

# การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

อาจรีย์ เชิดชู\*1, ฉวีวรรณ บุญสุยา\*\*2, ชนินทร์ เจริญกุล3\*\*\*

Received: June 21, 2019

Revised : July 24, 2019

Accepted : August 5, 2019

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์สอบถามผู้สูงอายุที่ติดสังคมและติดบ้าน จำนวน 200 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ไคสแควร์ และการถดถอยโลจิสติก ที่ระดับนัยสำคัญ ร้อยละ 5

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง (ร้อยละ 68.0) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) (ร้อยละ 65.5) มีอายุเฉลี่ย 68.1 ปี อาศัยอยู่โดยลำพัง (ร้อยละ 7.5) และมีสมาชิกเฉลี่ย 4 คนต่อครัวเรือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านตนเองและนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 61.5) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.5) เป็นผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่ (ร้อยละ 75.0) มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนสำหรับบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ

เมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 72.5) เป็นบุคคลในครอบครัว และเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข (ร้อยละ 37.5) ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.0) มีการรับรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 56.5 และ 59.0 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น (ร้อยละ 95) คือ อายุ เพศ ศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โรคประจำตัว การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย และการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ซึ่งการวางแผนหรือกำหนดนโยบายเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต้องเป็นรูปแบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้สูงอายุทุกกลุ่ม สอดคล้องกับบริบทชุมชน สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

## คำสำคัญ:

ผู้สูงอายุ / การเข้าถึงบริการสุขภาพ / การรับรู้ / ชุดสิทธิประโยชน์ / จังหวัดอยุธยา

\* ผู้รับผิดชอบบทความ อาจรีย์ เชิดชู คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: ajaree\_10@hotmail.com

\*\* นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\*\* พ.บ. สถิติประยุกต์ (เกียรตินิยมดีมาก) กศ.บ. รองศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปร.ด (ประชากรและการพัฒนา) รองศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



# Accessibility to Health Care Service of the Elderly in Bang Pa-in District, Ayutthaya Province

Ajaree Cherdchoo<sup>†</sup>, Chaweewon Boonshuyar<sup>\*\*</sup>, Chanin Chareonkul<sup>\*\*\*</sup>

## Abstract

*This quantitative research aimed to evaluate accessibility to health service according to the elderly benefits package of the National Health Security Office (NHSO) and to identify its related factors of the elderly resided in Bang-pa-In District of Ayutthaya Province. Data were obtained by interviewing 200 well and home bound elderly randomly recruited into the study. Descriptive statistics and logistic regression were applied for data analysis. The significance level was at 5%.*

*The results showed that the elderly were female (68.0%), aged 60-69 years (65.5%) and living alone (7.5%). An average member per family was 4 people. Majority was Buddhism and resided in his/her own home (61.5%), completed compulsory level of education and (62.5%), work currently (75.0%), reported of participating in community activities (72.5%) in regards to persons*

*assisted whenever having sickness, family members and health personnel (37.5%), informed of having chronic diseases (68.0%), was at high level of perception on health service according to the elderly benefit package and was at good level of accessibility to the health services (56.5% and 59.0%, respectively). Factors significantly related to the accessibility age, gender, religion, participation in community activities, chronic diseases, and caregiver whenever having sickness, and perception on health service according to the elderly benefit package. Policy and planning on provision of the elderly benefit package is suggested to be fitted to community context and needed of the elderly.*

## Keywords:

*Elderly / Accessibility to health services / Perception / Elderly benefit package of NHSO / Ayutthaya Province*

<sup>†</sup>Corresponding Author Ajaree Cherdchoo, Faculty of Public Health, Thammasat University

<sup>\*</sup>Student Master in Public Health (M.P.H.) Faculty of Public Health, Thammasat University

<sup>\*\*</sup> M.S.P.H (Biostatistics, UNC-CH), Associate Professor, Thammasat University, Faculty of Public Health

<sup>\*\*\*</sup> PhD (Population and Development), Associate Professor, Mahidol University, Faculty of Public Health

## 1. บทนำ

โลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และกว่าร้อยละ 20 ของประชากรกลุ่มนี้มีอายุมากกว่า 65 ปี องค์การสหประชาชาติ คาดว่า ใน พ.ศ. 2590 จะเป็นปีที่ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของโลกมีมากกว่าประชากรเด็ก สำหรับกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในช่วง พ.ศ. 2523 -2593 สัดส่วนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ.2560 พบว่าประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่สองของอาเซียน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Ageing society) และคาดว่าใน พ.ศ. 2563 วัยทำงานจำนวน 100 คนจะต้องดูแลผู้สูงอายุถึงจำนวน 30.3 คน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ซึ่งส่งผลโดยตรงกับระบบการเงินและการคลังของประเทศไทยในด้านการจัดสรรงบประมาณ สำหรับเป็นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่จะต้องมีเพิ่มขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

ใน พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณและกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) โดยมีเป้าหมายให้เกิดความครอบคลุมของบริการ ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพบนทรัพยากรของภาครัฐที่มีอยู่จำกัด ซึ่งชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วยสิทธิในการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่รัฐบาลกำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานและเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 12.2 ใน พ.ศ. 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) เป็นร้อยละ 13.7 ใน พ.ศ. 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ผู้สูงอายุมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 88.8 และพบอัตราการใช้บริการสุขภาพลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย

(กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนกึ่งเมือง และมีนิคมอุตสาหกรรมในพื้นที่ ดังเช่น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีการจัดบริการที่ครบ 4 มิติ ประกอบด้วย บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรค และฟื้นฟู โดยมุ่งเน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชน มีการพัฒนาระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลบริการกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มคือกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (well elder) หรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) ดำเนินการภายใต้ภารกิจ 3 ด้าน ได้แก่ ภารกิจบริการสุขภาพ ภารกิจพัฒนาศักยภาพ และภารกิจประสานบริการ ในแต่ละภารกิจนั้นจะมีชุดการให้บริการ (service package) ที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะหรือเป้าหมายของการบริการ อย่างไรก็ตาม จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุยังมีค่อนข้างน้อย รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจำนวนหนึ่งไม่สามารถมารับบริการตามนัดของแพทย์ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เนื่องจากไม่มีคนพามาเข้ารับการรักษาตามนัด อีกทั้งยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพดังกล่าวกำหนดขึ้นไม่นาน การประชาสัมพันธ์อาจจะไม่ครอบคลุม จึงทำให้การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย รวมถึงโครงสร้างของชุมชนที่มีความซับซ้อน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดครอบครัว และสถานภาพสมรส 2) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ และศาสนา 3) ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ได้แก่ ค่านิยมทางด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคม ทัศนคติ ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเรื่องสุขภาพและการใช้บริการ รูปแบบการดำเนินชีวิต และแรงจูงใจในด้านสุขภาพ และ 4) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ฐานะและทรัพยากร



ของครอบครัว รายได้ของครอบครัว และการทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพและการรับรู้ในชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้ในการวางแผน เสนอนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการ เป็นรูปแบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทชุมชน

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของผู้สูงอายุ
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา และการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

## 3. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดสังคมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อประเมินระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา และการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

โดยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม 2 ขั้นตอน (2-Stage PPS cluster sampling) กล่าวคือ สุ่มหมู่บ้านในขั้นตอนแรก โดยให้โอกาสที่แต่ละหมู่บ้านที่ได้รับการสุ่มในขั้นตอนนี้เป็นสัดส่วนกับจำนวนผู้สูงอายุ ต่อจากนั้นสุ่มผู้สูงอายุจากหมู่บ้านที่สุ่มได้ในขั้นตอนแรกโดยใช้วิธีสุ่มแบบมีระบบจากรายชื่อผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียน ขนาดตัวอย่างประมาณจากสูตร (ฉวีวรรณ บุญสุยา, 2544)

$$n_{cls} = Deff * \frac{NP(1-P)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1)+P(1-P)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

$$Deff = \left[ \frac{s.e(\hat{p})_{cls}}{s.e(\hat{p})_{srs}} \right]^2$$

เมื่อ  $n_{cls}$  แทน ขนาดตัวอย่าง  
 Deff แทน Design Effect  
 $Z_{\alpha/2}$  แทน ค่า Standard normal score ที่ระดับนัยสำคัญ  
 P แทน สัดส่วนการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ  
 d แทน ความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ในการประมาณค่าการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้  
 N แทน จำนวนผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
 ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีทั้งสิ้น 8,145 คน หากสัดส่วนการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุของอำเภอบางปะอินเหมือนกับสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 47.0 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ความผิดพลาดสูงสุดที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ไม่เกิน ร้อยละ 15 ของสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกฯ และให้ Deff มีค่า 2 จำนวนตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 200 คน โดยสุ่มจาก 20 หมู่บ้านๆ ละ 10 คน จากบัญชีรายชื่อประชากรผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน

**เครื่องมือที่ใช้** เป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การอยู่อาศัย และขนาดครอบครัว ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วย ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา อาชีพ ลักษณะของที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย รายได้ ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ประกอบด้วย ความเครียด ความพิการ และโรคประจำตัว เป็นคำถามชนิดเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คำถามมีด้วยกันทั้งสิ้น 20 ข้อ

**ส่วนที่ 2** การรับรู้และการใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ข้อคำถามมีอย่างละ 14 ข้อ ข้อคำถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ เป็นคำถามชนิดเลือก

ตอบ รับรู้ / ไม่รับรู้ ข้อคำถามการให้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ ไปใช้/ไม่ไปใช้ ในรอบปีที่ผ่านมา

การให้คะแนนการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ซึ่งมีข้อคำถาม 14 ข้อ รับรู้ให้คะแนน 1 และไม่รู้ให้คะแนน 0 นำคะแนนรายข้อมารวมกัน คะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 0-14 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ในสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำ

การให้คะแนนการให้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งมีข้อคำถาม 14 ข้อ ไปใช้ให้คะแนน 1 และไม่ใช่ให้คะแนน 0 นำคะแนนรายข้อมารวมกัน คะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 0-14 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง เคยใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในรอบปีที่ผ่านมา มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำ

เกณฑ์ในการจัดกลุ่มการรับรู้และการใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์มีดังนี้

	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก
การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ	12 - 14 คะแนน	9 - 11 คะแนน	0 - 8 คะแนน
การให้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์	10 - 14 คะแนน	5 - 9 คะแนน	0 - 4 คะแนน

คุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.98 และทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน เพื่อพิจารณาปรับปรุงการสื่อสารและภาษาที่ใช้ การตรวจสอบความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ใช้วัดการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.804 และ 0.743 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ COA No.009/2561 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่ อย 0032.002/2271 เก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผ่านจริยธรรมการวิจัย นำส่งหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนถึงผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประสาน

งานพื้นที่ เพื่อนัดหมายวันเวลา จากนั้นประสานชุมชน เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

#### 4. ผลการวิจัย

การเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 59.0) โดยการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ 3 อันดับแรกคือ การใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต ณ สถานบริการหรือในชุมชน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การใช้บริการคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจน้ำตาลในเลือด ปีละ 1 ครั้ง และใช้บริการเยี่ยมบ้านและชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุข อย่างน้อยปีละครั้ง (ร้อยละ 96.0, 96.0 และ 82.5 ตามลำดับ)

การใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุใช้บริการน้อย 3 อันดับคือ การใช้บริการคัดกรอง



ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด โดยคลำชีพจรทุกครั้งที่ได้รับบริการรักษา หากพบผิดปกติให้ส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข การใช้บริการให้ความรู้และคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และการใช้บริการคัดกรองภาวะหกล้มด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดินและจับเวลาที่ใช้ในการเดินปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 55.5, 54.0 และ 53.5 ตามลำดับ)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 200 คน เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.0) มีอายุเฉลี่ย 68.1 ปี (ร้อยละ 65.5) และเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) (ร้อยละ 6.0) เป็นโสด เกินครึ่งหนึ่งมีคู่หรือสมรส และหม้าย (ร้อยละ 33.0) สำหรับการอยู่อาศัย พบผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง (ร้อยละ 7.5) อยู่กับบุตร (ร้อยละ 71.5) และอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 46.5) มีสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนร่วมกับผู้สูงอายุเฉลี่ย 4 คน

ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.5) นับถือศาสนาพุทธ และศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 7.5) สำหรับระดับการศึกษาสูงสุด (ร้อยละ 16.0) ไม่ได้ศึกษาเล่าเรียน และเรียนจบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.5) ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับ สำหรับลักษณะที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่บ้านตนเอง (ร้อยละ 94.0) การประกอบอาชีพในปัจจุบัน กว่าหนึ่งในสามไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 37.5) สำหรับผู้ที่ยังประกอบอาชีพรับจ้างหรือเป็นพนักงานลูกจ้าง (ร้อยละ 22.5) ค่าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 19.5) และทำอาชีพในภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 17.0) มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (ร้อยละ 75.0) สำหรับบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เป็นบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 72.5) ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 40.0) และบุคลากรทางสาธารณสุข (ร้อยละ 37.5)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,668.5 บาท (ร้อยละ 80.0)

มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,501-15,000 บาท สำหรับปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาพบว่า จากการประเมินความเครียดด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 31.0) ระบุว่า มีความเครียด ผู้สูงอายุมีความพิการ (ร้อยละ 2.5) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.0)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์พบว่า ผู้สูงอายุ 70 - 90 ปี เข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในระดับมาก 1.99 เท่าของผู้สูงอายุวัยต้น (95% CI COR: 1.07-3.69) ผู้สูงอายุหญิงเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในระดับมาก 2.08 เท่าของผู้สูงอายุผู้ชาย (95% CI COR: 1.14-3.80)

ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในระดับมาก 3.14 เท่าของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม (95% CI COR: 1.03-9.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value=0.044) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในระดับมาก 2.03 เท่าของผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (95% CI COR: 1.06-3.88) ผู้ที่มีบุคลากรทางสาธารณสุขดูแลเมื่อเจ็บป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในระดับมาก 2.45 เท่าของผู้ที่ไม่มีบุคลากรทางสาธารณสุขดูแลเมื่อเจ็บป่วย (95% CI COR: 1.33-4.53) และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในระดับมาก 1.89 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (95% CI COR: 1.04-3.45)

ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ( $p$ -value<0.001) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สิทธิประโยชน์ในระดับมาก สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในระดับมากตามไปด้วย (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

ปัจจัยระดับบุคคล	จำนวน	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ				p-value	(COR)	95%CI COR	
		น้อย		มาก				LB	UB
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
รวม	200	82	41.0	118	59.0				
<b>คุณลักษณะส่วนบุคคล</b>									
<b>อายุ (ปี)</b>									
						0.029			
60-69	131	61	46.6	70	53.4		ref		
70-90	69	21	30.4	48	69.6		1.99	1.07	3.69
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 68.1 (6.4) ปี									
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด = 60-88 ปี, มัธยฐาน = 66.0 ปี									
<b>เพศ</b>									
						0.018			
ชาย	64	34	53.1	30	46.9		ref		
หญิง	136	48	35.3	88	64.7		2.08	1.14	3.8
<b>การอยู่อาศัย</b>									
						0.935			
อยู่คนเดียว	15	5	33.3	10	66.7		0.96	0.33	2.8
อยู่หลายคน	185	82	44.3	103	55.7		ref		
<b>ขนาดครอบครัว (คน)</b>									
						0.400			
1	15	5	33.3	10	66.7		0.8	0.26	2.41
2-4	101	49	48.5	52	51.5		ref		
5 ขึ้นไป	84	33	39.3	51	60.7		1.2	0.39	3.7
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 4.3 (2.0) คน									
สมาชิกต่ำสุด-สมาชิกสูงสุด = 1-10 คน, มัธยฐาน = 4.0 คน									
<b>ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม</b>									
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>									
						0.487			
ไม่ได้เรียน	32	11	34.4	21	65.6		1.4	0.55	3.57
ประถมศึกษา	123	52	42.3	71	57.7		0.99	0.50	1.99
สูงกว่าประถมศึกษา	45	19	42.2	26	57.8		ref		
<b>ศาสนา</b>									
						0.044			
พุทธ	185	72	38.9	113	61.1		3.14	1.03	9.56
อิสลาม	15	10	66.7	5	33.3		ref		



ตารางที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ (ต่อ)

ปัจจัยระดับบุคคล	จำนวน	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ				p-value	(COR)	95%CI COR	
		น้อย		มาก				LB	UB
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>การประกอบอาชีพในปัจจุบัน</b>						0.070			
ไม่ได้ทำงาน	81	27	33.3	54	66.7	1.72	0.96	3.09	
ยังทำงานอยู่	119	55	46.2	64	53.8	ref			
<b>ลักษณะที่อยู่อาศัย</b>						0.217			
บ้านตนเอง	188	75	39.9	113	60.1	2.11	0.65	6.89	
ไม่ใช่บ้านตนเอง	12	7	58.3	5	41.7	ref			
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน</b>						0.032			
เข้าร่วม	150	55	36.7	95	63.3	2.03	1.06	3.88	
ไม่เข้าร่วม	50	27	54.0	23	46.0	ref			
<b>บุคลากรทางสาธารณสุข ดูแลเมื่อเจ็บป่วย</b>						0.004			
ไม่ใช่	125	61	48.8	64	51.2	ref			
ใช่	75	21	28.0	54	72.0	2.45	1.33	4.53	
<b>ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ</b>									
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>						0.790			
≤ 5,000 บาท	112	45	40.2	67	59.8	1.08	0.61	1.91	
> 5,000 บาท	88	37	42.0	51	58.0	ref			
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 7,668.5 (7,645.6) บาท									
รายได้ต่ำสุด-รายได้สูงสุด = 900-45,000 บาท, มัธยฐาน = 5,000.0 บาท									
<b>ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา</b>									
<b>ความเครียด (จากการประเมินตนเอง)</b>						0.423			
ไม่มี	138	54	39.1	84	60.9	1.28	0.70	2.35	
มี	62	28	45.2	34	54.8	ref			
<b>โรคประจำตัว</b>						0.038			
ไม่มี	64	33	51.6	31	48.4	ref			
มี	136	49	36.0	87	64.0	1.89	1.04	3.45	

ตารางที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ (ต่อ)

ปัจจัยระดับบุคคล	จำนวน	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ				p-value	(C <sub>OR</sub> )	95%CI COR	
		น้อย		มาก				LB	UB
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความพิการ					0.963				
ไม่มี	195	80	41.0	115	59.0	ref			
มี	5	2	40.0	3	60.0	1.04	0.17	6.39	
ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์					<.001				
น้อย	50	46	92.0	4	8.0	ref			
ปานกลาง	37	17	45.9	20	54.1	13.53	4.04	45.33	
มาก	113	19	16.8	94	83.2	56.90	18.30	176.91	

(C<sub>OR</sub>) = ค่าประมาณ ของ COR เมื่อ COR = Crude odds ratio

จากการคัดเลือกตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุพบว่า อายุและระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ (p-value=0.046 และ p-value<.001 ตามลำดับ) โดยผู้สูงอายุ 70-90 ปี เข้าถึงบริการสุขภาพ

ในระดับมาก 2.47 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (95% CI AOR: 1.02-6.02) และผู้สูงอายุที่รับรู้สิทธิประโยชน์อยู่ในระดับมาก เข้าถึงบริการสุขภาพ 58.65 เท่าของผู้ที่รับรู้สิทธิประโยชน์อยู่ในระดับน้อยกว่า (95% CI AOR: 16.98-202.62) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ 200 คน

ตัวแปร	b	SE (b)	p-value	(A <sub>OR</sub> )*	95% CI AOR	
					LB	UB
ระดับการรับรู้ตามสิทธิประโยชน์ <sup>ref</sup> น้อย			<.001			
ปานกลาง	2.580	0.655		13.19	3.66	47.61
มาก	4.072	0.633		58.65	16.98	202.62
อายุ (70-90 ปี) <sup>ref</sup> 60-69 ปี	0.906	0.454	0.046	2.47	1.02	6.02

\*(A<sub>OR</sub>) = ค่าประมาณ adjusted odds ratio (AOR) เมื่อควบคุมตัวแปรต่อไปนี้: เพศ ขนาดครอบครัว ศาสนา การประกอบอาชีพในปัจจุบัน ลักษณะของที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุขดูแลเมื่อเจ็บป่วย และโรคประจำตัว



## 5. อภิปรายผลการวิจัย

การเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก บริการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับมาก 3 ลำดับแรกคือ บริการเยี่ยมบ้านและชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 82.5) ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวของร่างกายและการฝึกการทำงานของสมองโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 71.0) บริการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับน้อยที่สุดคือ ความรู้และการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 54.0)

สำหรับการใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่า การใช้บริการสุขภาพในลำดับแรก ๆ เป็นบริการสุขภาพการคัดกรองด้วยวาจาเบื้องต้นที่ศักยภาพของ อสม. สามารถทำได้จึงทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพในประเด็นดังกล่าวได้มาก รวมถึงบริการสุขภาพดังกล่าวส่งผลต่อตัวชี้วัด (KPI) ของกระทรวงสาธารณสุขทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขให้ความสำคัญในลำดับแรกๆ

การใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านป้องกันโรคที่ผู้สูงอายุใช้บริการมาก ได้แก่ การใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต ณ สถานบริการหรือในชุมชน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 96.0) การใช้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน โดยการตรวจน้ำตาลในเลือด ปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 96.0) การใช้บริการคัดกรองโรคซึมเศร้าและการให้คำปรึกษา โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 79.5) ส่วนการใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านป้องกันโรคที่ผู้สูงอายุใช้บริการน้อย ได้แก่ การใช้บริการคัดกรองสุขภาพช่องปาก โดยทันตแพทย์หรือทันตภิบาลหรือทันตสาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 62.0) การใช้บริการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 60.5) การใช้บริการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดโดยคลำชีพจรทุกครั้งที่ได้รับบริการรักษา หากพบผิดปกติให้ส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข (ร้อยละ 55.5) และการใช้บริการคัดกรอง

ภาวะหกล้มด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดินและจับเวลาที่ใช้ในการเดิน ปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 53.5) เนื่องจากบริการสุขภาพดังกล่าว เป็นบริการสุขภาพที่ต้องให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเป็นผู้ให้บริการ รวมถึงเป็นบริการสุขภาพในทางคลินิกหรือเชิงการรักษาพยาบาล

ปัจจัยที่มีความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ อายุ และระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุวัยปลายเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์มากกว่า 2.47 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่านี้ (95% CI OR: 1.02-6.02) เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเสื่อมถอยของร่างกายและส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว รวมถึงเป็นกลุ่มเป้าหมายของนโยบายที่มหมอบรรอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์มากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น สอดคล้องกับการศึกษาของผานิตา พงษ์เศวตที่พบว่า ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพ (การมีโรคประจำตัว การเสื่อมถอยตามวัย) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (ผานิตา พงษ์เศวต, 2551) และผู้สูงอายุที่รับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ 58.65 เท่าของผู้ที่รับรู้สิทธิประโยชน์อยู่ในระดับน้อยกว่านี้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่รับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพเล็งเห็นประโยชน์ที่จะได้รับในชุดสิทธิประโยชน์ จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไปใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับหรือรับรู้สิทธิประโยชน์อยู่ในระดับน้อยกว่า

ปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์มากกว่า 2.08 เท่าของผู้สูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) เนื่องด้วยผู้หญิงใส่ใจสุขภาพมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายมักไม่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยจนกระทั่งอาการรุนแรงไปแล้ว รวมถึงความยืนยาวของชีวิตผู้หญิงที่จะอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ 3.14 เท่าของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพกลุ่มชาวพุทธเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากกว่า จึงทำให้ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธรับรู้สิทธิประโยชน์มากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม รวมถึงในบางหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวมุสลิม ถือเป็นประเด็นที่น่าสนใจในเรื่องการเข้าถึงกลุ่มชาวมุสลิม ในการประชาสัมพันธ์หรือการกระจายข่าวสารสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรับรู้เพิ่มมากขึ้น และการจัดบริการที่เอื้อต่อชาวมุสลิมไม่ขัดต่อหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ เพื่อให้ชาวมุสลิมสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์มากขึ้น

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์มากกว่า 2.03 เท่าของผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) รวมถึงผู้สูงอายุที่มีบุคลากรทางสาธารณสุขดูแลเมื่อเจ็บป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์มากกว่า 2.45 เท่าของผู้ที่ไม่มีบุคลากรทางสาธารณสุขดูแลเมื่อเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) เนื่องจากบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นบุคลากรที่ให้บริการในชุดสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horton S1, Johnson RJ. ที่พบว่า การมีผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ เช่น แพทย์พยาบาล เป็นต้น ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (Horton S1, Johnson RJ., 2010)

ตัวแปรระดับบุคคลประกอบด้วย ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของที่อยู่อาศัย และครอบครัวดูแลเมื่อเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ จากการศึกษาของ Horton S1, Johnson RJ. ที่พบว่า ความยากจนส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวมีความแตกต่างกับการศึกษาที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน (Horton S1, Johnson RJ., 2010) การศึกษาของทัตดาว ค่ายอดใจที่พบว่า ระดับรายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ (ทัตดาว ค่ายอดใจ, 2556)

สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์มากกว่า 1.89 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัตดาว ค่ายอดใจที่พบว่า โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ (ทัตดาว ค่ายอดใจ, 2556) เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือมีความพิการเป็นกลุ่มเป้าหมายในหลายโครงการและกิจกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ได้มากกว่า

ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพกับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สอดคล้องกับการศึกษาของพิลลือ เขียวแก้วที่พบว่า การรับรู้สิทธิคนพิการมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิลลือ เขียวแก้ว, 2553) ผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัว เมื่อรับรู้สิ่งเร้าจากการมองเห็นและการได้ยินเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจะมีการแปลความหมายและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ถ้าสิ่งเร้าเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพมีแรงจูงใจหรือถูกชักจูงให้ไปใช้บริการสุขภาพ บุคคลก็จะตอบสนองพฤติกรรม นั่นคือ การใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุมากขึ้น

## 6. ข้อเสนอแนะ

1) การวางแผนหรือกำหนดนโยบายเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ต้องเป็นรูปแบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้สูงอายุทุกกลุ่ม สอดคล้องกับบริบทชุมชน สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกระจายข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพต้องหาแหล่งข้อมูลข่าวสารเพื่อการกระจายข้อมูลข่าวสารไปยังผู้สูงอายุในการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น



## 7. เอกสารอ้างอิง

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553).

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 -2564)  
ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ ฯ : เทพ  
เพ็ญวานิชย์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ระบบคลังข้อมูลโรคไม่  
ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.สืบค้นเมื่อ  
20 กันยายน 2560, จากกระทรวงสาธารณสุข เว็บ  
ไซด์:[http://203.157.126.45/ncd/chronic/  
rep\\_dmscreen2.php](http://203.157.126.45/ncd/chronic/rep_dmscreen2.php)

กรมอนามัย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2556). รายงานการ  
สำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงาน  
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ (พิมพ์ครั้งที่ 1).  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิจิตรรินทร์.

จิตติมา อร่ามศรีธรรม. (2553). การเข้าถึงและความ  
ต้องการบริการสุขภาพ ด้านอนามัยแม่และเด็กใน  
สถานอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทาง  
ตอนใต้ของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข.  
19 (1), 49 - 58.

ฉวีวรรณ บุญสุยา. (2544). ประชากรและการเลือก  
ตัวอย่าง. ประมวลสาระชุดวิชา สถิติและระเบียบ  
วิธีวิจัยในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 8 (น. 94-97).  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

หัตตดาว ค่ายอดใจ. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับ  
บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล  
ของรัฐบาล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้า  
อิสระเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ทีนุชา ทันวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ  
มารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายสุขภาพ  
อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารความ  
ปลอดภัยและสุขภาพ, 9 (31) , 26 - 36.

นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และ ฐาศุภกร จันประเสริฐ. (2555).  
รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การสังเคราะห์  
งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทาง  
จิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูง  
อายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

บัวลักษณ์ จันทร. (2550). การเข้าถึงบริการสุขภาพ  
ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้  
สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิจัย  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 7 (3), 60 - 71.

ผานิตา พงษ์เศวต. (2551). การเข้าถึงบริการสุขภาพด้าน  
การรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุ อำเภอตำบึงมะหาด  
จังหวัดราชบุรี. การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหา  
บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบ  
สุขภาพ, มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.

พิลือ เขียวแก้ว. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ  
เข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ.  
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
จัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2557). สังคมผู้สูงอายุ:  
นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม  
2560, จาก เว็บไซต์: [http://www.stou.ac.th/  
stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html](http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2560).  
สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ ฯ :  
บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2561).  
สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ ฯ :  
บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.

วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ. (2558). PPCT  
Model: รูปแบบชีวนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ  
ผู้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. วารสารพยาบาล  
ทหาภิภ, 16 (2), 15 - 20.

- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2557). *6 เสาหลักของระบบสุขภาพ*. ค้นเมื่อ 7 มกราคม 2560, จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เว็บไซต์: <https://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/5440>
- สุขุมล ปัทมเศรษฐานนท์. (2558). สุขภาพพื้นฐานและสุขภาพในสายน้ำแห่งชีวิต สู่คุณภาพชีวิตवासुकองค์รวมของ WHO. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น*, 7 (2), 3 - 16.
- สุวิมล คำย่อย. (2555). *ความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหยวก อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี*. การค้นคว้าอิสระทางสาธารณสุข, อุดรธานี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่สิบสอง พ.ศ.2560-2564*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. *ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร* (2559). ประชากรสูงอายุอาเซียน สืบค้นเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2560, จาก เว็บไซต์: [https://www.m-society.go.th/article\\_attach/17404/19808.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/17404/19808.pdf)
- สำนักงานภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก. (2559). ปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ: ความเป็นธรรมทางสุขภาพและความครอบคลุมทางสังคมในประเทศไทย. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
- Dort, S. (2016). *Access to Health Services in Europe* European Public Health Alliance. Retrieved December 31, 2016, from [http://www.socialwatch.eu/wcm/access\\_to\\_health\\_services.html](http://www.socialwatch.eu/wcm/access_to_health_services.html)
- Maurice, B. Mittelmark, S.S., Monica, E., Georg, F.B., Jürgen, M.P., Bengt, L., and Geir, A.E. (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Retrieved October 8, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435860/>
- Healthy People. *Access to Health Services*. Retrieved December 31, 2016, from <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Access-to-Health-Services>
- Horton, S1., Johnson, RJ. (2010). Improving access to health care for uninsured elderly patients. *Public Health Nurs*, 27(4), 362-370. Retrieved January 3, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20626837>
- Hox, J.J. (2002). *Multilevel Analysis, Techniques and Applications*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.
- Lindsay, M., Penelope, H. (2005). Ecological perspectives in health research. *J Epidemiol Community Health* 2005, 59, 6 - 14.
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving performance*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2007). *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2008). *Primary Health Care: Now more than ever*. Geneva: WHO.