

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา และอำนาจการทำนายของปัจจัย (เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับผู้ปกครอง สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ รายได้ผู้ปกครอง รายรับของวัยรุ่น การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ประเภทของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระยะทางจากที่พักอาศัยกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ) ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น และปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิจัยเป็น 5 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัญหาในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่กลุ่มวัยรุ่น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่น ได้แก่ เพศ อายุ การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา

จำนวนสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพกับครอบครัว อาชีพหลักของครอบครัว ผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยของผู้ครอบครัว รายได้ของวัยรุ่น ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ ภาวะโภชนาการ ดังแสดงในตาราง 3-4

ตาราง 3

แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากร ($N = 440$)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	166	37.73
หญิง	274	62.27
อายุ		
10 - 12 ปี	16	3.64
13 -15 ปี	221	50.23
16 -18 ปี	197	44.77
19 -21 ปี	5	1.14
22 - 25 ปี	1	0.23
$\bar{X} = 15.25, SD = 1.80 \text{ min} = 12 \text{ max} = 22$		
การนับถือศาสนา		
พุทธ	84	19.09
อิสลาม	355	80.68
คริสต์	1	0.23
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	85	<u>19.32</u>
มัธยมศึกษาปีที่ 2	80	18.18
มัธยมศึกษาปีที่ 3	70	15.91
มัธยมศึกษาปีที่ 4	71	16.14
มัธยมศึกษาปีที่ 5	76	17.28
มัธยมศึกษาปีที่ 6	58	13.18

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3	29	6.56
4-6	279	63.41
7-9	110	25.00
10 คนขึ้นไป	2	5.00
$\bar{X} = 5.69, SD = 1.91, \min = 2, \max = 14$		
ระดับสัมพันธภาพกับครอบครัว		
ดีมาก	226	51.36
ดี	171	38.86
ปานกลาง	34	7.73
ดีเล็กน้อย	9	2.05
ไม่ดีเลย	0	0
อาชีพหลักของครอบครัว(บิดา/มารดา)		
เกษตรกรรวม	185/178	42.04/40.45
ค้าขาย	87/120	19.77/27.27
ก่อสร้าง	22/3	5.00/ 0.68
พนักงานบริษัท	11/10	2.50/ 2.27
รับราชการ	82/49	18.64/11.14
กรรมกรแรงงาน	5/7	1.14/ 1.59
รับจ้าง	9/7	2.04/1.59
อาชีพอื่นๆ	23/48	5.23/10.91
แม่บ้าน	0/3	0.00/ 0.68
ไม่ตอบ	15/15	3.41/3.41

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน(N =440)	ร้อยละ
ผู้ปกครองของวัยรุ่น		
พ่อ/แม่	413	93.86
พี่/น้อง	3	0.68
ญาติ	19	4.32
ดูแลตัวเอง	5	1.14
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	174	39.55
5,001-10,000 บาท	133	30.23
10,001-15,000 บาท	40	9.09
15,001-20,000 บาท	32	7.27
มากกว่า 20,000 บาท	61	13.86
$\bar{X} = 11717.65, SD=11231, \min = 2000 \max = 70000$		

จำนวนเงินที่วัยรุ่นได้รับจากแหล่งต่างเฉลี่ยต่อเดือน

ต่ำกว่า ห้าร้อยบาท	81	18.41
501-1,000 บาท	176	40.00
1,001- 1,500 บาท	91	20.68
1,501- 2,000 บาท	56	12.73
มากกว่า 2,000 บาท	36	8.18
$\bar{X} = 1163.28, SD = 740.77, \min = 300, \max = 4900$		

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.27) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 37.73) คิดเป็นอัตราส่วนเป็นเพศชาย 65.8 คนต่อหญิง 100 คน อายุเฉลี่ย 15 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 80.68) ศาสนาพุทธร้อยละ 19.09 กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 19.32) รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (ร้อยละ 18.18) กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 63.40) มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4-6 คน โดยจำนวนสมาชิกเฉลี่ยจำนวน 5.69 คน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.36 มีสัมพันธภาพกับครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก บิดาของกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.04) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รองลงมาตามลำดับคือค้าขาย (ร้อยละ 19.77) รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 18.64) ส่วนแม่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รองลงมา (27.27) คืออาชีพค้าขาย ผู้ปกครองที่ดูแลวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นพ่อ/แม่ (ร้อยละ 93.9) รองลงมาคือญาติ (ร้อยละ 4.3) ครอบครัววัยรุ่นเกือบครึ่ง (ร้อยละ 40.0) มีรายได้รวมต่ำกว่า 5,000 บาท รองลงมาคือมีรายได้ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 20) โดยมีเฉลี่ยแล้วบิดากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนละ ประมาณ 11,717.65 บาท กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 40.00) ได้รับเงินรายจ่ายต่อเดือนเป็นเงินจำนวน 501-1,000 บาท รองลงมา (ร้อยละ 20.68) ได้รับเงินรายจ่ายต่อเดือน 1,001-1,500 บาท โดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มตัวอย่างได้รับเงินรายจ่ายต่อเดือนประมาณ 1163.28 บาทต่อเดือน

1.2. ข้อมูลภาวะโภชนาการ

จากการประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 48.56) มีน้ำหนักน้อยเกินไป ซึ่งพบมากในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น และกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.00) มีน้ำหนักตัวปกติ กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อย (ร้อยละ 3.59) น้ำหนักตัวมากเกินไป กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยมาก (ร้อยละ 0.72) ที่อ้วนผิดปกติ (ตาราง 4)

แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะโภชนาการ (ค่าดัชนีมวลกาย) และระดับการศึกษา(N=418)

ภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย)	ระดับการศึกษา						รวม
	1	2	3	4	5	6	
น้ำหนักน้อยเกินไป	51(60.71)	43(57.33)	32(49.23)	28(41.18)	35(47.30)	14(26.92)	203(48.56)
น้ำหนักปกติ	30(35.71)	26(34.67)	28(43.08)	33(48.53)	35(47.30)	32(61.54)	184(44.00)
น้ำหนักตัวมากเกินไป	1(1.19)	3(4.00)	1(1.5)	2(2.9)	2(2.70)	6(11.54)	15(3.59)
จำนวนาระดับ1	1(1.19)	3(4.00)	3(4.62)	4(5.88)	2(2.70)	0(0.0)	13(3.11)
จำนวนาระดับ2	1(1.19)	0(0.0)	1(1.54)	1(1.47)	0(0.0)	0(0.0)	3(0.72)
(เว้นผิดปกติ)							
รวม	84(100)	75(100)	65(100)	68(100)	74(100)	52(100)	418(100)

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบคำถามส่วนนี้ 22 คน

1.3 ข้อมูลการใช้บริการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ข้อมูลการใช้บริการบริการสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วยข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพ ประเภทหลักประกันสุขภาพ ประเภทสถานบริการที่นิยมใช้ ระยะทางจากที่พักกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ชนิดบริการสุขภาพที่มีให้บริการตามการรับรู้ของวัยรุ่น ชนิดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่วัยรุ่นต้องการ ดังตาราง 5

ตาราง 5

แสดงจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นจำแนกตามการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (N = 440)

การใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	จำนวน	ร้อยละ
การมีหลักประกันสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล		
มีหลักประกันสุขภาพ	431	97.95
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	9	2.05
ประเภทหลักประกันสุขภาพ(มีสิทธิการรักษา)ด้านการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท	348	79.09
ครอบครัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	76	17.27
บัตรประกันสังคม	2	0.45
ประกันสุขภาพเอกชน	5	1.14
ประกันสุขภาพอื่นๆ	1	0.23
ไม่ตอบ	8	1.82
ประเภทสถานบริการส่วนใหญ่ที่เลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ		
สถานบริการของรัฐ	308	70.00
สถานบริการของเอกชน	127	28.86
ไม่ตอบ	5	1.14

ตาราง 5 (ต่อ)

การใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะทางจากที่พักอาศัยกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ		
1-5 กิโลเมตร	362	82.27
6-10 กิโลเมตร	34	7.73
11-15 กิโลเมตร	9	2.04
16-20 กิโลเมตร	5	1.14
มากกว่า 20 กิโลเมตร	30	6.82
$\bar{X} = 3.33, SD = 3.4, \min = 0.20 \max = 28$		
การไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ		
เคยใช้	303	68.86
ไม่เคยใช้	137	31.14
ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ		
พึงพอใจมาก	135	30.68
พึงพอใจปานกลาง	264	60.00
พึงพอใจน้อย	32	7.27
ไม่พึงพอใจ	6	1.36
ไม่ตอบ	3	0.68
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ทางโทรทัศน์	224	50.91
บุคลากรทางสาธารณสุข	133	30.23
วิทยุ	38	8.64
อินเทอร์เน็ต	26	5.91
สื่อสิ่งพิมพ์	19	8.64

ตาราง 5 (ต่อ)

การใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ		
ระดับดี	78	17.73
ระดับปานกลาง	205	46.59
ระดับน้อย	156	35.45
ไม่ตอบ	1	0.23
การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับมาก	341	77.50
การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง	84	19.09
การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับน้อย	5	1.14
ไม่ตอบ	10	2.27
การรับรู้สิทธิประโยชน์		
รับรู้สิทธิประโยชน์ระดับดี	190	43.18
รับรู้สิทธิประโยชน์ระดับปานกลาง	233	52.96
รับรู้สิทธิประโยชน์ระดับน้อย	17	3.86
ภาวะสุขภาพ		
ภาวะสุขภาพระดับดี	404	91.82
ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง	29	6.59
ภาวะสุขภาพระดับน้อย	0	0.00
ไม่ตอบ	7	1.59

จากตาราง 5 พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพด้านค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 97.95) โดยส่วนใหญ่มีสิทธิประเภทบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท (ร้อยละ 79.09) รองลงมาคือ สิทธิครอบครัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 17.27 และเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับ สถานบริการของรัฐ (ร้อยละ 70.00) ระยะทางจากที่พักอาศัยกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ระบุในบัตร หรือไปใช้สิทธิ์ส่วนใหญ่เป็นระยะทาง 0-5 กิโลเมตร (ร้อยละ 82.27) โดยเฉลี่ย 3.33 กิโลเมตร ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.9 เคยไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เฉลี่ยได้ 2.12 ครั้ง/ปี

ส่วนใหญ่ เคยใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ร้อยละ 68.86) และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.14 ยังไม่เคยไปใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทางโทรทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 50.91) รองลงมาคือได้รับข้อมูลข่าวสารทางบุคลากรทางสาธารณสุขร้อยละวิทยุ (ร้อยละ 30.23) และ ได้รับทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 5.91 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิปานกลาง (ร้อยละ 60.00)

ตาราง 6

แสดงจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นจำแนกตามประเภทบริการ และความต้องการบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (N = 436)

ประเภทบริการสุขภาพ	ความต้องการ			
	ต้องการ		ไม่ต้องการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บริการตรวจสุขภาพประจำปี แก่กลุ่มวัยรุ่น	426	97.71	10	2.29
บริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตวัยรุ่น	417	95.64	19	4.36
คลินิกนิรนาม(บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับ เอดส์และกามโรค)	350	80.65	84	19.35
คลินิกบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด	384	88.28	51	11.72
บริการสุขภาพเกี่ยวกับความสวยงาม	336	77.24	99	22.76
คลินิกวางแผนครอบครัว (บริการการป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่น)	378	86.70	58	13.30
บริการรักษาผิวหนัง ใบน้ำ	392	89.91	44	10.09
บริการส่งเสริมการออกกำลังกาย หรือฟิตเนส	411	94.27	25	5.73

จากตาราง 6 ด้านความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น (สถานีนอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน) พบว่าส่วนใหญ่ต้องการบริการในทุกข้อ ข้อที่ต้องการมากที่สุดคือ บริการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 97.71) รองลงมาตามลำดับคือ บริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตวัยรุ่น (ร้อยละ 95.64) บริการส่งเสริมการออกกำลังกายหรือฟิตเนส (ร้อยละ 94.27) บริการรักษาผิวหนัง และไอบี (ร้อยละ 89.91) บริการคลินิกบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด (ร้อยละ 88.28) ต้องการบริการคลินิกวางแผนครอบครัว (ร้อยละ 86.70) บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคเอดส์และกามโรค (ร้อยละ 80.65) บริการที่กลุ่มตัวอย่างต้องการในจำนวนน้อยที่สุดคือบริการสุขภาพเกี่ยวกับความสวยงาม (77.24)

ตาราง 7

แสดงจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นจำแนกตามประเภทบริการ และการรับรู้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (N = 433)

ประเภทบริการสุขภาพ	การรับรู้บริการ			
	มี		ไม่มีบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บริการตรวจสุขภาพประจำปี แก่กลุ่มวัยรุ่น	159	36.72	274	63.28
บริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตวัยรุ่น	199	45.96	234	54.04
คลินิกนิรนาม(บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับเอดส์และกามโรค)	142	32.87	291	67.13
คลินิกบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด	189	43.52	244	56.48
บริการสุขภาพเกี่ยวกับความสวยงาม	155	35.28	277	64.72
คลินิกวางแผนครอบครัว (บริการการป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่น)	249	57.64	184	42.36
บริการรักษาผิวหนัง ไอบี	159	36.72	274	63.28
บริการส่งเสริมการออกกำลังกาย หรือฟิตเนส	255	59.03	177	40.97

จากตาราง 7 ประเภทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐ (สถานีนอนมัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน) ตามการรับรู้ของวัยรุ่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งที่รับรู้ว่ามีบริการส่งเสริมการออกกำลังกาย (59.03) และบริการการป้องกันการค้าฉกรรจ์สำหรับวัยรุ่น (57.64) บริการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีบริการมากที่สุดคือบริการทางการแพทย์เกี่ยวกับเอดส์และกามโรค (ร้อยละ 67.13) และบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งไม่ทราบว่ามีบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐ ได้แก่ บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับเอดส์และกามโรค (67.16) บริการสุขภาพเกี่ยวกับความสวยงาม (64.72) บริการตรวจสุขภาพประจำปีและบริการรักษาพรรณ/ใบหน้า (ร้อยละ 63.28) บริการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด (ร้อยละ 56.48)

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับการวิจัยนี้แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความพอเพียงของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีอยู่ 2) ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 3) ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 4) ด้านความสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 5) ด้านคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประเมินการเข้าถึงในแง่ศักยภาพ ผลลัพธ์วัดจากการได้ใช้ หรือได้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังตาราง 7-8

ตาราง 8

แสดงจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นจำแนกตามระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(N=440)

การเข้าถึงบริการสุขภาพรวมทุกด้าน	จำนวน	ร้อยละ
เข้าถึงบริการสุขภาพระดับมาก	115	26.36
เข้าถึงบริการสุขภาพระดับปานกลาง	299	69.32
เข้าถึงบริการสุขภาพระดับน้อย	19	4.32
รวม	440	100

ตาราง 9

แสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(N=440)

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	คะแนน		
	\bar{X}	SD	แปรผล
1.ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ	2.16	0.68	ปานกลาง
2.ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก	2.25	1.01	ปานกลาง
3.ด้านคุณภาพ	2.25	0.74	ปานกลาง
4.ด้านความสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่าย	2.40	0.65	ปานกลาง
5.ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ	2.56	0.68	ปานกลาง
การเข้าถึงโดยรวม	2.32	0.56	ปานกลาง

จากตาราง 8-9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยรวม ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.32) มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.32$, SD= 0.56) ซึ่งค่าเฉลี่ยแต่ละด้านก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.56$ SD = 0.68) รองลงมาตามลำดับ คือด้านความสามารถเสียค่าใช้จ่าย ($\bar{X} = 2.40$, SD= 0.65) ด้านความสะดวกและด้านคุณภาพและด้านคุณภาพบริการ ($\bar{X} = 2.25$, SD= 0.74) และด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.16$, SD= 0.68)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น
นำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วนมีดังนี้

- ส่วนที่ 3.1 การเลือกตัวแปรอิสระมาศึกษา ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ที่มีอิทธิพลกับคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นใน โรงเรียนมัธยมศึกษา
ส่วนที่ 3.2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ
นักเรียนมัธยมศึกษา

ในการนำเสนอผลการศึกษานี้ใช้สัญลักษณ์แทนปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึง
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นใน โรงเรียนมัธยมศึกษา ดังนี้

Y	=	การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
X1	=	เพศ
X2	=	การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย
X3	=	สัมพันธภาพกับผู้ปกครอง
X4	=	สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ
X5	=	รายได้ผู้ปกครอง
X6	=	รายรับของวัยรุ่น
X7	=	การรับรู้สิทธิประโยชน์
X8	=	ภาวะสุขภาพ
X9	=	ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ
X10	=	ประเภทสถานบริการสุขภาพ
X11	=	ระยะทางจากที่พักอาศัยกับหน่วย

3.1 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา

การศึกษานี้ได้วัดตัวแปรที่ศึกษาให้มีมาตรวัดระดับช่วง (Interval scale) และเป็น
ตัวแปรหุ่น (dummy variable) ตัวแปรที่มีการวัดระดับช่วงได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับ
ปฐมภูมิ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับผู้ปกครอง สัมพันธภาพกับผู้
ให้บริการ รายได้ผู้ปกครอง รายรับของวัยรุ่น การรับรู้สิทธิประโยชน์ ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจ
ต่อหน่วยบริการ ประเภทสถานบริการสุขภาพ ระยะทางจากที่พักอาศัยกับหน่วยบริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนตัวแปรหุ่นได้แก่เพศ การมีหลักประกันสุขภาพ ประเภทสิทธิการ
รักษา ประเภทสถานบริการที่นิยมใช้ ดังภาคผนวก ข.

3.2 การเลือกตัวแปรอิสระมาศึกษา

การเลือกตัวแปรอิสระมาศึกษาโดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา เลือกตัวแปรอิสระเข้ามาศึกษาด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ เนื่องจากการใช้สถิติถดถอยพหุคูณมีการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรอิสระโดยวิธี Komogorove- Sminov ผลการทดสอบพบว่า รายได้ มีการแจกแจงปกติ ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงระหว่างตัวแปรตัวแปรอิสระคู่ใดคู่หนึ่ง (ไม่มี multicollinearity) ก็คือต้องไม่มีอิสระคู่ใดคู่หนึ่งมีความสัมพันธ์กันสูงเกิน 0.65 (Burn & Grove, 1993 อ้างตาม เพชรน้อย, 2544) จึงทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดพบว่าไม่มีตัวแปรอิสระตัวใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกิน 0.65 ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้นำตัวแปรอิสระทุกตัวมาวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (ดังตาราง 9) และได้ทดสอบความสัมพันธ์ภายใน (autocorrelation) โดยใช้ค่า Durbin- Watson) ซึ่งควรมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 (เพชรน้อย, 2547) ผลการวิเคราะห์พบว่าเท่ากับ 1.713 สรุปได้ว่าข้อมูลชุดนี้ไม่มี ออโตคอร์ริเลชัน (Autocorrelation)

แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้การวิเคราะห์หำยการทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11
X1(เพศ)	1										
X2(การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย)	-.184**	1									
X3(สัมพันธ์รภาพกับผู้ป่วยครอง)	-.026	.164**	1								
X4(สัมพันธ์รภาพกับผู้ให้บริการ)	.030	-0.015	.065	1							
X5(รายได้ผู้ป่วยครอง)	.015	.187**	.245**	-.049	1						
X6(รายรับของวัยรุ่น)	.050	.148**	.140**	-.089	.410**	1					
X7(การรับรู้สิทธิประโยชน์)	-.028	.343**	.165**	.091	.220**	.185**	1				
X8(ภาวะสุขภาพ)	.069	.075	.243**	.142*	.189**	-.048	.208**	1			
X9(ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ)	.012	-.023	.026	.115	-.050	-.128**	-.020	.181**	1		
X10(ประเภทสถานบริการสุขภาพ)	-.120*	.113*	.041	-.067	.015	.058	.022	-.137*	-.038	1	
X11(ระยะทางจากที่พักอาศัยกับหน่วยบริการ)	-.043	.035	-.008	-.140**	-.016	-.024	.044	-.083	-.045	-.076	1

**หมายถึง $P \leq 0.01$

*หมายถึง $P \leq 0.05$

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของนักเรียนมัธยมศึกษา มีดังนี้

ตาราง 11

แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบมีขั้นตอนระหว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นกับตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร(ทำนาย)	b	Beta	R	R ²		F	P-value	
				R ²	adjusted change			
การรับรู้สิทธิ	0.305	0.353	.419	.175	.173	.175	84.01	0.000
สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ	0.123	0.199	.476	.226	.222	.051	25.80	0.000
ภาวะสุขภาพ	0.160	0.133	.508	.258	.252	.032	16.68	0.000
ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ	0.116	0.132	.522	.272	.265	.014	7.78	0.006
รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน	0.006	0.117	.534	.285	.276	.013	6.96	0.009
เพศชาย	0.114	0.100	.543	.295	.284	.010	5.46	0.020

หมายเหตุ p < .05 ,constant= 0.221 , SE =0.232

จากตาราง 12 เมื่อวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยใช้ตัวแปรตาม (การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ) เป็นเกณฑ์ เมื่อนำค่าคะแนนของปัจจัยในการทำนายทั้งหมด 11 ตัว เป็นตัวทำนาย และวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุแบบมีขั้นตอน (stepwise regression) ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบมีขั้นตอน พบว่ามีตัวแปรอิสระ 6 ตัว ที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 28.4 (p<.05, R = .543, adjust R² = 0.284) ตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุดถูกเลือกเข้ามาก่อนคือ การรับรู้สิทธิ แล้วเพิ่มตัวทำนายอื่นๆ ตามลำดับคือ สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ ภาวะสุขภาพ เพศ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

คะแนนการรับรู้สิทธิสามารถทำนายได้ร้อยละ 17.3 เมื่อร่วมกับคะแนนสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการทำให้โอกาสการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.2 เมื่อเพิ่มคะแนนภาวะสุขภาพมาร่วมทำนาย ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.2 เมื่อเพิ่มความพึงพอใจต่อหน่วยบริการมาร่วมทำนาย ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.5 เมื่อเพิ่มรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมาร่วมทำนาย ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.6 เมื่อเพิ่มเพศมาร่วมทำนายทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.4

จากตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสามารถสร้างสมการพยากรณ์ได้ จึงคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมี 6 ตัว ที่ร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ร้อยละ 28.4 มีความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ 23.2 เขียนเป็นสมการทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y' = 0.221 + 0.305 (\text{การรับรู้สิทธิ}) + 0.123 (\text{สัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการ}) + 0.160 (\text{ภาวะสุขภาพ}) + 0.116 (\text{ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ}) + .006 (\text{รายได้เฉลี่ยของครอบครัว}) + 0.114 (\text{เพศ})$$

จากสมการนี้แสดงให้เห็นว่า ถ้าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิทธิเพิ่มขึ้น 1 คะแนนทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 0.305 เท่า เมื่อตัวแปรอื่นๆคงที่ และถ้าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น 1 คะแนน การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 0.123 เท่า เมื่อตัวแปรอื่นๆคงที่ และคนที่คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพดีกว่า 1 คะแนน การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะมากกว่า 0.160 เท่าเมื่อตัวแปรอื่นๆคงที่ และคนที่มีความพึงพอใจต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมากกว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะมากกว่า 0.116 เท่า เมื่อตัวแปรอื่นๆคงที่ และเมื่อครอบครัวมีรายได้เพิ่มขึ้นหนึ่งพันบาทการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะเพิ่มขึ้น 0.006 เท่า เมื่อตัวแปรอื่นๆคงที่ และถ้าเป็นเพศชายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะเพิ่มขึ้น 0.114 เท่า เมื่อตัวแปรอื่นๆคงที่

3. ข้อมูลปัญหา และข้อเสนอแนะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากผลการวิเคราะห์ปัญหาในการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากบริการภาครัฐ รายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 12

แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดปัญหา และระดับปัญหาในภาครัฐ (N = 436)

ชนิดปัญหา	ระดับปัญหา			
	มาก จำนวน(%)	ปานกลาง จำนวน(%)	น้อย จำนวน(%)	ไม่มีปัญหา จำนวน(%)
ด้านบุคลากร				
เจ้าหน้าที่พูดจาไม่สุภาพ	48 (11.5)	135(31.5)	160(36.1)	93 (21.0)
เจ้าหน้าที่ขาดความเอาใจใส่ผู้มาใช้บริการ	60 (13.9)	151 (34.9)	149 (34.4)	73 (16.9)
เจ้าหน้าที่ไม่อยู่ในเวลาปฏิบัติงาน	36 (8.3)	151(34.7)	152(34.9)	96 (22.1)
วิธีการ				
คุณภาพบริการไม่ดี	30 (6.9)	227(51.9)	135(30.9)	45 (10.3)
ให้บริการช้า	107(24.5)	150(34.2)	133(30.7)	46 (10.6)
รักษาไม่หาย	27 (6.2)	160(36.8)	197(45.1)	52 (11.9)
ขั้นตอนในการใช้สิทธิบัตรในการรักษา				
ยุ่งยาก หรือเข้าใจยาก	59 (13.5)	148(33.9)	142(32.6)	87 (20.0)
กำหนดระยะเวลาการให้บริการ 8.00 – 16.00 น. จันทร์ – ศุกร์ นั้นน้อยเกินไป	67 (15.4)	147(33.6)	107(24.6)	115(26.4)
เดินทางไปใช้บริการได้ยากลำบาก	33 (7.6)	105(24.1)	144(33.0)	154(35.3)
การเงิน				
ค่ารักษาพยาบาลแพงเกินไป	34 (7.8)	151(34.6)	140(32.1)	111(25.5)

จากตาราง 12 ปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาครัฐ พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.6-90) ระบุว่ามีปัญหา มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 10.00-35.40) ที่ระบุว่าไม่มีปัญหาในการใช้บริการสุขภาพภาครัฐ ปัญหาในระดับมากที่สุดที่สำคัญ 4 ลำดับแรกได้แก่ ปัญหาให้บริการล่าช้า (ร้อยละ 24.5) ระบุว่า เป็นปัญหาในระดับมาก รองลงมาคือปัญหา ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการน้อยเกินไป (ร้อยละ 15.4) ขั้นตอนการให้บริการยุ่งยาก (ร้อยละ 13.5) เจ้าหน้าที่ขาดการเอาใจใส่ผู้มารับบริการ (13.9) ส่วนปัญหาที่อยู่ในระดับปานกลาง 4 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาคุณภาพบริการไม่ดี (ร้อยละ 51.1) รักษาไม่หาย (36.8) ปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ในเวลาปฏิบัติงาน (ร้อยละ 34.7) และปัญหาค่ารักษาแพง (34.6) และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 33.0) ระบุว่าไม่มีปัญหาด้านการเดินทางไปใช้บริการ สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นมีความสะดวกในการไปใช้บริการ

ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิวัยรุ่นให้เข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพบว่าวัยรุ่นต้องการบริการให้ตอบสนองความต้องการใช้บริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่น คือในด้านสถานที่สามารถเดินทางไปใช้บริการสะดวกและใช้เวลาไม่นาน ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนหรือสถานศึกษา การจัดสถานบริการสร้างเสริมสุขภาพ ควรเป็นบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน รวดเร็ว เพราะวัยรุ่นต้องการบริการที่ รอไม่นาน ใช้เวลาในการรอคอยน้อย ด้านช่วงเวลาที่ให้บริการควรมีบริการสุขภาพในช่วงนอกเวลาหลังเลิกเรียนหรือวันเสาร์-อาทิตย์ ส่วนลักษณะผู้ให้บริการ วัยรุ่นต้องการผู้ให้บริการที่เข้าใจวัยรุ่น พร้อมทั้งจะให้บริการ เป็นมิตร เป็นกันเอง ให้เกียรติและรับฟังวัยรุ่น

การอภิปรายผล

ในการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาระดับการเข้าถึงบริการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพพระคัมภีร์ของวิทยาลัยในโรงเรียนมัธยมศึกษา จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพพระคัมภีร์ของ เป็น 4 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล
2. ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพ
3. ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพพระคัมภีร์
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพพระคัมภีร์ของวิทยาลัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง 100 คน เท่ากับ 65.8 สอดคล้องกับข้อมูลประชากรประเทศไทยระดับชาติ ภาค และประชากรจังหวัดยะลา ปี 2548 ที่มีประชากรเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 80.7 สอดคล้องกับข้อมูลประชากรจังหวัดยะลาที่พบว่าประชากรจังหวัดยะลาส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 71.74 (สำนักงานจังหวัดยะลา, 2547) ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ในช่วง 4-6 คน โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 5.69 คน สะท้อนให้เห็นว่าเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กเปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวผสมเมื่อ 5 ปีก่อนหน้านี้ ที่มีสมาชิก 6-8 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับผู้ปกครองในช่วงดีถึงดีมาก (ระดับดีร้อยละ 38.9, ระดับดีมากร้อยละ 51.4) วิทยาลัยส่วนใหญ่มีพ่อหรือแม่เป็นผู้ปกครองร้อยละ 93.9 สะท้อนให้เห็นว่าสถาบันครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูก ไม่มี ความขัดแย้งในครอบครัว ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 39.) สอดคล้องกับผลการศึกษาด้านภาพและปัญหาเกษตรกรชาวสวนยางในจังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตูลที่มีผลกระทบต่อโครงการสามเหลี่ยมเศรษฐกิจ อิน โคนีเซีย มาเลเซีย ไทย ที่พบว่ารายได้ของเกษตรกรชาวสวนยางส่วนมากระดับ 1,000 – 5,000 บาท/เดือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6,914.60 บาท (ศิษย์วัช , 2544) กลุ่มตัวอย่างได้รับเงินสำหรับค่าใช้จ่ายแต่ละเดือนอยู่ในช่วง 501-1,000 บาทมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับเงินสำหรับค่าใช้จ่ายน้อย

สำหรับค่าครองชีพ ถึงร้อยละ 40.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.4) มีความพึงพอใจต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตั้งอยู่ในปานกลาง สอดคล้องกับการสำรวจความพึงพอใจโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดยะลา พบว่าผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจไปต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดยะลา คิดเป็นร้อยละ 56.06 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2547)

2. ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 98.2 สอดคล้องกับข้อมูลความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของจังหวัดยะลา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2547) ส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพแบบรัฐจัดให้คือ บัตรสวัสดิการสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตร 30 บาท (ร้อยละ 79.09) สิทธิครอบครัวข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 17.27 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับสถานบริการของรัฐ (ร้อยละ 70.00) ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินผลการบริการสาธารณสุขระดับตำบล ที่พบว่าในทุกจังหวัดที่ทำการประเมิน (น่าน นครสวรรค์ นครราชสีมา สระแก้ว ระยอง นครศรีธรรมราชและยะลา) ประชาชนจะระบุจะไปรับบริการที่สถานีอนามัยเป็นแห่งแรกเมื่อเจ็บป่วย (มันทนา และคณะ, 2542) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.3 มีที่พักห่างไกลจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอยู่ในช่วง 1-5 ร้อยละ 7.7 อยู่ในช่วง 6-10 กิโลเมตร กิโลเมตร สะท้อนให้เห็นว่าส่วนใหญ่มีหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ไกลจากที่พัก ทำให้มีโอกาสเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่ามิบริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐานแต่ละประเภทที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ร้อยละ 40.97- 63.3) แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความต้องการให้มีบริการสุขภาพที่จำเป็นทุกประเภทในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือที่สถานีอนามัย บริการที่กลุ่มตัวอย่างต้องการเป็นจำนวนมากที่สุด คือบริการตรวจสุขภาพประจำปี วัคซีนเกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.59) มีสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการในระดับปานกลางมากที่สุด เมื่อจำแนกตามกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในระดับดีถึงดีมากต่ออาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 43.6 ต่อพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 30.4 ต่อแพทย์ที่ออกตรวจในสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนร้อยละ 21.0 วัคซีนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.50) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับมาก ส่วนน้อย (ร้อยละ 19.09) ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง และจากคะแนนภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของวัยรุ่นเองพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.82) รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพดีในระดับมาก ส่วนน้อย (ร้อยละ 6.59) ที่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพอยู่ใน

ระดับปานกลาง แสดงถึงว่าสุขภาพวัยรุ่นส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพและความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย และส่วนใหญ่ใส่ใจในสุขภาพ ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ไปใช้บริการในการดูแลสุขภาพ และบริการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นและส่งผลให้เข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้นและสุขภาพดีต่อไป แต่จากผลการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่เข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมาก (ร้อยละ 26.36) อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นส่วนใหญ่รู้ว่าตัวเองสุขภาพดี จึงยังไม่ไปรับบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ แต่จะไปรับการรักษาเมื่อมีอาการรุนแรง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ของโซลา (Zola, 1973 อ้างตามประภาเพ็ญ, 2534) ที่ได้ให้ข้อคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะถูกบุคคลสรุปว่าเป็นการเจ็บป่วยและบุคคลนั้นแสวงหาวิธีการรักษา/พยาบาลก็ต่อเมื่อไม่สามารถทนกับสภาพหรือรับสถานการณ์นั้นได้อีก (Becker, 1979)

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.32) เข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับปานกลาง เข้าถึงบริการในระดับดีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 26.36) ยังมีวัยรุ่นที่เข้าถึงบริการสุขภาพในระดับน้อยอีกร้อยละ 4.32 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

3.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยรวม

เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมม สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ การรับรู้สิทธิประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.41, 46.70, 52.96) ตามลำดับ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Aday & Boonlert, 1977; Kroeger, 1983) คือ กลุ่มวัยรุ่นที่มีความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ การรับรู้สิทธิประโยชน์มากกว่าจะเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้มากกว่า แต่การใช้บริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยผู้ใช้บริการเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการสุขภาพกับผู้ให้บริการ (Aday & Andersen 1981) และยังขึ้นอยู่กับรายได้อีกด้วย (สำลี และคณะ, 2521) กลุ่มที่มีสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ตามด้วยกลุ่มบัตรประกันสุขภาพเอกชน กลุ่มกลุ่มบัตรประกันสังคม กลุ่มบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30บาท) ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึงร้อยละ 80.60 แต่กลุ่มบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องใช้บริการปฐมภูมิที่ระบุในบัตรเท่านั้นหรือต้องเป็นไปตามระบบการส่งต่อ และไปใช้บริการในเวลาทำการหรือที่หน่วยบริการกำหนดเท่านั้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2547)

ทำให้ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิลดลงได้ ส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยรวมอยู่และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางด้วย

3.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรายด้าน

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรายด้าน พบว่าทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านความสามารถในการเข้าถึง รองลงมาตามลำดับคือด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านคุณภาพ ความสามารถเสียค่าใช้จ่าย และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านความเพียงพอของบริการ สามารถอภิปรายการเข้าถึงรายด้านดังนี้

ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ พบว่าเป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.56$ $SD = 0.68$) มีตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางเป็นจำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 51.48) และกลุ่มตัวอย่างอีกก่อนครึ่ง (ร้อยละ 44.42) เข้าถึงในระดับมาก อาจเนื่องจากสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือสถานีนอนามัย หน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่พักอาศัยของกลุ่มวัยรุ่นซึ่งส่วนใหญ่มีระยะห่างระหว่างที่พักกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอยู่ในช่วง 1-5 กิโลเมตร วัยรุ่นร้อยละ 49.5 สามารถเข้าถึงหรือไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีการคมนาคมสะดวกในระดับมาก ระดับน้อยร้อยละ 26.1 สอดคล้องกับการกระจายของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของจังหวัดยะลา ที่พบว่าจังหวัดยะลาทั้งจังหวัดมีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึง 78 แห่ง ทุกตำบลเฉลี่ยแล้วมีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตำบลละ 1.5 แห่ง (สำนักงานจังหวัดยะลา, 2549) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับปานกลาง

ด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเข้าถึงยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.56$ $SD = 0.68$) จำนวนตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางมีเกินครึ่ง (ร้อยละ 67.06) แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่คะแนนเฉลี่ยในระดับสูงเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 11.68) เนื่องจากจากวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้เข้าถึง (ได้รับ หรือได้ใช้บริการ) บริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ส่วนใหญ่อยู่ระดับน้อย เช่น พบว่าในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาวัยรุ่นร้อยละ 42.5 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเพียงพอกับความต้องการในระดับน้อย ร้อยละ 28.4 ได้รับการตรวจสุขภาพในระดับมาก ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานที่ต้องการให้ทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (สำนักพัฒนา

เครือข่ายบริการสุขภาพ, 2548) สอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพจังหวัดยะลาที่ประชาชน จังหวัดยะลาได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเพียงร้อยละ 65.8 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2548ก) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.7 ได้รับคำปรึกษาสุขภาพจิต วัยรุ่นเพียงพอกับความต้องการในระดับน้อย ระดับมากร้อยละ 26.1 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.8 ส่วนบริการที่ควรได้รับเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.7 ได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเพียงพอกับความต้องการในระดับน้อย ร้อยละ 12.5 ได้รับในระดับมาก ร้อยละ 18.9 ยังมีกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15.5 ที่ยังไม่ได้รับบริการรักษาสุขภาพช่องปากเลย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลปัญหาสุขภาพจังหวัดยะลาที่พบว่าเด็กวัยรุ่นในจังหวัดยะลาร้อยละ 70.5 มีปัญหาสุขภาพฟันและเหงือก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2548 ข) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.2 ได้รับความรู้การดูแลรักษาตัวเองขั้นต้น (โรคไข้หวัด ท้องเสีย ไข้) เพียงพอกับความต้องการในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.5 ได้รับในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.3 โดยเฉลี่ยแล้วได้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคนละ 2.18 ครั้ง ซึ่งเมื่อเทียบกับผลการศึกษาประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนจังหวัดพัทลุงที่มีการใช้บริการประมาณ 3-6 ครั้ง โดยเฉลี่ยแล้ว 6 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในจังหวัดยะลาไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิน้อยกว่าเกือบสามเท่า (อนุชา, 2546) แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญเลิศ และบุปผา (2532) ที่พบว่าประชาชนในเขตชนบทจะไปใช้บริการที่สถานีนามัยอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี

4. ปัจจัยที่มีผลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมของวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้มากที่สุดคือ การรับรู้สิทธิประโยชน์ รองลงมาตามลำดับคือ สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เพศ ร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$, $R = .543$, adjusted $R^2 = .284$) สามารถอภิปรายแยกแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

การรับรู้สิทธิประโยชน์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษามากที่สุด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ร้อยละ 17.3 (Adjusted $R^2 = 0.173$) แสดงว่าหากวัยรุ่นได้รับทราบสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบริการสุขภาพมากขึ้นทำนายได้ว่าวัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิได้มากขึ้น อธิบายได้ว่าการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิถูกกำหนดให้ใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพของแต่ละคน คนที่รู้ว่าตนเองมีสิทธิอะไรก็จะใช้สิทธินั้น หากไม่ทราบสิทธิด้านสุขภาพทั้งหมดก็ไม่สามารถใช้สิทธิในบริการสุขภาพทั้งหมดได้ และสิทธิด้านสุขภาพเป็นส่วนที่ถูกกำหนดมาจากนโยบายสาธารณสุข และนโยบายสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุข (Aday & Andersen, 1981; วสันต์, 2532) ทำให้การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วย และสอดคล้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของประเทศไทย (วสันต์, 2532) และสอดคล้องผลการศึกษาของสุรางค์ศรี (2548) ที่พบว่าการรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และยังสอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเดร์ และเอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975) ที่พบว่าการรับรู้นโยบายและสิทธิส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการ เมื่อร่วมกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ความสามารถในทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5.1 กลายเป็นสามารถทำนายได้ร้อยละ 22.2 (Adjusted $R^2 = .222$) แสดงว่าหากวัยรุ่นมีสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพมากขึ้นทำนายได้ว่า วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้มากขึ้น

สอดคล้องกับแนวคิดของแกรโนเวเตอร์ (Granoveter, 1973) ที่กล่าวว่าแรงสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่มีความใกล้ชิด มีความรักผูกพัน จะเข้มแข็งกว่าแรงสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันห่างๆ และจากข้อมูลประจักษ์จากการศึกษาครั้งนี้ที่สนับสนุนคือพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธ์ภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิระดับน้อย สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมากมีเพียงร้อยละ 18.55 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธ์ภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิระดับมาก สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมากมีถึงร้อยละ 45.33 (ตาราง 29) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อเจอร์และบุญเลิศ และแอนเดอเซน (Aday & Boonlert, 1977; Andersen, 1968) ที่กล่าวถึงความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุข และเหตุผลที่สนับสนุนอีกอย่างคือ จากการศึกษาของกอบกาญจน์ กล่าวถึงวัยรุ่นว่า วัยรุ่นต้องการผู้ให้บริการดูแลสุขภาพเป็นกันเอง ให้บริการด้วยความจริงใจ เมื่อความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการมีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุขย่อมส่งผลต่อการเลือกใช้หรือไม่ใช้บริการ การไปรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วยเช่นกัน (ยุพา และกอบกาญจน์, 2544) แม้ว่าการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการจะเป็นส่วนเอื้อ และจูงใจให้ผู้ใช้บริการมีความสะดวกใจที่จะมาใช้บริการมากขึ้นก็ตาม แต่กลุ่มที่ไม่เคยรู้จักกันเลยหรือกลุ่มที่มีสัมพันธ์ภาพระดับน้อยก็ยังสามารถมาใช้บริการสุขภาพได้ตามสิทธิเหมือนเดิม เป็นเหตุที่ส่งผลให้มีอำนาจการทำนายน้อยกว่าการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการ เมื่อรวมกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ สัมพันธ์ภาพกับผู้ให้บริการ อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.2 ทำให้สามารถทำนายได้ร้อยละ 25.2 (Adjusted $R^2 = .252$) แสดงว่าหากวัยรุ่นมีภาวะสุขภาพดีก็สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้มากกว่า สอดคล้องกับแอนเดอเซน (Andersen, 1968) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพสัมพันธ์กับความจำเป็นทางสุขภาพซึ่งวัดโดยการรับรู้ภาวะสุขภาพ (health perception) ส่วนกัลลิวฟอร์ด (Gulliford, 2001) ได้สรุปในแผนผังปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นจะเริ่มจากความต้องการหรือไม่ต้องการดูแลสุขภาพ และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพในด้านการรับรู้สถานะสุขภาพเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการ เมื่อรวมกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ และภาวะสุขภาพ อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.4 ทำให้สามารถทำนายได้ร้อยละ 26.5 (Adjusted $R^2 = .265$) แสดงว่าถ้าวัยรุ่นมีความพึงพอใจต่อหน่วยบริการมากขึ้นวัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้มากขึ้น เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่ำมากเข้าถึงบริการสุขภาพรวมทุกด้านในระดับมากถึงร้อยละ 34.1 (ตาราง 25) ซึ่งมากกว่าความพึงพอใจระดับอื่นๆ สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการของอเดร์และ เอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1971) ที่กล่าวว่าความพึงพอใจในความสะดวกในบริการที่ได้รับการประสานงานบริการ ทัศนคติผู้ให้บริการ คุณภาพบริการ ค่าใช้จ่าย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความพึงพอใจต่อการรับบริการมีผลต่อการเข้าถึงบริการ (เบญจมาศ, 2541)

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้ โดยรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการ เมื่อรวมกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ ภาวะสุขภาพ อำนาจในการทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.3 ทำให้สามารถทำนายได้ร้อยละ 27.6 (Adjusted $R^2 = .276$) แสดงว่าหากรายได้เฉลี่ยครอบครัวของวัยรุ่นมากขึ้นวัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้มากขึ้น เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านความต้องการขั้นพื้นฐานการเลือกใช้บริการสาธารณสุข (ไฉนพร, 2536) ดังนั้นบุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่ใช้ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลเพื่อดำรงภาวะสุขภาพดีโดยไม่ต้องกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจ แต่สำหรับผู้มีรายได้น้อย ต้องกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและหารายได้เพื่อดูแลตนเองและครอบครัว (กุลธิดา, 2536) ดังนั้นรายได้ครอบครัวจึงมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสุขภาพของวัยรุ่นด้วย ทำให้รายได้ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น แต่เป็นค่าใช้จ่ายในส่วนค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร ส่วนค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ วัยรุ่นส่วนใหญ่ที่ไปแจ้งขึ้นทะเบียนขอรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้เป็นสวัสดิการฟรีอยู่แล้วสำหรับคน จึงทำให้รายได้ครอบครัวมีอิทธิพลน้อยต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของริชาร์ดที่พบว่ารายได้เป็น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต และยังคงสอดคล้องกับผลการศึกษาของเบญจาและคณะ (เบญจา และคณะ, 2542) ที่พบว่ารายได้มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ เนื่องจากค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึง และเลือกใช้บริการสุขภาพ (กรรณิการ์, 2544) เป็นไปตามแนวคิดปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเคร์และเอนเดอร์เซน (1981)

เพศ เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้ โดยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ เมื่อร่วมกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ ภาวะสุขภาพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อำนาจในการทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.0 ทำให้ทำนายได้ร้อยละ 28.4 (Adjusted $R^2 = 0.284$) แสดงว่าหากวัยรุ่นเป็นเพศชายจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้มากกว่าเพศหญิง เห็นได้จากร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำแนกตามเพศที่พบว่าเพศชายเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิระดับมากกว่าเพศหญิง (ชาย $\bar{x} = 2.40$, $SD = 0.58$, หญิง $\bar{x} = 2.24$, $SD = 0.54$) (จากตาราง 21) เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงคุณภาพ พลังอำนาจ ความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และเพศยังเป็นปัจจัยที่กำหนดความต้องการในการดูแลตนเองให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างการทำงานที่ และสวัสดิภาพ (Orem, 1985) และอาจเนื่องมาจากสังคมไทยให้เกียรติเพศชายในการเป็นผู้นำ เป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้เพศชายช่วงวัยรุ่นมีโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นเพศชายจึงมีโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมด้านสุขภาพและสังคมมากกว่าเพศหญิง วัยรุ่นเพศชายในปัจจุบันจึงมีแบบแผนชีวิตในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าเพศหญิง (ดวงพร, 2535; เขียวลักษณ์, 2529) สอดคล้องกับการศึกษาของรุท (Ruth, 1973) ที่พบว่าเพศเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมการเจ็บป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในชนบทไทย (อเคร์ และบุญเลิศ, 1977) เพศหญิงกับเพศชายมีการใช้บริการสุขภาพแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนัยนา (นัยนา, 2535) ที่พบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย และยังไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาผู้มารับบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลสงขลา (สุรีย์, 2543) ที่พบว่าเพศหญิงมารับบริการมากกว่าเพศชาย

ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เมื่อวิเคราะห์ด้วยการสถิติการถดถอยเชิงพหุพบว่าปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นได้แก่ สัมพันธภาพกับผู้ปกครอง ระยะทาง การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย ประเภทสถานบริการสุขภาพที่นิยมใช้บริการ รายได้ของวัยรุ่น อภิปรายแยกแต่ละปัจจัยดังนี้

สัมพันธภาพกับผู้ปกครอง เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกล่าวคือมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิน้อย ($R = 0.170$) ไม่สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้ แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพกับครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระดับมากหรือน้อยก็ไม่มีผลให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมากขึ้นหรือน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากจากระบบสวัสดิการด้านการรักษาในระดับปฐมภูมิของเมืองไทยรัฐเป็นผู้จัดเป็นสวัสดิการฟรีแก่วัยรุ่นตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้วัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพกับครอบครัวในระดับดีหรือไม่ดีก็สามารถไปรับบริการจากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ระบุในบัตรได้เลยโดยไม่ต้องรอให้ครอบครัวออกค่าใช้จ่าย และเนื่องจากสัมพันธภาพกับครอบครัวของวัยรุ่นไทยยังคงเป็น สัมพันธภาพของสังคมแบบเอื้ออาทร และมีจริยธรรมสูง พ่อแม่ยังคงทำหน้าที่รับผิดชอบให้การช่วยเหลือบุตรเมื่อมีความเดือดร้อนหรือมีความจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ

ระยะทาง เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกล่าวคือมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิน้อย ($r = -0.017$) ไม่สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดและการศึกษาของเอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1971) และการศึกษาของวสันต์ (วสันต์, 2532) ที่พบว่าระยะทางมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ และอาจเนื่องมาจากปัจจุบันครอบครัววัยรุ่นส่วนใหญ่มีรถจักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทางเมื่อต้องการใช้บริการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าจะมีความสะดวกใกล้เคียงกัน และประกอบกับวัยรุ่นส่วนใหญ่พักอาศัยไปพักอาศัยในหอพัก หรือบ้านญาติที่ใกล้สถานศึกษาซึ่งส่วนใหญ่จะมีการคมนาคมสะดวก (กรมสุขภาพจิต, 2547) เห็นได้จากข้อมูลการเข้าถึงบริการด้านความสามารถเข้าถึงบริการในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงหรือไปรับบริการสุขภาพ

ระดับปฐมภูมิได้อย่างรวดเร็วน้อยกว่า 30 นาทีในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 58.4 และยังพบอีกว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงหรือไปรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีการคมนาคมสะดวกในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 62.4

การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกล่าวคือมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิน้อย ($r = 0.147$) จึงไม่สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้ แสดงว่าไม่ว่าวัยรุ่นจะมีการรับรู้ความเสี่ยงมากหรือน้อยระดับใดก็ไม่ส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จะเห็นได้ว่าแม้ในสถานศึกษามีการสอนและให้ความรู้เรื่องغامโรค ให้วัยรุ่นรับรู้ความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยแต่วัยรุ่นยังไม่มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่ดี ยังไม่ไปรับบริการสุขภาพชั้นปฐมภูมิเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยแต่จะไปรับการรักษาเมื่อมีอาการรุนแรง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ของโซลา (Zola, 1973 อ้างตามประภาพัญญะ และสวิง, 2534) ที่ได้ให้ข้อคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะถูกบุคคลสรุปว่าเป็นการเจ็บป่วย และบุคคลนั้นแสวงหาวิธีการรักษา/พยาบาลก็ต่อเมื่อไม่สามารถทนกับสภาพนั้นได้ หรือรับสถานการณ์นั้นได้อีก ซึ่งสอดคล้องกับเบคเกอร์ (Becker, 1979) ที่ได้ให้ความเห็นว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับโครงการตรวจและป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1996) ที่ได้ให้แนวคิดว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเป็นสิ่งที่ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากว่าปัญหาสุขภาพวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับ ปัญหาทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น เอดส์ ยาเสพติด โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และจากการศึกษาพบว่านักเรียนหญิงที่ป่วยเป็นกามโรคจะเข้ารับการรักษาเพียงส่วนน้อยร้อยละ 22.5 และขาดการดูแลอย่างถูกวิธี (คารินทร์ และคณะ, 2546: พูนศรี, 2546) อาจเนื่องมาจากมีข้อจำกัดทางวัฒนธรรม กฎหมาย วัยรุ่นกลัวถูกสังคมมองว่าไปเกี่ยวข้องกับสิ่งไม่ดี เช่น วัยรุ่นไม่กล้าไปตรวจการตั้งครรภ์ที่สถานบริการของรัฐเพราะกลัวผู้อื่นรู้ว่ามียศสัมพันธ์ก่อนแต่ง (พิมวัลย์, 2543)

ประเภทสถานบริการสุขภาพที่นิยมใช้บริการ เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกล่าวคือ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิน้อย ($r = -0.027$) ไม่สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้ จากผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 7.08 เลือกที่จะใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของภาครัฐ และส่วนน้อย (ร้อยละ 28.86) เลือกใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิจากภาคเอกชน แต่เนื่องจากบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีอยู่จริงในชุมชนส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการของภาครัฐ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับอเดร์ และเอเดอร์เซนพบว่านอกเหนือปัจจัยต่างที่มีอยู่ จำนวนและชนิดบริการสุขภาพที่มีอยู่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ (Aday & Andersen, 1986) แม้วัยรุ่นจะนิยมสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิจากภาคเอกชน แต่ไม่มีสถานบริการในชุมชน วัยรุ่นจึงเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของรัฐแทนสถานบริการเอกชน

รายได้ของวัยรุ่น เป็นปัจจัยที่เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกล่าวคือ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิน้อย ($r = -0.050$) จึงไม่สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้ จึงไม่สอดคล้องกับของอเดร์และเอเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1971) และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความพอใจของรายได้ของแรงงานเด็ก มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านข้อมูลข่าวสารไม่แตกต่างกัน (พัชรินทร์, 2544) เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 98.2) ที่รัฐจัดให้เป็นสวัสดิการด้านการรักษาซึ่งรวมถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วย สอดคล้องกับความครอบคลุมในการมีหลักประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ที่กลุ่มวัยรุ่นได้ขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพร้อยละ 95.0 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2548) ดังนั้นวัยรุ่นที่มีรายได้สูงหรือต่ำก็สามารถเข้ารับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ และอาจเป็นเพราะว่าเมื่อเจ็บป่วยหรือมีความจำเป็น พ่อแม่หรือผู้ปกครองจะเป็นคนออกค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ปัญหา ในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และข้อเสนอแนะ

ปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาครัฐ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.6-90) ระบุว่าไม่มีปัญหา มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 10.00 - 35.40) ที่ระบุว่าไม่มีปัญหาในการใช้บริการสุขภาพภาครัฐ ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบเป็นปัญหาด้านวิธีการหรือขั้นตอนการขอรับบริการ และด้านบุคลากร ปัญหาในระดับมากที่สุดที่สำคัญ 4 ลำดับแรกได้แก่ ปัญหาให้บริการล่าช้า ซึ่งเป็นปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 24.5) ระบุว่าปัญหาระดับมาก รองลงมาคือปัญหา ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการน้อยเกินไป (ร้อยละ 15.4) ขั้นตอนการให้บริการยุ่งยาก (ร้อยละ 13.5) เจ้าหน้าที่ขาดการเอาใจใส่ผู้มารับบริการ (13.9) การที่ความล่าช้าเป็นปัญหาที่สำคัญในการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่มีเพียง 1-3 คนต่อหน่วยบริการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2548) ซึ่งบางวันมีผู้ให้บริการประจำหน่วยเพียง 1 คน ทำให้ผู้ใช้บริการต้องรอคอยเพื่อใช้บริการตามลำดับ ส่วนปัญหาที่อยู่ในระดับปานกลาง 4 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาคุณภาพบริการไม่ดี ปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ในเวลาปฏิบัติงาน และปัญหาค่ารักษาแพง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นไม่มีความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิน้อยลง การที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่มีปัญหาคุณภาพบริการ เนื่องจากในปี 2548 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องให้การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในวงเงินงบประมาณที่ได้รับจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือเงินเหมาจ่ายรายหัว 1,750 ต่อคนต่อปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2548) ซึ่งเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการ และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 33.0) เมื่อเทียบกับปัญหาอื่นๆ ที่ระบุว่าไม่มีปัญหาด้านการเดินทางไปใช้บริการ สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นมีความสะดวกในการเดินทาง หรือมีความสามารถไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้

ส่วนข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นให้วัยรุ่นส่วนใหญ่เข้าถึงบริการมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างได้มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงการให้บริการให้ตอบสนองความต้องการใช้บริการสุขภาพของวัยรุ่น คือในด้านสถานที่ควรสามารถเดินทางไปใช้บริการสะดวก และใช้เวลาไม่เกิน 20 นาที ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนหรือมีบริการในสถานศึกษามีการโฆษณาและประชาสัมพันธ์บริการทางวิทยุ โทรทัศน์ และเสียงตามสายในสถานศึกษา ในการให้คำปรึกษาควรเป็นสัดส่วนและมีจิตพอสมควร ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดสถานบริการสร้างเสริมสุขภาพของ ปรียสุดา (2547) และสอดคล้องกับบริการสุขภาพที่วัยรุ่นต้องการ

ของยูฟ่า (ยูฟ่า และกอบกาญจน์, 2544) และควรเป็นบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ให้บริการรวดเร็ว สอดคล้องกับแนวทางการให้บริการขององค์การอนามัยโลก (UNICEF and WHO, 2002) เพราะวัยรุ่นต้องการบริการที่เข้าถึงง่าย ใช้เวลาในการรอคอยน้อย (McIntyre, 2002) ด้านช่วงเวลาให้บริการควรจัดให้มีบริการสุขภาพในช่วงเวลานอกเวลาราชการ หลังเลิกเรียน วันหยุดสุดสัปดาห์ สอดคล้องกับยูฟ่า (ยูฟ่า, 2544) เพราะวัยรุ่นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่กับการศึกษา ก็ต้องขาดเรียนเมื่อต้องไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเวลาราชการ วัยรุ่นต้องการผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับลักษณะผู้ให้บริการของรายงานองค์การอนามัยโลก (Word Youth Report, 2003) คือ ผู้บริการที่เข้าใจวัยรุ่น และให้บริการแบบเป็นกันเอง ให้เกียรติ และรับฟังวัยรุ่น