

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพต่างระดับ : กรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรค

Accessibility of health care service in different health care settings:

a case study of tuberculosis patients

สุภาพร สุปินธรรม* ภ.บ.

Supaporn Supinthum*, B.Pharm.

อัญชลี เพิ่มสุวรรณ** ปร.ด. (เภสัชศาสตร์)

Unchalee Phemsuwan**, Ph.D. (Pharmacy Administration)

สิริพร บุรพาเดชะ** วท.ด. (เภสัชศาสตร์)

Siriporn Burapadeja**, Ph.D. (Pharmacy)

นันทวดี ปิ่นปันคง*** ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

Nantawadee Pinpankong***, Ph.D. (Public Health)

*กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

*Consumer Protection and Pharmacy Department,

โรงพยาบาลป่าซาง

Pasang Hospital

**คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

***สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1

***Office of Disease Prevention and Control Region 1,

จังหวัดเชียงใหม่

Chiang Mai

Received: December 17, 2018

Revised: June 13, 2019

Accepted: June 19, 2019

บทคัดย่อ

วัณโรคเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกได้จัดประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (high burden country lists) แม้จะมีความก้าวหน้าในการดูแลรักษาวัณโรคและโรคเอดส์อย่างมาก จนสามารถลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากวัณโรคและเอดส์ได้ แต่ความท้าทายที่ยังพบอยู่คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ยังเข้าสู่ระบบล่าช้า เป็นเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคได้ วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการเข้าถึงและเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสถานบริการสุขภาพต่างระดับ ในมิติด้านการจัดบริการ ความสามารถในการจ่าย การยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ วิธีการ : ใช้รูปแบบเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนการรักษาด้วยยา จำนวน 120 คน ในสถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน สำนักงานป้องกันควบคุมโรค) ในช่วงตุลาคม 2560 - มกราคม 2561 โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติการจัดบริการ 7 ข้อ มิติความสามารถในการจ่าย 7 ข้อ มิติการยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ 6 ข้อ วิเคราะห์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบครัสคัล วอลลิส ใช้ในการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพใน 3 มิติ ของสถานบริการสุขภาพต่างระดับทั้ง 4 แห่ง ผลการวิจัย : จำนวนผู้ป่วยวัณโรคในสถานบริการ A เท่ากับ 22 คน (ร้อยละ 18.33) สถานบริการ B เท่ากับ 79 คน (ร้อยละ 65.83) สถานบริการ C เท่ากับ 5 คน (ร้อยละ 4.17) สถานบริการ D เท่ากับ 14 คน (ร้อยละ 11.67) การเข้าถึงบริการสุขภาพการรักษาวัณโรคของสถานบริการสุขภาพต่างระดับทั้ง 4 แห่ง มีการเข้าถึงระดับมากที่สุด (4.29 ± 0.60) ในมิติการยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ รองลงมา มีการเข้าถึงระดับปานกลาง (3.84 ± 0.66) ในมิติการจัดบริการ และมีการเข้าถึงน้อย (2.86 ± 0.86) ในมิติความสามารถในการจ่าย นอกจากนี้พบว่า สถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง มีความแตกต่างกันในมิติการจัดบริการและมิติความสามารถในการจ่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ไม่มีความ

แตกต่างกันในมิติการยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ สรุป : การยอมรับของผู้ป่วยวัณโรคต่อผู้ให้บริการ เป็นมิติที่มีความสำคัญมากที่สุด รองลงมา เป็นมิติการจัดบริการด้านสุขภาพ และมิติความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยมีความสำคัญน้อยที่สุดต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคได้เข้าถึงการรักษาได้ดีขึ้น ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ควรสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกต่อกัน สถานบริการควรมีมาตรการในการจัดบริการทั้งด้านสถานที่ กำลังคน ยา ระยะเวลา และระบบการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการรักษาของผู้ป่วย

Abstract

Tuberculosis (TB) continues to be an important public health problem in Thailand. Thailand is classified by the World Health Organization (WHO) as one of the 14 countries in the world with the highest TB burden. Despite advances in tuberculosis and AIDS treatment to the extent that morbidity and mortality rates from tuberculosis and AIDS have significantly been reduced, the challenges still remain as evidenced by a delay to recruit TB patients into the existing TB treatment and management system, thus potentially leading to mortality among tuberculosis patients. Objectives: This study aimed to determine and compare the accessibility of patients with tuberculosis to health care services in different health care settings in terms of availability, affordability, and acceptability. Method: This study used a descriptive cross-sectional design. The data were collected from 120 patients with tuberculosis who registered in four different health care settings, i.e. community hospital, general hospital, private hospital, and office of disease prevention and control, during October 2017 – January 2018. A questionnaire was used to collect the three-dimension data of availability (7 items), affordability (7 items), and acceptability (6 items). The data were analyzed using descriptive statistics. Kruskal-Wallis test was used to compare the mean score of accessibility among four different health care settings. Results: There were 22 (18.33%) patients with tuberculosis participating in setting A; 79 patients (65.83%) were from setting B; 5 patients (4.17%) were from setting C; and 14 patients (11.67%) were from setting D. It was found that acceptability dimension had a highly satisfactory level ($\bar{X} = 4.29 \pm 0.60$), followed by availability dimension with a moderately satisfactory level ($\bar{X} = 3.84 \pm 0.66$), and affordability dimension with an unsatisfactory level ($\bar{X} = 2.86 \pm 0.86$). In addition, levels of accessibility showed statistically significant difference among 4 health care settings for availability and affordability dimensions ($p < 0.05$), but there was no difference among 4 health care settings in terms of acceptability dimension. Conclusion: Overall, of the three dimensions of accessibility, patients' acceptance toward healthcare providers is the most important dimension, followed by availability dimension. Affordability is the least significant dimension on the accessibility of patients with tuberculosis to health care settings. To increase TB patients' accessibility to health care services, it is important that both patients and healthcare providers build a mutually positive relationship. Health facilities should have in place an efficient service delivery system in terms of facilities, manpower, medicines, and turnaround time, while encouraging more active engagement from various organizations in the community in order to assist the patients with extra expenses in addition to medical bills.

คำสำคัญ ผู้ป่วยวัณโรค, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, การจัดบริการ, ความสามารถในการจ่าย, การยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ, สถานบริการสุขภาพต่างระดับ	Keywords patients with tuberculosis, health service accessibility, availability, affordability, acceptability, different health care settings
---	--

บทนำ

วัณโรค (tuberculosis: TB) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่สำคัญ เนื่องจากเป็นปัญหาทางสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตในประเทศต่างๆ ทั่วโลก⁽¹⁾ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2560 คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงถึง 1.7 ล้านคน สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย ปี 2559⁽²⁾ ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 119,000 ราย หรือคิดเป็น 171 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าการคาดประมาณในอดีต (119 ต่อแสนประชากร) ถึงร้อยละ 43.0 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 70,114 ราย คิดเป็นอัตราการตรวจพบ (detection rate) เพียงร้อยละ 58.9 สาเหตุของอัตราการตรวจพบที่ต่ำคือ ผู้ป่วยวัณโรคไม่เข้าสู่ระบบบริการ ผู้ป่วยวัณโรคไปรักษาที่คลินิก/โรงพยาบาลนอกสาธารณสุข/โรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยวัณโรคมารับบริการ แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้อายาน

จากข้อมูลข้างต้นมีผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาได้ จากการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษาการเข้าถึงบริการการรักษา⁽³⁻⁸⁾ พบว่า ปัจจัย/อุปสรรค ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการรักษาวัณโรคคือ ค่าใช้จ่ายการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา^(3-4,8-10) การขาดการสนับสนุนจากทางสังคม⁽³⁾ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของสถานที่ตั้งของสถานบริการ^(5,11-12) การขาดความรู้ของโรควัณโรค ความเชื่อทางวัฒนธรรม^(6,11-13) ลักษณะทางประชากรศาสตร์⁽¹¹⁻¹²⁾ ระบบการจัดบริการ ทั้งด้านกำลังคน ทรัพยากร ระดับ

สถานบริการที่ต่างกัน^(3,10) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ครอบคลุม รักษาหายจากวัณโรคตามมาตรฐานการรักษา บางการศึกษาจึงได้กำหนดการเข้าถึงบริการรักษาเป็นนโยบายหลักในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค^(3-4,13) มีการประเมินการเข้าถึงบริการการรักษาจากจำนวนการใช้บริการของสถานบริการสุขภาพ⁽¹⁴⁾ หรือประเมินระดับความพึงพอใจต่อการใช้บริการสุขภาพ^(3-4,10) และยังได้ให้คำนิยามของการเข้าถึงบริการรักษาวัณโรคคือ ไม่ใช่แค่การเข้าไปใช้บริการ การได้รับการตรวจวินิจฉัยตามแนวทาง หรือการได้รับยารักษาเท่านั้น แต่หมายถึงรวมถึงกระบวนการ กลไก เทคโนโลยีวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้ารับบริการรักษา และการเข้าถึงบริการยังเป็นสิ่งบ่งบอกถึงระดับความต้องการของผู้ป่วยต่อการเข้ามาใช้บริการ⁽³⁻⁴⁾

จากข้อมูลการรายงานสถานการณ์วัณโรคทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ ยังพบว่า อัตราค้นพบ อัตราการรักษาสำเร็จ อัตราการขาดยา อัตราการเสียชีวิตยังไม่ถึงเป้าหมายตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ การที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการค้นหาผู้ป่วยนั้น นอกจากประชาชนจะต้องเข้าใจถึงอาการของวัณโรค การเข้าถึงสถานบริการต้องมีความสะดวก สามารถเข้ารับการรักษาได้ครอบคลุม ซึ่งจะสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อวัณโรค และลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพต่างระดับของผู้ป่วยวัณโรค ใน 3 มิติ คือ การจัดบริการ (availability) ความสามารถในการจ่าย (affordability) การยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ (acceptability) และใช้แนวคิดของการเข้าถึงการรักษาของ McIntyre DI, et al.⁽¹³⁾ มาเป็นกรอบแนวคิด

ในงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อสามารถนำข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการจัดระบบการรักษาวินโรค ที่ผู้ป่วยวินโรคสามารถเข้าถึงบริการ ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (26/2560) เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามในผู้ป่วยวินโรคที่ขึ้นทะเบียนการรักษาด้วยยา ในสถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมชน (setting A) โรงพยาบาลทั่วไป (setting B) โรงพยาบาลเอกชน (setting C) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (setting D) ในช่วงตุลาคม 2560 - มกราคม 2561 (สถานบริการสุขภาพ 4 แห่ง เป็นตัวแทนของสถานบริการที่มีความแตกต่างกันของขนาดจำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ บริบทของการจัดการให้บริการ การรับผู้ป่วยเพื่อเข้ารับรักษา โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เป็นตัวแทนสถานบริการในจังหวัดลำพูน ยกเว้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ที่ไม่ได้อยู่ในจังหวัดลำพูน)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวินโรคที่ขึ้นทะเบียนการรักษาด้วยยารักษาวินโรคในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงมกราคม 2561 ในสถานบริการสุขภาพทั้ง 4 แห่ง รวม 120 คน การกำหนดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยโดยทราบจำนวนประชากร⁽¹⁵⁾ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้ เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) (1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวินโรค และขึ้นทะเบียนการรักษาด้วยยารักษาวินโรค ในสถานบริการต่างระดับ 4 แห่ง และเป็นผู้ป่วยรายเก่า (2) อายุ 18 ปีขึ้นไป (3) สามารถสื่อสารภาษาไทย โดยสามารถอ่าน ฟัง พูด หรือเขียนภาษาไทยได้ (4) ยินยอม

และเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการวินิจฉัย และเปลี่ยนการรักษาเริ่มแรก

เครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้

แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการรักษาวินโรคประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลสถานภาพทั่วไป ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3 มิติ ทั้งหมด 20 ข้อ คือ มิติการจัดบริการ 7 ข้อ (มีโรงพยาบาลที่ผ่านสะดวกเดินทางมา มีคลินิกวินโรคแยกจากคลินิกอื่น มีเวลารอคอยตรวจกับแพทย์ไม่เกิน 1 ชั่วโมง มีเวลารอรับยาไม่เกิน 30 นาที มียารักษาที่เพียงพอ มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ มีเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ) มิติความสามารถในการจ่าย 7 ข้อ (สามารถจ่ายค่าเดินทางมาโรงพยาบาล สามารถจ่ายค่าอาหาร/เครื่องดื่มระหว่างที่มารักษา สามารถจ่ายค่าอาหารเสริม/วิตามิน/สมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกาย สามารถจ่ายค่าธรรมเนียมบริการการมาตรวจรักษา สามารถจ่ายค่าตรวจเพิ่มเติม เช่น ค่าเจาะเลือด ค่าตรวจเสมหะ ค่าเอกซเรย์ปอด สามารถจ่ายค่ายาที่ใช้รักษาด้วยตนเองก่อนมาโรงพยาบาล สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆ ในบ้าน ขณะที่ขาดรายได้ เนื่องจากต้องหยุดงานเพื่อมาโรงพยาบาล) มิติการยอมรับของ ผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ 6 ข้อ (หายจากโรค/อาการป่วย ขณะมารับการรักษา ได้รับความรู้เรื่องโรคละเอียดชัดเจน ได้รับรู้แผนการรักษาอย่างละเอียดชัดเจน ได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่บ้านอย่างละเอียดชัดเจน, ได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาที่รักษาอย่างละเอียดชัดเจน เจ้าหน้าที่รับฟังปัญหาและร่วมแก้ไขปัญหของท่าน) แต่ละข้อคำถามประเมินคะแนนแบบประมาณค่า ตั้งแต่ 1-5 แปลผลคะแนนเฉลี่ย⁽⁴⁾ แต่ละข้อคำถาม แต่ละมิติ คือ 4.00-5.00 หมายถึง การเข้าถึงมากที่สุด 3.00-3.99 หมายถึง การเข้าถึงปานกลาง 1.00-2.99 หมายถึง การเข้าถึงน้อย ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

แบบสอบถามส่วนที่ 2

1. ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีรายการด้านล่างนี้ในระดับใด	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.1 มีโรงพยาบาลที่ท่านสะดวกเดินทางมา					
1.2 มีคลินิกโรคไตแยกจากคลินิกอื่น					
1.3 มีเวลารอคอยตรวจกับแพทย์ไม่เกิน 1 ชั่วโมง					
1.4 มีเวลารอรับยาไม่เกิน 30 นาที					
1.5 มียารักษาที่เพียงพอ					
1.6 มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ					
1.7 มีเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ					
2. ท่านสามารถจ่ายต่อรายการด้านล่างนี้ในระดับใด	ระดับความสามารถในการจ่าย				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2.1 สามารถจ่ายค่าเดินทางมาโรงพยาบาล					
2.2 สามารถจ่ายค่าอาหาร/เครื่องดื่ม ระหว่างที่มาโรงพยาบาล					
2.3 สามารถจ่ายค่าอาหารเสริม/วิตามิน/สมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกาย					
2.4 สามารถจ่ายค่าธรรมเนียมบริการการมาตรวจรักษา					
2.5 สามารถจ่ายค่าตรวจเพิ่มเติม เช่น ค่าเจาะเลือด ค่าตรวจเสมหะ ค่าเอกซเรย์ปอด					
2.6 สามารถจ่ายค่ายาที่ใช้รักษาด้วยตนเองก่อนมาโรงพยาบาล					
2.7 สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในบ้าน ขณะที่ขาดรายได้เนื่องจากต้องหยุดงานเพื่อมาโรงพยาบาล					
3. ท่านคาดหวังต่อประเด็นด้านล่างต่อไปนี้ในระดับใด	ระดับการคาดหวัง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.1 หายจากโรค/อาการป่วย ขณะมารับการรักษา					
3.2 ได้รับความรู้เรื่องโรคอย่างละเอียดชัดเจน					
3.3 ได้รับรู้แผนการรักษาอย่างละเอียดชัดเจน					
3.4 ได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาที่รักษาอย่างละเอียดชัดเจน					
3.5 ได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาที่รักษาอย่างละเอียดชัดเจน					
3.6 เจ้าหน้าที่รับฟังปัญหา และร่วมแก้ไขปัญหของท่าน					

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไต ใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ เอ็กแซ็ค วิเคราะห์หาความแตกต่าง

สัดส่วนของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตในสถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง⁽¹⁶⁾ ใช้สถิติทดสอบคาสคอล วอลลอส (Kruskal Wallis H test) เปรียบเทียบความแตกต่างการเข้าถึงบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง⁽¹⁶⁾

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรคในสถานบริการสุขภาพ 4 แห่ง รวม 120 คน จำนวนผู้ป่วยวัณโรคใน setting A เท่ากับ 22 คน (ร้อยละ 18.33) setting B เท่ากับ 79 คน (ร้อยละ 65.83) setting C เท่ากับ 5 คน (ร้อยละ 4.17) setting D เท่ากับ 14 คน (ร้อยละ 11.67) เมื่อวิเคราะห์

ความแตกต่างสัดส่วนของสถานภาพทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคในสถานบริการสุขภาพ 4 แห่ง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านอายุที่ $p=0.020$ ด้านการศึกษาที่ $p=0.025$ ด้านอาชีพที่ $p=0.006$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์สถานภาพทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคในสถานบริการสุขภาพ 4 แห่ง

ลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง	setting A n (ร้อยละ)	setting B n (ร้อยละ)	setting C n (ร้อยละ)	setting D n (ร้อยละ)	total n (ร้อยละ)	p-value
จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง	22 (18.33)	79 (65.83)	5 (4.17)	14 (11.67)	120 (100)	
เพศ						
ชาย	15 (68.18)	46 (58.23)	2 (40)	12 (85.71)	75 (62.50)	0.147
หญิง	7 (31.82)	33 (41.77)	3 (60)	2 (14.29)	45 (37.50)	
สัญชาติ						
ไทย	22 (100)	77 (97.47)	5 (100)	12 (92.31)	116 (97.48)	0.464
อื่น ๆ	0 (0)	2 (2.53)	0 (0)	1 (7.69)	3 (2.52)	
อายุ						
น้อยกว่า 30 ปี	0 (0)	4 (5.06)	1 (20)	4 (28.57)	9 (7.50)	0.020*
30-59 ปี	16 (72.73)	38 (48.10)	2 (40)	6 (42.86)	62 (51.67)	
มากกว่าหรือ เท่ากับ 60 ปี	6 (27.27)	37 (46.84)	2 (40)	4 (28.57)	49 (40.83)	
ค่าเฉลี่ยอายุ	54.23±9.30	59.47±15.67	49.20±17.46	47.43±20.32	56.67±15.82	
การศึกษา						
ประถมศึกษา	12 (54.55)	60 (76.92)	3 (60.00)	7 (50.00)	82 (68.91)	0.025*
มัธยมศึกษา	9 (40.91)	8 (10.26)	1 (20.00)	3 (21.43)	21 (17.65)	
อนุปริญญา	1 (4.55)	5 (6.41)	0 (0)	1 (7.14)	7 (5.88)	
ปริญญา	0 (0)	4 (5.13)	1 (20.00)	3 (21.43)	8 (6.72)	
ไม่ได้ศึกษา	0 (0)	1 (1.28)	0 (0)	0 (0)	1 (0.84)	
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพ	21 (95.45)	62 (78.48)	5 (100)	9 (64.29)	97 (80.83)	0.223
ประกันสังคม	1 (4.55)	8 (10.13)	0 (0)	2 (14.29)	11 (9.17)	
ข้าราชการเบิกได้	0 (0)	8 (10.13)	0 (0)	1 (7.14)	9 (7.50)	
ชำระเงินเอง	0 (0)	1 (1.27)	0 (0)	2 (14.29)	3 (2.50)	

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์สถานภาพทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคในสถานบริการสุขภาพ 4 แห่ง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง	setting A n (ร้อยละ)	setting B n (ร้อยละ)	setting C n (ร้อยละ)	setting D n (ร้อยละ)	total n (ร้อยละ)	p-value
วิธีการเดินทาง						
ไปสถานบริการ						
มาด้วยตนเอง	16 (72.73)	36 (45.57)	2 (40.00)	9 (64.29)	63 (52.50)	0.261
ญาติมาส่ง	6 (27.27)	35 (44.30)	3 (60.00)	4 (28.57)	48 (40.00)	
จ้างคนมาส่ง	0 (0)	8 (10.13)	0 (0)	1 (7.14)	9 (7.50)	
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (4.55)	36 (45.57)	3 (60.00)	4 (28.57)	44 (36.67)	0.006*
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	0 (0)	4 (5.06)	0 (0)	0 (0)	4 (3.33)	
เกษตรกร	6 (27.27)	12 (15.19)	0 (0)	1 (7.14)	19 (15.83)	
รับจ้าง	11 (50.00)	23 (29.11)	1 (20.00)	7 (50.00)	42 (35.00)	
ธุรกิจส่วนตัว	4 (18.18)	4 (5.06)	1 (20.00)	2 (14.29)	11 (9.17)	

*significant level ($p < 0.05$), Fisher's exact test เนื่องจากมีค่าความถี่ความคาดหวัง (expected frequencies) ที่น้อยกว่า 5 เกิน 20

การเข้าถึงบริการสุขภาพรวมของสถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง จำแนกตามรายมิติ ใน 3 มิติ คือ มิติของการจัดบริการ (availability) อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.84) มิติของความสามารถในการจ่าย (affordability) มีการเข้าถึงอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย = 2.86) มิติของการยอมรับของผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ (acceptability) มีระดับการเข้าถึงอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.29)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ มิติการจัดบริการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ โดย setting D > A > C > B และมิติความสามารถในการจ่าย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ โดย setting C > A > D > B มิติการยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p > 0.05$ (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและเปรียบเทียบการเข้าถึงการรักษาในมิติการจัดบริการ (availability) มิติความสามารถในการจ่าย (affordability) และมิติการยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ (acceptability) ของสถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง

ความคิดเห็นต่อการ เข้าถึงบริการสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน					p-value
	setting A	setting B	setting C	setting D	total	
1. มิติการจัดบริการ (availability)	4.12$\pm$0.52	3.67$\pm$0.67	4.09$\pm$0.13	4.32$\pm$0.52	3.846$\pm$0.66	0.001*
1.1 มีโรงพยาบาลที่ท่านสะดวก เดินทางมา	4.27 $\pm$ 0.70	4.03 $\pm$ 0.85	4.20 $\pm$ 0.45	3.86 $\pm$ 1.02	4.06 $\pm$ 0.83	
1.2 มีคลินิกวันโรคแยกจาก คลินิกอื่น	4.36 $\pm$ 0.73	3.95 $\pm$ 0.97	4.00 $\pm$ 0.00	4.23 $\pm$ 0.60	4.06 $\pm$ 0.88	
1.3 มีเวลารอคอยตรวจกับแพทย์ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง	3.91 $\pm$ 0.75	3.38 $\pm$ 1.10	3.80 $\pm$ 0.45	4.36 $\pm$ 0.63	3.61 $\pm$ 1.03	
1.4 มีเวลารับยาไม่เกิน 30 นาที	3.77 $\pm$ 0.75	3.20 $\pm$ 1.11	4.00 $\pm$ 0.00	4.36 $\pm$ 0.63	3.47 $\pm$ 1.06	
1.5 มียารักษาที่เพียงพอ	4.14 $\pm$ 0.56	4.26 $\pm$ 0.81	4.00 $\pm$ 0.00	4.71 $\pm$ 0.47	4.28 $\pm$ 0.74	
1.6 มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านเพื่อ ติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ	3.91 $\pm$ 0.97	2.82 $\pm$ 1.39	4.20 $\pm$ 0.45	4.00 $\pm$ 1.04	3.23 $\pm$ 1.37	
1.7 มีเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วย ความเต็มใจ	4.32 $\pm$ 0.57	4.18 $\pm$ 0.96	4.40 $\pm$ 0.55	4.64 $\pm$ 0.50	4.27 $\pm$ 0.85	
2. มิติความสามารถในการจ่าย (affordability)	3.20$\pm$0.86	2.69$\pm$0.84	3.29$\pm$0.32	3.12$\pm$0.91	2.86$\pm$0.86	0.018*
2.1 สามารถจ่ายค่าเดินทาง มาโรงพยาบาล	3.64 $\pm$ 0.79	2.94 $\pm$ 0.98	4.00 $\pm$ 0.71	3.50 $\pm$ 1.16	3.18 $\pm$ 1.01	
2.2 สามารถจ่ายค่าอาหาร/ เครื่องดื่ม ระหว่างที่มา รพ.	3.59 $\pm$ 0.80	3.00 $\pm$ 0.95	4.00 $\pm$ 0.71	3.43 $\pm$ 1.09	3.20 $\pm$ 0.97	
2.3 สามารถจ่ายค่าอาหารเสริม/ วิตามิน/สมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกาย	3.09 $\pm$ 0.97	2.80 $\pm$ 1.07	3.20 $\pm$ 0.45	3.21 $\pm$ 0.80	2.91 $\pm$ 1.01	
2.4 สามารถจ่ายค่าธรรมเนียม บริการการตรวจรักษา	3.32 $\pm$ 1.04	2.68 $\pm$ 1.09	4.00 $\pm$ 0.71	3.29 $\pm$ 1.27	2.93 $\pm$ 1.14	
2.5 สามารถจ่ายค่าตรวจเพิ่มเติม เช่น ค่าเจาะเลือด ค่าตรวจเสมหะ ค่าเอกซเรย์ปอด	2.91 $\pm$ 1.07	2.38 $\pm$ 1.14	2.60 $\pm$ 0.55	3.14 $\pm$ 1.23	2.57 $\pm$ 1.14	
2.6 สามารถจ่ายค่ายาที่ใช้รักษา ด้วยตนเองก่อนมาโรงพยาบาล	2.95 $\pm$ 1.05	2.34 $\pm$ 1.10	2.80 $\pm$ 0.45	2.64 $\pm$ 1.01	2.51 $\pm$ 1.08	
2.7 สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในบ้าน ขณะที่ขาดรายได้ เนื่องจาก ต้องหยุดงานเพื่อมาโรงพยาบาล	2.95 $\pm$ 1.17	2.67 $\pm$ 1.24	2.40 $\pm$ 0.55	2.64 $\pm$ 1.08	2.71 $\pm$ 1.18	

ตารางที่ 2 คะแนนค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและเปรียบเทียบการเข้าถึงการรักษาในมิติการจัดบริการ (availability) มิติความสามารถในการจ่าย (affordability) และมิติการยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ (acceptability) ของสถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง (ต่อ)

ความคิดเห็นการต่อ เข้าถึงบริการสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน					p-value
	setting A	setting B	setting C	setting D	total	
3. การยอมรับของผู้รับบริการ ต่อผู้ให้บริการ (acceptability)	4.36±0.46	4.20±0.64	4.37±0.62	4.60±0.55	4.29±0.60	0.174
3.1 หายจากโรค/อาการป่วย ขณะมารับการรักษา	4.55±0.51	4.52±0.64	4.60±0.55	4.57±0.65	4.53±0.61	
3.2 ได้รับความรู้เรื่องโรคอย่าง ละเอียดชัดเจน	4.36±0.49	4.18±0.86	4.40±0.55	4.50±0.86	4.26±0.79	
3.3 ได้รับรู้แผนการรักษาอย่าง ละเอียดชัดเจน	4.32±0.48	4.03±0.83	4.20±0.84	4.57±0.65	4.15±0.77	
3.4 ได้รับความรู้เรื่องการ ปฏิบัติตัวที่บ้านอย่างละเอียดชัดเจน	4.32±0.48	4.01±0.88	4.20±0.84	4.64±0.63	4.14±0.82	
3.5 ได้รับความรู้เรื่องการใช้จ่าย ที่รักษาอย่างละเอียดชัดเจน	4.36±0.49	4.25±0.78	4.40±0.89	4.64±0.63	4.32±0.72	
3.6 เจ้าหน้าที่รับฟังปัญหาและ ร่วมแก้ไขปัญหของท่าน	4.27±0.63	4.26±0.81	4.40±0.55	4.64±0.50	4.31±0.75	

*significant level ($p < 0.05$), non parametric Kruskal Wallis test (H test)

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการให้บริการการรักษาวัดโรค

ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการให้บริการการรักษาวัดโรค ดังนี้ ควรได้รับการพบแพทย์ให้เร็วขึ้น ควรเพิ่มคำแนะนำในการปฏิบัติตัว/ความรู้เรื่องโรค ควรมีการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงในชุมชน โรงพยาบาลควรเพิ่มความสะดวกในการให้บริการ ควรปรับปรุงระบบการรอคอยรับยาสำหรับผู้สูงอายุให้เร็วขึ้น

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยวัดโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน setting B ร้อยละ 65.83 รองลงมา setting A ร้อยละ 18.33 setting C ร้อยละ 4.17 และ setting D ร้อยละ 11.67 ตามลำดับ สถานบริการสุขภาพทั้ง 4 แห่ง เป็นหน่วยบริการพื้นฐานการดูแลรักษาวัดโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่กลุ่มตัวอย่างในสถานบริการแต่ละแห่งมีจำนวน

ที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างของระดับสถานบริการสุขภาพคือ setting A เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และ setting B เป็นโรงพยาบาลจังหวัดขนาด 441 เตียง ทั้ง 2 แห่ง เป็นสถานบริการสุขภาพของภาครัฐบาล นอกจากนี้ setting B ยังเป็นหน่วยบริการรักษาการติดเชื้อวัดโรคตัวยาลาหลายขนาน ซึ่งต้องรับผู้ป่วยวัดโรคที่มีการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชนด้วย setting C เป็นโรงพยาบาลเอกชน มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ขึ้นทะเบียนการรักษาวัดโรค เมื่อเทียบกับ setting A และ B อาจเป็นผลมาจากการค้นพบผู้ป่วยวัดโรคที่ยังไม่ครอบคลุม หรือความซุกซนของโรควัดโรคในกลุ่มประชากรที่อาศัยในเขตพื้นที่มีน้อย setting C เป็นสถานบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยวัดโรคแบบผู้ป่วยใน รับผู้ป่วยเพื่อรักษาเฉพาะแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้น และยังเป็นหน่วยบริการรักษาการติดเชื้อวัดโรคตัวยาลาหลายขนานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเงื่อนไขในการขึ้นทะเบียนการรักษาผู้ป่วยวัดโรคที่เฉพาะ เช่น มีการรักษา

ที่ซับซ้อน ผู้ป่วยด้อยาหลายขนาน และผู้ป่วยต้องยินยรับการรักษาด้วยการสังเกตโดยเจ้าหน้าที่ (direct observe treatment: DOT) ในระยะเวลา 2 เดือนแรก หรือผู้ป่วยเลือกที่จะเข้าไปรักษาด้วยตนเอง และยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง งานวิจัยนี้มีผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน (30-59 ปี) สัญชาติไทย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สิทธิหลักประกันสุขภาพเดินทางไปรักษาด้วยตนเอง ไม่มีอาชีพหรือมีอาชีพรับจ้าง ดังนั้นนโยบายการดูแลรักษาวัณโรค อาจต้องให้ความสำคัญและมุ่งเน้นเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อ และป่วยเป็นโรควัณโรคได้สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของสัดส่วนของสถานภาพทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค ทั้งด้านอายุ การศึกษาและอาชีพ จากสถานบริการสุขภาพทั้ง 4 แห่ง อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสุขภาพด้วย โดยอาจมีผลต่อการเข้ารับการรักษาที่ล่าช้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ XU B, et al.⁽¹⁷⁾ ศึกษาการเข้าถึงการรักษาวัณโรคที่ล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรคในเขตชนบทของประเทศจีนพบว่า ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ความยากจนและอาการของโรค มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงการรักษา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang W, et al.⁽⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาวัณโรคที่ล่าช้าพบว่า ปัจจัยของอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค แต่พบปัจจัยรายได้ และไม่มีอาชีพการใดเป็นเลืด มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงการรักษาที่ล่าช้า

สถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติการจัดบริการ (availability) ระดับปานกลาง (3.84 ± 0.66) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ โดย setting B มีระดับการเข้าถึงที่น้อยกว่า setting A, C และ D เนื่องจาก setting B เป็นสถานบริการที่รับส่งต่อการรักษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน ที่เป็นหน่วยบริการพื้นฐาน

การรักษาวัณโรค จึงเป็นสถานบริการสุขภาพที่รองรับผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมาก ทั้งที่อยู่ในเขตและนอกเขตรับผิดชอบ ต่างกับ setting A, C และ D จะรับบริการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ setting D ยังมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยกว่า setting อื่นๆ เนื่องจากเป็นสถานบริการที่รับเฉพาะผู้ป่วยนอกไม่ค้างคืน และมีเกณฑ์กำหนดการรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา และผู้ป่วยที่มีความพร้อมและยินยอมในการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของสถานบริการ ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนต้องเดินทางในการไปรักษาด้วยระยะทางที่ไกลขึ้น ต้องรอตรวจรักษาที่นาน ในขณะเดียวกันการมีจำนวนบุคลากรที่ให้บริการการรักษาจำกัด จึงไม่สามารถออกไปเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ของสถานบริการได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arakawa T, et al.⁽³⁾ กล่าวว่า สถานบริการสุขภาพมีความแตกต่างของการเข้าถึงบริการการรักษาวัณโรค ในเรื่องบริการการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ ความใกล้เคียงของสถานที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพ กับบ้านที่อาศัย อย่างมีนัยสำคัญที่ $p = 0.032$ การเข้ารับการรักษาที่รวดเร็วอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = 0.015$ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของระยะเวลารอคอยในการตรวจรักษา กับแพทย์ การมียารักษาที่เพียงพอ Rodrigues AM, et al.⁽⁷⁾ ศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงการรักษาวัณโรคในมิติของการจัดบริการพบว่า มีความแตกต่างของการเข้าถึงการรักษาอย่างมีนัยสำคัญของการติดตามการรักษาโดยเจ้าหน้าที่ ที่ $p = 0.05$ การไปรักษาในสถานบริการใกล้บ้านที่ $p = 0.033$ แต่ไม่มีความแตกต่างกันของความรวดเร็วในการเข้ารับรักษา ระยะเวลารอคอยในการตรวจการรักษา การได้รับข้อมูลข่าวสารโดยเจ้าหน้าที่ การบริการนัดหมายการไปรักษาโดยเจ้าหน้าที่ ผลการรักษาที่ล้มเหลว

สถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ มิติความสามารถในการจ่าย (affordability) ระดับน้อย (2.86 ± 0.86) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือมีอาชีพรับจ้าง จึงมีความสามารถในการจ่ายน้อย ต่อภาระ

ค่าใช้จ่ายต่างๆ และพบว่า สถานบริการสุขภาพต่างระดับ 4 แห่ง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ โดย setting B มีระดับการเข้าถึงที่น้อยกว่า setting A, C และ D ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากความแตกต่างกันของสถานบริการสุขภาพดังกล่าว มาจากมิติการจัดบริการ ทำให้ผู้ป่วยใน setting B เดินทางด้วยระยะทางที่ไกลกว่า และใช้เวลานานขึ้น ทำให้มีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เพิ่มมากขึ้นด้วย แต่ค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคไม่มีผลต่อความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยมากนัก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสุขภาพ ซึ่งมีความครอบคลุมในค่ายาที่รักษาทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arakawa T, et al.⁽³⁾ กล่าวว่า สถานบริการสุขภาพมีความแตกต่างของการเข้าถึงบริการการรักษาโรคในด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาสถานบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.005$ แต่ไม่มีความแตกต่างของค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงานเพื่อมารักษาในแต่ละครั้ง Arcêncio RA, et al.⁽⁴⁾ พบว่า การเข้าถึงการรักษาโรคในสถานบริการสุขภาพ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่ใช่ค่ายารักษาที่เกิดจากการมาตรวจรักษาตามนัดที่ $p = 0.014$ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาที่ $p = 0.05$ แต่ไม่มีความแตกต่างกันของค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงาน ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากระหว่างรอตรวจรักษา ค่าพาหนะในการเดินทาง ค่าอาหารระหว่างการมาตรวจรักษา Rodrigues AM, et al.⁽⁷⁾ พบว่า มีความแตกต่างของการเข้าถึงการรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญในด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาที่ $p = 0.056$ แต่ไม่มีความแตกต่างกันในด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงาน ในขณะที่ต้องไปรับการรักษา

มิติการยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ (acceptability) มีระดับการเข้าถึงระดับมากที่สุด (4.29 ± 0.60) แสดงถึงว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ให้บริการ แต่ไม่มีความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ จากการทบทวนวรรณกรรมการเข้าถึงการรักษาโรค ยังไม่มีการศึกษา

ที่เปรียบเทียบการเข้าถึงการรักษาในมิติของการยอมรับของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ แต่มีการศึกษาของ Grut L, et al.⁽⁶⁾ พบว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคโควิดได้สูง และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการรักษาโรค McIntyre DI, et al.⁽¹³⁾ ที่แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ให้บริการ มีแนวโน้มเข้าถึงการรักษาได้มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติลบ Barnabishvili M, et al.⁽¹⁸⁾ กล่าวว่าผู้ป่วยโรคที่มีความคาดหวังเชิงลบต่อการรักษาการถูกตีตราทัศนคติของเจ้าหน้าที่เชิงลบต่อลักษณะผู้ป่วยเป็นอุปสรรคหลักต่อการเข้าถึงการรักษาที่ล่าช้า

สรุป

การเข้าถึงบริการสุขภาพ มิติการยอมรับของผู้ป่วยโรคต่อผู้ให้บริการ เป็นมิติที่มีความสำคัญมากที่สุด รองลงมา คือ มิติการจัดบริการ และมิติความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยมีความสำคัญน้อยที่สุดที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรค ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคได้เข้าถึงการรักษาได้ดีขึ้น ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการควรสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกต่อกัน สถานบริการควรมีมาตรการในการจัดบริการทั้งด้านสถานที่ กำลังคน ทรัพยากรยา ระยะเวลา และระบบการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ในชุมชนในการให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการรักษาของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งต่อไปอาจเป็นการศึกษาเพิ่มเติมในการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าสู่การรักษา
3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรออกแบบการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างลักษณะอื่นๆ ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ประธานกรรมการสอบ ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกรายที่ผู้วิจัยขอข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพ 4 แห่ง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์งานการวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ตลอดจนคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนทุนงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control. National tuberculosis control programme guideline, Thailand, 2018. Nonthaburi: Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control; 2018. (in Thai)
3. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011;19:994-1002.
4. Arcêncio RA, Arakawa T, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Scatena LM, Ruffino-Netto A, et al. Financial challenges to access tuberculosis treatment in Ribeirão Preto-São Paulo. *Rev esc enferm USP* 2011;45:1121-7.
5. Dangisso MH, Datiko DG, Lindtjörn B. Accessibility to tuberculosis control services and tuberculosis programme performance in southern Ethiopia. *Glob Health Action* 2015;8:10.3402/gha.v8.29443.
6. Grut L, Sanudi L, Braathen SH, Jügens T, Eide AH. Access to tuberculosis services for individuals with disability in Rural Malawi, a Qualitative Study. *PLoS One* 2015;10:e0122748.
7. Rodrigues AM, Scatena LM, Vendramini SH, Canini SR, Villa TC, Gir E. Assessment of tuberculosis treatment accessibility for patients co-infected or not with the human immunodeficiency virus. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46:1163-9.
8. Wang W, Jiang Q, Abdullah AS, Xu B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. *Eur J Public Health* 2007;17:419-23.
9. Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Soc Sci Med* 2004;58:247-58.
10. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;19:127-40.
11. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:655-8.
12. Wang F, Luo W. Assessing spatial and nonspatial factors for healthcare access: towards an integrated approach to defining health professional shortage areas. *Health Place* 2005;11:131-46.
13. McIntyre DI, Thiede M, Birch S. Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. *Health Econ Policy Law* 2009;4: 179-93.
14. Finkelstein MM. Do factors other than need determine utilization of physicians' services in Ontario?. *Can Med Assoc J* 2001;165:565-70.
15. Chaimay B. Sample size determination in descriptive study in public health. *Thaksin University Journal* 2013;16:9-18. (in Thai)

16. Chidchanok R, Yongyut R, Dujrudee C, Chayuthaphong C. Basic data analysis for pharmaceutical research. Clinical pharmacy workshop; 2017 Mar 1-3; The Imperial Mae Ping Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University; 2017. (in Thai)
17. B, Jiang QW, Xiu Y, Diwan VK. Diagnostic delays in access to tuberculosis care in counties with or without the National Tuberculosis Control Programme in rural China. *Int J Tuberc and Lung Dis* 2005;9:784-90.
18. Barnabishvili M, Ulrichs T, Waldherr R. Role of acceptability barriers in delayed diagnosis of tuberculosis: literature review from high burden countries. *Acta Trop* 2016;161:106-13.