวัสดุอุปกรณ์ครบถ้วน

ข. มีสถานที่กว้างขวาง เป็นสัดส่วน และเอื้อต่อการดำเนินงาน

3.6) นโยบาย (POLICY)

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 10 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 7 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน คลินิก WCC คุณภาพด้านนโยบายการทำงาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. ประกาศให้การดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพเป็นนโยบายระดับประเทศ
กล่าวคือ ควรประกาศเรื่องการดำเนินงาน WCC คุณภาพ เป็นนโยบายตั้งแต่ระดับจังหวัดไปจนถึงระดับประเทศ รวมทั้งมีนโยบายการทำงานหรือให้บริการเชิงรุกไปสู่พื้นที่ระดับหมู่บ้าน เพื่อไปให้ความรู้ คำแนะนำ และติดตามรายการกรณี Case ที่มีปัญหา

ข. การสนับสนุนกิจกรรมคลินิก WCC คุณภาพที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน
กล่าวคือ ผลักดันและสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพให้มีมาตรฐานในการให้บริการ และการตรวจร่างกายเด็กในเรื่องต่างๆ ที่ชัดเจน

“เป็นไปได้ที่จะทำ แต่ต้องไล่กิจกรรมการให้บริการว่า มีกิจกรรมอะไรที่เรามีศักยภาพพอ และอะไรที่สึกมากไปกว่านี้ ก็ต้องส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรม กิจกรรมที่ Must กิจกรรมที่ต้องทำหรือควรทำ น่าทำ และมีกิจกรรมไหนที่ควรส่งให้ทางโรงพยาบาลทำ”

“ก็น่าจะยั่งยืนและทำต่อไปได้ ถ้าออกมาเป็นนโยบายของประเทศ มีตัวชี้วัดออกมาให้ชัดเจนเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมทุกคนและเข้าใจกระบวนการคลินิกเด็กดีคุณภาพเป็นอย่างดี”

“นโยบายต้องเห็นความสำคัญ ตั้งแต่ผู้บริหาร ถึงผู้ปฏิบัติ บางครั้งผู้ปฏิบัติจะทำ แต่ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ เวลาจัดสรรงบประมาณ เหมือนไป OD ก็จะทำาง่าย”

3.7) การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน (PEOPLE&COMMUNITY PARTICIPATION)

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 17 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 11 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน คลินิก WCC คุณภาพด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน หรือความร่วมมือของทุกฝ่ายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน อสม. และ อบต. ในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการนำเด็กมารับบริการตามนัด เป็นต้น

“การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง พี่ที่ทำงานในชุมชน ก็จะเน้นจุดนี้เยอะ เวลาออกชุมชน ก็จะเน้นจุดนี้ ของเรามีโรงเรียนพ่อแม่ก่อนคลอดหลังคลอด เป้าหมายได้หมด ก็น่าจะเน้นตรงผู้ปกครอง ให้ออก ให้เล่นกับลูกเพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็ก”



ภาพที่ 3.7 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน)



3.1.5 ข้อเสนอแนะในการขยายผล

1) ข้อเสนอแนะของหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับ ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ จำนวน 5 ด้านหลัก ได้แก่

1.1) ข้อเสนอแนะด้านผู้ให้บริการ

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 12 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 9 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการประกอบด้วย

ก. สนับสนุนอัตรากำลังบุคลากรเพิ่มเติมให้เพียงพอ เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 2 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

ข. การจัดอบรมหรือสนับสนุนด้านวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ กล่าวคือ ควรมีการจัดอบรม ฟื้นฟูความรู้ พัฒนาทักษะการทำงานใหม่ๆ แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน WCC โดยตรง เช่น วิชาการใหม่ๆ เกี่ยวกับเวชศาสตร์เด็ก การดูแลเด็กที่พัฒนาการล่าช้า การตรวจสุขภาพเด็กเล็ก โรคที่พบบ่อยในเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นต้น โดยไม่ใช่รูปแบบการสอนหรือบรรยาย แต่เน้นให้มีรูปแบบการฝึกปฏิบัติจริง เช่น เป็นฐานความรู้พัฒนาการเด็ก 2 เดือน 4 เดือน สอนให้ได้เห็นภาพจริง และปฏิบัติจริง ซึ่งอาจจะจัดอบรมปีละ 1-2 ครั้ง ให้ส่งผู้แทนระดับอำเภอๆ ละ 1 คนเข้าร่วมอบรม เพื่อที่จะได้สามารถให้คำปรึกษาแนะนำกับเครือข่ายการทำงานระดับอำเภอ (ระดับ CUP) ได้ เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 11 แห่ง คือ รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 9 แห่ง

“อบรมเรื่องพัฒนาการเรื่อยๆ ยิ่งส่งเสริมมาก สำคัญที่สุดก็คือ เรื่องวัคซีนไม่มีปัญหา เราได้รับความรู้ทุกปี ก็น่าจะเป็นเรื่องพัฒนาการ”

“อบรมวิชาการให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เช่น เรื่องการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า การตรวจสุขภาพเด็กเล็กๆ เพื่อที่จะได้ไม่ต้องส่งไปที่โรงพยาบาลจังหวัด ให้เค้าเป็นที่ปรึกษาเราได้ เวลาเรามีปัญหาในการทำงาน พวกเราก็จะได้ Consult ได้”

“อบรมผู้รับผิดชอบ WCC โดยตรง ฝึกปฏิบัติจริง ไม่ใช่พูด สอนเฉยๆ ให้ทำเป็นฐานเรื่องพัฒนาการเด็ก เด็กอายุ 2 เดือนทำยังไง เด็กอายุ 4 เดือนทำยังไง ให้เราเห็นของจริงได้ทำจริง”

ค. สร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง



1.2) ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 20 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 15 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 4 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. **ปรับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก** กล่าวคือ ควรมีการปรับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยอาจแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เน้นเรื่องการให้ความรู้สำหรับผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการ และเน้นเรื่องการให้บริการสำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เช่น มีกิจกรรมการให้บริการตามช่วงอายุ เช่น อายุ 2 เดือน หรือ 4 เดือนมีกิจกรรมอะไรบ้าง เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง

ข. **จัดทำคู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่** กล่าวคือ ให้มีการจัดทำหนังสือวิชาการหรือคู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ โดยมีเนื้อหาทันสมัย และครอบคลุมการให้บริการตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์ (ANC) คลินิกหลังคลอด และคลินิกเด็กดี (WCC) โดยระบุรายละเอียดให้ครอบคลุมในเรื่องของการดูแลและแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการตั้งแต่เรื่องการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดบุตร และดูแลสุขภาพเด็กไปจนถึงอายุ 4 ปี รวมไปถึงเนื้อหาเกี่ยวกับการซักประวัติเน้นตามช่วงอายุเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการ และการให้วัคซีนตามช่วงอายุ 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน เป็นต้น เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง

ค. **สนับสนุนเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้สำหรับการให้บริการในคลินิก WCC คุณภาพ** เช่น ชุดตรวจและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และของเล่นเด็ก เป็นต้น ซึ่งเสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 9 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 6 แห่ง

ง. **สนับสนุนสื่อหรือเอกสารความรู้ต่างๆ** กล่าวคือ ควรมอบสิ่งสนับสนุน สื่ออุปกรณ์ต่างๆ สำหรับให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องการช่วยส่งเสริมพัฒนาการ การนวดกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และการให้วัคซีน เป็นต้น โดยสามารถนำไปอ่านที่บ้านได้ เช่น หนังสือ นิทาน โปสเตอร์ ซีดีความรู้เปิดให้ผู้ปกครองดูระหว่างรอรับบริการ หรือจะเป็นเอกสารประเภทจุลสารจดหมายข่าว แผ่นพับ หรือสื่อประชาสัมพันธ์ที่เป็นภาษาชาวบ้าน เพื่อที่ชาวเขาจะได้อ่าน และทำความเข้าใจได้ง่าย โดยกระจายให้ครอบคลุมพื้นที่ระดับ สอ./รพ.สต. เป็นต้น เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 9 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 8 แห่ง

1.3) ข้อเสนอแนะด้านสถานที่

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 3 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรสนับสนุนเรื่องสถานที่เป็นส่วนกว้างขวางเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก และมุมเด็กเล่นด้วย

1.4) ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 6 แห่ง คือ รพช. จำนวน 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ จำนวน 3 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. สนับสนุนให้มีการติดตาม นิเทศงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง กล่าวคือ ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่จากส่วนกลาง สสจ. หรือสถาบันวิชาการ ลงพื้นที่เพื่อติดตาม นิเทศงาน และให้คำปรึกษาแนะนำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น เรื่องการให้วัคซีน และโรคใหม่ๆ ในเด็ก เป็นต้น ซึ่งจะเป็นการกระตุ้น และให้กำลังใจในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ทุกจังหวัด ซึ่งเสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง

“นิเทศติดตาม ปีละครั้ง โดยทีมงานจากส่วนกลางลงมาที่ สอ. หรือประชุมผู้รับผิดชอบ หรือเจ้าหน้าที่ โดยนำปัญหามาเสนอแนะชี้แจง เพื่อพัฒนางาน พูดคุยอย่างต่อเนื่อง คิดว่าน่าจะมากกว่า 1 ครั้ง มาเยี่ยม มีข้อมูลใหม่ๆ มา Share เช่น วัคซีนบางตัวที่เปลี่ยนไป โรคเด็กใหม่ๆ เทคนิคการทำงานใหม่ๆ ที่ทำงานได้สะดวกขึ้น”

ข. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน คือ ควรมีการจัดเวทีพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานในจังหวัดบ่อยๆ เพื่อที่จะได้นำข้อมูลการทำงานมาแลกเปลี่ยน และร่วมพัฒนางานคลินิกได้ร่วมกัน ซึ่งเสนอแนะโดยสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

ค. ควรดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพเฉพาะในสถานบริการระดับโรงพยาบาล เนื่องจากมีความพร้อมเกี่ยวกับด้านบุคลากร การบริหารจัดการ ระบบการให้บริการ การตรวจพัฒนาการ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ และการส่งต่อ เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพช. จำนวน 2 แห่ง

“เป็นห่วง รพ.สต. ซึ่งมีเจ้าหน้าที่น้อย คงไม่สามารถทำได้ครบถ้วน อาจมีเพียงร้อยละ 50 ที่พอทำได้ โรงพยาบาลได้จัดการพูดคุยแลกเปลี่ยนทุก 2 เดือนกับผู้ปฏิบัติงาน รพ.สต. พร้อมทั้งจัดระบบส่งต่อ ตรวจพิเศษ และตรวจร่างกายเด็กอายุ 1 ปี และ 4 ปี”

“โรงพยาบาลโอเค สำหรับ สอ. ค่อนข้างยาก สำหรับเจ้าหน้าที่แค่นี้ คนใช้นาคนั้น ต้องไปตรวจพัฒนาการอีก 1 วัน มีคนบอกให้ไปตรวจพัฒนาการอีกวัน เป็นไปไม่ได้ เค้าต้อง



ท่ามาหากิน ถ้าไม่มีวัคซีน เค้าก็ไม่มา ก็น่าเห็นใจเค้าเหมือนกัน ไม่ต้องปรับเปลี่ยนกันหรือเปล่า”

1.5) ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 11 แห่ง คือ รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 8 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านนโยบายการดำเนินงาน WCC คุณภาพ จำนวน 2 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. การสื่อสารประชาสัมพันธ์กิจกรรมคลินิก WCC คุณภาพให้ประชาชนรับรู้ กล่าวคือ ควรมีการสื่อสารให้ผู้รับบริการรับทราบนโยบายการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ และเห็นความสำคัญของการพาเด็กมารับบริการ เช่น การรณรงค์ผ่านสื่อโทรทัศน์ การจัด Workshop หรืออบรมให้ความรู้กับผู้ปกครองในเรื่องวัคซีนและพัฒนาการเด็ก เป็นต้น ซึ่งเสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง

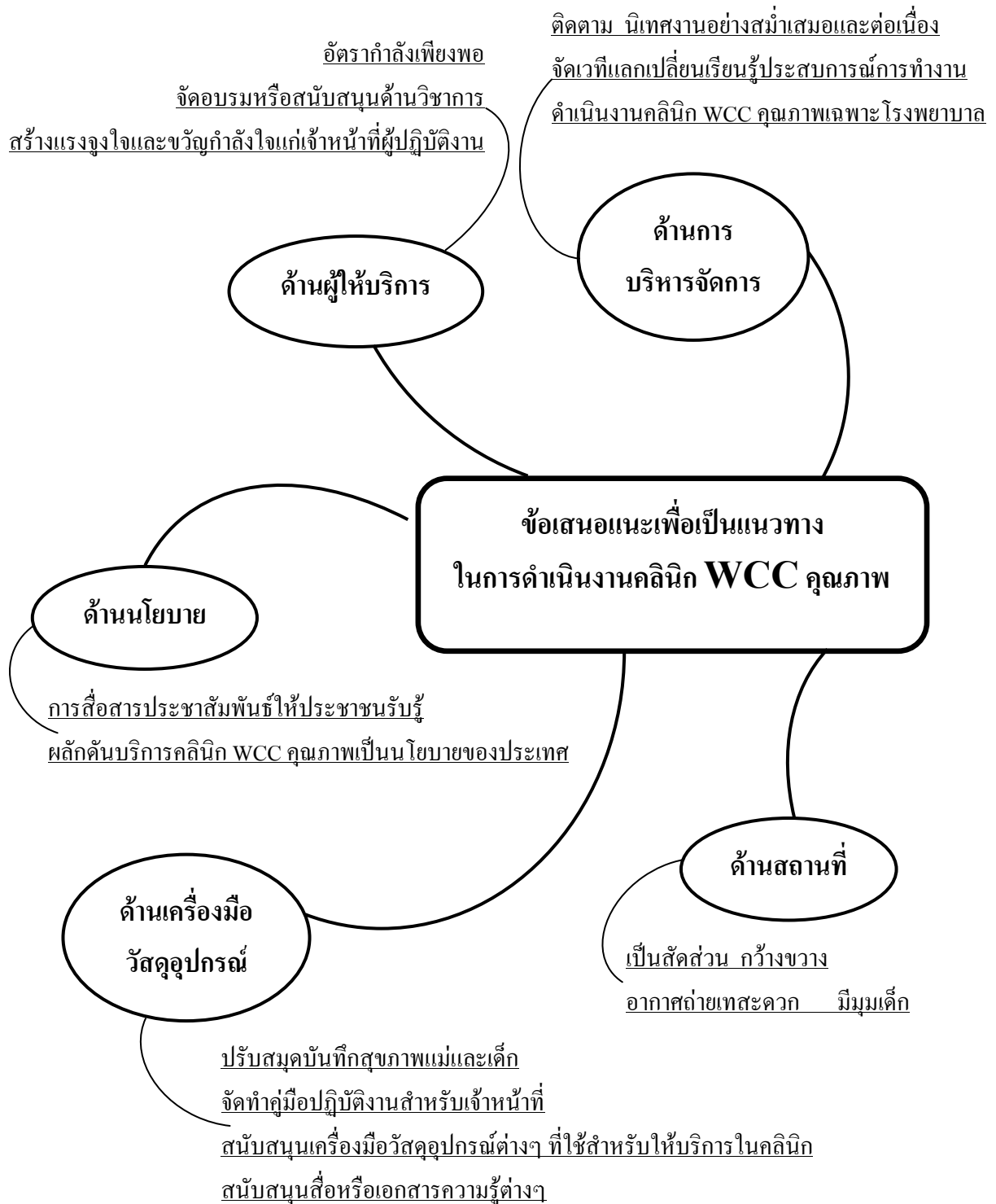
ข. ผลักดันการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพเป็นนโยบายของประเทศ กล่าวคือ ปรับกิจกรรมการให้บริการคลินิก WCC ให้เป็นนโยบายระดับกระทรวงอย่างชัดเจน เพื่อดำเนินงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ เช่น การปรับกิจกรรมการให้บริการ และการเปลี่ยนแปลงการรับวัคซีน เป็นต้น ซึ่งเสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง คือ รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 5 แห่ง

“อยากให้มีการดำเนินโครงการ WCC คุณภาพแบบนี้ทั่วประเทศให้เหมือนๆ กันหมด เวลาโยกย้ายบ้าน หรือย้ายถิ่นไปอยู่ที่อื่น อยู่ที่ไหนในประเทศไทยทุกภูมิภาค เขาก็จะได้รับบริการเช่นเดียวกันบนมาตรฐานเดียวกัน ในทิศทางเดียวกัน”

“ทำเป็นนโยบาย เช่น การเจาะ Hematocrit. ตรวจร่างกาย สปสข. กำหนดมาเลยว่า เด็กอายุ 0-5 ปี จะต้องทำอะไร ชั่งน้ำหนัก 1-2-3-4 จะได้คะแนน ได้ 5 บาท ผู้บริหารจะได้อนุมัติเร็ว ถ้าไม่เป็นนโยบายก็ยาก กว่าจะคุยกันได้ก็นาน”

“ประกาศเป็นนโยบายประเทศ จะได้ทำเหมือนกันหมด เช่น ให้เด็กเจาะเลือดตรวจ Hematocrit. ให้เด็กตรวจจปัสสาวะ”

ภาพที่ 3.8 สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ
(มุมมองหัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพ)





2) ข้อเสนอแนะของผู้บริหารหรือผู้แทน

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ จำนวน 7 ด้านหลัก ได้แก่

2.1) ข้อเสนอแนะด้านผู้ให้บริการ

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 5 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง ให้ข้อเสนอแนะด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จำนวน 3 เรื่องสำคัญ ประกอบด้วย

ก. สนับสนุนบุคลากรเพิ่มเติม เพื่อมาดูแลในส่วนของการประเมินพัฒนาการเด็ก อาจจะเป็นพยาบาลหรือตำแหน่งอื่นๆ ที่ชำนาญด้านนี้ได้ เช่น นักพัฒนาการเด็ก หรือบุคลากรด้านสุขภาพเด็กแรกเกิด-5 ปี เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

ข. จัดสรรบุคลากรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบประจำในคลินิก WCC คุณภาพโดยตรง อย่างถาวร เพื่อที่จะได้ไม่ต้องยืมตัวหรืออาศัยบุคลากรจากฝ่ายอื่นๆ เช่น ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่ฉีดวัคซีน เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพช. จำนวน 1 แห่ง

ค. การอบรมฟื้นฟูความรู้หรือสนับสนุนด้านวิชาการใหม่ๆ แก่เจ้าหน้าที่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการตรวจประเมินพัฒนาการ การดูแลเด็ก การใช้ยาในเด็ก โรคใหม่ๆ ในเด็ก และการเขียนโครงการเพื่อขอทุนสนับสนุน เป็นต้น โดยอาจจะจัดอบรม ปีละ 1-2 ครั้ง เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 3 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง

2.2) ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 9 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 4 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. ปรับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยนำข้อมูลเรื่องการให้วัคซีนไข้มองอักเสบ (JE) ในเด็กอายุ 1 ปีที่จะระบุในสมุดบันทึกสุขภาพฯ ให้ตรงกับหลักการปฏิบัติจริง เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพช. จำนวน 1 แห่ง

ข. จัดทำคู่มือปฏิบัติงานคลินิก WCC คุณภาพ กล่าวคือ จัดทำเอกสารแนวแนะสำหรับการให้บริการในคลินิก WCC คุณภาพที่เป็นมาตรฐานและมีแนวทางเดียวกัน ซึ่งมีความกะทัดรัด สะดวกต่อการนำไปใช้และสามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอบรมบ่อยครั้ง นอกจากนี้แล้ว อาจจัดทำคู่มือโรงเรียนพ่อแม่ที่นำไปใช้ประโยชน์ได้ทันที ซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น อุบัติเหตุตามวัยของเด็ก เป็นต้น เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ จำนวน 4 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

ค. สนับสนุนเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้สำหรับการให้บริการในคลินิก

WCC คุณภาพ เช่น ชุดตรวจพัฒนาการที่เป็นมาตรฐานชัดเจน เช่น กระดิ่งสำหรับใช้ตรวจการได้ยิน ลูกเต๋าสี่ด้านๆ หรือเครื่องมือการตรวจพิเศษสำหรับโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อให้คัดกรองความผิดปกติ เช่น เครื่องตรวจการได้ยิน รวมทั้งของเล่นเสริมพัฒนาการเด็ก เพราะสถานบริการหลายแห่งยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับของเล่นเสริมพัฒนาการเด็ก เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 3 แห่ง คือ รพท./รพช. จำนวน 1 แห่ง รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

ง. สนับสนุนยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็ก ซึ่งเป็นยานอกบัญชี เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 2 แห่ง คือ รพท./รพช. และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

จ. สนับสนุนสื่อหรือเอกสารความรู้ต่างๆ ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 3 แห่ง คือ รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง ได้เสนอแนะให้สนับสนุนสื่อหรือเอกสารความรู้ต่างๆ เช่น ซีดีความรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก หนังสือนิทาน และคู่มือพ่อแม่ เป็นต้น โดยกระจายลงมายังพื้นที่ทำงานโดยตรงแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับความรู้ความเข้าใจระหว่างรอรับบริการ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

“ซีดีความรู้ เรื่องพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย พ่อแม่ต้องทำอะไร เปิดให้ความรู้จะเข้าใจกว่า เพราะเขาไม่ค่อยอ่านหนังสือภาษาไทย อ่านไม่ออก บางครั้งต้องใช้ล่ามแปลภาษา ถ้าใช้เป็นซีดี มีภาพ จะเข้าใจได้บ้าง”

2.3) ข้อเสนอแนะด้านสถานที่

ผู้บริหารสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีสถานที่เป็นสัดส่วน และมีมุมพัฒนาการเด็กด้วย

2.4) ข้อเสนอแนะด้านงบประมาณ

ผู้บริหารสถานบริการระดับโรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง คือ รพท./รพช. จำนวน 1 แห่ง และ รพช. จำนวน 1 แห่ง ได้เสนอแนะให้มีการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อนำมาพัฒนาและจัดสร้างห้องเด็กเล่น

2.5) ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ

ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 2 แห่ง คือ รพท./รพช. จำนวน 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ จำนวน 2 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. ทบทวนระบบแจกจ่ายหนังสือภาพสำหรับเด็กให้ชัดเจน เพราะโรงพยาบาลจังหวัดได้รับไม่ครบถ้วนกับจำนวนเด็ก เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพท./รพช. จำนวน 1 แห่ง



ข. **อยากให้มีโครงการบริการเสริมต่างๆ กระจายลงมาสถานบริการระดับพื้นที่ สอ./รพ.สต.** แทนที่จะกระจุกตัวอยู่สถานบริการระดับแม่ข่ายเท่านั้น เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง

2.6) ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

ผู้บริหารสถานบริการระดับโรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง คือ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง และ รพช. จำนวน 1 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านนโยบายการดำเนินงาน WCC คุณภาพ จำนวน 4 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. **ปรับกิจกรรมการให้บริการคลินิก WCC ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ** เช่น การให้วัคซีนไข้มองอักเสบ (JE) เป็นต้น เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพช. จำนวน 1 แห่ง

ข. **ผลักดันให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวด้วย แต่มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน WCC คุณภาพ** เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง

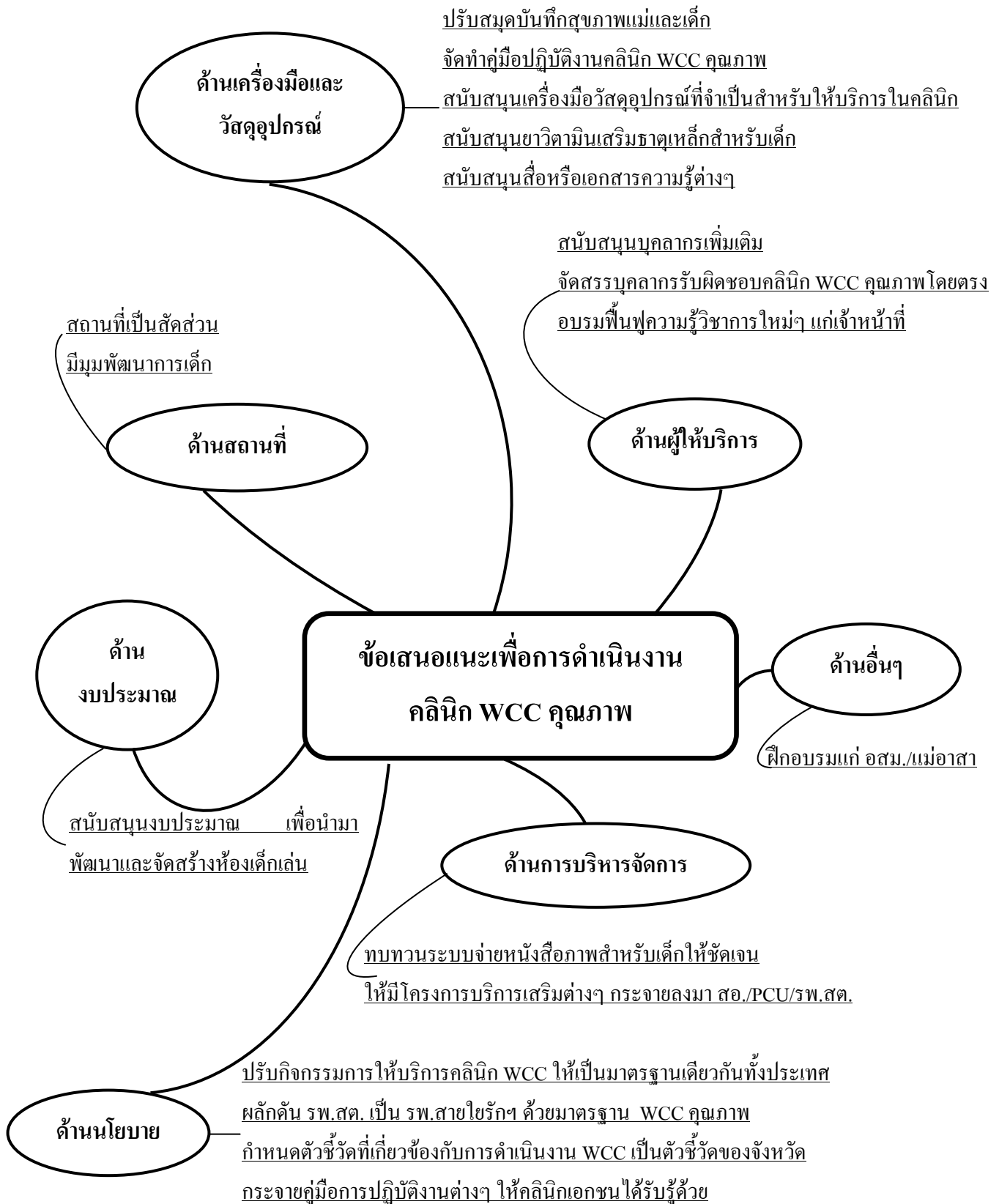
ค. **กำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน WCC ที่สำคัญ เป็นตัวชี้วัดของจังหวัด เพื่อให้มีข้อมูลครบถ้วน** เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง

ง. **กระจายคู่มือการปฏิบัติงานต่างๆ ให้คลินิกเอกชนที่มีกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กได้รับรู้ด้วย** เพื่อการทำงานร่วมกัน และส่งต่อข้อมูลกันได้ เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง

2.7) ข้อเสนอแนะด้านอื่นๆ

ผู้บริหารสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง ได้เสนอแนะให้มี การจัดหลักสูตรฝึกอบรมแก่อาสาสมัครหรือแม่อาสา โดยมอบเกียรติบัตรให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการพัฒนาเด็ก เพื่อชาวบ้านจะได้เชื่อถือและยอมรับมากขึ้น

ภาพที่ 3.9 สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ (มุมมองผู้บริหาร)





3) ข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ สามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านสถานที่ ด้านการบริหารจัดการ และด้านนโยบาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1) ข้อเสนอแนะด้านผู้ให้บริการ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 13 แห่ง คือ รพช. 4 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 9 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านผู้ให้บริการ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. *การจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน* กล่าวคือ ควรมีการจัดฝึกอบรม ฟื้นฟูความรู้ และเพิ่มทักษะการทำงานในเรื่องต่างๆ เช่น การเจาะเลือดตรวจความเข้มข้นของเลือด การตรวจร่างกายเด็กตามขั้นตอน การตรวจฟัน การให้ความรู้เรื่องอาหารตามวัย การให้บริการแบบจิตอาสา การดูแลและเก็บรักษาวัคซีน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละวัยทั้งทางด้านการพัฒนาการ และภาวะโภชนาการ เป็นต้น เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 11 แห่ง คือ รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 8 แห่ง

ข. *การสนับสนุนอัตรากำลังให้เพียงพอ* กล่าวคือ ควรให้การสนับสนุนจำนวนบุคลากรให้เพียงพอและครอบคลุมกับกิจกรรมการให้บริการต่างๆ เช่น ควรมีเจ้าหน้าที่ทันตภิบาลมาประจำทุกสถานบริการ เพื่อที่จะได้ให้บริการครอบคลุมยิ่งขึ้น

ค. *การสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญด้านเด็ก* กล่าวคือ ควรมีผู้เชี่ยวชาญด้านเด็ก คอยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคการทำงานกับเด็ก และลงมาร่วมปฏิบัติงานในพื้นที่จริง เช่น การตรวจพัฒนาการ และการให้วัคซีน เป็นต้น

ง. *การสร้างขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน* กล่าวคือ ควรจัดให้มีรางวัลสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน WCC คุณภาพ เพื่อเป็นกำลังใจในการทำงานที่ดี เช่น การศึกษาดูงานต่างประเทศ เป็นต้น

“สนับสนุนความรู้ในแต่ละงานให้เท่าเทียมกัน เสมอภาค ให้เห็นความสำคัญของทุกงาน เช่น ปีนี้งาน TB ก็จะทำให้ความสำคัญอย่างเดียวย ่อย่างอื่นก็ปล่อยไปก่อน ปีก่อนใช้เลือดออกก็บูมใช้เลือดออกอย่างเดียว”

“สนับสนุนด้านความรู้วิชาการใหม่ๆ บางทีจากกระทรวง จากกรมมาถึงข้ามาก ไม่ได้มีการอบรม แต่ในเว็บไซต์ต้องทำทันที เพราะวันสองวันก็เปลี่ยนแล้ว โรคใหม่ๆ เกี่ยวกับเด็ก โรคที่มักเกิดใหม่ๆ บางทีไม่ทัน การที่จะให้วัคซีน เพราะแต่ละจังหวัดบริบทแตกต่างกัน”

“ควรมีผู้เชี่ยวชาญในเรื่องเด็ก ลงมาร่วมทำงานในพื้นที่จริง คือ ให้คำปรึกษา แนะนำในเรื่องเทคนิคการทำงานกับเด็ก เช่น การตรวจพัฒนาการ และการให้วัคซีน”

“ควรจัดให้มีรางวัลสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ไปศึกษาดูงานต่างประเทศบ้าง เพื่อเป็นกำลังใจก็จะดี”

3.2) ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 7 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. **สนับสนุนสื่อเอกสารความรู้ประเภทต่างๆ** ไม่ว่าจะเป็นหนังสือนิทานที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องนมแม่ เป็นต้น เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 5 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

ข. **จัดทำแบบฟอร์ม Check List การให้บริการตามช่วงอายุของเด็ก** โดยจัดส่งให้ครอบคลุมทุกสถานบริการระดับสถานีอนามัย เสนอแนะโดยสถานบริการ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

ค. **จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน WCC คุณภาพ** โดยมีรายละเอียดการให้บริการที่ลงลึกอย่างชัดเจน เช่น การตรวจหู การตรวจได้ยินควรเป็นระดับใดถึงเสี่ยงหรือไม่เสี่ยง เสนอแนะโดยสถานบริการ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

ง. **ปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพฯ** กล่าวคือ ควรปรับปรุงบันทึกสุขภาพฯ ให้แล้วเสร็จโดยเร็ว เพื่อที่จะได้นำมาปรับใช้กับงานได้ดี เสนอแนะโดยสถานบริการระดับ รพท./รพศ. 1 แห่ง

3.3) ข้อเสนอแนะด้านสถานที่

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านสถานที่ แบ่งออกเป็น 2 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. **ควรมีห้องฉีดวัคซีนแยกออกมาเป็นสัดส่วนโดยเฉพาะ** โดยไม่ปะปนกับห้องทำงานของเจ้าหน้าที่

ข. **ควรมีสวนเด็กเล่น** สำหรับให้เด็กวิ่งเล่นระหว่างรอรับบริการ



3.4) ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 5 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. **จัดระบบการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพรูปแบบใหม่** คือ แบ่งกิจกรรมการให้บริการในคลินิก WCC คุณภาพ ออกเป็น 2 วัน ประกอบด้วย วันฉีดวัคซีนกับวันตรวจพัฒนาการเด็ก

ข. **ควรมีการติดตามและนิเทศงานบ่อยๆ จากผู้บริหารทุกระดับ**

ค. **ควรมีการเชื่อมโยงกับเครือข่ายการทำงานในพื้นที่** เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) โดยกิจกรรมบางกิจกรรมอาจลงไปตามงานที่ ศพด. ได้ เช่น การตรวจฟัน เป็นต้น

ง. **ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในกิจกรรมคลินิก WCC คุณภาพ** กล่าวคือ ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน พ่อแม่ หรือผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมหรือให้ความร่วมมือในการมารับบริการในคลินิก WCC คุณภาพให้มากขึ้น เช่น การลงบันทึกพัฒนาการเด็กโดยสอนให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองทำมาล่วงหน้าก่อน

3.5) ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 8 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 4 แห่ง ได้ให้เสนอแนะด้านนโยบาย จำนวน 2 เรื่อง ประกอบด้วย

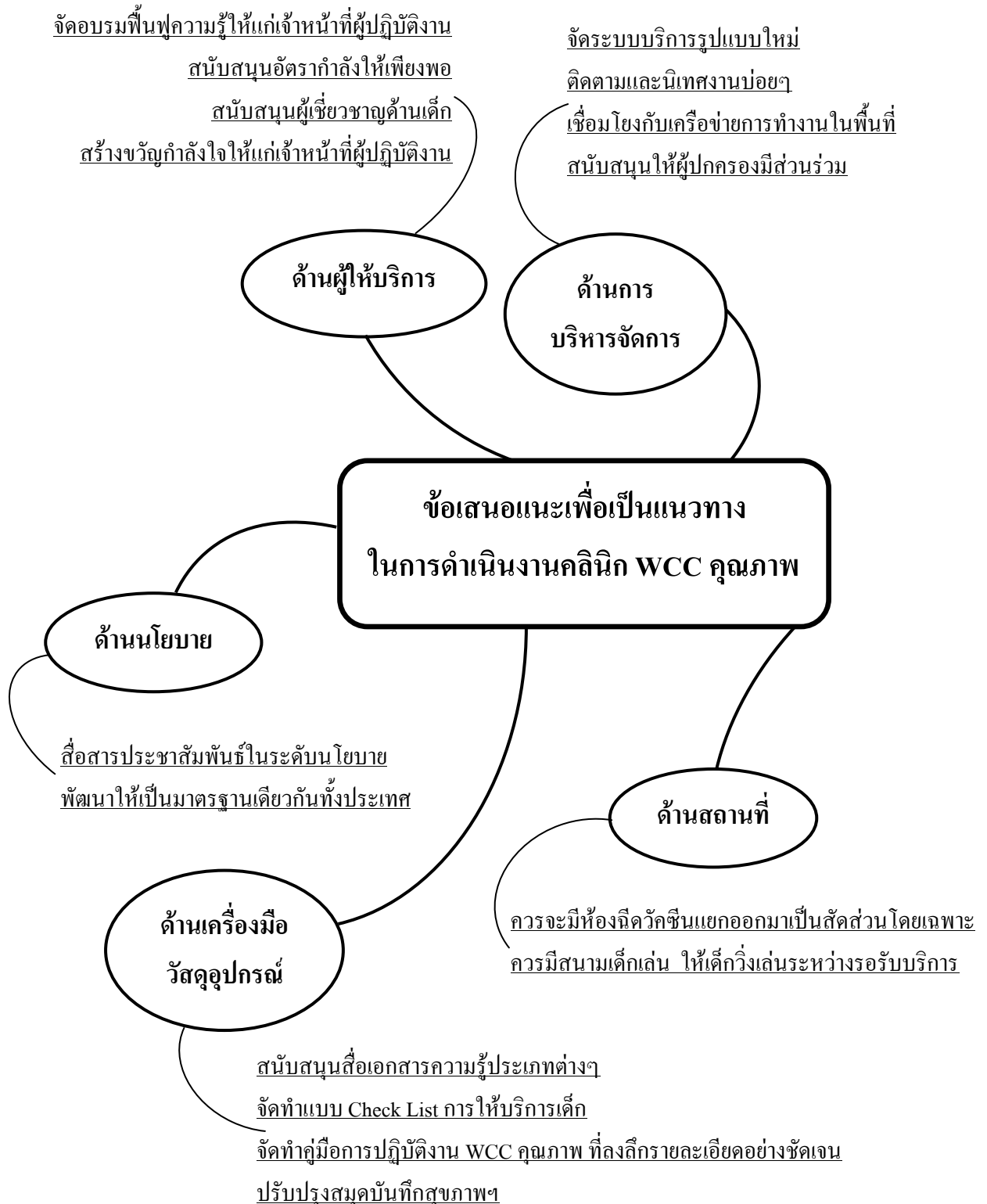
ก. **การสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพในระดับนโยบาย** กล่าวคือ ให้มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ หรือให้ข้อมูลข่าวสารกระตุ้นผ่านสื่อวิทยุ โทรทัศน์ เพื่อให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้ทราบข้อมูลข่าวสาร และรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน WCC คุณภาพ เพื่อที่จะได้รับความร่วมมือจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองง่ายขึ้น และทำให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองสามารถสังเกตพัฒนาการเด็ก รู้จักการกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้ด้วย เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 4 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง

ข. **ควรปรับและพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ** เพื่อจะได้เกิดความเท่าเทียมกันในสิทธิเด็กที่พึงได้รับการมารับบริการในคลินิก WCC คุณภาพ เสนอแนะโดยสถานบริการแต่ละระดับ จำนวน 6 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./PCU/รพ.สต. 3 แห่ง

“ควรปรับมาตรฐานของคลินิก WCC ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ จะได้เกิดความเท่าเทียมกันในสิทธิเด็ก”

“รณรงค์ให้ชุมชนเห็นความสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก กระทรวงทำสื่อให้ชุมชนตระหนักตรงนี้ อาจจะมีสื่ออะไรให้เห็น เช่น การไกวเปล กลุ่มลูกกระตุ้น เป็นการช่วยเสริมพัฒนาการเด็ก เพราะเรื่องอย่างนี้ไม่มีสื่อออกมาเลย มีแต่เรื่องรณรงค์นมแม่ 6 เดือนนั้น เพราะทีวีเป็นสิ่งที่พื้นฐานที่คนเราดูอยู่แล้ว”

ภาพที่ 3.10 สรุปข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ
(มุมมองเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน)





3.2 ข้อมูลของผู้รับบริการ

ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่พาเด็กมารับบริการที่คลินิก WCC คุณภาพ จำนวน 265 คน จำแนกตามประเภทของสถานบริการ ได้แก่ สอ./รพ.สต. จำนวน 186 คน รพช. จำนวน 52 คน และ รพท./รพศ. จำนวน 27 คน (ตารางที่ 3.8) โดยนำเสนอเป็น 6 ประเด็น คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ
- 2) ความครบถ้วนของบริการที่ได้รับ
- 3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- 4) บริการที่คาดหวังจากคลินิก WCC คุณภาพ
- 5) ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ
- 6) การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ตารางที่ 3.8 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการจำแนกตามสถานที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ

สถานที่	จำนวน	ร้อยละ
รพ.สต.	186	70.2
โรงพยาบาลชุมชน	52	19.6
โรงพยาบาลทั่วไป	27	10.2
รวม	265	100.0

3.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

ตารางที่ 3.9 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรก ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้เลี้ยงดูเด็ก (ผู้ที่นำเด็กมารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ ในวันนั้น) และส่วนที่สอง คือ ข้อมูลของตัวเด็กที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ พบว่า อายุของผู้เลี้ยงดูเด็กโดยเฉลี่ย 32.02 ปี อายุสูงสุด 72 ปี และต่ำสุด 16 ปี ร้อยละ 10.9 ของผู้เลี้ยงดูเด็กมีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 98.1 เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่ความสัมพันธ์กับเด็ก คือ แม่ของเด็กเอง (ร้อยละ 75) รองลงมาคือยาย (ร้อยละ 12.8) ร้อยละ 38.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีเพียงร้อยละ 9.1 จบปริญญาตรี อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่ คือ แม่บ้าน รองลงมา คือ เกษตรกร มีเพียงส่วนน้อยที่มีอาชีพมั่นคงคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

เปรียบเทียบกับผลการประเมิน 2 ครั้งที่ผ่านมามีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันนัก กล่าวคือ ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีร้อยละ 8.8 และ 13.2 ใน 3 ครั้งที่ผ่านมา เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่แม่เป็นผู้ดูแลเด็ก รองลงมา คือยาย เช่นกัน สัดส่วนระดับการศึกษาและลักษณะอาชีพไม่แตกต่างจากการประเมินครั้งก่อนๆ

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็ก พบว่า อายุโดยเฉลี่ย 13.96 เดือน สูงสุด 52 เดือน ต่ำสุด 2 เดือน ร้อยละ 32.5 เป็นเด็กอยู่ในช่วงอายุ 0-6 เดือน เด็กที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ ในวันนั้นเป็นเพศชาย ร้อยละ 54 และเพศหญิงร้อยละ 46 เด็กร้อยละ 93.1 มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีเพียงร้อยละ 6.9 ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหอบ โรคภูมิแพ้ และโรคเลือด เช่นเดียวกับการประเมิน 2 ครั้งที่ผ่านมาที่พบเด็กเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 95.8 และ 92.5 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3.9 ร้อยละของผู้เลี้ยงดูเด็กจำแนกตามลักษณะทั่วไป และสถานที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ

ลักษณะทั่วไป	รพ.สต.	โรงพยาบาล ชุมชน	โรงพยาบาล ทั่วไป	ภาพรวม
อายุของผู้เลี้ยงดูเด็ก	186	52	27	265
น้อยกว่า 20 ปี	9.1	13.5	18.5	10.9
20-29 ปี	43.5	36.5	33.3	41.1
30-39 ปี	26.3	23.1	33.3	26.4
40-49 ปี	11.3	17.3	7.4	12.1
50 และมากกว่า	9.7	9.6	7.4	9.4
Mean = 32.02 , SD= 11.199 , Min= 16 Max= 72				
เพศ	186	52	27	265
ชาย	2.7	0	0	1.9
หญิง	97.3	100.0	100.0	98.1
ความสัมพันธ์กับเด็ก	186	52	27	265
แม่	73.7	78.8	77.8	75.0
พ่อ	2.2	1.9	3.7	2.3
ยาย	14.5	9.6	7.4	12.8
ย่า	3.8	3.8	7.4	4.2
ตา	0.5	0	0	0.4
ญาติข้างแม่	4.8	1.9	3.7	4.2
ญาติข้างพ่อ	0.5	3.8	0	1.1



ตารางที่ 3.9 ร้อยละของผู้เลี้ยงดูเด็กจำแนกตามลักษณะทั่วไป และสถานที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	รพ.สต.	โรงพยาบาล ชุมชน	โรงพยาบาล ทั่วไป	ภาพรวม
การศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็ก	186	52	27	265
ไม่ได้เรียน	3.2	1.9	3.7	3.0
ประถมศึกษา	37.1	30.8	25.9	34.7
มัธยมศึกษา	36.0	51.9	33.3	38.9
อาชีวศึกษา	16.1	3.8	7.4	12.8
ปริญญาตรี	6.5	7.7	29.6	9.1
ปริญญาโท	1.1	3.8	0.0	1.5
อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดูเด็ก	186	52	27	265
แม่บ้าน	44.1	28.8	40.7	40.8
รับจ้างทั่วไป	13.4	13.5	14.8	13.6
ค้าขาย	5.4	23.1	11.1	9.4
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5.4	7.7	14.8	6.8
พนักงานบริษัท	4.8	5.8	7.4	5.3
เกษตรกร	26.9	21.2	11.1	24.2
อายุเด็ก	186	52	27	265
0-6 เดือน	32.3	34.6	29.6	32.5
7-12 เดือน	20.4	28.8	25.9	22.6
13-18 เดือน	23.7	21.2	29.6	23.8
19-24 เดือน	7.0	5.8	11.1	7.2
มากกว่า 24 เดือน	16.7	9.6	3.7	14.0
Mean = 13.96 , SD= 11.08 Min= 2 Max=52				
เพศ	186	52	27	265
ชาย	54.3	51.9	55.6	54.0
หญิง	45.7	48.1	44.4	46.0
สุขภาพโดยทั่วไปของเด็ก	186	52	27	265
ปกติ	94.6	90.0	88.9	93.1
มีโรคประจำตัว	5.4	10.0	11.1	6.9

3.2.2 ความครบถ้วนของบริการที่ได้รับ

ตารางที่ 3.10 แสดงรายละเอียดกิจกรรมแต่ละรายการที่เด็กได้รับจากคลินิก WCC คุณภาพ แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การชักประวัติ การประเมินการเจริญเติบโต การประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษตามช่วงอายุ คำแนะนำที่ได้รับ และการได้รับยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก โดยเปรียบเทียบกับผลการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า

การชักประวัติ ประวัติอาการข้างเคียงของวัคซีนที่ได้รับเป็นประวัติที่ถูกซักถามมากที่สุด คือ ร้อยละ 69.6 รองลงมาคือ ปัญหาการกิน นอน ขับถ่าย ของเด็ก พบร้อยละ 60 ส่วนเรื่องที่ถูกซักถามน้อยที่สุดคือ ปัญหาการปรับตัวของครอบครัวต่อสมาชิกใหม่ มีเพียงร้อยละ 28.7 เมื่อวิเคราะห์ในสถานบริการแต่ละระดับ พบว่า รพช. รพท./รพศ. จะชักประวัติต่างๆ ครอบคลุมกว่าสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. เมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินที่ผ่านมาความครบถ้วนของประวัติเกือบทุกเรื่องลดลง ในทุกระดับสถานบริการ

การประเมินการเจริญเติบโต เด็กทั้งหมดในสถานบริการระดับ รพช. รพท./รพศ. ได้รับการชั่งน้ำหนัก มีเด็กบางคนในระดับสอ./รพ.สต. ที่ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก เด็กส่วนใหญ่ของทุกระดับได้รับการวัดความสูง และวัดเส้นรอบศีรษะ เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 84 ที่นอนวัดความยาว ส่วนที่เหลือยังคงใช้วิธียืนวัด มีเด็กร้อยละ 76.2 และ 66.8 เท่านั้น ที่ได้รับการแจ้งผลภาวะโภชนาการและผลเส้นรอบศีรษะตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ในสถานบริการแต่ละระดับพบว่า รพท./รพศ. จะมีการแจ้งผลการประเมินในสัดส่วนที่สูงกว่าระดับอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินที่ผ่านมาการแจ้งผลภาวะโภชนาการของเด็กแก่ผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในทุกระดับสถานบริการ ส่วนการแจ้งผลเส้นรอบศีรษะของเด็กแก่ผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในระดับรพ.สต. ส่วนสถานบริการระดับอื่นการแจ้งผลลดลงจากครั้งที่ 2

การประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ ในที่นี้รวมการสอบถามตามสมุดบันทึกสุขภาพ และทดสอบตามอนามาัย 49 พบว่า โดยรวมมีเด็กร้อยละ 77.4 ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ และร้อยละ 72.8 ที่มีการแจ้งผลต่อผู้ปกครอง กิจกรรมดังกล่าวมีการดำเนินการในสัดส่วนที่สูงขึ้นในระดับ รพช. และรพ.สต. ส่วนระดับ รพท./รพศ. มีสัดส่วนลดลงจาก 2 ครั้งที่ผ่านมา

การตรวจร่างกาย โดยทั่วไปยังคงมีการดำเนินการน้อยในระดับ สอ./รพ.สต. แต่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งที่ 2 ยกเว้นการตรวจฟันที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นโดยลำดับ ส่วนระดับ รพช. มีการตรวจกระหม่อมหน้าครบทุกราย การตรวจอื่นๆยังไม่คงที่ ส่วนรพท./รพศ. มีการตรวจจอ (หัวใจและปอด) และท้องเด็กสม่ำเสมอ รวมทั้งการตรวจกระหม่อมหลัง แขน ขา และผิวหนัง การตรวจอวัยวะเพศเด็กจะทำค่อนข้างน้อยในทุกระดับของสถานบริการ ส่วนการตรวจฟันเป็นกิจกรรมที่ทำมากที่สุด (ร้อยละ 78) ในภาพรวมการตรวจร่างกายเด็กยังไม่เพิ่มขึ้นกว่าที่ผ่านมา

การตรวจพิเศษตามช่วงอายุ ที่ทำมากที่สุด คือ การพบแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม WCC (ร้อยละ 85.7) เพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งก่อน เนื่องจากหลังการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ เป็นเวลา 1 ปี พยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ที่ รพช. และ สอ./รพ.สต. ที่รับผิดชอบ WCC คุณภาพ ส่วนใหญ่ได้ผ่านการอบรม WCC คุณภาพแล้ว รองลงมา คือการตรวจฟันโดยทันตแพทย์/ทันตแพทย์ ร้อยละ 63.8 เพราะเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนมีโครงการคลินิก WCC คุณภาพ ดังนั้น สัดส่วนของการให้บริการใน



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

เรื่องนี้ จึงสูงในสถานบริการทุกระดับ มีส่วนน้อยที่เด็กได้รับการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น ตรวจสายตาด้วย E chart การวัดความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การคัดกรองภาวะอหิวาต์ซึม อย่างไรก็ตาม ตรวจสายตาด้วย E chart การวัดความดันโลหิต การตรวจการได้ยิน (ในที่นี่ระดับ รพ.สต. และ รพช. มีเฉพาะการตรวจตาม การประเมินพัฒนาการ ส่วนระดับรพท./ศ. บางแห่งมีการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากการ ประเมินที่ผ่านมา โดยเฉพาะระดับ สอ./รพ.สต. มีการให้บริการตรวจสายตา ตรวจการได้ยิน และวัดความดัน โลหิตเด็กในสัดส่วนที่สูงขึ้นกว่าการประเมินที่ผ่านมา

ส่วนคำแนะนำที่ได้รับมาก คือ นมแม่ (ร้อยละ 88.2) อาการข้างเคียงของวัคซีน (ร้อยละ 87.5) และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพฯ (ร้อยละ 82.6) เช่นเดียวกันกับการประเมินที่ผ่านมา ทุกระดับมีการ เร่งรัดเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการอ่านหนังสือและเล่านิทานให้เด็กฟัง และเรื่องที่ได้รับน้อยที่สุด ตามช่วงวัยของเด็ก คือ การงดใช้รถหัดเดิน (ร้อยละ 33) ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก (ร้อยละ 32.2) และการ ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ (ร้อยละ 34.4) เมื่อเปรียบเทียบกับการประเมินที่ผ่านมา การให้คำแนะนำ เรื่องนมแม่ อาหารตามวัย การส่งเสริมพัฒนาการ การอ่านหนังสือให้เด็กฟัง มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบของ สื่อที่วีต่อเด็กมีการให้คำแนะนำเพิ่มขึ้นกว่าเดิม (ร้อยละ 41.9) โดยเฉพาะที่ระดับรพ.สต.

การได้รับยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก มีเด็กเพียงร้อยละ 46.6 ที่ได้รับยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ลดลงโดยลำดับ และเป็นรูปแบบเดียวกันในสถานบริการทุกระดับ โดยพบสัดส่วนต่ำในสถาน บริการระดับ สอ./รพ.สต. เพียงร้อยละ 39.9 ของเด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไป

ตารางที่ 3.10 ร้อยละของกิจกรรมการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ ที่เด็กได้รับจำแนกตามประเภทของสถานบริการ

ขั้นตอน	รพ.สต.						โรงพยาบาลชุมชน						โรงพยาบาลทั่วไป						รวม					
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก
	145	58.6	189	48.1	186	53.8	48	75.0	54	59.3	52	69.2	48	75.0	38	92.1	27	63.0	262	60.7	281	56.2	265	57.7
การซักประวัติ																								
อาหารที่ได้ได้รับ 24 ชั่วโมง																								
ปัญหาของเด็กเรื่อง การ กิน นอน	145	60.7	189	53.4	186	53.8	48	79.2	54	66.7	52	73.1	48	79.2	38	81.6	27	77.8	262	66.0	281	59.8	265	60.0
ขับถ่าย ร้อง ดาแฉะ ขี้ตา สะดือ																								
ความกังวลเรื่องพัฒนาการ	145	56.6	189	52.4	186	50.5	48	77.1	54	63.0	52	73.1	48	77.1	38	81.6	27	74.1	262	64.9	281	58.4	265	55.5
และพฤติกรรมเด็ก																								
อาการข้างเคียงของวัคซีนที่ได้รับ	130	70.8	169	60.9	131	65.6	35	77.1	42	76.2	42	73.8	35	77.1	28	87.5	18	88.9	228	74.1	239	67.1	265	69.6
ผู้เลี้ยงดูหลักปัจจุบัน	145	62.8	189	58.2	186	47.8	48	68.8	54	70.4	52	65.4	48	68.8	38	76.3	27	63.0	262	67.2	281	63.0	265	52.8
การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	145	60.7	189	55.6	186	48.9	48	70.8	54	57.4	52	59.6	48	70.8	38	68.4	27	77.8	262	64.5	281	57.7	265	54.0
ปัญหาการปรับตัวของพ่อแม่	145	48.3	189	41.3	186	31.7	48	58.3	54	48.1	52	34.6	48	58.3	38	52.6	27	37.0	262	55.3	281	44.1	265	32.8
ปัญหาการปรับตัวของครอบครัวต่อสมาชิกใหม่	145	41.4	189	36.0	186	25.8	48	65.2	54	35.2	52	32.7	48	65.2	38	44.7	27	40.7	262	50.8	281	37.0	265	28.7
ประเมินการเจริญเติบโต																								
ซึ่งน้ำหนัก	145	100	189	98.9	186	98.9	69	100	54	100.0	52	100	48	100	38	100.0	27	100	262	100	281	99.3	265	99.2
น้ำหนักความยาว	110	80.9	158	83.5	144	81.9	50	89.8	45	88.9	46	84.8	43	95.5	34	88.2	23	95.7	203	86.2	237	85.2	213	84.0
ยืนวัดความสูง	35	97.1	31	91.2	42	93.3	19	94.7	10	100.0	6	85.7	5	80.0	4	100.0	4	75.0	59	94.9	44	93.8	52	91.1



ตารางที่ 3.10 ร้อยละของกิจกรรมการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ ที่เด็กได้รับคำแนะนำตามประเภทของสถานบริการ (ต่อ)

ขั้นตอน	รพ.สต.						โรงพยาบาลชุมชน						โรงพยาบาลทั่วไป						รวม					
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก	ทำ	ก
แจ้งผลภาวะโภชนาการ	145	69.0	188	59.0	186	71.5	68	79.4	54	61.1	52	82.7	48	81.3	37	91.9	27	96.3	261	73.9	279	63.8	265	76.2
วัดเส้นรอบศีรษะ	145	89.7	188	94.7	186	93.5	69	78.3	54	94.4	52	100	48	93.8	38	97.4	27	100	262	87.4	280	95.0	265	95.5
แจ้งผลเส้นรอบศีรษะ	144	60.4	188	59.0	186	66.1	69	73.9	54	70.4	52	63.5	48	66.7	38	84.2	27	77.8	261	65.1	280	64.6	265	66.8
ประเมินพัฒนาการตามอายุเด็ก																								
สอบถามว่าทำอะไร โดยดูจากคู่มืออายุ 49	144	56.3	188	62.2	186	71.5	68	79.4	54	81.5	52	96.2	48	95.8	38	89.5	27	81.5	260	69.6	280	69.6	265	77.4
แจ้งผลพัฒนาการของเด็ก	143	55.2	188	58.0	186	67.2	69	78.3	54	79.6	52	90.4	48	93.8	38	92.1	27	77.8	260	68.5	280	66.8	265	72.8
การตรวจร่างกาย																								
ตรวจกระดูกอ่อน หน้า	96	50.0	147	38.8	136	47.8	41	46.3	44	63.6	44	100	40	72.5	32	75.0	20	75.0	177	54.2	223	48.9	200	53.0
ตรวจกระดูกอ่อน หลัง	53	49.1	72	43.1	72	48.6	27	48.1	27	51.9	20	55.0	29	79.3	14	85.7	9	77.8	109	56.9	113	50.4	101	52.5
ตา	145	33.1	188	25.5	186	33.9	68	55.9	54	29.6	52	46.2	48	68.8	38	63.2	27	48.1	261	45.6	280	21.4	265	37.7
หู	145	26.9	189	22.2	186	31.2	69	50.7	54	25.9	52	36.5	48	52.1	38	55.3	27	48.1	262	37.8	281	27.4	265	34.0
ช่องปาก	145	43.4	188	38.3	186	52.2	67	68.7	54	66.7	52	73.1	47	63.8	38	84.2	27	63.0	259	53.7	280	50.0	265	57.4
ฟัน	98	61.2	108	62.0	103	73.8	42	81.0	35	94.3	31	90.3	24	75.0	27	96.3	14	85.7	164	68.3	170	74.1	148	78.4
อก	145	29.7	189	27.5	186	32.8	69	40.6	53	52.8	52	36.5	48	77.1	38	73.7	27	77.8	262	41.2	281	38.6	265	38.1
ท้อง	145	30.3	189	28.6	186	29.6	69	33.3	54	50.0	52	30.8	48	66.7	38	71.1	27	74.1	262	37.8	281	38.4	265	34.3
อวัยวะเพศ	40	10.0	68	17.6	71	23.9	18	16.7	19	26.3	21	0	25	24.0	7	28.6	10	40.0	83	15.7	94	20.2	102	20.6
แขนขา	145	36.6	189	28.6	186	33.3	69	60.9	54	40.7	52	28.8	48	66.7	38	57.9	27	63.0	262	48.5	281	34.9	265	35.5
ผิวหนัง	144	36.8	189	28.6	186	33.3	69	58.0	54	38.9	52	30.8	48	66.7	38	50.0	27	59.3	261	47.9	281	33.5	265	35.5

ตารางที่ 3.10 ร้อยละของกิจกรรมการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ ที่ได้ได้รับจำแนกตามประเภทของสถานบริการ (ต่อ)

ขั้นตอน	รพ.สต.						โรงพยาบาลชุมชน						โรงพยาบาลทั่วไป						รวม					
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	ทำ	น	ทำ	น	ทำ	น	ทำ	น	ทำ	น	ทำ	น	ทำ	น	ทำ	น	ทำ	น	ทำ	น	ทำ	น	ทำ	น
การตรวจพิเศษตามช่วงอายุ																								
สายตา	26	19.2	34	29.4	38	36.8	10	20.0	12	33.3	12	25.0	4	25.0	6	33.3	3	33.3	40	20.0	52	30.8	53	34.0
การได้ยิน	94	31.9	168	39.9	155	46.5	45	42.2	51	41.2	46	41.3	43	58.1	32	71.9	21	52.4	182	40.7	251	44.2	222	45.9
การวัดความดันโลหิต	12	25.0	11	18.2	16	31.3	4	25.0	3	0	3	0	4	0	1	100.0	2	100	20	20.0	15	20.0	21	33.3
การตรวจปัสสาวะ	12	0	11	18.2	14	7.1	4	0	3	0	2	0	3	0	1	100.0	1	100	19	-	15	20.0	17	5.9
คัดกรองภาวะอหิวา	25	16.0	28	28.6	26	19.2	12	33.3	9	11.1	3	33.3	5	0	6	16.7	2	100	42	19.0	43	23.3	31	19.4
ตรวจฟัน โดยทันตภิบาล/ ทันตแพทย์/ทันตนิย	38	42.1	38	57.9	32	50.0	19	89.5	24	83.3	17	82.4	17	82.4	15	100.0	9	77.8	74	63.5	77	74.0	58	63.8
พบแพทย์/พยาบาลเวช ปฏิบัติที่ผ่านการอบรม WCC	38	60.5	45	66.7	48	79.2	21	95.2	27	85.2	12	100	20	90.0	17	94.1	10	100	79	77.2	89	77.5	70	85.7
คำแนะนำที่ได้รับ																								
การใช้สมุดบันทึกสุขภาพฯ	144	76.4	189	75.1	186	79.6	69	85.5	54	90.7	52	88.5	48	97.9	38	94.7	27	92.6	261	82.8	281	80.8	265	82.6
นมแม่	51	70.6	88	84.1	100	86.0	33	75.8	25	84.0	27	88.9	27	96.3	13	92.3	17	100	111	78.4	126	84.9	144	88.2
อาหารตามวัย และการ ส่งเสริมโภชนาการ	128	71.1	170	67.6	156	78.2	60	76.7	43	74.4	46	82.6	33	93.9	34	91.2	23	91.3	221	76.0	247	72.1	225	80.4
การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย	144	72.2	189	68.3	186	79.6	69	85.5	54	83.3	52	80.8	48	91.7	38	92.1	27	88.9	261	79.3	281	74.4	265	80.8
อุบัติเหตุและการป้องกัน	144	53.5	189	47.6	186	48.9	69	65.2	53	49.1	52	61.5	48	72.9	38	65.8	27	55.6	261	60.2	280	50.4	265	52.1
การงัดไธรดัดเดิน	51	23.5	80	28.8	69	29.0	17	17.6	24	54.2	19	36.8	18	66.7	23	34.8	12	50.0	86	31.4	127	34.6	100	33.0
การเล่นและการเล่านิทาน	139	54.7	170	64.7	148	71.6	62	67.7	45	73.3	40	85.0	38	65.8	34	82.4	19	84.2	239	59.8	249	68.7	207	75.4
การดูแลช่องปากและฟัน	125	68.8	145	67.6	62	72.6	56	83.9	38	81.6	36	83.3	31	83.9	31	96.8	17	64.7	212	75.0	214	74.3	177	74.0
สื่อ ทวี และผลกระทบต่อบุคคล	144	29.9	189	33.3	186	44.1	69	40.6	54	44.4	52	44.2	48	45.8	38	34.2	27	22.2	261	35.6	281	35.6	265	41.9
โรคที่พบบ่อย	143	40.6	188	43.1	186	33.3	69	52.2	54	40.7	52	53.8	48	60.4	38	52.6	27	51.9	260	47.3	280	43.9	265	39.2
ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย แต่ละวันและการแก้ไข	143	42.7	186	40.3	186	29.6	67	56.7	54	46.3	52	38.5	47	63.8	38	42.1	27	40.7	257	50.2	278	41.7	265	32.2
การส่งเสริมความฉลาดทาง อารมณ์	28	32.1	18	61.1	48	33.3	6	50.0	4	50.0	10	40.0	3	66.7	1	0	3	33.3	37	37.8	23	56.5	61	34.4
อาการข้างเคียงของวัคซีน	-	-	182	76.9	186	84.9	-	-	48	83.3	52	90.4	-	-	36	94.4	27	100	-	-	266	80.5	265	87.5
ยาวิสามัญเสริมธาตุเหล็ก	138	79.7	139	38.8	143	39.9	64	90.6	38	71.1	41	68.3	48	91.7	30	66.7	20	50.0	250	84.8	207	48.8	204	46.6



ตารางที่ 3.11 แสดงความครบถ้วนของบริการที่พึงได้รับในแต่ละด้านรวม 7 ด้าน และภาพรวมแยกตามระดับสถานบริการ การสรุปรวมความครบถ้วนของบริการที่ได้รับ หมายถึง เด็กได้รับทุกรายการของแต่ละด้านที่ระบุไว้ในมาตรฐานในแต่ละช่วงอายุเด็กที่มาใช้บริการคลินิก WCC คุณภาพ หากไม่ได้รับรายการใดรายการหนึ่งถือว่าได้รับบริการไม่ครบถ้วน

พบว่า เด็กร้อยละ 10.9 ไม่ได้ถูกซักประวัติที่เกี่ยวข้อง ลดลงกว่าการประเมินครั้งที่ 2 โดยพบสัดส่วนที่สูงในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. มีเด็กเพียงร้อยละ 17.7 ที่ได้รับการซักประวัติครบถ้วนตามช่วงวัย ซึ่งลดลงกว่าการประเมินที่ผ่านมา เด็กทุกคนได้รับการประเมินการเจริญเติบโต แต่มีเพียงร้อยละ 55.8 ที่ได้รับครบถ้วน กล่าวคือ มีการชั่ง วัด และแจ้งผลครบถ้วนต่อผู้เลี้ยงดู โดยพบสัดส่วนต่ำสุดที่ สอ./รพ.สต. ส่วนการประเมินพัฒนาการ พบว่า ร้อยละ 72.8 ของเด็กที่ได้รับการนี้ครบถ้วน กล่าวคือ มีการประเมินและแจ้งผลโดย สอ./รพ.สต. และ รพช. มีการดำเนินงานในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น แต่สัดส่วนลดลงในระดับ รพท./รพศ. บางแห่งมีการประเมินแต่ไม่ได้แจ้งให้ผู้เลี้ยงดูทราบ และบางแห่งไม่มีการประเมิน เด็กเกือบทุกคนได้รับการตรวจร่างกาย แต่ไม่ครบถ้วนทุกส่วนตามที่กำหนดไว้ มีเพียงร้อยละ 12.8 ของเด็กที่ได้รับการตรวจร่างกายครบถ้วน คล้ายกับการประเมินที่ผ่านมา เด็กร้อยละ 43.4 ได้รับการตรวจพิเศษครบถ้วนตามช่วงวัย ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักจากการประเมินที่ผ่านมา และการประเมินครั้งที่ 3 นี้มีครอบครัว ร้อยละ 9.1 เท่านั้นที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กครบถ้วนตามวัย ซึ่งลดลงจากการประเมินครั้งที่ 2 โดยเฉพาะระดับสอ./รพ.สต. เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมทุกรายการ พบว่า เด็กเพียงร้อยละ 1.1 ได้รับการบริการครบถ้วน โดยเฉพาะที่ระดับ รพช. แต่การเปลี่ยนแปลงจากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบความครบถ้วนของบริการระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ด้วยสถิติ พบว่า ความครบถ้วนของบริการแต่ละด้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การประเมินการเจริญเติบโต และคำแนะนำที่พึงได้รับตามช่วงวัยของเด็ก โดยความครบถ้วนของการประเมินภาวะโภชนาการมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความครบถ้วนของการให้คำแนะนำมีสัดส่วนลดลง ส่วนกิจกรรมบริการอื่น และความครบถ้วน โดยรวมไม่มีความแตกต่างกันจากการประเมินผลทั้ง 3 ครั้ง

ตารางที่ 3.11 เปรียบเทียบความครอบคลุมของการบริการที่ได้รับจากคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามสถานบริการ

บริการที่ได้รับ	รพ.สต.			โรงพยาบาลชุมชน			โรงพยาบาลทั่วไป			รวม		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
การซักประวัติ	145	189	186	69	54	52	48	38	27	262	281	265
ได้รับครบถ้วน	24.1	23.8	15.6	29.0	20.4	23.1	33.3	28.9	22.2	27.1	23.8	17.7
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	61.4	58.7	70.4	65.2	72.2	71.2	62.5	71.1	77.8	62.6	63.0	71.3
ไม่ได้รับ	14.5	17.5	14.0	5.8	7.4	5.8	4.2	0	0	10.3	13.2	10.9
P-value of χ^2 test	0.1365			0.8459			0.3950			0.0801		
ประเมินการเจริญเติบโต	144	184	186	68	53	52	48	37	27	260	247	265
ได้รับครบถ้วน	43.8	39.7	53.2	57.4	41.5	55.8	62.5	70.3	74.1	50.8	44.2	55.8
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	56.3	60.3	46.8	42.6	58.5	44.2	37.5	29.7	25.9	49.2	55.8	44.2
ไม่ได้รับ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P-value of χ^2 test	0.0287*			0.1794			0.5446			0.0317*		
ประเมินพัฒนาการตามอายุเด็ก	144	188	186	68	54	52	48	38	27	260	280	265
ได้รับครบถ้วน	53.5	58.0	67.2	76.5	75.9	90.4	93.8	89.5	77.8	66.9	65.7	72.8
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	4.9	4.3	4.3	5.9	9.3	5.8	2.1	2.6	3.7	4.6	5.0	4.5
ไม่ได้รับ	41.7	37.8	28.5	17.6	14.8	3.8	4.2	7.9	18.5	28.5	29.3	22.6
P-value of χ^2 test	0.1242			0.1779			0.3171			0.4211		

*P-value < 0.05



ตารางที่ 3.11 เปรียบเทียบความครอบคลุมของบริการที่ได้รับจากคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามสถานบริการ (ต่อ)

บริการที่ได้รับ	รพ.สต.			โรงพยาบาลชุมชน			โรงพยาบาลทั่วไป			รวม		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
ตรวจร่างกาย	144	186	186	67	53	52	47	38	27	258	277	265
ได้รับครบถ้วน	12.5	10.2	12.4	13.4	15.1	15.4	12.8	26.3	11.1	12.8	13.4	12.8
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	86.8	89.2	87.1	86.6	84.9	84.6	87.2	73.7	88.9	86.8	86.3	86.8
ไม่ได้รับ	0.7	0.5	0.5	0	0	0	0	0	0	0.4	0.4	0.4
P-value of χ^2 test	0.9568			0.9444			0.1663			0.9996		
การตรวจพิเศษตามช่วงอายุ	145	188	186	69	54	52	46	38	27	260	280	265
ได้รับครบถ้วน	44.8	38.8	44.6	46.4	37.0	32.7	56.5	63.2	55.6	47.3	41.8	43.4
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	53.8	61.2	55.4	53.6	63.0	67.3	43.5	36.8	44.4	51.9	58.2	56.6
ไม่ได้รับ	1.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0.8	0	0
P-value of χ^2 test	0.1288			0.2832			0.7729			0.1741		
คำแนะนำที่ได้รับ	133	176	186	62	47	52	42	36	27	237	259	265
ได้รับครบถ้วน	3.8	12.5	7.5	8.1	12.8	13.5	11.9	11.1	11.1	6.3	12.4	9.1
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	95.5	87.5	92.5	91.9	87.2	86.5	88.1	89.9	88.9	93.2	87.6	90.9
ไม่ได้รับ	0.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0.4	0	0
P-value of χ^2 test	0.0203*			0.6079			0.9921			0.0655		
ภาพรวม	130	152	186	60	47	52	40	35	27	230	234	265
ได้รับครบถ้วน	1.5	1.2	0.5	0	4.3	3.8	2.5	2.9	0	1.3	2.0	1.1
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	98.5	100.0	99.5	100	95.7	96.2	97.5	97.1	100	98.7	98.0	98.9
ไม่ได้รับ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P-value of χ^2 test	0.6522			0.2851			0.6854			0.6846		

*P-value < 0.05 **P-value < 0.01

3.2.3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ตารางที่ 3.12 แสดงความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคลินิก WCC คุณภาพ รวมทั้งระดับพบว่า เรื่องที่มีความพึงพอใจมาก คือ ค่าบริการ (ร้อยละ 88.3) เนื่องจากผู้รับบริการ ไม่ต้องจ่ายค่าบริการแต่อย่างใด รองลงมา คือ การให้บริการฉีดวัคซีน (ร้อยละ 77) และความสามารถของแพทย์และพยาบาล (ร้อยละ 69.1) เมื่อแยกสถานบริการแต่ละระดับ เรื่องที่ผู้รับบริการระดับ สอ./รพ.สต. มีความพึงพอใจมากตามลำดับ คือ ค่าบริการ (ร้อยละ 87.1) การให้บริการฉีดวัคซีน (ร้อยละ 75.3) สถานที่ตรวจเด็ก (ร้อยละ 70.4) ระดับ รพช. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากตามลำดับ คือ ค่าบริการ (ร้อยละ 94.2) การให้บริการฉีดวัคซีน (ร้อยละ 78.8) ความสามารถของแพทย์และพยาบาล (ร้อยละ 71.2) ส่วนระดับ รพท./รพศ. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากตามลำดับ คือ ค่าบริการ (ร้อยละ 85.2) การให้บริการฉีดวัคซีน (ร้อยละ 85.2) การประเมินพัฒนาการเด็ก (ร้อยละ 77.8) และความสามารถของแพทย์และพยาบาล (ร้อยละ 77.8) มีข้อสังเกตว่าเรื่อง สถานที่และเวลาที่รอตรวจเป็นปัญหาสำคัญของสถานบริการระดับ รพท./รพศ.

ตารางที่ 3.13 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจโดยรวมจากการประเมินผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า ผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่ รพ.สต. และ รพท./รพศ. มีความพึงพอใจมากในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นโดยลำดับ ส่วนผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่ รพช. มีความพึงพอใจมากในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากครั้งที่ 2 และใกล้เคียงกับครั้งแรก แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในทุกๆระดับและรวมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 3.12 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามสถานบริการ

ประเด็น	รพ.สต.				โรงพยาบาลชุมชน				โรงพยาบาลทั่วไป				รวม			
	น	มาก	ปานกลาง	น้อย	น	มาก	ปานกลาง	น้อย	น	มาก	ปานกลาง	น้อย	น	มาก	ปานกลาง	น้อย
ระบบการยื่นบัตรตรวจคลินิกเด็กดี	186	58.6	40.3	1.1	52	50.0	48.1	1.9	27	44.4	51.9	3.7	265	55.5	43.0	1.5
การให้ความรู้รายการกลุ่ม	65	56.9	27.7	15.4	32	68.8	25.0	6.3	22	59.1	22.7	18.2	119	60.5	26.1	13.4
การให้คำปรึกษาเฉพาะเรื่องที่ต้องการ	186	58.1	35.5	6.5	52	55.8	42.3	1.9	27	51.9	33.3	14.8	265	57.0	36.6	6.4
การประเมินภาวะโภชนาการเด็ก	186	52.7	40.9	6.5	52	63.5	34.6	1.9	27	44.4	44.4	11.1	265	54.0	40.0	6.0
การประเมินพัฒนาการเด็ก	186	48.9	40.9	10.2	52	64.4	34.6	-	27	77.8	14.8	7.4	265	55.1	37.0	7.9
การตรวจร่างกาย	186	52.7	36.0	11.3	52	55.8	36.5	7.7	27	70.4	18.5	11.1	265	55.1	34.3	10.6
คำแนะนำที่ได้รับ	186	53.2	40.3	6.5	52	65.4	34.6	-	27	70.4	25.9	3.7	265	57.4	37.7	4.9
ความสามารถของแพทย์/พยาบาล/ผู้ตรวจ	186	67.2	32.3	.8	52	71.2	28.8	-	27	77.8	18.5	3.7	265	69.1	30.2	.8
สื่ออุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการให้ความรู้	186	41.9	41.4	16.7	52	53.8	38.5	7.7	27	51.9	33.3	14.8	265	44.5	40.0	14.7
วัสดุอุปกรณ์การตรวจ	186	53.2	39.8	7.0	52	55.8	42.3	1.9	27	66.7	25.9	7.4	265	55.1	38.9	6.0

ตารางที่ 3.12 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามสถานบริการ (ต่อ)

ประเด็น	รพ.สต.				โรงพยาบาลชุมชน				โรงพยาบาลทั่วไป				รวม			
	น	มาก	ปานกลาง	น้อย	น	มาก	ปานกลาง	น้อย	น	มาก	ปานกลาง	น้อย	น	มาก	ปานกลาง	น้อย
ค่าบริการที่ต้องจ่าย	186	87.1	12.9	-	52	94.2	5.8	-	27	85.2	11.1	3.7	265	88.3	11.3	.4
เวลาที่เจ้าหน้าที่ สอบถามพูดคุย หรืออธิบาย	186	69.9	29.0	1.1	52	67.3	30.8	1.9	27	59.3	40.7	-	265	68.3	30.6	1.1
สถานที่ตรวจ	186	70.4	28.0	1.6	52	67.3	28.8	3.8	27	55.6	37.0	7.4	265	68.3	29.1	2.6
เวลาที่รอตรวจ	186	51.6	45.2	3.2	52	46.2	44.2	9.6	27	25.9	63.0	11.1	265	47.9	46.8	5.3
การฉีควัคซีน	186	75.3	23.1	1.6	52	78.8	21.2	-	27	85.2	14.8	-	265	77.0	21.9	1.1
ความพึงพอใจโดยรวม	186	59.1	39.8	1.1	52	59.6	40.4	-	27	74.1	22.2	3.7	265	60.8	38.1	1.1
ต่อบริการ WCC ที่ ได้รับ																

หมายเหตุ 1. ผู้รับบริการที่ไม่ได้รับความรู้รายกลุ่ม จาก รพ. สต มีจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 65.1 จากทั้งหมด 186 คน
 2. ผู้รับบริการที่ไม่ได้รับความรู้รายกลุ่ม จาก รพช. มีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 จากทั้งหมด 52 คน
 3. ผู้รับบริการที่ไม่ได้รับความรู้รายกลุ่ม จาก รพท./ศ. มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 จากทั้งหมด 27 คน
 4. รวมผู้รับบริการที่ไม่ได้รับความรู้รายกลุ่ม จาก รพ.สต. รพช. และ รพท./รพศ. มีจำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 55.1 จากทั้งหมด 265 คน



ตารางที่ 3.13 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจต่อคลินิก WCC คุณภาพ โดยรวมจากการประเมินผล ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

ระดับความพึงพอใจ	รพ.สต.			โรงพยาบาลชุมชน			โรงพยาบาลทั่วไป			รวม		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
จำนวน	145	188	186	68	52	52	48	37	27	261	277	265
พอใจมาก	50.3	53.7	59.1	58.8	42.3	59.6	45.8	67.6	74.1	51.7	53.4	60.8
พอใจปานกลาง	46.9	45.2	39.8	39.7	55.8	40.4	52.1	32.4	22.2	46.0	45.5	38.1
พอใจน้อย	2.8	1.1	1.1	1.5	1.9	0	2.1	0.0	3.7	2.3	1.1	1.1
P-value of χ^2 test	0.3788			0.3037			0.0705			0.0829		

3.2.4 บริการที่ต้องการเมื่อนำเด็กมาคลินิก WCC

การประเมินครั้งที่ 3 ได้สอบถามผู้เลี้ยงดูเกี่ยวกับบริการที่ต้องการเมื่อนำเด็กมาคลินิก WCC พบว่า ร้อยละ 78.9 ของผู้เลี้ยงดูต้องการนำเด็กมารับวัคซีน ซึ่งเป็นลำดับแรกของทุกสถานบริการทุกระดับ ร้อยละ 23.0 ที่ต้องการให้ประเมินพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 18.9 ต้องการให้ตรวจร่างกายเด็ก มีเพียงร้อยละ 6.0 ต้องการให้ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก เมื่อเปรียบเทียบหน่วยบริการแต่ละระดับ พบว่า ระดับ รพ.สต. มีความต้องการให้ประเมินพัฒนาการเด็กเป็นลำดับที่สอง และการตรวจร่างกายเป็นลำดับที่สาม ส่วนระดับ รพช. มีความต้องการให้ตรวจร่างกายเป็นลำดับที่สอง และประเมินพัฒนาการเด็กเป็นลำดับที่สาม ระดับ รพท./รพศ.ต้องการการตรวจร่างกายเป็นลำดับที่สอง และคำแนะนำต่างๆ เป็นลำดับที่สาม (ตารางที่ 3.14)

ตารางที่ 3.14 ร้อยละของสิ่งที่ต้องการพาเด็กมาตรวจในคลินิกสุขภาพเด็กดี จำแนกตามสถานบริการ

สิ่งที่ต้องการพาเด็กมาตรวจที่ คลินิก WCC ในวันนี้	รพสต. (n = 186)		รพ.ชุมชน (n = 52)		รพ.ทั่วไป (n = 27)		รวม (n = 265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ซักประวัติ	4	2.2	1	1.9	1	3.7	6	2.3
ประเมินการเจริญเติบโต	14	7.5	-	-	2	7.4	16	6.0
ประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุ	46	24.7	12	23.1	3	11.1	61	23.0
ตรวจร่างกาย	31	16.7	13	25.0	6	22.2	50	18.9
การตรวจพิเศษตามช่วงอายุ	4	2.2	5	9.6	-	-	9	3.4
คำแนะนำ	7	3.8	4	7.7	4	14.8	15	5.7
ฉีดวัคซีน	148	79.6	44	84.6	17	63.0	209	78.9

หมายเหตุ ตอบได้หลายข้อ



3.2.5 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานคลินิก WCC

ตารางที่ 3.15 แสดงข้อเสนอแนะของผู้รับบริการต่อการดำเนินงาน คลินิก WCC คุณภาพ เรื่องที่เสนอมากที่สุด คือ สถานที่ให้บริการ (จำนวน 52 คน) และผู้ให้บริการ (จำนวน 50 คน) ข้อเสนอดังกล่าวคล้ายกับการประเมินผลที่ผ่านมา คือ เป็น 3 เรื่องหลักดังกล่าว เพียงแต่ลำดับต่างกัน (ตารางที่ 3.16)

ตารางที่ 3.15 ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบบริการคลินิก WCC คุณภาพ (n=265)

ที่	ประเด็น	จังหวัด					ผู้เสนอแนะ จำนวน ร้อยละ	
		นครศรีธรรมราช	กาฬสินธุ์	มหาสารคาม	ลพบุรี	เชียงราย		
1.	ระบบการให้บริการ (รวม 40 คน) - ให้บริการที่รวดเร็วขึ้น - จัดลำดับ ขั้นตอนการให้บริการให้ดีขึ้น - ให้บริการที่ดี และมีมาตรฐานเดียวกัน	3 4 4	5 2 1	0 3 2	3 2 1	4 5 1	15 16 9	5.66 6.04 3.40
2.	ผู้ให้บริการ (รวม 50 คน) - เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่/แพทย์ให้มากกว่านี้ - กระตือรือร้น ดูแลเอาใจใส่ และให้บริการ ตรวจร่างกายเด็กให้ละเอียดมากขึ้น - พุดจาสุภาพ ไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส - ให้ความรู้ คำแนะนำ หรืออธิบายให้เข้าใจ มากขึ้น	2 3 2 4	2 5 1 4	0 2 1 3	1 5 2 3	1 2 4 3	6 17 10 17	2.26 6.42 3.77 6.42
3.	สถานที่ให้บริการ (รวม 52 คน) - ขยายพื้นที่บริการให้กว้างขวางขึ้น - จัดสถานที่บริการให้เป็นสัดส่วน เช่น แยกพื้นที่เฉพาะคลินิกเด็ก พื้นที่เด็กเล่น มุมพัฒนาการเด็ก และห้อง ฉีดวัคซีนเด็ก	11 6	1 2	4 3	7 5	5 8	28 24	10.57 9.06
4.	สื่อ เอกสาร (รวม 2 คน) - สนับสนุนสื่อ เอกสาร แผ่นพับให้ความรู้ เพื่อจะได้นำกลับไปศึกษาที่บ้าน	0	1	0	0	1	2	0.76
5.	เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ (รวม 24 คน) - สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องเล่น หรือ ของเล่นต่างๆ สำหรับเด็ก ระหว่างรอ - ให้อาาวิตามินเสริมธาตุเหล็กเพิ่มเติม	6 1	4 0	5 0	4 0	4 0	23 1	8.68 0.38
	รวม	46	28	22	33	38		

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ประเด็น

ตารางที่ 3.16 ประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ จากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง

ประเด็น	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n = 262		n = 281		n = 265	
ระบบการให้บริการ	38	14.50	39	13.88	40	15.09
ผู้ให้บริการ	56	21.37	39	13.88	50	18.86
สถานที่ให้บริการ	37	14.12	32	11.39	52	19.62
สื่อ เอกสาร	6	2.29	4	1.42	2	0.75
เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ	23	8.78	13	4.62	24	9.05

3.2.6 การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) เป็นเอกสารที่มีข้อมูลบันทึกการตั้งครรภ์และการคลอด และสุขภาพเด็กตั้งแต่แรกคลอดจนถึงอายุ 6 ปี อีกส่วนเป็นเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก ใช้ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข การประเมินครั้งที่ 3 ได้สอบถามการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) พบว่า ข้อมูลส่วนที่ผู้ดูแลเด็กใช้บ่อยที่สุดในสมุดสีชมพู คือ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการเด็ก (ร้อยละ 64.5) รองลงมา คือ พัฒนาการเด็ก (ร้อยละ 63.4) (ตารางที่ 3.17)

นอกจากนั้นได้สอบถามการอ่านและการบันทึกโภชนาการและ พัฒนาการเด็ก พบว่า ร้อยละ 39.2 ของผู้ดูแลเด็กอ่านเนื้อหาในสมุดสีชมพูหมดแล้วทุกเรื่อง แต่มีร้อยละ 8.7 ที่ไม่เคยอ่านเลย ร้อยละ 29.1 พลั้ตกราฟโภชนาการด้วยตนเองไม่เป็น ร้อยละ 37 ทำได้แต่ไม่ได้ทำ มีเพียงร้อยละ 17.4 ที่พลั้ตกราฟโภชนาการของเด็กด้วยตนเองทุกครั้ง เช่นเดียวกันกับการบันทึกพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 18.9 ทำไม่เป็น ร้อยละ 45.3 ทำเป็นแต่ไม่เคยทำ มีเพียงร้อยละ 20 ที่บันทึกพัฒนาการเด็กทุกครั้ง อย่างไรก็ตามเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.5) ที่ใช้วิธีการส่งเสริมลูกให้มีพัฒนาการตามวัยในสมุดสีชมพู มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นประจำ (ตารางที่ 3.18)



ตารางที่ 3.17 ร้อยละของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ใช้บ่อยที่สุด จำแนกตามสถานบริการ

สิ่งที่ใช้มากที่สุดของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	รพ.สต. (n=186)		รพ.ชุมชน (n=52)		รพ.ทั่วไป (n=27)		รวม (n=265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. บันทึกพัฒนาการเด็ก	114	61.3	33	63.5	21	77.8	168	63.4
2. การใช้กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	28	15.1	11	21.2	6	22.2	45	17.0
3. อาหารและโภชนาการ	119	64.0	34	65.4	18	66.7	171	64.5
4. การดูแลเด็กตามช่วงอายุ	1	0.5	0	0.0	1	3.7	2	0.8
5. การดูแลฟัน	3	1.6	1	1.9	1	3.7	5	1.9
6. การบันทึกการได้รับวัคซีน	33	17.7	6	11.5	2	7.4	41	15.5
7. วันนัดตรวจสุขภาพ	17	9.1	5	9.6	4	14.8	26	9.8
8. บันทึกสุขภาพของเด็ก	14	7.5	1	1.9	6	22.2	24	9.1

*ตอบได้หลายข้อ

ตารางที่ 3.18 ร้อยละของการอ่านและบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จำแนกตามสถานบริการ

การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ แม่และเด็ก	รพ.สต. (n = 186)		โรงพยาบาลชุมชน (n = 52)		โรงพยาบาลทั่วไป (n = 27)		รวม (n = 265)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อ่านเนื้อหาในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก								
อ่านหมดแล้วทุกเรื่อง	78	41.9	13	25.0	13	48.1	104	39.2
อ่านบางเรื่อง	89	47.8	35	67.3	14	51.9	138	52.1
ไม่เคยอ่านเลย	19	10.2	4	7.7	-	-	23	8.7
การ Plot กราฟโภชนาการเด็ก								
ทำไม่เป็น	58	31.2	14	26.9	5	18.5	77	29.1
ไม่เคยทำ	63	33.9	25	48.1	10	37.0	98	37.0
ทำบางครั้ง	35	18.8	4	7.7	5	18.5	44	16.6
ทำทุกครั้ง	30	16.1	9	17.3	7	25.9	46	17.4
การลงบันทึกพัฒนาการเด็ก								
ทำไม่เป็น	38	20.4	9	17.3	3	11.1	50	18.9
ไม่เคยทำ	82	44.1	31	59.6	7	25.9	120	45.3
ทำบางครั้ง	31	16.7	6	11.5	5	18.5	42	15.8
ทำทุกครั้ง	35	18.8	6	11.5	12	44.4	53	20.0
ใช้วิธีการส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการตามวัยในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก มาเลี้ยงลูก								
ใช้ประจำหรือบ่อยๆ	80	43.0	19	36.5	19	70.4	118	44.5
ใช้บางครั้ง	50	26.9	20	38.5	4	14.8	74	27.9
ใช้นานๆ ครั้ง	13	7.0	4	7.7	1	3.7	18	6.8
ไม่เคยใช้เลย	43	23.1	9	17.3	3	11.1	55	20.8



3.3 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพส่วนนี้ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับ อสม. ที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการในคลินิก WCC คุณภาพ ในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. ของพื้นที่ 5 จังหวัดนำร่อง รวมจำนวนทั้งสิ้น 14 แห่ง ซึ่งมากกว่าการประเมินผล ครั้งที่ 2 จำนวน 1 แห่ง แต่ทีมประเมินผลไม่ได้สัมภาษณ์ อสม. จำนวน 4 คน ที่เข้ามาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพของ สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง เนื่องจากติดภารกิจอื่นจึงไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ส่วนสถานบริการระดับอื่นไม่มี อสม. มาช่วยงาน จึงนำเสนอผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม อสม. ของ สอ./รพ.สต. จำนวน 13 แห่งเท่านั้น

จำนวน อสม. ที่เข้ามาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ และสามารถให้ข้อมูลได้ทั้งหมด มีจำนวน 13 แห่ง จำแนกตามรายจังหวัด พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวน อสม. มากที่สุด คือ 36 คนจาก สอ./รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง หรือร้อยละ 80 ของจำนวน อสม. ที่ให้ข้อมูลทั้งหมด รองลงมาคือ จังหวัดลพบุรี มี อสม. จำนวน 9 คนจาก สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง และจังหวัดกาฬสินธุ์ มี อสม. จำนวน 7 คนจาก สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง ส่วนจังหวัดมหาสารคาม มี อสม. จำนวน 2 คนจาก สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง มีเพียงจังหวัดเชียงรายที่ไม่มี อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคลินิก WCC คุณภาพ แต่มีแผนที่จะให้ อสม. เข้ามาช่วยงานในโอกาสต่อไป เนื่องจากจำนวนบุคลากรในสถานบริการแต่ละระดับไม่เพียงพอ (ตารางที่ 3.19)

ตารางที่ 3.19 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ สอ./รพ.สต. ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขมาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามรายจังหวัด

หัวข้อ	นครศรีธรรมราช	กาฬสินธุ์	มหาสารคาม	ลพบุรี	เชียงราย	รวม
จำนวน อสม. (คน)	36	7	2	9	0	54
จาก สอ./รพ.สต.(แห่ง)	7	2	2	3	0	14

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม อสม. ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ นำเสนอใน 6 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ
2. หน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. ในการมาช่วยงานคลินิก WCC คุณภาพ
3. เหตุผลของ อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ
4. ความต้องการฝึกอบรมหรือพัฒนาความรู้ทักษะเพิ่มเติมเพื่อทำงานในคลินิก WCC คุณภาพ
5. ปัญหาอุปสรรคของ อสม. ในการทำงานคลินิก WCC คุณภาพ
6. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

3.3.1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ (ตารางที่ 3.21)

1) เพศของ อสม.

อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. และให้ข้อมูล มีจำนวน 13 แห่งจากจำนวน สอ./รพ.สต. ในการสอบถามครั้งนี้ทั้งหมด 38 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 31.58 โดย อสม. ที่ให้ข้อมูล มีจำนวนทั้งสิ้น 54 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 52 คน หรือร้อยละ 96 ส่วนเพศชาย มีจำนวนเพียง 2 คนเท่านั้น (ร้อยละ 4) เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราชมี อสม. มาช่วยงานในคลินิก จำนวน 36 คน (เพศหญิง 35 คน และเพศชาย 1 คน) ส่วนจังหวัดลพบุรี มี อสม. จำนวน 9 คนเป็นเพศหญิงทั้งหมด เช่นเดียวกับจังหวัดมหาสารคามที่มี อสม. เป็นเพศหญิงทั้งหมด (จำนวน 2 คน) ส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ มี อสม. จำนวน 7 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน และเพศชายจำนวน 1 คน

2) อายุของ อสม.

อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 43) รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 39) ส่วน อสม. ที่มีอายุตั้งแต่ 59 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพียง 2 คนเท่านั้น (ร้อยละ 4) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.38 อายุต่ำสุด 30 ปี และอายุมากที่สุด 67 ปี เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีจำนวน อสม. มากที่สุด ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี คือจำนวน 15 คน และเป็นจังหวัดเดียวที่มี อสม. อายุ 59 ปีขึ้นไป

3) ระดับการศึกษาของ อสม.

อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) จำนวนใกล้เคียงกัน คือ 15 และ 14 คน (ร้อยละ 28 และ 26 ตามลำดับ) รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ป.1-ป.6) จำนวน 12 คน (ร้อยละ 22) โดย อสม. ที่จบการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาตรีมี 2 คน หรือร้อยละ 4 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อพิจารณาตามรายจังหวัดพบว่า อสม. จังหวัดนครศรีธรรมราชมีผู้จบการศึกษาระบายอยู่ทุกระดับตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลาย ประถมศึกษา ปวส. ปวช. และปริญญาตรีตามลำดับ ส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ และลพบุรี พบว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย กระจายในจำนวนใกล้เคียงกัน

4) ประสบการณ์การทำงานของ อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ

อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ มีประสบการณ์การทำงานในคลินิก น้อยสุดตั้งแต่ 1 เดือน และมากที่สุด 17 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในคลินิก ประมาณ 1-3 ปี จำนวน 35 คน (ร้อยละ 65) รองลงมาคือประสบการณ์การทำงานในคลินิก จำนวนต่ำกว่า 1 ปีและ 4-6 ปีใน



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

สัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ จำนวน 8 คน และ 7 คน (ร้อยละ 15 และ 13 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า อสม.จังหวัดนครศรีธรรมราชมีประสบการณ์หลากหลาย ตั้งแต่ต่ำกว่า 1 ปีถึงมากกว่า 9 ปี โดยพบว่ามีประสบการณ์ในการมาช่วยงานในคลินิก 1-3 ปี มากสุดถึง 19 คน ส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์และมหาสารคาม อสม. ทุกคนมีประสบการณ์ในการมาช่วยงานในคลินิก 1-3 ปี ส่วน อสม. ในจังหวัดลพบุรีมีประสบการณ์ ตั้งแต่ต่ำกว่า 1 ปี จนถึง 4-6 ปี โดยการมาช่วยงานในคลินิกนั้น มีจำนวน อสม. ตั้งแต่ 1-9 คน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจหรือจิตอาสาของ อสม. และข้อตกลงกับ สอ./รพ.สต.

ตารางที่ 3.20 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ

ตัวแปร	พื้นที่จังหวัดนาร่อง					รวม	
	นครศรี ธรรมราช	กาฬสินธุ์	มหาสาร คาม	ลพบุรี	เขียงราย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (N=54)							
• ชาย	1	1	0	0	0	2	03.70
• หญิง	35	6	2	9	0	52	96.30
อายุ(ปี) (N=54)							
• 30-39 ปี	15	2	1	3	0	21	38.90
• 40-49 ปี	12	5	1	5	0	23	42.59
• 50-59 ปี	7	0	0	1	0	8	14.81
• อายุ 60 ปีขึ้นไป	2	0	0	0	0	2	03.70
อายุเฉลี่ย=43 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=8.38 Min = 30 Max = 67							
ระดับการศึกษา (N= 54)							
• ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)	6	2	0	4	0	12	22.20
• มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	10	2	0	2	0	14	25.90
• มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6)	9	3	2	1	0	15	27.80
• ปวช.	4	0	0	0	0	4	07.40
• ปวส.	5	0	0	2	0	7	13.00
• ปริญญาตรี	2	0	0	0	0	2	03.70
ประสบการณ์การทำงานในคลินิก WCC (ปี)							
• ต่ำกว่า 1 ปี	7	0	0	1	0	8	14.82
• 1-3 ปี	19	7	2	7	0	35	64.82
• 4-6 ปี	6	0	0	1	0	7	12.96
• 7- 9 ปี	2	0	0	0	0	2	03.70
• มากกว่า 9 ปี	2	0	0	0	0	2	03.70
อายุเฉลี่ย= 2.45 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 38.78 Min =1 เดือน Max= 17 ปี							

3.3.2 หน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. ในการมาช่วยงานคลินิก WCC คุณภาพ

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. ทุกแห่งในการมาช่วยงานคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกออกเป็น 4 งานหลัก ได้แก่

- 1) **งานทั่วไป** ประกอบด้วย แจกบัตรคิว คำนวณประวัติเด็ก ชักประวัติ ติดตาม ผู้ปกครองให้พาเด็กมารับบริการวัคซีนตามนัด และจ่ายยาน้ำวิตามินเสริมธาตุเหล็ก
- 2) **งานโภชนาการ** ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ และวัดรอบอก
- 3) **งานให้บริการวัคซีน** ประกอบด้วย ช่วยหยอดวัคซีน และช่วยจับเด็กเวลาเจ้าหน้าที่ฉีดวัคซีน
- 4) **งานให้ความรู้** คำปรึกษาแนะนำ และติดตามเฝ้าระวัง ประกอบด้วย การให้ความรู้ด้าน โภชนาการ ให้คำแนะนำพ่อแม่เด็กให้ลูกกินนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน สอบถามพัฒนาการ เด็กตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ติดตามและเยี่ยมบ้านเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น น้ำหนักน้อย และพัฒนาการล่าช้า เป็นต้น

3.3.3 เหตุผลของ อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ

เหตุผลของ อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) **เหตุผลด้านจิตใจ** คือ มีใจรักเด็ก ห่วงใยเด็ก และชอบทำงานที่เกี่ยวกับเด็ก รวมทั้งอยาก ช่วยดูแลเด็กให้มีสุขภาพแข็งแรง และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ระบุโดย อสม. จาก สอ./รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง

“อยากให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เพราะพัฒนาการต้องทำตั้งแต่เกิด รอเข้าโรงเรียนก็ช้าเกินไป”

“ก็อยากมาช่วยดูแลเด็กๆ ทางสถานีนามัยขอความช่วยเหลือมา ก็เลยมาช่วย มี ความรู้สึกเหมือนกับเราเป็นแม่คนที่ 2 ของเด็ก โดยไม่มีค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

“อยากให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงทั่วทั้งตำบล อยากให้เด็กในหมู่บ้านเรามีพัฒนาการที่ดี”

- 2) **ความสมัครใจหรือมีจิตอาสา** กล่าวคือ อยากช่วยเหลือชุมชนท้องถิ่น และสมัครใจที่จะ ทำงานให้กับชุมชน โดยพยายามนำเอาความรู้ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเด็กมา ช่วยเหลือชาวบ้าน ประชาชน ท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้เด็กในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง ระบุโดย อสม. จาก สอ./รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง

“อยากช่วยเหลือชุมชน มีจิตอาสาช่วย เพราะอยากให้เด็กมีสุขภาพดีแข็งแรงทั่วทั้ง ตำบล และอยากช่วยเหลือชุมชนของเราเอง”

“มีจิตอาสา และใจรักอยากช่วยเด็ก ประชาชน และท้องถิ่น อยากมาทำงานด้านนี้ และนำมาใช้ดูแลครอบครัวและแนะนำผู้อื่น เมื่อมีโครงการหมอชุมชนก็ได้รับการคัดเลือกให้ร่วม โครงการ ซึ่งจะมาประจำที่สถานีนามัยทุกวันทำการ โดยจะมาร่วมงานในคลินิกเด็กทุกวัน



“อยากช่วยท้องถิ่น จิตอาสา สมัครใจทำ อยากนำความรู้ที่ได้รับการอบรมมาแนะนำ ผู้ปกครอง พร้อมทั้งประสบการณ์ที่ดีในการเลี้ยงดูลูกมาถ่ายทอด”

3) เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. ที่มีต่อ สอ./รพ.สต. โดยจะเข้ามามีส่วนร่วมกับ เจ้าหน้าที่ของ สอ. ในการให้บริการเรื่องต่างๆ ทุกคลินิก รวมทั้งคลินิกเด็ก ซึ่งหากสามารถบริหารจัดการเรื่องเวลาระหว่างหน้าที่ใน สอ./รพ.สต. และหน้าที่ในครอบครัวได้ ก็สามารถเข้ามาทำงานช่วยแบ่งเบาภาระให้กับเจ้าหน้าที่ สอ./รพ.สต. ได้ ระบุโดย อสม. จาก สอ./รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง

“อยากช่วยหมอแบ่งเบาภาระให้กับหมอ เด็กมีจำนวนเยอะมาก มีหลายขั้นตอน ถ้าไม่มาช่วย หมอก็ทำไม่ทัน สงสารผู้ปกครองที่ต้องรอนานมากๆ เลย”

“เป็นหน้าที่รับผิดชอบของ อสม. ที่จะต้องช่วยลดภาระให้กับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย”

“มีเวลาทำ เพราะบริหารจัดการเวลาให้เหมาะสม จัดเวลาให้กับครอบครัวล่วงหน้า ก็ไม่มีปัญหา ยิ่งหน้าที่ไม่ได้ทำนา ก็จะมีเวลามาช่วยงานคลินิกของอนามัย”

4) ต้องการพัฒนาตัวเอง โดยนำเอาความรู้ประสบการณ์ที่ได้รับไปแนะนำบอกต่อกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์จากการอบรม อสม. การเลี้ยงดูลูกตนเอง หรือการเจ็บป่วยของญาติพี่น้อง เป็นต้น ระบุโดย อสม. จาก สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง

“อยากนำความรู้ที่ได้รับการอบรมมาแนะนำพ่อแม่ เอาความรู้ประสบการณ์ที่ดีในการเลี้ยงดูลูกมาถ่ายทอด ให้เขาไปใช้ประโยชน์ โดยบอกเขาว่า เด็กจะพัฒนาการดี ไม่เจ็บป่วย เราต้องดูแลให้ดี เด็กไทยตอนนี้เป็นโรคอ้วนและขาดสารไอโอดีนก็มาก”

“เคยมีประสบการณ์ที่มีญาติเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ จึงอยากมาทำงานด้านนี้เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และนำมาใช้ดูแลครอบครัวและแนะนำผู้อื่น”

สรุปได้ว่า เหตุผลของ อสม. ที่มาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพส่วนใหญ่ เป็นเหตุผลทางด้านจิตสำนึกต่อส่วนรวม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความใจรัก จิตอาสา เห็นถึงประโยชน์ต่อชุมชนท้องถิ่นเป็นหลัก ต้องการพัฒนาด้านตนเองเพื่อช่วยเหลือชาวบ้านและชุมชน ซึ่งถือได้ว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาบริการคลินิก WCC คุณภาพให้ประสบผลสำเร็จ

3.3.4 ความต้องการฝึกอบรมหรือพัฒนาความรู้ ทักษะเพิ่มเติม เพื่อทำงานในคลินิก WCC คุณภาพ

อสม. มีความต้องการฝึกอบรมหรือพัฒนาความรู้ทักษะเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเข้ามาปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบ่งออกเป็น 5 เรื่อง ประกอบด้วย

- 1) **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กแบบองค์รวม** กล่าวคือ อยากได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพเด็กและพัฒนาการเด็ก ประสบการณ์ด้านการพัฒนาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพเด็ก หรือการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเด็กแบบองค์รวม เพราะไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับเด็กมาก่อนเลย เป็นความต้องการของ อสม. ใน สอ./รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง
- 2) **ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน** กล่าวคือ มีความต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับวัคซีน เช่น เด็ก 1 เดือน 2 เดือนให้วัคซีนอะไร ฉีดอย่างไร มีประโยชน์อย่างไร เพื่อจะได้นำไปแนะนำต่อหรือเรื่องเทคนิคการจับเด็กเวลาฉีดวัคซีน โดยเป็นความต้องการของ อสม. ใน สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง
- 3) **ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก** คือ ต้องการได้รับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ หรือเทคนิคการเล่นกับเด็กในช่วงวัยต่างๆ เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้รับมาสอน และแนะนำพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็ก การให้อาหารเด็ก และการเลี้ยงดูเด็กให้มีสุขภาพแข็งแรง เป็นต้น โดยเป็นความต้องการของ อสม. ใน สอ./รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง
- 4) **ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การเลี้ยงดู และการป้องกันอาการเจ็บป่วยของเด็ก** กล่าวคือ ต้องการอบรมเกี่ยวกับเด็กวิธีการป้องกันไม่ให้เด็กเป็นโปลิโอ การป้องกันโรคคอตีบพอกในเด็ก ทักษะความรู้ด้านโภชนาการเด็ก การควบคุมอาหารเด็ก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเป็นความต้องการของ อสม. ใน สอ./รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง
- 5) **ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็ก** เช่น ประโยชน์ของการกินนมแม่ การให้อาหาร การควบคุมอาหารเด็ก เป็นต้น โดยเป็นความต้องการของ อสม. ใน สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง

นอกจากนี้แล้ว อสม. จากสอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง ระบุว่า ยินดีรับการฝึกอบรมทักษะทุกเรื่อง



3.3.5 ปัญหาอุปสรรคของ อสม. ในการมาช่วยงานคลินิก WCC คุณภาพ

อสม. ใน สอ./รพ.สต. จำนวน 1 แห่ง กล่าวว่า ไม่ประสบปัญหาใดๆ เลยที่เข้ามาช่วยงานคลินิก WCC คุณภาพ ส่วน อสม. ใน สอ./รพ.สต. จำนวน 11 แห่ง ได้กล่าวถึง ปัญหาอุปสรรคในการมาช่วยงานในคลินิก WCC คุณภาพ แบ่งเป็น 3 เรื่องหลัก ประกอบด้วย

1) ปัญหาส่วนบุคคลของ อสม. ระบุโดย อสม. จาก สอ./รพ.สต. จำนวน 4 แห่ง ได้แก่

- (1) มีภาระทางบ้าน เพราะต้องดูแลลูก แต่บริหารจัดการเวลาให้ได้
- (2) ความเชื่อถือของผู้ปกครองที่มีต่อ อสม. ซึ่งบางครั้งพ่อแม่เด็กไม่ค่อยเชื่อเวลา อสม.

ให้คำแนะนำ

- (3) ความรู้ของ อสม. ที่ยังมีไม่มากพอที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง

“เป็น อสม. ก็มีภาระทางบ้าน เพราะต้องดูแลลูก แต่บริหารจัดการเวลาได้ ประกอบกับสามีอนุญาตและเห็นด้วย ก็เลยมาช่วยงานชุมชนได้ เราเป็น อสม. เราต้องบริหารจัดการเวลาเอง แบ่งเวลาให้ครอบครัว แล้วสามีอนุญาต และเห็นด้วยถึงมาทำงานเพื่อชุมชนได้”

2) ปัญหาด้านผู้รับบริการ ระบุโดย อสม. จาก สอ./รพ.สต. จำนวน 5 แห่ง ได้แก่

- (1) พ่อแม่/ผู้ปกครองลืมนัด บางรายลืมนัดบ่อยมาก เจ้าหน้าที่และ อสม. จึงต้องใช้วิธีโทรศัพท์ไปที่บ้าน เพื่อติดตามมารับบริการ

- (2) การย้ายถิ่นของพ่อแม่/ผู้ปกครอง ทำให้เด็กต้องย้ายตามไปด้วย ส่งผลทำให้ไม่สามารถมารับบริการเรื่องวัคซีนได้ตรงเวลา

- (3) ความร่วมมือของพ่อแม่/ผู้ปกครอง เช่น พ่อแม่หรือผู้ปกครองบางท่านไม่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเด็ก หรือเป็นความเชื่อที่สืบทอดมาตั้งแต่สมัยโบราณ เป็นต้น

- (4) พ่อแม่/ผู้ปกครอง โดยเฉพาะปู่ย่าตายาย ที่พาเด็กมารับบริการไม่ค่อยใส่ใจ และไม่เข้าใจกับข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ได้รับ

“ผู้ปกครองลืมนัดต้องโทรตามที่บ้าน การย้ายถิ่นของพ่อแม่เด็ก เพราะเด็กต้องตามไปด้วย ทำให้ไม่สามารถมารับวัคซีนตรงเวลาได้”

“บางครั้งพ่อแม่เด็กไม่ค่อยเชื่อเรานะ เวลาเราแนะนำ บางคนเค้าก็เชื่อ บางคนเค้าก็ไม่เชื่อ รุ่นปู่ย่าเฒ่าบอกมา เราเปลี่ยนแปลงไม่ได้หรอก มันเปลี่ยนยากต้องค่อยๆ พูดกับเขา”

“ผู้ปกครองโดยเฉพาะที่เป็นปู่ย่า ตา ยาย ที่พาเด็กมารับบริการที่อนามัยไม่ค่อยใส่ใจและไม่เข้าใจกับข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เราให้เราต้องใจเย็นๆ ให้คำแนะนำซ้ำๆ”

3) ปัญหาด้านสถานที่และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ระบุโดย อสม. จาก สอ./รพ.สต. จำนวน 4 แห่ง ได้แก่

- (1) ปัญหาพื้นที่คับแคบไม่เพียงพอกับจำนวนเด็กที่มาใช้บริการในวันที่มีคลินิก
- (2) ขาดของเล่นเสริมพัฒนาการเด็ก คือ ของเล่นมีจำนวนจำกัด และไม่เพียงพอกับเด็กที่มีจำนวนมาก

(3) วัสดุอุปกรณ์ในการตรวจไม่เพียงพอ ขาดแคลน และเก่า เช่น เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก

“อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ที่มีอยู่ก็เก่า เครื่องชั่งน้ำหนักเด็กไม่มี ก็เลยใช้เครื่องชั่งของผู้ใหญ่แทน”

“ปัญหาพื้นที่คับแคบ ไม่เพียงพอกับการให้บริการคลินิกเด็ก และปัญหาการมารับบริการก่อนหลัง จึงได้จัดบัตรคิวแจก

“สถานที่คับแคบ และของเล่นเด็กมีไม่เพียงพอกับเด็กที่มีจำนวนมาก”

“ขาดของเล่นเสริมพัฒนาการเด็ก สถานที่คับแคบ ผู้ปกครองบางท่านไม่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเด็ก บางรายผัดผ่อนบ่อยมาก”

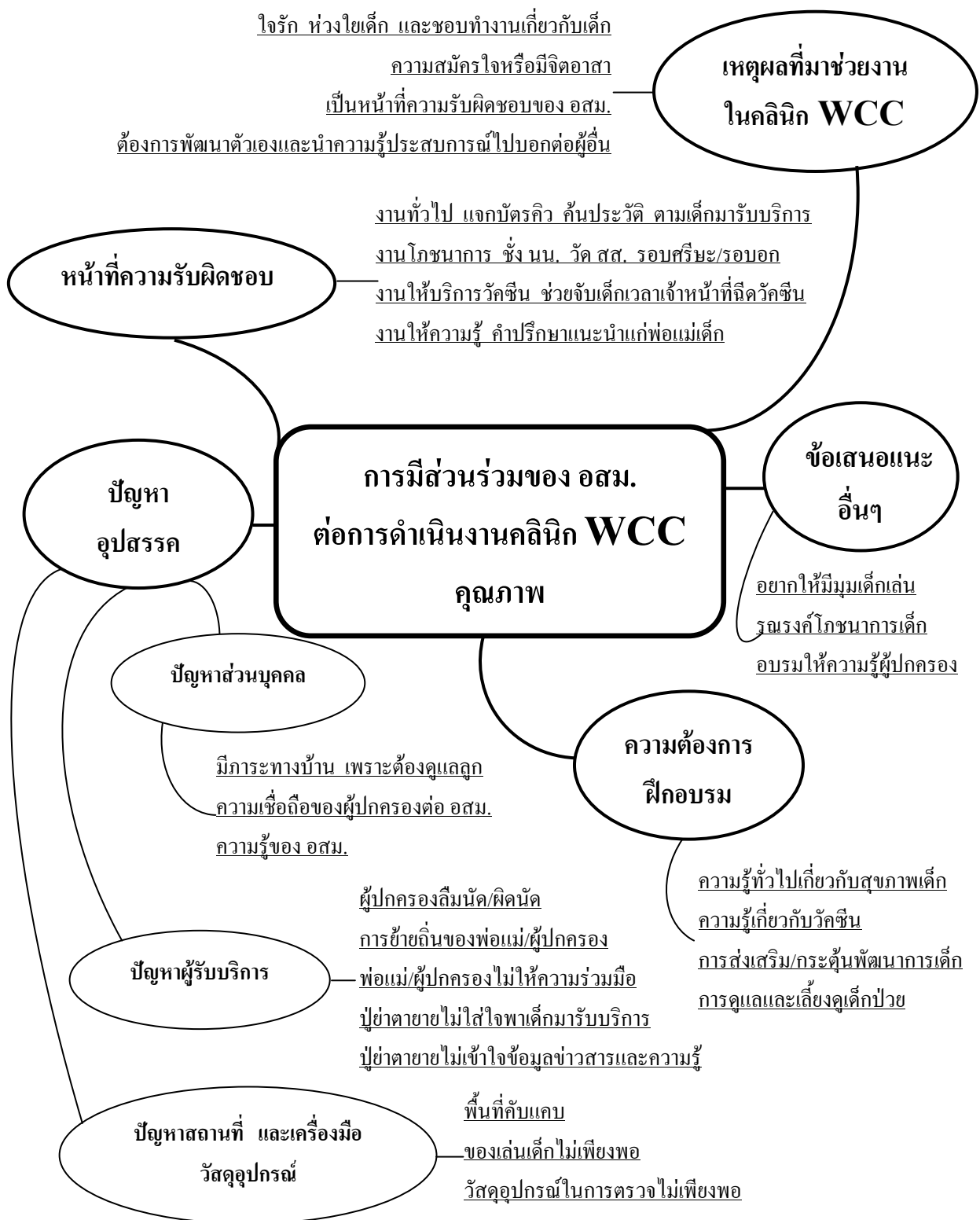
3.3.6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

อสม. ที่เข้ามาช่วยงานคลินิก WCC คุณภาพใน สอ./รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่

- 1) อยากให้มีมุมให้เด็กเล่น เพื่อจะได้ให้เด็กได้นั่งเล่นเพิลิตเพลินขณะรอการตรวจ
- 2) ควรให้มีการรณรงค์เรื่องภาวะโภชนาการเด็กอย่างจริงจัง เช่น การให้เด็กกินข้าวก่อนวัย และการงดดื่มน้ำอัดลม เป็นต้น
- 3) การอบรมให้ความรู้เรื่องต่างๆ แก่ผู้ปกครองที่สถานีนอนามัย



ภาพที่ 3.11 สรุปการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อการดำเนินงานคลินิก WCC
คุณภาพ



3.4 ผลลัพธ์ของโครงการ

3.4.1 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่เพียงอย่างเดียวในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน แตกต่างกันในแต่ละจังหวัด โดยจังหวัดเชียงรายมีแนวโน้มลดลง จากการประเมิน 2 ครั้งที่ผ่านมา จังหวัดมหาสารคามอัตราการลดลงจากครั้งที่ 2 ในขณะที่จังหวัดลพบุรี กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช อัตราเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งที่ 2 การเปลี่ยนแปลงที่จังหวัดกาฬสินธุ์และมหาสารคามมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3.21) เมื่อเปรียบเทียบภาพรวมทุกจังหวัดจากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง พบว่ารูปแบบการกินนมของเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่เพียงอย่างเดียวร้อยละ 29 เพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งที่ 1 และใกล้เคียงกับการประเมินครั้งที่ 2 (ตารางที่ 3.22) เมื่อวิเคราะห์รูปแบบการกินนมจำแนกตามอายุเด็ก จะเห็นว่าอัตราการกินนมแม่อย่างเดียวลดลงตามอายุเด็กที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 3.24) ตารางที่ 3.25 แสดงรายละเอียดอาหารอื่นที่เด็กได้รับ อาหารที่ได้รับมากที่สุดคือ อาหารประเภทข้าว และซีเรียเล็ก รองลงมา คือ ผลไม้ ส่วนใหญ่ได้แก่กล้วยบด ซึ่งคล้ายกับผลการประเมิน ครั้งที่ 2



ตารางที่ 3.21 รูปแบบการกินนมของเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ของพื้นที่นำร่องจากการประเมินผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 แยกรายจังหวัด

รายการ	เลี้ยงราย			ลพบุรี			กาฬสินธุ์			มหาสารคาม			นครศรีธรรมราช		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
นมแม่อย่างเดียว	56.0	50.6	30.6	17.0	10.6	22.2	27.8	10.0	35.4	11.1	45.2	29.8	29.8	18.8	29.2
นมแม่และน้ำเปล่า	14.0	12.7	13.9	7.5	25.5	14.8	25.0	30.0	10.4	2.8	9.5	14.9	14.9	10.1	13.9
นมแม่ นมผสม และน้ำเปล่า	16.0	12.7	13.8	13.2	2.1	9.3	2.8	5.0	4.2	2.8	2.4	8.5	8.5	18.8	19.5
นมแม่ อาหารอื่นๆ และน้ำเปล่า	4.0	6.3	19.5	9.4	17.0	7.4	22.2	17.5	18.7	38.9	7.1	6.4	6.4	15.9	0.0
นมผสม อาหารอื่นๆ และน้ำเปล่า	2.0	7.6	8.3	11.3	25.5	3.7	2.8	17.5	20.8	16.7	7.1	12.8	12.8	8.7	12.5
นมแม่ นมผสม อาหารอื่นๆ และน้ำเปล่า	0.0	3.8	2.8	5.7	6.4	24.1	5.6	15.0	4.2	16.7	11.9	10.6	10.6	5.9	11.1
นมผสมอย่างเดียว	8.0	6.3	11.1	35.8	12.8	18.5	13.9	5.0	6.3	11.1	16.7	17.0	17.0	21.7	13.8
n	50	79	36	53	47	54	36	40	48	36	42	52	47	69	72
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
P-value of test	0.0530			0.2995			0.0210*			0.0046**			0.2763		

*P-value < 0.05 **P-value < 0.01

หมายเหตุ ในการทดสอบ Chi-square test รวมรูปแบบที่ 2-7 เข้าด้วยกัน เปรียบเทียบกับรูปแบบที่ 1

ตารางที่ 3.22 ภาพรวมรูปแบบการกินนมของเด็กที่ต่ำกว่า 6 เดือน ในพื้นที่นาร่อง
ในการประเมินผล ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

รายการ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		P-value of χ^2 test
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
นมแม่อย่างเดียว	46	25.1	81	29.2	76	29.0	<0.001*
นมแม่และน้ำ	20	10.9	45	16.2	35	13.4	
นมแม่ นมผสม และน้ำ	8	4.4	27	9.7	26	9.8	
นมแม่ อาหารอื่นๆ และ น้ำ	51	27.9	34	12.3	27	10.3	
นมผสมอาหารอื่นๆ และ น้ำ	29	15.8	34	12.3	48	18.4	
นมแม่ นมผสม อาหาร อื่นๆ และน้ำ	17	9.3	21	7.6	16	6.1	
นมผสมอย่างเดียว	12	6.6	35	12.6	34	13.0	
รวม	183	100.0	277	100.0	262	100.0	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P-value < 0.01 ก่อนทำ Chi-square test ได้จัดกลุ่มใหม่ได้แก่

1) นมแม่อย่างเดียว 2) อื่นๆ รวมกลุ่มที่เหลือทั้งหมด

ตารางที่ 3.23 ร้อยละของเด็กในพื้นที่นาร่อง จำแนกตามรูปแบบการให้นม และอายุเด็ก
จากการประเมินครั้งที่ 3

การให้นม	อายุ (เดือน)					
	1	2	3	4	5	6
จำนวน	12	88	17	83	10	51
นมแม่อย่างเดียว	83.3	46.6	29.4	21.7	-	3.9
นมแม่และน้ำ	8.3	16.0	11.8	15.8	10.0	7.8
นมแม่และนมผสม	8.4	14.7	11.8	10.8	-	2.0
นมแม่และอาหารอื่น	-	1.1	17.7	12.0	10.0	23.6
นมผสมและอาหารอื่น	-	2.3	11.8	16.9	40.0	49.0
นมแม่และนมผสมและอาหารอื่น	-	1.1	-	12.0	20.0	5.9
นมผสมอย่างเดียว	-	18.2	17.5	10.8	20.0	7.8
P-value of the Chi-square test	<0.001*					

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P-value < 0.01

ก่อนทำ Chi-Square test ได้จัดกลุ่มข้อมูลใหม่ ได้แก่ 1) นมแม่อย่างเดียว 2) อื่นๆ รวมกลุ่มที่เหลือทั้งหมด



ตารางที่ 3.24 จำนวนและร้อยละของเด็ก จำแนกตามอาหารอื่นๆ ที่ได้รับ ภาพรวมและรายจังหวัด

ที่	ประเภทของอาหารอื่นๆ	จังหวัด					ภาพรวม (262 คน) จำนวน ร้อยละ	
		นครศรีธรรมราช	กาฬสินธุ์	มหาสารคาม	ลพบุรี	เชียงราย		
1.	ซีรีเล็ก	8	14	9	11	9	51	19.47
2.	ประเภทข้าว	11	11	17	10	3	52	19.85
3.	ประเภทผลไม้	9	12	5	6	9	41	15.65
4.	ประเภทผัก	2	2	3	2	1	10	3.82
5.	ประเภทเนื้อสัตว์	2	0	3	4	2	11	4.20
6.	ประเภทขนมหวาน	0	0	0	1	0	1	0.38

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างคู่วัดนาร่องและจังหวัดเปรียบเทียบในการประเมินครั้งที่ 3 โดยจัดกลุ่มใหม่คือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และกลุ่มอื่นๆ พบว่า จังหวัดนาร่อง 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลพบุรี กาฬสินธุ์ มหาสารคาม มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว สัดส่วนสูงกว่าจังหวัดเปรียบเทียบ จังหวัดนครศรีธรรมราชมีอัตราใกล้เคียงกับจังหวัดเปรียบเทียบ ส่วนจังหวัดเชียงรายมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสัดส่วนน้อยกว่าจังหวัดเปรียบเทียบ ความแตกต่างนี้ไม่นัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นจังหวัดมหาสารคามและร้อยเอ็ด (ตารางที่ 3.25) การเปรียบเทียบรูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภาพรวมระหว่างพื้นที่นาร่องและพื้นที่เปรียบเทียบในการประเมินครั้งที่ 3 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3.26) โดยพื้นที่นาร่องมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสัดส่วนสูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบ แต่พื้นที่นาร่องมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมสัดส่วนสูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบ

ตารางที่ 3.25 รูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมเปรียบเทียบระหว่างคู่งังหวัดน่านและจังหวัดเปรียบเทียบในการประเมินครั้งที่ 3

พื้นที่ (n)	นมแม่ อย่าง เดียว	นมแม่ และน้ำ	นมแม่ และนม ผสม	นมแม่ และ อาหาร อื่น	นมผสม และ อาหาร อื่น	นมแม่ นมผสม อาหาร อื่น	นมผสม อย่าง เดียว
เชียงใหม่ (36)	30.6	13.9	13.8	19.5	8.3	2.8	11.1
ลำปาง (36)	38.9	0	5.6	33.3	8.3	8.3	5.6
p-value (χ^2)	0.4577						
ลพบุรี (54)	22.2	14.8	9.3	7.4	3.7	24.1	18.5
สระบุรี (41)	12.2	9.8	14.6	24.4	22.0	12.2	4.9
p-value (χ^2)	0.2066						
กาฬสินธุ์ (48)	35.4	10.4	4.2	18.7	20.8	4.2	6.3
สกลนคร (31)	19.0	14.3	7.1	16.7	23.8	16.7	2.4
p-value (χ^2)	0.1166						
มหาสารคาม (52)	29.8	14.9	8.5	6.4	12.8	10.6	17.0
ร้อยเอ็ด (36)	5.6	0	2.8	47.2	25.0	11.1	8.3
p-value (χ^2)	0.0065*						
นครศรีธรรมราช (72)	29.2	13.9	19.5	0	12.5	11.1	13.8
สุราษฎร์ธานี (41)	30.0	13.3	3.3	13.3	13.3	16.7	10.0
p-value (χ^2)	0.9909						

หมายเหตุ เพื่อให้ผลการทดสอบ chi-square test ถูกต้องได้รวมรูปแบบที่ 2-7 เข้าด้วยกัน
เพื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบที่ 1
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05 โดยการทดสอบ Chi-square test



ตารางที่ 3.26 ร้อยละของเด็กจำแนกตามรูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพื้นที่

รูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ก่อนเริ่มโครงการ		การประเมินครั้งที่ 3	
	รวมพื้นที่นาร่อง (183)	รวมพื้นที่เปรียบเทียบ (161)	รวมพื้นที่นาร่อง (262)	รวมพื้นที่เปรียบเทียบ (185)
นมแม่อย่างเดียว	25.1	32.9	29.0	20.5
นมแม่และน้ำ	10.9	10.6	13.4	7.6
นมแม่และนมผสม	4.4	8.1	9.8	7.0
นมแม่และอาหารอื่น	27.9	23.0	10.3	27.7
นมผสมและอาหารอื่น	15.8	12.4	18.4	18.9
นมแม่และนมผสมและอาหารอื่น	9.3	9.9	6.1	13.0
นมผสมอย่างเดียว	6.6	3.1	13.0	5.3
P-value	0.2873		<0.001	

3.4.2 ภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

ข้อมูลส่วนนี้ใช้ข้อมูลที่จัดเก็บตามระบบปกติ โดยทีมประเมินผลและสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 จังหวัดนาร่อง และ 5 จังหวัดเปรียบเทียบ เพื่อขอข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี คือ ปี 2549, 2550 และ 2551 ซึ่งเป็นข้อมูลก่อนเริ่มโครงการ แต่พบว่าบางจังหวัดมีการจัดเก็บข้อมูลไม่ต่อเนื่อง หรือเกิดจากเปลี่ยนเจ้าหน้าที่รับผิดชอบจากการโยกย้าย ทำให้ข้อมูลในช่วงปีที่ต้องการไม่มี และข้อมูลในช่วงดำเนินโครงการ 2 ปี (ปี 2552 และ 2553) พื้นที่นาร่อง 4 จังหวัด มีเพียงข้อมูลปี 2552 ที่ครบถ้วน ส่วนข้อมูลปี 2553 ไม่ครบถ้วน จึงไม่นำมาวิเคราะห์ มีเพียงจังหวัดลพบุรี ที่มีข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กครบ ปี 2552 และปี 2553 ข้อมูลภาวะโภชนาการที่ได้รับมีเฉพาะน้ำหนักต่ออายุ ข้อมูลจากจังหวัดเปรียบเทียบปี พ.ศ. 2552 และ 2553 ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จึงไม่นำมาวิเคราะห์

จากตารางที่ 3.27 ก่อนเริ่มโครงการพบว่า เด็ก 0-72 เดือน ร้อยละ 87 ถึงร้อยละ 91 ในแต่ละจังหวัดนาร่อง และแต่ละปีที่มีข้อมูล มีน้ำหนักต่ออายุตามเกณฑ์ หลังเริ่มโครงการหนึ่งปีการกระจายของน้ำหนักต่ออายุในจังหวัดนาร่องแตกต่างจากเดิมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับจังหวัดลพบุรี ที่พบว่า หลังเริ่มโครงการ 2 ปี การกระจายของน้ำหนักต่ออายุ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนจังหวัดเปรียบเทียบมีการกระจายของสัดส่วนเด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุระหว่าง 87.3 ถึง 94.5 ในช่วงปีก่อนเริ่มโครงการสัดส่วนดังกล่าวนี้มีค่าใกล้เคียงกันในแต่ละจังหวัด เนื่องจากไม่มีข้อมูลหลังเริ่มโครงการไปแล้ว จึงไม่สามารถเปรียบเทียบก่อนและหลังเริ่มโครงการได้ (ตารางที่ 3.28)

ตารางที่ 3.27 ร้อยละของเด็กอายุ 0-72 เดือน จำแนกตามภาวะโภชนาการ (น้ำหนักต่ออายุ) ปี ก่อน และหลังเริ่มโครงการ พื้นที่นำร่อง

จังหวัด	จำนวนเด็ก ที่ซึ้ง	น้ำหนักตาม เกณฑ์	น้ำหนัก ค่อนข้าง น้อย	น้ำหนัก น้อยกว่า เกณฑ์	น้ำหนัก ค่อนข้าง มาก	น้ำหนัก มากเกินไป เกณฑ์	P-value
เชียงราย							0.5469
2545	44,658	87.9	11.1	1.0	0	0	
2546	33,526	87.2	11.7	1.1	0	0	
2547	47,785	88.5	4.4	6.2	0.5	0.4	
2552	63,678	79.5	7.6	4.3	3.5	4.3	
ลพบุรี							0.4545
2549	42,458	90.4	3.1	1.6	2.4	2.5	
2550	42,037	89.4	3.3	1.8	2.3	3.2	
2551	42,036	89.9	3.1	1.6	2.4	3.0	
2552	40,716	86.8	3.7	1.7	2.9	3.9	
2553	39,832	87.3	3.3	2.0	2.9	4.1	
กาฬสินธุ์							0.5641
2546	62,569	88.9	10.1	1.0	0	0	
2549	58,373	89.2	7.2	2.2	1.0	0.4	
2550	59,245	88.7	7.1	2.4	1.1	0.7	
2552	71,734	89.4	6.4	2.2	0.98	1.0	
มหาสารคาม							0.3049
2549	53,785	87.3	6.2	3.6	1.6	1.3	
2550	56,884	88.9	5.2	2.9	1.5	1.5	
2551	55,055	88.4	5.5	2.9	1.5	1.7	
2552	53,085	86.7	6.3	3.9	1.8	2.3	
นครศรีฯ							0.8964
2545	56,356	91.9	7.7	0.7	0.4	0	
2550	56,875	90.7	3.6	3.6	2.3	1.8	
2551	70,267	88.9	3.7	3.7	1.9	2.9	
2552	84,036	88.2	3.5	2.7	2.7	3.0	



ตารางที่ 3.28 ร้อยละของเด็กอายุ 0-72 เดือน จำแนกตามภาวะโภชนาการ (น้ำหนักต่ออายุ) ปี
ก่อนเริ่มโครงการ พื้นที่เปรียบเทียบ

จังหวัด	จำนวน เด็กที่ชั่ง	น้ำหนัก ตามเกณฑ์	น้ำหนัก ค่อนข้าง น้อย	น้ำหนัก น้อยกว่า เกณฑ์	น้ำหนัก ค่อนข้าง มาก	น้ำหนัก มากเกินไป
● ลำปาง **						
2545	36,854	93.7	6.1	0.1	0	0
2546	33,609	94.5	5.4	0.1	0	0
2547	2,279	89.9	4.4	3.4	1.0	1.3
● สระบุรี *						
2548	31,762	88.9	3.5	2.5	2.1	3.0
2549	31,902	87.6	4.3	2.6	2.1	3.4
2550	33,993	87.5	3.0	3.4	2.6	4.5
● สกลนคร						
2549	82,690	87.3	5.9	3.7	1.6	1.5
2550	70,731	87.8	5.6	3.3	1.8	1.5
2551	76,127	87.3	5.9	3.6	1.8	1.5
● ร้อยเอ็ด						
2549	80,014	89.0	5.7	2.7	1.3	1.3
2550	79,894	87.6	5.8	3.2	1.6	1.8
2551	77,355	87.5	5.4	3.2	1.8	2.1
● สุราษฎร์ธานี						
2549	72,440	94.2	2.0	1.2	1.5	1.1
2550	63,536	93.7	1.9	1.2	1.4	1.8
2551	55,498	90.7	2.9	1.6	2.1	2.7

ทีมประเมินผลได้นำข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-72 เดือน ปีงบประมาณ 2553 งวดที่ 4 (กรกฎาคม-กันยายน 2553) จากรายงาน 18 แห่ง สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข มาวิเคราะห์เปรียบเทียบเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นข้อมูลแหล่งเดียวกัน ดังตารางที่ 3.29 , 3.30 และ 3.31 พบว่าสัดส่วนของน้ำหนักต่ออายุ ส่วนสูงต่ออายุและน้ำหนักต่อส่วนสูงระหว่างจังหวัดคู่เปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าค่าร้อยละจะไม่ต่างกันมาก ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนตัวอย่างค่อนข้างมาก

ตารางที่ 3.29 น้ำหนักต่ออายุเปรียบเทียบระหว่างคู่วัดนาร่องและจังหวัดเปรียบเทียบ งวดที่ 4
ปีงบประมาณ 2553

พื้นที่ (n)	น้ำหนัก ตาม เกณฑ์	น้ำหนัก ค่อนข้าง น้อย	น้ำหนัก น้อยกว่า เกณฑ์	น้ำหนัก ค่อนข้าง มาก	น้ำหนัก มากกว่า เกณฑ์
เชียงใหม่ (37,376)	63.63	13.95	9.8	5.04	7.59
ลำปาง (17,566)	66.57	13.95	8.83	5.11	5.54
p-value of chi-square	<0.0001				
ลพบุรี (21,894)	66.84	11.41	7.25	6.07	8.42
สระบุรี (21,277)	67.94	10.02	7.43	6.44	8.17
p-value of chi-square	< 0.0001				
กาฬสินธุ์ (29,076)	71.26	11.5	8.08	4.63	4.53
สกลนคร (54,859)	61.28	17.14	13.45	3.64	4.49
p-value of chi-square	< 0.0001				
มหาสารคาม (33,326)	65.21	13.94	10.42	5.04	5.38
ร้อยเอ็ด (56,893)	65.2	14.69	11.72	4.31	4.09
p-value of chi-square	< 0.0001				
นครศรีธรรมราช (44,829)	65.99	12.28	8.83	5.96	6.94
สุราษฎร์ธานี (20,892)	63.73	11.85	9.01	5.96	9.46
p-value of chi-square	< 0.0001				



ตารางที่ 3.30 ส่วนสูงต่ออายุเปรียบเทียบระหว่างคู่งังหวัดน่านและจังหวัดเปรียบเทียบ งดที่ 4
ปีงบประมาณ 2553

พื้นที่ (n)	ปกติ	ค่อนข้าง เตี้ย	เตี้ย	ค่อนข้างสูง	สูงเกิน เกณฑ์
เชียงใหม่ (34,022)	57.41	12.28	19.37	3.93	7.01
ลำปาง (15,901)	55.52	11.53	23.8	4.02	5.13
p-value of chi-square	< 0.0001				
ลพบุรี (20,512)	55.05	10.45	21.83	5.14	7.54
สระบุรี (20,152)	64.44	9.81	13.93	5.23	6.60
p-value of chi-square	< 0.0001				
กาฬสินธุ์ (27,100)	54.22	11.13	22.06	4.18	8.42
สกลนคร (48,922)	56.6	13.92	21.55	3.07	4.86
p-value of chi-square	< 0.0001				
มหาสารคาม (30,019)	61.08	11.25	16.38	4.68	6.61
ร้อยเอ็ด (51,173)	60.85	11.67	19.29	3.64	4.54
p-value of chi-square	< 0.0001				
นครศรีธรรมราช (41,686)	57.96	11.78	21.05	4.19	5.02
สุราษฎร์ธานี (19,624)	51.97	12.17	26.15	4.1	5.61
p-value of chi-square	< 0.0001				

ตารางที่ 3.31 น้ำหนักต่อส่วนสูงเปรียบเทียบระหว่างคู่งจังหวัดน่านและจังหวัดเปรียบเทียบ งวดที่ 4
ปีงบประมาณ 2553

พื้นที่ (n)	สมส่วน	ค่อนข้าง ผอม	ผอม	ท้วม	เริ่มอ้วน	อ้วน
เชียงราย (25,678)	71.58	4.97	6.45	5.65	5.6	5.74
ลำปาง (12,187)	68.45	4.47	7.03	5.91	6.77	7.37
p-value of chi-square	< 0.0001					
ลพบุรี (15,477)	63.61	4.57	8.04	5.96	7.32	10.49
สระบุรี (16,191)	69.87	3.67	6.43	6.34	6.03	7.66
p-value of chi-square	< 0.0001					
กาฬสินธุ์ (20,656)	67.62	4.9	9.35	6.1	5.88	6.15
สกลนคร (37,821)	69.66	6.44	9.91	4.34	4.63	5.02
p-value of chi-square	< 0.0001					
มหาสารคาม (23,957)	68.59	5.75	10.03	5.25	5.3	5.08
ร้อยเอ็ด (40,846)	72.38	4.79	8.05	5.11	4.81	4.86
p-value of chi-square	< 0.0001					
นครศรีธรรมราช (31,691)	69.45	4.12	5.86	6.24	6.82	7.51
สุราษฎร์ธานี (14,217)	63.92	3.36	5.49	7.05	8.69	11.49
p-value of chi-square	< 0.0001					

3.4.3 พัฒนาการเด็ก

ทีมพัฒนาการของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้ทดสอบพัฒนาการเด็ก อายุ 9-24 เดือน ในพื้นที่น่านและพื้นที่เปรียบเทียบ หลังดำเนินโครงการไปแล้ว 2 ปี เมื่อเดือนธันวาคม 2553 ถึงเดือน มีนาคม 2554 มีเด็กจากพื้นที่น่าน 195 คน และเด็กจากพื้นที่เปรียบเทียบ 181 คน

ตารางที่ 3.32 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก และตัวเด็กเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ ในการ ประเมินครั้งหลัง พบว่าลักษณะทั่วไปดังกล่าวทั้งหมดของทั้งสองพื้นที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 3.33 แสดงผลการทดสอบพัฒนาการของเด็ก จากการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 พบว่าการประเมินครั้งที่ 3 พัฒนาการโดยรวม ร้อยละ 12.0 ของเด็ก ทั้ง 2 พื้นที่ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยร้อยละ 15.39 เป็นเด็กพื้นที่นาร่องและร้อยละ 8.29 เป็นเด็กพื้นที่เปรียบเทียบ ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.0341$) เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้าน โดยเด็กที่ไม่ผ่านการทดสอบข้อใดข้อหนึ่ง (Fail) หรือ Caution จะจัดอยู่ในกลุ่มสงสัยว่าล่าช้า ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 3.7 ของเด็ก มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา ร้อยละ 5.6 สงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 1.1 สงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อเล็ก และร้อยละ 0.8 สงสัยล่าช้าด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่นาร่องและพื้นที่เปรียบเทียบ สัดส่วนของเด็กสงสัยล่าช้าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ ด้านย่อย

ตารางที่ 3.32 ร้อยละของลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็ก จำแนกตามพื้นที่นาร่องและพื้นที่ควบคุม

ลักษณะทั่วไป		พื้นที่นาร่อง	พื้นที่เปรียบเทียบ	p-value
● อายุแม่ (ปี)	n	195	180	0.1766
< 20		9.74	10.55	
20 – 29		55.38	48.33	
30 – 39		32.82	35.0	
≥ 40		2.05	6.11	
● อายุพ่อ (ปี)	n	195	181	0.0773
< 20		4.1	3.86	
20 – 29		50.77	39.78	
30 – 39		37.43	41.98	
≥ 40		7.69	14.36	
● สถานภาพสมรส	n	195	180	0.5412
คู่		93.33	91.67	
แยก หย่า หม้าย		6.67	8.33	
● ผู้เลี้ยงดูเด็กหลักในเวลากลางวัน	n	191	176	0.1265
แม่ หรือพ่อ หรือทั้งคู่		72.25	62.5	
ปู่ย่าตายาย หรือ ลุงป้า น้าอา		27.23	36.36	
จ้างคนอื่นเลี้ยงหรือฝากศูนย์เด็กเล็ก		0.53	1.14	

ตารางที่ 3.32 ร้อยละของลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็ก จำแนกตามพื้นที่นำร่องและพื้นที่ควบคุม (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป		พื้นที่นำร่อง	พื้นที่เปรียบเทียบ	p-value
● สถานที่เด็กคลอด	n	194	181	0.0052
รพท./ศ		67.52	75.69	
รพช.		31.96	20.44	
โรงพยาบาลเอกชน		0.52	3.87	
● การคลอด	n	195	180	0.8341
คลอดครบกำหนด		93.33	92.78	
คลอดก่อนกำหนด		6.67	7.22	
● น้ำหนัก เมื่อแรกคลอด (กรัม)	n	195	181	0.1623
< 2,500		7.18	7.73	
2,500 – 2,999		28.72	38.12	
3,000 – 3,499		45.13	41.44	
≥ 3,500		18.97	12.71	
● อาหารที่เด็กได้รับปัจจุบัน	n	194	180	0.1151
นมแม่และอาหารอื่น		25.77	18.33	
นมแม่และนมผสมและอาหารอื่น		23.2	20.56	
นมผสมและอาหารอื่น		51.03	61.11	
● การเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา	n	195	180	0.6944
เจ็บป่วย		63.08	61.11	
ไม่เจ็บป่วย		36.92	38.89	
● สถานที่นำเด็กไปรับวัคซีน	n	195	180	0.2095
โรงพยาบาล		40.51	48.33	
สถานีนานามัย		54.36	48.89	
คลินิกเอกชน		5.13	2.78	



ตารางที่ 3.33 ร้อยละของเด็กอายุระหว่าง 9-24 เดือน จำแนกตามพื้นที่และระดับพัฒนาการ

(ทดสอบโดย Denver II)

พัฒนาการ	การประเมินครั้งที่ 1			การประเมินครั้งที่ 3		
	รวม (388)	พื้นที่นำ ร่อง (203)	พื้นที่ เปรียบ เทียบ (185)	รวม (376)	พื้นที่ นำร่อง (195)	พื้นที่ เปรียบ เทียบ (181)
พัฒนาการโดยรวม						
- ปกติ	75.8	70.9	81.1	88.0	84.61	91.71
- สงสัยล่าช้า	24.2	29.1	18.9	12.0	15.39	8.29
P - value		0.019			0.0341	
พัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง						
- ปกติ	97.7	97.0	98.4	99.2	99.0	99.45
- สงสัยล่าช้า	2.3	3.0	1.6	0.8	1.0	0.55
P – value (Fisher Exact test)		0.507			0.6209	
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว						
- ปกติ	95.6	94.1	97.3	98.9	98.46	99.45
- สงสัยล่าช้า	4.4	5.9	2.7	1.1	1.54	0.55
P - value		0.123			0.3497	
พัฒนาการด้านภาษา						
- ปกติ	90.7	89.2	92.4	96.3	96.41	96.13
- สงสัยล่าช้า	9.3	10.8	7.6	3.7	3.59	3.87
P - value		0.268			0.8861	
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่						
- ปกติ	92.5	91.6	93.5	94.4	92.82	92.13
- สงสัยล่าช้า	7.5	8.4	6.5	5.6	7.18	3.87
P - value		0.480			0.7998	

ได้วิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการรวมและแต่ละด้านระหว่างคู่จังหวัดน่านและจังหวัดเปรียบเทียบ (ตารางที่ 3.34) พบว่า พัฒนาการรวมและด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ของคู่จังหวัดกาฬสินธุ์และสกลนคร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคู่จังหวัดอื่นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

นอกจากนั้นได้วิเคราะห์ความแตกต่าง ของพัฒนาการรวมและแต่ละระดับระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ของแต่ละจังหวัด (ตารางที่ 3.35 และ 3.36) พบว่า จังหวัดเชียงราย กาฬสินธุ์ ลำปาง มีสัดส่วนเด็กมีพัฒนาการรวมปกติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จังหวัดลพบุรี กาฬสินธุ์ และลำปาง มีสัดส่วนเด็กมีพัฒนาการด้านภาษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 3.34 ร้อยละของเด็กที่จำแนกตามระดับพัฒนาการและจังหวัด ในการประเมินครั้งที่ 3

พัฒนาการ	เชียงใหม่	ลำปาง	สุพรรณบุรี	กาฬสินธุ์	สกลนคร	มหาสารคาม	ร้อยเอ็ด	นครศรีฯ	สุราษฎร์ฯ
จำนวนเด็ก	43	36	38	36	36	36	36	42	37
พัฒนาการรวม									
- ปกติ	83.7	94.4	81.6	77.8	94.4	91.7	94.4	88.1	86.5
- สงสัยล่าช้า	16.3	5.6	18.4	22.2	5.6	8.3	5.6	11.9	13.5
p-value (χ^2)	0.1365		0.3774	0.0418*		0.6524		0.8309	
ด้านสังคม									
- ปกติ	97.7	100	97.4	100	100	100	100	100	97.3
- สงสัยล่าช้า	2.3	0	2.6	0	0	0	0	0	2.7
p-value (χ^2)	0.3598		0.3301	NA	NA	NA		0.2839	
กล้ามเนื้อเล็ก									
- ปกติ	100	100	97.4	97.2	100	100	100	97.6	97.3
- สงสัยล่าช้า	0	0	2.6	2.8	0	0	0	2.4	2.7
p-value (χ^2)	NA		0.3301	0.3120		-		0.9326	
ด้านภาษา									
- ปกติ	90.7	100	100	94.4	94.4	97.2	94.4	100	97.3
- สงสัยล่าช้า	9.3	0	0	5.6	5.6	2.8	5.6	0	2.7
p-value	0.0604		0.1391	1.0000		0.5537		0.2839	
กล้ามเนื้อใหญ่									
- ปกติ	93.0	94.4	92.1	88.9	100	97.2	97.2	92.9	94.6
- สงสัยล่าช้า	7.0	5.6	7.9	11.1	0	2.8	2.8	7.1	5.4
p-value	0.7996		0.6941	0.0397*		1.000		0.7564	

*p-value < 0.05

NA = Not applicable

ตารางที่ 3.35 ร้อยละของเด็กที่จำแนกตามระดับพัฒนาการจากการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ในจังหวัดน่าน

พัฒนาการ	เขียนราย		ลพบุรี		กาฬสินธุ์		มหาสารคาม		นครศรีธรรมราช	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 3
จำนวนเด็ก	42	43	39	38	37	36	37	36	48	42
พัฒนาการรวม										
- ปกติ	64.3	83.7	82.1	81.6	51.4	77.8	75.7	91.7	79.2	88.1
- สงสัยล่าช้า	35.7	16.3	17.9	18.4	48.6	22.2	24.3	8.3	20.8	11.9
p-value (χ^2)	0.0412*		0.9546		0.0185*		0.0650		0.2581	
ด้านสังคม										
- ปกติ	97.6	97.7	97.4	97.4	94.6	100	97.3	100	97.9	100
- สงสัยล่าช้า	2.4	2.3	2.6	2.6	5.4	0	2.7	0	2.1	0
p-value (χ^2)	0.9757		1.0000		0.1574		0.3208		0.3449	
กล้ามเนื้อโตเล็ก										
- ปกติ	92.9	100	100.0	97.4	89.2	97.2	100.0	100	89.6	97.6
- สงสัยล่าช้า	8.1	0	0	2.6	10.8	2.8	0	0	10.4	2.4
p-value (χ^2)	0.0753		0.3108		0.1762		-		0.1290	
ด้านภาษา										
- ปกติ	88.1	90.7	87.2	100	78.4	94.4	91.9	97.2	97.9	100
- สงสัยล่าช้า	11.9	9.3	12.8	0	21.6	5.6	8.1	2.8	2.1	0
p-value (χ^2)	0.6969		0.0226*		0.0469*		0.3201		0.3449	
กล้ามเนื้อโตใหญ่										
- ปกติ	91.0	93.0	100.0	92.1	94.6	88.9	97.2	97.2	93.8	92.9
- สงสัยล่าช้า	9.0	7.0	0	7.9	5.4	11.1	2.8	2.8	6.2	7.1
p-value (χ^2)	0.7338		0.0734		0.3751		1.0000		0.8640	

*p-value <0.05



ตารางที่ 3.36 ร้อยละของเด็กที่จำแนกตามระดับพัฒนาการจากการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ในจังหวัดเปรียบเทียบ

พัฒนาการ	ล่าช้า ครั้งที่ 1		ล่าช้า ครั้งที่ 3		สระบุรี ครั้งที่ 1		สระบุรี ครั้งที่ 3		สกลนคร ครั้งที่ 1		สกลนคร ครั้งที่ 3		ร้อยเอ็ด ครั้งที่ 1		ร้อยเอ็ด ครั้งที่ 3		สุราษฎร์ธานี ครั้งที่ 1		สุราษฎร์ธานี ครั้งที่ 3	
จำนวนเด็ก	40		36		36		36		37		36		36		36		36		37	
พัฒนาการรวม																				
- ปกติ	77.5		94.4		75.5		88.9		86.5		94.4		81.1		94.4		80.6		86.5	
- สงสัยล่าช้า	22.5		5.6		25.0		11.1		13.5		5.6		13.9		5.6		19.4		13.5	
p-value (χ^2)	0.0367*				0.1372				0.2521				0.0852				0.4962			
ด้านสังคม																				
- ปกติ	95.0		100		97.2		100		100.0		100		100.0		100		100		97.3	
- สงสัยล่าช้า	5.0		0		2.8		0		0		0		0		0		0		2.7	
p-value (χ^2)	0.1739				0.3120				-				-				0.3208			
กล้ามเนื้อมัดเล็ก																				
- ปกติ	100		100		94.4		100		97.3		100		94.4		100		100.0		97.3	
- สงสัยล่าช้า	0		0		5.6		0		2.7		0		5.6		0		0		2.7	
p-value (χ^2)	-				0.1498				0.3208				0.1498				0.3208			
ด้านภาษา																				
- ปกติ	87.5		100		91.7		94.4		89.2		94.4		97.2		94.4		97.2		97.3	
- สงสัยล่าช้า	12.5		0		8.3		5.6		10.8		5.6		2.8		5.6		2.8		2.7	
p-value (χ^2)	0.0282*				0.6524				0.4191				0.5537				0.9792			
กล้ามเนื้อมัดใหญ่																				
- ปกติ	92.5		94.4		86.1		94.4		100.0		100		89.2		97.2		91.7		94.6	
- สงสัยล่าช้า	7.5		5.6		13.9		5.6		0		0		10.8		2.8		8.3		5.4	
p-value (χ^2)	0.7391				0.2352				-				0.1776				0.6234			

*p-value <0.05

3.5 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ และนวัตกรรมการทำงาน

ข้อมูลส่วนนี้ เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ และนวัตกรรมการทำงานในคลินิก WCC คุณภาพ ซึ่งจะนำเสนอออกเป็น 6 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 3.5.1 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ รพท./รพศ. (ภาพที่ 3.12)
- 3.5.2 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ รพช. (ภาพที่ 3.13)
- 3.5.3 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. (ภาพที่ 3.14)
- 3.5.4 อัตราส่วนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ
- 3.5.5 กิจกรรมที่ให้บริการตามมาตรฐานคลินิก WCC คุณภาพ
- 3.5.6 นวัตกรรม (Best Practices) ในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

3.5.1 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ รพท./รพศ. (ภาพที่ 3.12)

การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ รพท./รพศ. มีกิจกรรมสำคัญ 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การยื่นบัตรคิว เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะค้นแฟ้มประวัติ และจัดคิวให้บริการตามที่ได้นัดไว้ โดย รพท./รพศ. 1 แห่ง ได้มีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์กิจกรรมที่เด็กพึงได้รับตามช่วงอายุว่า เด็กอายุเท่าไรจะได้รับการอะไรบ้าง

กิจกรรมที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ เป็นจุดให้บริการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/ความยาว และวัดเส้นรอบศีรษะ พร้อมกับการประเมินภาวะโภชนาการ และ Plot กราฟโภชนาการ โดย รพท./รพศ. 1 แห่ง จะมีกิจกรรมการวัดรอบอกเพิ่มเติมด้วย

กิจกรรมที่ 3 การซักประวัติและนัดวัคซีนครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การตรวจและประเมินพัฒนาการ

กิจกรรมที่ 5 การตรวจฟัน เด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี จะถูกส่งต่อไปยังคลินิกทันตกรรม ซึ่งบางแห่งจะอยู่บริเวณใกล้กับคลินิก WCC คุณภาพ และมีการนัดหมายดูแลต่อเนื่องต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การตรวจร่างกาย รพท./รพศ. จะมีกุมารแพทย์หรือแพทย์มาให้บริการตรวจร่างกายเด็กทุกครั้ง ส่วน รพท./รพศ. 1 แห่ง กุมารแพทย์ตรวจร่างกายเด็กเฉพาะช่วงอายุ เช่น เด็ก 2 เดือน และเด็ก 1 ปี เป็นต้น รพท./รพศ. 5 แห่ง มีการตรวจภาวะโลหิตจางเด็กทุกราย อีก 1 แห่งจะตรวจเมื่อตรวจร่างกายเด็กแล้วสงสัยว่ามีภาวะซีด มี 1 แห่งที่มีการตรวจการได้ยินของเด็ก เมื่อเด็กอายุ 4 ปี โดยแพทย์เฉพาะทาง ส่วนการตรวจอื่นๆ ยังทำไม่สมบูรณ์

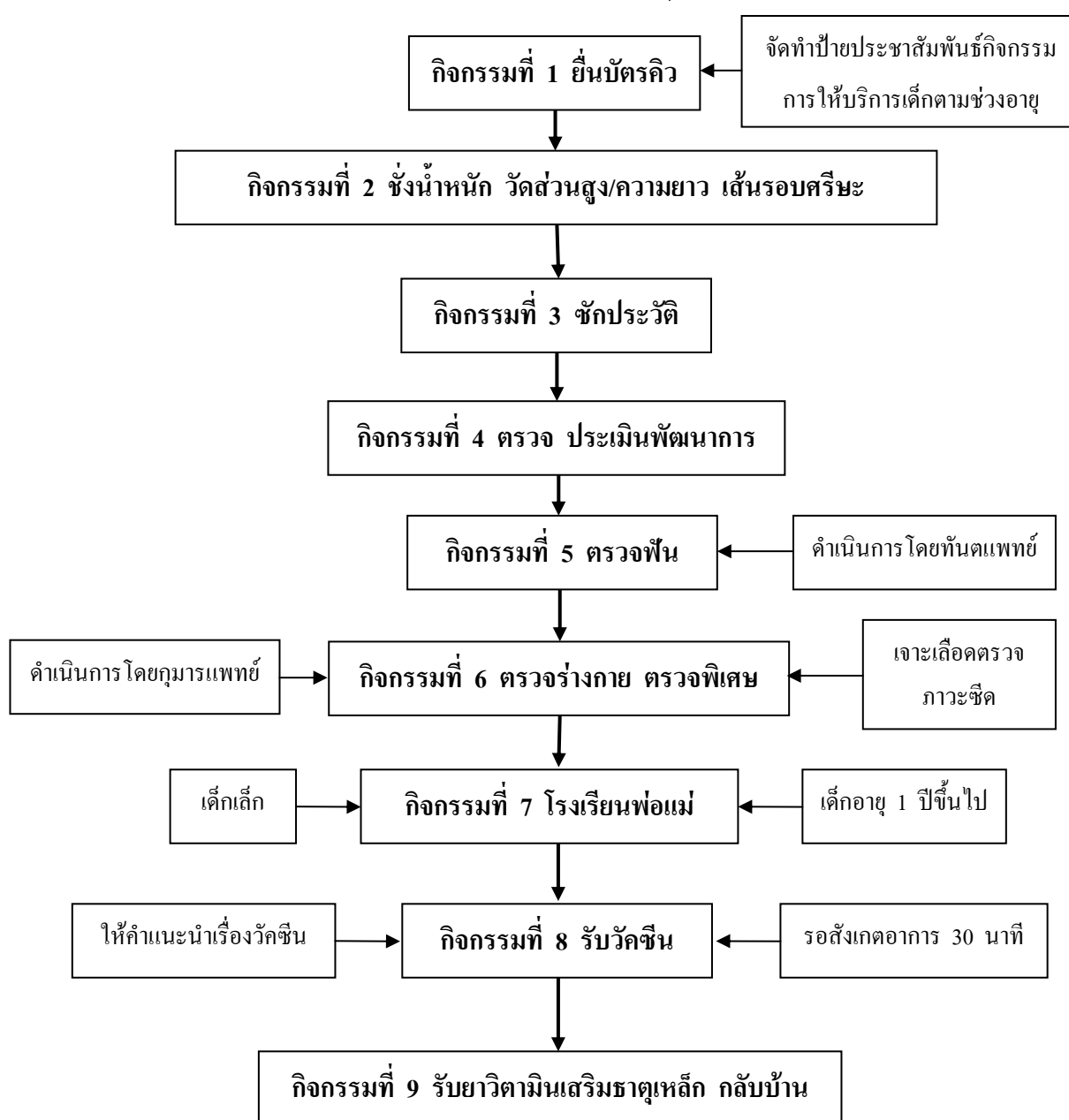


กิจกรรมที่ 7 การจัดโรงเรียนพ่อแม่ รพท./รพศ. 1 แห่ง เน้นจัดโรงเรียนพ่อแม่ในกลุ่มเด็กเล็กให้ได้มากขึ้น ส่วนรพท./รพศ. อีก 2 แห่ง เน้นจัดโรงเรียนพ่อแม่ในกลุ่มเด็กที่มีอายุ 1 ปีขึ้นไปก่อน

กิจกรรมที่ 8 การให้วัคซีน โดย รพท./รพศ. ทั้ง 6 แห่งมีการให้วัคซีนแก่เด็ก และให้คำแนะนำเรื่องวัคซีนที่ได้รับแก่พ่อแม่หรือผู้ปกครอง และทุกแห่งแนะนำพ่อแม่หรือผู้ปกครองรอสังเกตอาการของเด็ก 30 นาทีหลังให้วัคซีน

กิจกรรมที่ 9 การรับยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กและกลับบ้าน มีเพียง รพท./รพศ. 1 แห่ง ที่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 3 ปี จะได้รับยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กกลับไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 3.12 FLOW CHART การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ ของสถานบริการระดับ รพท./รพศ.



3.5.2 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ รพช. (ภาพที่ 3.13)

การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ รพช. มีกิจกรรมสำคัญ 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การยืนยันบัตรคิว ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะยืนยันบัตรคิวพร้อมสมุดบันทึกสุขภาพที่คลินิก WCC โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของ รพช. 1 แห่ง จะค้นแฟ้มประวัติของเด็กไว้ล่วงหน้า ก่อน เด็กที่เข้าระบบตามนัดจะเตรียม Family Folder และ OPD Card ไว้เรียบร้อยแล้ว แต่ถ้าเป็นเด็กนอกเขต (Walk In) จะต้องไปยืนยันบัตรที่แผนก OPD หรือแผนกประชาสัมพันธ์ก่อนที่จะมารับบริการที่คลินิก WCC ในลำดับต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ โดยหลังจากยืนยันบัตรคิวแล้ว รพช. ส่วนใหญ่จะให้พ่อแม่ ปู่ย่าตายายช่วยเจ้าหน้าที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วน/สูงความยาว และวัดเส้นรอบศีรษะ เพื่อจะได้เรียนรู้ด้วยตนเอง แล้วแจ้งเจ้าหน้าที่หรือพยาบาล เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ โดยเจ้าหน้าที่ รพช. 1 แห่ง จะให้พ่อแม่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงด้วยตนเองแล้วแจ้งเจ้าหน้าที่ ส่วน รพช. อีก 1 แห่ง จะประเมินภาวะโภชนาการ และ Plot กราฟโภชนาการแล้วแจ้งให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองทราบข้อมูล มี รพช. 1 แห่งที่สอนให้พ่อแม่ Plot กราฟโภชนาการเด็ก และประเมินพัฒนาการตามวัยในสมุดบันทึกสุขภาพฯ ให้เรียบร้อยแล้วมาตรวจในกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป

นอกจากนี้แล้วยังพบว่า รพช. 1 แห่ง ระหว่างรอทำกิจกรรมในจุดนี้ พยาบาล และจิตอาสาจะให้ลูกศึกษาแก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองตามเวลาจะอำนวย โดยจะให้ความรู้เรื่องทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก และการ Plot กราฟโภชนาการ หากมีปัญหาภาวะโภชนาการก็จะให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ และการดูแลเด็กเป็นรายๆ

กิจกรรมที่ 3 การซักประวัติและนัดวัคซีนครั้งต่อไป โดย รพช. ทุกแห่งจะแจ้งให้ผู้ปกครองทราบว่า วันนี้เด็กจะได้รับวัคซีนอะไร และนัดครั้งต่อไปเด็กจะรับวัคซีนอะไร

กิจกรรมที่ 4 การตรวจและประเมินพัฒนาการ โดย รพช. 1 แห่ง จะมีพยาบาลทำหน้าที่ตรวจประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบฟอร์มอนามัย 49 โดย รพช. แห่งหนึ่ง หากพบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะส่งต่อไปที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การตรวจฟัน โดย รพช. 2 แห่ง เด็กที่มีอายุตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ จะได้รับการตรวจสุขภาพฟันโดยทันตภิบาล และจะแจกแปรงสีฟันให้กับเด็กที่มาใช้บริการด้วย

กิจกรรมที่ 6 การตรวจร่างกาย โดย รพช. 3 แห่ง จะตรวจร่างกายเด็กด้วยการสอบถามและสังเกต ซึ่งดำเนินการโดยพยาบาล ถ้าตรวจแล้วพบเด็กมีปัญหาสุขภาพ และความผิดปกติอื่นๆ ก็จะส่งให้แพทย์ (OPD) ตรวจร่างกายเด็กอย่างละเอียด เพื่อยืนยันผลการตรวจอีกครั้ง



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

พร้อมทั้งให้การรักษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำที่มักเป็นแพทย์ใช้ทุน ยกเว้นบางแห่งที่มีกุมารแพทย์ประจำ กุมารแพทย์ก็จะเป็นผู้ดูแล

เด็กที่มีอายุ 4 ปีจะได้รับบริการตรวจวัดความดันโลหิต ส่วนเด็กที่มีอายุ 1 ปี จะเจาะเลือดตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) เช่นเดียวกับ รพช. อีก 1 แห่ง ก็จะตรวจภาวะโลหิตจางเช่นกัน แต่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (Lab) และสามารถทราบผลการตรวจเลือดได้ภายในวันเดียวกัน นอกจากนี้แล้วยังพบว่า รพช. เพียงแห่งเดียว ที่ได้ดำเนินการให้บริการตรวจภาวะออสติทิกส์แก่เด็ก

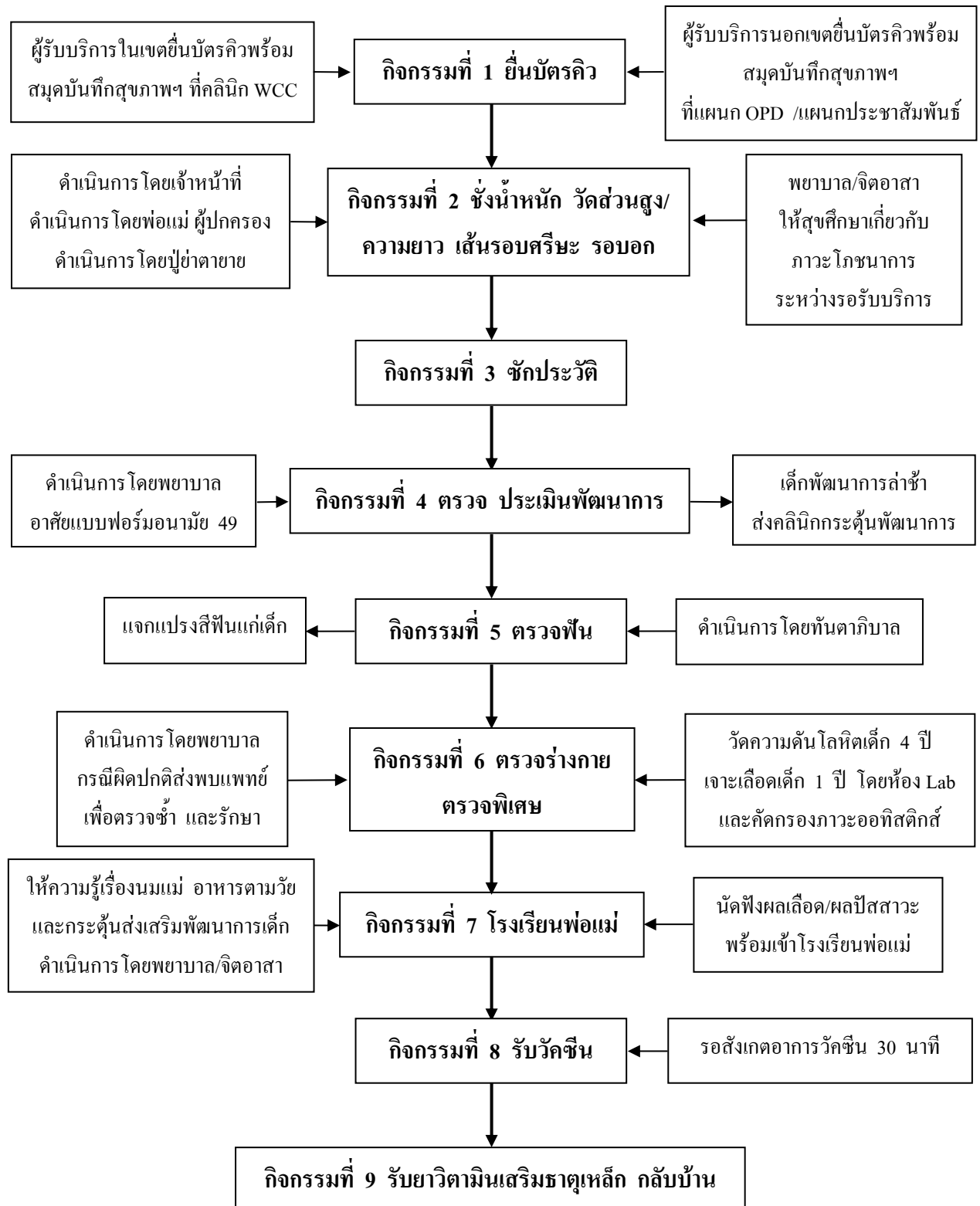
กิจกรรมที่ 7 การจัดโรงเรียนพ่อแม่ โดยพยาบาลหรือจิตอาสาของ รพช. 2 แห่ง ได้ให้คำปรึกษาแนะนำแก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กตามตารางกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เช่น นมแม่ อาหารตามวัย การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กล่วงหน้า และเรื่องอื่นๆ เช่นเดียวกับ รพช. อีก 1 แห่ง ที่จะนัดพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กมาเข้ากิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ในวันที่มารับฟังผลตรวจความเข้มข้นของเลือดและผลตรวจปัสสาวะของเด็ก

กิจกรรมที่ 8 การให้วัคซีน โดย รพช. ทั้งหมดฉีดวัคซีน ให้ยาลดไข้ และให้สังเกตอาการ 30 นาทีหลังรับวัคซีน แต่ไม่ได้เคร่งครัด มีเพียง รพช. 1 แห่ง ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมืออยู่รอสังเกตอาการเด็กหลังฉีดวัคซีน 30 นาที

กิจกรรมที่ 9 การรับยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กและกลับบ้าน มีเพียง รพช. 2 แห่ง ที่มอบยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้แล้วยังพบว่า การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของ รพช. 1 แห่ง มีรูปแบบ One Stop Service คือ ทุกกิจกรรมสามารถให้บริการเบ็ดเสร็จได้ที่คลินิก WCC นี้ ยกเว้นหากต้องชำระเงินจะต้องไปที่ฝ่ายการเงินเท่านั้น

ภาพที่ 3.13 FLOW CHART การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ ของสถานบริการระดับ รพช.





3.5.3 การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. (ภาพที่ 3.14)

การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพของสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. จำนวนทั้งสิ้น 37 แห่ง มีกิจกรรมสำคัญ 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การยื่นบัตรคิว พ่อแม่หรือผู้ปกครองส่วนใหญ่จะยื่นบัตรคิว พร้อมสมุดบันทึกสุขภาพฯ ให้กับเจ้าหน้าที่ เพื่อรอรับบริการตามคิว โดยเจ้าหน้าที่ของ สอ./รพ.สต. แต่ละแห่ง จะทำหน้าที่ค้นแฟ้มประวัติ และตรวจเอกสารวันนัด ส่วน สอ./รพ.สต. แห่งหนึ่ง จะมีคนงานทำหน้าที่ช่วยค้นหาประวัติของเด็ก ที่มารับบริการ เนื่องจากบุคลากรมีจำกัด

กิจกรรมที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ อสม. จิตอาสา หรือแม่อาสา ที่เข้ามาช่วยงานในคลินิก WCC ของ สอ./รพ.สต. 7 แห่ง ได้เข้ามาทำหน้าที่ช่วยชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง วัดเส้นรอบศีรษะเด็ก และประเมินภาวะโภชนาการโดยกราฟในสมุดบันทึกสุขภาพฯ ส่วน อสม. ที่เข้ามาช่วยงานใน สอ./รพ.สต. อีก 1 แห่ง ได้สอนให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และวัดเส้นรอบศีรษะเด็ก รวมทั้งจดบันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพฯ หรือจดมาให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กอีกครั้ง

นอกจากนี้แล้ว อสม. ที่เข้ามาช่วยงานในคลินิก WCC ของ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง จะทำหน้าที่ ประเมินภาวะโภชนาการ Plot กราฟโภชนาการ และอธิบายภาวะโภชนาการให้แก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองอีกด้วย

กิจกรรมที่ 3 การชักประวัติและนัดวัคซีนครั้งต่อไป การชักประวัติส่วนใหญ่เป็นเรื่องวัคซีน นมแม่ และเน้นการนัดวัคซีนครั้งต่อไป ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ ส่วน สอ./รพ.สต. 1 แห่ง ดำเนินการโดย อสม. ซึ่งได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาความรู้ในเรื่องดังกล่าว

กิจกรรมที่ 4 การตรวจและประเมินพัฒนาการ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง ใช้แบบฟอร์มอนามัย 49 เป็นเครื่องมือประกอบการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก สอ./รพ.สต. อีก 2 แห่ง ประเมินพัฒนาการเด็กโดยสมุดบันทึกสุขภาพฯ และลงข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพฯ ส่วน สอ./รพ.สต. 2 แห่ง ประเมินพัฒนาการเด็ก โดยการสอบถามข้อมูลพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ส่วน รพ.สต. ที่เหลือไม่มีการประเมินพัฒนาการเด็ก

กิจกรรมที่ 5 การตรวจฟัน เด็กที่มารับบริการที่ สอ./รพ.สต. แห่งหนึ่ง จะนัดมารับบริการตรวจฟันอีกครั้ง และ สอ./รพ.สต. อีก 1 แห่ง จะแจกแปรงสีฟันให้แก่เด็กที่มารับบริการตรวจฟัน โดย รพ.สต. ไตที่มีทันตภิบาล จะมีกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 การตรวจร่างกาย สอ./รพ.สต. 3 แห่ง พยาบาลจะทำหน้าที่ตรวจร่างกายเฉพาะเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี และเด็กที่มีอายุเกิน 1 ปีบางรายนั้นจะให้บริการตรวจร่างกายตามลักษณะอาการที่พบ

การตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆ พบว่า สอ./รพ.สต. 3 แห่ง ได้มีการเจาะเลือดเด็กตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) โดย สอ./รพ.สต. ในจำนวนนี้ 1 แห่ง จะส่งเด็กที่มีอายุ 9 เดือนไปเจาะเลือดตรวจความเข้มข้นของเลือดที่ รพ. แม่ข่าย และ สอ./รพ.สต. อีกแห่งหนึ่ง เด็กจะได้พบแพทย์ที่มาจากโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาผลเจาะเลือดและให้คำแนะนำรักษา

นอกจากนี้แล้ว รพ.สต. 1 แห่ง มีการตรวจปัสสาวะเด็กอายุ 4 ปี แต่อาจไม่ครบทุกราย การคัดกรองภาวะอหิวาต์ของเด็คนั้น มีการตรวจน้อยแห่ง มี สอ./รพ.สต. 1 แห่ง คัดกรองในชุมชนจากการเยี่ยมบ้าน ส่วนการตรวจสายตา และการวัดความดันเด็ก ยังไม่มีแห่งใดให้บริการ

กิจกรรมที่ 7 การจัดโรงเรียนพ่อแม่ โดย สอ./รพ.สต. 1 แห่ง เจ้าหน้าที่จะจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และให้สุขศึกษา โดยมีเนื้อหาสาระเน้นตามกลุ่มอายุเด็ก ส่วน สอ./รพ.สต. แห่งหนึ่ง จะให้ความรู้ และคำปรึกษาแนะนำทั้งรายกลุ่มและรายคน นอกจากนี้แล้วยังพบว่า สอ./รพ.สต. อีก 1 แห่ง มีการแจกแผ่นพับ หรือเอกสารความรู้ต่างๆ ให้แก่ผู้ปกครองได้นำกลับไปอ่านที่บ้านด้วย ส่วนที่เหลือให้คำแนะนำ เมื่อมีคำถามจากผู้ดูแลเด็ก

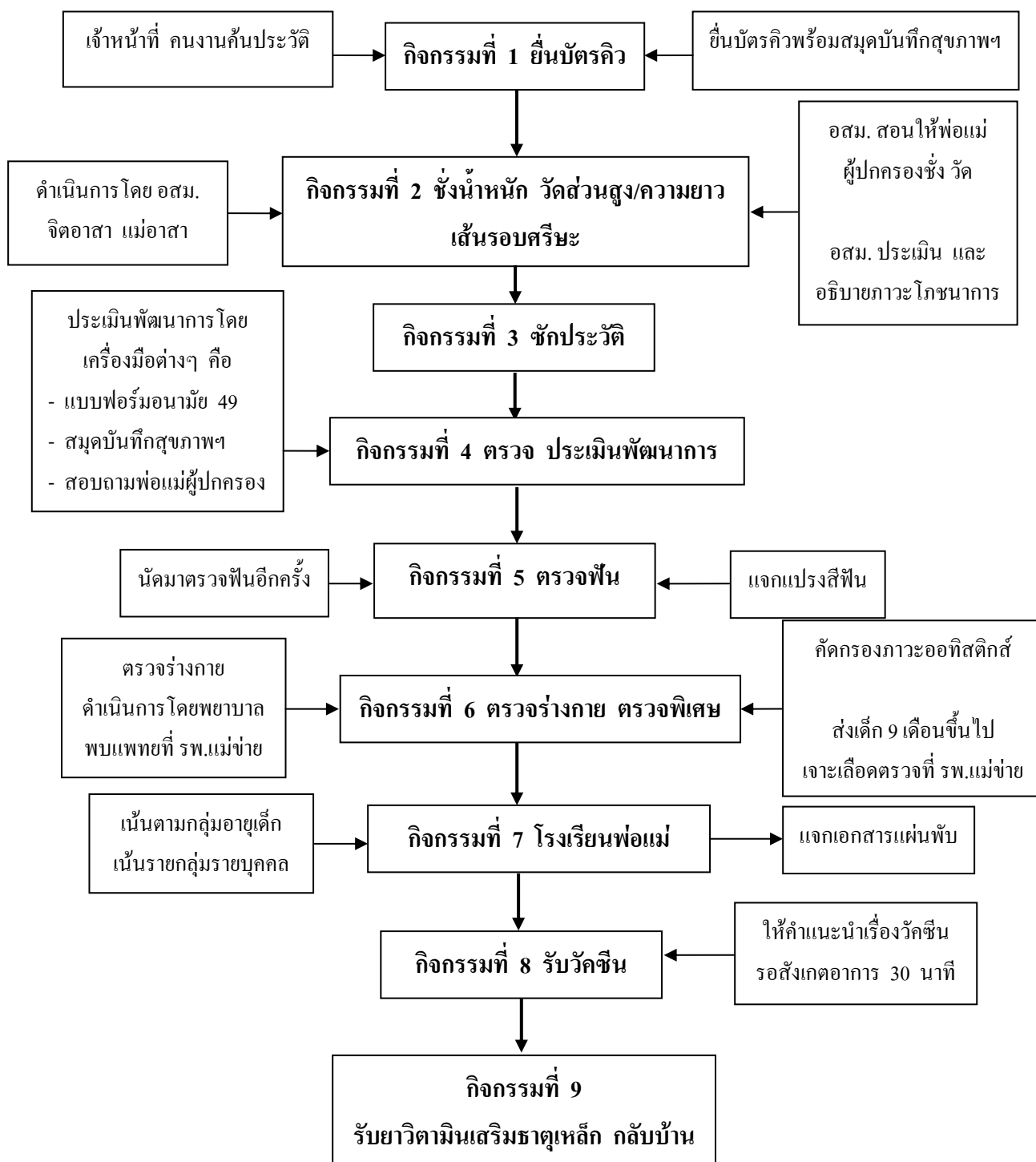
กิจกรรมที่ 8 การให้วัคซีน สอ./รพ.สต. ทุกแห่งจะมีการประเมินเรื่องวัคซีน การให้คำแนะนำเรื่องวัคซีน การให้วัคซีน และนัดวัคซีนครั้งต่อไป โดย สอ./รพ.สต. 9 แห่ง พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมืออยู่รอสังเกตอาการเด็กหลังฉีดวัคซีน 30 นาที

กิจกรรมที่ 9 การรับยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กและกลับบ้าน โดย สอ./รพ.สต. เพียง 2 แห่ง ได้มอบยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง ส่วน สอ./รพ.สต. อีก 1 แห่ง จะมอบให้เด็กเฉพาะรายที่มีภาวะซีดเท่านั้น ส่วนที่เหลือไม่มีบริการเนื่องจากยาหมด

นอกจากนี้แล้วยังพบว่า สอ./รพ.สต. 1 แห่ง ได้มีการวางระบบหรือขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน โดยเริ่มจากการจัดทำทะเบียนวันนัดพร้อมเบอร์โทรศัพท์ กรณีที่เด็กไม่มารับบริการตรงเวลาก็จะโทรศัพท์ติดตามหรือให้ อสม. ติดตามให้มารับบริการในวันเวลาที่กำหนดไว้



ภาพที่ 3.14 FLOW CHART การจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ ของสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต.



3.5.4 อัตราส่วนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ

ค่ามัธยฐานจำนวนผู้ให้บริการคลินิก WCC คุณภาพในแต่ละจังหวัด รวมทุกระดับสถานบริการ คือ 3-4 คน น้อยที่สุด คือ 1 คน มากที่สุด คือ 20 คน ส่วนค่ามัธยฐานจำนวนผู้รับบริการคลินิก WCC คุณภาพในแต่ละจังหวัด รวมทุกระดับสถานบริการ คือ 22.5-40 คน น้อยที่สุด คือ 6 คน มากที่สุด คือ 120 คน อัตราส่วนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ คือ ตั้งแต่ 1:6 ถึง 1:13 ภาพรวม 5 จังหวัด คือ 1:12 (ตารางที่ 3.37)

เมื่อจำแนกตามระดับสถานบริการพบว่า ระดับ สอ./รพ.สต. ในทุกจังหวัด มีผู้ให้บริการน้อยต่อจำนวนผู้รับบริการ ส่วนระดับ รพช. และ รพท./รพศ. มีอัตราส่วนใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 3.38 และตารางที่ 3.39)

ตารางที่ 3.37 ข้อมูลการบริการคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามรายจังหวัด

ข้อมูลการบริการ	จังหวัด ลพบุรี		จังหวัด เชียงราย		จังหวัด กาฬสินธุ์		จังหวัด มหาสารคาม		จังหวัด นครศรี ธรรมราช		รวมทุกจังหวัด			
	M	Q.D	M	Q.D	M	Q.D	M	Q.D	M	Q.D	M	Q.D	Min	Max
จำนวนเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบ	3.5	1.8	3.0	1.8	4.0	1	3	1.8	4.0	1.5	3.0	1.3	1	20
จำนวน ผู้รับบริการ แต่ละครั้งเฉลี่ย	22.5	10.6	37.5	19.4	35	6.3	35	12.5	40	12.5	35	13.8	6	120
อัตราส่วน ผู้ให้บริการ ต่อผู้รับบริการ	1:6		1:13		1:9		1:12		1:10		1:12			
จำนวนคลินิก WCC คุณภาพ	12		12		9		9		11		53			

M แทน Median, Q.D. แทน Quartile Deviation



ตารางที่ 3.38 ข้อมูลการบริการคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามระดับสถานบริการ และรายจังหวัด

ข้อมูลการบริการ	จังหวัดลพบุรี			จังหวัดเชียงราย			จังหวัดกาฬสินธุ์		
	สอ.	รพช.	รพท.	สอ.	รพช.	รพท.	สอ.	รพช.	รพท.
	M (QD)	M	n	M (QD)	M	n	M (QD)	M	n
จำนวนเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบ	3.0 (0.8)	7.0	10	3.0 (0.5)	6.0	20	3.5 (1.4)	4.5	5
จำนวนผู้รับบริการ แต่ละครั้ง	20.0 (6.3)	30.0	80	37.5 (21.3)	25	100	35.0 (7.5)	37.50	30
อัตราส่วนผู้ให้บริการ ต่อผู้รับบริการ	1:7	1:4	1:8	1:13	1:4	1:5	1:12	1:8	1:6
จำนวนคลินิก WCC คุณภาพ	8	3	1	8	3	1	6	2	1
จำนวนเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ	3.0 (1.0)	5.50	16	3.0 (1.0)	7	6			
จำนวนผู้รับบริการแต่ละ ครั้ง	32.5 (14.9)	32.5	80	50.0 (17.5)	30	30			
อัตราส่วนผู้ให้บริการ ต่อผู้รับบริการ	1:11	1:6	1:5	1:17	1:4	1:5			
จำนวนคลินิก WCCคุณภาพ	6	2	1	9	1	1			

M แทน Median, Q.D. แทน Quartile

ตารางที่ 3.39 ข้อมูลการบริการคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกประเภทตามระดับสถานบริการ โดยรวม

ข้อมูลการบริการ	รวมทุกจังหวัด								
	รพ.สต.			รพช.			รพท./รพศ.		
	M	Min	Max	M	Min	Max	M	Min	Max
จำนวนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ	3.0	1	9	6	4	8	10	5	20
จำนวนผู้รับบริการแต่ละครั้ง	35.0	6	120	30.0	20	45	80	30	100
อัตราส่วนผู้ให้บริการ ต่อผู้รับบริการ	1:12			1:5			1:8		
จำนวนคลินิก WCC คุณภาพ	37			11			5		

3.5.5 กิจกรรมที่ให้บริการตามมาตรฐานคลินิก WCC คุณภาพ

การประเมินครั้งที่ 3 ได้สอบถามกิจกรรมที่ให้บริการตามมาตรฐานคลินิก WCC คุณภาพในปัจจุบัน จากหัวหน้าคลินิก WCC ซึ่งให้ข้อมูล 52 แห่ง พบว่า กิจกรรมที่ทำ 100% คือ การให้วัคซีน และการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/สูง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เดิม รองลงมาคือ การวัดเส้นรอบศีรษะ (ร้อยละ 98.1) และการประเมินพัฒนาการเด็ก (ร้อยละ 96.2) ส่วนกิจกรรมที่ยังทำน้อยแห่ง ซึ่งเป็นกิจกรรมเพิ่มเติมใหม่ ได้แก่ การตรวจระดับฮีโมโกลบิน/ฮีมาโตคริตในเด็กอายุ 6-12 เดือน การจัดโรงเรียนพ่อแม่ การวัดความดันโลหิต การตรวจสายตา และการตรวจปัสสาวะ (3 กิจกรรมหลังบริการในเด็กอายุ 4 ปี) ดังตารางที่ 3.40

การซักประวัติ การตรวจร่างกายที่ดูเหมือนให้บริการค่อนข้างสูงนั้น ส่วนใหญ่เป็นการซักประวัติเรื่องอาการข้างเคียงของวัคซีน และเรื่องนมแม่ ซึ่งได้ดำเนินงานมาต่อเนื่องยาวนานแล้ว ส่วนประวัติอื่นๆ ที่ควรซักเพิ่มเติมตามวัย ยังไม่ได้ดำเนินการแต่อย่างใด

การตรวจร่างกายก็เช่นกัน ส่วนใหญ่คือ การตรวจช่องปากและฟัน การตรวจระบบอื่นๆ ยังไม่ได้ดำเนินการ โดยเฉพาะระดับ รพ.สต.

การทดสอบได้ยิน ที่เป็นการทดสอบด้านพัฒนาการ เช่น หันหาเสียงเรียก เป็นต้น มีเพียง รพท./รพศ. 2 แห่ง ที่มีการตรวจหูโดยเครื่องมือเฉพาะ โดย รพท./รพศ. 1 แห่งตรวจเมื่อเด็กอายุ 1 เดือน และอีก 1 แห่งตรวจให้เมื่อเด็กอายุ 4 ปี

การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ส่วนใหญ่ได้เพียงครั้งเดียว (1 ขวด 60 ซีซี)

ส่วนคำแนะนำที่ได้รับเรื่องการกระทำการรุนแรงต่อเด็กมีน้อย มักเป็นเรื่องอุบัติเหตุทั่วไปในเด็ก แต่มีการส่งเสริมการอ่านหนังสือให้เด็กฟังมากขึ้น รวมทั้งการแนะนำไม่ให้เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์ ซึ่งสรุปไว้ในภาพที่ 3.15

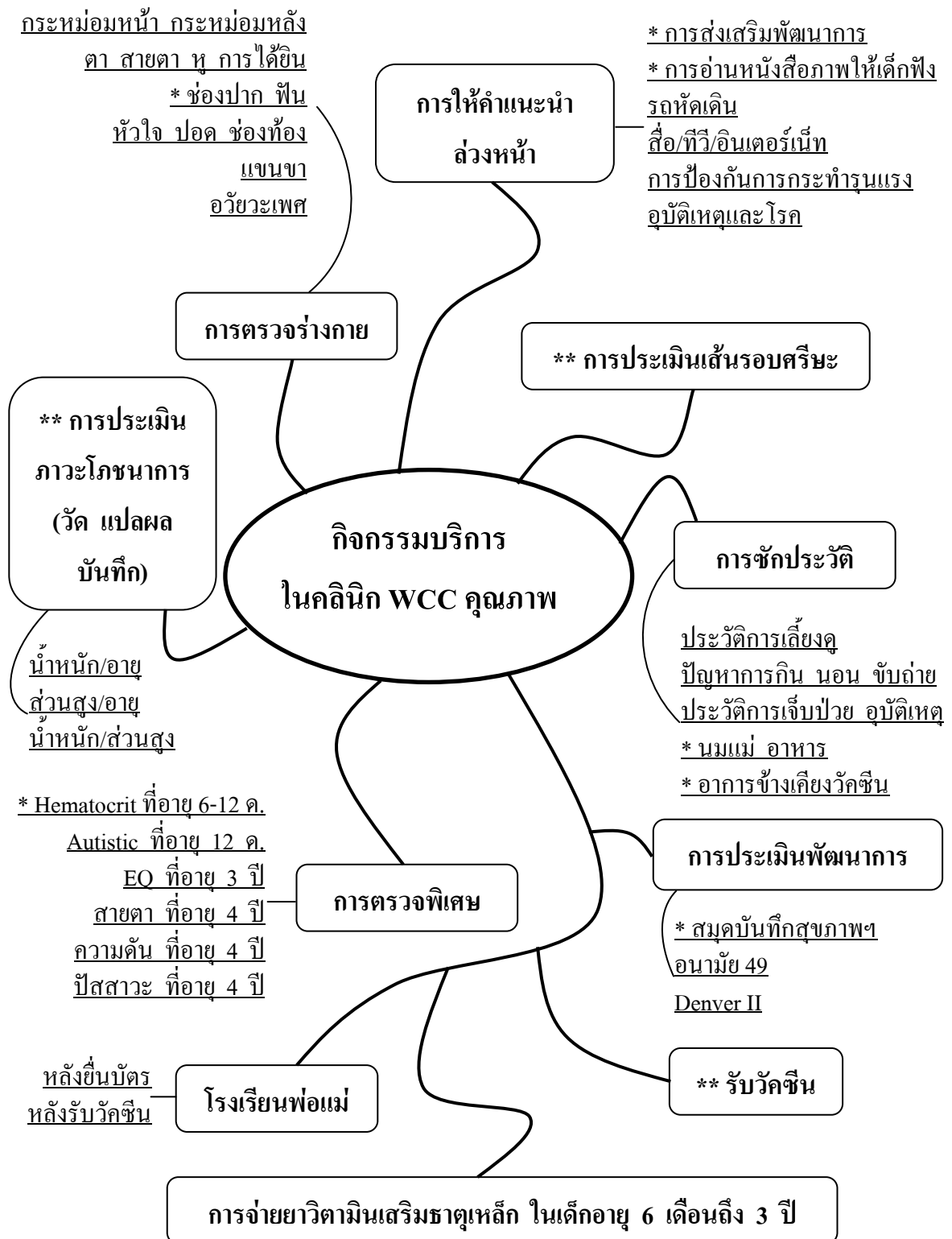


ตารางที่ 3.40 ร้อยละของกิจกรรมในการให้บริการในคลินิก WCC คุณภาพที่ดำเนินการแล้ว

จำแนกตามระดับสถานบริการ

กิจกรรมการให้บริการคลินิกเด็กดี คุณภาพ	ดำเนินการ							
	รพ.สต.		รพช.		รพท./รพศ.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การซักประวัติ	36	97.3	10	100.0	5	100.0	51	98.1
2. การตรวจร่างกาย								
2.1 ตรวจร่างกายทั่วไป	33	89.2	10	100.0	5	100.0	48	92.3
2.2 ประเมินพัฒนาการ	35	94.6	10	100.0	5	100.0	50	96.2
2.3 น้ำหนัก/ส่วนสูง/ภาวะโภชนาการ	37	100.0	10	100.0	5	100.0	52	100
2.4 เส้นรอบศีรษะ	37	100.0	9	90.0	5	100.0	51	98.1
2.5 ความดันโลหิต	12	32.4	8	80.0	4	80.0	24	46.2
2.6 ช่องปากและฟัน	34	91.9	9	90.0	5	100.0	48	92.3
2.7 สายตา	13	35.1	5	50.0	3	60.0	21	40.4
2.8 การได้ยิน	34	91.9	8	80.0	5	100.0	47	90.4
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ								
3.1 ระดับฮีโมโกลบิน/ฮีมาโตคริต	16	43.2	10	100.0	5	100.0	31	59.6
3.2 ตรวจปัสสาวะ	7	18.9	7	70.0	4	80.0	18	34.6
4. คัดกรองในพื้นที่ที่มีภาวะเสี่ยง								
4.1 ตะกั่ว	37	0	10	0	5	0	52	0
4.2 อื่นๆ	37	0	10	0	5	0	52	0
5. การให้วัคซีนป้องกันโรค	37	100.0	10	100.0	5	100.0	52	100
6. การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (1 ข้อนชา/สัปดาห์)	31	83.8	9	90.0	5	100.0	45	86.5
7. การให้คำแนะนำปรึกษา								
7.1 การให้คำปรึกษาตามโรงเรียนพ่อแม่	17	45.9	8	80.0	5	100.0	30	57.7
7.2 สื่อ/ทีวี/อินเทอร์เน็ตที่มีผลต่อเด็ก	23	62.2	9	90.0	4	80.0	36	69.2
7.3 การป้องกันการกระทำรุนแรงและอุบัติเหตุ	29	78.4	9	90.0	4	80.0	42	80.8
8. พบทันตบุคลากร	24	64.9	10	100.0	5	100.0	39	75.0
9. พบแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ	32	86.5	10	100.0	5	100.0	47	90.4

ภาพที่ 3.15 สรุปกิจกรรมบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ (WCC คุณภาพ)



* ส่วนใหญ่ดำเนินการแล้ว

** คลินิกวัคซีนเดิม



3.5.6 นวัตกรรม (Best Practices) ในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

หัวหน้าคลินิก WCC คุณภาพของสถานบริการแต่ละระดับ ได้กล่าวถึง นวัตกรรมในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ สรุปได้ 5 ด้าน ดังนี้

1) การพัฒนาระบบบริการ

นวัตกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการในคลินิก WCC คุณภาพ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 17 แห่ง คือ รพท./รพศ. 2 แห่ง รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 13 แห่ง โดยแบ่งออกเป็น 6 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. การพัฒนาระบบการให้บริการครอบคลุมทุกกิจกรรมอย่างรอบด้าน ประกอบด้วย มีระบบการนัด การตรวจพัฒนาการ การประเมินภาวะโภชนาการ การตรวจร่างกาย การตรวจปัสสาวะ การวัดความดันโลหิตเด็ก การคัดกรองภาวะออทิสติกส์ตามมาตรฐาน การให้วัคซีน การจัดโรงเรียนพ่อแม่ และการให้คำแนะนำครอบคลุมทั้งระบบและเวลา ซึ่งจะทำให้สามารถให้บริการได้อย่างยั่งยืน โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง

ข. การพัฒนาระบบส่งต่อที่ชัดเจน เช่น มีระบบส่งต่อแบบเอื้ออาทรแบบส่งต่อทั้งไปกลับ ระบบส่งต่อการรับวัคซีนผ่านระบบอินเทอร์เน็ต และระบบติดตามเด็กที่ขาดการรับวัคซีน พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง

“ระบบส่งต่อแบบเอื้ออาทร คือ การส่งต่อทั้งไปและกลับ โดยเริ่มจากการขอคำปรึกษาแนะนำจาก CUP โดยผ่าน Web Cam ก่อน หลังจากนั้น หากจำเป็นต้องส่งโรงพยาบาล จะมีรถจากโรงพยาบาลมารับและส่งกลับ หรือบางครั้งมีรถ อบต. รับส่ง”

“เท่าที่ดู ที่อื่นๆ ยังไม่มีระบบส่งต่อในเรื่องของการรับวัคซีนลงในอินเทอร์เน็ต เช่น ผู้มารับบริการสามารถไปใช้บริการที่อื่นๆ หรือจังหวัดอื่นๆ ได้ โดยไม่ต้องมีเล่มสมุดสีชมพู ก็สามารถดูข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตได้ว่าต้องรับวัคซีนอะไร หรือรับวัคซีนอะไรไปแล้ว ตอนนี้ทางโรงพยาบาลกำลังดำเนินการอยู่”

ค. การพัฒนาระบบบริการให้รวดเร็วและสิ้นไหล กล่าวคือ พัฒนาระบบการให้บริการที่รวดเร็วและสิ้นไหล เช่น การจัดลำดับคิวการให้บริการ หรือการใช้ Sticker เป็น

Marker ของบริการที่พึงได้รับในแต่ละกลุ่มอายุ ทำให้เด็กได้รับบริการอย่างครบถ้วน รวมไปถึงการจัดทำป้ายขั้นตอนการรับบริการ หรือกิจกรรมให้บริการของคลินิก WCC คุณภาพให้ชัดเจนเป็นภาษาสื่อสารง่ายๆ เพื่อที่จะได้ให้ประชาชนสามารถทำความเข้าใจในขั้นตอนการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ และตารางการให้วัคซีน เป็นต้น พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 3 แห่ง

“จากการทำงานที่ผ่านมา ทำให้เราทราบว่า ชาวบ้านต้องการอ่านภาษาง่ายๆ สามารถเข้าใจง่ายๆ ทันที เราก็ทำตารางให้บริการฉีดวัคซีนติดอยู่กับสมุดสีชมพู เป็นภาษาง่ายๆ พ่อแม่เห็นก็ทราบทันทีว่า ต้องพาลูกมาเมื่อไหร่ การทำคู่มือขั้นตอนการให้บริการคลินิก WCC นี้ไว้ใช้ในสถานีนามัย เวลาเราไม่อยู่ ทำให้เจ้าหน้าที่ท่านอื่นสามารถทำแทนได้”

ง. การเตรียมความพร้อมของข้อมูลประวัติการรับวัคซีนของเด็ก กล่าวคือ เจ้าหน้าที่จะมีการเตรียมข้อมูลเด็กที่มาใช้บริการ และข้อมูลประวัติการรับวัคซีนของเด็กที่จะมารับบริการไว้ล่วงหน้า 1 วันก่อนฉีดวัคซีน ประกอบด้วย ชื่อเด็ก อายุ ชนิดวัคซีน วันที่ได้รับ Lot วัคซีน และวันนัดครั้งต่อไป เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมบุคลากรและเตรียมวัคซีนให้เพียงพอกับจำนวนเด็ก ซึ่งจะช่วยให้บริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็วในวันให้บริการ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 2 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

จ. การจัดโรงเรียนพ่อแม่และให้คำแนะนำอธิบายจนผู้ปกครองให้ความร่วมมือดีมาก คือ สามารถจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ได้เพิ่มมากขึ้น โดยจัดระบบให้ได้รับความรู้ก่อนจะให้วัคซีน คือ ต้องให้เข้ากลุ่มก่อน ถ้าไม่เข้ากลุ่ม จะไม่ฉีดวัคซีนให้ โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 3 แห่ง คือ รพท./รพศ. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง

ฉ. การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ กล่าวคือ ควรมีการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน โดยเจ้าหน้าที่จะต้องให้คำแนะนำ พูดคุย และสร้างความมีมนุษยสัมพันธ์ ทำให้ผู้รับบริการสามารถรอคอยเจ้าหน้าที่ได้โดยไม่เครียด ซึ่งพบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 4 แห่ง

2) การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้สำหรับให้บริการในคลินิก WCC คุณภาพ

นวัตกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้สำหรับให้บริการในคลินิก WCC คุณภาพ พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 3 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง แบ่งออกเป็น 3 เครื่องมือ ได้แก่

ก. การพัฒนาแบบฟอร์มประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ กล่าวคือ มีการพัฒนาแบบประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุ โดยเชื่อมโยงข้อมูลประเมินพัฒนาการเด็กจากเอกสารต่างๆ



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

คือ คู่มืออนามัย 49 สมุดบันทึกสุขภาพฯ และคู่มือประเมินพัฒนาการ Denver II แต่เน้นเฉพาะเด็กอายุ 1 ปี และ 4 ปี

ข. การพัฒนาแบบฟอร์มการสังเกตอาการวัคซีน บทเรียนที่เกิดขึ้น คือ การเฝ้าดูอาการ 30 นาที เป็นการประเมินภาวะผิดปกติหลังจากที่ได้รับวัคซีน โดยมีแบบฟอร์มให้พ่อแม่ นำกลับไปสังเกตอาการต่อที่บ้าน ทำให้ทราบว่า วัคซีนที่ได้รับมีผลข้างเคียงหรือไม่ตาม Lot Number ของวัคซีน

ค. การพัฒนาสื่อเอกสารความรู้เกี่ยวกับเด็ก โดยพยายามหาความรู้ที่เป็นความรู้เคลื่อนที่ เช่น เรื่องเกี่ยวกับการดูแลเด็กทั่วไป อาหารสำหรับเด็ก การสำรวจเด็กที่มีภาวะออทิสมิกส์ วิธีการรักลูกให้ถูกต้องทำโทษ ซึ่งเป็นการนำความรู้ที่ได้จากอินเทอร์เน็ตมาจัดทำเป็นสื่อเอกสารโดยเคลือบพลาสติก ผู้ปกครองพ่อแม่สามารถหยิบอ่านได้ระหว่างรอรับบริการ หรือนำกลับไปอ่านที่บ้านแล้วนำกลับมาคืนที่คลินิก

3) การประชุมหารือและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงาน

การประชุมหารือแก้ไขปัญหาอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการประชุมในกลุ่มงานเวชกรรมครอบครัว 1 ครั้งต่อเดือน ประชุมเครือข่ายการทำงานระดับ CUP กับสถานีนอมาัยเครือข่ายในพื้นที่ 1 ครั้งต่อ 2 เดือน โดยนำปัญหาของแต่ละพื้นที่มาคุยกัน มาเล่าสู่กันฟังแล้วหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ตลอดจนมีการประเมินผลการทำงานทุก 6 เดือน และประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยพบในสถานบริการระดับโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 2 แห่ง คือ รพท./รพช. 1 แห่ง และ รพช. 1 แห่ง

4) การสร้างและประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย

นวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างและประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 11 แห่ง คือ รพช. 3 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 8 แห่ง โดยแบ่งออกเป็น 2 เรื่อง ประกอบด้วย

ก. การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชน คือ การสร้างความร่วมมือ หรือ เชื่อมโยงการทำงานกับ อสม. หมอชุมชน และผู้นำชุมชน โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นช่วยเหลืองานต่างๆ ในสถานีนอมาัย งานคลินิก WCC งานเยี่ยมบ้าน การติดตามผู้ปกครองให้พาเด็กมารับบริการ และช่วยแก้ไขปัญหาเด็กในพื้นที่ เช่น เด็กน้ำหนักน้อย เป็นต้น โดยพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 9 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 8 แห่ง

“หมอชุมชน และศาลาอนามัย ซึ่งอยู่ใกล้บ้าน เป็นที่ชื่นชอบของประชาชน หมอชุมชนเป็นผู้ช่วยที่ดีของคลินิกต่างๆ เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกเด็กที่นี้เป็นจุดเริ่มต้น ขณะนี้กำลังขยายไปยังตำบลอื่นๆ”

“ซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ภาวะโภชนาการ ติดตามเด็กน้ำหนักขาด แนะนำให้ยาเสริม เชื่อมกับ อสม. ให้ติดตาม แล้วติดตามเยี่ยม และช่วยแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ได้ เมื่อก่อนเด็กขาดสารอาหารเยอะ พอเราทำจุดนี้ ก็ช่วยลดตรงนี้ได้ ตอนนี้เหลือประมาณ 12 คน ก็ 7%”

“พยายามดึงคนและชุมชนเข้ามาร่วมในการทำงาน คือ ให้เขามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ เขาก็จะเกิดความสนใจและมีส่วนร่วมมากขึ้น อย่างเช่นคลินิกเด็ก เมื่อเราให้ใจและตั้งใจให้บริการดูแลเด็ก ซึ่งเป็นลูกหลานของชาวบ้าน เมื่อพวกเขาเห็นประโยชน์ ผลดีของการดูแลสุขภาพเด็ก พอเราใส่ใจมากขึ้น ทำให้เขาเกิดความตระหนักว่าหมอเป็นใครจึงมาสนใจลูกหลานเรา เขาก็จะเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมก่อน แล้วก็เริ่มหันมาสนใจ ดูแลเอาใจใส่ลูกหลานของตนเองมากขึ้น”

“มี อสม. มาช่วย เพราะคนเราน้อย คนมารับบริการนอกเขตเป็นชาวเขาจำนวนมาก ในเรื่องภาษา อสม. สามารถฟังรู้เรื่อง ช่วยในเรื่องของการสื่อสารมาก ทำให้สามารถทำงานได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น และยังช่วยซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ อธิบายบันทึกพัฒนาการในการลงเอกสารให้ผู้ปกครองทราบด้วย”

ข. การประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายบริการระดับ CUP กล่าวคือ การประสานความร่วมมือการทำงานระหว่างเครือข่ายสถานบริการแต่ละระดับ ตั้งแต่ สอ./PCU/รพ.สต. รพช. และ รพท./รพศ. ตั้งแต่การสนับสนุนบุคลากรที่เป็นกุมารแพทย์ การออกไปนิเทศงาน สอนงานให้ทำงานในทิศทางเดียวกัน การส่งต่อไปกลับของผู้ป่วยเป็นระบบชัดเจน การส่งต่อข้อมูล โดยหาก สอ./รพ.สต. มีปัญหาที่ต้องได้รับการสนับสนุน สามารถให้ข้อมูล และตอบคำถามได้ ซึ่งพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 3 แห่ง คือ รพช. 2 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

“ทำงานเนื้อเดียวกัน มีปัญหาที่ สอ. เรา Support ตอบคำถามให้ น้อง สอ. ช่วยเราเต็มที่ โรงพยาบาล สอ. ทำงานแนวเดียวกัน ช่วง 2 ปีแรก เราทำของเราอย่างเดียว พัฒนางานของเราอย่างเดียว คนไข้มาที่โรงพยาบาล เราส่งกลับก็ไม่ไป โดยเฉพาะคนที่มีเงิน ตอนนี้คนไข้กลับไปใช้บริการที่ สอ. เราบอกว่า มันเหมือนกัน หมอเหมือนกัน ยาเหมือนกัน เราสามารถพัฒนาเครือข่าย สอ. ไปเป็นแผนได้”



5) การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับคนในชุมชน

การจัดโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับคนในชุมชน พบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 6 แห่ง โดยแบ่งออกเป็น 3 เรื่อง ได้แก่

ก. การให้คำแนะนำและพูดคุยเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ

กล่าวคือ ควรมีการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน โดยเจ้าหน้าที่จะต้องให้คำอธิบาย แนะนำ พูดคุย และสร้างความมีมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการรอยยิ้มเจ้าหน้าที่ได้และไม่เครียด พบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 4 แห่ง

ข. การสื่อสารประชาสัมพันธ์งานคลินิก WCC *คุณภาพในชุมชน* โดยให้

ผู้ใหญ่บ้านประกาศตามหอกระจายข่าวในชุมชน หรือประกาศเสียงตามสายในชุมชนเดือนในช่วงเย็น ก่อนวันนัดรับวัคซีน 1 วัน ซึ่งพบในสถานบริการระดับ สอ./รพ.สต. 2 แห่ง

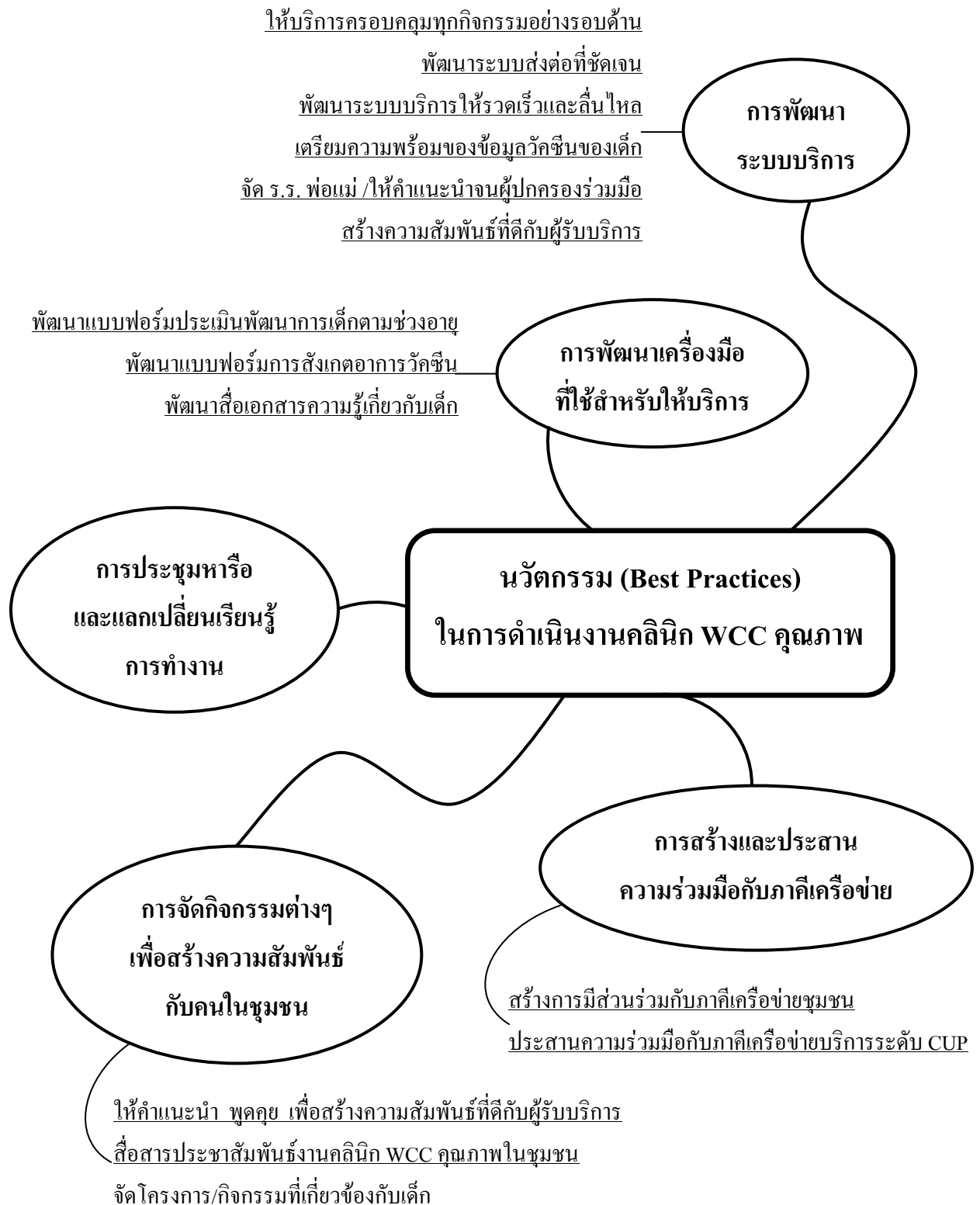
ค. การจัดโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเด็ก กล่าวคือ

มีการจัดโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเด็ก โดยเปิดโอกาสให้เด็ก พ่อแม่ และผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การประกวดเล่านิทาน เป็นต้น ซึ่งพบในสถานบริการแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 2 แห่ง คือ รพช. 1 แห่ง และ สอ./รพ.สต. 1 แห่ง

“สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน พ่อแม่ ผู้ปกครอง อบต. ศูนย์เด็กเล็ก โดยจัดทำโครงการเกี่ยวกับเด็ก โครงการประกวดการเล่านิทานของผู้ปกครอง ใช้งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ และงบ อบต. สนับสนุน ผลประเมินโครงการพบว่า ผู้ปกครองและคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดี สนุก ในอนาคตก็จะจัดโครงการเสริมสร้างพัฒนาการที่ดีของเด็กต่อไป”

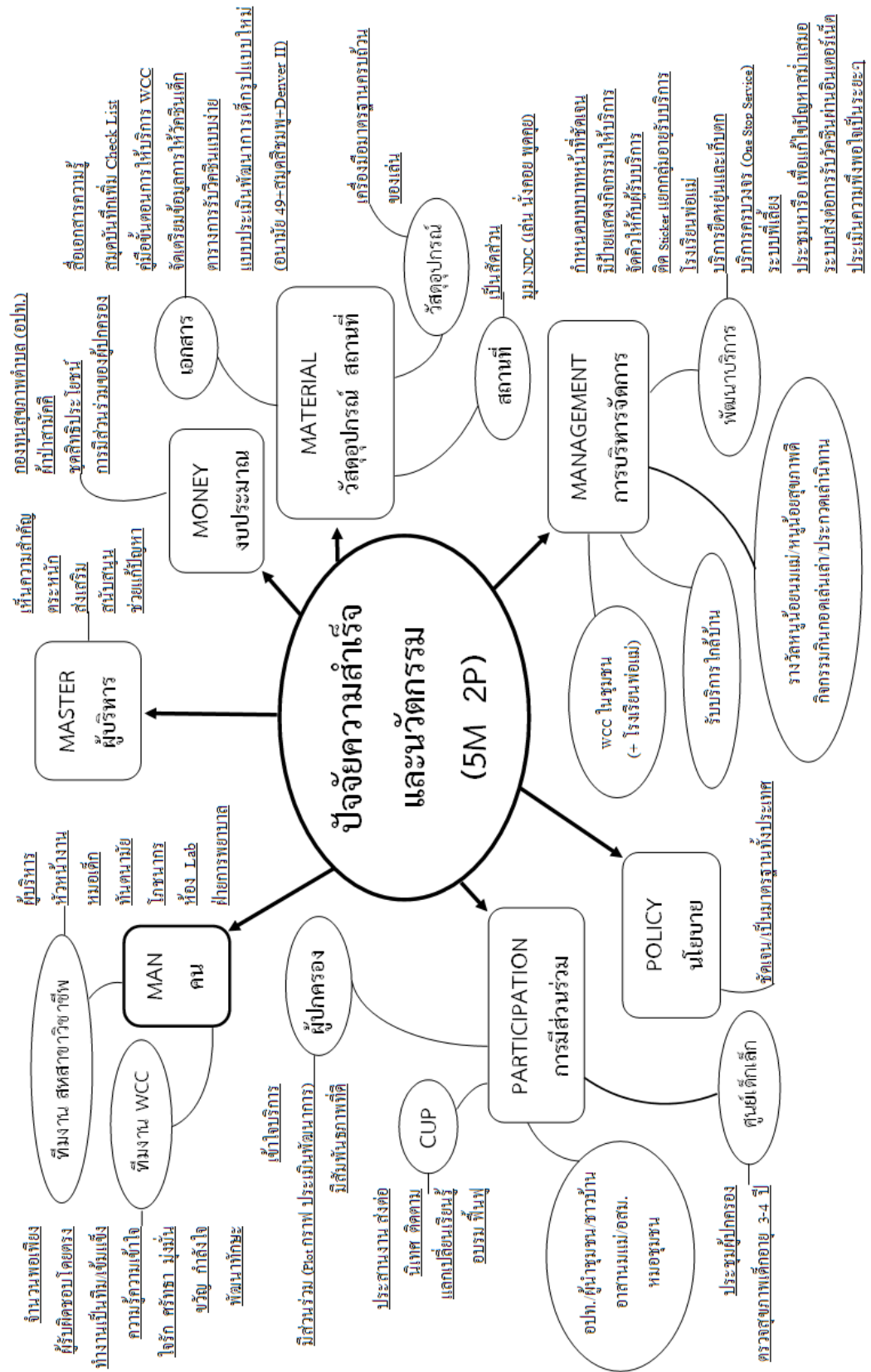
“ที่เคยทำ คือ โครงการกินกอดเล่นเล่า เมื่อครั้งประจำที่ PCU ซึ่งจะทำงานเชิงรุกได้คล่องตัว แต่ขณะนี้ขาดช่วงไป เนื่องจากไม่ได้ออกชุมชนโดยตรง”

ภาพที่ 3.16 นวัตกรรม (Best Practices) ในการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ





ภาพที่ 3.17 ปัจจัยความสำเร็จและนวัตกรรม งานคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ (WCC คุณภาพ)



บทที่ 4 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ



จากการประเมินผลโครงการ WCC คุณภาพ ทั้ง 3 ครั้ง ทีมประเมินผลมีข้อคิดเห็นและข้อสังเกตตามประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการในคลินิก WCC คุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าคลินิก และผู้ร่วมปฏิบัติงาน ในระดับ รพท./รพศ. และรพช. ส่วนใหญ่เป็นคนเดิมที่เคยได้รับการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการนี้ ทำให้ตลอดระยะเวลา 2 ปี ของการนำร่องได้มีการปรับปรุงพัฒนานวัตกรรมต่างๆ เพื่อให้การให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐาน ภายใต้เงื่อนไขความจำกัดของบุคลากร สถานที่และงบประมาณ การได้ทำงานโครงการฯ อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความเข้าใจและคุ้นเคยกับงาน งานจึงลื่นไหลได้รวดเร็วขึ้น ประกอบกับเห็นความสำคัญของการพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม ทำให้ผู้ให้บริการทั้งหมดทุกแห่งที่เป็นตัวอย่าง มีทัศนคติเห็นด้วยต่อคลินิก WCC คุณภาพ ส่วนผู้ให้บริการระดับ รพ.สต. มักจะโยกย้ายบ่อย บางแห่งเปลี่ยนแปลงบุคลากรทุกระดับ คือ ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก จึงทำให้งานคลินิก WCC คุณภาพ หยุดชะงัก เพราะผู้มาใหม่ ถึงแม้จะอยู่ภายในจังหวัดเดียวกันแต่ไม่เข้าใจงานมาก่อนเนื่องจากรับผิดชอบงานอื่น บางแห่งพบว่า พยาบาลที่ถูกมอบหมายให้รับผิดชอบงาน WCC คุณภาพ เป็นผู้ที่เพิ่งจบการศึกษาและไม่ได้รับการชี้แจงให้เข้าใจต่องาน ประกอบกับคู่มือปฏิบัติงานคลินิก WCC คุณภาพ สูญหายไป การทำงานในคลินิก WCC คุณภาพ จึงกลับมาเป็นคลินิกวัคซินเช่นเดิม

ส่วนผู้บริหารหน่วยงานในระดับ รพท./รพศ. รพช. ทั้งหมดจะเป็นผู้แทนที่ผู้อำนวยการมอบหมายให้มาสัมภาษณ์กับทีมประเมิน โดย รพท./รพศ. จะเป็นกุมารแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานนี้ รวมทั้ง รพช.ขนาดใหญ่ (90 เตียงขึ้นไป) ที่มีกุมารแพทย์ประจำ ส่วน รพช. ที่เหลือผู้ที่ได้รับมอบหมายคือ หัวหน้างานกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และระดับ รพ.สต. คือ ผู้อำนวยการ รพ.สต. จากการสัมภาษณ์พบว่า มีผู้อำนวยการ รพ.สต.บางแห่งไม่ทราบรายละเอียดเรื่องคลินิก WCC คุณภาพ เนื่องจากเพิ่งย้ายมาหรือมอบหมายให้พยาบาลรับผิดชอบโดยตรง ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้อาจส่งผลกระทบต่อมาตรฐานการดำเนินงาน เนื่องจากการสนับสนุนในเรื่องต่างๆจากหัวหน้าหน่วยงานไม่เต็มที่ รวมทั้งไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยผลักดันคลินิก WCC คุณภาพ ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งปัจจัย



ความสำเร็จที่หัวหน้าคลินิกและผู้ปฏิบัติงานระบุไว้เป็นสำคัญคือ การเห็นความสำคัญการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นขวัญและกำลังใจให้คนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ แม้อาจใช้เวลาอยู่บ้าง ซึ่งมี รพท./รพศ. รพช. หลายแห่งที่เคยระบุว่ามีปัญหาเรื่องสถานที่ในการประเมินครั้งที่ 3 ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารให้ขยายพื้นที่กว้างขวางขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามเป็นที่น่ายินดีว่า ผู้บริหารหรือผู้แทนทุกคนที่ให้สัมภาษณ์ มีทัศนคติเห็นด้วยกับคลินิก WCC คุณภาพ หากท่านเหล่านี้ได้รับทราบถึงความสำคัญและความจำเป็นของมาตรฐานบริการอย่างถ่องแท้ ย่อมส่งผลดีต่อการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ

4.2 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

สถานบริการทุกระดับยังมีปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรที่ให้บริการ เนื่องจากมีกิจกรรมบริการที่ต้องทำมากขึ้นจากคลินิกวัดขึ้นเดิม ในการประเมินครั้งที่ 3 ปัญหานี้ได้คลี่คลายลงไปพอสมควร โดยใช้การบริหารจัดการเข้ามาช่วยในขณะที่ไม่สามารถเพิ่มจำนวนบุคลากรได้ เช่น ระดับ รพท./รพศ. และรพช. บางแห่ง ซึ่งมีคลินิก WCC คุณภาพ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง จะจัดระบบบริการโดยนัดเด็กตามช่วงอายุเพื่อความสะดวกในการให้บริการ การให้ความรู้และคำแนะนำ การประเมินพัฒนาการและการเตรียมวัดขึ้นระดับรพ.สต.เกือบทั้งหมดยังคงนัดเด็กเดือนละครั้ง แต่ได้แก้ปัญหาลดเวลาการขาดบุคลากรโดยขอความร่วมมือจาก อสม. อาสาสมัครแม่ และหมอชุมชน (คือ อสม. ที่อบรมเพิ่มเติมและทำหน้าที่ผู้ช่วยประจำที่ รพ.สต. และที่ชุมชน) ให้มาช่วยในช่วงวันจัดคลินิก WCC ซึ่ง อสม. อาสาสมัครแม่ และหมอชุมชน จะมาช่วยกิจกรรมชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/สูง วัดรอบศีรษะ สอบถามพัฒนาการ ชักประวัติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนะนำการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นต้น ทำให้พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน WCC คุณภาพ ได้ทำหน้าที่เฉพาะเรื่องการตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษและให้วัคซีน

เรื่องสถานที่มักเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญของ รพท./รพศ. และ รพช.บางแห่ง เนื่องจากสถานที่คับแคบปะปนกับคลินิกอื่นๆ และมีเด็กมารับบริการมากในแต่ละครั้ง ในการประเมินครั้งที่ 2 และ 3 บางแห่งมีการขยายขยาย เนื่องจากมีตึกใหม่และผู้บริหารเห็นความสำคัญที่ควรแยกเด็กออกจากเด็กป่วย ส่วน รพ.สต. ส่วนใหญ่มีสถานที่กว้างขวาง มีมุมให้เด็กเล่นเพิ่มเติม เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าชื่นชมที่ท้องถิ่นเห็นความสำคัญต่อการพัฒนาเด็กอย่างองค์รวมโดยเฉพาะในช่วง 3 ปีแรกของชีวิตที่จะมารับบริการที่คลินิก WCC อย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นช่วงที่มีพัฒนาการสมองมากที่สุด และเป็นการสร้างรากฐานที่สำคัญเพื่อให้เด็กมีคุณภาพที่จะเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป (Grantham-McGregor S et.al 2007, Walker SP et. al 2007)

ยังพบว่าผู้รับบริการบางส่วนยังไม่เห็นความสำคัญของการให้บริการ WCC คุณภาพ ซึ่งต้องใช้เวลานานขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากมีกิจกรรมบริการอย่างองค์รวมไม่ใช่เพียงมาเพื่อรับวัคซีนเท่านั้น โดยมักจะกล่าวอ้างว่าเด็กงอแง ต้องรีบกลับไปทำภารกิจต่างๆ ของครอบครัว ดังจะเห็นจากข้อมูลจากการสอบถามถึงสิ่งที่ต้องการในการนำเด็กมาที่คลินิก WCC คุณภาพ โดยผู้ดูแลเด็กร้อยละ 78.9 ระบุสิ่งที่ต้องการคือนำเด็กมารับวัคซีน ส่วนเรื่องอื่นๆ ระบุเพียงร้อยละ 2.3-23.0 นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่นที่ทำให้ผู้รับบริการ

ต้องรีบเร่งเรื่องเวลา เนื่องจากบ้านอยู่ไกลต้องเหมารถมาหลายรอบคร้ว เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย และมีข้อจำกัดของเวลาใช้รถ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเป็นที่น่ายินดีที่มีผู้ดูแลเด็กถึงร้อยละ 23 ที่ระบุสิ่งที่ต้องการจากคลินิก WCC คุณภาพด้วย คือการประเมินพัฒนาการเด็ก และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก มีการใช้ประโยชน์เรื่องบันทึกพัฒนาการเด็ก ถึงร้อยละ 63.4 โดยเฉพาะผู้รับบริการที่ รพท./รพศ. เรื่องอาหารและโภชนาการของเด็กมีการใช้ประโยชน์ ถึงร้อยละ 64.5 ดังนั้น หากมีการทำความเข้าใจถึงประโยชน์ของคลินิก WCC คุณภาพ ให้บริการอย่างเป็นมิตรและใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเป็นสื่อประกอบการดำเนินงาน น่าจะกระตุ้นให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการดูแลเด็กอย่างองค์รวมมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการทุกด้านของเด็กให้ได้เต็มตามศักยภาพ ส่วนปัญหาระยะทางและการเดินทาง ควรมีการบริหารจัดการเสริม เช่น การออกหน่วยเคลื่อนที่ไปให้บริการอย่างเบ็ดเสร็จที่พื้นที่และการอบรม อสม. ให้สามารถปฏิบัติงาน WCC ขั้นพื้นฐานได้ที่ชุมชน และมีระบบส่งต่อที่ชัดเจนในกรณีมีความผิดปกติ หรือการขอการสนับสนุนจากท้องถิ่น เป็นต้น

ปัญหาด้านวัสดุอุปกรณ์ ได้คลี่คลายลงระดับหนึ่ง จากการที่ผู้บริหารหน่วยงานเข้าใจและเห็นความสำคัญของคลินิก WCC คุณภาพ แต่ส่วนใหญ่ยังคงขัดข้องจากความไม่เพียงพอ เช่น ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กที่เด็กควรได้รับตั้งแต่อายุ 6 เดือน ถึง 3 ปี เพื่อพัฒนาการที่ดีของสมอง เด็กส่วนใหญ่ยังคงได้รับเพียงครั้งเดียวในช่วงอายุ 6-12 เดือน หลังจากนั้นไม่ได้รับอีก เป็นที่ทราบดีว่าธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อการพัฒนาสมองและในช่วง 3 ปีแรก ของชีวิตสมองพัฒนาเร็วมาก หากสมองไม่ได้รับสารอาหารที่จำเป็นครบถ้วน รวมทั้งธาตุเหล็กก็จะส่งผลต่อพัฒนาการของสมอง ทำให้ระดับสติปัญญาในระยะต่อมาลดลงกว่าที่ควรเป็น เป็นเรื่องที่น่าเสียดายอย่างยิ่ง ซึ่งสถานการณ์ของประเทศจากการสำรวจหลายครั้งแสดงถึงแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง (Walker SP et. al 2007) ดังนั้น ชุดสิทธิประโยชน์ของเด็กจึงควรคำนึงถึงประเด็นนี้อย่างยิ่ง และเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่เด็กควรได้รับ

4.3 การมีส่วนร่วมของอสม.

จากการประเมินครั้งที่ 3 พบว่าคลินิก WCC ที่ระดับ รพท./รพศ. และ รพช. ไม่มี อสม. หรือ อาสาสมัครแม่มาช่วยงาน อาจเนื่องจากมีบุคลากรเพียงพอ โดยจะเห็นว่าอัตราส่วนของผู้ให้บริการต่อจำนวนเด็กที่มารับบริการแต่ละครั้งที่ รพท./รพศ. คือ 1 : 5 ถึง 1 : 8 ที่รพช. คือ 1 : 4 ถึง 1 : 8 ส่วนในระดับ รพ.สต.อัตราส่วนดังกล่าวเท่ากับ 1 : 7 – 1 : 17 (ตารางที่ 3.38) เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ จำนวนครั้งของคลินิก WCC คุณภาพ ที่ให้บริการในระดับ รพท./รพศ. และรพช. จะมีทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ทำให้จำนวนเด็กที่นัดสามารถกระจายให้เหมาะสมกับปริมาณผู้ให้บริการ ส่วนระดับ รพ.สต.เกือบทั้งหมดจะนัดเด็กมารับบริการเดือนละครั้งและเปิดบริการเฉพาะช่วงเช้า ทำให้จำนวนเด็กคับคั่ง หากมีประชากรที่ต้องดูแลจำนวนมาก และผู้ปกครองส่วนใหญ่มักจะนำเด็กมาพร้อมๆกันในเวลาเดียวกัน จึงทำให้บางส่วนต้องคอยนาน ยังมีกิจกรรมบริการมากขึ้นก็ยิ่งต้องใช้เวลา จึงมีผลต่อความพึงพอใจของการรอคอยของผู้รับบริการ ดังนั้น รพ.สต.หลายแห่งจึงขอความร่วมมือจากอสม. อาสาสมัครแม่ และหมอชุมชน เพื่อ



คลีคลายปัญหาดังกล่าว รพ.สต.มีเด็กในความรับผิดชอบจำนวนมาก จึงควรจัดคลินิกอย่างน้อยเดือนละสองครั้ง เพื่อกระจายเด็กและให้เด็กทุกคนได้รับการครบถ้วนตามมาตรฐาน WCC คุณภาพ

4.4 ผู้รับบริการ

ในด้านความครบถ้วนของบริการพบว่า ความครบถ้วนของประวัติต่างๆที่ควรซักถามผู้ปกครองลดลงมากจากการประเมิน 2 ครั้งที่ผ่านมา เพราะส่วนใหญ่จะเป็นเฉพาะเรื่องที่เป็นตัวชี้วัดหลักของการทำงาน เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น ส่วนปัญหาการเลี้ยงดูมักไม่ได้ถาม นอกจากผู้ปกครองเด็กจะสอบถามจึงจะให้คำแนะนำ การประเมินการเจริญเติบโตมีส่วนความครบถ้วนสูงขึ้นจากการประเมิน 2 ครั้งที่ผ่านมา ซึ่งหมายถึงมีการแจ้งผลภาวะโภชนาการมากขึ้นกว่าเดิม เช่นเดียวกับพัฒนาการเด็ก สถานบริการ รพ.สต. มีการบริการที่ครบถ้วนมากขึ้น แต่ก็มีถึงร้อยละ 28.5 ที่เด็กในสถานบริการ รพ.สต.ไม่ได้รับการประเมินด้านพัฒนาการ เป็นสิ่งที่พึงปรับปรุงเพื่อให้เด็กทุกคนมีโอกาสได้รับการที่เป็นมาตรฐานในระยะแรกหากไม่สามารถใช้แบบทดสอบอายุ 49 ได้ ควรนำข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมาใช้ประโยชน์ และอาจสอบถามเบื้องต้นโดย อสม. หรืออาสาสมัครแม่ หรือหมอชุมชน เพื่อแบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและช่วยกระตุ้นให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

การตรวจร่างกายเป็นกิจกรรมที่มีความครบถ้วนค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจบางเรื่อง เช่น การตรวจช่องปากและฟัน ตรวจกระหม่อมหน้า ส่วนอวัยวะระบบอื่นๆ ได้รับการตรวจน้อย มักจะเป็นเด็กที่มาโรงพยาบาลที่มีกุมารแพทย์เป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับคำแนะนำที่ได้รับ ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่ครบถ้วนตามวัย เนื่องจากเด็กต่ำกว่า 6 เดือน มักจะเน้นเรื่องนมแม่เป็นหลัก ส่วนด้านอื่นๆไม่ได้รับคำแนะนำ

การตรวจพิเศษที่ดำเนินการมากขึ้น คือ การตรวจ Hematocrit ในเด็ก 6-12 เดือน ในระดับ รพท./รพศ. และ รพช. เป็นกิจกรรมที่ทำให้สะดวกและได้รับความร่วมมือดีจากผู้ปกครอง อีกทั้งวัยของเด็กง่ายต่อการตรวจ ส่วนการตรวจพิเศษอื่นๆ ยังทำในวงจำกัด แม้แต่ รพท./รพศ. และ รพช. ยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกแห่ง

ดังนั้น ภาพรวมทั้งหมดความครบถ้วนที่เด็กพึงได้รับตามมาตรฐาน WCC คลินิก จึงมีเพียงร้อยละ 1.1 ที่ได้รับครบถ้วนทุกรายการ

ในด้านความพึงพอใจต่อบริการ WCC คุณภาพ พบว่าเรื่องที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ค่าบริการ เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด เรื่องที่พึงพอใจมากในสัดส่วนน้อยที่สุดคือ สื่ออุปกรณ์ที่ให้ความรู้ ซึ่งผู้รับบริการต้องการมีมุมในเด็กเล่น มีสื่อให้เด็กได้เรียนรู้ ขณะนั่งคอยรับบริการ ซึ่งต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีกิจกรรมมากขึ้น เด็กจะได้ไม่เบื่อ ไม่อแง เป็นเหตุให้ผู้ปกครองต้องเร่งขอรับวัคซีนอย่างเดียว แล้วรีบนำเด็กกลับบ้าน เวลาที่รอคอยจึงเป็นอีกเรื่องหนึ่งให้ผู้ปกครองเด็กมีความพึงพอใจมากเพียงร้อยละ 47.9 จึงควรบริหารจัดการและทำความเข้าใจแก่ผู้ปกครองถึงประโยชน์ที่เด็กจะได้รับจากความครบถ้วนของบริการ ในภาพรวมความพึงพอใจมากในสถานบริการทุกระดับมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ถึงแม้จะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม

4.5 ผลลัพธ์ของโครงการ

4.5.1 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ในทุกจังหวัด จะไม่คงที่จากการประเมิน 3 ครั้ง บางจังหวัดลดลงจากการประเมินครั้งแรก บางจังหวัดอัตราขึ้นๆลงๆ แสดงให้เห็นว่าการรณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต้องทำอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับแก้ไขเงื่อนไขอื่น ๆ ที่ไม่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การที่แม่ต้องไปทำงานต่างถิ่น ทำให้โอกาสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเมื่อเด็กอายุเกิน 2 เดือนลดลงอย่างมาก (ตารางที่ 3.23) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุทธศาสตร์ระหว่างจังหวัดน่านและจังหวัดเปรียบเทียบ ในการประเมินครั้งที่ 3 พบว่า จังหวัดน่าน 3 จังหวัด คือ ลพบุรี กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม มีสัดส่วนสูงกว่าจังหวัดเปรียบเทียบ ส่วนจังหวัดนครราชสีมา มีอัตราที่ใกล้เคียงกับจังหวัดเปรียบเทียบ แต่เชิงรายมีอัตราที่ต่ำกว่าจังหวัดเปรียบเทียบ และภาพรวม พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในพื้นที่น่านสูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างจากการประเมินครั้งแรก การแตกต่างดังกล่าวจะนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3.26) ทำให้เห็นว่า จากการดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ซึ่งกระตุ้นให้มีการซักประวัติเรื่องการให้นมเด็ก และการให้คำแนะนำการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมกับวัย ช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4.5.2 ภาวะโภชนาการเด็ก (เฉพาะน้ำหนักต่ออายุ)

ในการประเมินครั้งที่ 3 ยังพบว่า การจัดเก็บข้อมูลในระบบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เรื่องโภชนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังมีเฉพาะน้ำหนักต่ออายุเป็นหลัก แต่ข้อมูลยังไม่ค่อยครบถ้วนสมบูรณ์และขาดการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล มีเพียงจังหวัดลพบุรี ที่มีข้อมูลครบเป็นปัจจุบัน คือ ปีงบประมาณ 2553 ส่วนข้อมูลภาวะโภชนาการอื่นๆ (ส่วนสูงต่ออายุ และน้ำหนักต่ออายุ) ทุกจังหวัดน่านไม่มีข้อมูลที่สมบูรณ์ เช่นเดียวกับจังหวัดเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะส่งผลต่อการวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดไม่ตรงจุด และภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยถือเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญและได้จัดเก็บมาเป็นเวลานานแล้ว หากระยะหลังการใช้ประโยชน์จากข้อมูลอาจมีน้อยจึงเกิดช่องว่างในส่วนนี้ขึ้น และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลภาวะโภชนาการเด็ก จากรายงาน 18 แห่ง ที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับจากจังหวัด พบตัวเลขที่น่าตกใจ กล่าวคือ พบเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ถึงประมาณร้อยละ 20 ซึ่งตรงข้ามกับข้อมูลทั่วไปที่รับรู้มา เด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ลดลงมากจนต่ำกว่าร้อยละ 10 เช่นเดียวกับตัวชี้วัด สูงต่ออายุ พบว่ามีเด็กค่อนข้างเตี้ยและเตี้ยสูงถึงประมาณร้อยละ 30 ในเกือบทุกจังหวัด ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงมาก เพราะการศึกษาต่างๆ ยืนยันถึงความเชื่อมโยงระหว่างภาวะเตี้ยกับพัฒนาการด้านสติปัญญา (Welker SP et. al 2007) และเป็นภาวะที่ต้องตื่นตัวเร่งรัดดำเนินการแก้ไขเรื่องนี้อย่างเร่งด่วน ซึ่งเท่าที่สอบถามยังไม่มีการดำเนินการใดๆรองรับสถานการณ์เรื่องนี้เลย เช่นเดียวกับภาวะเด็กอ้วนเกือบทุกจังหวัด มีสัดส่วนเด็กอ้วนเกินร้อยละ 10 หากรวมกลุ่มทั้งหมด จะเกินร้อยละ 20 ภาวะเด็กอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กเมื่อเติบโตขึ้นมีความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ มากขึ้น เป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมากทางหนึ่ง



4.5.3 พัฒนาการเด็ก

ทั้งพื้นที่นาร่องและพื้นที่เปรียบเทียบมีเด็ก 9-24 เดือน ที่สงสัยว่าพัฒนาการล่าช้าลดลงจากการประเมินครั้งที่ 1 และการประเมินครั้งที่ 3 โดยเฉพาะพื้นที่นาร่อง มีการลดลงค่อนข้างมาก (เดิม ร้อยละ 29.1 เหลือร้อยละ 15.4) เมื่อแยกย่อยเน้นแต่ละด้านของพัฒนาการในการประเมินครั้งที่ 3 พบว่า ทั้ง 2 พื้นที่มีสัดส่วนเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ด้านกล้ามเนื้อใหญ่และด้านภาษาใกล้เคียงกัน ส่วนด้านกล้ามเนื้อเล็ก มีสัดส่วนมากกว่าเล็กน้อย และพื้นที่นาร่องมีสัดส่วนเด็กพัฒนาการล่าช้าในทุกด้านลดลงจากการประเมินครั้งแรก แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ที่เร่งรัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการคัดกรองและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ปกครองเข้าใจและเห็นความสำคัญในเรื่องนี้และนำไปปฏิบัติ โดยจะเห็นว่าผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 44.5 ที่ใช้วิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมาเลี้ยงลูกเป็นประจำ และจากการสังเกตของทีมประเมินในคลินิก WCC คุณภาพ ในการประเมินครั้งที่ 3 พบว่าผู้ให้บริการให้ความสำคัญเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากขึ้นกว่าการประเมินที่ผ่านมา เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้พัฒนาการเด็กโดยรวมและพัฒนาการด้านภาษาของทั้งจังหวัดนาร่องและจังหวัดเปรียบเทียบดีขึ้น คือ เป็นช่วงที่มีการรณรงค์อย่างเข้มข้น เรื่องหนังสือเล่มแรกสำหรับเด็กโดยมีการแจกหนังสือให้เด็ก 3 เล่ม ช่วงแรกเกิด เมื่ออายุ 6 เดือน และเมื่ออายุ 1 ปี ทำให้ผู้ดูแลเด็กตื่นตัวในการอ่านหนังสือกับเด็ก และเล่านิทานให้เด็กฟัง ตั้งแต่เด็กยังเล็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Needleman และคณะ ที่พบว่า การแจกหนังสือภาพสำหรับเด็กแก่ครอบครัว พร้อมให้คำแนะนำเมื่อเด็กมาตรวจที่หน่วยปฐมภูมิ เพิ่มทัศนคติเชิงบวกและการอ่านหนังสือให้แก่เด็ก (Needleman R.et. al 2005)

เมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กในแต่ละจังหวัดระหว่างการประเมินผลครั้งแรก และการประเมินครั้งที่ 3 (ซึ่งห่างกันประมาณ 2 ปี) พบว่าเด็กจังหวัดนาร่อง 4 จังหวัด มีพัฒนาการรวมปกติในสัดส่วนที่สูงขึ้นโดยเฉพาะจังหวัดกาฬสินธุ์ (จากร้อยละ 51.4 เป็นร้อยละ 77.8) เช่นเดียวกับจังหวัดเปรียบเทียบ (ตารางที่ 3.35 และตารางที่ 3.36) ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมา

4.6 การจัดการระบบบริการ WCC คุณภาพ และนวัตกรรม

จากการสัมภาษณ์หัวหน้าคลินิก 52 แห่ง เกี่ยวกับกิจกรรมบริการที่ได้ดำเนินการแล้วของคลินิก WCC คุณภาพ พบว่ากิจกรรมที่ทำครบถ้วนร้อยละ 100 คือ การชั่งน้ำหนัก วัดความยาว หรือสูง และการให้วัคซีนแก่เด็ก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ทำเป็นปกติประจำในคลินิกวัคซีนเดิม แต่เมื่อสอบถามรายละเอียดจากผู้รับบริการและการสังเกตของทีมประเมินขณะจัดคลินิก พบว่าการชั่งน้ำหนักเด็กยังไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน เช่น ไม่มีการ Calibrate อุปกรณ์เครื่องชั่ง ไม่มีการเอาเสื้อผ้าเด็กออกมากที่สุด การวัดความยาว/สูง ยังไม่ได้มาตรฐานเช่นกัน กล่าวคือ เด็กต่ำกว่า 2 ปี ไม่ได้วัดความยาวให้ยืนวัดความสูงแทน เพราะเห็นว่ายืนได้แล้ว แต่การยืนของเด็กยืนไม่มั่นคง และไม่สามารถยืนชิดตามข้อกำหนดได้ รวมทั้งการอุ้มวัดความยาว ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่แม่นยำ การแปลผลภาวะโภชนาการจะคลาดเคลื่อนได้มาก และพบว่าจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีการแจ้งผลภาวะโภชนาการต่อผู้ดูแล รวมทั้งมีจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้ส่งผล

ภาวะโภชนาการในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การวัดเส้นรอบศีรษะเด็กเช่นกัน มีการวัดเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ได้นำข้อมูลนั้นมาใช้ประโยชน์ในการกระตุ้นหรือส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามผู้รับบริการเกี่ยวกับการแจ้งผลภาวะโภชนาการ พบว่าเพิ่มขึ้นกว่าการประเมินที่ผ่านมาในทุกระดับสถานบริการ

จากข้อมูลกิจกรรมบริการอื่นที่ระบุว่าได้ทำแล้วมากกว่าร้อยละ 90 คือ การชักประวัติ การตรวจร่างกายทั่วไป การประเมินพัฒนาการ การตรวจช่องปากและฟัน การพบแพทย์ หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจการได้ยิน แต่เมื่อสอบถามรายละเอียดจากผู้เลี้ยงดูและจากการสังเกตของทีมประเมิน จะพบว่าการชักประวัติและการตรวจร่างกายทำเฉพาะเรื่อง เช่น ประวัติจะเน้นเรื่องนมแม่ และอาหารต่างๆ ตามวัย เนื่องจากอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เป็นตัวชี้วัดที่ทรงค้ำอย่างเข้มข้นในขณะนี้สอดคล้องกับการสัมมนาความครบถ้วนของบริการที่พบว่า ความครบถ้วนของประวัติทุกเรื่อง ลดลงจากเดิม การประเมินพัฒนาการเด็กมีการดำเนินการเพิ่มขึ้นหลายแห่ง มีการจัดมุมเด็กเล่นเพื่อให้เด็กเพลิดเพลิน พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมสอดคล้องกับการสอบถามจากผู้รับบริการ มีการกระตุ้นให้ใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากขึ้น มีอสม. อาสาสมัครแม่ หรือหมอชุมชน มามีส่วนร่วมให้คำแนะนำส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากขึ้นโดยเฉพาะในระดับ รพ.สต. ส่วนการตรวจช่องปากและฟันก็เป็นกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาก่อนในหลายสถานบริการใน รพท./รพศ. และ รพช. ขนาดใหญ่ จะมีทีมทันตแพทย์มาให้บริการ รพช. ขนาดเล็ก มีเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขดูแล และใน รพ.สต. หลายแห่ง มีเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขประจำ ทำให้บริการเรื่องนี้มีความครอบคลุมสูง

สำหรับการตรวจร่างกายทั่วไป ซึ่งจะดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่จะตรวจไม่ครอบคลุมทุกระบบ มีตรวจบ่อย คือ หัวใจ ที่ตรวจน้อยมาก คือ การตรวจอวัยวะเพศเด็กเมื่ออายุแรกเกิด-4 เดือน ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่าเด็กได้รับการตรวจแล้วเมื่อแรกคลอด และเด็กทุกคนคลอดที่โรงพยาบาล ซึ่งมีแพทย์หรือกุมารแพทย์ประจำ ส่วนการตรวจการได้ยินโดยเครื่องมือเฉพาะมีเพียง รพท./รพศ. 2 แห่ง คือ จังหวัดลพบุรี มีการตรวจการได้ยินในเด็กอายุ 1 เดือน และจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการตรวจการได้ยินเด็กที่อายุ 4 ปี โดยแพทย์เฉพาะทาง สถานบริการอื่นๆ ใช้การคัดกรองด้านพัฒนาการเป็นหลัก เช่น การค้นหาเสียง การเข้าใจภาษา และการใช้ภาษาที่เหมาะสมตามวัยของเด็ก

เด็กที่มารับบริการคลินิก WCC คุณภาพ ที่ รพท./รพศ. ทุกแห่ง และ รพช.ขนาดใหญ่ จะได้พบกุมารแพทย์ทุกครั้งเพื่อตรวจร่างกาย คัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ และให้คำแนะนำ เนื่องจากมีกุมารแพทย์ประจำ ส่วนระดับ รพช. ขนาดกลางและเล็ก และ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบงานคลินิก WCC คุณภาพ และทุกคนที่รับผิดชอบได้รับการอบรมเกี่ยวกับ WCC คุณภาพแล้ว

การตรวจพิเศษตามวัย เป็นกิจกรรมที่กำหนดเพิ่มเติมใหม่ในมาตรฐานคลินิก WCC คุณภาพ ดังนั้น ความครอบคลุมจึงยังไม่มากขึ้นกับความพร้อมของสถานบริการ การบริหารจัดการที่ดี ความร่วมมือของสหวิชาชีพ และระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ พบว่าการตรวจ Hematocrit ในเด็กอายุ 6-12 เดือน เป็นการตรวจพิเศษที่ได้รับการยอมรับจากผู้ปกครองหรือพ่อแม่เด็ก และมีการตรวจในสถานบริการร้อยละ 59.6 เนื่องจากเห็นว่าเป็นการตรวจสุขภาพเด็ก การตรวจดังกล่าวพบในสถานบริการระดับ รพท./รพศ.



และ รพช. ทุกแห่ง และมี รพ.สต. ร้อยละ 43.2 (ตารางที่ 3.41) ทั้งนี้ เนื่องจากการบริหารจัดการและระบบการส่งต่อของ CUP ในบางแห่งไม่สมบูรณ์ รพ.สต.ที่ไม่มีเครื่องปั่น Hematocrit หากไม่มีการจัดการเรื่องระบบส่งต่อไปยัง รพช.ที่เป็น CUP ก็กรรมนี้ก็จะไม่ได้ให้บริการ การวัดความดันโลหิตเด็กและการตรวจสายตาเด็กอายุ 4 ปี ก็เช่นกัน ยังมีการดำเนินการไม่ถึงครึ่งหนึ่ง และส่วนใหญ่เป็นสถานบริการระดับ รพท./รพช. สาเหตุที่ไม่ได้ดำเนินการส่วนใหญ่เกิดจากไม่มีเครื่องมือ เครื่องมือชำรุด บางแห่งไม่มีสถานที่เหมาะสมในการวัดสายตาเด็ก เป็นต้น จากการสอบถามของทีมวิจัย พบว่าเด็กอายุ 4 ปี เกือบทุกคนของชุมชนได้เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท้องถิ่นในเขตเมืองจะเข้าโรงเรียนอนุบาล ดังนั้น หากร่วมมือกับสถานศึกษาดังกล่าวจัดกิจกรรม WCC คุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมจาก คุณครู โรงเรียน จะทำให้กิจกรรมดังกล่าวครอบคลุมขึ้น อีกทั้งเป็นการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนอีกทางหนึ่ง ส่วนการรับวัคซีนอาจไม่เหมาะที่จะทำในวันเดียวกัน ควรนัดเด็กมาที่สถานบริการเพื่อรับวัคซีนภายหลังหรือก่อนได้ตามความเหมาะสมกับช่วงวัย

เด็กร้อยละ 86.5 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จากการสังเกตและสอบถามผู้ให้บริการ พบว่าเด็กจะได้รับเพียงขวดเดียว (ขวด 60 cc) ซึ่งจะรับประทานได้เป็นเวลา 3 เดือน (ให้รับประทาน 1 ช้อนชา สัปดาห์ละครั้ง) ซึ่งจากข้อควรปฏิบัติคือ เด็กควรได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ตั้งแต่อายุ 6 เดือน จนถึง 3 ปี ซึ่งหมายความว่า เด็กควรได้รับต่อเนื่องอย่างน้อย 10 ขวด ซึ่งในทางปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากงบประมาณมีจำกัด ดังนั้น หากต้องการให้เด็กไทยได้รับการดูแลเอาใจใส่ตามสิทธิพื้นฐานของเด็ก ขุดสิทธิประโยชน์ควรกำหนดให้ชัดเจน ไม่เช่นนั้นเด็กจะไม่ได้รับโอกาสนี้ เนื่องจากงบประมาณถูกนำไปใช้ในเรื่องอื่นๆแทน

การจัดโรงเรียนพ่อแม่ในช่วง WCC คุณภาพ ค่อนข้างซุกซลัก เนื่องจากความไม่พร้อมของสถานที่ เด็กงอแงทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ได้ต่อเนื่อง ต่างจากในช่วงการฝากครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์และสามีเข้าร่วมกิจกรรมได้เป็นส่วนใหญ่และจัดกิจกรรมในช่วงมาฟังผลเลือดทำให้สะดวกในการให้คำแนะนำ การจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในช่วง WCC ต้องการการบริหารจัดการที่ดี มีสถานที่เหมาะสมพอควร มีมุมเด็กเล่นให้เพลิดเพลินขณะผู้ปกครองฟัง หรือเข้าร่วมกิจกรรม การนัดเด็กตามกลุ่มอายุทำให้การจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่สะดวกขึ้น เพราะเป็นเด็กกลุ่มเดียวกัน และควรจัดในช่วงที่มีกิจกรรมไม่มาก หรือมีกิจกรรมที่เป็นประเด็นการพูดคุย เช่น การนัดมาฟังผลเลือดเด็ก (Hematocrit) พร้อมให้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และมอบหนังสือเด็ก หรือช่วงที่มาฉีดวัคซีน JE เข็มที่ 2 เมื่ออายุ 13 เดือน ซึ่งกิจกรรมอื่นๆอาจลดลดทอนลงได้ เนื่องจากเพิ่งมารับบริการเมื่อเดือนที่ผ่านมา เป็นต้น ในกรณีที่จัดโรงเรียนพ่อแม่ไม่ได้สถานบริการ โดยเฉพาะ รพ.สต. จะให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะเรื่องนมแม่ อาหารตามวัย การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการอ่านหนังสือให้เด็กฟัง

ส่วนการคัดกรองในพื้นที่มีภาวะเสี่ยง พบว่าทุกแห่งกล่าวว่าไม่มีความเสี่ยงเรื่องสารตะกั่ว หรืออื่นๆ จึงไม่มีสถานบริการใดดำเนินการ อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรตระหนักถึงเรื่องนี้ไว้ด้วย เนื่องจากการพัฒนาประเทศด้านอุตสาหกรรมทำให้สิ่งแวดล้อมปนเปื้อนด้วยสารเคมีและวัตถุอันตรายได้ง่าย จากการกำจัดที่ไม่เหมาะสม และไม่มีจริยธรรม โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อสิ่ง

เหล่านี้ หรือแม้แต่การใช้สารเคมีในเกษตรกรรมที่ไม่ควบคุมให้เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อมนุษย์รวมทั้งเด็กได้มาและมีผลต่อเนื่องระยะยาวต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก

การจัดบริการตรวจสุขภาพเด็กดี มีประวัติรายงานไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1940 (พ.ศ. 2483) โดยบทความของ Christie A. ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการจัดบริการตรวจสุขภาพเด็กดี (Child Health Supervision) คือ เป็นการประเมินและเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก พฤติกรรมของเด็ก อาหารและโภชนาการ การป้องกันโรค และพ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็กควรได้รับคำแนะนำการดูแลเด็กที่เหมาะสม ในช่วงนั้นมีข้อเสนอการนัดเด็กมารับบริการในช่วง 9 เดือนแรก ควรมาทุกเดือน อายุ 9 เดือน ถึง 2 ปี ควรมาตรวจสุขภาพทุก 3 เดือน และตั้งแต่อายุ 2 ปี ถึง 6 ปี นัดมาตรวจสุขภาพทุก 6 เดือน (Christie A 1940) ในปัจจุบัน รวมทั้งคลินิก WCC คุณภาพ ที่ได้ดำเนินการ ได้อ้างอิงมาตรฐานจาก Bright Future ประเทศสหรัฐอเมริกา (Hagan JF et. al 2008) อย่างไรก็ตามในประเทศสหรัฐอเมริกายังไม่สามารถให้บริการครบถ้วนตามมาตรฐานที่กำหนด ดังการศึกษาของ Norlin C และคณะ (2011) โดยการสังเกตในคลินิก WCC 483 ครั้ง พบว่าผู้ให้บริการสามารถให้บริการเพียงร้อยละ 42 ของบริการที่แนะนำโดย Bright Future สิ่งที่ทำได้น้อยกว่ามาตรฐาน คือ การดูแลสุขภาพครอบครัว การดูแลสุขภาพของผู้เลี้ยงดู พฤติกรรมและการฝึกวินัยของเด็ก การออกกำลังกาย การคัดกรองสื่อ ความรุนแรงในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์กับสังคมและเพื่อน สุขภาพทางเพศ สารเสพติด เป็นต้น (Norlin c. et al 2011)

ดังนั้น การที่พื้นที่นาร่องได้ดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ได้ครบถ้วนทุกกิจกรรมเพิ่มขึ้น นับเป็นเรื่องที่น่ายินดี ในระยะต่อไปควรมีการพัฒนาคุณภาพของแต่ละกิจกรรมเพิ่มขึ้น และความครบถ้วนของกิจกรรมย่อยในกิจกรรมหลักค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามความพร้อมของแต่ละพื้นที่ โดยทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยผู้ทำงานมีความสุขและเด็กได้ประโยชน์ โดยนำปัจจัยความสำเร็จมาเรียนรู้และพัฒนาให้เข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป ซึ่งข้อเสนอปัจจัยความสำเร็จของผู้ให้บริการ สอดคล้องกับการวิเคราะห์ของคณะทำงานองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ (Engle PL et al 2007)



ข้อเสนอแนะ

คลินิก WCC คุณภาพ เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่เด็กปฐมวัยทุกคนพึงได้รับ เพราะจะส่งผลต่อคุณภาพของเด็กในภายภาคหน้า การดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ ให้ยั่งยืนต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทีมประเมินสรุปรวบยอดจากการสังเกต การพูดคุยจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังนี้ (ภาพที่ 3.17)

1. คน (MAN) หมายถึงผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC คุณภาพ ต้องมีจำนวนพอเพียงกับกิจกรรมหลัก มีการกำหนดผู้รับผิดชอบโดยตรง การทำงานเป็นทีม ผู้ปฏิบัติงานได้รับการพัฒนาทักษะ และเสริมความรู้อย่างต่อเนื่อง มีขวัญกำลังใจจากการสนับสนุนของผู้บริหาร และที่สำคัญมาก คือ มีศรัทธาต่องาน และมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนางาน

2. ผู้บริหาร (MASTER) ต้องมีความเข้าใจ ตระหนัก และเห็นความสำคัญของคลินิก WCC คุณภาพ ช่วยจัดปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่างๆ ตลอดจนแก้ไขปัญหาให้การดำเนินงาน WCC คุณภาพ ลุล่วงไปโดยลำดับ

3. งบประมาณ (MONEY) ส่วนหนึ่งมาจากการสนับสนุนจากผู้บริหารของหน่วยงาน แหล่งสนับสนุนที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือจากท้องถิ่นและชุมชน การชี้แจงทำความเข้าใจและขอการสนับสนุนจากท้องถิ่นเป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์ เพราะงบประมาณดังกล่าวได้นำมาพัฒนาเด็กทุกคน ซึ่งคือ “ลูกของชุมชน” นั่นเอง

4. วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ (MATERIAL) หากงบประมาณของหน่วยงานมีจำกัด ควรประสานงาน และให้ท้องถิ่น/ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

5. การบริหารจัดการ (MANAGEMENT) ในสถานการณ์ที่มีความจำกัดของทรัพยากร เช่น คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ผู้ช่วย (อสม. แม่อาสา หมอชุมชน) ระบบพี่เลี้ยง การจัดบริการบางกิจกรรมร่วมกับการออกเยี่ยมชุมชน เป็นต้น จะทำให้กิจกรรมบริการครอบคลุมได้มากขึ้น

6. การมีส่วนร่วม (PARTICIPATION) ในชุมชนและท้องถิ่นมีทุนทางสังคมหลายประการ เช่น ผู้นำชาวบ้าน อสม. ผู้นำท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็ก ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเป็นกำลังสำคัญที่ทำให้กิจกรรมคลินิก WCC คุณภาพ ตามช่วงอายุครบถ้วนมากขึ้น

7. นโยบาย (POLICY) คลินิก WCC คุณภาพ ควรขยายผลดำเนินการทั่วประเทศ เพราะเป็นมาตรฐานขั้นพื้นฐานที่เด็กพึงได้รับตามสิทธิเด็ก โดยรวมอยู่ในตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสายใยรักทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.สต. รพช. และ รพท./รพศ.

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการต่างประเทศ (แปล) (2544). อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ.

ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, นิชรา เรืองคารกานนท์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, กัลยา นิตเรืองจรัส, จิราพร ชมพิกุล (2547). เด็กไทยวันนี้ เป็นอยู่อย่างไร หนังสือชุดโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย เล่มที่ 1 กรุงเทพมหานคร: ลิบบราเตอร์ส-การพิมพ์.

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ (2549). การจัดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ในงานอนามัยแม่และเด็ก. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน

สุขจริง ว่องเดชากุล (2550). รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี 2550 Available at <http://www.saiyairakhospital.com/back-office/upload/Accessed June 18, 09>.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2544). สภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย ปี 2542. นนทบุรี: กรมอนามัย.

Berk LE. (2003). Child development. Sixth Edition. Boston: Pearson Education.

Bethell C, Peck C, Schor E. (2001). Assessing health system provision of well-child care: the promoting healthy development survey. Pediatrics; 107(5): 1084-1094.

Blumberg SJ, Halfon N, Olson LM. (2004). The national survey of early childhood health. Pediatrics; 113: 1889-1906.

Christie A. (1941). Objectives of regular child health supervision. American Journal of Public Health; 31:697-703.

Dinkevich E, Hupert J, Moyer VA. (2001). Evidence based pediatrics: evidence based well child care. BMJ; 323: 846-849. (On line) available from <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7317/846>. Accessed August 31,2009.

Eagle PL, Black MM, Behrman JR, et al. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. The Lancet; 369: 229-242.

GVO Den Haag. (1997). Growth book. Den Haag (The Nether land) : GVO Den Haag.

Grantham-Mcgregor S, Cheung YB, Cueto S, et al. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. The Lancet; 369: 60-70.

Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM. Eds. (2008). Bright futures : guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Third edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.



- Jolly R. (2007). Early childhood development: the global challenge. The Lancet; 369: 8-9.
- Maternal and Child Health Service Center, Japan. (No year provided). Maternal and child health handbook (English version). Tokyo (Japan): Maternal and Child Health Service Center.
- Ministry of Public Health. (2007). Thai Health Profile 2005-2007. Available at <http://www.moph.go.th/ops/thp/> Accessed June 18, 09.
- Needlman R, Toker KH, Dreyer BP, Klass P Mendelsohn AL. (2005). Effectiveness of a primary care intervention to support reading aloud: a multicenter evaluation. Ambulatory Pediatrics; 5(4): 209-215.
- Norlin C, Crawford MA, Bell CT, et al. (2011). Delivery of well-child care: a look inside the door. Academic Pediatrics; 11: 18-26.
- Paul H, Dworkin MD. (1989). British and American recommendation for developmental monitoring: the role of surveillance. Pediatrics; 84(6): 1000 – 1006.
- Pediatricabout.com (2009). Pediatric health supervision guidelines. Available at <http://pediatrics.about.com/library/blhealthsupervision.htm>. Accessed June 19, 2009.
- Utah Department of Health. (2005). Baby Your Baby Health Keepsake. Utah (USA): Utah Department of Health.
- Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, et al. (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. The Lancet; 369: 145-157.
- WHO, UNICEF. (2009). Counsel the family on care for child development. Geneva: WHO.

ภาคผนวก

ตารางภาคผนวกที่ 1 สรุปจำนวนหัวหน้าคลินิก WCC ที่แสดงทัศนคติเชิงบวกในแต่ละเรื่อง จำแนกตามระดับสถานบริการ

ทัศนคติ	รวม	ระดับสถานบริการ		
	n 52	รพท./รพศ.	รพช.	รพ.สต.
● เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเด็กและผู้ปกครอง	4	-	2	2
● ทีมงานเข้มแข็ง	5	-	4	1
● ความตั้งใจและความมุ่งมั่นของผู้ให้บริการ	15	3	-	12
● เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตนเอง	15	1	3	11
● เด็กได้รับประโยชน์และเป็นผลดีต่อเด็ก	35	3	8	24
● ได้รับความร่วมมือที่ดีและการมีส่วนร่วมจากผู้ปกครองมากขึ้น	24	1	3	20
● ความสัมพันธ์ที่ดีและความพึงพอใจของผู้รับบริการ	5	-	1	4
● ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี	32	4	7	21
● เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ครบถ้วน	4	1	-	3
● สถานที่กว้างขวางเป็นสัดส่วน	3	-	-	3
● นโยบายการทำงานและแนวทางการให้บริการชัดเจน	5	1	2	2
● ได้รับความร่วมมือดีจากท้องถิ่น	5	-	-	5
● การประสานงานและการสนับสนุนจาก CUP	6	-	2	4



รายงานการประเมินโครงการจัดระบบบริการสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3

ตารางภาคผนวกที่ 2 สรุปจำนวนผู้บริหารหรือผู้แทนที่แสดงทัศนคติเชิงบวกในแต่ละเรื่อง
จำแนกตามระดับสถานบริการ

ทัศนคติ	รวม	ระดับสถานบริการ		
		รพท./รพศ.	รพช.	รพ.สต.
จำนวนผู้บริหาร/ผู้แทนที่ให้สัมภาษณ์	39	6	8	25
● เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาตนเอง	7	2	1	4
● เป็นการพัฒนางานบริการ	13	3	3	7
ทีมงานให้ความร่วมมือดี	3	2	-	1
● เด็กได้รับประโยชน์ตามสิทธิพื้นฐานที่พึงได้รับ	22	3	3	16
● ผู้ปกครองสนใจหรือเอาใจใส่พาเด็กมารับบริการมากขึ้น	10	-	1	9
● เด็กได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ	3	-	-	3
● ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญ	8	3	2	3
● ได้รับการสนับสนุนและเชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่าย	3	-	1	2
● ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากชุมชนท้องถิ่น	4	-	-	4

ตารางภาคผนวกที่ 3 สรุปจำนวนสถานบริการที่ผู้ปฏิบัติงานแสดงทัศนคติเชิงบวกในแต่ละเรื่อง จำแนกตามระดับสถานบริการ

ทัศนคติ	รวม	ระดับสถานบริการ		
		รพท./รพศ.	รพช.	รพ.สต.
จำนวนสถานบริการที่ได้สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน	47	6	10	31
● เหตุผลด้านผู้ให้บริการ เช่น ทำให้บริการมีคุณภาพมากขึ้น เป็นหน้าที่ที่ต้องพัฒนางาน มีความสุขที่ได้ให้บริการมีคุณภาพ ฯลฯ	47	6	10	31
● เหตุผลด้านผู้รับบริการ เช่น ได้รับความร่วมมือดีจากผู้ปกครอง เด็กได้รับการที่ครบถ้วนมีมาตรฐาน	44	6	10	28
● เหตุผลด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ เช่น มีอุปกรณ์ครบถ้วนเอื้อต่อการทำงาน สถานที่กว้างขวาง	32	6	9	17
● เหตุผลด้านการสนับสนุนจากผู้บริหาร เช่น ได้รับการสนับสนุนอย่างดีทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์	39	6	10	23



ตารางภาคผนวกที่ 4 ข้อเสนอปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ ของหัวหน้าคลินิก
WCC จำแนกตามระดับสถานบริการ

ข้อเสนอปัจจัยความสำเร็จ	รวม	ระดับสถานบริการ		
		รพท./รพศ.	รพช.	รพ.สต.
ก. คน				
1. ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ให้บริการ	11	1	2	8
2. ใจของเจ้าหน้าที่	18	-	2	16
3. องค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่	10	-	3	7
4. การทำงานเป็นทีม	22	4	4	14
5. มีที่ปรึกษาที่ดี	3	1	2	-
6. การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ	2	-	2	-
ข. ผู้บริหาร เห็นความสำคัญ	16	3	5	8
ค. งบประมาณ มีเพียงพอ	4	1	1	2
ง. การจัดการ				
1. ระบบดี	3	1	2	-
2. พัฒนาคุณภาพบริการ	4	-	-	4
จ. สถานที่				
1. ความพร้อม	9	-	1	8
2. เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์	12	1	2	9
ฉ. นโยบาย				
1. ชัดเจน	4	-	2	2
2. การประชาสัมพันธ์	1	-	-	1
ช. การมีส่วนร่วม				
1. จากผู้ปกครอง	15	1	-	14
2. จากเครือข่ายชุมชน	13	-	1	12
3. จากเครือข่ายการบริการ	7	-	2	5

ตารางภาคผนวกที่ 5 ข้อเสนอปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ ของผู้บริหารหรือ
 ผู้แทน จำแนกตามระดับสถานบริการ

ข้อเสนอปัจจัยความสำเร็จ	รวม	ระดับสถานบริการ		
		รพท./รพศ.	รพช.	รพ.สต.
ก. คน				
1. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	7	-	2	5
2. ความรู้ ความเข้าใจ ความตั้งใจ	20	2	3	15
3. ความรับผิดชอบและความร่วมมือของ ทีมงาน	5	1	1	3
4. การทำงานเป็นสหวิชาชีพ	11	4	3	4
ข. ผู้บริหาร มีนโยบายสนับสนุนชัดเจน	17	6	5	6
ค. งบประมาณ สนับสนุนอย่างเต็มที่	2	-	-	2
ง. การบริหารจัดการ				
1. ระบบบริหารจัดการบุคคลที่ดี	5	1	2	2
2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2	1	-	1
จ. เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่				
1. พร้อมให้บริการ และมีเพียงพอ	8	-	1	7
2. สถานที่เป็นส่วน พื้นที่เอื้ออำนวย	9	1	-	8
ฉ. การมีส่วนร่วม				
1. จากผู้ปกครองเด็ก	14	-	2	12
2. จากเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อปท. อสม.	13	1	2	10
ช. นโยบาย โดยสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ ประชาชนรับรู้ทั่วถึง	2	-	-	2



ตารางภาคผนวกที่ 6 ข้อเสนอปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน WCC คุณภาพ ของผู้ปฏิบัติงานใน
คลินิก WCC จำแนกตามระดับสถานบริการ

ข้อเสนอปัจจัยความสำเร็จ	รวม	ระดับสถานบริการ		
		รพท./รพศ.	รพช.	รพ.สต.
ก. คน ได้แก่ มีจำนวนเพียงพอ มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความรู้ความเข้าใจในงาน มีจิตใจรักเด็กและจิตอาสา และทำงานเป็นทีมได้ดี	36	3	9	24
ข. ผู้บริหาร ได้แก่ เข้าใจและให้ความสำคัญและสนับสนุนเป็นอย่างดีและรวดเร็ว	14	3	6	5
ค. งบประมาณ สนับสนุนอย่างเพียงพอกับกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ	7	-	1	6
ง. การบริหารจัดการ ได้แก่ ประชุมหารือกันอย่างสม่ำเสมอ จัดระบบบริการให้ลื่นไหล นิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง สื่อสารเรื่อง WCC คุณภาพผ่านช่องทางต่างๆ พัฒนาสื่อเอกสารความรู้ให้เหมาะกับบริบทการทำงาน	20	5	5	10
จ. สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ได้แก่ สถานที่เป็นส่วน เครื่องมืออุปกรณ์ที่สำคัญมีครบถ้วน	15	1	3	11
ฉ. นโยบาย ได้แก่ ประกาศเป็นนโยบายของประเทศ	10	1	2	7
ช. การมีส่วนร่วม ได้แก่ ความร่วมมือจากผู้ปกครองเด็กท้องถิ่น อสม.	17	2	4	11

ตารางภาคผนวกที่ 7 ข้อเสนอแนะในการขยายผลคลินิก WCC คุณภาพ จำแนกตามระดับสถานบริการ และผู้ตอบ

ข้อเสนอแนะในการขยายผล คลินิก WCC คุณภาพ	รวม (แห่ง)	ระดับสถานบริการ (แห่ง)		
		รพท./รพศ.	รพช.	รพ.สต.
● ข้อเสนอจากหัวหน้าคลินิก WCC				
1. ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ สนับสนุนอัตราค่าจ้างให้เพียงพอ จัดอบรมฟื้นฟูความรู้สม่ำเสมอ	12	1	2	9
2. ด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ ปรับปรุงสมุดบันทึก สุขภาพแม่และเด็กให้สอดคล้องกับกิจกรรมบริการ จัดทำคู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ สนับสนุน เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก	20	2	3	15
3. ด้านสถานที่ ได้แก่ เป็นสัดส่วน กว้างขวางพอ มีมุมเด็ก เล่น	3	-	1	2
4. ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การนิเทศติดตาม จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้	6	-	3	3
5. ด้านนโยบาย ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ ผลักดันเป็น นโยบายระดับประเทศ	11	-	3	8
● ข้อเสนอจากผู้บริหารหรือผู้แทน				
1. ด้านผู้ให้บริการ เช่น มีบุคลากรรับผิดชอบโดยตรง	5	1	1	3
2. ด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ เช่น สนับสนุนยาวิตามิน เสริมธาตุเหล็กให้เพียงพอ	9	2	3	4
3. ด้านสถานที่ เช่น มุมพัฒนาการเด็ก	1	-	-	1
4. ด้านงบประมาณ สนับสนุนเพียงพอ	2	1	1	-
5. ด้านบริหารจัดการ เช่น ระบบบริการเสริมจาก โรงพยาบาล แม่ข่ายสู่รพ.สต. ฝึกอบรม อสม.และแม่อาสา	2	1	-	1
6. ด้านนโยบาย เช่น ดำเนินงาน WCC คุณภาพทั่วประเทศ กำหนด WCC คุณภาพเป็นตัวชี้วัดของจังหวัด	2	1	1	-
● ข้อเสนอจากผู้ปฏิบัติงานในคลินิก WCC				
1. ด้านผู้ให้บริการ เช่น มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเด็กเป็น ที่ปรึกษา มีรางวัลสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เข้มแข็ง	13	-	4	9
2. ด้านเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ เช่น มีคู่มือปฏิบัติงาน ที่ละเอียดสมบูรณ์	7	2	3	2
3. ด้านสถานที่ เช่น มีสนามเด็กเล่นระหว่างรอรับบริการ	2	-	-	2
4. ด้านบริหารจัดการ เช่น ติดตามนิเทศสม่ำเสมอ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง	5	1	1	3
5. ด้านนโยบาย เช่น การประชาสัมพันธ์ การดำเนินงาน WCC คุณภาพทั่วประเทศ	8	2	2	4



ตารางภาคผนวกที่ 8 สรุปรายละเอียดการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อสถานบริการ	วันเวลาให้บริการ	จำนวนครั้ง ต่อเดือน	จำนวนผู้ให้บริการ เฉลี่ย (คน)	จำนวนผู้รับบริการ เฉลี่ย (คน)
จังหวัดนครศรีธรรมราช				
รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	ทุกวันพฤหัสบดี (บ่าย)	4	6	30
สอ.ปลายท่า	ทุกวันที่ 15 ของเดือน	1	4	50
PCU วัดมุขธารา	ทุกวันที่ 15 ของเดือน	1	2	50
PCU หัวไทร	ทุกวันพฤหัสบดี (เช้า)	4	5	30
สอ.บ้านราม	ทุกวันที่ 15 ของเดือน	1	3	35
สอ.หน้าสตน	ทุกวันที่ 15 ของเดือน	1	2	20
รพ.ฉวาง	ทุกวันพุธ	4	7	30
PCU ห้วยปรึก	ทุกวันที่ 15 ของเดือน	1	3	80
สอ.มะปรางงาม	ทุกวันที่ 15 ของเดือน	1	4	55
รพ.ทุ่งสง	ไม่ได้ดำเนินงานคลินิก WCC คุณภาพ	0	0	0
สอ.ทุ่งสำน	ทุกวันที่ 15 ของเดือน	1	3	40
สอ.หนองหัว	ทุกวันที่ 15 ของเดือน	1	8	100

ตารางภาคผนวกที่ 9 สรุปรายละเอียดการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อสถานบริการ	วันเวลาให้บริการ	จำนวนครั้ง ต่อเดือน	จำนวนผู้ให้บริการ เฉลี่ย (คน)	จำนวนผู้รับบริการ เฉลี่ย (คน)
จังหวัดกาฬสินธุ์				
รพ.กาฬสินธุ์	ทุกวันจันทร์	4	5	30
สอ.นาจารย์	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน	1	9	60
สอ.โนนสว่าง	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 และ 3 ของเดือน	2	4	35
รพ.สมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์	ทุกวันพฤหัสบดี (เช้า)	4	5	45
สอ.นาไคร้	ทุกวันที่ 20 ของ เดือน	1	1	30
สอ.เหล่าใหญ่	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน	1	3	35
รพ.ห้วยเม็ก	ทุกวันจันทร์	1	4	30
PCU กุดโดน	ทุกวันที่ 20 ของ เดือน	1	4	40
สอ.โนนชัยวง	ทุกวันที่ 20 ของ เดือน	1	3	30



ตารางภาคผนวกที่ 10 สรุปรายละเอียดการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อสถานบริการ	วันเวลาให้บริการ	จำนวนครั้ง ต่อเดือน	จำนวนผู้ให้บริการ เฉลี่ย (คน)	จำนวนผู้รับบริการ เฉลี่ย (คน)
จังหวัดมหาสารคาม				
รพ.มหาสารคาม	ทุกวันอังคาร (บ่าย)	4	16	80
สอ.โนนไต้	ทุกวันที่ 10 และ 20 ของเดือน	2	6	45
PCU ดอนหว่าน	ทุกวันที่ 20 ของ เดือน	1	2	50
รพ.เขียงยืน	ทุกวันศุกร์ (เช้า)	4	6	40
สอ.บ้านแบก	ทุกวันที่ 20 ของ เดือน	1	3	35
สอ.บ้านแฝก	ทุกวันที่ 20 ของ เดือน	1	3	20
รพ.ยางสีสุราช	ทุกวันศุกร์แรกและ ศุกร์สุดท้ายของ เดือน	2	5	25
สอ.ดงแคน	ทุกวันที่ 18 ของ เดือน	1	1	6
PCU เหล่าหมากคำ	ทุกวันที่ 20 ของ เดือน	1	3	30

ตารางภาคผนวกที่ 11 สรุปรายละเอียดการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ จังหวัดลพบุรี

ชื่อสถานบริการ	วันเวลาให้บริการ	จำนวนครั้ง ต่อเดือน	จำนวนผู้ให้บริการ เฉลี่ย (คน)	จำนวนผู้รับบริการ เฉลี่ย (คน)
จังหวัดลพบุรี				
รพ.พระนารายณ์มหาราช (ลพบุรี)	ทุกวันอังคารและ วันศุกร์	8	10	80
PCU เขาสามยอด	ทุกวันที่ 10 ของ เดือน	1	2	20
สอ.หนองปลิง	ทุกวันที่ 10 ของ เดือน	1	3	20
รพ.บ้านหมี่	ทุกวันพฤหัสบดี และวันศุกร์	8	5	30
สอ.บางพัง 1	ทุกวันที่ 10 ของ เดือน	1	3	20
สอ.ขอนแก่น	ทุกวันที่ 10 ของ เดือน	1	2	15
รพ.ชัยบาดาล	ทุกวันพุธและวัน วันศุกร์	8	7	40
สอ.ท่ามะนาว	ทุกวันที่ 10 ของ เดือน	1	3	15
PCU เกษะรัง	ทุกวันที่ 10 ของ เดือน	1	5	50
รพ.หนองม่วง	ทุกวันศุกร์	4	8	25
สอ.ยางโทน	ทุกวันที่ 10 ของ เดือน	1	4	30
สอ.หนองบุ	ทุกวันที่ 10 ของ เดือน	1	3	15



ตารางภาคผนวกที่ 12 สรุปรายละเอียดการให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ จังหวัดเชียงราย

ชื่อสถานบริการ	วันเวลาให้บริการ	จำนวนครั้ง ต่อเดือน	จำนวนผู้ให้บริการ เฉลี่ย (คน)	จำนวนผู้รับบริการ เฉลี่ย (คน)
จังหวัดเชียงราย				
รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์	ทุกวันพฤหัสบดี (บ่าย)	4	20	100
สอ.หัวฝาย	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของเดือน	1	1	20
PCU ดอยฮาง	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของเดือน	1	2	60
รพ.สมเด็จพระยุพราชเชียงของ	ทุกวันพฤหัสบดี	4	5	45
PCU ศรีดอนชัย	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของเดือน	1	3	13
สอ.สถาน	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของเดือน	1	3	15
รพ.แม่สรวย	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 และ 4 ของเดือน	2	6	25
สอ.ป่าแดด	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของเดือน	1	2	120
สอ.ห้วยไคร้	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของเดือน	1	3	55
รพ.แม่จัน	ทุกวันพฤหัสบดี	4	7	20
สอ.จันจว้าใต้	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของเดือน	1	3	35
สอ.ใหม่พัฒนา	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของเดือน	1	3	40

