

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ

Access to Health Care Services of The Elderly People in Urban areas:

A Case Study of Samutprakarn Province

ภัทรพร ยูลพันธ์

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ปีการศึกษา 2566

ชื่อเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ
ผู้วิจัย ภัทรพร ยุบลพันธ์
สถาบัน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีที่พิมพ์ 2569
สถานที่พิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
แหล่งที่เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวนหน้างานวิจัย 134 หน้า
คำสำคัญ ผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ พื้นที่เขตเมือง
ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพของประเทศ ที่สะท้อนถึงมิติคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพจำเป็นต้องพิจารณาจากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพในประชาชนทุกกลุ่ม การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง โดยดำเนินการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 460 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที (Independent sample t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance: ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพตามปัจจัยต่าง ๆ และทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุแบบขั้นตอน (Multiple linear regression- Stepwise method) เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ กำหนดระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ < 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุรับรู้สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50.22 การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.43 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.00, S.D.= 0.23) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ด้านการตระหนักมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean= 4.24, S.D.= 0.42) ส่วนด้านความสามารถในการจ่ายการรับบริการมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean= 3.52, S.D.= 0.37)

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามความแตกต่างการประกอบอาชีพ ($t = -2.453$, $p\text{-value} = 0.014$) แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ แยกเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ ($t = -2.700$, $p\text{-value} = 0.007$) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการทำงาน ($t = -2.252$, $p\text{-value} = 0.025$) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ($F = 4.293$, $p\text{-value} = 0.014$) สถานพยาบาลที่เคยเข้ารับบริการ กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลเอกชน ($t = -3.002$, $p\text{-value} = 0.003$) การใช้สื่อออนไลน์ ($t = -2.801$, $p\text{-value} = 0.005$) การใช้สื่อออนไลน์ผ่านช่องทางเฟซบุ๊ค มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.408$, $p\text{-value} < 0.041$)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การแสวงหาบริการสุขภาพ การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด ความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดของผู้สูงอายุ การมีบุตรอยู่ด้วย และการได้รับเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 9.335$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยสามารถพยากรณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 9.30 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ สามารถแสดงผลตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ตัวแปรการแสวงหาบริการสุขภาพ ($\beta = 0.171$, $P\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด ($\beta = 0.157$, $P\text{-value} < 0.001$)

การศึกษานี้เสนอแนะว่าควรพิจารณาการเพิ่มเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการสนับสนุนทางการเงินที่เพียงพอในการเสริมสร้างความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ โดยอาจรวมถึงการพัฒนาและเผยแพร่สื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความต้องการ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และช่องทางการสื่อสารที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย

Research Title	Access to Health Care Services of The Elderly People in Urban areas: A Case Study of Samutprakarn Province
Researcher(s)	Pataraporn Yubonpunt, Ph.D.
Institution	Huachiew Chalermprakiet University
Year of Publication	2026
Publisher	Huachiew Chalermprakiet University
Sources	Huachiew Chalermprakiet University
No. of Pages	134 pages
Keywords	Eldery people, Access to Healthcare, Urban Community
Copyright	Huachiew Chalermprakiet University

ABSTRACT

Access to healthcare services is a key indicator of the effectiveness of health service delivery system, reflecting the quality dimension of the healthcare system. Moreover, health equity must be considered in terms of equitable access to quality healthcare services among all population groups. This study aimed to examine healthcare access and factors influencing access to healthcare services among older adults living in urban areas. A cross-sectional quantitative study was conducted in March - May 2024. The participants consisted of 460 older adults residing in urban areas of Samut Prakan Province, selected using simple random sampling without replacement. Independent sample t-tests and one-way analysis of variance (ANOVA) were used to compare access to healthcare score. Multiple linear regression analysis using the stepwise method was performed to identify factors influencing access to healthcare services. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

The results revealed that approximately half of the older adults (50.22%) demonstrated a Level of perceived healthcare rights under the Universal Coverage Scheme (UCS). Health-seeking behavior among older adults was found to be at a moderate level, accounting for 55.43% of the participants. Overall access to healthcare services among older adults was at a high level (Mean = 4.00, S.D. = 0.23). When considering the components of healthcare access, the awareness dimension had the highest mean score (Mean = 4.24, S.D. = 0.42), whereas the affordability dimension had the lowest mean score (Mean = 3.52, S.D. = 0.37).

The findings indicated that access to healthcare services among older adults living in urban areas of Samut Prakan Province differed significantly according to several factors. These factors included occupational status ($t = -2.453$, $p = 0.014$), sources of income, particularly among older adults receiving the elderly allowance ($t = -2.700$, $p = 0.007$), those earning income from employment ($t = -2.252$, $p = 0.025$), the ability to perform self-care activities ($F = 4.293$, $p = 0.014$), type of healthcare setting that older adults who had received services; private hospitals demonstrated significantly different levels of healthcare access compared to those who had not ($t = -3.002$, $p = 0.003$), using online media ($t = -2.801$, $p = 0.005$). Specifically, older adults who used online media via Facebook had significantly higher mean scores of healthcare access than those who did not use ($t = -2.408$, $p < 0.041$).

The results of stepwise multiple linear regression analysis indicated that health-seeking behavior, previous utilization of provincial hospitals, self-care ability among older adults, living with children, and receipt of the elderly allowance were significant predictors of access to healthcare services among older adults ($F = 9.335$, $p < 0.001$). These variables explained 9.30% of the variance in healthcare access. Based on the standardized regression coefficients, health-seeking behavior was identified as the strongest predictor of healthcare access ($\beta = 0.171$, $p < 0.001$), followed by previous utilization of provincial hospitals ($\beta = 0.157$, $p < 0.001$).

This study suggested that increasing the elderly allowance should be considered in order to ensure adequate financial support to enhance older adults' ability to access necessary healthcare services. Promoting appropriate health-seeking behavior among older adults should be prioritized. This may include developing and disseminating health education materials specifically designed to enhance health-seeking behaviors among older adults, taking into account their needs, health literacy levels, and preferred communication channels.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี โดยได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการวิจัย คณะ
สาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย
คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณสำนักพัฒนาวิชาการ ที่อำนวยความสะดวก ให้การแนะนำและช่วยเหลือในการ
ดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการวิจัย และสำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติเป็นอย่างสูง สำหรับการพิจารณาทุน
สนับสนุนการวิจัย จนวิจัยสำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่ชุมชน
เมืองเป็นพื้นที่การวิจัย ตลอดจนการเป็นศูนย์กลางประสานงานที่สนับสนุนวิจัยในแต่ละพื้นที่ ทำให้การ
ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเป็นไปด้วยความเรียบร้อยอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมี
ค่าในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีจนได้ข้อมูลอย่าง
ครบถ้วน นับว่าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

ภัทรพร ยุบลพันธ์
ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	
สารบัญ	
สารบัญตาราง	
บทที่ 1	บทนำ
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5
	ขอบเขตของการวิจัย 5
	นิยามตัวแปร 6
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 8
บทที่ 2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
	กรอบแนวคิดการวิจัย 50
บทที่ 3	ระเบียบวิธีวิจัย
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 51
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 52
	การเก็บรวบรวมข้อมูล 55
	การวิเคราะห์ข้อมูล 56
บทที่ 4	ผลการวิจัย
บทที่ 5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
	สรุปผลการวิจัย 84
	อภิปรายผล 86
	ข้อเสนอแนะ 98
บรรณานุกรม	100
ภาคผนวก	
	ก แบบสอบถาม 112
	ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย 119
	ค หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ 121
	ง หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล 126
	จ ประวัติย่อผู้วิจัย 127

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ	58
2	จำนวนและร้อยละ การรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ	63
3	ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ	65
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ	66
5	ระดับการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ	68
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ	69
7	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการตามปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม การรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการแสวงหาบริการสุขภาพ	74
8	การเปรียบเทียบความแตกต่างโดยการประเมินผลกระทบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของตัวแปรความสามารถช่วยเหลือตนเอง	79
9	ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ	81

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“สังคมสูงวัย” สะท้อนภาพจำนวนผู้สูงอายุและส่งผลต่อความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุยังคงได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สภาพร่างกาย และระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สามารถตอบสนองความต้องการและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2022; Levesque et al., 2013)

ทั่วโลกกำลังประสบกับการเติบโตทั้งขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่พบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น โดยประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี 2020 เป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี 2593 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (2.1 พันล้านคน) จำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปคาดว่าจะเพิ่มขึ้นสามเท่าระหว่างปี 2563 ถึง 2593 เป็น 426 ล้านคน ขณะนี้ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คาดว่าภายในปี 2050 สองในสามของประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง องค์การสหประชาชาติกำหนดให้ช่วงปี พ.ศ. 2564-2573 เป็นทศวรรษแห่งผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพดี มุ่งหมายที่จะลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพและปรับปรุงชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนผ่านการดำเนินการร่วมกันใน 4 ด้าน ได้แก่ การปรับกระบวนการทัศนคติ ความรู้สึก และการแสดงออกเกี่ยวกับอายุและภาวะสูงวัย การพัฒนาชุมชนในลักษณะที่ส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุ การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีบุคลากรเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองต่อผู้สูงอายุ และเตรียมความพร้อมแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการเข้าถึงการดูแลระยะยาวอย่างมีคุณภาพ (World Health Organization, 2022)

ประเทศไทยเป็นประเทศที่จัดอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 ระบุว่า ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 66.09 ล้านคน โดยเป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.76 ของประชากรทั้งหมด สะท้อนให้เห็นถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามภูมิภาค พบว่าภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 29.9 รองลงมาคือภาคกลางไม่รวมกรุงเทพฯ ร้อยละ 24.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 19.1 และภาคใต้ 13.8 ตามลำดับ ซึ่งจากรายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี 2553- 2583 สำหรับในปี 2565 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ หรือหมายถึงสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ก่อนที่ในปี 2576 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด หรือมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 28 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง เนื่องจากเกิดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ที่มีผลต่อการดำรงชีพ ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นช่วงวัยที่เกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มากกว่ากลุ่มวัยอื่น การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่ประเมินว่ามีสุขภาพดีมาก ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพดี มีร้อยละ 42.7 และสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 41.6 ส่วนผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ คิดเป็นร้อยละ 10.7 และ 1.7 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566-2568 มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น โดยเพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน สร้างโอกาสการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐอย่างเป็นธรรม สะดวก รวดเร็ว และจุดมุ่งเน้นที่สำคัญอีกประการคือ ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง โดยการส่งเสริมให้เป็นกลุ่มผู้สูงวัยที่แข็งแรง สนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) และภายใต้ยุคของเทคโนโลยีที่มีการพัฒนาและเติบโตอย่างมาก การมุ่งเน้นประสิทธิภาพการสื่อสาร โดยยกระดับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวก รวดเร็ว เพื่อพัฒนาให้ทุกช่วงวัยสามารถดูแลสุขภาพกาย-ใจ ของตนเองได้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางออนไลน์ถือว่าเป็นวิธีที่สะดวก และรวดเร็วอย่างมากในปัจจุบัน ซึ่งทักษะเรื่องการสืบค้นข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสืบหาแหล่งบริการสุขภาพ ความเข้าใจ แนวทางการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยต่างๆ นับว่าจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นจึงน่าสนใจว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันแสวงหาบริการสุขภาพอย่างไร รวมถึงมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนในการหาข้อมูลเพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพหรือไม่

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพของประเทศที่สะท้อนถึงมิติคุณภาพของระบบบริการสุขภาพด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพ

จำเป็นต้องพิจารณาจากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพในประชาชนทุกกลุ่ม ดังนั้นการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก และเตรียมพร้อมสำหรับการรักษา เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดในการบรรลุความเท่าเทียมทางสังคมในระบบการรักษาพยาบาลของแต่ละประเทศ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในพื้นที่เขตเมือง พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับมาก (กมลพร นิรารัตน์ และ อัครนันท์ คิตสม, 2560) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ส่วนการศึกษาในพื้นที่ชนบทหรือส่วนภูมิภาค พบว่าการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุจังหวัดปัตตานีอยู่ในระดับมาก (สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้ และคณะ, 2564) และจากการศึกษาการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ, 2559) เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าระดับการเข้าถึงบริการสามารถแตกต่างกันไปตามบริบทเชิงพื้นที่ ซึ่งสะท้อนได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีมิติที่มีคะแนนสูง ได้แก่ ความเพียงพอของบริการ การยอมรับคุณภาพบริการ และความสะดวกในการรับบริการ ขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ รายได้ การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพหรือสิทธิประกันสุขภาพ การมีผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือ ระยะทางไปยังสถานบริการ และคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดจากทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพร่วมกัน

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ได้บัญญัติถึงสิทธิด้านสาธารณสุขของประชาชนไว้ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ บุคคลผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ได้บัญญัติสิทธิการรับบริการด้านสาธารณสุข บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัติ ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ประกอบด้วย 3 ระบบหลัก คือ ข้าราชการประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) (สุวิมล อีสริยานนท์ และคณะ, 2563) ซึ่งสิทธิบัตรทองเป็นสวัสดิการรักษายาพยาบาลที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเช่นกัน ระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการสุขภาพชุมชน เป็นรากฐานของระบบสาธารณสุขไทยที่ต้องเพิ่มความเข้มแข็ง ปรับระบบบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม และมั่นใจในการเข้ารับบริการ อย่างไรก็ตามความรู้ความเข้าใจของประชาชนและผู้ให้บริการเรื่องสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงสิทธิและการได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสมยังพบว่าเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานที่

เกี่ยวข้องกับการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) การรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับมีความจำเป็นต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของประชากรทุกกลุ่ม จึงน่าสนใจว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้สิทธิการรักษาอย่างไร และมีผลต่อการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพหรือไม่

จังหวัดสมุทรปราการ อยู่ในเขตพื้นที่ภาคกลางในกลุ่มจังหวัดปริมณฑล เป็นพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมและผสมผสานเกษตรกรรมที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ แม้ว่าจะเป็นภูมิภาคที่มีจำนวนผู้สูงอายุไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่น แต่ด้วยความกึ่งเมืองกึ่งชนบท วิถีชีวิต การดำรงชีพ ย่อมแตกต่างจากผู้สูงอายุในภูมิภาคที่เป็นชนบทและประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรปราการในปี 2565 จากทั้งหมด 50 ตำบล มีผู้สูงอายุจำนวน 228,253 คน คิดเป็นร้อยละ 17.14 จากประชากรทั้งหมด การคัดกรองสุขภาพและ Geriatrics Syndrome ปีงบประมาณ 2564 โรคที่พบบ่อยและกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด มีสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิจำนวน 73 แห่ง สิทธิการรักษาส่วนใหญ่คือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2565) ด้วยรูปแบบการดำรงชีวิตที่มีความหลากหลายและเปลี่ยนแปลงไปภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพตามมิติคุณภาพยังขาดการประเมินการเข้าถึงบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่สะท้อนระบบบริการในปัจจุบัน ประเด็นการเข้าถึงด้านเทคโนโลยี ข่าวสารข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญสำหรับการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในยุคของดิจิทัล รวมถึงยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาบริการสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ การศึกษาครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อประเมินระดับการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับการรับรู้สิทธิของตนเองในด้านการรับบริการสาธารณสุขตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การแสวงหาบริการสุขภาพ ตลอดจนศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาจะสามารถเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนระบบบริการในปัจจุบัน และสามารถนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมองค์ความรู้ด้านสิทธิและการเข้ารับบริการ การสร้างเสริมการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาการรับรู้สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อศึกษาการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้สิทธิการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
2. การแสวงหาบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
3. ปัจจัยลักษณะประชากรมีความความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
4. ปัจจัยด้านสุขภาพมีความความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
5. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ มุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2567 โดยสนใจศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้สิทธิการรักษา การแสวงหาบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

นิยามตัวแปร

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถึง 79 ปี

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินรายรับของผู้สูงอายุโดยรวมต่อเดือน

แหล่งรายได้ หมายถึง ช่องทางของรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับ ได้แก่ เบี้ยเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ เงินบำนาญจากบุตรหลาน และการทำงาน

การประกอบอาชีพ หมายถึง ผู้สูงอายุยังทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ โดยแบ่งเป็นทำงาน และไม่ได้ทำงาน

สิทธิการรักษา หมายถึง สิทธิที่ผู้สูงอายุมีหรือได้รับจากการจัดสรรการประกันสุขภาพ ทั้งจากภาครัฐหรือแบบสมัครใจ ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิประกันสุขภาพเอกชน

จำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ด้วย หมายถึง จำนวนบุตรของผู้สูงอายุที่ร่วมพักอาศัยอยู่ด้วยในที่พักเดียวกัน

โรคประจำตัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องรักษาหรือได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

สถานพยาบาลที่เคยเข้ารับบริการ หมายถึง แหล่งของบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุเคยเข้ารับบริการเพื่อการรักษา ได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลเอกชน

ภูมิลำเนา หมายถึง ถิ่นที่อยู่หรือบ้านเกิดที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เป็นหลักหรือที่อยู่ประจำตามทะเบียนบ้าน

การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน

การใช้สื่อออนไลน์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้ใช้สื่อออนไลน์ ได้แก่ เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูบ ฯ

ระยะทางถึงสถานพยาบาล หมายถึง ระยะทางจากที่พักอาศัยโดยประมาณที่ผู้สูงอายุใช้เดินทางไปยังสถานพยาบาล เมื่อต้องเข้ารับบริการสุขภาพ หน่วยเป็นเมตร-กิโลเมตร

ระยะเวลาถึงสถานพยาบาล หมายถึง ระยะเวลาจากที่พักอาศัยโดยประมาณที่ผู้สูงอายุใช้เดินทางไปยังสถานพยาบาล เมื่อต้องเข้ารับบริการสุขภาพ หน่วยเป็นนาที-ชั่วโมง

ประเภทยานพาหนะที่ใช้เดินทาง หมายถึง ประเภทยานพาหนะที่ผู้สูงอายุใช้เดินทางเพื่อเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล ได้แก่ จักรยานยนต์ รถยนต์ส่วนตัว รถโดยสารประจำทาง การว่าจ้างรถเพื่อนบ้าน

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและสามารถรับรู้ถึงการจัดการบริการสุขภาพที่มีความสะดวก จัดสรรทรัพยากรเพียงพอ ตอบสนองต่อความต้องการตามสิทธิที่ควรได้รับ และความสามารถในการจ่ายในการรับบริการ โดยจำแนกเป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้

การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ถึงระยะเวลาในการเดินทางและระยะทางระหว่างที่พักอาศัยกับสถานพยาบาลบริการที่สามารถไปถึงได้สะดวก รวมถึงการเข้าถึงความรู้ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ

ความพร้อมให้บริการ (availability) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ว่าสถานพยาบาลมีการจัดการบริการที่มีความเพียงพอของบุคลากร มีอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก และประเภทของบริการสุขภาพที่สอดคล้องตามความต้องการ

ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้่ว่าสถานพยาบาลมีการจัดระเบียบด้านอาคารสถานที่ ขั้นตอนการรับบริการ เวลาของการปฏิบัติงาน ระบบนัดหมาย ขั้นตอนการรับบริการ รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ภายในสถานบริการ ซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง

ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (affordability) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายของบริการและการประกันสุขภาพที่มีอยู่หรือรายได้ของตน ที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลหรือการพบแพทย์

การยอมรับคุณภาพบริการ (acceptability) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ถึงรูปแบบการให้บริการของบุคลากรที่สะท้อนการบริการที่ดี เกิดความเชื่อมั่นต่อการเข้ารับบริการ กระบวนการให้บริการ และคุณภาพการรักษา

การตระหนักรู้ในบริการ (awareness) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ถึงการให้ความสำคัญในการให้บริการสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพอย่างเพียงพอ

การรับรู้สิทธิการรักษา หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองมีสิทธิประกันสุขภาพ และรับรู้ว่าจะสามารถใช้สิทธิการรักษาเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพได้ภายใต้การคุ้มครองตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงสิทธิเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการจัดสรรจากภาครัฐ

การแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของผู้สูงอายุเมื่อรับรู้ว่าคุณภาพเจ็บป่วย หรือมีความต้องการด้านสุขภาพ โดยครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาข้อมูล การขอคำปรึกษา การเข้ารับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสถานบริการสุขภาพ ตลอดจนการเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการศึกษาเป็นข้อมูลสะท้อนระดับการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพ การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงระดับการรับรู้สิทธิในด้านการรับบริการสาธารณสุขตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. หน่วยงานภาครัฐ ภาคสาธารณสุข ใช้เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับสิทธิด้านการเข้ารับบริการสาธารณสุขและการเข้ารับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุ
3. หน่วยงานสาธารณสุข หรือภาคส่วนพัฒนาสังคมและผู้สูงอายุ สามารถนำข้อมูลไปสร้างเสริมการแสวงหาบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้มีความหลากหลายมากขึ้น
4. หน่วยงานสาธารณสุข สถานพยาบาลแต่ละระดับ สามารถใช้ข้อมูลสำหรับการวางแผน การกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่เหมาะสม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการทบทวนเนื้อหาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายละเอียดตามประเด็น ดังนี้
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

สิทธิความคุ้มครอง การส่งเสริม สนับสนุนด้านต่างๆของผู้สูงอายุ

สุขภาวะสุขภาพทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ความหมายการเข้าถึงบริการสุขภาพ

มิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สิทธิการรักษาพยาบาลของประเทศไทย

การแสวงหาบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด และองค์การสหประชาชาติกำหนดนิยามเพิ่มเติม คำว่า "สังคมผู้สูงอายุ" โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society หรือ Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่าง ๆ ซึ่งทั้งประเทศไทยและรวมทั้งประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2563)

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปี เกินร้อยละ ๗ ของประชากรทั้งประเทศ

สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐ หรือประชากรอายุ ๖๕ ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๔ ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ

Super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ,2565)

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย (2565) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL $\geq$ 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง

การศึกษานี้ให้ความหมายผู้สูงอายุ คือ บุคคลทั้งชาย หญิง ซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ภายใต้ขอบเขตทางประชากรของการศึกษาคือผู้สูงอายุทั้งชาย หญิง ซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

สิทธิความคุ้มครอง การส่งเสริม สนับสนุนด้านต่างๆของผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุระบุ ให้บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ 16 ด้านดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

1. **ด้านการแพทย์และสาธารณสุข** โดยผู้สูงอายุต้องได้รับการจัดช่องทางพิเศษเฉพาะเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว
2. **ด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร** ผู้สูงอายุได้รับการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน และให้มีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่การศึกษาขั้นพื้นฐาน ถึงขั้นอุดมศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัย และมีรายการต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุ
3. **ด้านการประกอบอาชีพ ฝึกอาชีพที่เหมาะสม** ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล คำปรึกษา ข่าวสารตลาดแรงงาน การจัดหางาน รับสมัครงาน บริการข้อมูลทางอาชีพ ตำแหน่งว่างงาน การอบรม และฝึกอาชีพ โดยมีศูนย์การข้อมูลทางอาชีพ และตำแหน่งงานสำหรับผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ ที่สำนักงานจัดหางานทุกแห่ง
4. **ด้านการพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย / ชุมชน** ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม และสนับสนุน หรือชมรมผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมภายในชุมชน และ / หรือระหว่างชุมชน และส่งเสริมการใช้ศักยภาพผู้สูงอายุ โดยเพิ่มการจัดกิจกรรมทางกีฬา นันทนาการ และการถ่ายทอดภูมิปัญญา
5. **ด้านการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ บริการสาธารณะอื่น** ผู้สูงอายุได้รับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ การบริการที่สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย การจัดพาหนะอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

6. **ด้านการลดหย่อนค่าโดยสาร และการอำนวยความสะดวกในการเดินทางการรถไฟแห่งประเทศไทย**

ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคาทุกชั้นตลอดทาง ทุกสาย (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) ระหว่างเดือน มิถุนายน – กันยายน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องเข้าแถวรอซื้อตั๋ว มีที่นั่งรอรับตัว พนักงานช่วยยกสัมภาระ

- o แอร์พอร์ต เรล ลิงค์ ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารให้ผู้สูงอายุครึ่งราคา โดยใช้บัตรผู้สูงอายุ (Senior card) และยกเว้นค่าโดยสารวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 13 เมษายน ของทุกปี
 - o รถไฟฟ้าใต้ดิน (MRT) ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคา ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับที่กำหนด และยกเว้นค่าโดยสารวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 13 เมษายน ของทุกปี
 - o รถไฟฟ้า (BTS) ผู้สูงอายุได้รับสิทธิ์บริการที่สถานีหมอชิต สยาม โอศก อ่อนนุช และช่องนนทรี
 - o รถโดยสารประจำทาง ขสมก. ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคา (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) ตลอดวัน และยกเว้นค่าโดยสารในวันผู้สูงอายุแห่งชาติวันที่ 13 เมษายน ของทุกปี และจัดที่นั่งสำรองเป็นการเฉพาะ
 - o รถโดยสารบริษัทขนส่ง จำกัด (บขส.) ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคา (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) จัดที่นั่งพักผ่อน และห้องสุขา
 - o เครื่องบินการบินไทย ผู้สูงอายุได้รับการอำนวยความสะดวกขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก
 - o ท่าอากาศยาน ผู้สูงอายุได้รับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ ลิฟต์ โทรศัพท์ ทางลาด ห้องสุขา มุมพักผ่อน พื้นที่จอดรถรับ – ส่งผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ และดำเนินการตามมาตรการกำหนดให้สายการบินถือปฏิบัติทำให้ผู้โดยสารสูงอายุขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก
 - o เรือด่วนเจ้าพระยา เรือในคลองแสนแสบ และเรือข้ามฟาก ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคาแก่ผู้สูงอายุที่ใช้บริการเรือโดยสารประจำทางในแม่น้ำเจ้าพระยา ได้แก่ เรือด่วนเจ้าพระยา (ยกเว้นเรือพิเศษธงเขียว และเรือทัวร์ธงฟ้า) เรือในคลองแสนแสบ และเรือข้ามฟาก
- หมายเหตุ : ผู้สูงอายุต้องแจ้ง และแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเจ้าหน้าที่ก่อนซื้อตั๋วโดยสาร บริการขนส่งสาธารณะ

7. **ด้านการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ** ผู้สูงอายุได้รับการยกเว้นค่าชมสถานที่ของรัฐ เช่น พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ อุทยานแห่งชาติ อุทยานประวัติศาสตร์ สถานที่ท่องเที่ยวในความรับผิดชอบของ องค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ และองค์การสวนพฤกษศาสตร์ เป็นต้น

8. **ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง** ผู้สูงอายุได้รับการให้คำแนะนำ ปกป้อง และให้ความช่วยเหลือ กรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย และถูกทอดทิ้ง จะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตราย

จากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี และในทางการแก้ไขปัญหาคอรัว

9. **การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี และในทางการแก้ไขปัญหาคอรัว**

ผู้สูงอายุได้รับการให้คำแนะนำ ปรีกษา และให้ความช่วยเหลือ กรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย และถูกทอดทิ้ง จะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางการแก้ไขปัญหาคอรัว

10. **ด้านการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง**

ผู้สูงอายุได้รับในกรณีผู้สูงอายุที่เดือดร้อนจะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

11. **ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ**

ผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ สัญชาติไทย ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์ใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ได้จัดให้อย่างเป็นประจำ จะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนตลอดชีวิต โดยแบ่งตามช่วงอายุแบบขั้นบันได ดังนี้

- o อายุ 60 – 69 ปี จะได้รับเดือนละ 600 บาท
- o อายุ 70 – 79 ปี จะได้รับเดือนละ 700 บาท
- o อายุ 80 – 89 ปี จะได้รับเดือนละ 800 บาท
- o อายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับเดือนละ 1,000 บาท

12. **การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี**

ผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์

- o มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- o มีสัญชาติไทย
- o ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ยากจนตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา
- o ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่มีฐานะยากจนไม่สามารถจัดการศพตามประเพณีได้ ผู้สูงอายุยากจน และไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของกรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา ให้นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการสำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง จะได้รับการช่วยเหลือรายละเอียด 2,000 บาท

13. การจัดบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬา และนันทนาการตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด

- o ด้านการท่องเที่ยว ผู้สูงอายุได้รับการจัดกิจกรรม โครงการสำหรับผู้สูงอายุ
- o ด้านกีฬาและนันทนาการ ผู้สูงอายุได้รับการบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย ใช้บริการในสนามกีฬา สวนสุขภาพ ลานกีฬาแอโรบิก สนามเปตอง ห้องออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแข่งขันกีฬา การลีลาศ การรับสมัครเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ

14. การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด

ผู้สูงอายุได้รับการจัดบริการโดยตรงสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ลิฟต์ พื้นเรียบ ราวบันได ทางลาด ราวจับในห้องน้ำ จัดเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวก และความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ จัดบริการรถเข็น

15. ด้านการลดหย่อนภาษีเงินได้ และการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ

บุคคลที่ได้รับผู้เสียงูบิตดา มารดา ได้รับการลดหย่อนภาษีเงินจำนวน 30,000 บาท ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ สามารถนำไปเสร็จไปลดหย่อนภาษีได้

16. ด้านกองทุนผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุได้รับการให้กู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคล และรายกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ โดยต้องชำระคืน เป็นรายงวด ภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยไม่มีดอกเบี้ย

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน จากภาครัฐในด้านต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา การประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และสวัสดิการทางสังคม นอกจากนี้ยังได้รับสิทธิประโยชน์ด้านเบี้ยยังชีพ การอำนวยความสะดวกในการเดินทาง และการคุ้มครองทางกฎหมาย โดยจะเห็นได้ว่า สิทธิต่างๆ นับเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

สภาวะสุขภาพทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ในระดับชีวภาพ ความชรา หรือการสูงวัย เป็นผลจากผลกระทบของการสะสมของความเสื่อมสภาพในระดับโมเลกุลและเซลล์ต่าง ๆ เมื่อเวลาผ่านไป สิ่งนี้นำไปสู่การลดลงของความสามารถทางร่างกายและจิตใจอย่างค่อยเป็นค่อยไป และมีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเกิดโรคต่าง ๆ และการเสียชีวิตในที่สุด ความหลากหลายที่เห็น

ในวัยผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องบังเอิญ นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาแล้ว การดำรงชีวิตยังเกี่ยวข้องกับช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิตอื่นๆ เช่น การเกษียณอายุ การย้ายไปยังที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกว่า และการเสียชีวิตของเพื่อนและคู่ชีวิต

ภาวะที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ได้แก่ สูญเสียการได้ยิน ต้อกระจกและสายตาสั้นผิดปกติ ปวดหลังและคอ และโรคข้อเข่าเสื่อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม เมื่ออายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะประสบกับสภาวะต่างๆ วัยสูงอายุยังมีลักษณะของภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนหลายอย่างที่เรียกกันทั่วไปว่ากลุ่มอาการของผู้สูงอายุ มักเป็นผลจากปัจจัยพื้นฐานหลายประการ รวมถึงความเปราะบาง ปัสสาวะเล็ด หกล้ม เพื่อและแผลกดทับ (World Health Organization, 2022).

รายงานการวิจัย เรื่อง “การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ” โดยนายแพทย์สกันต์ บุณนา และคณะ ซึ่งได้รับการสนับสนุนการวิจัยโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ(วช.) โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงอายุชายที่มารับบริการในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2562 จำนวนกว่า 5.1 ล้านคน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.90 อันดับ 2 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5.83 ตามด้วยอันดับ 3 โรคข้อเสื่อมร้อยละ 5.80 อันดับ4 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 อันดับ5 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 2.59 อันดับ6 วัณโรค ร้อยละ 2.64 อันดับ 7 หูหนวก ร้อยละ 1.81 อันดับ8 โรคมะเร็งตับ ร้อยละ 0.50 อันดับ9 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 0.48 และอันดับ 10 โรคมะเร็งหลอดลมและปอด ร้อยละ 0.01 ส่วนผู้ป่วยสูงอายุหญิง จำนวนกว่า 6.4 ล้านคน ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุดเช่นกัน โดยมีสัดส่วนร้อยละ 30.97 อันดับที่ 2 คือโรคข้อเสื่อม ร้อยละ 12.67 อันดับที่ 3 ต้อกระจก ร้อยละ 8.32 อันดับที่ 4 โรคไตอักเสบและไตพิการ ร้อยละ 6.16 อันดับที่5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 4.12 อันดับที่6 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 4.07 อันดับที่7 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 1.68 อันดับที่8 โรคหูหนวก ร้อยละ 1.46 อันดับที่9 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 0.61 และอันดับที่ 10 โรคมะเร็งตับ ร้อยละ 0.24 สำหรับปัญหาช่องปากของผู้สูงอายุมักเกิดจากโรคเหงือกและการสูญเสียฟัน ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามได้มีมาตรการในการคัดกรองสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุทุกราย รวมไปถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง แต่ยังคงพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการด้านทันตกรรมยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ส่วนโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจุบันในทุกสิทธิ์การรักษาพยาบาลสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยการเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ ในส่วนของปัญหาด้านการมองเห็นนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเกิดจากต้อกระจก ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคตา กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการในการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุทุกราย มีการจัดบริการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมผ่านช่องทางด่วนสำหรับผู้ที่มีอาการต้อกระจกรุนแรง โดยสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทุกสิทธิ์การรักษา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย,2564)

จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.39 ไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 65.56 ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมและภาวะไขมันในเลือด ร้อยละ 63.21 เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 60.79 และความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อนไม่จำแนกที่ใด ร้อยละ 43.54 ส่วนจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยใน กลุ่มผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5 อันดับแรก ได้แก่ ต้อกระจกในวัยชรา ร้อยละ 85.41 รองลงมาคือปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น ร้อยละ 85.31 หัวใจล้มเหลว ร้อยละ 70.03 ไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 66.15 และปวดบวมไม่ระบุเชื้อ ร้อยละ 48.05 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease: NCD) เป็นสาเหตุการตายของทุกประเทศทั่วโลก โรคที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลง ความเสื่อมทางร่างกายและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่มานานก่อนเข้าวัยสูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดได้หากมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม ด้วยการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในการจัดการตนเอง โรคไม่ติดต่อที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจำนวน 7,404,202 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4,615,969 คน (ร้อยละ 46.91) โรคเบาหวาน 2,144,438 คน (ร้อยละ 21.79) โรคหลอดเลือดสมอง 247,170 คน (ร้อยละ 2.51) โรคหัวใจและหลอดเลือด 193,527 คน (ร้อยละ 1.97) ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2567)

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเผชิญปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมตามวัยและโรคเรื้อรังหลายชนิด โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคข้อเข่าเสื่อม ต้อกระจก และภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทยที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพด้านการมองเห็น สุขภาพช่องปาก และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ดังนั้น สถานการณ์ปัญหาสุขภาพดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การเข้าถึงบริการสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลการคงไว้ซึ่งสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือการเข้าถึงการรักษาพยาบาลเป็นปัญหาระดับโลกที่ซับซ้อนและถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ประชาชนต้องได้รับ การเข้าถึงบริการสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิภาพของระบบการ

ดูแลสุขภาพทั่วโลก ดังนั้นการเข้าถึงจึงถือเป็นหนึ่งในประเด็นนโยบายสาธารณะที่ต้องจัดลำดับความสำคัญ เพื่อใช้ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีติของการเข้าถึงบริการสุขภาพมีผู้ให้นิยามและแนวคิดไว้ สรุปพอสังเขปดังนี้

ความหมายการเข้าถึงบริการสุขภาพ

Gulliford และคณะ (2002) ให้ความหมายว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของประชาชนในการได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม ทันเวลา และสอดคล้องกับความต้องการ โดยต้องคำนึงถึงความพร้อมของบริการ คุณภาพบริการ และความเสมอภาคในการเข้าถึง Sofaer & Firminger (2005) ทำการศึกษาวิจัยการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพผ่านมุมมองผู้ป่วย โดยพบว่า การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่สถานบริการรักษาพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางไว้บริการ มีแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่พร้อมให้บริการ บริการดูแลรักษาเหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย มีความสะดวกทั้งด้านสถานที่ และเวลาในการเข้ารับบริการ มีความพร้อมในการดูแลกรณีฉุกเฉิน (Sofaer & Firminger, 2005) การเข้าถึงจำเป็นต้องพิจารณาให้ครอบคลุมถึงการใช้บริการหรือการได้รับบริการจริง โดยการให้ความสำคัญอย่างชัดเจนในการพิจารณาจากทั้งผู้ใช้บริการและลักษณะบริการสำหรับการประเมินการเข้าถึง (Peters et al., 2008) จากการศึกษาวิจัยเชิงสังเคราะห์ของ Levesque, Harris, & Russell ได้ให้นิยามคำว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึงโอกาสในการเข้าถึงและได้รับบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมในสถานการณ์ที่รับรู้ถึงความจำเป็นในการดูแล เป็นผลจากการเชื่อมต่อระหว่างลักษณะของบุคคล ครีวเรือน สภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ และลักษณะของระบบสุขภาพ องค์กร และผู้ให้บริการ (Levesque, Harris, & Russell, 2013) การเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถให้ความหมายได้หลากหลาย คำจำกัดความบางส่วนเกี่ยวข้องกับการพิจารณาว่าบุคคลสามารถเข้าใช้บริการได้จริงหรือไม่ บางคำจำกัดความมุ่งเน้นไปที่ความครอบคลุมของสิทธิประกันสุขภาพหรือเงื่อนไขในการเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อป่วยรวมถึงความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะได้รับบริการด้านการดูแลสุขภาพ เมื่อจำเป็น สำหรับ Saurman ระบุว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพหมายถึงความสามารถในการได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมในเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม และเป็นไปตามสถานการณ์หรือภาวะการเจ็บป่วยที่บุคคลกำลังเผชิญ (Saurman, 2016) การเข้าถึงมักถูกให้นิยามว่าเป็นการใช้บริการสุขภาพที่พิจารณาจากความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังถูกให้นิยามที่อธิบายถึงการใช้ยาที่เกิดขึ้นจากการได้รับการดูแลสุขภาพในแง่การได้รับประโยชน์ของการเข้ารับบริการสุขภาพสูงสุดที่สามารถเข้าถึงได้

การศึกษาครั้งนี้ ให้นิยามการเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและสามารถรับรู้ถึงการจัดการบริการสุขภาพที่มีความสะดวก จัดสรรทรัพยากรเพียงพอ ตอบสนองต่อความต้องการตามสิทธิที่ควรได้รับ และความสามารถในการจ่ายต่อการรับบริการ

มิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากการทบทวนงานวิจัย การศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีนักวิชาการ นักวิจัยหลายท่านที่ได้ศึกษาและระบุมิติหรือองค์ประกอบของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมือนและแตกต่าง รวมถึงที่ต่อยอดมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มากขึ้น ได้แก่ Donabedian (1973) ได้ให้นิยามไว้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพต้องพิจารณาความเหมาะสมระหว่างทรัพยากรที่มีอยู่และประชากร Penchansky & Thomas (1981) ได้ระบุว่าการเข้าถึงต้องประเมิน ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ความสะดวก สิ่งอำนวยความสะดวก (Accommodation) ความเพียงพอของบริการที่มี (Availability) และการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) (Penchansky & Thomas, 1981) สำหรับการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมเรื่องสิทธิการรักษา Shengelia และคณะ (2003) (อ้างถึงใน (Levesque et al., 2013) กำหนดมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงเชิงกายภาพ (Physical access) ความเพียงพอของทรัพยากร (Resource availability) การยอมรับในวัฒนธรรมบริการ (Cultural acceptability) ความสามารถในการจ่าย (Financial affordability) และคุณภาพบริการ (Quality of care) ซึ่ง Peter และคณะ ได้ระบุมิติการเข้าถึงบริการที่สอดคล้องด้วยเช่นกัน (Peters et al., 2008) จากการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยจำนวน 41 ฉบับที่เกี่ยวข้องประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ประเทศออสเตรเลีย ใช้มิติการเข้าถึงบริการสุขภาพตามแนวคิดของ Penchansky & Thomas (1981) เช่นกัน ผลการศึกษา ความพร้อม ความเพียงพอ (availability) การเข้าถึง (accessibility) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) ด้านความสามารถในการจ่ายได้ (affordability) และด้านการยอมรับบริการ (acceptability) (van Gaans & Dent, 2018) สำหรับการศึกษาแบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีคณะวิจัยได้สร้างแบบประเมินผลทางจิตวิทยาของการรับรู้ในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Penchansky & Thomas (1981) เป็นโครงสร้างพื้นฐาน และได้ทบทวนประเด็นการเข้าถึงบริการเพิ่มเติม ซึ่งเป็นอีกมิติที่ Saurman ได้ระบุว่าควรเป็นมิติการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพเช่นกัน นั่นคือด้านการความตระหนักรู้ของบริการ (awareness) คือความสามารถในการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการให้ความสำคัญในการให้บริการสุขภาพของผู้ให้บริการ จากการพัฒนาแบบวัดการเข้าถึงตาม 6 มิติ พบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.86 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านความพร้อมความเพียงพอของบริการ เท่ากับ

0.61 ด้านการเข้าถึงเท่ากับ 0.76 ด้านความสามารถในการจ่าย เท่ากับ 0.66 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เท่ากับ 0.60 ด้านการยอมรับบริการ เท่ากับ 0.80 ด้านการตระหนักรู้ของบริการ เท่ากับ 0.76 (Hoseini-Esfidarjani, Negarandeh, Delavar, & Janani, 2021; Saurman, 2016)

ในการศึกษาครั้งนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและสามารถรับรู้ถึงการให้บริการสุขภาพที่มีความสะดวก จัดสรรทรัพยากรเพียงพอ ตอบสนองต่อความต้องการตามสิทธิที่ควรได้รับ และความสามารถในการจ่ายต่อการรับบริการ โดยการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ วัดด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ความสะดวก/สิ่งอำนวยความสะดวก (Accommodation) ความพร้อม/เพียงพอของบริการที่มี (Availability) และการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) และการตระหนักรู้ของบริการ (awareness) สามารถบรรยายลักษณะของแต่ละองค์ประกอบจากการประยุกต์แนวคิดของ Penchansky & Thomas (1981) ร่วมกับการเพิ่มเติมมิติ Awareness ซึ่งพบในงานวิจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพยุคหลัง ให้ความหมายเชิงวิชาการได้ดังนี้

1. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการสุขภาพกับความสามารถทางเศรษฐกิจของผู้รับบริการ ครอบคลุมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ โดยหากค่าใช้จ่ายดังกล่าวอยู่ในระดับที่บุคคลสามารถรับภาระได้ จะส่งผลให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) หมายถึง ความสะดวกในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพ โดยพิจารณาจากระยะทาง เวลาในการเดินทาง ระบบขนส่ง และสภาพภูมิศาสตร์ระหว่างที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการกับสถานบริการสุขภาพ หากสถานบริการตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สามารถเดินทางได้สะดวก ย่อมส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (Accommodation) หมายถึง ความเหมาะสมของการให้บริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ เช่น วันและเวลาเปิดให้บริการ ระบบนัดหมาย ระยะเวลารอคอย ขั้นตอนการรับบริการ รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ภายในสถานบริการ ซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง

4. ความพร้อมหรือความเพียงพอของบริการ (Availability) หมายถึง ความเพียงพอของทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีอยู่ในระบบบริการ เช่น จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ และจำนวนสถานบริการสุขภาพที่สามารถรองรับความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

5. การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) หมายถึง ระดับความพึงพอใจ ความเชื่อมั่น และการยอมรับของผู้รับบริการต่อบุคลากรทางการแพทย์ กระบวนการให้บริการ คุณภาพการรักษา ตลอดจนค่านิยม

ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่สอดคล้องกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ

6. การตระหนักรู้ของบริการ (Awareness) หมายถึง การรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ประเภทของบริการ ช่องทางการเข้ารับบริการ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสุขภาพที่มีอยู่ หากบุคคลมีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพอย่างเพียงพอ จะช่วยให้สามารถแสวงหาและเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

สิทธิการรักษาพยาบาลของประเทศไทย

หลักประกันสุขภาพของประเทศไทยที่จัดสรรโดยรัฐบาล มี 5 ประเภท ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) หรือที่นิยมเรียกกันในชื่อ "สิทธิ 30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง" ประชาชนคนไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่มีสิทธิประกันสุขภาพจากหน่วยงานรัฐ มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำเพื่อใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้ารับบริการสาธารณสุขได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่บริหารกองทุนเพื่อให้คนไทยเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายประกอบโรคศิลปะ

2. สิทธิประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคม (สปส.) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมทำหน้าที่ดูแลระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบกองทุนประกันสังคม สามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลที่เลือกลงทะเบียน

3. สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยมีกรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง ทำหน้าที่ดูแลระบบออกกฎระเบียบและข้อบังคับ ดูแลสิทธิการรักษาพยาบาลให้กับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย) เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ

4. สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น โดยมีกระทรวงมหาดไทย ทำหน้าที่ดูแลระบบ ออกกฎระเบียบและข้อบังคับเพื่อดูแลสิทธิรักษาพยาบาลให้กับข้าราชการ ข้าราชการการเมือง พนักงาน

ลูกจ้างประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคคลในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ

5.สิทธิหน่วยงานรัฐอื่นๆ คຸ້ມครองบริการรักษาพยาบาลให้กับพนักงานหน่วยงานรัฐต่างๆ เช่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรมหาชน หน่วยงานรัฐที่จัดตั้งตาม พ.ร.บ. เฉพาะ ฯลฯ และอาจคຸ້ມครองถึงบุคคลในครอบครัว ด้วย ทั้งนี้ขึ้นกับระเบียบของแต่ละหน่วยงาน

นอกจากนี้ ยังมีหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ กองทุนบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) เป็นการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง) ที่ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด เป็นกองทุนที่ สปสช. สนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ร่วมจัดตั้งกองทุนฯ โดยร่วมกันสมทบเงินเข้ากองทุนฯ และให้ อบจ.ดำเนินการจัดหาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ อาทิ อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการรวมค่าซ่อมแซม บริการฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ บริการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยที่หน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอก บริการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน บริการฟื้นฟูฯในชุมชน แก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ 4 กลุ่ม ได้แก่ คนพิการ (รหัสสิทธิย่อย 74) ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (ยกเว้นการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในชุมชนให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากกองทุน LTC)

“สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” หรือ “สิทธิบัตรทอง หรือ สิทธิ 30 บาท”เป็นสิทธิตามกฎหมายที่รัฐบาลจัดให้คนไทยทุกคนตั้งแต่แรกเกิด และตลอดช่วงชีวิต (ไม่ใช่สิทธิเพื่อการสงเคราะห์เฉพาะกลุ่ม)

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3 ข้อ

- เป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทย
- มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ของกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย
- ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพจากหน่วยงานรัฐ (ที่ใช้จ่ายจากเงินงบประมาณของรัฐ) ได้แก่ สิทธิตามกฎหมายประกันสังคม สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ / พนักงานส่วนท้องถิ่น หรือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยงานรัฐอื่นๆ เช่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรมหาชน ข้าราชการการเมือง

การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุข ดังนี้

กรณีทั่วไป ติดต่อรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำตามสิทธิของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แจ้งความจำนงค์ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อนรับบริการ และแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรหรือเอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่าย หรือแสดงสูติบัตร (ใบเกิด) (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน) พร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

กรณีอุบัติเหตุ หรือ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ถ้าผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดอุบัติเหตุหรือภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินอยู่ไกลจากหน่วยบริการประจำตามสิทธิ สามารถใช้สิทธิเข้ารับบริการได้ที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่อยู่ใกล้ที่สุด ได้ตามความจำเป็นโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตถึงแก่ชีวิต ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตถึงแก่ชีวิต จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันทีทันด่วนเพื่อการรอดชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตถึงแก่ชีวิต สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด โดยใช้บัตรประจำตัวประชาชน เพื่อแสดงตนในการเข้ารับบริการ จะได้รับการรักษาจนอาการพ้นวิกฤต จากนั้นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาส่งตัวผู้ป่วยกลับไปยังหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่พร้อมให้การรักษาต่อไป โดยผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตถึงแก่ชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งมีอาการบ่งชี้ว่า จะเป็นอาการที่คุกคามต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง การหายใจ ต้องได้รับการรักษาและดูแลติดตามอย่างใกล้ชิดเพราะอาจทำให้เสียชีวิตได้รวดเร็ว ยกตัวอย่างเช่น หัวใจหยุดเต้น / หอบรุนแรง / มีอาการเขียวคล้ำ / หหมดสติไม่รู้สีกตัว / สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นหลอดลม / มีอาการวิกฤตจากอุบัติเหตุ / มีเลือดออกมากห้ามไม่หยุด / ภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง แขน ขา อ่อนแรง ปากเขียว พูดลำบาก / ชัก / มีอาการวิกฤตจากไข้สูง เป็นต้น

บริการที่คุ้มครอง ครอบคลุม บริการที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ดังนี้

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. การตรวจวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษา และการบริการทางการแพทย์
3. การตรวจ รับฝากครรภ์ การทำคลอด และการบริบาลทารกแรกเกิด
4. ค่ายา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์
5. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ ระหว่างพักรักษาตัวในหน่วยบริการ
6. ค่ารถพยาบาล หรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยและผู้ทุพพลภาพ
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
8. บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

- 9.การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ยกเว้นการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ที่
มีกำหนดเกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
- 10.การบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุการประสบภัยจากรถ ยกเว้นการดำเนินการตามกฎหมายว่า
ด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
11. บริการสาธารณสุขอื่นที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตตามที่ตามคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม

สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นบริการที่ผู้มีสิทธิ
ทุกสิทธิจะได้รับ ขอบเขตของบริการสร้างเสริมสุขภาพและบริการป้องกันโรค มีดังนี้

-การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพ เป็นบริการการตรวจสุขภาพในบุคคลที่ปกติ
หรือยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคนั้นๆ ด้วยวิธีเช่น ใช้แบบประเมิน / แบบทดสอบ การตรวจวัดร่างกาย
การตรวจพัฒนาการ การตรวจเลือด ปัสสาวะและเซลล์เนื้อเยื่อ ฯลฯ เพื่อค้นหาภาวะหรือปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิด
โรค และดำเนินการป้องกันแก้ไข ความสำเร็จของการตรวจอาจเป็นประจำทุกปี / 3 ปี / 5 ปี แล้วแต่กรณี เช่น การ
ตรวจเลือดคัดกรองภาวะซีด ซีฟิสิส เอชไอวี ธาลัสซีเมีย และดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจวัดสายตาเด็ก การ
ตรวจเลือดคัดกรองเบาหวาน การตรวจวัดความดันโลหิตสูง การตรวจมะเร็งปากมดลูก

-การส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำ การให้ความรู้ และการสาธิต เพื่อสร้างเสริม
สุขภาพและป้องกันโรค เช่น การให้คำแนะนำกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว การ
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การเลิกบุหรี่ การสอนและสาธิตเพื่อลดภาวะอ้วนลงพุง

-การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การฉีด
วัคซีนในเด็กและหญิงตั้งครรภ์ การให้ยาบำรุงเสริมธาตุเหล็ก โฟลิกและไอโอดีน การให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อ
ป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การเคลือบฟลูออไรด์ การวางแผนครอบครัว

ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป สามารถรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามรายการ ได้แก่ ฉีด
วัคซีนคอตีบ บาดทะยัก ตรวจประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตรวจวัดดัชนีมวลกาย
ความดันโลหิต ตรวจเลือดคัดกรองเบาหวาน เอชไอวี คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรค
หลอดเลือดสมอง คัดกรองโรคซึมเศร้า การคัดกรองวัณโรค มะเร็งช่องปาก ตรวจคัดกรองการกลายพันธุ์ของยีน
โรคมะเร็งเต้านม ตรวจอุจจาระคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (50-70 ปี) การเคลือบฟลูออไรด์ การให้ความรู้ออกกำลังกาย
และฝึกสมองป้องกันโรคสมองเสื่อม การให้ความรู้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจวัดความดันโลหิตด้วย
ตนเองที่บ้าน การให้คำปรึกษาแนะนำการป้องกันเอชไอวีหลังสัมผัส รวมถึงการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
(ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป)

บริการที่ไม่อยู่ในความคุ้มครอง

1. เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
2. การตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
3. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
4. การปลูกถ่ายอวัยวะ และการบริการทางการแพทย์อื่น ที่ยังไม่มีในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิการคุ้มครองจากโรคร้ายที่มีค่าใช้จ่ายสูง

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และไม่ต้องล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตัวอย่างเช่น

1. บริการดูแลรักษาพยาบาล โรคมะเร็ง*

- การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็ง ตามที่แพทย์สั่ง
- การรักษาอาการทั่วไปและการรักษาเฉพาะทาง เช่น การผ่าตัด การฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัด
- การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (Palliative care)
- วัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล (เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด)

2. บริการดูแลรักษาพยาบาล กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*

ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและต้องการทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี สามารถขอรับบริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ผู้ที่ตรวจเลือดพบการติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการประเมินเพื่อเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและติดตามการรักษา รวมถึงการให้ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง การตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และการตรวจคัดกรองวัณโรค ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

- ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรรับบริการกับหน่วยบริการประจำตามสิทธิเพื่อความสะดวก แต่หากมีความจำเป็นก็สามารถรับบริการกับหน่วยบริการอื่น ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำตามสิทธิได้

3. บริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย*

ขั้นตอนการเข้ารับบริการ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่หน่วยบริการตามสิทธิ หน่วยบริการจะลงทะเบียนให้บริการทดแทนไตที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย โดยเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้แก่

- การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

- การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- การผ่าตัดปลูกถ่ายไต
- กรณีการขอรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะต้องได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ระดับเขต

กรรมการฯ ระดับเขต

-สำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง สปสช.ได้จัดบริการส่งน้ำยาล้างไตให้ผู้ป่วยถึงบ้านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อให้เข้าถึงบริการทดแทนไตได้ง่ายขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และได้รับการอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

4. บริการกรณีเฉพาะ* บริการกรณีเฉพาะ เป็นการบริการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องบริหารจัดการเป็นกรณีเฉพาะ ในหน่วยบริการที่ร่วมโครงการ เพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น รวมไปถึงกรณีที่ต้องบริหารจัดการแบบเฉพาะโรค เช่น

- การให้สารเมทาโดนระยะยาว เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น (เช่น เฮโรอีน) ที่สมัครใจ
- การให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อการรักษาเร่งด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน ชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST
- การสวนหัวใจ การผ่าตัดหัวใจ
- การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
- การผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม การผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
- การปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) ที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด
- การรักษาเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)

ความคุ้มครองยังรวมถึง สิทธิการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ซึ่งไม่ใช่เป็นพยาธิสภาพของโรคหรือเหตุแทรกซ้อนของโรค มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ตามมาตรา 41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยผู้ที่ได้รับความเสียหาย หรือทายาท หรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการต้องยื่นคำร้องภายใน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จึงจำเป็นต้องพัฒนาโอกาสและช่องทางการเข้ารับบริการ ควบคู่ไปกับสิทธิในการเข้ารับบริการที่ปัจจุบันได้รับการรับรองตามกฎหมาย จากผลการศึกษาวิจัยของ วลีสัน ใจสูงเนิน (2551) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า

ร้อยละ 46.10 มีการรับรู้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกต้อง แต่ยังพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ยังไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิทธิบางประเด็น เช่น จำนวนครั้งของการเปลี่ยนหน่วยบริการต่อปี การขอรับเงินชดเชยกรณีได้รับความเสียหาย หมายเลขสายด่วนสำหรับสอบถามหรือร้องเรียนปัญหาการใช้บริการ การขอความช่วยเหลือทางโทรศัพท์หรือการเรียกรถพยาบาลกรณีเกิดอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน การรักษามะเร็ง การล้างไต การรับยาตามสิทธิ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัว เขตที่พักอาศัย การศึกษาเรื่องการรับรู้สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ของธนิษฐา ศุภวิทย์ (2563) โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการในกลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 465 คน มุ่งเน้นศึกษาการรับรู้สิทธิประโยชน์ในกองทุนสุขภาพ การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของผู้มารับบริการทั้งสามกองทุน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราการรับรู้สิทธิในการคัดกรองโรคเรื้อรังเบาหวาน มะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 62.8 การดูแลโรคไตเรื้อรังน้อยที่สุด ร้อยละ 46.4 ภาพรวมในแต่ละรายโรคภายใต้สิทธิไม่ถึง ร้อยละ 60 กลุ่มประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมให้คะแนนการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มข้าราชการ จากการศึกษาโดยใช้รูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลงานวิจัยในประเทศไทย 5 ฐานข้อมูล และนานาชาติ 2 ฐานข้อมูล ในขอบเขตงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเป็นธรรม/ความเสมอภาค/ความเท่าเทียมในผู้สูงอายุไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ เมธิณี อินทรเทศและคณะ (2562) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านตัวบุคคล และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ โดยพบว่า ปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมความเป็นธรรม ได้แก่ การมีสวัสดิการรักษายาบาลและการอยู่ในเขตเมือง ส่วนปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความเป็นธรรม ได้แก่ การศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา รายได้น้อย ไม่มีอาชีพ ไม่มีสิทธิสวัสดิการ และการอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ในด้านปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อความเป็นธรรม ได้แก่ 1) ความพิการหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) การมีความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิต และ 3) พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ โดยปัจจัยทั้งภายในและภายนอกมีผลต่อ 1) สภาวะสุขภาพ 2) ภาระค่าใช้จ่าย และ 3) ความจำเป็นด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า การจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ประชาชนมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชาชนในทุกกลุ่มอายุ การเจ็บป่วยมีหลากหลายและระดับความรุนแรง ระยะเวลาในการรักษา รูปแบบการรักษาแตกต่างกันตามธรรมชาติของโรค การเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชน จำเป็นต้องมีสิทธิที่ครอบคลุมการเจ็บป่วยมากที่สุด ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะโรคที่มากกว่าวัยอื่น ๆ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจากสภาพร่างกาย การรับรู้ต่างๆ ของวัยที่ลดน้อยลงโดยธรรมชาติ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการบริการที่เหมาะสมตามอาการโรคและสิทธิที่พึงได้รับ จากการทบทวนวรรณกรรมในเบื้องต้นพบว่ามีการศึกษา

เรื่องการรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุก็จำเป็นต้องศึกษา เพื่อให้เห็นถึงความเชื่อมโยงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยเช่นกัน

การแสวงหาบริการสุขภาพ

ความหมายของการแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลคิดว่าตัวเองมีปัญหาสุขภาพหรือเกิดการเจ็บป่วยขึ้น และต้องการหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม(Oberoi, Chaudhary, Patnaik, & Singh, 2016) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นลำดับ ในการดำเนินการเพื่อแก้ไขเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (kanbarkar and Chandrika,2017) การแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการแสวงหาและตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ เมื่อรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วย หรือมีความต้องการด้านสุขภาพ โดยครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาข้อมูล การขอคำปรึกษา การเข้ารับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสถานบริการสุขภาพ ตลอดจนการเลือกใช้บริการที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง (World Health Organization, 2019) นอกจากนี้ยังหมายรวมถึง พฤติกรรมแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นวิธีการที่บุคคลค้นหาหรือสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อาทิ ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัจจัยคุกคามสุขภาพ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค วิธีการรักษาโรค เป็นต้น เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจกระทำ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อาทิ การเข้ารับการตรวจรักษา การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา เป็นต้น (วินัย ไตรนาทวัลย์ และคณะ,2563) กนกวรรณ บุญสังข์ (2553, อ้างถึงใน นิภาพร นามมันทะ,2562) ให้ความหมาย พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ เป็นการจัดการการหาวิธีแก้ไขกับอาการผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มีอาการผิดปกติ หรือตั้งแต่ที่บุคคลนั้นมีการรับรู้ด้วยตนเองว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น จนกระทั่งไปพบแพทย์ Shehrin et al. (2009, อ้างถึงใน นิภาพร นามมันทะ,2562) ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาเพื่อแก้ปัญหของแต่ละบุคคลเมื่อรับรู้การเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนถึงเข้าพบบุคลากรทางการแพทย์ ชนิดของแหล่งบริการสุขภาพ การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย เหตุผลในการเลือกสถานบริการสุขภาพ และเหตุผลที่เลือกไม่ไปสถานบริการสุขภาพ แนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ (Health-seeking behavior model) แสดงถึงการกระทำของแต่ละบุคคลในการส่งเสริมความผาสุกสูงสุด การฟื้นฟูสภาพทางด้านสุขภาพ และศักยภาพที่แท้จริงของแต่ละบุคคลในการจัดการด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและมีลำดับขั้นตอนเริ่มจากการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การประเมินอาการ และการตัดสินใจเลือกรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถช่วยให้บุคคลสามารถเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ มีการศึกษาสำรวจพฤติกรรม การแสวงหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดในชุมชนชาวนาในจังหวัดทางตอนเหนือของศรีลังกา เป็นการสำรวจเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางที่ดำเนินการในระดับครัวเรือน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวโดยใช้แบบสอบถาม ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณคือ 724 ครัวเรือน พบว่าประเภทการเจ็บป่วย/โรคของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายการแสวงหาบริการสุขภาพ (Paramanathan, Thavorncharoensap, & Riewpaiboon, 2017) ส่วนการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลบาร์ดัวร์ อำเภोजิตวัน ประเทศเนปาล พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแสวงหาแนวทางการรักษา เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความตื่นตัวในการขอความช่วยเหลือจากศูนย์บริการสุขภาพ แต่ก็ยังคงมีความเชื่อในการใช้ยาจากการแพทย์ทางเลือกมากกว่ายาแผนปัจจุบันซึ่งอาจเป็นข้อเท็จจริงที่น่าเป็นห่วงในบริบทการดูแลสุขภาพ และสะท้อนถึงการตัดสินใจเข้ารับบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย (Sapkota & Baral, 2018) ในการศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด กลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเป็นประจำเพื่อติดตามอาการของตนเอง อายุเป็นปัจจัยทางประชากรที่มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุสะท้อนความสามารถเข้าถึงศูนย์บริการทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น (Bhat & Kumar, 2017) จากการศึกษา พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในอัลบาเนีย พบว่าในภาพรวมอัตราการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยส่วนใหญ่ต้องการการดูแลเดือนละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52 ผู้ที่มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิมากกว่าโรงพยาบาล การอาศัยในเขตเมืองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสวงหาการดูแลสุขภาพในแหล่งบริการประเภทโพลีคลินิก กลุ่มตัวอย่างระบุเหตุผลที่ไม่แสวงหาแหล่งบริการหรือการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การเลือกหรือหาซื้อยาใช้เอง และยังมีความเชื่อว่าอาการป่วยจะหายไปเองโดยไม่ต้องรับการรักษา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสิทธิการรักษา การเงิน ระยะเวลา และการเดินทางไปยังแหล่งบริการสุขภาพร่วมด้วย สำหรับการเข้ารับบริการเพื่อการรักษา ติดตามอาการการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีเหตุผลในการเข้ารับบริการ ได้แก่ ตัวแปรด้านภูมิศาสตร์ ราคา บริการที่ดี การมีสิทธิการรักษา ความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ คุณภาพการดูแล และความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการ (Gabrani, Schindler, & Wyss, 2021)

สำหรับการศึกษาภายในประเทศของ รัชชัย ยืนยาว และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ได้แก่ อายุ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ความสามารถในการทำ

หน้าที่ด้านสังคม ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพ นงนภัทร รุ่งเนยและคณะ (2563) ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ผู้สูงอายุปรึกษาสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านก่อนการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบอื่น ได้แก่ ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเป็นเบาหวาน ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ เช่น การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารและแสวงหาข้อมูล ประสบการณ์การรักษา การได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคม และ (2) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น คุณภาพการบริการสุขภาพ สมาชิกทีมสุขภาพ ระยะทางระหว่างบ้านและสถานบริการ และค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การศึกษาครั้งนี้ ให้ความหมายการแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของผู้สูงอายุเมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วย หรือมีความต้องการด้านสุขภาพ โดยครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาข้อมูล การขอคำปรึกษา การเข้ารับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสถานบริการสุขภาพ ตลอดจนการเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง

จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ของ นิภาพร นามมันทะ (2562) ซึ่งได้ทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้อง อาทิ คุณลักษณะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตัวกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แสดงรายละเอียด ดังนี้

คุณลักษณะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

-ปฏิภิรยาและกระบวนการ เป็นเครื่องมือสำคัญในการตรวจสอบปฏิภิรยาของบุคคลกับระบบสุขภาพ ที่จะช่วยให้สามารถเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือการรักษาของตนเองได้ เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องรวมถึงมีลำดับขั้นตอนเริ่มจากการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การประเมินอาการ และการตัดสินใจเลือกรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน

-ความคิดและการใช้เหตุผล เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความต้องการของบุคคลในการควบคุมภาวะสุขภาพและความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสุขภาพต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคนและในแต่ละวัฒนธรรม โดยความคิดและการใช้เหตุผลจะเป็นผลให้บุคคลเกิดการยอมรับ

-การตัดสินใจ เป็นกระบวนการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจากหลายๆ ทางเลือกที่ได้มีการพิจารณาจากข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพและความเสี่ยงของภาวะสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบของการดูแลสุขภาพและบริการ

-การนำไปใช้ จากข้อสรุปที่กล่าวมาได้มีการนำคุณลักษณะพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพไปใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ กระบวนการกลุ่มเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

ตัวกำหนดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

-รูปแบบการเจ็บป่วยและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ เช่นการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระยะทางไปยังศูนย์บริการสุขภาพ ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ ความพร้อมของยา ความสามารถในการหาซื้อยาด้วยตนเองและคุณภาพของการบริการ ระบบบริการสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม ทักษะคิดต่อบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความรู้และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

-ปัจจัยทางด้านสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคมและบทบาทของบุคคลในครอบครัว ในการช่วยเหลือและร่วมตัดสินใจในการแสวงหาบริการสุขภาพ

-ปัจจัยทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อทางด้านวัฒนธรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ความเชื่อเรื่องโชคลางทางเพศ ระบบชนชั้นในสังคม ความเชื่อเรื่องโชคลางข่าวลือในตำนาน การกลัวตราบาป การรับรู้ของโรคในอดีตและปัจจุบัน ข้อห้ามทางวัฒนธรรม ประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับสุขภาพ บทบาทในครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส การปฏิเสธโรคในผู้หญิง

-ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ของครอบครัว ค่าใช้จ่ายใน การรักษาและค่าเดินทาง และระบบประกันสุขภาพ

ผลลัพธ์ของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

เมื่อบุคคลให้ความสำคัญต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

-การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง อันจะเป็นผลต่อสุขภาพะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

-ลดความเสี่ยงของการเกิดโรค โดยพบว่าบุคคลที่ให้ความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคและสามารถได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว

-พยากรณ์แนวโน้มของการเกิดโรค เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและพยากรณ์แนวโน้มของโรคหรือความเจ็บป่วยได้

-การจัดการกับอาการป่วย เป็นการเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

-การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและประสิทธิภาพของการรักษา เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการและควบคุมภาวะเจ็บป่วย ซึ่งจะสามารถวินิจฉัยและรักษาอย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพซึ่งสามารถควบคุมจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

-การวางแผนและการเลือกใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการบริการ สามารถช่วยในการจัดการเลือกใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมตามความจำเป็น

กล่าวโดยสรุปการแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติในการหาวิธีการจัดการหรือแก้ไขอาการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งโดยทั่วไปเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองไม่สบาย ย่อมต้องนึกคิดถึงแนวทางต่างๆ เพื่อให้มีอาการต่างๆ ดีขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการแสวงหาบริการสุขภาพย่อมมีความเกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจของบุคคลในการเข้าถึงหรือเข้ารับบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

เพศ เป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาที่สำคัญ เพศหญิงเพศชายมีความแตกต่างกันเชิงกายภาพและความแข็งแรงโดยธรรมชาติ หากแต่เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การเจ็บป่วย สภาพร่างกายย่อมถดถอยเช่นเดียวกัน ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อค้นพบตัวแปรเพศทั้งถูกพบว่ามีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการดังเช่นการศึกษาของ อัจริย์ เจริญ (2561) และธัญลักษณ์ วิชัย และรชานนท์ ง่วนใจรัก (2566) และจารุภา สวัสดิมงคล (2568) ขณะที่ กมลพร นิรารัตน์ และ อัครนันท์ คิตสม (2560) และ จิตติมา สีสากัทรพันธ์ (2565) พบว่าตัวแปรเพศไม่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นตัวแปรเพศของผู้สูงอายุจึงมีความน่าสนใจต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากมีการศึกษาในบริบทเชิงพื้นที่ที่แตกต่างกัน

อายุ อายุเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมักมีความต้องการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น ทั้งจากภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงและโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น งานวิจัยในจังหวัดนครราชสีมาระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุสูงกว่า มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาที่สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (ธัญลักษณ์ วิชัย, และ รชานนท์ ง่วนใจรัก, 2566) ดังผลการศึกษาของ อัจริย์ เจริญ (2561) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังนั้น ตัวแปรอายุจึงช่วยอธิบายความแตกต่างของ ความจำเป็นในการเข้าถึง และ แรงจูงใจในการใช้บริการ ของผู้สูงอายุตามช่วงวัยต่าง ๆ

ระดับการศึกษา เนื่องจากระดับการศึกษาส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีความสามารถในการ

การทำความเข้าใจข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ และขั้นตอนการเข้ารับบริการได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำเนินการ Andersen (1995) อธิบายว่า ระดับการศึกษาเป็นหนึ่งในปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยของ Baker et al. (2007) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษามีแนวโน้มเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า ทั้งในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการใช้บริการเชิงป้องกัน ในบริบทของเขตเมืองแม้ว่าจะมีสถานบริการสุขภาพกระจายอยู่จำนวนมาก แต่ความซับซ้อนของระบบบริการ เช่น ขั้นตอนการลงทะเบียน การนัดหมาย และการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ อาจเป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังเช่น ธนิชญา บุญพูล (2563) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การศึกษาระดับการศึกษาจึงมีความสำคัญในการอธิบายความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง

ศาสนา ศาสนาเป็นปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ศาสนามีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตและการตัดสินใจด้านสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนาอาจส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา และการเข้ารับบริการสุขภาพ งานวิจัยของ Koenig (2012) ชี้ให้เห็นว่า ศาสนามีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการแสวงหาการรักษา ผู้สูงอายุที่มีความเคร่งครัดทางศาสนาอาจเลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพตามความเชื่อ เช่น การสวดมนต์หรือการพึ่งพาศาสนา กวควบคุมหรือทดแทนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ในขณะเดียวกัน ศาสนาบางศาสนาอาจมีข้อจำกัดหรือแนวปฏิบัติที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพบางประเภท ในสังคมเมืองที่มีความหลากหลายทางศาสนา การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอาจได้รับอิทธิพลจากความสอดคล้องระหว่างบริการสุขภาพกับความเชื่อทางศาสนา ดังเช่นการศึกษาของ อัจฉรีย์ เชิดชู (2561) พบว่าตัวแปรศาสนามีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการศึกษาตัวแปรศาสนาจึงช่วยให้เข้าใจบริบทด้านวัฒนธรรมและความเชื่อที่อาจเป็นทั้งปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง

ภูมิลาเนา ภูมิลาเนาเป็นตัวแปรที่สะท้อนลักษณะของพื้นที่อยู่อาศัยและบริบททางสังคม ซึ่งมีผลต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมักมีความได้เปรียบด้านจำนวนและความหลากหลายของสถานบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ภูมิลาเนาในเขตเมืองเองก็มีความแตกต่างภายใน เช่น พื้นที่ใจกลางเมือง พื้นที่ชุมชนแออัด หรือพื้นที่ชานเมือง ซึ่งส่งผลต่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน งานวิจัยของ McIntyre et al. (2009) พบว่า แม้ผู้อยู่อาศัยในเขตเมืองจะมีสถานบริการสุขภาพใกล้เคียง แต่ผู้สูงอายุบางกลุ่มยังคงประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทางและสภาพแวดล้อมในชุมชน และด้วยในบริบทชุมชนเมือง จังหวัดสมุทรปราการมีประชากรแฝงจากพื้นที่ต่างจังหวัดที่มาพักอาศัยอยู่กับ

บุตรหลานร่วมอยู่ในพื้นที่ด้วย ดังนั้น การศึกษาภูมิสำเนาจึงมีความสำคัญในการสะท้อนความแตกต่างเชิงพื้นที่ และช่วยอธิบายปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีอยู่ก่อนที่อาจส่งผลต่อการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง

การประกอบอาชีพ การที่ผู้สูงอายุยังคงทำงานประกอบอาชีพหรือเพื่อสร้างรายได้เสริม แม้ว่าจะอยู่ในวัยเกษียณจากการทำงานแล้ว สามารถสะท้อนสถานะทางเศรษฐกิจ บทบาททางสังคม และความมั่นคงในการดำรงชีวิตได้ ซึ่งการทำงานอาจมีผลต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามแนวคิดของ Andersen (1995) การทำงานจัดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการใช้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพมักมีรายได้ประจำ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีโอกาสได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจากการทำงาน เช่น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรือการมีเครือข่ายทางสังคมที่เอื้อต่อการใช้บริการสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือขาดรายได้จากการทำงาน อาจประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าเดินทาง ค่าดูแลระหว่างเข้ารับบริการ หรือค่าใช้จ่ายนอกสิทธิ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ งานวิจัยของ Kim และ Lee (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีแนวโน้มชะลอหรือหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ยังประกอบอาชีพอยู่ ดังนั้น การศึกษาตัวแปรการประกอบอาชีพจึงมีความสำคัญในการอธิบายบทบาทของความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง

รายได้ รายได้ต่อเดือนเป็นตัวแปรที่สะท้อนศักยภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่รายได้นี้ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าเดินทาง ค่ายาเพิ่มเติม และการเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชน McIntyre et al. (2009) ระบุว่า บุคคลที่มีรายได้ต่ำมีแนวโน้มเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรทางการเงิน งานวิจัยของ Van Doorslaer et al. (2006) พบว่า ความไม่เท่าเทียมด้านรายได้ยังคงส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพ แม้อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากร การศึกษาในประเทศไทยจากการศึกษาของ ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ (2559) ชี้ให้เห็นว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ และ ธนิษฐา บุญพูล (2563) พบว่ารายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาตัวแปรรายได้ต่อเดือนจึงช่วยให้เข้าใจระดับความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง และเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดนโยบายและมาตรการลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ

แหล่งของเงินรายได้ แหล่งของเงินรายได้ของผู้สูงอายุหลักๆ มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุซึ่งเป็นการช่วยเหลือจากรัฐบาลแบบขั้นบันไดตามอายุ และเงินรายได้จากบุตรหลาน และมีส่วนหนึ่งที่เป็นข้าราชการที่ได้รับเงินบำนาญ อย่างไรก็ตามก็ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีรายได้จากการทำงาน เนื่องจากยังคงประกอบอาชีพแม้จะเกษียณแล้ว แหล่งรายได้จึงเป็นตัวชี้วัดของความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายมิติ รายได้ที่มีมั่นคงจากแหล่งต่าง ๆ สามารถ ลดความเสี่ยงทางการเงินเมื่อเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเข้ารับบริการเชิงป้องกันและตรวจสุขภาพประจำปีมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ รายได้ไม่มั่นคง หรือพึ่งพาเงินช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย อาจเลือกที่จะชะลอการเข้ารับบริการสุขภาพไปจนกว่าจะมีอาการรุนแรง ความไม่เท่าเทียมทางรายได้ก่อให้เกิดช่องว่างในการใช้บริการสุขภาพ โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงสามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่าและบ่อยครั้งกว่า แม้จะมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหมือนกันก็ตาม (Cai et al., 2024) ดังนั้น การศึกษาลักษณะของแหล่งรายได้และความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวิเคราะห์เชิงลึกถึงสาเหตุของความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองที่โครงสร้างรายได้และบริการสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น

สถานภาพสมรส และการอยู่ร่วมกันของคู่สมรส สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยด้านสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีคู่สมรสหรือการมีบุคคลใกล้ชิดอยู่อาศัยร่วมกันสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสมีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่าร้าง หรืออยู่ลำพัง เนื่องจากมีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ความโดดเดี่ยว การขาดผู้พาไปพบแพทย์ และความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย (Berkman & Glass, 2000) ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสหรืออาศัยอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเผชิญปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า โดยเฉพาะในด้านการเดินทาง การจัดการเวลา และการตัดสินใจเข้ารับบริการ ดังเช่นงานวิจัยของ Molloy et al. (2010) ระบุว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีอัตราการใช้บริการสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่มีคู่สมรส แม้ว่าจะมีความต้องการด้านสุขภาพในระดับใกล้เคียงกันก็ตาม สำหรับบริบทของประเทศไทย งานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลานมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านการเงินและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563) โดยเฉพาะในเขตเมืองที่การเดินทางและการใช้บริการสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น การมีคู่สมรสจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาสถานภาพสมรสและการอยู่ร่วมกันของคู่สมรสจึงมีความสำคัญ

เนื่องจากช่วยอธิบายบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังช่วยให้เข้าใจกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ซึ่งควรได้รับการออกแบบนโยบายและบริการสุขภาพที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

จำนวนบุตรและการมีบุตรอาศัยอยู่ด้วย จำนวนบุตรและการมีบุตรอาศัยอยู่ด้วยเป็นปัจจัยทางสังคมและครอบครัวที่มีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากบุตรเป็นแหล่งสนับสนุนหลักทั้งด้านเศรษฐกิจ การดูแล และการตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในสังคมไทยที่ครอบครัวยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ธนิษฐา บุญพูล (2563) พบว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องตามการศึกษาของ Berkman & Glass (2000) ระบุว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรและมีบุตรอาศัยอยู่ด้วยมีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหรือมีบุตรแต่ไม่ได้อยู่อาศัยร่วมกัน เนื่องจากบุตรมีบทบาทในการพาไปพบแพทย์ ดูแลระหว่างการรักษา และช่วยจัดการค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล สำหรับบริบทของประเทศไทย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหรือได้รับการดูแลจากบุตรมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรือพึ่งพาตนเอง เนื่องจากบุตรมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทั้งด้านเศรษฐกิจและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองที่วิถีชีวิตเร่งรีบและระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อน การมีบุตรอาศัยอยู่ด้วยจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

โรคประจำตัว การมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการติดตามอาการ การรับยา และการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ งานวิจัยจำนวนมากพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีอัตราการใช้บริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัว และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (กมลพร นิรารัตน์ และ อัครนันท์ คิณสม, 2560; อาจริย์ เชิดชู, 2561) จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดัน) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องพึ่งพาการสนับสนุนหลายด้านรวมทั้งการจัดระบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้การเข้าถึงดูแลรักษาครอบคลุมและต่อเนื่องมากขึ้น (บุญประจักษ์ จันทรวิน, วัลลภา ดิษสระ, และอัญญา วิชชวัฒนางกูร (2567) อย่างไรก็ตาม หากโรคประจำตัวส่งผลให้เกิดข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือภาวะแทรกซ้อน อาจกลายมาเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพได้เช่นกัน (Wolinsky et al., 2008)

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุมีผลต่อศักยภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากการมีข้อจำกัดทางร่างกายและต้องพึ่งพาผู้อื่นในกิจกรรมประจำวัน ผู้สูงอายุ

ที่มีความบกพร่องทางร่างกายและระดับการช่วยเหลือตนเองไม่เพียงพอจำเป็นต้องได้รับการดูแล สนับสนุนทางสังคม และบริการเพิ่มเติมเพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง Nanthamongkolchai, Tojeen, Yodmai และ Suksatan (2022) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องหรือพิการทางกาย ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และความต้องการการสนับสนุน มักจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ซึ่งการมีการสนับสนุนทางสังคม ช่วยเพิ่มการเข้าถึงได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดสำคัญของศักยภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางกาย

สิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพที่มีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความต้องการใช้บริการสุขภาพสูง เนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและความเสื่อมถอยทางร่างกาย สิทธิการรักษาพยาบาลจึงเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ช่วยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวม แต่ยังคงพบความแตกต่างในการใช้บริการระหว่างกลุ่มสิทธิการรักษา งานวิจัยที่ผ่านมาดังเช่นการศึกษาของ ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ (2559) พบว่าการรับรู้สิทธิมีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ กมลพร นิรารัตน์ และ อัครนันท์ คิตสม (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่เขตเมืองพบว่า การรับรู้สิทธิประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ อภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

สถานพยาบาลที่เคยเข้ารับบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ ความพร้อมของบริการ (availability) ความสามารถในการเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ (accessibility) ความเหมาะสมของบริการ (acceptability) และความสอดคล้องของบริการกับผู้รับบริการ (accommodation) ซึ่งสถานพยาบาลที่ผู้สูงอายุเคยใช้บริการมาก่อนมักตอบสนองมิติเหล่านี้ได้ดีกว่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีความคุ้นเคยกับขั้นตอนการรับบริการ บุคลากร และสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาล Starfield, Shi, & Macinko (2005) ระบุว่า ผู้สูงอายุที่เคยเข้ารับบริการในสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งอย่างต่อเนื่อง มีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีสถานพยาบาลประจำหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลบ่อยครั้ง เนื่องจากเกิดความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care) จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้, การิมะห์ พรหมทอง, ญัฐภัทร พรหมทอง และ จิตรวี เชนชม (2563) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐม

ภูมิของผู้สูงอายุ พบว่ามีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในทุกด้านอยู่ในระดับสูง เนื่องจากสถานบริการตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชน เดินทางสะดวก มีระบบบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุขให้บริการด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งสะท้อนประสบการณ์ที่เคยเข้ารับบริการในสถานพยาบาลนั้น ๆ

ประสบการณ์การติดเชื้อโควิด-19 สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบการประชากรทุกช่วงวัย และจำเป็นต้องพึ่งพาบริการสุขภาพเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษากรณีติดเชื้อ หรือกรณีการเข้ารับวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เหตุการณ์ระบาดทำให้ประชาชนเรียนรู้ ปรับตัวต่อวิถีการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งสำคัญที่เป็นบทเรียนสะท้อนการรับรู้สิทธิ และความสามารถของตนเองต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ ประสบการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ยังเชื่อมโยงกับผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพและความสามารถในการใช้บริการ เช่น ความเสี่ยงต่อภาวะหลังโควิด (Long COVID) ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้บริการฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการระบบบริการที่ตอบโต้และเอื้อต่อการเข้าถึงบริการในระยะยาว (McCarthy et al. (2025) ที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาตัวแปรประสบการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ จึงน่าสนใจว่าจากเหตุการณ์ระบาดดังกล่าว มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองหรือไม่ ส่งผลกระทบต่อช่องว่างด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างไร และเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาแนวทางนโยบายสาธารณสุขที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการสุขภาพในยุคหลังโควิด-19

ลักษณะที่พักอาศัย ลักษณะที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เช่น การอยู่อาศัยในบ้านของตนเอง บ้านของบุตรหลาน ห้องเช่า หรือที่พักอาศัยชั่วคราว เป็นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากที่อยู่อาศัยมีผลต่อความมั่นคงในชีวิต ความปลอดภัย การเดินทาง และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ตามกรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (social determinants of health) ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว (World Health Organization, 2015) ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในบ้านของตนเองหรือบ้านที่มีความมั่นคง มีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพและการดูแลระยะยาวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในห้องเช่าหรือที่พักอาศัยชั่วคราว เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านรายได้ ความไม่แน่นอนของที่อยู่อาศัย และปัญหาการเดินทางไปยังสถานพยาบาล (Marmot et al., 2020) ในบริบทของประเทศไทย กรมกิจการผู้สูงอายุ (2563) รายงานด้านผู้สูงอายุชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือบุตรหลานในบ้านพักอาศัยถาวร มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรือในห้องเช่า ซึ่งเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เข้าที่พักอาศัย โดยเฉพาะในเขตเมือง อาจเผชิญความไม่มั่นคงทางที่อยู่อาศัยและภาระค่าใช้จ่ายที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ จึงเป็นเหตุผลที่นำตัวแปรดังกล่าวมาศึกษา

ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาล ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของมิติ Accessibility ตามแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky และ Thomas (1981) โดยทั่วไประยะทางเป็นอุปสรรคสำคัญที่ผู้สูงอายุมักรายงานว่าเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ไม่เข้ารับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่บริการกระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง นับว่าเป็นตัวแปรที่สะท้อนความใกล้-ไกลของแหล่งบริการ ซึ่งมีผลต่อความถี่และความต่อเนื่องในการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องเข้ารับบริการเป็นประจำ เช่น การรักษาโรคเรื้อรัง (Joseph & Phillips, 1984) การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของผู้สูงอายุ (Kullanit, A., & Taneepanichskul, N. (2018) ดังนั้น ระยะทางจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่เชื่อมโยงกับสภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จึงนับว่าเป็นตัวแปรเชิงกายภาพที่น่าสนใจที่จะสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน

ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากที่พักถึงสถานพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางเป็นปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนการเข้าถึงในด้านเวลา และยังส่งผลต่อความเหนื่อยล้า และค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ (Páez et al., 2010) นอกจากนี้ยังส่งผลถึงความต่อเนื่องในการรักษา โดยผู้สูงอายุมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการใช้บริการสุขภาพหากต้องใช้เวลาเดินทางนานเกินไป จิตติมา ลีลาภัทรพันธ์ (2565) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการมารับบริการของผู้สูงอายุ ด้วยพื้นที่เขตเมืองที่การคมนาคมขนส่งสะดวกสบาย จึงน่าสนใจว่าระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองหรือไม่

ประเภทยานพาหนะที่ใช้เดินทาง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยและจำเป็นต้องเข้ารับบริการสุขภาพ หรือเพื่อการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ประเภทยานพาหนะและความสะดวกใช้งานมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเพื่อใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะในการเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนที่ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที มีผลต่อความสะดวก ความปลอดภัย และระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่สามารถใช้รถยนต์ส่วนบุคคลหรือมีผู้ดูแลพาเดินทาง มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพสูงกว่าการพึ่งพารถสาธารณะหรือการเดินเท้าเพิ่มข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (Syed et al., 2013; Páez et al., 2010) การศึกษาของ จิตติมา ลีลาภัทรพันธ์ (2565) พบว่าวิธีการเดินทางมายังหน่วยบริการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการมารับบริการ

ของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าการมียานพาหนะที่เหมาะสมสามารถอำนวยความสะดวกเรื่องการเดินทางเข้ารับบริการของผู้สูงอายุได้ (สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้, การิเมะห์ พรหมทอง, ญัฐภัทร พรหมทอง และ จิตรวี เชยชม, 2563)

การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมอาสาสมัคร เป็นปัจจัยทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง งานวิจัยของ Holt-Lunstad et.al. (2015) พบว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ การเดินทาง และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ การมีเครือข่ายทางสังคมยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่มักเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาของ อาจารย์ เชิดชู (2561) ชี้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mohd Rosnu et.al. (2022) ที่ระบุว่า การมีผู้สนับสนุนทางสังคมเป็นตัวส่งเสริมต่อผู้สูงอายุในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ประเทศไทยมีการองค์กรส่วนท้องถิ่นที่ขับเคลื่อนกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่นการตั้งชมรมผู้สูงอายุ นับว่าเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและเชื่อมโยงผู้สูงอายุกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือกิจกรรมที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแนวโน้มได้รับการตรวจสุขภาพ การคัดกรองโรค และการส่งต่อเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563)

การใช้สื่อออนไลน์ การใช้สื่อออนไลน์ของผู้สูงอายุ เช่น โทรศัพท์สมาร์ทโฟน แอปพลิเคชันสื่อสารสังคมออนไลน์ เว็บไซต์ หรือแพลตฟอร์มด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในยุคดิจิทัลที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากสื่อออนไลน์เป็นช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ และการเข้าถึงบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ เช่น การแพทย์ทางไกล (telemedicine) การใช้สื่อออนไลน์ช่วยลดอุปสรรคด้านระยะทางและเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางหรือมีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีทักษะการใช้สื่อดิจิทัลสามารถใช้บริการปรึกษาแพทย์ออนไลน์ นัดหมายแพทย์ และติดตามผลการรักษาได้สะดวกมากขึ้น ส่งผลให้มีการใช้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (Czaja et al., 2019) ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 บทบาทของสื่อออนไลน์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุยิ่งทวีความสำคัญ งานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถใช้สื่อออนไลน์ได้มีแนวโน้มเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและใช้บริการสุขภาพทางไกลมากกว่าผู้ที่ไม่สามารถใช้สื่อออนไลน์ ส่งผลให้ลดการขาดช่วงของการรักษาในสถานการณ์

วิกฤต (McCarthy et al., 2025) การศึกษาที่ผ่านมาอาจจะยังไม่พบว่ามีการศึกษาตัวแปรการใช้สื่อของผู้สูงอายุ จึงน่าสนใจสำหรับตัวแปรดังกล่าว ว่าผู้สูงอายุมีการใช้สื่อออนไลน์และส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างไร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บัวลักษณ์ จันทระ และคณะ (2550) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ดำเนินการศึกษาแบบภาคตัดขวางทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยคำถามประกอบด้วยลักษณะประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ข้อมูลสถานะสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และด้านการฟื้นฟูสภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 65.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ พักอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 93.30 เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 39.1 ประเมินสถานสุขภาพของตนเองแข็งแรง โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือปวดข้อ ปวดเข่า รองลงมา คือ ปัญหาสายตา เมื่อต้องเดินทางไปใช้บริการสุขภาพประมาณครึ่งหนึ่ง ต้องมีบุคคลอื่นพาไป การเข้าถึงบริการสนใจที่บริการ การสนับสนุนที่ผู้สูงอายุควรได้รับ เช่น การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ การได้รับการเยี่ยมบ้าน การตรวจคัดกรองต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน

ผานิตา พงษ์เสวต (2551) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ อำเภอเนินมะดึก จังหวัดราชบุรี การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุอำเภอเนินมะดึกจำนวน 395 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) มีอายุเฉลี่ย 70.8 ± 7.5 ปี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยอยู่ร่วมกับลูก/หลานมากที่สุด (ร้อยละ 79.2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41) มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน และไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุรับรู้การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองว่ามีภาวะสุขภาพปานกลาง (ร้อยละ 58.95) และรับรู้ตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.5) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.5) มีการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และมีการใช้บริการสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ตาม ลักษณะการเจ็บป่วย โดยมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 65.3) การเจ็บป่วยปานกลาง/เรื้อรังจำนวน (ร้อยละ 48.2) และมีการเจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉิน (ร้อยละ 4.3) การใช้บริการสถานบริการสุขภาพในผู้ที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนใหญ่ใช้บริการสถานีนอนามัย/ หน่วยปฐมภูมิ (ร้อยละ 42.3) ในผู้ที่มีการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรัง (ร้อยละ 61.8) และเจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉิน (ร้อยละ 85.8) ใช้บริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นหลัก ความถี่ในการรับบริการเป็น 1-3 ครั้ง ต่อปี ในผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ที่เจ็บป่วยหนัก ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรังใช้บริการปีละ 4-6 ครั้ง จาก

งานวิจัยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวกทุกคนสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลหลักในการช่วยผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้สะดวกขึ้น

ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ (2559) ศึกษา การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 180 คน การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ด้านบริการเยี่ยมบ้านเป็นสิทธิที่รับรู้มากที่สุด และรับรู้ว่าจะสามารถรับบริการได้ทุกประเภทโดยไม่ต้องชำระเงินหากแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเรื้อรัง แต่มักไม่ทราบว่าสิทธิที่จะได้รับบริการดูแลรักษาในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมสามารถเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.56) โดย การเข้าถึงมากที่สุดคือด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (ค่าเฉลี่ย 3.82) ส่วนด้านการเข้าถึงที่ต่ำที่สุดคือด้าน ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (ค่าเฉลี่ย 3.27) ตัวแปรรายได้ประจำต่อเดือน สิทธิด้านสุขภาพ การรับรู้ สิทธิ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p < 0.05$

รัชญา ทิพย์มัลย์ (2562) ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุผ่านเครือข่าย สังคมออนไลน์ โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ ประเภท เฟสบุ๊ค (facebook) ผ่านโทรศัพท์มือถือ สำหรับการติดต่อคนในครอบครัว เพื่อนเก่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคย รับรู้ข้อมูลข่าวสารสิทธิของผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ แหล่งข้อมูลข่าวสารต้องการรับรู้จากเพื่อน/คน รู้จักมากที่สุด ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสิทธิของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้สิทธิด้านการ ช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพมากที่สุด โดยระดับการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิด้านการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 74.33

กมลพร นิรารัตน์ และ อัครนันท์ คิตสม (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และ (2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการของ Penchansky และ Thomas (1981) และแนวคิดของ Aday และ Andersen (1974) เป็นกรอบแนวทางการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานครจำนวน 400 คน ได้จากการคำนวณด้วยสูตรของ Taro Yamane (1973) โดยใช้การเก็บข้อมูล ด้วยแบบสอบถามระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2560 แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (2) ข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว การ

รับรู้ประกันสุขภาพ และระยะทางไปสถานบริการ และ (3) ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 ด้าน คือ ด้านความพร้อมเพียงของบริการ (Availability) ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) และด้านการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) ผลการศึกษาพบว่า ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ “มาก” โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยดังนี้ คือ ด้านความพร้อมเพียงของบริการที่มีอยู่ (Mean = 3.90, SD = 1.04) ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ (Mean = 3.77, SD = 0.95) ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ (Mean = 3.74, SD = 0.74) ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ (Mean = 3.68, SD = 0.50) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Mean = 3.63, SD = 0.88) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระรวมกันสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ร้อยละ 37 ($R^2 = 0.37$, $F = 28.764$, $p < 0.01$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ การรับรู้ประกันสุขภาพ สถานภาพ ระยะทาง และโรคประจำตัว โดยมีความสัมพันธ์ดังนี้ รายได้ และการรับรู้สิทธิประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ สถานภาพ ระยะทาง และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนเพศ อายุ และจำนวนสมาชิกในครัวเรือนไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุป ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประกันสุขภาพ มีที่พักอาศัยอยู่ใกล้สถานบริการ และไม่มีโรคประจำตัว จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่ขาดปัจจัยดังกล่าว ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่โสดหรืออยู่ลำพังมักมีอิสระในการตัดสินใจเข้ารับบริการมากกว่า และเสนอแนะให้ภาครัฐส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุเพื่อสร้างรายได้ สนับสนุนการถ่ายทอดความรู้ด้านประกันสุขภาพ และพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานบริการ เช่น ทางลาด รถเข็น หรือพื้นที่รอสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง

ศิริพร งามขำ (2561) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในผู้สูงอายุจำนวน 360 คน ที่อาศัยอยู่ใน 16 ชุมชน องค์ประกอบของการเข้าถึงบริการสุขภาพใช้แนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) ได้แก่ ความพร้อมเพียงของการให้บริการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย และการยอมรับคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ในภาพรวม ร้อยละ 63 มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับดี และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.90 สวัสดิการรักษายาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 57.20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย การจัดระบบบริการให้ดี คุณภาพบริการด้านการให้ความมั่นใจ และการให้ความเห็นอกเห็นใจแก่ผู้รับบริการ

อาจริย์ เชิดชู (2561) ทำการศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ของภาครัฐ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคมจิตวิทยากับการเข้าถึงบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ติดสังคมและติดบ้านในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 200 คน โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และการถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.0) อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี (ร้อยละ 65.5) มีอายุเฉลี่ย 68.1 ปี ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านตนเองและนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 61.5) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 62.5) และยังคงประกอบอาชีพอยู่ (ร้อยละ 75.0) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยจากบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 72.5) และบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 37.5) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.0) ในด้านระดับการรับรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยมีการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพร้อยละ 56.5 และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพร้อยละ 59.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โรคประจำตัว การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย และการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในระดับสูง จะมีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่า และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างความตระหนักรู้ในสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ การให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ และการจัดบริการเชิงรุกในระดับชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้สิทธิการรักษาได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

อภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี การศึกษาปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 158 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.89, S.D.=0.53) การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.532$, $r = 0.387$ และ $r = 0.384$ ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ สามารถทำนายอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.60 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01

สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้, การิมะห์ พรหมทอง, ณัฐภัทร พรหมทอง และ จิตรวี เขยชม (2564) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็น การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 311 คน ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 (Cronbach's Alpha) ในการเก็บข้อมูลภาคสนามและนำมาวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปและระดับ การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.13) อายุ เฉลี่ย 69.88 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 49.19) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,644.86 บาท และอาศัยอยู่ กับบุตรหลาน (ร้อยละ 44.69) โดยส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 98.07) และเข้ารับ บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาโลย (ร้อยละ 91.64) ระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐม ภูมิโดยรวมอยู่ในระดับ “สูง” (ค่าเฉลี่ย = 3.85, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.54) โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมาก ไปน้อยได้แก่ ด้านการยอมรับในการใช้บริการ (ค่าเฉลี่ย = 3.94, SD = 0.55) ด้านความสามารถในการจ่าย ค่าบริการ (ค่าเฉลี่ย = 3.92, SD = 0.50) ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ (ค่าเฉลี่ย = 3.87, SD = 0.52) ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (ค่าเฉลี่ย = 3.79, SD = 0.55) และด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (ค่าเฉลี่ย = 3.73, SD = 0.60) ซึ่งยังคงอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในตำบลบาโลย มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในทุกด้านอยู่ในระดับสูง เนื่องจากสถานบริการตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชน เดินทางสะดวก มีระบบบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุขให้บริการด้วยความเอื้ออาทร

ธนิษฐา บุญพูล (2563) ทำการศึกษาเรื่อง การเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลท่าพล อำเภอ เมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงสิทธิ ปัญหา และ อุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 310 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิง พรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบ t-test และ F-test/One-way ANOVA พร้อมการทดสอบเชฟเฟ้ (Scheffé) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60- 69 ปี มีสถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มีอาชีพ และมีรายได้ต่อเดือนจากเบี้ยยังชีพไม่เกิน 1,000 บาท โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ระดับการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับ “น้อย” ขณะที่ระดับปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับ “มาก” เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกับการ

เข้าถึงสิทธิและอุปสรรค พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอาชีพที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับระดับของปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ข้อเสนอแนะจากการวิจัยชี้ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีและของงบประมาณสนับสนุนสวัสดิการด้านอื่น ๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยบูรณาการความร่วมมือด้านข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนำมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ “6S 4C” มาเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ บุคลากรท้องถิ่นควรศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ รวมถึงจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความสามารถในการใช้สิทธิได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

อชิษฐ์ เชิดไชย และคณะ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระละเลิง อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุว่า มีปัจจัยใดที่ทำให้ผู้สูงอายุมาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุจำนวน 306 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 177 คน ผู้ที่มารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี การเดินทางด้วยพาหนะส่วนใหญ่ใช้รถยนต์ส่วนบุคคล สถานบริการที่ผู้สูงอายุเลือกใช้บริการอันดับแรก พบว่าเลือกใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 94.44 เปอร์เซนต์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 54.26 เปอร์เซนต์ และเหตุผลที่ผู้สูงอายุเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพที่ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเลือกใช้บริการตามสิทธิการรักษาตามบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของตนเอง ค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.49$) สถานที่ให้บริการสะอาด เป็นระเบียบมีส่วนสำคัญต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด

จิตติมา สิลลาภทรพันธ์ (2565) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบางบัวทอง โครงการบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง 1 จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านการรับรู้คุณภาพการบริการรักษาพยาบาล กับ การมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลบางบัวทอง โครงการบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง 1 จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 133 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง 1 ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูล โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงสถิติอนุมาน คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์

สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่เพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ ในส่วนของ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง และวิธีการเดินทางมายังหน่วยบริการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการมารับบริการของผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับ ปัจจัยด้านการรับรู้คุณภาพบริการ ซึ่งประกอบด้วย ด้านความมั่นใจในการให้บริการ ด้านความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ และด้านการให้คำปรึกษา มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้ชี้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ อาชีพมั่นคง และรับรู้ว่าคุณภาพบริการมีคุณภาพ จะมารับบริการรักษาพยาบาลมากกว่า ผู้สูงอายุที่ขาดความมั่นใจในคุณภาพบริการหรือมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง และเสนอให้หน่วยบริการปฐมภูมิควรจัดบริการให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงพัฒนาทักษะของบุคลากรให้มีความเข้าใจและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของกลุ่มประชากรสูงวัย

พรนิตา ขจรดำรงเชิดกุล และราเชนทร์ นพณัฐวงศกร (2566) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นการวิจัยเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 344 คน พบว่า ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.74) และผลการเปรียบเทียบพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บุคคลผู้ช่วยเหลือเมื่อต้องไปโรงพยาบาล และระยะทางจากบ้านเพื่อไปโรงพยาบาลแตกต่างกัน มีการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมไม่แตกต่างกัน ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านความสามารถเสียค่าใช้จ่าย ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนากระบวนการให้บริการให้ครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมายในทุกระดับ และมีแนวทางในการช่วยเหลือเมื่อพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย

พร้อมเพรียง มาศรี, มกราพันธุ์ จุฑะรสก และประจักษ์ บัวผัน (2566) ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนคร

ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 261 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.43 (S.D. = 0.40), 2.56 (S.D.=0.37) และ 2.65 (S.D.=0.34) ตามลำดับ โดยพบว่าภาพรวมการสนับสนุนทางสังคมและความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับสูงและระดับปานกลางกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ($r=0.865$, $r=0.535$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ และพบว่าตัวแปรอิสระ ทั้ง 4 ตัวได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินผล สามารถร่วมกันในการพยากรณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่นได้ร้อยละ 76.4 ($R^2=0.764$, $p\text{-value}<0.001$) ดังนั้น เทศบาลนครขอนแก่นควรมีแนวทางการสนับสนุน ส่งเสริมการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุในชุมชนโดยการให้คำชมเชยและเป็นตัวอย่างในการดูแลสุขภาพตนเองต่อผู้สูงอายุอื่นในชุมชน

ธัญลักษณ์ วิชัย และรชานนท์ งามใจรัก (2566) ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 442 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก (Logistic regression analyses) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-70 ปี (Mean $\pm$ SD = 70.07 $\pm$ 7.52 ปี) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 30,000 บาท (Median = 6,000, Max = 80,000, Min = 600) มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 90.95 ผู้สูงอายุมีการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 86.88) มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 58.60) และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.67) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศ (AOR = 1.89; 95%CI: 1.07, 3.35) อายุ (AOR = 1.94; 95%CI: 1.06, 3.57) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (AOR = 5.66; 95%CI: 1.22, 26.19) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (AOR = 3.29; 95%CI: 1.58, 6.85) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (AOR = 4.09; 95%CI: 2.05, 8.12) ด้านการ จัดการสุขภาพตนเอง (AOR = 2.04; 95%CI: 1.03, 4.03) และความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (AOR = 4.06; 95%CI: 1.72, 9.58) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงตัวแปรสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมที่สุด

สมชาย นันทวัฒน์กรณ (2566) ทำการศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และประเมินคุณภาพบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 232 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) และการสุ่มแบบแบ่งชั้น สัดส่วนไม่เท่ากัน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและการสัมภาษณ์รายกลุ่ม (Focus group) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.82–0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.5) อายุเฉลี่ย 67.98 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.3) ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน (ร้อยละ 41.4) และมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 51.3) สิทธิประกันสุขภาพส่วนใหญ่คือบัตรทอง (ร้อยละ 97.4) และมีการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 73.7) โดยสถานบริการที่ใช้บ่อยที่สุดคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 70.5) เหตุผลหลักในการใช้บริการคือไม่มีค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 54.4) และเดินทางมารับบริการได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 77.2) ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับ “มาก” (Mean = 2.48, S.D. = 0.24) โดยด้านที่สูงที่สุดคือ “ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ” (Mean = 2.65) รองลงมาคือ “การยอมรับในการให้บริการ” (Mean = 2.66) และด้านที่ต่ำที่สุดคือ “ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ” (Mean = 1.90) นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพ ($r = 0.259, p < 0.001$) การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ ($r = 0.250, p < 0.001$) ความเชื่อด้านสุขภาพ ($r = 0.152, p < 0.05$) และอาชีพ ($\chi^2 = 243.18, p < 0.01$) การประเมินคุณภาพบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ด้านโครงสร้าง (Structure) เช่น ทรัพยากรบุคลากร เครื่องมือ และลักษณะองค์กร มีคุณภาพในระดับ “ดี” ส่วนด้านกระบวนการ (Process) เช่น ขั้นตอนการให้บริการและการสื่อสารในชุมชน อยู่ในระดับ “ปานกลาง” โดยพบข้อจำกัดเรื่องความเข้าใจภาษาในการสื่อสารกับผู้สูงอายุชนเผ่าและชาติพันธุ์อันวยความสะดวกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการศึกษาเสนอแนะว่าควรส่งเสริมการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง

จารุภา สวัสดิ์มงคล (2568) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านกุ่ม อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

จำนวน 311 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงเส้นแบบพหุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.80 อายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 58.80 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน ร้อยละ 53.70 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 64.60 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 29.60 ใช้ระบบประกันสุขภาพบัตรทอง ร้อยละ 75.90 และระยะทางในการเข้าถึงสถานบริการ ประมาณ 1 กิโลเมตร ร้อยละ 56.30 ระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, $SD = 0.31$) การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.41$, $SD = 0.23$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ เพศ ($p = .021$) ความไว้วางใจความน่าเชื่อถือ ($p < .001$) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ($p < .001$) และความเป็นรูปธรรมของการบริการ ($p < .001$)

Mohd Rosnu และคณะ ศึกษาปัจจัยสำคัญและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผ่านการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping review) โดยยึดมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 ด้านของ Penchansky and Thomas ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มิติการเข้าถึงบริการ และการยอมรับบริการ เป็นสองมิติที่พบว่ามีผลการศึกษาที่สะท้อนการเข้าถึงบริการ ในด้านลักษณะประชากร ได้ข้อค้นพบว่า ตัวแปรด้านการเงินเศรษฐกิจ การเดินทาง การสนับสนุนของครอบครัว/การสนับสนุนทางสังคม การอาศัยในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล มักถูกระบุว่าเป็นตัวส่งเสริมหรืออุปสรรคต่อผู้สูงอายุในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ตัวแปรเพศ อายุ การรับรู้ของผู้สูงอายุ ทักษะการรับรู้ของผู้ให้บริการ ก็นับเป็นปัจจัยที่เพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (Mohd Rosnu et al., 2022)

การศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยจำนวน 41 ฉบับที่เกี่ยวข้องประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ประเทศออสเตรเลีย ใช้มิติการเข้าถึงบริการสุขภาพตามแนวคิดของ Penchansky&Thomas (1981) ได้แก่ availability, accessibility, accommodation, affordability and acceptability. ผลการศึกษาพบว่า มิติด้านความพร้อม (availability) ที่ยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประชากรที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภาษา และผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท ด้านการเข้าถึง (accessibility) ได้แก่ ความยากลำบากจากข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง ซึ่งมีผลต่อการเข้ารับบริการตามเวลานัดหมาย ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) คือกระบวนการนัดหมายที่ใช้เวลานานทั้งการนัดหมายแพทย์ทั่วไป และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และด้านความสามารถในการจ่ายได้ (affordability) เป็นปัญหาที่พบบ่อย เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีการเจ็บป่วยหลายโรคซึ่งต้องใช้ต้นทุนการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น ประเด็นการยอมรับ (acceptability) มุ่งเน้นไปที่การยอมรับการดูแลจากคนที่ไม่ใช่คนในครอบครัว แบบแผนการปฏิบัติ และความอ่อนไหวเรื่องเพศสภาพ (van Gaans & Dent, 2018)

Fitzpatrick และคณะ ทำการประเมินการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ จำนวน 5,888 คน ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป พบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 76 ปี อุปสรรคในการพบแพทย์ที่ถูกระบุส่วนใหญ่ คือ แพทย์ขาดการตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล ค่ารักษาพยาบาล การเดินทางซึ่งรวมถึงความปลอดภัยของเส้นทางที่ใช้เดินทางไปพบแพทย์ การมีรายได้น้อย ไม่มีประกันสุขภาพ ช่วงอายุที่มากกว่า และเพศหญิง มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Fitzpatrick, Powe, Cooper, Ives, & Robbins, 2004)

การศึกษาวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping review) โดยสนใจประเด็นความเป็นธรรมในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและบริการที่ครอบคลุมของผู้สูงอายุ โดยกรอบการศึกษาระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการยอมรับ ด้านความสามารถในการจ่ายได้ ด้านความเหมาะสม ด้านความพร้อมและทรัพยากร ความตระหนักรู้ ด้านความสามารถในการตัดสินใจ ด้านความต้องการ ด้านสถานการณ์ทางสังคมและวัฒนธรรมส่วนบุคคล และด้านการเข้าถึงทางกายภาพ ได้ข้อค้นพบคือ การยอมรับบริการและ ความสามารถในการจ่าย เป็นมิติที่สะท้อนความสามารถของบุคคลหนึ่งในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่า ตัวแปรด้านเพศ รายได้ การศึกษา สถานที่หรือพื้นที่ที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Carroll et al., 2022)

จากการทบทวนเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสู่การกำหนดกรอบแนวคิด โดยนำปัจจัยที่ได้มีการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งอาจจะพบว่ามีทั้งที่มีนัยสำคัญหรือไม่ เนื่องจากมีความแตกต่างทางบริบทพื้นที่ที่ศึกษาดังนั้นตัวแปรที่สนใจนำมาศึกษาประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และพิจารณาประเด็นสิทธิการรักษา และการแสวงหาบริการสุขภาพ โดยกำหนดให้เป็นตัวแปรต้นที่คาดว่าจะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับตัวแปรตามสำคัญของการศึกษาคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งได้ทำการทบทวนทั้งเชิงความหมาย และองค์ประกอบจากนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดหลักของ Penchansky&Thomas (1981) และทบทวนแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพในบุคคลโดย Levesque et al. (2013) และ Saurman (2016) ได้นิยามเพื่อการศึกษาครั้งนี้ โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพหมายถึง การที่บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและสามารถรับรู้ถึงการจัดการบริการสุขภาพที่มีความสะดวก จัดสรรทรัพยากรเพียงพอ ตอบสนองต่อความต้องการตามสิทธิที่ควรได้รับ และความสามารถในการจ่ายต่อการรับบริการ โดยการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ วัดด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ความสะดวก/สิ่งอำนวยความสะดวก (Accommodation) ความพร้อม/เพียงพอของบริการที่มี (Availability) และการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) และการตระหนักรู้ของบริการ (awareness) โดยมีมิติ Awareness ซึ่งพบในงานวิจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพบุคคลอื่น นับว่าเป็นองค์ประกอบใหม่ที่นำมาศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งหมดนำมาสู่การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

เพื่อให้การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ดำเนินการได้อย่างถูกต้องและให้ได้มาซึ่งผลการศึกษที่น่าเชื่อถือ กำหนดระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วยรูปแบบการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ศึกษา 4 ส่วน การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ จริยธรรมการวิจัย การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดแต่ละส่วน ดังนี้

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Quantitative cross-sectional study) โดยระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้สนใจประชากรผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยข้อมูลสถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 96,820 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2565). คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) แสดงสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{[e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)]} = \frac{(1.96)^2 \times 96,820 \times 0.5 \times 0.5}{[(0.05)^2 (96,819) + [(1.96)^2 \times 0.5 \times (0.5)]]} = 382$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนประชากร

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ $df=1$ และระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ $1.96^2 = 3.841$

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ที่ 0.05

p = สัดส่วนที่สนใจในประชากรที่สนใจ กำหนดที่ 0.5

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 382 คน กำหนดอัตราการสูญเสียของข้อมูลร้อยละ 20 ตามแนวทางการปรับขนาดตัวอย่างที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยด้านสุขภาพ เพื่อรองรับการไม่ตอบแบบสอบถามหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ และเพื่อคงจำนวนตัวอย่างที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ" (In et al., 2020; Naing et al., 2022) ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุ ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 460 คน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยอำเภอเมืองสมุทรปราการ ประกอบด้วย 13 ตำบล ผู้วิจัยกำหนดให้มีการเก็บข้อมูลครอบคลุมทุกตำบล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาได้อย่างเหมาะสม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เริ่มจากการสุ่มคัดเลือกหมู่บ้านในแต่ละตำบลด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อหมู่บ้าน จากนั้นจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือก และดำเนินการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) จนครบตามจำนวนที่กำหนด ทั้งนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลคำนวณตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ (Proportionate Allocation) เพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกับขนาดประชากรผู้สูงอายุของแต่ละตำบล โดยใช้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ } X \text{ ขนาดตัวอย่าง}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ถึง 79 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. มีความเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วยชุดข้อคำถาม 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คำถามปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนที่ 3 คำถามการแสวงหาบริการสุขภาพ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวน 23 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยลักษณะประชากร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ภูมิลำเนา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งของเงินหรือรายได้ สถานภาพสมรส การอยู่ร่วมกันของคู่สมรส จำนวนบุตร จำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สิทธิการรักษาที่มี สถานพยาบาลที่เคยเข้ารับการรักษา การติดเชื้อโควิด-19 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ลักษณะที่พักอาศัย ระยะทางที่ใช้เมื่อต้องไปสถานพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้เมื่อต้องไปสถานพยาบาล ประเภทยานพาหนะที่ใช้เดินทาง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การใช้สื่อออนไลน์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อคำถามของแบบสอบถามได้มาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของ วลีรัตน์ ใจสูงเนิน (2551) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.85 และการศึกษาของ ธนิษฐา ศุภวิทย์ (2563) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 ผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามโดยพิจารณาในสิทธิที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้ข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งการตอบเป็น ใช่=1 คะแนน ไม่แน่ใจ=0 และ ไม่ใช่=0 แปลค่าระดับการรับรู้โดยใช้เกณฑ์การแบ่งตามระดับร้อยละ 3 ระดับดังนี้

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 21-26) รับรู้สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับมาก

ร้อยละ 51-79 (คะแนน 14-20) รับรู้สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับปานกลาง

ร้อยละ 0-50 (คะแนน 0-13) รับรู้สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการแสวงหาบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ นิภาพร นามันทะ (2562) ที่มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.86 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีระดับการให้คะแนนตามความคิดเห็น 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ 3 คะแนน หมายถึง เฉยๆ 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย และ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลค่าคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ย และแบ่งตามค่าพิสัยตามระดับการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องการแบ่ง 3 ระดับดังนี้

คะแนนรวม 1.00- 2.33 การแสวงหาบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวม 2.34-3.67 การแสวงหาบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวม 3.68-5.00 การแสวงหาบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีค่าการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (*Cronbach's Alpha Coefficient*) เท่ากับ 0.86 ซึ่งในรายด้าน พบว่า ด้านความพร้อมความเพียงพอของบริการ เท่ากับ 0.61 ด้านการเข้าถึงเท่ากับ 0.76 ด้านความสามารถในการจ่าย เท่ากับ 0.66 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เท่ากับ 0.60 ด้านการยอมรับบริการ เท่ากับ 0.80 ด้านการตระหนักรู้ของบริการ เท่ากับ 0.76 (Hoseini-Esfidarjani et al., 2021) นอกจากนี้ได้พัฒนาปรับแบบสอบถามเพิ่มเติมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศของ ศิริพร งามขำ (2561) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.738 ได้จำนวนข้อคำถาม 32 ข้อ มีระดับการวัด 5 ระดับ ได้แก่ 1-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2-ไม่เห็นด้วย 3-รู้สึกเฉย ๆ 4- เห็นด้วย และ 5- เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลค่าคะแนนการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพ

โดยใช้ค่าเฉลี่ยจากจำนวนข้อคำถามทั้งหมด และแบ่งตามค่าพิสัยตามระดับการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องการแบ่ง 3 ระดับดังนี้

คะแนนรวม 1.00- 2.33 การรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวม 2.34-3.67 การรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวม 3.68-5.00 การรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง

คุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และการสื่อความหมายของข้อคำถาม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในเชิงพื้นที่ ประสบการณ์การทำงานกับชุมชนและผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ศึกษาวิจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จำนวน 5 คน

สำหรับหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) มีขั้นตอนดังนี้
ขั้นที่ 1 นำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิจัยฉบับย่อซึ่งมีคำนิยามเชิงปฏิบัติการของ ตัวแปรที่ศึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญตามที่ได้วิจัยได้เรียนเชิญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

1 = คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

2 = คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 = คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 = คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4

ขั้นที่ 3 รวมจำนวนคำถามข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4

ขั้นที่ 4 หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร และพิจารณาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยชุดข้อคำถามข้อมูลลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ค่า CVI เท่ากับ 0.982 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่า CVI เท่ากับ 1.00 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการแสวงหาบริการสุขภาพ ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีค่า CVI เท่ากับ 1.00

2. การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ได้ปรับแก้เรียบร้อยแล้ว ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.915 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการแสวงหาบริการสุขภาพเท่ากับ 0.649 ซึ่งได้ปรับข้อคำถามแล้ว และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเข้าถึงการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.942

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เพื่อขอรับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัย โดยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว เลขที่รับรอง HCU-EC1456/67 ลว. 4 มีนาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน หรือผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยมีเอกสารการขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2.อบรมเตรียมความพร้อมแก่ผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อสร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ความเข้าใจในข้อคำถาม การซักถาม ฯ

3.ลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามแนวทางที่วางแผนไว้

4.การขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ หากเกิดความอึดอัดไม่สบายใจต่อการสอบถามข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ประเภทของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา ดังนี้

1.จำนวน ร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ระดับการรับรู้สิทธิการรักษา ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพ และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2.ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับคะแนนการแสวงหาบริการสุขภาพ ระดับคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3. การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที่ (Independent sample t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance: ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพตามปัจจัยต่าง ๆ

4. การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุแบบขั้นตอน (Multiple linear regression- Stepwise method) เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ

5. ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดย Kolmogorov-Smirnov (KS) Test , Histogram หรือ P-P Plot และการพิจารณาการเกิด multicollinearity (ค่า Tolerance > 0.10 , ค่า Variance Inflation Factor: VIF < 10) ความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อน (Independence of Errors) (Durbin-Watson ระหว่าง 1.5 -2.5)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 460 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ระดับการรับรู้สิทธิการรักษา ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพ และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับคะแนนการแสวงหาบริการสุขภาพ ระดับคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที (Independent sample t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance: ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพตามปัจจัยต่าง ๆ และทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุแบบขั้นตอน (Multiple linear regression- Stepwise method) เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ

รายงานผลการศึกษา แสดงผลตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร
- ส่วนที่ 2 คะแนนการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
- ส่วนที่ 3 คะแนนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
- ส่วนที่ 4 คะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
- ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการตามปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ตามการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ส่วนที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการตามการแสวงหาบริการสุขภาพ
- ส่วนที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (n= 460)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยคุณลักษณะประชากร		
เพศ		
หญิง	355	77.17
ชาย	105	22.83
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	321	69.78
70-79 ปี	139	30.22
Max=79,Min=60,Mean=67.08, S.D.= 5.16		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	17	3.70
ประถมศึกษา	270	58.69
มัธยมศึกษา	106	23.04
ประกาศนียบัตรชั้นสูง	36	7.83
ปริญญาตรี	31	6.74
ศาสนา		
พุทธ	456	99.13
ไม่ใช่พุทธ	4	0.87
ภูมิลำเนา		
สมุทรปราการ	402	87.39
ต่างจังหวัด	58	12.61
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	324	70.43
ทำงาน	136	29.57

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	321	69.78
5,000 บาทขึ้นไป	139	30.22
แหล่งของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ	450	97.83
ทำงาน	117	25.43
บุตรหลาน	116	25.22
เงินบำนาญ	25	5.43
ผู้พิการ	11	2.39
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน	278	60.43
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	155	33.70
โสด	27	5.87
การอยู่ร่วมกันของคู่สมรส		
อยู่ร่วมกันปกติ	263	57.17
คู่สมรสเสียชีวิต	115	25.00
ไม่ได้อยู่ร่วมกัน	55	11.96
โสด	27	5.87
จำนวนบุตร		
ไม่มี	48	10.43
1-3 คน	376	81.74
มากกว่า 3 คน	36	7.83
จำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ด้วย		
ไม่มี	120	26.09
1-3 คน	333	72.39
มากกว่า 3 คน	7	1.52

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยด้านสุขภาพ		
การมีโรคประจำตัว		
มี	349	75.87
ไม่มี	111	24.13
โรคที่ประจำตัวที่มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เบาหวาน	133	28.91
ความดันโลหิต	273	59.35
คลอเลสเทอรอล	101	21.96
หัวใจ	24	5.22
เก๊าต์	11	2.39
อัมพฤกษ์/อัมพาต	8	1.74
มะเร็ง	7	1.52
ไต	2	0.43
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	427	92.83
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	30	6.52
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	3	0.65
สิทธิการรักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	375	81.52
สิทธิประกันสังคม	56	12.17
สิทธิข้าราชการ	26	5.65
สิทธิประกันสุขภาพเอกชน	5	1.09
สถานพยาบาลที่เคยเข้ารับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	352	76.52
โรงพยาบาลอำเภอ	10	2.17
โรงพยาบาลจังหวัด	290	63.04
โรงพยาบาลเอกชน	88	19.13
คลินิกเอกชน	10	2.17

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การติดเชื้อโควิด-19		
เคยติดเชื้อ	178	38.70
ไม่เคยติดเชื้อ	282	61.30
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม		
ลักษณะที่พักอาศัย		
บ้านส่วนตัว	422	91.74
ห้องเช่า	38	8.26
ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร	425	92.39
มากกว่า 10 กิโลเมตร	35	7.61
ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	407.00	88.48
มากกว่า 30 นาที	53.00	11.52
ประเภทยานพาหนะที่ใช้เดินทาง		
จักรยานยนต์	164	35.65
รถยนต์ส่วนตัว	141	30.65
รถยนต์โดยสารประจำทาง	97	21.09
เดิน/จักรยาน	37	8.04
การว่าจ้างรถเพื่อนบ้าน	21	4.57
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน		
เข้าร่วม	381	82.83
ไม่เข้าร่วม	79	17.17
การใช้สื่อออนไลน์		
ใช้	312	67.83
ไม่ใช้	148	32.17

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ช่องทางสื่อออนไลน์ที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
Line	282	61.30
Facebook	165	35.87
YouTube	71	15.43
TikTok	12	2.61

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.17 ช่วงอายุเป็นผู้สูงอายุช่วงต้นคือ 60-69 ปี ร้อยละ 67.78 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.69 ส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดสมุทรปราการ คิดเป็นร้อยละ 87.39 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือทำงาน คิดเป็นร้อยละ 70.43 รายได้ที่ได้รับต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 69.78 โดยแหล่งของรายได้ส่วนใหญ่มาจากเงินเลี้ยงชีพ ผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 97.83 ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 60.43 และอยู่รวมกันกับคู่สมรสปกติ ร้อยละ 57.17 โดยมากมีบุตรจำนวน 1-3 คน ร้อยละ 81.74 และบุตรอาศัยอยู่ด้วย 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 72.39 สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75.87 โดยโรคประจำตัวที่มีมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.35 รองลงมาคือเบาหวาน ร้อยละ 28.91 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 21.96 ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 92.83 สิทธิการรักษาพยาบาลที่มีส่วนมากคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 81.52 สถานพยาบาลที่เข้ารับบริการเป็นประจำคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คิดเป็นร้อยละ 76.52 รองลงมาคือ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ร้อยละ 63.04 ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์ติดเชื้อโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 61.30 สำหรับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ร้อยละ 91.74 มีที่พักอาศัยคือบ้าน ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำส่วนใหญ่ระบุไม่น้อยกว่า 10 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 92.39 ในด้านระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ส่วนใหญ่ระบุใช้เวลาไม่น้อยกว่าหรือประมาณ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 88.48 โดยใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 35.65 และ รถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 30.65 ส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 82.83 และมีการใช้สื่อออนไลน์ร้อยละ 67.83 โดยช่องทางสื่อออนไลน์ที่ผู้สูงอายุนิยมใช้มากที่สุดคือช่องทางไลน์ ร้อยละ 61.30 รองลงมาคือ เฟซบุ๊ก ร้อยละ 35.87

ส่วนที่ 2 การรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ การรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (n=460)

คำถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ใช่ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ใช่ จำนวน (ร้อยละ)
1.การเข้ารับบริการต้องแสดงบัตรประชาชนเพื่อยืนยันตัวตน และไม่ต้องจ่ายค่าบริการ 30 บาท	433 (94.13)	10 (2.17)	17 (3.70)
2.ในกรณีเป็นคนในพื้นที่ สามารถใช้สิทธิรับบริการที่หน่วยบริการประจำ	449 (97.61)	9 (1.96)	2 (0.43)
3.กรณีอยู่ต่างพื้นที่ สามารถเข้ารับบริการได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกที่	330 (71.74)	111 (24.33)	19 (4.13)
4.กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ได้	432 (93.91)	27 (5.87)	1 (0.22)
5.กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเรียกรถพยาบาลทางสายด่วน 1669	438 (95.22)	21 (4.57)	1 (0.22)
6) มีสิทธิรับบริการแพทย์แผนไทย ยาแผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ	315 (68.48)	107 (23.26)	38 (8.26)
7) มีสิทธิรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการที่ลงทะเบียน	304 (66.09)	101 (21.96)	55 (11.95)
8) มีสิทธิยกเว้นค่าอาหารและค่าห้องสามัญ ระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล	213 (46.30)	169 (36.74)	78 (16.96)
9) มีสิทธิยกเว้นค่ารถพยาบาล หรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยและผู้พิการ	199 (43.26)	179 (38.91)	82 (17.83)
10) มีสิทธิการรับบริการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ทำฟันปลอมฐานพลาสติก การเคลือบฟลูออไรด์	377 (81.95)	59 (12.83)	24 (5.22)
11) มีสิทธิการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ สอนหัวใจ	264 (57.39)	146 (31.74)	50 (10.87)

คำถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ใช่ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ใช่ จำนวน (ร้อยละ)
12) มีสิทธิการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	316 (68.70)	105 (22.82)	39 (8.48)
13) มีสิทธิการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน	324 (70.44)	95 (20.65)	41 (8.91)
14) มีสิทธิการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง	280 (60.87)	138 (30.00)	42 (9.13)
15) มีสิทธิการรักษาโรคปอดระยะสุดท้าย	257 (55.87)	157 (34.13)	46 (10.00)
16) มีสิทธิการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเสื่อม	286 (62.17)	135 (29.35)	39 (8.48)
17) มีสิทธิรับบริการรักษาพยาบาลครอบคลุมกลุ่มโรคมะเร็ง	294 (63.91)	128 (27.83)	38 (8.26)
18) มีสิทธิรับบริการดูแลรักษาพยาบาล ในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์	265 (57.61)	145 (31.52)	50 (10.87)
19) มีสิทธิรับบริการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การบำบัดทดแทน ปลุกถ่ายไต	234 (50.87)	190 (41.30)	36 (7.83)
20) สิทธิรับการฉีดวัคซีนคอตีบ บาดทะยัก พิษสุนัขบ้า โควิด-19	416 (90.43)	40 (8.70)	4 (0.87)
21) ตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็งเต้านม มะเร็งช่องปาก วัณโรค	421 (91.52)	29 (6.30)	10 (2.17)
22) สิทธิคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง	338 (73.48)	102 (22.17)	20 (4.35)
23) สิทธิคัดกรองโรคซึมเศร้า	330 (71.74)	89 (19.35)	41 (8.91)
24) ตรวจอุจจาระคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (กรณีอายุ 50-70 ปี)	402 (87.39)	37 (8.04)	21 (4.57)

คำถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ใช่ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ใช่ จำนวน (ร้อยละ)
25) การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป)	402 (87.39)	41 (8.91)	17 (3.70)
26) ถ้าได้รับความเสียหายจากการรับบริการ สามารถขอรับเงินชดเชยความเสียหายได้ โดยติดต่อที่สายด่วน 1330	231 (50.22)	203 (44.13)	26 (5.65)

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (n=460)

ระดับการรับรู้สิทธิ	จำนวน	ร้อยละ
รับรู้ระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 21-26)	231	50.22
รับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 51-79 (คะแนน 14-20)	112	24.35
รับรู้ระดับน้อย ร้อยละ 0-50 (คะแนน 0-13)	117	25.43
Mean =18.45, S.D. =6.70, Max=26, Min= 0		

จากตารางที่ 2 แสดงร้อยละของการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิที่ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเรียงลำดับการรับรู้ที่ถูกต้องแต่ละประเด็นของสิทธิที่พึงได้รับมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ในกรณีเป็นคนในพื้นที่ สามารถใช้สิทธิรับบริการที่หน่วยบริการประจำรับรู้ร้อยละ 97.61 กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเรียกรถพยาบาลทางสายด่วน 1669 รับรู้ร้อยละ 95.22 การเข้ารับบริการต้องแสดงบัตรประชาชนเพื่อยืนยันตัวตน และไม่ต้องจ่ายค่าบริการ 30 บาท รับรู้ร้อยละ 94.13 กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ได้ รับรู้ร้อยละ 93.91 และตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็งเต้านม มะเร็งช่องปาก วัณโรค รับรู้ร้อยละ 91.52 สำหรับประเด็นของสิทธิที่พึงได้รับที่มีร้อยละของการรับรู้ระดับกลาง ได้แก่ การรับรู้ว่ามีสิทธิยกเว้นค่าอาหารและค่าห้องสามัญระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล รับรู้ร้อยละ 46.30 หากได้รับความเสียหายจากการรับบริการ สามารถขอรับเงินชดเชยความเสียหายได้ โดยติดต่อที่สายด่วน 1330 รับรู้ร้อยละ 50.22 และผู้สูงอายุมีสิทธิรับบริการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การบำบัดทดแทน ปอดถ่ายไต รับรู้ร้อยละ 50.87 และการได้รับสิทธิรับบริการดูแลรักษาพยาบาล ในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ รับรู้ร้อยละ 57.61 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีคะแนนการ

รับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับมากประมาณครึ่งหนึ่งของตัวอย่างทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 50.22 ดังตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (n=460)

คำถามแสวงหาบริการสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ เลย ๆ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ค่า
1.เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย จะรอให้อาการหายไปเอง	16 (3.48)	36 (7.83)	15 (3.26)	159 (34.56)	234 (50.87)	4.22	1.06	มาก
2. เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ต้องบอกบุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือ เพื่อนสนิท ฟัง	124 (26.96)	274 (59.56)	24 (5.22)	16 (3.48)	22 (4.78)	4.00	0.95	มาก
3.เมื่อมีอาการผิดปกติ จะหาสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	79 (17.17)	241 (52.39)	42 (9.13)	67 (14.57)	31 (6.74)	3.59	1.13	ปาน กลาง
4.เมื่อมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น จะหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับท่านผ่านการใช้สื่อออนไลน์	28 (6.09)	157 (34.13)	80 (17.39)	125 (27.17)	70 (15.22)	2.89	1.21	ปาน กลาง
5.เมื่อมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น จะขอคำแนะนำหรือปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์	166 (36.09)	257 (55.87)	17 (3.69)	8 (1.74)	12 (2.61)	4.21	0.81	มาก

คำถามแสวงหาบริการสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ เฉย ๆ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ค่า
6. เมื่อมีอาการหรือความ ผิดปกติเกิดขึ้น จะหาข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการรักษาอาการ ผิดปกติเหล่านั้นผ่านการใช้สื่อ ออนไลน์	20 (4.35)	133 (28.91)	75 (16.30)	134 (29.13)	98 (21.31)	2.66	1.22	ปาน กลาง
7. เมื่อมีอาการหรือความ ผิดปกติเกิดขึ้น จะซื้อยามา รับประทานเอง	11 (2.39)	52 (11.30)	28 (6.09)	174 (37.83)	195 (42.39)	4.07	1.07	มาก
8. เมื่อมีอาการหรือความ ผิดปกติเกิดขึ้น จะไปรับบริการ ที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิก หรือ โรงพยาบาลใกล้ บ้าน	159 (34.56)	272 (59.13)	9 (1.96)	11 (2.39)	9 (1.96)	4.22	0.77	มาก
9. เมื่อมีอาการหรือความ ผิดปกติเกิดขึ้น จะไปใช้บริการ แพทย์แผนไทย (เช่น การนวด การใช้สมุนไพร หรือ ยาแผน โบราณ) แพทย์ทางเลือก (เช่น การแพทย์แผนจีน การแพทย์ อายุรเวท)	38 (8.26)	150 (32.61)	107 (23.26)	122 (26.52)	43 (9.35)	2.96	1.14	ปาน กลาง
10. มีการค้นหาความรู้ด้าน สุขภาพ และสถานพยาบาล โดยใช้สื่อออนไลน์	45 (9.78)	201 (43.70)	79 (17.17)	90 (19.57)	45 (9.78)	3.24	1.17	ปาน กลาง
ภาพรวม						3.61	0.43	ปาน กลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ในภาพรวมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.61, S.D.= 0.43) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความ

คิดเห็นต่อการแสวงหาบริการสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ เมื่อมีอาการผื่นผื่นเกิดขึ้นกับร่างกาย จะรอให้อาการหายไปเอง (คำถามเชิงลบ) (Mean= 4.22, S.D.= 1.06) เมื่อมีอาการหรือความผื่นผื่นเกิดขึ้น จะขอคำแนะนำหรือปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ (Mean= 4.22, S.D.= 0.77) และเมื่อมีอาการหรือความผื่นผื่นเกิดขึ้น จะไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิก หรือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน (Mean= 4.21, S.D.= 0.81) สำหรับประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ เมื่อมีอาการหรือความผื่นผื่นเกิดขึ้น จะหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาอาการผื่นผื่นเหล่านั้นผ่านการใช้สื่อออนไลน์ (Mean= 2.66, S.D.= 1.22) อยู่ในระดับปานกลาง ประเด็นที่น่าสนใจสำหรับข้อคำถามเชิงลบอีกสองประเด็นคือ เมื่อมีอาการหรือความผื่นผื่นเกิดขึ้น จะซื้อยามารับประทานเอง (Mean= 4.07, S.D.= 1.07) อยู่ในระดับมาก เมื่อมีอาการหรือความผื่นผื่นเกิดขึ้น ท่านไปใช้บริการแพทย์แผนไทย (เช่น การนวด การใช้สมุนไพร หรือ ยาแผนโบราณ) แพทย์ทางเลือก (เช่น การแพทย์แผนจีน การแพทย์อายุรเวท) (Mean= 2.96, S.D.= 1.14) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 5 ระดับการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (n=460)

ระดับการแสวงหาบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	205	44.57
ระดับปานกลาง	255	55.43
ระดับน้อย	-	-
Mean =3.61, S.D. =0.43, Max=4.90, Min= 2.40		

ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (n=460)

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ค่า
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ เลย ๆ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านการเข้าถึง						3.89	0.35	มาก
1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลมีบริการที่ต้องการ	47 (10.22)	368 (80.00)	37 (8.04)	6 (1.30)	2 (0.44)	3.98	0.52	มาก
2.ระยะทางจากที่พักอาศัยถึง สถานพยาบาลมีความเหมาะสม	55 (11.96)	374 (81.30)	23 (5.00)	6 (1.30)	2 (0.44)	4.03	0.51	มาก
3.เวลาที่ใช้ในการเดินทางไป ยังสถานพยาบาลสะดวก มี ความเหมาะสม	48 (10.43)	380 (82.61)	22 (4.78)	9 (1.96)	1 (0.22)	4.01	0.50	มาก
4. การเดินทางไปยัง สถานพยาบาลง่าย ไม่มี อุปสรรค	60 (13.04)	359 (78.04)	24 (5.22)	15 (3.26)	2 (0.44)	4.00	0.59	มาก
5.ท่านรู้ว่ามีสถานพยาบาลที่ สามารถเดินทางไปได้ถึง สะดวกรวดเร็ว เมื่อเกิดการ เจ็บป่วยฉุกเฉิน	57 (12.39)	353 (76.74)	40 (8.69)	5 (1.09)	5 (1.09)	3.98	0.59	มาก
6.ท่านสามารถหาความรู้ สุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น เฟ ซบุ๊ก ไลน์ อินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ เป็นต้น	30 (6.52)	237 (51.52)	90 (19.57)	74 (16.09)	29 (6.30)	3.36	1.03	ปาน กลาง
ด้านความพร้อม ความ เพียงพอ						3.99	0.44	มาก
7.บริการสุขภาพ (การฉีด วัคซีน, การเยี่ยมบ้าน, การ	78 (16.95)	330 (71.74)	46 (10.00)	4 (0.87)	2 (0.44)	4.04	0.59	มาก

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ค่า
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ เลย ๆ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)			
ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยเรื้อรัง, การฉีดยา ฯลฯ) มิให้ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล								
8.เครื่องมือทางการแพทย์ สิ่ง อำนวยความสะดวกของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลตอบสนองความ ต้องการด้านสุขภาพของ ผู้รับบริการ	55 (11.96)	365 (79.35)	30 (6.52)	8 (1.74)	2 (0.44)	4.01	0.54	มาก
9.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี เพียงพอเหมาะสมกับจำนวน ผู้รับบริการและความต้องการ ของประชาชน	49 (10.65)	359 (78.04)	32 (6.96)	18 (3.91)	2 (0.44)	3.95	0.61	มาก
ด้านการยอมรับบริการ						4.17	0.34	มาก
10.คุณภาพการให้บริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเป็นที่ยอมรับ	93 (20.22)	346 (75.22)	14 (3.04)	7 (1.52)	-	4.14	0.52	มาก
11.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถตอบสนองความ ต้องการของประชาชนใน รูปแบบต่างๆ ได้	100 (21.74)	334 (72.61)	22 (4.78)	3 (0.65)	1 (0.22)	4.15	0.54	มาก
12.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอา ใจใส่ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ ผู้รับบริการสื่อสาร	111 (24.13)	335 (72.82)	11 (2.39)	2 (0.44)	1 (0.22)	4.20	0.51	มาก
13.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้ เวลาบริการเพียงพอ เหมาะสมกับการเจ็บป่วย	102 (22.17)	343 (74.56)	13 (2.83)	2 (0.44)	-	4.18	0.48	มาก

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ค่า
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ เลย ๆ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)			
14. ท่านมีความเชื่อมั่นใน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับ คำแนะนำเรื่องสุขภาพและ ความเจ็บป่วยที่ท่านเป็น	96 (20.87)	341 (74.13)	21 (4.56)	2 (0.44)	-	4.15	0.50	มาก
15. ท่านได้รับการตรวจคัด กรองกลุ่มโรคเรื้อรังที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล	91 (19.78)	344 (74.78)	19 (4.13)	4 (0.87)	2 (0.44)	4.13	0.55	มาก
16. ทีมบุคลากรที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความ เคารพต่อผู้รับบริการ	115 (25.00)	324 (70.43)	19 (4.13)	2 (0.44)	-	4.20	0.52	มาก
17. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเข้าใจในพื้นฐานของ ผู้รับบริการและสื่อสารได้ อย่างเข้าใจ เหมาะสม	93 (20.22)	353 (76.74)	13 (2.82)	1 (0.22)	-	4.17	0.46	มาก
ด้านความสามารถในการ จ่ายค่าบริการ						3.52	0.37	ปาน กลาง
18. เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ท่าน จะไปที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลก่อนเสมอ	60 (13.04)	354 (76.96)	30 (6.52)	14 (3.04)	2 (0.44)	3.99	0.60	มาก
19. ท่านจะใช้บริการใน โรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ เฉพาะทาง เมื่อได้รับ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	80 (17.39)	352 (76.52)	19 (4.13)	7 (1.52)	2 (0.44)	4.09	0.55	มาก

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ค่า
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ เลย ๆ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)			
20.ท่านคิดว่าค่าใช้จ่ายเป็น อุปสรรคสำคัญในการเข้ารับ บริการสุขภาพ	20 (4.35)	30 (6.52)	59 (12.83)	241 (52.39)	110 (23.91)	2.15	1.00	น้อย
21.ท่านรู้ว่าสามารถใช้สิทธิ์ ประกันสุขภาพต่างๆ ในการ รับบริการ	48 (10.43)	298 (64.78)	112 (24.35)	2 (0.44)	-	3.85	0.59	ปาน กลาง
ด้านความสะดวก						4.01	0.33	มาก
22. การนัดหมายที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทำได้ง่ายและสะดวก	94 (20.43)	341 (74.13)	23 (5.00)	2 (0.44)	-	4.15	0.50	มาก
23.ท่านใช้เวลาเพื่อรอรับ บริการไม่นาน สามารถรอได้ ตามความเหมาะสม	79 (17.17)	345 (75.00)	27 (5.87)	9 (1.96)	-	4.07	0.55	มาก
24.มีช่องทางที่ท่านสามารถ พูดคุยกับทีมเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เกี่ยวกับปัญหา สุขภาพและการเปลี่ยนแปลง ของโรค เช่น โฉนด เฟซบุ๊ก โทรศัพท์	20 (4.35)	264 (57.39)	88 (19.13)	69 (15.00)	19 (4.13)	3.43	0.94	ปาน กลาง
25. เวลาทำงาน ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้ารับบริการ	96 (20.87)	342 (74.35)	19 (4.13)	3 (0.65)	-	4.15	0.50	มาก
26.พื้นที่ ลักษณะทาง กายภาพของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความ เหมาะสมในการเข้ารับบริการ	94 (20.44)	336 (73.04)	26 (5.65)	4 (0.87)	-	4.13	0.53	มาก

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปล ค่า
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ เลย ๆ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)			
27.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น รถหัดเดิน เป็นต้น	90 (19.57)	332 (72.17)	35 (7.61)	3 (0.65)	-	4.11	0.54	มาก
ด้านการตระหนักรู้						4.24	0.42	มาก
28.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ สุศึกษาที่ทำให้เข้าใจได้ง่าย	114 (24.78)	334 (72.61)	11 (2.39)	1 (0.22)	-	4.22	0.48	มาก
29.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ ข้อมูลที่ต้องการด้วยภาษาที่ เรียบง่ายและไม่ได้ใช้คำ เฉพาะที่ยากจะเข้าใจ	126 (27.39)	322 (70.00)	10 (2.17)	2 (0.44)	-	4.24	0.50	มาก
30.บุคลิกภาพ การสื่อสารของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ ผู้รับบริการมีความเหมาะสม	123 (26.74)	326 (70.87)	8 (1.74)	3 (0.65)	-	4.24	0.51	มาก
31.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอา ใจใส่ เพื่อให้ท่านมีความเข้าใจ ข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง	138 (30.00)	311 (67.61)	7 (1.52)	3 (0.65)	1 (0.22)	4.27	0.54	มาก
32.การให้บริการ การปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ ภายใต้การคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์	157 (34.13)	283 (61.52)	14 (3.04)	5 (1.09)	1 (0.22)	4.28	0.60	มาก
ภาพรวม						4.00	0.23	มาก

จากตารางที่ 6 โดยภาพรวมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ อยู่ในระดับมาก (Mean= 4.00, S.D.= 0.23) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ด้านการตระหนักรู้มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean= 4.24, S.D.= 0.42) รองลงมาคือด้านการยอมรับ (Mean= 4.16, S.D.= 0.34) และด้านความสะดวก (Mean= 4.01, S.D.= 0.33) สำหรับรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การให้บริการการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ภายใต้การคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

(Mean= 4.28, S.D.= 0.59) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอาใจใส่ เพื่อให้ท่านมีความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง (Mean= 4.26, S.D.= 0.53) และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลที่ต้องการด้วยภาษาที่เรียบง่าย และไม่ได้ใช้คำเฉพาะที่ยากจะเข้าใจ (Mean= 4.24, S.D.= 0.50) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้ารับบริการสุขภาพ (Mean= 2.15, S.D.= 1.00) อยู่ในระดับน้อย และ สามารถหาความรู้สุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น เฟซบุค ไลน์ อินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ (Mean= 3.36, S.D.= 1.03) อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการตามปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการตามปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม การรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการแสวงหาบริการสุขภาพ (n=460)

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D.	t/F	p-value
ปัจจัยคุณลักษณะประชากร					
เพศ					
ชาย	105	4.00	0.24	-0.084 ^a	0.933
หญิง	355	4.00	0.23		
อายุ (ปี)					
60-69 ปี	321	4.00	0.24	-0.281 ^a	0.778
70-79 ปี	138	4.00	0.20		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	17	4.01	0.24	1.080 ^b	0.366
ประถมศึกษา	270	3.99	0.22		
มัธยมศึกษา	106	4.04	0.21		
ประกาศนียบัตรชั้นสูง	36	4.00	0.34		
ปริญญาตรี	31	3.97	0.24		

Note: a = Independent t-test, b= F-test **ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D.	t/F	p-value
ศาสนา					
พุทธ	456	4.00	0.23	-1.179 ^a	0.239
ไม่ใช่พุทธ	4	4.14	0.26		
ภูมิสำเนา					
สมุทรปราการ	402	4.00	0.23	-0.127 ^a	0.899
ต่างจังหวัด	58	4.00	0.27		
การประกอบอาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	324	3.98	0.24	-2.463 ^a	0.014*
ทำงาน	136	4.04	0.21		
รายได้ต่อเดือน					
ไม่มีรายได้	38	3.99	0.18	1.911 ^b	0.127
น้อยกว่า 5,000 บาท	283	3.98	0.23		
5,000 – 10,000 บาท	97	4.04	0.21		
มากกว่า 10,000 บาท	42	4.03	0.29		
แหล่งของรายได้					
เงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ	10	3.80	0.47	-2.700 ^a	0.007**
	450	4.00	0.22		
เงินบำนาญ	435	4.00	0.23	1.998 ^a	0.046*
	25	3.91	0.28		
บุตรหลาน	344	3.99	0.24	-0.718 ^a	0.473
	116	4.01	0.21		
ทำงาน	343	3.98	0.24	-2.252 ^a	0.025*
	117	4.04	0.21		
ผู้พิการ	449	4.00	0.23	1.923 ^a	0.055
	11	3.86	0.26		

Note: a = Independent t-test, b= F-test **ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D.	t/F	p-value
สถานภาพสมรส					
โสด	27	3.99	0.22	0.483 ^b	0.617
แต่งงาน	278	3.99	0.22		
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	155	4.01	0.25		
การอยู่ร่วมกันของคู่สมรส					
โสด	27	3.99	0.22	0.644 ^b	0.587
อยู่ร่วมกันปกติ	263	3.99	0.22		
คู่สมรสเสียชีวิต	115	4.02	0.23		
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	55	3.99	0.27	2.140 ^b	0.119
ไม่มี	48	3.93	0.19		
1-3 คน	376	4.01	0.24		
มากกว่า 3 คน	36	3.98	0.17		
จำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ด้วย					
ไม่มี	120	3.95	0.23	3.017 ^b	0.050
1-3 คน	333	4.01	0.23		
มากกว่า 3 คน	7	3.97	0.18		
ปัจจัยด้านสุขภาพ					
การมีโรคประจำตัว					
ไม่มี	111	4.02	0.23	1.382 ^a	0.168
มี	349	3.99	0.23		
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง					
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	427	4.01	0.23	4.293 ^b	0.014*
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	30	3.92	0.26		
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	3	3.71	0.31		

Note: a = Independent t-test, b= F-test **ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D.	t/F	p-value
สิทธิการรักษาพยาบาล					
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	81	4.00	0.24	-0.039 ^a	0.969
	379	4.00	0.23		
สิทธิประกันสังคม	404	3.99	0.24	-1.526 ^a	0.128
	56	4.04	0.19		
สิทธิข้าราชการ	434	4.00	0.23	0.575 ^a	0.570
	26	3.96	0.32		
สิทธิประกันสุขภาพเอกชน	454	3.99	0.23	-1.558 ^a	0.120
	6	4.15	0.29		
สถานพยาบาลที่เคยเข้ารับบริการ					
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	108	3.97	0.24	-1.116 ^a	0.265
	352	4.00	0.23		
โรงพยาบาลจังหวัด	170	4.05	0.23	3.894 ^a	<0.001**
	290	3.96	0.23		
โรงพยาบาลเอกชน	372	3.98	0.23	-3.002 ^a	0.003*
	88	4.06	0.21		
คลินิกเอกชน	450	4.00	0.23	-1.075 ^a	0.283
	10	4.08	0.19		
การติดเชื้อโควิด-19					
เคยติดเชื้อ	178	3.99	0.24	-0.703 ^a	0.482
ไม่เคยติดเชื้อ	282	4.00	0.23		
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม					
ลักษณะที่พักอาศัย					
บ้านส่วนตัว	422	4.00	0.23	0.448 ^a	0.654
ห้องเช่า	38	3.98	0.24		

Note: a = Independent t-test, b = F-test **ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D.	t/F	p-value
ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร	425	4.00	0.23	1.135 ^a	.257
มากกว่า 10 กิโลเมตร	35	3.95	0.24		
ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	407	4.01	0.22	1.697 ^a	.090
มากกว่า 30 นาที	53	3.95	0.29		
ประเภทยานพาหนะที่ใช้เดินทาง					
จักรยานยนต์	164	4.00	0.22	1.389 ^b	.237
รถยนต์ส่วนตัว	141	4.02	0.23		
รถยนต์โดยสารประจำทาง	97	3.96	0.25		
การว่าจ้างรถเพื่อนบ้าน	21	3.94	0.25		
เดิน/จักรยาน	37	4.05	0.22		
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน					
ไม่เข้าร่วม	79	3.96	0.22	-1.492 ^a	0.136
เข้าร่วม	381	4.01	0.23		
การใช้สื่อออนไลน์					
ไม่ใช้	148	3.95	0.22	-2.801 ^a	0.005*
ใช้	312	4.02	0.24		
ช่องทางสื่อออนไลน์ที่ใช้					
เฟซบุ๊ก	295	3.98	0.22	-2.048 ^a	0.041*
	165	4.03	0.25		
ไลน์	178	3.97	0.22	-1.948 ^a	0.052
	282	4.02	0.23		
ยูทูบ	389	3.99	0.22	-1.555 ^a	0.121
	71	4.04	0.29		
tiktok	448	4.00	0.23	0.913 ^a	0.362
	12	3.94	0.31		

Note: a = Independent t-test, b= F-test **ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D.	t/F	p-value
การรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า					
การรับรู้สิทธิระดับมาก	231	4.01	.24	0.528 ^b	0.590
การรับรู้สิทธิระดับปานกลาง	112	3.98	.20		
การรับรู้สิทธิระดับน้อย	117	4.00	.26		
การแสวงหาบริการสุขภาพ					
การแสวงหาบริการสุขภาพระดับมาก	205	4.03	.24	-2.602 ^b	0.010*
การแสวงหาบริการสุขภาพระดับปานกลาง	255	3.98	.23		
การแสวงหาบริการสุขภาพระดับน้อย	-	-	-		

Note: a = Independent t-test, b= F-test **ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างโดยการประเมินผลกระทบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของตัวแปรความสามารถช่วยเหลือตนเอง (n=460)

ความสามารถช่วยเหลือตนเอง	การเข้าถึงบริการสุขภาพ		ผลเปรียบเทียบรายคู่	
	Mean (S.D.)	F	ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	4.01 (0.23)	4.293*	0.087*	0.301*
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	3.92 (0.26)		-	0.213
ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	3.71 (0.32)		-	-

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

จากตารางที่ 7 การเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพตามความแตกต่างของปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยด้านประชากร พบว่า ตัวแปรการประกอบอาชีพ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังทำงาน (Mean= 4.04 ,SD. = 0.21) มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน (Mean= 3.98, SD. = 0.24) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -2.453, p-value = 0.014) สำหรับตัวแปรแหล่งรายได้ เมื่อแยกเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ (Mean= 4.00, SD. = 0.22) มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ (Mean= 3.80, SD. = 0.47) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -2.700, p-value = 0.007) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับเงินบำนาญ (Mean= 3.91, SD. = 0.28) มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพ

น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ (Mean= 4.00, SD. = 0.23) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.998$, $p\text{-value} = 0.046$) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการทำงาน (Mean= 4.04, SD. = 0.21) มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มีรายได้จากการทำงาน (Mean= 3.98, SD. = 0.24) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.252$, $p\text{-value} = 0.025$) สำหรับตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา รายได้ สถานภาพสมรส การอยู่ร่วมกันของคู่สมรส จำนวนบุตร และจำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ด้วย ไม่มีนัยสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.293$, $p\text{-value} = 0.014$) โดยกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด (Mean= 4.01, SD. = 0.23) มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มอื่น ตารางที่ 8 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างโดยการประเมินผลกระทบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด มีการเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (Mean Difference = 0.087, $p\text{-value} = 0.049$) และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (Mean Difference = 0.301, $p\text{-value} = 0.028$) สำหรับตัวแปรสถานพยาบาลที่เคยเข้ารับบริการ เมื่อแยกเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลจังหวัด (Mean= 4.05, SD. = 0.23) มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่เคยเข้ารับบริการ (Mean= 3.96, SD. = 0.23) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.894$, $p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลเอกชน (Mean= 4.06, SD. = 0.21) มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับบริการ (Mean= 3.98, SD. = 0.23) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.002$, $p\text{-value} = 0.003$) ในด้านตัวแปรการมีโรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาลที่มี และประสบการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ไม่ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีการใช้สื่อออนไลน์ (Mean= 4.02, SD. = 0.24) มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ (Mean= 3.95, SD. = 0.22) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.801$, $p\text{-value} = 0.005$) เมื่อแยกเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สื่อออนไลน์ผ่านช่องทางเฟซบุ๊ค (Mean= 4.03, SD. = 0.25) มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ (Mean= 3.98, SD. = 0.22) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.408$, $p\text{-value} < 0.041$) ขณะที่ตัวแปรลักษณะที่พักอาศัย ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ประเภทยานพาหนะที่ใช้เดินทาง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ที่แตกต่างกัน มีการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สำหรับตัวแปรการแสวงหาบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีการแสวงหาบริการสุขภาพระดับมาก (Mean= 4.03, SD. = 0.24) มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีการแสวงหาบริการสุขภาพระดับปานกลาง (Mean= 3.98, SD. = 0.23) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.602$, $p\text{-value} = 0.010$) ขณะที่ตัวแปรการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแต่ละระดับที่แตกต่างกัน ไม่มีนัยสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (n=460)

ปัจจัยพยากรณ์	R ²	Adjusted R ²	ค่าคงที่	สัมประสิทธิ์การถดถอย b	β	t	p-value
โมเดล 1	0.029	0.027	3.661				
การแสวงหาบริการสุขภาพ				0.094	0.172	3.731	<0.001**
โมเดล 2	0.061	0.057	3.720				
การแสวงหาบริการสุขภาพ				0.093	0.170	3.742	<0.001**
การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด				-0.087	-0.177	-3.903	<0.001**
โมเดล 3	0.073	0.067	3.629				
การแสวงหาบริการสุขภาพ				0.092	0.168	3.719	<0.001**
การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด				-0.086	-0.175	-3.873	<0.001**
ความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด				0.101	0.110	2.441	0.015*

ปัจจัยพยากรณ์	R ²	Adjusted R ²	ค่าคงที่	สัมประสิทธิ์การถดถอย b β	t	p-value
โมเดล 4	0.081	0.073	3.586			
การแสวงหาบริการ สุขภาพ				0.094 0.171	3.802	<0.001**
การเคยเข้ารับบริการ โรงพยาบาลประจำ จังหวัด				-0.080 -0.162	-3.576	<0.001**
ความสามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งหมด				0.097 0.106	2.358	0.019*
การมีบุตรอยู่ด้วย				0.049 0.091	2.000	0.046*
โมเดล 5	0.093	0.083	3.412			
การแสวงหาบริการ สุขภาพ				0.094 0.171	3.817	<0.001**
การเคยเข้ารับบริการ โรงพยาบาลประจำ จังหวัด				-0.077 -0.157	-3.478	0.001*
ความสามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งหมด				0.096 0.105	2.338	0.020*
การมีบุตรอยู่ด้วย				0.047 0.086	1.911	0.047*
การได้รับเบี้ยเลี้ยง ผู้สูงอายุ				0.180 0.111	2.474	0.014*

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ตารางที่ 9 แสดงผลการศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า มีตัวแปรการแสวงหาบริการสุขภาพ การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัดความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดของผู้สูงอายุ การมีบุตรอยู่ด้วย และการได้รับเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการได้อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($F = 9.335$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.305 และสามารถพยากรณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 9.3 ($R^2 = 0.093$) โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ ± 0.23

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ สามารถแสดงผลตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ตัวแปรการแสวงหาบริการสุขภาพสามารถพยากรณ์ได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.171$, $P\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด ($\beta = 0.157$, $P\text{-value} < 0.001$) ตามด้วยตัวแปรการได้รับเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ ($\beta = 0.111$, $P\text{-value} < 0.014$) และความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดของผู้สูงอายุ ($\beta = 0.105$, $P\text{-value} < 0.020$) ส่วนการมีบุตรอยู่ด้วยสามารถพยากรณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยที่สุด ($\beta = 0.086$, $P\text{-value} < 0.047$) ซึ่งตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงสมการดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

(การเข้าถึงบริการสุขภาพ) = $3.412 + 0.094$ (การแสวงหาบริการสุขภาพ) – 0.077 (การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด) + 0.096 (ความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดของผู้สูงอายุ) + 0.047 (การมีบุตรอยู่ด้วย) + 0.180 (การได้รับเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$Z_{\text{การเข้าถึงบริการสุขภาพ}} = 0.171$ (การแสวงหาบริการสุขภาพ) – 0.157 (การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด) + 0.105 (ความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดของผู้สูงอายุ) + 0.086 (การมีบุตรอยู่ด้วย) + 0.111 (การได้รับเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง โดยดำเนินการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Quantitative cross-sectional study) ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 460 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จำนวน 4 ตำบล และสุ่มหมู่บ้านของแต่ละตำบลตามลำดับ ทั้งนี้การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุ กำหนดเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ เป็นผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ถึง 79 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีความเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ระดับการรับรู้สิทธิการรักษา ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพ และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับคะแนนการแสวงหาบริการสุขภาพ ระดับคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที (Independent sample t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance: ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพตามปัจจัยต่าง ๆ และทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุแบบขั้นตอน (Multiple linear regression- Stepwise method) เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ มีการรับรู้สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50.22 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ถูกต้องเท่ากับ 18.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.70 ในภาพรวมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.43 โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.00, S.D.= 0.23) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

พบว่า ด้านการตระหนักมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean= 4.24, S.D.= 0.42) ส่วนด้านความสามารถในการจ่าย การรับบริการมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean= 3.52, S.D.= 0.37)

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามความแตกต่างของตัวแปรการประกอบอาชีพ ($t = -2.453$, $p\text{-value} = 0.014$) ตัวแปรแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ แยกเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ ($t = -2.700$, $p\text{-value} = 0.007$) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับเงินบำนาญ ($t = 1.998$, $p\text{-value} = 0.046$) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการทำงาน ($t = -2.252$, $p\text{-value} = 0.025$) สำหรับตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา รายได้ สถานภาพสมรส การอยู่ร่วมกันของคู่สมรส จำนวนบุตร และจำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ด้วย ไม่มีนัยสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้สูงอายุเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตัวแปรความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ($F = 4.293$, $p\text{-value} = 0.014$) โดยกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มอื่น ตัวแปรสถานพยาบาลที่เคยเข้ารับบริการ แยกเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลจังหวัด มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่เคยเข้ารับบริการโดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.894$, $p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลเอกชน ($t = -3.002$, $p\text{-value} = 0.003$) ในด้านตัวแปรการมีโรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาลที่มี และประสบการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ไม่ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีนัยสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีการใช้สื่อออนไลน์ ($t = -2.801$, $p\text{-value} = 0.005$) เมื่อแยกเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สื่อออนไลน์ผ่านช่องทางเฟซบุ๊ค มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.408$, $p\text{-value} < 0.041$) ขณะที่ตัวแปรลักษณะที่พักอาศัย ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ประเภทยานพาหนะที่ใช้เดินทาง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ที่แตกต่างกัน มีการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ตัวแปรการแสวงหาบริการสุขภาพ การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาล

ประจำจังหวัดความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดของผู้สูงอายุ การมีบุตรอยู่ด้วย และการได้รับเบี้ยเลี้ยง ผู้สูงอายุ สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= 9.335$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.305 และสามารถพยากรณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 9.3 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ สามารถแสดงผลตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ตัวแปรการแสวงหาบริการสุขภาพสามารถพยากรณ์ได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.171$, $P\text{-value}<0.001$) รองลงมาคือ การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด ($\beta=0.157$, $P\text{-value}<0.001$)

อภิปรายผล

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา อาทิ กมลพร นิรารัตน์ และ อัครนันท์ คิดสม (2560) พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ “มาก และ ศิริพร งามขำ (2561) ระบุว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานครในภาพรวมอยู่ในระดับดี อภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับสูง และจรรุภา สวัสดิมงคล (2568) พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ขณะที่ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ (2559) พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งเห็นได้ว่าพื้นที่อยู่อาศัยอาจส่งผลต่อการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นกัน จากข้อค้นพบการศึกษานี้ถือได้ว่า ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจสะท้อนถึงลักษณะของบริบท พื้นที่ชุมชนเมืองที่มีความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ มากกว่าในพื้นที่ชนบท โดยในเขตเมืองโดยทั่วไปมีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับชุมชนสูง มีระบบคมนาคมและการเดินทางที่สะดวก รวมทั้งระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme) ที่ครอบคลุมประชากรสูงอายุอย่างกว้างขวาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่ต้องการได้สะดวกและสม่ำเสมอ สอดคล้องตามผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในบริบทชุมชนเมือง พบว่าในเขตเมืองผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูงกว่าเนื่องจากปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการสุขภาพ เช่น การมีสิทธิประกันสุขภาพที่เหมาะสม การรับรู้ถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และการมีแหล่งบริการที่เข้าถึงได้ง่าย (Jirathananuwat, 2023) นอกจากนี้ ปัจจัยเชิงระบบบริการเอง เช่น คุณภาพบริการสนับสนุนจากหน่วยบริการและบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชนเมือง อาจช่วยลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุในเขตเมืองสามารถเข้ารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองอาจมีเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือคนใน

ชุมชนช่วยผลักดันให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทเมืองด้วยเช่นกัน (Sangngern, Kanchanakhan, & Somrongthong, 2017) การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบายมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ (ศิริพร งามขำ, 2561)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) มีคะแนนเฉลี่ยรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำกว่าด้านอื่น ทั้งนี้ข้อคำถามชี้ประเด็นเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้ารับบริการเมื่อแรกเริ่มเจ็บป่วย ผู้สูงอายุเลือกเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือระดับปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้บ้านก่อนหรือไม่ คิดเห็นต่อประเด็นค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้ารับบริการสุขภาพ การรับรู้ความสามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพต่าง ๆ ในการรับบริการได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ แม้ว่าจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ที่ครอบคลุมประชาชนไทยเกือบทั้งหมดก็ตาม โดยในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีค่าใช้จ่ายแฝงที่นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาลโดยตรง เช่น ค่าพาหนะ ค่าบริการที่ไม่ครอบคลุม หรือการซื้อยาและบริการเสริม อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึก “ยังต้องจ่ายมากเกินไป” โดยเฉพาะเมื่อโรคเรื้อรังหรือมีความต้องการบริการต่อเนื่อง ดังเช่นการศึกษาของ Kullanit (2016) ที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่รับรู้ค่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง มักมีแนวโน้มใช้บริการด้านสุขภาพน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่รับรู้ค่าค่าใช้จ่ายต่ำ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแม้ไม่ใช่ค่ารักษาโดยตรงก็ส่งผลต่อ “การตัดสินใจเข้ารับบริการ” ของผู้สูงอายุได้จริง และเชื่อมโยงสู่การรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติความสามารถในการจ่ายค่าบริการ นอกจากนี้การศึกษาของ อภิขญา สุขวรรณ (2562) ยังชี้ให้เห็นว่ามีความเหลื่อมล้ำของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองน้อยกว่า แต่ในขณะเดียวกันก็เลือกเข้ารับบริการในระดับที่ต่ำกว่า ซึ่งสนับสนุนความคิดที่ว่าค่าใช้จ่าย (แม้มีประกันสุขภาพ) ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้น้อยที่อาจรู้สึกว่าการเข้ารับบริการเป็น “ภาระค่าใช้จ่าย” ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติความสามารถในการจ่ายจึงน้อยกว่ามิติอื่น สะท้อนให้เห็นว่า ความสามารถในการจ่ายของผู้สูงอายุยังคงผูกโยงกับปัจจัยหลายด้าน เช่น รายได้ครัวเรือน ค่าเดินทาง ค่าบริการเสริม เป็นต้น

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีคะแนนการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับมากประมาณครึ่งหนึ่งของตัวอย่างทั้งหมด ผลการศึกษานี้บ่งชี้ถึงระดับความเข้าใจที่ค่อนข้างดีในกลุ่มผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิทธิและประโยชน์ที่ตนเองพึงได้รับภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย การรับรู้ต่อสิทธิประโยชน์นี้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง เพราะเมื่อผู้สูงอายุทราบถึงสิทธิที่ตนเองมี สิ่งนี้จะช่วยลดความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย (แม้บางครั้งอาจมีค่าใช้จ่ายนอกระบบ) และส่งเสริมให้เกิดการใช้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาระดับความรู้เรื่อง การเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในการ

เข้าถึงสิทธิการรักษาอยู่ทั้งในระดับปานกลางและสูง โดยผู้ที่มีความรู้สูงเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์มีแนวโน้มจะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Choothong, Hongsranagon, & Havanond, 2017) ขณะที่ ธนิษฐา บุญพูล (2563) พบว่าการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุขาดความเข้าใจและการรับรู้สิทธิที่พึงจะได้รับยังไม่เพียงพอ การรับรู้สิทธิและประโยชน์จึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพและเพิ่มความเท่าเทียมในการใช้บริการของผู้สูงอายุภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุสามารถใช้บริการปฐมภูมิและบริการป้องกันโรคได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับบริบทการเข้าถึงบริการในเขตเมืองที่หน่วยบริการสาธารณสุขมักเข้าถึงง่ายกว่าและให้บริการที่ครอบคลุมมากขึ้น ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนว่าการรับรู้สิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ แม้จะยังไม่ได้ครอบคลุมทั้งกลุ่มอย่างสมบูรณ์ แต่ระดับการรับรู้ที่อยู่ในระดับมากสำหรับเกือบครึ่งหนึ่งของตัวอย่าง ถือเป็นแนวโน้มที่ดีและชี้ถึงความสำเร็จบางส่วนของ การประชาสัมพันธ์และการศึกษาด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในบริบทเขตเมือง

3. การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ทักษะการรับรู้หรือวิธีคิดของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยยังมีประเด็นการแสวงหาบริการสุขภาพบางแง่มุมที่ไม่เหมาะสม โดยอ้างอิงตามข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ในประเด็นที่ว่า เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย จะรอให้อาการหายไปเอง โดยยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 15 มีความเห็นสอดคล้องตามข้อคำถามนี้ ขณะที่เมื่อมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น จะซื้อยามารับประทานเอง พบร้อยละ 20 ทั้งที่โดยทั่วไปนั้นผู้สูงอายุไม่ควรซื้อยากินเอง ทั้งนี้ไม่ได้มีการสอบถามถึงระดับความรุนแรงหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้ต้องซื้อยาเอง ข้อค้นพบที่น่าสนใจอีกประเด็นคือ เมื่อมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น จะไปใช้บริการแพทย์แผนไทย (เช่น การนวด การใช้สมุนไพร หรือ ยาแผนโบราณ) แพทย์ทางเลือก (เช่น การแพทย์แผนจีน การแพทย์อายุรเวท) โดยพบถึงร้อยละ 64 ซึ่งข้อค้นพบนี้สะท้อนการที่ผู้สูงอายุมีรากฐานของความเชื่อและค่านิยมด้านสุขภาพที่ไม่ได้อิงเพียงหลักการทางวิทยาศาสตร์ ในขณะที่ผู้สูงอายุได้รายงานว่ามีการค้นหาความรู้ด้านสุขภาพและสถานพยาบาล โดยใช้สื่อออนไลน์ ร้อยละ 53 จึงสะท้อนบทบาทของเทคโนโลยีต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Jirathananuwat, A. (2023) ที่ระบุว่า การรับรู้ความจำเป็นของการดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองที่อยู่ในระดับปานกลาง แทนที่จะสูงมากหรือสูงที่สุด และจากการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพในชุมชนเมืองอื่น เช่น ชุมชนแออัดกรุงเทพฯ พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองบางส่วนใช้บริการเมื่อมีอาการรุนแรงเท่านั้น และบางส่วนเลือกใช้การดูแลตนเองก่อนเข้าพบผู้

ให้บริการสุขภาพ ซึ่งสะท้อนแนวโน้มของพฤติกรรมแสวงหาบริการที่ไม่ได้สูงสุดในทุกสถานการณ์ (Sangngern, Kanchanakhan, & Somrongthong, 2017) ผลการศึกษาที่พบพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพในระดับปานกลางในเขตเมืองสมุทรปราการจึงอาจสะท้อนถึงการผสมผสานขององค์ประกอบเชิงระบบ บริการสุขภาพและปัจจัยเฉพาะบุคคลของผู้สูงอายุเอง ซึ่งหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเสริมสร้างองค์ความรู้ และลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อาจช่วยยกระดับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพให้สูงขึ้นในอนาคต

4. สถานภาพการประกอบอาชีพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพหรือยังทำงาน มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีที่ว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic Status: SES) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดย McMaughan, Oloruntoba และ Smith (2020) อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการป้องกันโรคและการตรวจสุขภาพได้มากกว่า ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ดีกว่า การที่ผู้สูงอายุยังคงประกอบอาชีพนั้นไม่เพียงแต่สะท้อนถึงสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี แต่ยังหมายถึงการมีรายได้ที่มั่นคง ซึ่งช่วยให้สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพที่อาจไม่ครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามที่งานวิจัยในบริบทสากลพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพิ่มขึ้นจะนำรายได้ส่วนเพิ่มนั้นไปใช้กับการพบแพทย์และการซื้อยา ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น (Aguila, Kapteyn, & Smith, 2015) นอกจากนี้ การทำงานยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมชาย นันทวัฒน์นารถ (2566) ที่พบว่าอาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองยังคงทำงาน ร้อยละ 29.57 ซึ่งเชื่อมโยงมิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงให้ความสำคัญกับความสามารถในการจ่ายเมื่อต้องเข้ารับบริการสุขภาพ (Affordability) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพเช่นกัน ในบริบทของประเทศไทย การที่ผู้สูงอายุยังทำงานอาจสะท้อนทั้งความจำเป็นทางเศรษฐกิจและศักยภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่แสดงว่าผู้สูงอายุไทยที่ยังทำงานมักมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีกว่า (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2563) อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาว่าการทำงานของผู้สูงอายุควรเป็นไปตามศักยภาพและความสมัครใจ ไม่ใช่เกิดจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการขาดหลักประกันทางสังคมที่เพียงพอ

5. แหล่งรายได้กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาครั้งนี้แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุทั้งจากเบี้ยเลี้ยงยังชีพ การได้รับเงินบำนาญ การมีรายได้จากการทำงาน มีผลต่อการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตติมา ลีลาภัทรพันธ์ (2565) ที่พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ และกมลพร นิรารัตน์ และ อัครนันท์ คิตสม (2560) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่า เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครในพื้นที่เขตเมืองเช่นเดียวกัน ขณะที่การศึกษาของ พรนิตา ขจรดำรงเชิดกุล และราเชนทร์ นพณัฐวงศ์ (2566) พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุแตกต่างกันแต่การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน และชี้ให้เห็นถึงปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านความสามารถด้านการจ่าย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยเลี้ยงชีพมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สะท้อนความสำคัญของนโยบายเงินเบี้ยเลี้ยงชีพผู้สูงอายุของรัฐบาลไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างหลักประกันรายได้ขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้สูงอายุ การที่เงินเบี้ยเลี้ยงชีพผู้สูงอายุช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) ที่ระบุว่ารายได้และความมั่นคงทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยการมีรายได้ช่วยลดอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Braveman & Gottlieb, 2014) งานวิจัยในเม็กซิโกแสดงให้เห็นว่าการเพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุ 44% ส่งผลให้ผู้สูงอายุนำเงินไปใช้กับการพบแพทย์และซื้อยา และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (Aguila et al., 2015) ในบริบทของประเทศไทย เงินเบี้ยเลี้ยงชีพผู้สูงอายุถือเป็นนโยบายสวัสดิการสังคมที่สำคัญ แม้ว่าจำนวนเงินอาจไม่มากนัก (ปัจจุบันอยู่ระหว่าง 600-1,000 บาทต่อเดือนขึ้นอยู่กับช่วงอายุ) แต่ก็ช่วยสร้างความมั่นคงทางรายได้ขั้นพื้นฐาน ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับสุขภาพได้ เช่น ค่าเดินทาง ค่ายาที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลัก หรือค่าอาหารเสริมสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560)

ผู้สูงอายุที่ได้รับเงินบำนาญมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้เป็นที่น่าสนใจเนื่องจากโดยความเป็นจริงแล้ว ผู้ที่มีเงินบำนาญมักมีรายได้สูงกว่าควรจะเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่า การตีความผลการศึกษาต้องพิจารณาหลายมิติ ประการแรก ผู้ที่มีเงินบำนาญส่วนใหญ่เคยเป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีสิทธิประกันสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว (สิทธิข้าราชการ) อาจไม่จำเป็นต้อง “แสวงหา” หรือ “เข้าถึง” บริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับกลุ่มอื่น ประการที่สอง กลุ่มที่ไม่มีเงินบำนาญอาจต้องพึ่งพาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่า จึงมีการ “เข้าถึง” หรือใช้บริการในระบบสาธารณสุขมากกว่า ซึ่งการวัด “การเข้าถึง” อาจสะท้อนความถี่ของการใช้บริการมากกว่าคุณภาพของการ

เข้าถึง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้อาจสะท้อนปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “inverse care law” ที่แม้จะมีทรัพยากรทางเศรษฐกิจมากกว่า แต่กลับไม่ได้ใช้บริการสุขภาพสาธารณะเท่าที่ควร หรืออาจเลือกใช้บริการเอกชนมากกว่า ซึ่งไม่ได้รวมอยู่ในการวัดการเข้าถึงบริการในงานวิจัยนี้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการสุขภาพของผู้มีเงินบำนาญเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์นี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการทำงานมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีรายได้จากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักการพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพที่ว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ McMaughan et al. (2020) ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่ามีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกมากกว่า และมีความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับสุขภาพได้ดีกว่า การมีรายได้จากการทำงานไม่เพียงแต่ช่วยในด้านการเงินเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงสถานะสุขภาพที่ดีพอที่จะทำงานได้ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์แบบสองทิศทาง (bidirectional relationship) คือ สุขภาพที่ดีช่วยให้สามารถทำงานได้ และการทำงานช่วยสร้างรายได้ที่นำไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้น

6. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลการศึกษพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดมีการเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผลการศึกษานี้สะท้อนความสำคัญของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADLs) ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันถือเป็นตัวชี้วัดสถานะการทำงานของร่างกาย (functional status) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสูญเสียความสามารถในการประกอบ ADLs มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น และจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม (AgingCare, 2023)

ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีกว่านั้น อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดีสามารถเดินทางไปรับบริการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Physiopedia, 2024) ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายที่ดีกว่ามักมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเชิงป้องกันมากกว่า เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีน หรือการตรวจคัดกรองโรค ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงมักประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แม้ว่าจะมีความต้องการบริการมากกว่าก็ตาม งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวจำกัดมีความเสี่ยงในการหกล้มเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น (Edemekong et al., 2025) และยังสามารถตีความได้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวสะท้อนถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้เช่นกัน แม้ว่าการศึกษารุ่นนี้จะไม่

พบการมีนัยสำคัญของตัวแปรการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ แต่การศึกษากมลพร นิรารัตน์ และ อัครนันท์ คิสม (2560) ได้ชี้ให้เห็นว่าการไม่มีโรคประจำตัว คือการที่ผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีนัยต่อความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด หากแต่ผู้สูงอายุคือกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลโดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาพยาบาล ที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรับบริการที่มีความซับซ้อนและจำเป็นต้องทำความเข้าใจต่อข้อมูลการเจ็บป่วยและการตัดสินใจทางการแพทย์ ดังนั้นการมีผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นบุตรหลาน บุคคลในครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังผลการศึกษาของ ผาณิตา พงษ์เสวต (2551) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลจะเป็นบุคคลหลักในการช่วยผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้สะดวกขึ้น ศิริพร งามขำ (2561) ระบุว่าการศึกษาผู้สูงอายุมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และธนิษฐา บุญพูล (2563) พบว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ประสพการณ์การใช้บริการสถานพยาบาลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลจังหวัด มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่เคยเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้โดยการพิจารณาจากมุมมองของคุณภาพและความพึงพอใจในการบริการ การที่ผู้ไม่เคยใช้บริการโรงพยาบาลจังหวัดมีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงกว่าอาจสะท้อนว่ากลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงไม่จำเป็นต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลจังหวัดที่อยู่ไกลกว่าและมีผู้ใช้บริการแออัดกว่า แนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบขั้นบันได (Hierarchical Health System) ในประเทศไทยออกแบบให้มีการกระจายบริการตามระดับความรุนแรงของโรค โดยระดับปฐมภูมิควรจัดการปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ได้ และส่งต่อเฉพาะกรณีที่ซับซ้อนไปยังโรงพยาบาลชั้นสูง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560) ในทางกลับกัน ผู้ที่เคยใช้บริการโรงพยาบาลจังหวัดอาจเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนหรือเรื้อรังมากกว่า จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลชั้นสูง อาจประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการเนื่องจากระยะทางที่ไกล การรอคอยที่นาน หรือความซับซ้อนของระบบนัดหมาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้หมายถึงเพียงการมีบริการเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสะดวกในการเข้าถึง (accessibility) ความเหมาะสมของบริการ (appropriateness) และความสามารถในการจ่าย (affordability) ด้วย (Levesque et al., 2013) นอกจากนี้ในพื้นที่เขตเมืองเช่นจังหวัดสมุทรปราการซึ่งเป็นพื้นที่ชานเมืองกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุอาจมีทางเลือกในการใช้บริการหลายระดับ รวมถึงสามารถเข้าถึงบริการในกรุงเทพมหานครได้ง่าย ทำให้ไม่จำเป็นต้องใช้บริการ

โรงพยาบาลจังหวัดเสมอไป ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่ห่างไกลที่โรงพยาบาลจังหวัดเป็นศูนย์กลางการรักษาหลักของพื้นที่

สำหรับผู้สูงอายุที่เคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลเอกชน มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนหนึ่งปัจจัยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสำคัญอย่างมาก ผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชนได้มักเป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า มีประกันสุขภาพเอกชน หรือมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้วยตนเอง ซึ่งโดยทั่วไปประชาชนรับรู้การเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชนมักมาพร้อมกับความสะดวกสบายในการนัดหมาย เวลารอคอยที่สั้น และบริการที่มีมาตรฐานสูง ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพโดยรวม สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้มีสถานะทางเศรษฐกิจสูงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าและมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกว่า (McMaughan et al., 2020) ดังนั้นผู้สูงอายุที่เคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลเอกชน จึงเกิดการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติมากกว่าคนที่ไม่เคย เช่น มิติความพร้อมความเพียงพอของบริการด้านการยอมรับบริการ และด้านความสะดวก ดังนั้นประสบการณ์การเคยเข้ารับบริการจึงมีผลการต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

8. การใช้สื่อออนไลน์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีการใช้สื่อออนไลน์มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าสื่อออนไลน์มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทปัจจุบัน โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้สิทธิด้านการรักษาพยาบาล และการติดต่อสื่อสารกับหน่วยบริการสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล การใช้สื่อออนไลน์ช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจและเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ใช้สื่อออนไลน์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Levesque et al. (2013) ซึ่งอธิบายว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงความพร้อมของระบบบริการเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับ ความสามารถของประชาชนในการรับรู้ (ability to perceive) และ ความสามารถในการแสวงหาบริการ (ability to seek) การใช้สื่อออนไลน์ของผู้สูงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถดังกล่าว โดยทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ปัญหาสุขภาพของตนเอง เข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และแสวงหาบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น โดยสามารถเชื่อมโยงกับผลการศึกษานี้ในมิติการเข้าถึง (Accessibility) ที่สนใจว่าผู้สูงอายุสามารถหาความรู้ด้านสุขภาพได้จากสื่อต่าง ๆ โดยมีการรับรู้การเข้าถึงในประเด็นการใช้สื่อ ร้อยละ 58 รวมถึงมิติความสะดวก (Accommodation) ที่พบว่าร้อยละ 94.56 ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองรับรู้การ

เข้าถึงบริการสุขภาพในแง่ความสะดวกในการนัดหมาย และร้อยละ 61.74 ที่ผู้สูงอายุทราบและมีช่องทางที่สามารถพูดคุยกับผู้ให้บริการได้ ซึ่งผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ แจ่มทิม และยืนยง (2562) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้สื่อออนไลน์ โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก เพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น ซึ่งช่วยเพิ่มระดับการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพ และส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การใช้เฟซบุ๊กช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพที่มีเพจเฟซบุ๊กเป็นช่องทางการประชาสัมพันธ์ เช่น ข้อมูลการให้บริการ ตารางนัดหมาย คำแนะนำด้านสุขภาพ และข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน การใช้สื่อออนไลน์จึงอาจเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยลดข้อจำกัดด้านข้อมูลข่าวสาร และลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ผลการศึกษานี้สะท้อนความสำคัญของความรู้ด้านดิจิทัล (Digital Literacy) ในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน รวมถึงในระบบสุขภาพ ในบริบทของประเทศไทย นโยบายไทยแลนด์ 4.0 ให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชากรด้านเทคโนโลยี รวมถึงผู้สูงอายุ การส่งเสริมความรู้ด้านดิจิทัลสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น การใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อม การนัดหมายแพทย์ออนไลน์ การรับยาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล หรือการปรึกษาแพทย์ผ่านระบบ Telemedicine ซึ่งมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ดังนั้น การส่งเสริมทักษะการใช้สื่อออนไลน์และการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ และควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

9. การแสวงหาบริการสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลการศึกษพบว่าผู้สูงอายุที่มีการแสวงหาบริการสุขภาพระดับมาก มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีการแสวงหาบริการสุขภาพระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ (Health-Seeking Behavior) ที่อธิบายว่าบุคคลที่มีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมเชิงรุก (proactive) ในการดูแลสุขภาพจะมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่า (Adamu et al., 2018; Poortaghi et al., 2015) ทั้งนี้การแสวงหาบริการสุขภาพสะท้อนถึงความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ธัญลักษณ์ วิชัย และรชานนท์ ง่วนใจรัก (2566) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ว่าพฤติกรรมเชิงรุกในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพ เช่น การเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อตัดสินใจเข้ารับบริการ ช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองร้อยละ 53.48 ค้นหาความรู้ด้านสุขภาพ และสถานพยาบาล โดยใช้สื่อออนไลน์ ร้อยละ 93.69 แสดงระดับความคิดเห็นต่อการแสวงหาบริการสุขภาพที่ถูกต้อง ในประเด็นเมื่อมี

อาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น จะเข้ารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิก หรือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการสะท้อนการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อหาข้อมูลเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยหรือฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง และยังรวมถึงการป้องกันโรค ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพระดับสูงมักจะมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน มีความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพที่มีอยู่ และกระตือรือร้นในการเข้าถึงบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่ เป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อตัดสินใจด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2025; Liu et al., 2020).

10. การรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแต่ละระดับที่แตกต่างกันไม่มีนัยสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้แตกต่างจากสมมติฐานเบื้องต้นที่คาดว่า การมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์จะช่วยให้เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องตามผลการศึกษาที่ผ่านมาของ อภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ที่ระบุว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และอาจริย์ เชิดชู (2561) ที่พบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การตีความผลการศึกษาครั้งนี้จึงได้พิจารณาในหลายมิติ ในปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรไทยเกือบทั้งหมด โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือสิทธิข้าราชการอยู่แล้ว จึงอาจทำให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยอัตโนมัติโดยไม่ต้องมีความรู้ในรายละเอียดของสิทธิประโยชน์มากนัก และการที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ชัดเจน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย ทำให้การรับรู้สิทธิประโยชน์ไม่ใช่อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่ได้หมายความว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ไม่สำคัญ แต่อาจสะท้อนว่าในบริบทของพื้นที่เขตเมืองที่มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและสะดวกต่อการเข้าถึง ปัจจัยอื่นๆ เช่น รายได้ ความสามารถในการเดินทาง และพฤติกรรมการแสวงหาบริการ มีความสำคัญมากกว่าการรับรู้สิทธิประโยชน์ในการกำหนดการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ อาจมีการสับสนระหว่าง “การรับรู้สิทธิประโยชน์” กับ “การมีประสบการณ์การใช้ประโยชน์จากสิทธิที่แท้จริง” จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้มีบางประเด็นที่ยังเกิดการรับรู้ไม่มากนัก อาทิ มีการรับรู้เพียงร้อยละ 46.30 ว่ามีสิทธิยกเว้นค่าอาหารและค่าห้องสามัญ ระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล ร้อยละ 43.26 รับรู้ว่ามีสิทธิยกเว้นค่ารถพยาบาล หรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยและผู้พิการ หรือมีเพียงแค่ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ ว่า ถ้าได้รับความเสียหายจากการรับบริการ สามารถขอรับเงินชดเชยความ

เสียหายได้ โดยติดต่อกับสายด่วน 1330 ในการพัฒนานโยบายต่อไป ควรเน้นการสื่อสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการที่ผู้สูงอายุอาจไม่รู้ว่าได้รับ เช่น บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการดูแลระยะยาว หรือบริการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งอาจช่วยเพิ่มการใช้ประโยชน์จากบริการได้มากขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรการแสวงหาบริการสุขภาพ การเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ การมีบุตรอาศัยอยู่ด้วย และการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ได้ร้อยละ 9.3 แม้ว่าค่าสัมประสิทธิ์การทำนายจะอยู่ในระดับไม่สูงมากนัก แต่สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Andersen's Behavioral Model ซึ่งอธิบายว่าการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพเป็นผลจากปัจจัยด้านความจำเป็น ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Andersen, 1995; Travers et al., 2020) เมื่อพิจารณาตัวแปร พบว่า การแสวงหาบริการสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการแสวงหาบริการสุขภาพสะท้อนถึงความตระหนักด้านสุขภาพ ความสามารถในการรับรู้ปัญหาสุขภาพ และความพร้อมในการตัดสินใจเข้ารับบริการเมื่อมีความจำเป็น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง ในบริบทของพื้นที่ศึกษา ซึ่งเป็นสังคมกึ่งเมือง ผู้สูงอายุมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพทั้งจากสถานบริการสุขภาพภาครัฐและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลให้การแสวงหาบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับที่ชัดเจน

สำหรับตัวแปรการเคยเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 63.04 เคยเข้ารับบริการดังกล่าว ซึ่งน้อยกว่าการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ในการใช้บริการสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ส่งผลต่อการรับรู้ ความคุ้นเคย และความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่เคยมีประสบการณ์ใช้บริการในสถานพยาบาลระดับที่มีศักยภาพสูง อาจมีความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพและช่องทางการเข้าถึงบริการมากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ นอกจากนี้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดของผู้สูงอายุยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 92.83 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด สะท้อนถึงการมีสมรรถนะทางกายและการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดี ซึ่งเอื้อต่อการเดินทาง การติดต่อประสานงาน และการเข้ารับบริการสุขภาพด้วยตนเอง องค์การอนามัยโลกได้อธิบายว่า “ความสามารถในการดำรงหน้าที่” (functional ability) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าถึงบริการและทรัพยากรด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2020)

ด้านการมีบุตรอาศัยอยู่ด้วย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยจำนวน 1–3 คน คิดเป็นร้อยละ 72.39 ซึ่งอาจสะท้อนบทบาทของครอบครัวในฐานะแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ โดยบุตรหลานสามารถช่วยอำนวยความสะดวกในการเดินทาง พาไปพบแพทย์ ช่วยติดต่อประสานงาน หรือให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้ งานศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ (Valtorta et al., 2018; Quashie & Pothisiri, 2019) สำหรับการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุถึงร้อยละ 97.83 ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจยังคงมีบทบาทต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผู้สูงอายุยังคงมีค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร หรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการ การมีรายได้ประจำจากเบี้ยยังชีพจึงช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และลดข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้ความสำคัญกับการลดภาระทางการเงินเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม (World Health Organization, 2024)

อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยอื่นซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ระยะทาง ระยะเวลาที่ใช้เพื่อไปสถานบริการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ความเชื่อด้านสุขภาพ หรือคุณภาพบริการ รวมถึงการมีโรคประจำตัว ถึงแม้ว่าในการศึกษานี้จะไม่แสดงนัยสำคัญของการทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ แต่ยังคงเป็นตัวแปรที่น่าสนใจที่ควรนำไปศึกษาเพิ่มเติมได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุ จำนวนข้อคำถามที่น้อยเกินไปในบางส่วน เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในประเด็นการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จึงควรมีการทบทวนแบบวัดให้มีจำนวนข้อคำถามที่มากขึ้น
2. การศึกษานี้มีขอบเขตการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ที่ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ดังนั้นอาจจะไม่สามารถอ้างอิงไปยังการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุได้ทั้งหมดของพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการส่วนอื่น หรือพื้นที่เขตเมืองของแต่ละจังหวัด
3. ยังไม่ได้มีการศึกษาปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ครอบคลุมอย่างเพียงพอ เพื่อเชื่อมโยงกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยที่พบและการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 รายได้และแหล่งของรายได้มีความสำคัญต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ควรมีการเพิ่มจำนวนเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับค่าครองชีพที่เพิ่มสูงขึ้น และพัฒนากองทุนออมทรัพย์สำหรับผู้สูงอายุให้ครอบคลุมกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ไม่มีเงินบำนาญ

1.2 รายได้เพื่อการยังชีพของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมาจากการทำงาน จึงควรพิจารณานโยบายส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความเหมาะสมของลักษณะงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้และคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการสร้างขวัญกำลังใจและเป็นการสนับสนุนทางสังคมอีกรูปแบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยลำพัง

1.3 แม้ว่าประเด็นการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ในด้านระยะทางและระยะเวลาไม่เป็นปัญหากับกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ แต่การวางรูปแบบส่งเสริมความใกล้ชิดของหน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพที่บ้าน พัฒนาระบบการส่งต่อและการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ รวมถึงการสื่อสารให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูล จะสามารถลดช่องว่างการเข้าถึงในแง่ระยะทางหรือการใช้เวลาเข้าถึงสถานพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

1.4 การที่ผู้สูงอายุที่เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าชี้ให้เห็นว่าสถานพยาบาลในทุกภาคส่วน ยังคงต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการในระบบสาธารณสุขให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชากรได้อย่างครอบคลุม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในมิติการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

1.5 พฤติกรรมการแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตเมืองอยู่ในระดับปานกลาง และมีอำนาจการดำเนินงานมากกว่าปัจจัยอื่น จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสม ผ่านการสร้างเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือจัดทำสื่อสร้างเสริมพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

1.6 การใช้สื่อออนไลน์มีผลต่อการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมความรู้สุขภาพดิจิทัลผู้สูงอายุ โดยจัดอบรมความรู้ด้านดิจิทัลให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง หรือการพัฒนา

แพลตฟอร์มบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย เช่น แอปพลิเคชันที่มีอินเทอร์เน็ตเฟื่อง่าย มีภาษาไทยและการใช้เนื้อหาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย รวมถึงการแนะนำแหล่งของสื่อออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ มีความสำคัญต่อการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมและส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการศึกษาด้วยรูปแบบการศึกษาเชิงผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (Mixed-Method Study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อธิบายได้มากขึ้น เช่น การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการใช้บริการสุขภาพของผู้มีเงินบำนาญเพื่อทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดจึงมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีเงินบำนาญ ซึ่งอาจจะดำเนินการในรูปแบบการศึกษามixed-methodsเชิงคุณภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างพื้นที่เขตเมืองและพื้นที่ชนบท เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างของปัจจัยที่มีอิทธิพลซึ่งจะสะท้อนความแตกต่างภายใต้บริบทที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

2.3 เนื่องจากพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ มีกลุ่มผู้สูงอายุที่มาจากพื้นที่ต่างจังหวัด จึงควรมีการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นประชากรแฝงโดยเฉพาะ เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนต่างพื้นที่

2.4 ทบทวนการพัฒนาเครื่องมือเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ เพื่อให้มีคุณภาพความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่มากขึ้น รวมถึงทบทวนตัวแปรที่ยังไม่ได้นำมาศึกษา ทั้งความรู้ด้านสุขภาพและการใช้เทคโนโลยี ที่น่าสนใจว่าจะมีผลอย่างไรต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง

2.5 ควรมีการศึกษาผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว

2.6 ควรมีการศึกษาความพึงพอใจและคุณภาพของการบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพบริการ

บรรณานุกรม

แหล่งอ้างอิงฉบับภาษาไทย

- กมลพร นิรารัตน์ และ อัครนันท์ คิตสม. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร. ใน ตามรอยพระยุคลบาท เกษตรศาสตร์กำแพงแสน. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน วันที่ 7-8 ธันวาคม 2560. หน้า 1939-1949. สืบค้นจาก https://kukrdb.lib.ku.ac.th/proceedings/index.php?PKPS/search_detail/result/20002675
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1696238995-2521_0.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). ความหมายของผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/646>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/laws/2/10/832>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ : กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2567). 5 โรคไม่ติดต่อที่พบในผู้สูงอายุ และเสียชีวิตในประเทศไทย. <https://ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=15282&deptcode=dncd>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566. สืบค้นจาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/10/slide-29965.pdf>
- จารุภา สวัสดิมงคล. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 5(2), e003099.
- จิตติมา ลีลาภทรพันธ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบางบัวทอง โครงการบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง 1 จังหวัดนนทบุรี. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลบางบัวทอง, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ธนัชฐา บุญพล (2563). การเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลท่าพล อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สืบค้นจาก https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:191375
- ธนัชฐา ศุภวิชัย. (2563). การรับรู้สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(7), 42-59.
- ธวัชชัย ยืนยาว. (2560). พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก <https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/295449>
- ธัญลักษณ์ วิชัย, และ ราชานนท์ งามใจรัก. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 46(2), 165-177
- นงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑกาศ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอิง, และ น้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี. (2563). พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(2), 201-210.
- นิภาพร นามมันทะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9371/>
- เนติยา แจ่มทิม และ สนิพร ยืนยง. (2562). การใช้สื่อออนไลน์และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพออนไลน์ของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 25(2), 168-180. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/233399>
- บัวลักษณ์ จันทระ, จิราพร เขียวอยู่, และวงศา เลหาศิริวงศ์. (2550). การเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (บค.)*, 7(3), 60-71.
- บุญประจักษ์ จันทรวิน, วัลลภา ดิษสระ, และอัญญา วิชชพัฒนางกูร. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, 6(3), 51-58.
- ประสิทธิ์ วัฒนาภา. (ม.ป.ป.). สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชาชนไทยในทศวรรษที่ผ่านมา. สืบค้นจาก https://www.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=1491

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ภิกขุ ภาวนานันท์, สุรชาติ ณ หนองคาย, และวิริณธ์ กิตติพิชัย. (2559). การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอดำรงวิทยารัษฎา จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารการพยาบาล*, 18(2), 42-50.
- ผานิตา พงษ์เศวต. (2551). *การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ อำเภอตำบเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) มหาวิทยาลัยศิลปากร. สืบค้นจาก https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/SU.the.2008.212
- พรนิตา ขจรดำรงเชิดกุล, และ ราชนันท์ นพคุณธรรม. (2566). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสถาบันวิจัยพหุวัฒนธรรม*, 10(3), 283-294.
- พร้อมเพรียง มาศรี, มกราพันธ์ จุฑารส, และ ประจักษ์ บัวพันธ์. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์และการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 112-126.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2564). 10 สถิติโรคภัยของผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=39636>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. <https://thaitgri.org/?wpdmpro=รายงานสถานการณ์ประจำปี>
- เมธิณี อินทรเทศ, วินัย ลิสมิทธิ์,ธีรพล ทิพย์พยอม, และนิลวรรณ อยู่ภักดี. (2562). ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 13(2), 157-174.
- รัชญา ทิพย์มาลัย. (2562). *พฤติกรรมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสิทธิของผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) มหาวิทยาลัยศิลปากร. สืบค้นจาก <http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2444/1/59601309.pdf>
- วินัย ไตรนาทวัลย์, วรรัตน์ ประทานวรปัญญา, ณัฐชา พลาชีวะ, และ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2563). พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 37(4), 356-361.
- วลีรัตน์ ใจสูงเนิน. (2551). *การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ* (การค้นคว้าอิสระมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศิลปากร. สืบค้นจาก <https://sure.su.ac.th/xmlui/handle/123456789/8582?attempt=2&>
- ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพย์มงคลกุล, และจารุวรรณ หมั่นมี. (2561). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25 (2), 91-103.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมชาย นันทวัฒน์กรณ. (2566). การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัยแบบผสมผสาน. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสันทราย, จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นจาก <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/231122170062611826.pdf>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2563. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=194384>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (2563). ประเทศไทยกับสังคมผู้สูงอายุ. Research Cafe'. สืบค้นจาก <https://researchcafe.tsri.or.th/aging-society/>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2560). การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1706>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สืบค้นจาก http://www.nso.go.th/sites/2014/summary_exclusive_64.pdf
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. (2565). รายงานประจำปี 2565. สืบค้นจาก <http://www.spko.moph.go.th/wp-content/uploads/2018/09/-25654.pdf>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ 2564. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). เรื่องควรรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นจาก <https://media.nhso.go.th/assets/portals/1/files/004.pdf>
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2565). คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ประจำปีงบประมาณ 2565. สืบค้นจาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/download/?did=207386&id=82653&reload=>
- สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้, การิเมษฐ์ พรหมทอง, ญัฐภัทร พรหมทอง, & จิตรวี เขยชม. (27 มีนาคม 2564). การเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี [โปสเตอร์นำเสนอในการประชุมวิชาการ]. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 8 ประจำปี พ.ศ. 2564, จังหวัดนครราชสีมา.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุวิมล อีสริยานนท์, นิสิตา เศรษฐาไชย, อธิธิฤทธิ์ ลีลาตุษฏีเลิศ, ขจร มีสัจย์, และ ศิระ พงษ์สุวรรณ. (2563). *สถิติด้านสุขภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญพุทธศักราช 2560 ภายใต้การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19*. สืบค้นจาก <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pacific/article/download/254676/173688/945908>
- อธิษฐ์ เชิดไชย, ลอ อวศ์คำจันทร์, อรรพรรณ รอนศึก, ชูดาพร หวังช่อกลาง, ทรรศมน ทองจำรูญ, และ พัชร นันทน์ พายุพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศีรษะละเลิง อำเภอมะนัง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 13(1), 228–236.
- อภิชัย คุณิพงษ์. (2019). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรรมการแพทย์*, 44(5), 75–80.
- อภิญา สุวรรณ. (2019). *ความเหลื่อมล้ำของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สืบค้นจาก <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9021/>
- อารีย์ เชิดชู (2561). *การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สืบค้นจาก https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5817030249_6070_10798.pdf
- แหล่งอ้างอิงฉบับภาษาอังกฤษ
- Adamu, H., Yusuf, A., Inalegwu, C., Sufi, R., & Adamu, A. (2018). Factors influencing health-seeking behavior of health workers in a Tertiary Health Institution in Sokoto, Northwest Nigeria. *Sahel Medical Journal*, 21(3). https://doi.org/10.4103/smj.smj_55_16
- AgingCare. (2023). Understanding Activities of Daily Living: Checklists, Assessments, and More. Retrieved from <https://www.agingcare.com/articles/activities-of-daily-living-why-this-measure-matters-186853.htm>
- Aguila, E., Kapteyn, A., & Smith, J. P. (2015). Effects of income supplementation on health of the poor elderly: The case of Mexico. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(1), 70-75. <https://doi.org/10.1073/pnas.1414453112>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7738325/>
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503–1509. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503>
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137–173). Oxford University Press.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl 2), 19-31. <https://doi.org/10.1177/003335491412915206>
- Cai, J., Li, Y., Li, R., & Coyte, P. C. (2024). Has socioeconomic inequality in perceived access to health services narrowed among older adults in China? *BMC Health Serv Res*, 24(1), 1077. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11510-1>
- Carroll, C., Sworn, K., Booth, A., Tsuchiya, A., Maden, M., & Rosenberg, M. (2022). Equity in healthcare access and service coverage for older people: a scoping review of the conceptual literature. *Integr Healthc J*, 4(1), e000092. doi:10.1136/ihj-2021-000092
- Choothong, C., Hongsraragon, P., & Havanond, P. (2017). Knowledge regarding an access to universal coverage scheme among the elderly in Muang district, Ratchaburi province, Thailand. *Journal of Health Research*, 29(Suppl. 2), S133–S138. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/77999>
- Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N., Rogers, W. A., & Sharit, J. (2019). Improving social support for older adults through technology: Findings from the PRISM randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 59(2), 240–252. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw249>
- Edemekong, P. F., Bomgaars, D. L., Sukumaran, S., & Schoo, C. (2025). *Activities of daily living*. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Fitzpatrick, A. L., Powe, N. R., Cooper, L. S., Ives, D. G., & Robbins, J. A. (2004). Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health, 94*(10), 1788-1794. doi:10.2105/ajph.94.10.1788
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does "access to health care" mean? *Journal of Health Services Research & Policy, 7*(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science, 10*(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Hoseini-Esfidarjani, S. S., Negarandeh, R., Delavar, F., & Janani, L. (2021). Psychometric evaluation of the perceived access to health care questionnaire. *BMC Health Serv Res, 21*(1), 638. doi:10.1186/s12913-021-06655-2
- In, J., Kang, H., Kim, J. H., Kim, T. K., Ahn, E. J., Lee, D. K., Lee, S., & Park, J. H. (2020). Tips for troublesome sample-size calculation. *Korean Journal of Anesthesiology, 73*(2), 114–120. <https://doi.org/10.4097/kja.19497>
- Jirathananuwat, A. (2023). Factors affecting access to health services by older adults in an urban community in Thailand: A cross-sectional study. *PubMed*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37159721/>
- Joseph, A. E., & Phillips, D. R. (1984). Accessibility and utilization: Geographical perspectives on health care delivery. Harper & Row. Retrieved from <https://www.econbiz.de/10004805668>
- Kanbarkar, P.N., & Chandrika, K.B. (2017). Health care seeking behaviour- A theoretical perspective. *Paripex Indian Journal of Research, 6*(1), 790-792. Retrieved from <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/594321.pdf>
- Kim, J., & Lee, J. E. (2016). Social support and health-related quality of life among elderly individuals living alone. *Journal of Gerontological Social Work, 59*(6), 456–472. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000241>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1–33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Kullanit, A. (2016). *Transportation barriers on healthcare utilization among elderly population living in Mahasarakham Province, Thailand* (Master's thesis). Chulalongkorn University Digital Repository. Retrieved from <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/39024/>
- Kullanit, A., & Taneepanichskul, N. (2018). Transportation barriers on healthcare utilization among elderly population living in Mahasarakham province, Thailand. *Journal of Health Research*, 31(Suppl. 2), S233–S238. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/114558>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12, 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18
- Liu, C., Yu, H., & Zhou, S. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review. *Journal of Public Health Research*, 9(1), Article 180. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239702/>
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., & Morrison, J. (2020). Build back fairer: The COVID-19 Marmot Review. The pandemic, socioeconomic and health inequalities in England (Full report). Institute of Health Equity. Retrieved from <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review-full-report.pdf>
- McCarthy, A., Galvin, R., Dockery, F., O'Connor, M., Milos, A., Devlin, C., Conway, E., Carey, L., Haaksma, M., Tierney, A., & Robinson, K. (2025). *Exploring long-term recovery and community health management: A qualitative study of older adults and caregivers' experiences post COVID-19 in the Republic of Ireland*. *BMC Geriatrics*, 25(1), Article 736. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06368-9>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2009). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*, 62(4), 858–865.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.001>
- McMaughan, D. J., Oloruntoba, O., & Smith, M. L. (2020). Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Frontiers in Public Health*, 8, 231.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231>
- 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. *Int J Environ Res Public Health*, 19(12).
[doi:10.3390/ijerph19127351](https://doi.org/10.3390/ijerph19127351)
- Molloy, G. J., Stamatakis, E., Randall, G., & Hamer, M. (2010). Marital status, gender and cardiovascular mortality: Behavioural, psychological distress and metabolic explanations. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1695–1702. Retrieved from
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2852675/>
- Naing L, Nordin RB, Abdul Rahman H, Naing YT. Sample size calculation for prevalence studies using Scalex and ScalaR calculators. *BMC Med Res Methodol*. 2022 Jul 30;22(1):209. doi: 10.1186/s12874-022-01694-7. PMID: 35907796; PMCID: PMC9338613.
- Nanthamongkolchai, S., Tojeen, A., Yodmai, K., & Suksatan, W. (2022). Factors influencing access to health services among chronically ill older adults with physical disabilities in the era of the COVID-19 outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 398. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010398>
- Paramanathan, K., Thavorncharoensap, M., & Riewpaiboon, A. (2017). *Health seeking behavior and its determinants in Jaffna Sri Lanka*. *Pharmaceutical Sciences Asia*, 44(3), 134–141.
<https://doi.org/10.29090/psa.2017.03.134>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Páez, A., Mercado, R. G., Farber, S., Morency, C., & Roorda, M. (2010). Accessibility to health care facilities in Montreal Island: An application of relative accessibility indicators. *International Journal of Health Geographics*, 9(1), 1–16.
<https://doi.org/10.1186/1476-072X-9-52>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19(2), 127-140. doi:10.1097/00005650-198102000-00001
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci*, 1136, 161-171.
 doi:10.1196/annals.1425.011
- Physiopedia. (2024). Activities of Daily Living.
 Retrieved from https://www.physio-pedia.com/Activities_of_Daily_Living
- Poortaghi, S., Raiesifar, A., Bozorgzad, P., Golzari, S. E., Parvizi, S., & Rafi, F. (2015). Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 15, 523. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1181-9>
- Quashie, N. T., & Pothisiri, W. (2019). Rural-urban gaps in health care utilization among older Thais: The role of family support. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 81, 201–208.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.12.011>
- Sangngern, L., Kanchanakhan, N., & Somrongthong, R. (2017). Health status and health seeking behaviours among the elderly in the Donmuang slum community, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*, 28(3), 205–210. Retrieved from
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/93544>
- Sapkota, P., & Baral, R. (2018). Health Seeking Behaviour Among Elderly People of Bharatpur Municipality of Chitwan, Nepal. *Journal of College of Medical Sciences-Nepal*, 14(3), 150-153. doi:10.3126/jcmsn.v14i3.21178
- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *J Health Serv Res Policy*, 21(1), 36-39. doi:10.1177/1355819615600001

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health, 26*, 513-559. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly, 83*(3), 457-502.
https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
- Syed, S. T., Gerber, B. S., & Sharp, L. K. (2013). Traveling towards disease: Transportation barriers to health care access. *Journal of Community Health, 38*(5), 976-993.
https://doi.org/10.1007/s10900-013-9681-1
- Travers, J. L., Hirschman, K. B., & Naylor, M. D. (2020). Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. *BMC Geriatrics, 20*(1), 58. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1405-7
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2018). Older adults' social relationships and health care utilization: A systematic review. *American Journal of Public Health, 108*(4), e1-e10. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304256
- Van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal, 174*(2), 177-183.
- van Gaans, D., & Dent, E. (2018). Issues of accessibility to health services by older Australians: a review. *Public Health Rev, 39*, 20. doi:10.1186/s40985-018-0097-4
- Wichai, T., & Nguanairak, R. (2021). Health literacy and factors associated with health service access among elderly people in Nakhon Ratchasima Province. *Thai Journal of Health Education*. Retrieved from
https://he01.tcithaijo.org/index.php/muhed/article/view/264638
- Wolinsky FD, Miller TR, An H, Geweke JF, Wallace RB, Wright KB, Chrischilles EA, Liu L, Pavlik CB, Cook EA, Ohsfeldt RL, Richardson KK, Rosenthal GE. *Hospital episodes and physician visits: The role of chronic conditions. Medical Care, 46*(2), 145-152.
Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1904836/

บรรณานุกรม (ต่อ)

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf>

World Health Organization. (2020). Healthy ageing and functional ability. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>

World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

World Health Organization (2024). Achieving UHC for older people. Retrieved from <https://www.who.int/activities/achieving-uhc-for-older-people>

World Health Organization. (2025). Health literacy. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

ภาคผนวก

ก. แบบสอบถาม

ฉบับที่ _____

แบบสอบถาม

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง จ.สมุทรปราการ
ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยลักษณะประชากร

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ ประกาศนียบัตรชั้นสูง ปวช./ปวส. ☐ปริญญาตรี ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)
4. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)
5. ภูมิลำเนา ☐สมุทรปราการ ☐ ต่างจังหวัด
6. การประกอบอาชีพ ☐ไม่ได้ทำงาน ☐ ทำงาน
7. รายได้ต่อเดือน
☐ ไม่มีรายได้ ☐ น้อยกว่า 5,000 บาท ☐ 5,000-10,000 บาท ☐ มากกว่า 10,000 บาท
8. แหล่งของเงินหรือรายได้
☐ เบี้ยเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ ☐ บำนาญ ☐ ลูกหลาน ☐ ทำงาน
☐ ผู้พิการ ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)
9. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หย่า ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่
10. การอยู่ร่วมกันของคู่สมรส ☐ อยู่ร่วมกันปกติ ☐ คู่สมรสเสียชีวิต
11. จำนวนบุตรคน ☐ ไม่มีบุตร
12. จำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ด้วย.....คน ☐ ไม่มีบุตร

ปัจจัยด้านสุขภาพ

13. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี
 กรณีมี โปรดระบุโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิต ☐ หัวใจ ☐ เก๊าต์ ☐ ไต
☐ อัมพฤกษ์/อัมพาต ☐ มะเร็ง ☐ อื่นๆ (ระบุ)
14. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง
☐ ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ☐ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
15. สิทธิการรักษาที่มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ สิทธิข้าราชการ
☐ ประกันสุขภาพเอกชน ☐ อื่นๆ (ระบุ)
16. สถานพยาบาลที่เคยเข้ารับการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ☐ โรงพยาบาลอำเภอ
☐ โรงพยาบาลจังหวัด ☐ โรงพยาบาลเอกชน ☐ คลินิกเอกชน ☐ ไม่เคย
17. การติดเชื้อโควิด-19 ☐ เคยติดเชื้อ ☐ ไม่เคยติดเชื้อ
- ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม**
18. ลักษณะที่พักอาศัย ☐ บ้านส่วนตัว ☐ ห้องเช่า
19. ระยะทางจากที่พักถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ (โดยประมาณ)
เมตร หรือกิโลเมตร
20. ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากที่พักถึงสถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ
 (โดยประมาณ)นาที่ หรือ.....ชั่วโมง
21. ประเภทยานพาหนะที่ใช้เดินทาง
☐ จักรยานยนต์ ☐ รถยนต์ส่วนตัว ☐ รถโดยสารประจำทาง ☐ การว่าจ้างรถเพื่อนบ้าน
☐ อื่นๆ (ระบุ)
22. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ☐ ไม่เข้าร่วม ☐ เข้าร่วม
23. การใช้สื่อออนไลน์ ☐ ไม่ใช้ ☐ เฟซบุ๊ก ☐ ไลน์ ☐ ยูทูบ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำถาม	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1.การเข้ารับบริการต้องแสดงบัตรประชาชนเพื่อยืนยันตัวตน และไม่ต้องจ่ายค่าบริการ 30 บาท			
2.ในกรณีเป็นคนในพื้นที่พื้นที่ สามารถใช้สิทธิรับบริการที่หน่วยบริการประจำ			
3.กรณีอยู่ต่างพื้นที่ สามารถเข้ารับบริการได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกที่			
4.กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ได้			
5.กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเรียกรถพยาบาลทางสายด่วน 1669			
6) มีสิทธิรับบริการแพทย์แผนไทย ยาแผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ			
7) มีสิทธิรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการที่ลงทะเบียน			
8) มีสิทธิยกเว้นค่าอาหารและค่าห้องสามัญ ระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล			
9) มีสิทธิยกเว้นค่ารถพยาบาล หรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยและผู้พิการ			
10) มีสิทธิการรับบริการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ทำฟันปลอมฐานพลาสติก การเคลือบฟลูออไรด์			
11) มีสิทธิการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ สวนหัวใจ			
12) มีสิทธิการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา			
13) มีสิทธิการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน			
14) มีสิทธิการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง			
15) มีสิทธิการรักษาโรคปอดระยะสุดท้าย			
16) มีสิทธิการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเสื่อม			
17) มีสิทธิรับบริการรักษาพยาบาลครอบคลุมกลุ่มโรคมะเร็ง			
18) มีสิทธิรับบริการดูแลรักษาพยาบาล ในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์			
19) มีสิทธิรับบริการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การบำบัดทดแทน ปอดถ่ายไต			
20) สิทธิรับการฉีดวัคซีนคอตีบ บาดทะยัก พิษสุนัขบ้า โควิด-19			
21) ตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็งเต้านม มะเร็งช่องปาก วัณโรค			

คำถาม	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
22) สิทธิคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง			
23) สิทธิคัดกรองโรคซึมเศร้า			
24) ตรวจสุขภาพคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (กรณีอายุ 50-70 ปี)			
25) การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป)			
26) ถ้าได้รับความเสียหายจากการรับบริการ สามารถขอรับเงินชดเชยความเสียหายได้ โดยติดต่อที่สายด่วน 1330			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการแสวงหาบริการสุขภาพ

คำถาม	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.เมื่อท่านมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย ท่านขอให้หายไประยะหนึ่ง					
2. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ท่านบอกบุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือ เพื่อนสนิทฟัง					
3.เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ ท่านจะหาสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น					
4.เมื่อท่านมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น ท่านหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับท่านผ่านการใช้สื่อออนไลน์					
5.เมื่อท่านมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น ท่านขอคำแนะนำหรือปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์					
6.เมื่อท่านมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น ท่านหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาอาการผิดปกติเหล่านั้นผ่านการใช้สื่อออนไลน์					

คำถาม	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ เลย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7.เมื่อท่านมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น ท่านซื้อยามารับประทานเอง					
8.เมื่อท่านมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น ท่านไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิก หรือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน					
9.เมื่อท่านมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น ท่านไปใช้บริการแพทย์แผนไทย (เช่น การนวด การใช้สมุนไพร หรือ ยาแผนโบราณ) แพทย์ ทางเลือก (เช่น การแพทย์แผนจีน การแพทย์ อายุรเวท)					
10. ท่านค้นหาความรู้ด้านสุขภาพ และ สถานพยาบาล โดยใช้สื่อออนไลน์					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ เลย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ด้านการเข้าถึง					
1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบริการที่ต้องการ					
2.ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานพยาบาลมี ความเหมาะสม					
3.เวลาที่ใช้ในการเดินทางไปยังสถานพยาบาลสะดวก มี ความเหมาะสม					
4.การเดินทางไปยังสถานพยาบาลง่าย ไม่มีอุปสรรค					
5.ท่านรู้ว่ามีสถานพยาบาลที่สามารถเดินทางไปได้ถึง สะดวกรวดเร็ว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน					

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6.ท่านสามารถหาความรู้สุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น เพชบุค ไลน์ อินเตอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ เป็นต้น					
ด้านความพร้อม ความเพียงพอ					
7.บริการสุขภาพ (การฉีดวัคซีน, การเยี่ยมบ้าน, การดูแลผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยเรื้อรัง, การฉีดยา ฯลฯ) มีให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
8.เครื่องมือทางการแพทย์ สิ่งอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ					
9.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีเพียงพอเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและความต้องการของประชาชน					
ด้านการยอมรับบริการ					
10.คุณภาพการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นที่ยอมรับ					
11.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในรูปแบบต่างๆ ได้					
12.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอาใจใส่ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้รับบริการสื่อสาร					
13.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เวลาบริการเพียงพอเหมาะสมกับการเจ็บป่วย					
14.ท่านมีความเชื่อมั่นใน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับคำแนะนำเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ท่านเป็น					
15.ท่านได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
16.ทีมบุคลากรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความเคารพต่อผู้รับบริการ					

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
17.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าใจในพื้นฐานของผู้รับบริการและสื่อสารได้อย่างเข้าใจ เหมาะสม					
ด้านความสามารถในการจ่าย การรับบริการ					
18.เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ท่านจะไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนเสมอ					
19.ท่านจะใช้บริการในโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง เมื่อได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
20.ท่านคิดว่าค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้ารับบริการสุขภาพ					
21.ท่านรู้ว่าจะสามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพต่างๆ ในการรับบริการ					
ด้านความสะดวก					
22.การนัดหมายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำได้ง่ายและสะดวก					
23.ท่านใช้เวลาเพื่อรอรับบริการไม่นาน สามารถรอได้ตามความเหมาะสม					
24.มีช่องทางที่ท่านสามารถพูดคุยกับทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของโรค เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก โทรศัพท์					
25.เวลาทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้ารับบริการ					
26.พื้นที่ ลักษณะทางกายภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเหมาะสมในการเข้ารับบริการ					

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ เลย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
27.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น รถหัดเดิน เป็นต้น					
ด้านการตระหนักรู้					
28.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สุศึกษาที่ทำให้เข้าใจได้ง่าย					
29.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลที่ต้องการด้วยภาษาที่เรียบง่ายและไม่ได้ใช้คำเฉพาะที่ยากจะเข้าใจ					
30.บุคลิกภาพ การสื่อสารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ ผู้รับบริการมีความเหมาะสม					
31.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอาใจใส่ เพื่อให้ท่านมีความ เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง					
32.การให้บริการ การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ภายใต้การคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์					

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาทำแบบสอบถาม



เรียนรูเพื่อรับใช้สังคม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY

华侨崇圣大学

18/18 ถนนเทพรัตน กม.ที่ 18 (บางนา-ตราด) ต.บางโฉลง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

โทร. 0-2713-8100, 0-2312-6300-30 โทรสาร 0-2312-6237

18/18 Debaratna Road, k.m. 18 (Bangna-Trad) Bangplee District, Samutprakarn 10540 THAILAND

Tel.(662)713-8100, 0-2312-6300-30 Fax.(662)312-6237

泰国北榄府挽波县贴帕拉路 18 公里 18/18 号 邮编 10540 电话: (662)713-8100, 0-2312-6300-30 传真: (622) 312-6237

<http://www.hcu.ac.th>

มฉก.กก.01

ที่ มฉก.0108/0397

1 กุมภาพันธ์ 2567

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย

เรียน ผศ.ดร. ทวีศักดิ์ กลีผล

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิจัย และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยอาจารย์ ดร.ภัทรพร ยูบลพันธ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้จัดทำงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ

จากหัวข้อดังกล่าวได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ต้องมีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) จึงขออนุญาตเชิญท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย ซึ่งท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ตวงหทัย แสงสว่าง)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

โทรศัพท์ : 0-2312-6300 ต่อ 1174 อาจารย์ ดร.ภัทรพร ยูบลพันธ์

E-mail : pb.secretaryhcu@gmail.com



มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บันทึกข้อความ



หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

โทร.1174

ที่ มฉก.0108/0372

วันที่ 22 มกราคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร. นุชนาฏ ยูธันเงาะ คณบดีคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิจัย และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยอาจารย์ ดร.ภัทรพร ยุบลพันธ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้จัดทำงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ

จากหัวข้อดังกล่าวได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ต้องมีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) จึงขออนุญาตเชิญท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย ซึ่งท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(อาจารย์ดวงหทัย แสงสว่าง)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม



มหาวิทยาลัยเจ้าพระยา

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY
华侨崇圣大学

18/18 ถนนพหลโยธิน กม.ที่ 18 (บางนา-ตราด) ต.บางพลี อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540
โทร. 0-2713-8100, 0-2312-6300-30 โทรสาร 0-2312-6237
18/18 Debaratna Road, k.m. 18 (Bangna-Trad) Bangplee District, Samutprakarn 10540 THAILAND
Tel.(662)713-8100, 0-2312-6300-30 Fax.(662)312-6237
泰国北榄府挽披县贴帕拉路 18 公里 18/18 号 邮编 10540 电话: (662)713-8100, 0-2312-6300-30 传真: (622) 312-6237
<http://www.hcu.ac.th>

ที่ มฉก.0108/0374

22 มกราคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิจัย และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยอาจารย์ ดร.ภัทรพร ยุบลพันธ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้จัดทำงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานคร กรมศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ

จากหัวข้อดังกล่าวได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ต้องมีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) จึงขออนุญาตเชิญผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เจษฎา คุณโนภาควิชาวิทยาการวิจัยและนวัตกรรมการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล บุคลากรในสังกัดท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย ซึ่งท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ดวงหทัย แสงสว่าง)

คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

โทรศัพท์ : 0-2312-6300 ต่อ 1174 อาจารย์ ดร.ภัทรพร ยุบลพันธ์

E-mail : pb.secretaryhcu@gmail.com



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY
华侨崇圣大学

18/18 ถนนเทพรัตน กม.ที่ 18 (บางนา-ตราด) ต.บางพลี อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540
โทร. 0-2713-8100, 0-2312-6300-30 โทรสาร 0-2312-6237
18/18 Debaratna Road, k.m. 18 (Bangna-Trad) Bangplee District, Samutprakarn 10540 THAILAND
Tel.(662)713-8100, 0-2312-6300-30 Fax.(662)312-6237
泰国北榄府挽披县贴邦立路 18 公里 18/18 号 邮编 10540 电话: (662)713-8100, 0-2312-6300-30 传真: (622) 312-6237
<http://www.hcu.ac.th>

มฉก.0108/0373

22 มกราคม 2567

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย

เรียน นายชลันทร จันทะพันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิจัย และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยอาจารย์ ดร.ภัทรพร ยุบลพันธ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้จัดทำงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ

จากหัวข้อดังกล่าวได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ต้องมีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) จึงขออนุญาตเชิญท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย ซึ่งท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ดวงหทัย แสงสว่าง)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

โทรศัพท์ : 0-2312-6300 ต่อ 1174 อาจารย์ ดร.ภัทรพร ยุบลพันธ์

E-mail : pb.secretaryhcu@gmail.com



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
HUACHIEW CHALERPRAKIET UNIVERSITY

华侨崇圣大学

18/18 ถนนเทพรัตน กม.ที่ 18 (บางนา-ตราด) ต.บางโหลง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

โทร. 0-2713-8100, 0-2312-6300-30 โทรสาร 0-2312-6237

18/18 Debaratna Road, k.m. 18 (Bangna-Trad) Bangplee District, Samutprakarn 10540 THAILAND

Tel.(662)713-8100, 0-2312-6300-30 Fax.(662)312-6237

泰国北榄府挽披里站帖拉路 18 公里 18/18 号 邮编 10540 电话: (662)713-8100, 0-2312-6300-30 传真: (622) 312-6237

<http://www.hcu.ac.th>

ที่ มฉก.0108/0398

1 กุมภาพันธ์ 2567

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางไผ่

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิจัย และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยอาจารย์ ดร.ภัทรพร ยูบลพันธ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้จัดทำงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ

จากหัวข้อดังกล่าวได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ต้องการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) จึงขออนุญาตเชิญคุณรชนีบุล น้าใจดี บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ดวงหทัย แสงสว่าง)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

โทรศัพท์ : 0-2312-6300 ต่อ 1174 อาจารย์ ดร.ภัทรพร ยูบลพันธ์

E-mail : pb.secretaryhcu@gmail.com

ที่ สป ๐๑๓๓/๑๐๐๔



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ
ถนนสุทธิภิมย์ ตำบลปากน้ำ สป ๑๐๒๗๐

พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.ภัทรพร ยุบลพันธ์ (คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม)
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ตามที่ท่านได้ประสานงานและขออนุญาตเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วย
แบบสอบถามในหัวข้อเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง กรณีศึกษา
จังหวัดสมุทรปราการ (Factors Associated with Access to Health Care Services of The Elderly
People in Urban Areas: A Case Study of Samutprakarn Province) โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลใน
กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง
พฤษภาคม ๒๕๖๗ และเพื่อให้การศึกษาวิจัยดังกล่าวของท่านดำเนินการสำเร็จลุล่วงด้วยดี

จึงพิจารณาเห็นควรให้สามารถเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

ขอแสดงความนับถือ

(นายคำณ มั่งมี)

สาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ

ประวัติย่อผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ-นามสกุล

ดร.ภัทรพร ยูบลพันธ์

ประวัติการศึกษา

วท.บ. (การบริหารโรงพยาบาล) เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง รางวัลกาญจนาภิเษก

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล

ส.ด. (สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 0-2312-6300 ต่อ 1174