



การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

Access to Essential Health Care Services among Older People

in the Community

อรัญญา นามวงศ์¹ กฤตพัทธ์ ฝึกฝน¹ เฉลิมพล กำใจ¹ สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล²

Arunya Namwong¹ Krittapat Fukfon¹ Chalermpon Kajai Sureeporn Lertwacharasakul²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹

Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹

นักวิชาการอิสระ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา²

Independent academician, Phayao Ministry of Public Health²

Corresponding Author: Arunya Namwong; Email: arunya.n@bcnpy.ac.th

Received: July 3, 2023 Revised: September 5, 2023 Accepted: October 30, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา จำนวน 438 ราย สุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ .90 และ .91 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .849 และ .868 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.55$, $SD=.28$) นอกจากนี้ อายุ ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=.140$, $p<.01$; $r=.104$, $p<.05$; $r=.170$, $p<.01$) ตามลำดับ ระยะเวลาในการรอพบบุคลากรการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=-.127$, $p<.01$) และลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($\chi^2=27.518$, $p<.01$) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการรอพบบุคลากรการแพทย์ และลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากขึ้นอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ; บริการสุขภาพที่จำเป็น; ผู้สูงอายุ; ชุมชน



Access to Essential Health Care Services among Older People in the Community

Arunya Namwong¹ Krittapat Fukfon¹ Chlermpon Kajai Sureeporn Lertwacharasakul²

¹Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromajchanok Institute¹

Independent academician, Phayao Ministry of Public Health²

Corresponding Author: Arunya Namwong; Email: arunya.n@bcnpy.ac.th

Received: July 3, 2023 Revised: September 5, 2023 Accepted: October 30, 2023

Abstract

This cross-sectional quantitative research study aimed to examine the level of access to essential health care services for elderly people in the community and factors related to their access. The sample consisted of 438 elderly people in Phayao Province who were selected by multistage random sampling. The instruments for collecting data consisted of a personal information questionnaire, access to essential health care services for the elderly form, and the social support for access to essential health care services among older people form. The forms were approved with content validity of .90 and .91, respectively. The reliability of Cronbach's alpha coefficient was .849 and .868, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square statistics, and Spearman's correlation coefficient. The results of this study revealed that overall average access to essential health care services was at a high level ($\bar{X}=2.55$, $SD=.28$). Furthermore, age, waiting time for an appointment, and social support, were positively and significantly associated with access to essential health care services for the elderly ($r=.140$, $p<.01$; $r=.104$, $p<.05$; $r=.170$, $p<.01$), respectively. Waiting time to see medical personnel was negatively statistically significantly associated with access to essential health care services for the elderly ($r=-.127$, $p<.01$). Residency location of the elderly was significantly related to access to essential health care services for the elderly ($\chi^2=27.518$, $p<.01$). Therefore, to enhance access to essential health care services for the elderly, factors such as age, waiting time for an appointment, social support, waiting time to see medical personnel, and the residency location of the elderly need to be considered in order to provide more appropriate and continuous access to essential health care services for the elderly.

Keywords: access to health care services; essential health care services; older people; community

ความเป็นมาและความสำคัญ

จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกทำให้ทุกประเทศต้องปรับรูปแบบวิธีการในการรองรับกับสถานการณ์ดังกล่าวเป็นอย่างมาก สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ข้อมูลจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 13,438,908 คน คิดเป็นร้อยละ 20.30 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว¹ และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ. 2564 พบว่า แนวโน้มใน 20 ปีข้างหน้า อัตราการเกิดของประชากรไทยจะมีแนวโน้มลดลงแต่จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะเพิ่มเฉลี่ย ร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลายอายุ 80 ปี ขึ้นไป จะมีอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยถึง ร้อยละ 7 ต่อปี² ผลจากการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุย่อมมีปัญหาด้านสุขภาพตามมา โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่คาดการณ์ในอีก 20 ปีข้างหน้า พบว่า จำนวนผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนมากกว่า 4 โรคขึ้นไป ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการจัดบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมครอบคลุมทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ³ โดยการศึกษาผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคจึงมีความต้องการในการให้บริการด้านการจัดการโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น การให้บริการด้านการดูแลและเฝ้าระวัง การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลโรคเบาหวานที่ซับซ้อน การจัดการโรคเมตาบอลิก โรคหลอดเลือดหัวใจ และการให้บริการด้านสุขภาพที่พิเศษเฉพาะเพิ่มขึ้น เช่น บริการด้านทันตกรรม ด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนและมีความพิการร่วมยังมีความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และด้านโภชนาการรวมถึงด้านการช่วยเหลือจากชุมชน⁴ สำหรับผู้สูงอายุไทย จากการสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยด้วยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน ในเลือดสูง เส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเมตาบอลิก และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนใหญ่เริ่มป่วยเมื่ออยู่วัยกลางคนแล้วต่อเนื่องมาจนถึงวัยสูงอายุทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน⁵

เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พบปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มวัยอื่น มีโรคเรื้อรังมากกว่าและมีการเข้ารับการรักษาโรคเรื้อรังหรือโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นฉับพลันมากขึ้น จึงจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ อย่างทั่วถึง ซึ่งการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการให้บริการสุขภาพอย่างทั่วถึง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาสู่การมีสุขภาพที่ดี⁶ โดยเฉพาะการคัดกรองภาวะสุขภาพทั้งโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมถึงการคัดกรอง กลุ่มอาการสูงอายุ เช่น การคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะสมองเสื่อม การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การพลัดตกหกล้ม การมองเห็น การได้ยิน โรคกระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม⁷ รวมถึงผู้สูงอายุควรได้เข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับยา การตรวจติดตามอาการ การเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการด้านการดูแลและเฝ้าระวัง และการดูแลแบบประคับประคองกรณีที่มีภาวะพึ่งพา⁸⁻⁹ นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับการบริการการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีภาวะพึ่งพาอย่างรุนแรงขาดผู้ดูแล จำเป็นต้องมีระบบและกลไกที่ให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม¹⁰ ทั้งนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุควรพิจารณาตามแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านนโยบายเกี่ยวกับบริการสุขภาพในระบบสุขภาพของ เพญชานสกีและโทมัส ที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงบริการที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่



(availability) 2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (geographical accessibility) 3) ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (accommodation) 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (affordability) และ 5) การยอมรับในคุณภาพของบริการ (acceptability) โดยเป็นความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ¹¹

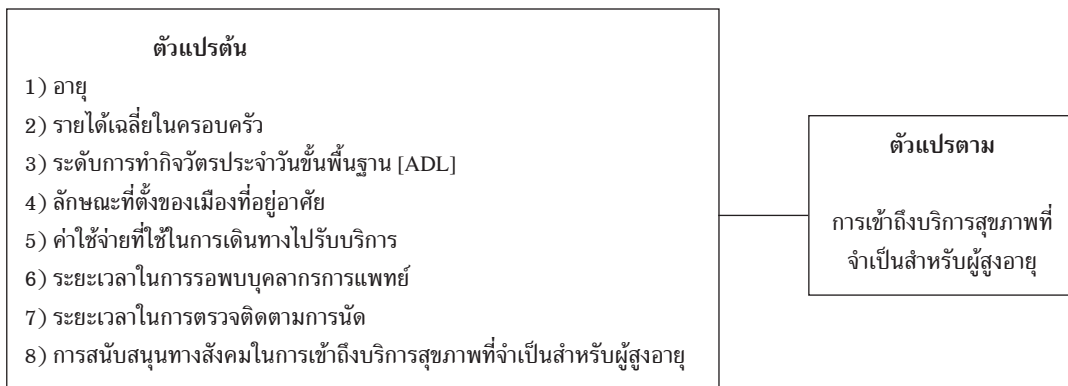
อย่างไรก็ตามแม้ว่าการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีการปรับรูปแบบการให้บริการที่ต่อเนื่อง แต่ถึงแม้ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนไม่มีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นหรือเข้าถึงแล้วแต่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง โดยแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนของแอนเดอสัน ปี ค.ศ. 1995¹² ได้เสนอปัจจัยที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย ปัจจัยนำ เช่น เพศ อายุ การศึกษา การรับรู้สิทธิของการรักษาพยาบาล ปัจจัยเอื้อ เช่น ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางยานพาหนะ ในการเดินทาง รายได้ ภาวะเจ็บป่วย และปัจจัยเสริม คือ ผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคม สำนักงานภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกได้สำรวจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและปัญหาด้านการเงิน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนจะได้รับผลกระทบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลายอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ที่บางส่วนอาศัยอยู่ในชนบท พบปัญหาด้านรายได้ไม่เพียงพอ ขาดระบบขนส่งสาธารณะหรือไม่มีทั่วถึง พบปัญหาระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาลค่อนข้างไกล ขาดผู้ดูแลหลักที่จะพาไปรักษาในสถานพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมและทั่วถึง¹⁰ รวมถึงมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐานในประเทศจีน พบว่า ปัจจัยด้านการมีฐานะทางเศรษฐกิจดีและการอาศัยอยู่ในตัวเมืองใหญ่ เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ดี ในขณะที่ปัจจัยด้านความไม่สะดวกในการไปสถานพยาบาลเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญ จึงมีข้อเสนอแนะให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ดีขึ้น¹³ นอกจากนี้มีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สูงอายุที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านขนาดของกลุ่มเพื่อนที่เป็นเครือข่ายเดียวกัน อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁴ และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย ระหว่างปี ค.ศ. 1999 ถึง 2016 พบว่า ปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้นนั้น ได้แก่ พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย การเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะ และระดับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วม¹⁵ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกมีสาเหตุมาจากการขาดญาติผู้ดูแลพาไปสถานพยาบาลทำให้ขาดการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ได้สำรวจความต้องการการบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีแพทย์รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การมีเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาหรือติดเตียงอยากให้มาเยี่ยมที่บ้านเพื่อเป็นที่พึ่งด้านจิตใจ¹⁶ และการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุในจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า รายได้ต่อเดือน การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ¹⁷ ทั้งนี้ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุและหากไม่ได้รับการแก้ไขหรือจัดการอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อมจนอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงเกิดภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น และอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงได้

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 20 จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ข้อมูลผู้สูงอายุจากกรมกิจการผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงถึง 116,561 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.35 ของประชากรทั้งจังหวัด¹⁸ จากปัญหาดังกล่าวจึงมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุของ รพ.สต. ที่ให้บริการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและให้การรักษาต่อเนื่องรวมถึงส่งต่อเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินหรือมีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลสถานพยาบาลหรือผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ดังนั้นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุในชุมชน จะทำให้ทราบถึงระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดพะเยา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งการทราบข้อมูลด้านขนาดของปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงจะช่วยให้องค์กรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุสามารถปรับรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดพะเยาที่มีรายชื่อตามทะเบียนของจังหวัดจำนวน 114,533 คน¹⁸ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ ได้แก่ เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะ



ดี ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากร¹⁹ จากจำนวนประชากรทั้งหมด 114,533 คน กำหนดความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 398 ราย ผู้วิจัยสำรองกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ไว้ ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 438 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดยสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้งหมด 9 อำเภอของจังหวัดพะเยา และสุ่มอย่างง่ายเลือกจำนวนตำบลตามสัดส่วน 3 ใน 5 ของจำนวนตำบล จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการรับบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพ็ญชนสกิจและโทมัส ปี 1981¹¹ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการหรือค่ารักษาพยาบาล และการยอมรับในคุณภาพของบริการสุขภาพ จำนวน 50 ข้อ ลักษณะเครื่องมือให้ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก ให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อย ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนได้แบ่งระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพฯ เป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยรายข้อแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 (50.00–83.33 คะแนน) หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 (83.34–126.67 คะแนน) หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 2.34–3.00 (126.68–150.00 คะแนน) หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์²⁰ จำนวน 31 ข้อ ลักษณะเครื่องมือการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยเห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยให้ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยรายข้อแต่ละด้าน ช่วงค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 2.34–3.00 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity: CVI) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ด้านการพยาบาลชุมชน 3 ท่าน และอาจารย์ด้านสาธารณสุข 1 ท่าน มีค่า CVI ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .90 และ .91 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลแห่งหนึ่งที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .849 และ .868 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่อนุมัติ REC 004/65 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2565 ผู้วิจัยยึดหลักการเคารพในตัวบุคคล หลักประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย และหลักความยุติธรรม โดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้มาเก็บเป็นความลับ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่ที่สุ่มคัดเลือกได้ของจังหวัดพะเยา ติดต่อประสานงานผู้ช่วยเก็บข้อมูล นัดหมายเพื่อชี้แจงอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยเน้นให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยให้อธิบายรายละเอียดของการวิจัย สอบถามความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการ และเมื่อสมัครใจแล้วให้ลงนามแสดงความยินยอม กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเขียนหรืออ่านหนังสือได้ให้อ่านข้อความให้ผู้สูงอายุตอบ โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเฉลี่ยคนละประมาณ 30-45 นาที และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสถิติไคสแควร์ เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 67.58 มีอายุอยู่ในช่วง 60-98 ปี อายุเฉลี่ย 71.32 ปี ($SD=8.24$) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.79 รองลงมามีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 37.21 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.09 รองลงมา ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 18.49 ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 46.12 รองลงมาทำนา ทำสวน ร้อยละ 29.68 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัว 5,156.62 บาท/เดือน ($SD=5,688.91$) โดยครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอถึง ร้อยละ 52.05 แหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 70.55 รองลงมาจากลูกหลานให้ใช้ต่อเดือน ร้อยละ 35.84 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 50.91 รองลงมาอาศัยอยู่กับลูก ร้อยละ 34.47 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.85 โรคประจำตัวที่มีมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.79 เกินครึ่งมีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 56.89 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 72.60 รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 18.04 และส่วนใหญ่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 90.87

ข้อมูลการรับบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ: ที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ร้อยละ 63.93 รองลงมาคือกึ่งชนบทกึ่งเมือง ร้อยละ 24.88 ไปรับบริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐานในสถานบริการสุขภาพที่ รพ.สต. มากที่สุด ร้อยละ 83.11 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 37.21 ใช้สิทธิบัตรบัตรสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 69.41 กรณีเจ็บป่วยบุคคลที่พาไปรักษาในสถานพยาบาลมากที่สุดคือลูก ร้อยละ 59.13 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 21.69 มากกว่าครึ่งไปใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินคือ รพ.สต. ร้อยละ 53.65 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 41.32 และ 20.32 ตามลำดับสถานบริการสุขภาพที่ไปใช้บริการต่อเนื่องกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งไปใช้บริการที่ รพ.สต. มากที่สุด ร้อยละ 53.42 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 35.16 กรณีที่ไปรับการตรวจติดตามตามแพทย์นัดเกินครึ่งมีระยะเวลาห่างกัน 3 เดือน มากที่สุด ร้อยละ 53.20 ระยะเวลาที่ใช้ในการรอคอยเพื่อตรวจรักษากับบุคลากรการแพทย์ ส่วนมากใช้เวลารอ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง มากที่สุด ร้อยละ 61.42 รองลงมา มากกว่า 3 ชั่วโมง ร้อยละ 17.81 ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางไปรับบริการในสถานบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 15-30 นาที มากที่สุด ร้อยละ 93.15 ระยะทางที่เดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีระยะทาง 1-5 กิโลเมตร ร้อยละ 74.66 กลุ่มตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพ มากกว่า 150 บาท มากที่สุด ร้อยละ



43.38 รองลงมาระหว่าง 50–100 บาท ร้อยละ 38.36 ส่วนพาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปรับการรักษาในสถานบริการสุขภาพเป็นประจํามากที่สุด คือเดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 44.06 รองลงมาคือรถมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 41.78

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

1. ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุรายด้านทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 2.55 (SD=.28) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (n = 438)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	Mean	SD	แปลผล
1) ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่	2.64	.36	ระดับมาก
2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	2.36	.23	ระดับมาก
3) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	2.40	.46	ระดับมาก
4) การยอมรับในคุณภาพของบริการ	2.65	.37	ระดับมาก
5) ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ	2.63	.36	ระดับมาก
การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวม	2.55	.28	ระดับมาก

2. จำนวน ร้อยละ และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในระดับมาก ร้อยละ 62.56 รองลงมาเข้าถึงได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.44 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคะแนน จำนวน ร้อยละ และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=438)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการเข้าถึงบริการ
50.00–83.33	–	–	ต่ำ
83.34–126.67	164	37.44	ปานกลาง
126.68–150.00	274	62.56	มาก
Mean = 127.40 SD = 14.16			มาก

การสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 2.70 (SD=.33) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (n=438)

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	แปลผล
1) การสนับสนุนด้านอารมณ์	2.76	.37	มาก
2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	2.72	.38	มาก
3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.65	.38	มาก
4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง	2.66	.39	มาก
ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	2.70	.33	มาก

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า อายุ ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=.140, p<.01$; $r=.104, p<.05$; $r=.170, p<.01$) ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาในการรอพบบุคลากรการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=-.127, p<.01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (rs)
อายุ	.140
รายได้เฉลี่ยในครอบครัว	-.040
ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด	.104
ระยะเวลาในการรอพบบุคลากรการแพทย์	-.127
การสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	.170

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($\chi^2=27.518, p<.01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ปัจจัย	การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	Chi-square	df	p-value
1) ระดับการทํากิจวัตรประจำวัน				
ขั้นพื้นฐาน (ADL)		4.013	3	.265
	ไม่พึ่งพา	318(72.60)		
	พึ่งพาปานกลาง	79(18.04)		
	พึ่งพารุนแรง	15(3.42)		
	พึ่งพาโดยสมบูรณ์	26(5.94)		



ปัจจัย	การเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	Chi-square Test	df	p-value
2) ลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัย		27.518	2	.000
	ชนบท	280 (63.93)		
	ชานเมือง	49 (11.19)		
	กึ่งชนบทกึ่งเมือง	109 (24.88)		
3) ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง ไปรับบริการ		5.978	3	.113
	<50 บาท	10(2.28)		
	50-100 บาท	168(38.36)		
	101-150 บาท	70(15.98)		
	>150 บาท	190(43.38)		

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุด้วยความสะดวก ได้รับความเพียงพอของการบริการด้านสุขภาพ ความสามารถในการใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่จัดให้ และกลุ่มตัวอย่างให้การยอมรับในคุณภาพบริการด้านสุขภาพที่ได้รับที่อย่างเหมาะสม เป็นไปตามแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบสุขภาพของ เพ็ญชนสีกีและโทมัส¹¹ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพาเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนหรือรุนแรงที่ต้องการการรักษากับแพทย์เฉพาะทางจึงไม่มีความจำเป็นต้องเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอหรือจังหวัด รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตชนบทมากที่สุดถึง ร้อยละ 63.93 และไปใช้บริการสุขภาพที่ รพ.สต. มากที่สุด ร้อยละ 83.11 เนื่องจากตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้กับชุมชน จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถมาใช้บริการได้สะดวกและเดินทางไปได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย ระหว่างปี ค.ศ. 1999 ถึง 2016 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใกล้สถานพยาบาลจะมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น¹⁵ นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่อาศัยในชุมชนชนบทเข้าถึงบริการสุขภาพของ รพ.สต. มากที่สุด อาจเนื่องมาจากการยอมรับและเชื่อมั่นในคุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพของ รพ.สต. โดยเฉพาะการให้บริการด้านการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ เช่น การมองเห็น ภาวะสมองเสื่อม กระดูกและข้อ ช่อกปากและฟัน และภาวะหกล้ม ซึ่งให้บริการสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการรักษาจากแพทย์เวชกรรมทั่วไปสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และบริการการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน จึงทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการสำรวจความต้องการการให้บริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีแพทย์มารักษาที่ รพ.สต. และการมีเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ¹⁶

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=.140, p<.01$) กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วยเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นตามสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมลงตามวัยรวมถึงมีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม³ จึงมีโอกาสไปใช้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-98 ปี อายุเฉลี่ย 71.32 ปี ($SD=8.24$) เป็นวัยผู้สูงอายุตอนกลางซึ่งเริ่มมีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นกว่าผู้สูงอายุตอนต้น รวมถึงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นย่อมมีผู้ดูแลที่ต้องให้ความสำคัญและดูแลใส่ใจมากขึ้นเนื่องจากมีภาวะเปราะบางไม่แข็งแรง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยครอบครัวอาจจะรีบพาไปรักษาโรงพยาบาลจึงทำให้มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนของแอนเดอลัน ปี ค.ศ. 1995¹² ได้ให้ความสำคัญกับอายุโดยสรุปว่าอายุเป็นหนึ่งในปัจจัยที่น่าที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

2.2 ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=.104, p<.05$) โดยระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัดที่นานขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมารับบริการสุขภาพมากขึ้น อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพา แม้จะมีโรคเรื้อรังเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุดและไม่มีโรคแทรกซ้อนใด ๆ จึงได้รับการนัดตรวจติดตามในระยะเวลาที่ห่างออกไป โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาในการตรวจตามนัดห่างกัน 3 เดือน ร้อยละ 53.20 แต่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระดับมาก ซึ่งโดยทั่วไปการนัดตรวจของบุคลากรทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น มีอาการไม่หนักสามารถควบคุมโรคได้แล้ว หรือแพทย์ที่ดูแลเฉพาะทางอาจมีคิวไม่ว่างตรงตามเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก โดยระยะเวลาในการรอตรวจตามแพทย์นัดหมายเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ และเป็นปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญในการพิจารณาความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁵ แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเข้าใจผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบทของประเทศออสเตรเลียที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามที่ต้องการได้ พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานของการตรวจตามนัดเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความยากลำบากในการตรวจกับแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งอาจจะมาจากภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง²²

2.3 การสนับสนุนทางสังคมในบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=.170, p<.01$) กล่าวคือผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและการเอาใจใส่สนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวหรือคนอื่น ๆ จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาพบว่า กรณีเจ็บป่วยบุคคลที่พาไปรักษาในสถานพยาบาลมากกว่าครึ่ง คือ ลูก ร้อยละ 59.13 เป็นไปตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านของเฮย์ซ²⁰ ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการให้ความรักและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวผู้ดูแลเป็นหลักทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญในครอบครัวและชุมชน มีความภูมิใจที่ได้รับการยอมรับ นับถือ และให้ความเคารพ ทั้งจากบุคคลในครอบครัว 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารโดยการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพทั้งจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสุขภาพ รวมถึงองค์กรในชุมชนต่าง ๆ ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และ 4) การสนับสนุนทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง ต่าง ๆ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญโดยตรงจากครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มเครือข่ายในชุมชนเป็นปัจจัยเสริมสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากขึ้น^{12,14}



สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมหรือการสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทที่ยังมีลูกหลานดูแลตลอดจะมีความรู้สึกมีความสุข มีความผาสุกในชีวิตค่อนข้างมาก เนื่องจากมีคนในครอบครัวช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับด้านสุขภาพ²¹

2.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการรพบบุคลากรการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r = -.127, p < .01$) อธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุจะเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากน้อยเพียงใด อาจจะต้องพิจารณาปัจจัยด้านระยะเวลาในการรพบบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล แพทย์ ที่เป็นผู้ตรวจรักษาโรคหรือวินิจฉัยโรคเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หากใช้เวลาในการรอคอยนานอาจทำให้การมารับบริการด้านสุขภาพในสถานพยาบาลด้อยลงเนื่องจากต้องเสียเวลาในการรอคอย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการรอคอยเพื่อตรวจรักษากับบุคลากรการแพทย์ ส่วนมากใช้เวลาารอนาน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง มากที่สุดร้อยละ 61.42 ซึ่งต้องรอนาน้อยกว่าครึ่งชั่วโมงจึงจะได้มีโอกาสได้รับการตรวจจากแพทย์หรือพยาบาล อย่างไรก็ตามแม้จะมีระยะเวลาในการรอตรวจนานแต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะในรพ.สต. ได้ในระดับมากเนื่องจากอาจเป็นเพราะไม่มีอุปสรรคของการเดินทางเนื่องจาก รพ.สต. ส่วนมากตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชน ซึ่งแตกต่างจากบริบทของต่างประเทศที่ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย ระหว่างปี ค.ศ. 1999 ถึง 2016 ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพพบว่า ปัจจัยด้านการใช้เวลานานในการรอคอยพบแพทย์เป็นปัจจัยด้านอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในชุมชนที่ต้องไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์เฉพาะทางในตัวเมือง¹⁵

2.5 ลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($\chi^2 = 27.518, p < .01$) อธิบายได้ว่าที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยยังตั้งอยู่ใกล้กับสถานบริการสุขภาพยิ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไปใช้บริการด้านสุขภาพที่ รพ.สต. มากที่สุด รวมถึงส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทมากที่สุดถึง ร้อยละ 63.93 จึงเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นเนื่องจาก รพ.สต. ตั้งอยู่ในพื้นที่ของแต่ละตำบลซึ่งอยู่ใกล้กับที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ปัจจัยด้านพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยมีความสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้น¹⁵ ทั้งนี้หากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลย่อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมและทั่วถึง¹⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า รพ.สต. เป็นสถานบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้บริการมากที่สุด จึงอาจปรับรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การริเริ่มจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขนาดเล็ก ๆ ใน รพ.สต. ขึ้น โดยให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการคัดกรองภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนออกตรวจสัปดาห์ละครั้ง

2. การปรับรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุของสถานบริการสุขภาพในชุมชนควรพิจารณาให้ความสำคัญกับปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการสนับสนุนจากผู้ดูแลในครอบครัว ระยะเวลาที่ใช้ในการรพบบุคลากรการแพทย์ และลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ รวมด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยแบบผสมผสานเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน ได้แก่ ในชุมชนบวรรวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์ที่อยู่ห่างไกลสถานพยาบาล และชุมชนเมือง โดยเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เพื่อนำมาปรับรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่นั้น ๆ

2. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยเลือกศึกษาในพื้นที่นำร่องในชุมชนที่ตั้งอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลที่มีปัญหาหรืออุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ: งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2565 จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

References

1. Thailandometers. Population of the elderly, Institute for Population and Social Research, Mahidol University [internet]. 2022 [cited 2023 April 18]. Available from: <http://thailandometers.mahidol.ac.th/>
2. The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai older person 2021. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; Nakhon Pathom. 2022 ISBN: 978-616-443-686-2.(in Thai)
3. Kingston A, Robinson L, Booth H, Knapp M, Jagger C; MODEM project. Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. Age and Ageing. 2018 May 1;47(3):374-380. doi: 10.1093/ageing/afx201. PMID: 29370339; PMCID: PMC5920286.
4. Asante D, McLachlan CS, Pickles D, Isaac V. Understanding unmet care needs of rural older adults with chronic health conditions: A qualitative study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023 Feb 13;20(4):3298. doi: 10.3390/ijerph20043298. PMID: 36833993; PMCID: PMC9960497.
5. Wichai Ekaplakorn, (Editor), The 6th survey of Thai public health by physical examination 2019-2020. 1sted; 2022. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. ISBN 978-616-443-609-1.(in Thai)
6. Fu X, Sun N, Xu F, Li J, Tang Q, He J, Wang D, Sun C. Influencing factors of inequity in health services utilization among the elderly in China. International Journal for Equity in Health. 2018 Sep 15;17(1):144. doi: 10.1186/s12939-018-0861-6. PMID: 30219075; PMCID: PMC6139169.
7. Ministry of Public Health. Handbook of screening and health assessment for the elderly 2021. Nonthaburi, Thailand;2021. (in Thai)
8. Manatwanich P, Keawwilai K. Health maintenance, promotion and prevention in the elderly. In Praditpornsin et al., editors. Textbook of geriatric medicine. Chulalongkorn Hospital and Faculty of



- Medicine, Chulalongkorn University. Bangkok, 2018.(in Thai)
9. Duplaga M., Grysztar M., Rodzinka M, Kopec A. Scoping review of health promotion and disease prevention interventions addressed to elderly people. *BMC Health Services Research*. 2016; 16 (Suppl 5): 278 doi 10.1186/s12913-016-1521-4.
 10. Asia and Pacific Regional Office. Closing gaps in access to health services of the elderly: fairness in health and Social coverage in Thailand [internet]. 2016 [cited 2023 June 20]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/596071468185030891/pdf/AUS13326-TAIWANESE-WP-P146231-PUBLIC-World-Bank-Thai-version-ok.pdf>.(in Thai)
 11. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981;19(2):127-40.
 12. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995 Mar;36(1):1-10. PMID: 7738325.
 13. Mai S, Cai J, Li L. Factors associated with access to health care services for older adults with limited activities of daily living. *Frontiers in Public Health*. 2022 Oct 6;10:921980. doi: 10.3389/fpubh.2022.921980. PMID: 36276353; PMCID: PMC9583939.
 14. Zhang X, Yu B, He T. et al. Status and determinants of health services utilization among elderly migrants in China. *Global Health Research and Policy*. 2018; 3:8. <https://doi.org/10.1186/s41256-018-0064-0>.
 15. van Gaans D, Dent E. Issues of accessibility to health services by older Australians: a review. *Public Health Reviews*. 2018 Jul 16; 39:20. doi: 10.1186/s40985-018-0097-4. PMID: 30027001; PMCID: PMC6047130.
 16. Tapasee W, Danpradit P, Rattanawijit, S. Health care service model for elderly by community participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2017; 24(1):42-54.(in Thai)
 17. Chaisawat P, Phawananan P, Kittipichai W. Utilization of elderly health services, Tambon Viharn Khao, Amphor Tha-Chang, Sing Buri. *Vajira Nursing Journal*. 2016;18(2);42-50.(in Thai)
 18. Department of older person, Aging population statistics [internet]. 2023 [cited 2023 December 9]. Available from <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>.(in Thai)
 19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*,1970;30,607-10. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
 20. House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
 21. Mohd Rosnu NS, Singh DKA, Mat Ludin AF, Ishak WS, Abd Rahman MH, Shahar S. 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*. 2022 Jun 15;19(12):7351. doi: 10.3390/ijerph19127351. PMID: 35742597; PMCID: PMC9223544.
 22. Asante D, McLachlan CS, Pickles D, Isaac V. Understanding Unmet Care Needs of Rural Older Adults with Chronic Health Conditions: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(4):3298. doi: 10.3390/ijerph20043298. PMID: 36833993; PMCID: PMC9960497.