



Access, Predictive Factors, and Outcomes of Primary Health Care Services Among Older Adults in Urban Communities

การเข้าถึง ปัจจัยทำนาย และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในผู้สูงอายุชุมชนเขตเมือง

Niramol	Somtua*	นิระมล	สมต้ว*
Ratdawan	Klungklang**	รัตน์ดาวรรณ	คลังกลาง**
Srisuda	Lundputh*	ศรีสุตา	ลุนพุดิ*
Wichuda	Nopasert***	วิชุดา	นพเสริฐ***
Prapasri	Poopyang*	ประภาศรี	ภูผายาง*

Abstract

Thailand has become a complete aged society, resulting in a significant increase in primary health care service demands. However, older adults in urban communities continue to face multidimensional barriers to service access. This study aimed to examine the level of primary health care access, analyze predictive factors, and explore primary health care service outcomes among older adults in urban communities. An explanatory sequential mixed methods design was employed. Quantitative data were collected from 180 older adults in an urban community in a northeastern province, using proportional stratified sampling, and qualitative data were gathered from 111 key informants. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis, while qualitative data were analyzed using thematic analysis.

The findings revealed that older adults accessed primary health care at a high level overall ($M = 3.90$, $SD = 0.55$). The highest dimension was service acceptability, followed by affordability, physical accessibility, availability, and accommodation, respectively. Significant predictors of health care access included monthly income, distance to health service units, activities of daily living (ADL) level, presence of a caregiver, and health rights knowledge. The model explained 48.0% of the variance in health care access ($R^2 = .480$, Adjusted $R^2 = .460$, $p < .001$). The qualitative findings enabled the synthesis of four integrated service delivery models: home ward care, NCD clinic and NCD school, community pharmacy, and telemedicine through VHV networks. Overall satisfaction with primary health care services was at a high level, particularly regarding interpersonal relations and staff competency.

The findings indicate a positive direction for primary health care service delivery in urban communities. However, proactive service delivery, reduction of physical access barriers, bridging the digital divide, and strengthening community support systems are needed to ensure equitable and sustainable care for older adults.

Keywords: Health care access; Health service delivery; Older adults; Primary health care; Urban community

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: wichuda.n@bcnkk.ac.th

Received 30 March 2026; Revised 2 July 2026; Accepted 14 July 2026



บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองยังเผชิญอุปสรรคการเข้าถึงบริการในหลายมิติ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย และศึกษาผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง การวิจัยใช้รูปแบบผสมผสานแบบเชิงอธิบายตามลำดับขั้น เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุจำนวน 180 คน ในชุมชนเขตเมือง ในจังหวัดภาคตะวันออก-เฉียงเหนือแห่งหนึ่ง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูล 111 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ multiple regression analysis สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วย thematic analysis

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.90$, $SD = 0.55$) โดยมีมิติที่สูงที่สุด คือ การยอมรับบริการ รองลงมา คือ ความสามารถในการจ่าย การเข้าถึงทางกายภาพ ความพอเพียง และความสะดวกของบริการ ตามลำดับ ปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยระยะทางถึงหน่วยบริการสุขภาพ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีผู้ดูแล และความรู้สึหาด้านสุขภาพ โดยแบบจำลองอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.0 ($R^2 = .480$, Adjusted $R^2 = .460$, $p < .001$) ผลการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถสังเคราะห์รูปแบบการจัดบริการแบบบูรณาการได้ 4 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลที่บ้าน คลินิกและโรงเรียน NCD ร้านยาชุมชน และระบบ telemedicine ผ่านเครือข่าย ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับมาก โดยเฉพาะด้านมนุษยสัมพันธ์และความสามารถของบุคลากร

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้แสดงว่า การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนมีทิศทางที่ดี แต่ยังคงพัฒนาระบบบริการเชิงรุก ลดข้อจำกัดด้านการเข้าถึงทางกายภาพ ลดช่องว่างดิจิทัล และเสริมระบบสนับสนุนในชุมชน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ บริการสุขภาพปฐมภูมิ ชุมชนเขตเมือง

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

e-mail: wichuda.n@bcnkk.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรสูงวัยกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก ส่งผลให้ภาระโรคเรื้อรังและความต้องการบริการสุขภาพระยะยาวขยายตัวอย่างมีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพโลก โดยมีบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นรากฐานของการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว (World Health Organization [WHO], 2023) ซึ่งระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ (Hanson et al., 2022) แต่พบว่า ผู้สูงอายุยังเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง (Cu et al., 2021)

สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว โดยในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13.1 ล้านคน (ร้อยละ 20) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นราว 20 ล้านคน (ร้อยละ 28) ภายในปี พ.ศ. 2576 (Department of Provincial Administration, 2023) ผู้สูงอายุไทยมีภาวะโรคเรื้อรังในอัตราสูง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.82 โรคเบาหวานร้อยละ 28.13 และมีภาวะฟุ้งฟิงร้อยละ 12.51 (Thansa, 2025) ความต้องการเหล่านี้ทำให้บริการสุขภาพปฐมภูมิต้องรับภาระเพิ่มขึ้นในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว การเยี่ยมบ้าน และการบริการเชิงรุกในชุมชน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (Royal Thai Government Gazette, 2019) แม้จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมกว่าร้อยละ 99 แต่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีสมรรถภาพร่างกายถดถอยและรายได้จำกัด ยังเผชิญอุปสรรคการเข้าถึงบริการในหลายมิติ ทั้งระยะทาง ระยะเวลารอรับบริการ ค่าใช้จ่ายทางอ้อม และช่องว่างทางดิจิทัล (Cu et al., 2021)

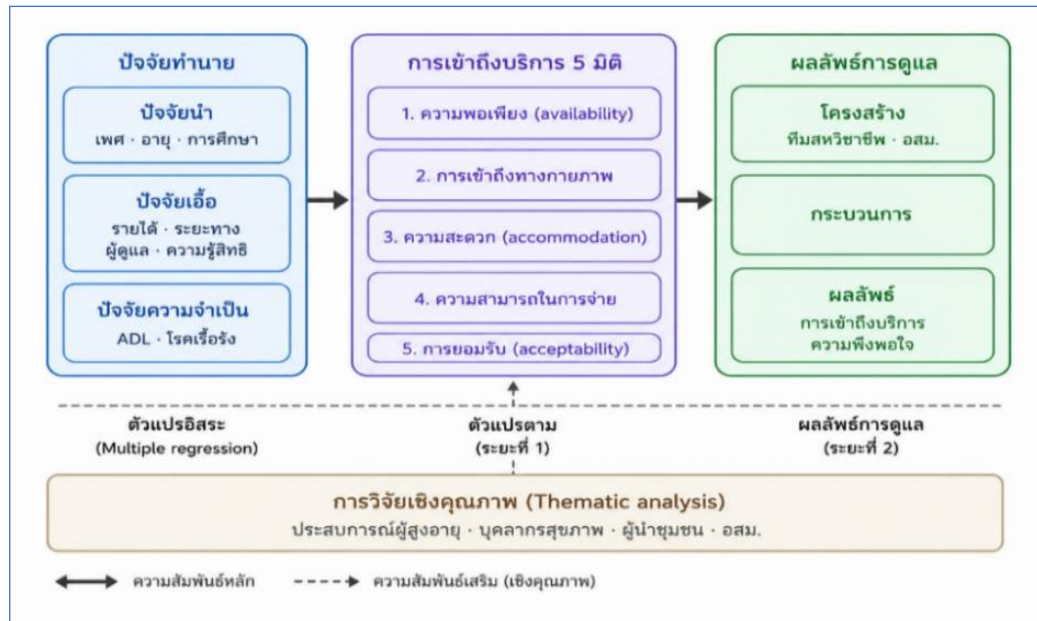
ในชุมชนเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนยังขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง แม้หน่วยบริการจะอยู่ในระยะเข้าถึงได้ แสดงว่าปัญหาดังกล่าวไม่ได้เกิดจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานเพียงอย่างเดียว แต่อาจมีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม คุณภาพบริการ การรับรู้สิทธิสุขภาพ และลักษณะการจัดบริการที่ยังไม่ได้รับการอธิบายอย่างเพียงพอ (Cherdchoo et al., 2019; Ngamkham et al., 2018) แม้ว่าจะมีการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีงานวิจัยเพียงจำนวนน้อยที่บูรณาการการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายเชิงปริมาณร่วมกับการอธิบายเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองอย่างครอบคลุม การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาระดับการเข้าถึงบริการ ปัจจัยทำนาย และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาการจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้บูรณาการกรอบแนวคิด 3 กรอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ ของ เพนชานสกี และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) เพื่อวัดสถานการณ์และกำหนดตัวแปรตาม (2) แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ แอนเดอร์เซน (Andersen, 1968) เพื่อจำแนกปัจจัยทำนายเป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยความจำเป็น และ (3) กรอบโครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ของ โดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) ชนิดเชิงอธิบายตามลำดับขั้น (explanatory sequential design) (Creswell & Creswell, 2022) ดำเนินการใน 18 ชุมชน เขตเมืองในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือแห่งหนึ่ง แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระยะที่ 2 การศึกษาผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ใน 18 ชุมชน จำนวน 2,145 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ F-test กำหนดตัวแปรอิสระ 7 ตัว ($f^2 = 0.15$, $\alpha = 0.05$, power = 0.95) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 153 คน (Faul et al., 2009) และกำหนดเก็บข้อมูล 180 คน เพื่อชดเชยข้อมูลสูญหาย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนและสุ่มอย่างเป็นระบบจากทะเบียนประชากร เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ ≥ 60 ปี อาศัยในชุมชนไม่น้อยกว่า 6 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมรุนแรงหรือเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทั้งนี้ข้อมูลที่ขาดหายไปไม่เกินร้อยละ 5 ใช้การแทนค่าเฉลี่ย (mean imputation)

การวิจัยเชิงคุณภาพ

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง รวม 111 คน โดยยึดหลักความอึดตัวของข้อมูล (Morse, 1995) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุ 54 คน แบ่งตามระดับการเข้าถึงบริการสูง ปานกลาง และต่ำ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (2) บุคลากรสุขภาพ 3 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร และ (3) ผู้นำชุมชนและ อสม. 54 คน เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม 6 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณ

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ เพนชานสกี และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) และแบบจำลองของ แอนเดอร์เซน (Andersen, 1968) ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) สถานะสุขภาพ (3) การใช้บริการสุขภาพในรอบ 12 เดือน (4) การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ 5 มิติ



(40 ข้อ) (5) ปัจจัยเอื้อและอุปสรรค (20 ข้อ) และ (6) ความพึงพอใจต่อบริการ (10 ข้อ) แบบสอบถามส่วนที่ 4-6 เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ (1.00-2.49) ปานกลาง (2.50-3.49) และมาก (3.50-5.00) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI รายข้อตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2021) และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มทดสอบเครื่องมือวิจัย 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84, 0.81 และ 0.89 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดี (Nunnally & Bernstein, 1994)

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง 2 ชุด ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก 12 ข้อ สำหรับผู้สูงอายุและบุคลากรสุขภาพ และแนวคำถามสนทนากลุ่ม 8 ข้อ สำหรับผู้นำชุมชนและ อสม. ครอบคลุมประสบการณ์การใช้บริการอุปสรรค ช่องว่างของระบบ และแนวทางการพัฒนา เครื่องมือทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญชุดเดียวกัน และปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครขอนแก่น (IRB-BCNKK-08-2025) วันที่อนุมัติ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ ซึ่งได้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการรักษาความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ และจัดเก็บในตู้निรภัยที่มีกุญแจล็อกเป็นระยะเวลา 5 ปี ก่อนดำเนินการทำลายตามมาตรฐานการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมก่อนการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face-to-face interview) ณ บ้านของผู้สูงอายุและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย (1) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล ณ บ้านผู้สูงอายุและห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ใช้เวลาคนละ 45-60 นาที และ (2) การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน และ อสม. จำนวน 6 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน ณ ศาลาประชาคมชุมชน ใช้เวลากลุ่มละ 60-90 นาที โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดรหัสตัวแปรจัดประเภท (categorical variables) ก่อนบันทึกข้อมูล และแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variables) ก่อนการวิเคราะห์การถดถอย สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายใช้ multiple regression analysis แบบ enter method กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ มีความสัมพันธ์เชิงเส้น และไม่พบปัญหา multicollinearity หรือ outliers (Tabachnick & Fidell, 2019)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วย thematic analysis (Braun & Clarke, 2006) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.21) อายุเฉลี่ย 69.8 ปี (SD = 7.45) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.90) มีรายได้ต่อเดือน 3,001-6,000 บาท (ร้อยละ 41.16) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 78.33) ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า ส่วนใหญ่อยู่



ในกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 73.33) ติดบ้าน (ร้อยละ 18.92) และติดเตียง (ร้อยละ 7.84) ร้อยละ 72.21 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โดยพบโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 56.17) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.33) มากที่สุด

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1 ผลเชิงปริมาณ พบการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังตารางที่ 1

2.1.1 ผู้สูงอายุมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.90$, $SD = 0.55$) เมื่อพิจารณารายมิติพบว่า มิติการยอมรับคุณภาพบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ความสามารถในการจ่าย การเข้าถึงทางกายภาพ ความพอเพียงของบริการ และความสะดวกของบริการ ตามลำดับ

2.1.2 ปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ($M = 4.00$, $SD = 0.53$) โดยปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความเป็นมิตรและการเข้าถึงง่ายของบุคลากรสุขภาพ รองลงมา คือ การมีผู้ดูแลพาไปรับบริการ และการรับรู้สิทธิประกันสุขภาพ ส่วนอุปสรรคการเข้าถึงบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.12$, $SD = 0.73$) อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ระยะทางและความไม่สะดวกในการเดินทาง ข้อจำกัดทางร่างกาย ระยะเวลารอคอย การใช้เทคโนโลยีและระบบนัดหมายออนไลน์ และภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

2.1.3 ความพึงพอใจต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.56$, $SD = 0.43$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความสุภาพและความเป็นมิตรของบุคลากรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ความรู้ความสามารถและทักษะของบุคลากร ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดบริการ การจัดบริการเยี่ยมบ้านหรือบริการถึงที่พัก และการสื่อสารให้ข้อมูลสุขภาพ

ตารางที่ 1 ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ($n = 180$)

มิติการเข้าถึง	M	SD	ระดับ
1. การยอมรับคุณภาพบริการ (acceptability)	4.25	0.58	มาก
2. ความสามารถในการจ่าย (affordability)	4.12	0.60	มาก
3. การเข้าถึงทางกายภาพ (accessibility)	3.92	0.65	มาก
4. ความพอเพียงของบริการ (availability)	3.68	0.72	มาก
5. ความสะดวกของบริการ (accommodation)	3.54	0.81	มาก
การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวม	3.90	0.55	มาก
ปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงบริการโดยรวม	4.00	0.53	มาก
อุปสรรคในการเข้าถึงบริการโดยรวม	3.12	0.73	ปานกลาง

2.2 ผลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ 54 คน และบุคลากรสุขภาพ 3 คน พบ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

Theme 1: ความไว้วางใจต่อหน่วยบริการส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง

Subtheme 1.1: ความคุ้นเคยกับบุคลากรช่วยสร้างความไว้วางใจและการกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรและการสื่อสารที่ไม่เร่งรีบทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นและยอมรับบริการ

“มาที่นี่เหมือนมาหาลูกหลาน พยาบาลใจดีทุกคน ไม่เหมือนโรงพยาบาลใหญ่ที่ดูรีบตลอด”
(ผู้สูงอายุ, IDI-AD-07)



Subtheme 1.2: ประสบการณ์เชิงลบจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทำให้ผู้สูงอายุเลื่อนหรือหลีกเลี่ยงการรักษา เนื่องจากความแออัดและประสบการณ์ไม่พึงประสงค์

“ผู้สูงอายุหลายรายที่ควรส่งต่อมักบอกว่าเดี๋ยวค่อยไป เราเข้าใจว่าส่วนหนึ่งเพราะเคยไปแล้วไม่ดี” (แพทย์, IDI-HP-02)

Theme 2: ผู้สูงอายุใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้จำกัดจึงเข้าถึงบริการได้ยาก

Subtheme 2.1: ข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการเข้าถึงบริการ เช่น การจองคิวออนไลน์

“หมอพร้อมจองคิวก็เคยได้ยื่น แต่ตามองไม่ค่อยชัด กดไม่ถูก ทำไม่เป็น” (ผู้สูงอายุ, IDI-AD-31)

Subtheme 2.2: ความไม่มั่นใจในการใช้เทคโนโลยีเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการแพทย์ทางไกล แม้มีความต้องการใช้บริการ

“ผู้สูงอายุที่ใช้โทรศัพท์ไม่เป็นส่วนใหญ่ไม่อยากใช้ แต่เขาไม่มั่นใจ เราก็คงต้องช่วยอยู่ดี” (พยาบาลวิชาชีพ, IDI-HP-01)

Theme 3: ค่าใช้จ่ายทางอ้อมยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ

Subtheme 3.1: ค่าเดินทางเป็นภาระซ่อนเร้นในการเข้าถึงบริการ แม้ผู้สูงอายุจะได้รับสิทธิยกเว้นค่ารักษาพยาบาล แต่ค่าเดินทางยังเป็นภาระสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้น้อยที่ต้องเดินทางทุกครั้งที่มาใช้บริการ

“ค่ารักษาไม่เสียหรอก แต่ค่าไปนี่สิ ต้องเหมารถไป บางทีก็เกือบสองร้อย” (ผู้สูงอายุ, IDI-AD-05)

Subtheme 3.2: ความเกรงใจบุตรหลานนำไปสู่การเลื่อนการรักษา ผู้สูงอายุบางรายให้ความสำคัญกับภาระของบุตรหลานมากกว่าการรักษาของตนเอง ส่งผลให้ปกปิดอาการและเข้ารับบริการล่าช้า

“ผู้สูงอายุบางคนไม่บอกอาการจริง เพราะกลัวว่าเราจะส่งต่อแล้วลูกต้องลางาน เขาเกรงใจลูกมากกว่าห่วงตัวเอง” (แพทย์, IDI-HP-02)

Theme 4: ระบบสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุเปราะบาง

Subtheme 4.1: ผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือด้านการเดินทาง การนัดหมาย และการประสานงานกับหน่วยบริการ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้สม่ำเสมอ

“อยู่คนเดียวมันลำบากนะ จะไปไหนก็ต้องรอคนพา ถ้ามีคนดูแลก็ยังพอไหว” (ผู้สูงอายุ, IDI-AD-52)

Subtheme 4.2: ผู้สูงอายุอยู่ลำพังเสี่ยงต่อการขาดการติดตามรักษา ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบบริการ โดยบางรายขาดการรับยาต่อเนื่องจนกระทั่งมีการเยี่ยมบ้าน

“ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวบางรายเราไม่เจอนานหลายเดือน พอไปเยี่ยมถึงรู้ว่าไม่ได้รับยามาลักพักแล้ว” (เภสัชกร, IDI-HP-03)

3. ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุพบว่า แบบจำลองโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.72, p < .001$) อธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ร้อยละ 48.0 ($R^2 = .480$, Adjusted $R^2 = .460$) และไม่พบปัญหาพหุสหสัมพันธ์ (VIF สูงสุด = 2.24) ตัวแปรที่ทำนายการเข้าถึงบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เรียงตามขนาดอิทธิพลจากมากไปน้อย ได้แก่ รายได้เฉลี่ย ($\beta = .31$) ระยะทางจากที่พักถึงหน่วยบริการ ($\beta = -.27$) ระดับ ADL ($\beta = .26$) การมีผู้ดูแล ($\beta = .21$) และความรู้สึหาด้านสุขภาพ ($\beta = .19$) ส่วนระดับการศึกษาและกลุ่มอายุไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ (n = 180)

ตัวแปร	B	SE	β	t	p
(Constant)	1.25	0.32	-	3.91	< .001
รายได้เฉลี่ย (Enabling factor)	0.28	0.07	.31	4.12	< .001
ระยะทาง (Enabling factor)	-0.24	0.06	-.27	-3.92	< .001
ระดับ ADL (Need factor)	0.22	0.06	.26	3.68	< .001
การมีผู้ดูแล (Enabling factor)	0.19	0.05	.21	3.45	.001
ความรู้สิทธิสุขภาพ (Enabling factor)	0.17	0.05	.19	3.11	.002
ระดับการศึกษา (Predisposing factor)	0.06	0.05	.07	1.42	.158
กลุ่มอายุ (Predisposing factor)	-0.08	0.04	-.09	-1.88	.062

หมายเหตุ: $R^2 = .480$, Adjusted $R^2 = .460$, $F(7, 172) = 18.72$, $p < .001$; VIF สูงสุด = 2.24

4. การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

จากการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน 24 คน และ อสม. 30 คน รวม 54 คน แบ่งเป็น 6 กลุ่ม (อายุเฉลี่ย 56.8 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 12.4 ปี) พบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนเขตเมือง 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

Theme 1: การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) เป็นกลไกหลักในการเข้าถึงผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง

Subtheme 1.1: ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านต่อเนื่องครอบคลุมการดูแลระยะยาว ทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านทุก 1-2 สัปดาห์ ครอบคลุมการประเมินสุขภาพ การบริหารยา การฟื้นฟู และ telehealth ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่อง

“ก่อนหน้านี้ผู้สูงอายุติดเตียงแทบไม่ได้รับบริการ ตอนนี้อยาบาลและ อสม. เยี่ยมเป็นประจำ ครอบครัวก็สบายใจขึ้นมาก” (ผู้นำชุมชน, FGD-LV-02)

“เราวางแผนเยี่ยมบ้านร่วมกันทั้งทีม มีหมอ พยาบาล นักกายภาพ อสม. ไปด้วยกัน พอเจอปัญหาที่ปรึกษากันได้เลย” (อสม., FGD-HLV-09)

Subtheme 1.2: อสม. เป็นกลไกดูแลต่อเนื่องระหว่างรอบการเยี่ยม อสม. มีบทบาทในการติดตามสุขภาพ และช่วยรับยา ทำให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีความครอบคลุม

“อสม. เขาจะมาวัดความดันให้ถึงบ้านทุกหลังที่มีคนป่วย เดือนนึงมาสองสามครั้ง...” (ผู้นำชุมชน, FGD-LV-03)

Theme 2: คลินิก NCD และโรงเรียน NCD ในพื้นที่คุ้นเคยช่วยลดอุปสรรคและเสริมการจัดการสุขภาพ

Subtheme 2.1: คลินิก NCD ในชุมชนเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความแออัดโรงพยาบาล การจัดบริการในพื้นที่คุ้นเคย เช่น วัด ช่วยเพิ่มการมารับบริการและลดภาระการเดินทาง

“คนแก่ในชุมชนคุ้นวัดมากกว่าโรงพยาบาล พอมีคลินิก NCD ในวัด พวกเขามาตรงเวลามากขึ้น” (อสม., FGD-HLV-04)

Subtheme 2.2: โรงเรียน NCD และโครงการชะลอไตเสื่อมเสริมการดูแลตนเอง กิจกรรมรายเดือนช่วยพัฒนาความรู้ด้านโรคเรื้อรัง การใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพ



Access, Predictive Factors, and Outcomes of Primary Health Care Services Among Older Adults in Urban Communities

การเข้าถึง ปัจจัยทำนาย และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในผู้สูงอายุชุมชนเขตเมือง

“ทุกเดือนหมอจะนัดผู้ป่วยเบาหวาน ความดันที่ไม่ดี มาสอนที่โรงเรียน NCD...” (อสม., FGD-HLV-06) “เมื่อก่อนเขากินยาตามใจ เข้าโรงเรียนหมอสอน เดียวนี้กินตรงเวลาทุกวัน” (อสม., FGD-HLV-12)

Theme 3: ร้านยาชุมชนช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางอ้อมและเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา

Subtheme 3.1: การรับยาใกล้บ้านช่วยลดต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้สามารถรับยาที่ร้านยาชุมชน ลดเวลาและค่าเดินทาง

“เมื่อก่อนต้องไปโรงพยาบาลทุกวัน ตอนนี้รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้านได้เลย...” (อสม., FGD-HLV-01)

Subtheme 3.2: เภสัชกรชุมชนช่วยกำกับความปลอดภัยและเชื่อมระบบบริการ เภสัชกรติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ลดปัญหาหายช้าและอาการไม่พึงประสงค์ และสนับสนุนการทำงานของ อสม.

“เภสัชกรมาช่วยดูแลเรื่องยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งตรวจสอบยาซ้ำ ยาหมด หรืออาการข้างเคียง...” (อสม., FGD-HLV-05)

Theme 4: ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านเครือข่าย อสม. ช่วยลดการเดินทางแต่ยังมีข้อจำกัดด้านความยั่งยืน

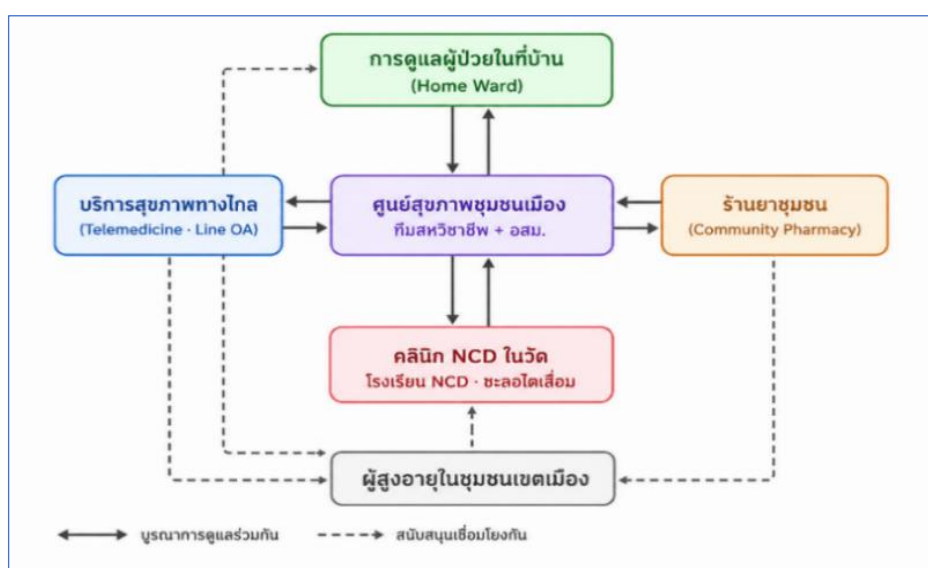
Subtheme 4.1: อสม. เป็นตัวกลางสำคัญในการเชื่อมผู้สูงอายุกับบริการแพทย์ทางไกล ระบบดำเนินงานผ่านการบันทึกสัญญาณชีพโดย อสม. ส่งข้อมูลผ่าน Line OA เพื่อให้พยาบาลคัดกรองและแพทย์ให้คำปรึกษาทางไกล

“อสม. ช่วยกรอกข้อมูลสัญญาณชีพให้ผ่าน Line แล้วพยาบาลจะดู...” (อสม., FGD-HLV-05)

Subtheme 4.2: ความต่อเนื่องของบริการขึ้นอยู่กับบทบาท อสม. เป็นหลัก การให้บริการยังพึ่งพา อสม. สูง หากขาดความพร้อมจะส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของระบบ

“ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องให้เราช่วย ถ้าวันไหนเราไม่ว่าง ก็หยุดเลย” (อสม., FGD-HLV-04)

สรุปการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองที่พัฒนาขึ้นตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการดำเนินงาน 4 รูปแบบ ที่บูรณาการเชื่อมต่อกัน ได้แก่ (1) การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) (2) คลินิก NCD ในพื้นที่ชุมชนและกิจกรรมโรงเรียน NCD (3) ร้านยาชุมชน (Community Pharmacy) และ (4) บริการสุขภาพทางไกล (Telemedicine) ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง



การอภิปรายผล

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากทั้ง 5 มิติ ตามกรอบแนวคิดของ เพนชานสกี และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) แสดงว่าการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (Royal Thai Government Gazette, 2019) ซึ่งขยายบริการเชิงรุกสู่ชุมชนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากทั้ง 5 มิติ ดังนี้

ด้านการยอมรับบริการ อยู่ในระดับมาก เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรสุขภาพที่ช่วยสร้างความไว้วางใจและการใช้บริการต่อเนื่อง สนับสนุนข้อเสนอของ คู และคณะ (Cu et al., 2021) ที่ว่าการยอมรับบริการขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ แต่ยังไม่พบประสบการณ์เชิงลบจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ทำให้บางรายหลีกเลี่ยงการส่งต่อ ดังนั้นควรส่งเสริมการดูแลแบบยัดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ด้านการเข้าถึงทางกายภาพ อยู่ในระดับมาก เนื่องจากสถานบริการตั้งอยู่ในพื้นที่เข้าถึงง่าย และมีการใช้ telemedicine ช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลและการมองเห็นในผู้สูงอายุบางราย จึงควรออกแบบระบบสุขภาพดิจิทัลให้เหมาะสมและเท่าเทียม (WHO, 2021)

ด้านความสามารถในการจ่าย อยู่ในระดับมาก อธิบายได้จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้ไม่มีค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ ประกอบกับการมีคลินิก NCD และร้านยาชุมชนใกล้บ้านที่ช่วยลดต้นทุนการเดินทาง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ว่าต้นทุนที่แท้จริงของการรับบริการในเขตเมืองอยู่ที่ค่าใช้จ่ายทางอ้อม ทั้งค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาสของบุตรหลานที่ต้องหยุดงาน ซึ่งสอดคล้องกับ เหงียน (Nguyen, 2022) และ มอสครอป และคณะ (Moscrop et al., 2019) ดังนั้นควรส่งเสริมบริการใกล้บ้านและระบบช่วยเหลือการเดินทางในกลุ่มเปราะบาง

ด้านความพอเพียงของบริการ อยู่ในระดับมาก บ่งชี้ว่าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลเชิงรุกผ่านเครือข่าย อสม. สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ที่เน้นการดูแลต่อเนื่องและเชื่อมโยงบริการในชุมชน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังยังมีความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบบริการ จึงควรพัฒนาระบบติดตามเชิงรุกเพื่อให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียม

ด้านความสะดวกของบริการ อยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามยังพบว่าทำให้บริการส่วนใหญ่จำกัดในเวลาราชการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขของครอบครัวเขตเมืองที่บุตรหลานทำงานประจำ ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาบุตรหลานในการเดินทางจึงถูกจำกัดโอกาสการใช้บริการ สอดคล้องกับ เพนชานสกี และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ที่เสนอว่าความไม่สอดคล้องของเวลาและรูปแบบบริการเป็นอุปสรรคการเข้าถึงแม้บริการ จึงควรเพิ่มความยืดหยุ่นของเวลาบริการและช่องทางบริการนอกเวลาราชการ

2. ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ได้แก่ รายได้ ระยะทาง การมีผู้ดูแล และความรู้เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพ ยังคงมีอำนาจทำนายสูงในการศึกษานี้ จึงบ่งชี้ว่าการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุเขตเมืองยังมีอุปสรรคแฝงอยู่ แม้ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมเกือบทั้งประเทศแล้วก็ตาม ดังนั้นรายได้เฉลี่ยเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงสุด ($B = 0.28$, $\beta = .31$, $p < .001$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงสามารถเข้าถึงบริการได้ดีกว่า แม้จะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อธิบายได้ว่าการรับบริการหนึ่งครั้งของผู้สูงอายุเขตเมืองมีต้นทุนแฝง ทั้งค่าโดยสารรถรับจ้าง ค่าใช้จ่ายระหว่างรอรับบริการ และรายได้ที่ครอบครัวสูญเสียจากการหยุดงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เหงียน (Nguyen, 2022) และ มอสครอป และคณะ (Moscrop et al., 2019) ที่ระบุว่าปัจจัยเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายยังเป็นอุปสรรคสำคัญ



ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงหน่วยบริการสุขภาพมีอิทธิพลเชิงลบต่อการเข้าถึงบริการ ($B = -0.24$, $\beta = -0.27$, $p < .001$) โดยระยะทางที่เพิ่มขึ้นทำให้การเข้าถึงลดลง อธิบายได้ว่าอุปสรรคที่แท้จริงมีใช้ระยะทางเชิงภูมิศาสตร์อย่างเดียว หากแต่เป็นอุปสรรคของการเดินทางในเมือง ทั้งสภาพการจราจร ทางเท้าและการข้ามถนนที่ไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ และการขาดระบบขนส่งสาธารณะที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ โมฮัด รอสนู และคณะ (Mohd Rosnu et al., 2022) ที่พบว่า ระยะทางยังเป็นอุปสรรคแม้ในระบบบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุม

การมีผู้ดูแลมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการ ($B = 0.19$, $\beta = .21$, $p = .001$) โดยผลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งพา อสม. หรือบุตรหลานในการส่งข้อมูลผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ในบริบทเขตเมืองที่ครอบคลุมครัวเดียวและผู้สูงอายุอยู่ลำพังเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแบบจำลองของ แอนเดอร์เซน (Andersen, 1968) และ อัลคาวาลเดห์ และคณะ (Alkhawaldeh et al., 2023) ที่ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเอื้อสำคัญของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรจัดให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลเป็นกลุ่มเป้าหมายของการติดตามเชิงรุก

ความรู้เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการ ($B = 0.17$, $\beta = .19$, $p = .002$) ความรู้เรื่องสิทธิช่วยลดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการการรับยาที่ร้านยาชุมชนและ telemedicine ได้ สอดคล้องกับการศึกษาในบริบทไทยของ อาจริย์ เชิดชู (Cherdchoo et al., 2019) และ ศิริพร งามขำ และคณะ (Ngamkham et al., 2018) จึงควรเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องสิทธิผ่านสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและการให้ข้อมูลโดย อสม. ระหว่างการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นกลไกต้นทุนต่ำที่เพิ่มการเข้าถึงได้โดยตรง

ด้านปัจจัยความจำเป็น (need factor) พบว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการ ($B = 0.22$, $\beta = .26$, $p < .001$) แสดงถึง ผู้สูงอายุที่สมรรถภาพดีเข้าถึงบริการได้มากกว่า ขณะที่กลุ่มติดบ้านและติดเตียงซึ่งมีความจำเป็นด้านสุขภาพมากที่สุดแต่เข้าถึงบริการได้น้อยที่สุด สะท้อนว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยในการเดินทางมารับบริการมากกว่าระดับความจำเป็นด้านสุขภาพ ซึ่งขัดกับหลักความเป็นธรรมตามแบบจำลองของ แอนเดอร์เซน (Andersen, 1968) แม้บริการ Home Ward และการเยี่ยมบ้านที่ดำเนินการอยู่จะช่วยแก้ปัญหาช่องว่างนี้ได้ แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงทั้งหมด สอดคล้องกับ เหงียน (Nguyen, 2022) จึงจำเป็นต้องขยายการดูแลเชิงรุกให้เป็นระบบปกติของหน่วยบริการ

3. ผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 รูปแบบ ที่ทำงานเสริมกัน ได้แก่ (1) การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้รับบริการต่อเนื่อง (2) คลินิกและโรงเรียน NCD ในพื้นที่คุ้นเคย เช่น วัด ช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการ (3) ร้านยาชุมชนช่วยลดภาระการเดินทางและความแออัดของหน่วยบริการหลัก สอดคล้องกับ เจนทิลินี และคณะ (Gentilini et al., 2025) และ (4) ระบบ telemedicine ผ่านเครือข่าย อสม. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ แต่ยังขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ โดยจะเห็นว่าภาพรวมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการบริการในระดับมาก โดยเฉพาะด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสารของบุคลากร ซึ่งถือเป็นจุดแข็งที่ควรพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

โดยสรุป การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนมีทิศทางที่ดี แต่ยังควรพัฒนาให้มีความยืดหยุ่น เข้าถึงได้ง่าย และสอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการลดข้อจำกัดด้านการเดินทาง การเพิ่มการดูแลเชิงรุก และการเสริมระบบสนับสนุนในชุมชน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องและเท่าเทียมมากขึ้น



ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเฉพาะในชุมชนเขตเมืองของจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยจึงอาจไม่สามารถอธิบายสถานการณ์ในพื้นที่ชนบทหรือภูมิภาคอื่นได้ครอบคลุม การศึกษาในบริบทที่หลากหลายจะช่วยเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงและนำไปใช้ได้กว้างขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่มุ่งลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ โดยจัดบริการเชิงรุกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ กลุ่มติดเตียงให้ทีมสหวิชาชีพ เยี่ยมบ้านร่วมกับ telemedicine อย่างสม่ำเสมอ และกลุ่มติดบ้านให้พยาบาลและ อสม. ติดตามต่อเนื่องในชุมชน ควบคู่กับการลดช่องว่างด้านดิจิทัลโดยพัฒนาทักษะ อสม. และจัดกิจกรรมสาธิตการใช้ระบบ telemedicine แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้งานเพื่อทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายทางอ้อมและระยะทาง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนระบบรถรับ-ส่งผู้สูงอายุและขยายบริการรับยาที่ร้านยาชุมชน รวมทั้งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสิทธิสุขภาพผ่านสื่อที่เหมาะสมและการให้คำแนะนำโดย อสม. ระหว่างการเยี่ยมบ้าน อีกทั้งควรพัฒนาระบบติดตามผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแลโดยเชื่อมข้อมูลระหว่าง อสม. และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อป้องกันการขาดการรักษาและการหลุดจากระบบบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุระหว่างพื้นที่เขตเมืองและชนบท เพื่อพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและการใช้ระบบ telemedicine ของผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังและผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

References

- Alkhawaldeh, A., AlBashtawy, M., Rayan, A., Abdalrahim, A., Musa, A., Eshah, N., Abu Khait, A., Qaddumi, J., Khraisat, O., & AlBashtawy, S. (2023). Application and use of Andersen's behavioral model as theoretical framework: A systematic literature review from 2012–2021. *Iranian Journal of Public Health*, 52(7), 1346–1354. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i7.13236>
- Andersen, R. M. (1968). *Behavioral model of families' use of health services* (Research Series No. 25). Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cherdchoo, A., Boonshuya, C., & Chareonku, C. (2019). Accessibility to Health Care Service of the Elderly in Bang Pa-in District, Ayutthaya Province. *Journal of Safety and Health*, 12(2), 1–13. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/article/view/196465> (in Thai)
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2022). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6th ed.). SAGE.



- Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework- a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>
- Department of Provincial Administration. (2023). *Population registration statistics: Population classified by age* [Data set]. Ministry of Interior. <https://stat.bora.dopa.go.th> (in Thai)
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Gentilini, A., Kasonde, L., & Babar, Z. U. (2025). Expanding access to NCD services via community retail pharmacies in LMICs: A systematic review of the literature. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 18, 2462450. <https://doi.org/10.1080/20523211.2025.2462450>
- Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., Blecher, M., Cashin, C., Esperato, A., Hipgrave, D., Kalisa, I., Kurowski, C., Meng, Q., Morgan, D., Mtei, G., Nolte, E., Onoka, C., Powell-Jackson, T., Roland, M., ... Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: Putting people at the centre. *The Lancet Global Health*, 10(5), e715–e772. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- Mohd Rosnu, N. S., Singh, D. K. A., Mat Ludin, A. F., Ishak, W. S., Abd Rahman, M. H., & Shahar, S. (2022). Enablers and barriers of accessing health care services among older adults in South-East Asia: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7351. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127351>
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147–149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Moscrop, A., Ziebland, S., Roberts, N., & Papanikitas, A. (2019). A systematic review of reasons for and against asking patients about their socioeconomic contexts. *International Journal for Equity in Health*, 18, 112. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1014-2>
- Ngamkham, S., Suwanphong, N., Thipayamongkolkul, M., & Manmee, J. (2018). Access to health services among older adults in Thawi Watthana District, Bangkok. *Kuakarun Journal of Nursing*, 25(2), 91–104. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/161070> (in Thai)
- Nguyen, M. P. (2022). Health services utilization among older adults in Vietnam: Evidence from the national household living standard survey 2016. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 34(1), 57–64. <https://doi.org/10.1177/10105395211044616>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>



Access, Predictive Factors, and Outcomes of Primary Health Care Services
Among Older Adults in Urban Communities
การเข้าถึง ปัจจัยทำนาย และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในผู้สูงอายุชุมชนเขตเมือง

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Royal Thai Government Gazette. (2019). Primary health system act B.E. 2562 (2019). *Royal Thai Government Gazette*, 136(56 kor), 165-185. <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17087273.pdf> (in Thai)
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.
- Thansa, K. (2025). Trends and disparities in non-communicable diseases among Thai older adults: Analysis of national health examination surveys, 2008–2020. *Interprofessional Journal of Health Sciences*, 23(2), IJHS-0813. <https://li05.tci-thaijo.org/index.php/IJHS/article/view/813/478>
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- World Health Organization. (2022). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Healthy ageing: A priority for delivering universal health coverage (Technical Brief)*. <https://www.who.int/publications/m/item/healthy-ageing--a-priority-for-delivering-universal-health-coverage>