ปัจจัยทางสังคมและการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผลต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง ในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ยุวดี บุญเนาว์ พย.ม.*

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากรโลก โดยเฉพาะกลุ่มประชากรเปราะบาง มักเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเป็นสะพานเชื่อมระหว่างชุมชนกับระบบสุขภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมและการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง จำนวน 255 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทางสังคม การสนับสนุนจาก อสม. และการเข้าถึงบริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.47) อายุเฉลี่ย 69.85 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.88) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 50.59) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 88.63) โรคที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 74.12) และเบาหวาน (ร้อยละ 56.86) ปัจจัยทางสังคม การสนับสนุนจาก อสม. และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีค่าเฉลี่ยระดับสูง (mean = 4.01, SD = 0.47; mean = 3.82, SD = 1.17; และ mean = 4.61, SD = 0.24 ตามลำดับ) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (β = 0.257) การประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพโดย อสม. (β = 0.208) และสภาพแวดล้อมในชุมชน (β = 0.160) โดยสามารถพยากรณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ร้อยละ 20.6

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางมากที่สุด คือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รองลงมา คือ การประสานส่งต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขและสภาพแวดล้อมในชุมชน ดังนั้น จึงควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพในชุมชน เสริมศักยภาพ อสม. ด้านการประสานส่งต่อ และจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE 68-1-003 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 25 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 29 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 7 สิงหาคม 2568

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ**
อีเมล boonnao2557@gmail.com

Social factors and support from village health volunteers affecting access to healthcare for chronic disease patients in vulnerable populations in Na Fai Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province

Yuwadee Boonnao M.N.S.*

Abstract

Globally, non-communicable diseases (NCDs) are the leading cause of death, especially in vulnerable populations facing the obstacle of healthcare access. Village Health Volunteers (VHVs) play a crucial role as coordinators between communities and health systems. The purpose of this study was to examine social factors and support from VHVs that affected healthcare access among patients with chronic disease in vulnerable populations in Na Fai Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province. A cross-sectional survey study was established on 255 patients with chronic diseases in vulnerable populations, selected through proportional stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire covering demographics, social factors, VHV support, and healthcare access. Data analysis employed descriptive statistics and stepwise multiple linear regression.

The results showed that the majority of participants were female (76.47%), had an average age of 69.85 years, had primary education (85.88%), were employed in agriculture (50.59%), and earned less than 5,000 baht per month (88.63%). The most chronic disease cases were hypertension (74.12%) and diabetes (56.86%), respectively. Social factors, VHV support, and healthcare access had high mean scores (mean = 4.01, SD = 0.47; mean = 3.82, SD = 1.17; and mean = 4.61, SD = 0.24, respectively). Multiple regression analysis revealed that three significant predictors of healthcare access were access to health information (β = 0.257), care coordination and referral to the healthcare system by VHVs (β = 0.208), and community environment (β = 0.160). These factors could predict 20.6% of the variance in healthcare access.

In conclusion, the factors that influenced the access to health services for patients with chronic diseases in vulnerable populations were access to health information, followed by the coordination of public health volunteers and the community environment. Thus, community health information systems should be developed, VHV referral capacity strengthened, and a supportive community environment provided.

keywords: healthcare access; social support networks; chronic disease patients; village health volunteers

Ethical approval: HE 68-1-003, Plagiarism checked, 3 Reviewers.
Received 25 March 2025, Revised 29 July 2025, Accepted 7 August 2025

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Corresponding author, E-mail: boonnao2557@gmail.com**

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และมะเร็ง ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2019 มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กว่า 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] ภาระของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมิได้กระจายตัวอย่างเท่าเทียม โดยกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม มักแบกรับผลกระทบที่รุนแรงกว่า ทั้งยังเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ส่งผลให้เกิดการควบคุมโรคที่ไม่เพียงพอ นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน การสูญเสียคุณภาพชีวิต และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยทางสังคมเป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[2] ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ รายได้ การศึกษา อาชีพ เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม วัฒนธรรม และบรรทัดฐานทางสังคม ปัจจัยป้องกันเชิงบวก เช่น การมีโครงข่ายสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งและสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้บุคคลและชุมชนสามารถเลือกวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้ ในทางตรงกันข้าม การขาดปัจจัยด้านบวกจะจำกัดทางเลือกและนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า เช่น สูบบุหรี่ บริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ และขาดการออกกำลังกาย รวมถึงมีโอกาสเข้าถึงบริการป้องกันโรคและการดูแลรักษาน้อยกว่า[1]

นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (village health volunteers: VHV) ก็มีบทบาทสำคัญในการเป็นสะพานเชื่อมระหว่างชุมชนกับระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในประเทศไทย อสม. ทำหน้าที่ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตรวจคัดกรองและเชื่อมต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเรื่องการใช้ยา ติดตามอาการ ประสานงานส่งต่อ รวมถึงให้คำปรึกษาด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แสดงให้เห็นว่า การบริการโดย อสม. สามารถพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนเสริมสร้างคุณภาพชีวิต[3]

แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมและบทบาทของ อสม. ต่อการควบคุมโรคและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับนานาชาติ แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทไทย โดยเฉพาะในระดับตำบลยังคงมีอยู่จำกัด การศึกษาวิจัยก่อนหน้าส่วนใหญ่ในประเทศไทยจะเน้นศึกษาการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเชิงสังคมที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเปราะบางยังมีค่อนข้างน้อยและยังขาดข้อมูลในระดับชุมชนท้องถิ่น เช่น การศึกษาของ Sommanapan[4] ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด แต่ไม่ได้เจาะลึกเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานวิจัยของ Jirathananuwat[5] ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองของประเทศไทย แต่ไม่ได้วิเคราะห์รายละเอียดบทบาทของ อสม. ส่วนการศึกษาของ Wattanayingcharoenchai[6] เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองและยังไม่ชัดเจนในเรื่องบทบาทการสนับสนุนของ อสม.

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยทางสังคมและการสนับสนุนของ อสม. ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการดูแลโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางในบริบทชนบทไทย โดยศึกษากรณี

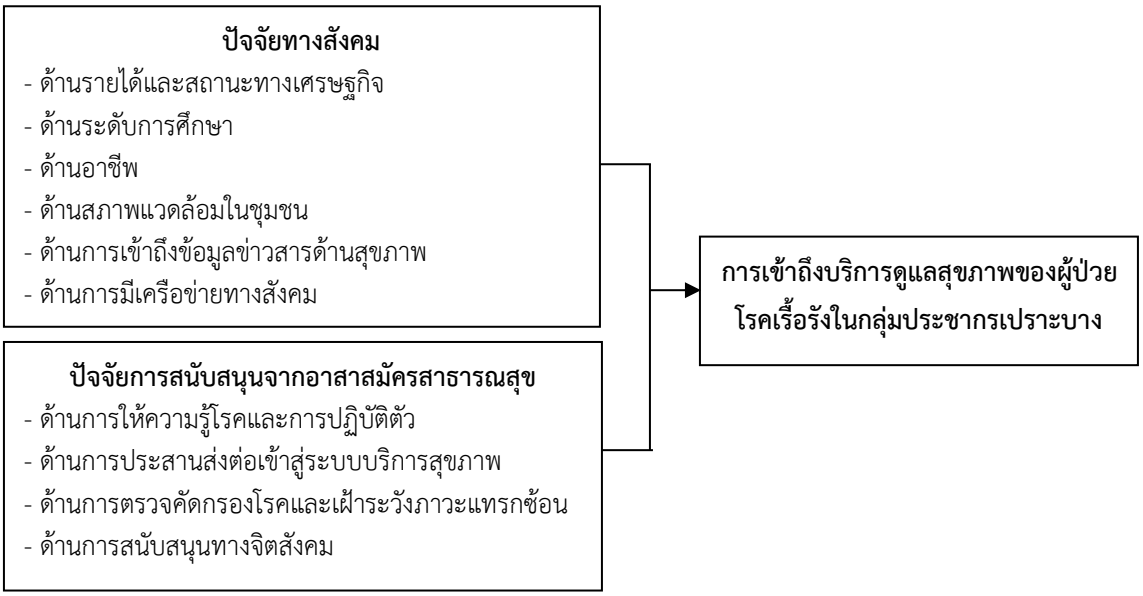
ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการในมิติต่าง ๆ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงบทบาทของ อสม. ในการขจัดอุปสรรคและส่งเสริมโอกาสการเข้าถึงบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข่องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยประยุกต์ทฤษฎีปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (social determinants of health) ซึ่งอธิบายว่า สถานะสุขภาพและความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพของบุคคลและประชากรเป็นผลมาจากปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีผลต่อสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ รายได้และสถานะทางสังคม ระดับการศึกษา ภาวะการทำงาน ความเครียด การเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพ การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับการยอมรับทางสังคม ความแตกต่างของปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ช่องว่างของสุขภาพ[7] ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนเพื่อสุขภาพ (community empowerment for health) ซึ่งมองว่า การพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีความสามารถในการระบุปัญหา ตัดสินใจแก้ไข วางแผนและดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของคนในชุมชน ผ่านทั้งระดับบุคคล องค์กร และชุมชน เป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ[8]



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางที่อาศัยอยู่ในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 255 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Yamane[9] ดังนี้ n = N1+N(e)2 โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนประชากรทั้งหมด e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (กำหนดที่ระดับ 0.05) จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝายปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว ทั้งสิ้น 557 คน แทนค่าในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เท่ากับ 232 คน จากนั้นเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 255 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามจำนวนผู้ป่วยแต่ละหมู่บ้าน ๆ ละ 15 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

2. อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และมีทะเบียนบ้านอยู่ในพื้นที่ดังกล่าว ไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ วันที่เก็บข้อมูล

3. มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และ/หรือ มีรายได้ครอบครัวไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี และ/หรือ เป็นผู้พิการซึ่งมีบัตรประจำตัวผู้พิการ และ/หรือ จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

4. สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

1. มีภาวะสมองเสื่อม โรคทางจิตเวช หรือไม่สามารถให้ข้อมูลในการศึกษาได้

2. เคลื่อนย้ายออกนอกพื้นที่ศึกษาระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา โรคประจำตัว และระยะเวลาการเป็นโรค จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย คำถาม 15 ข้อ จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านรายได้และสถานะทางเศรษฐกิจ (4 ข้อ) ด้านระดับการศึกษา (2 ข้อ) ด้านอาชีพ (2 ข้อ) ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน (3 ข้อ) ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (2 ข้อ) และด้านการมีเครือข่ายทางสังคม (2 ข้อ) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของ Best[10] 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 (ระดับสูง) ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 (ระดับปานกลาง) และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 (ระดับน้อย)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย คำถาม 11 ข้อ จำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการให้ความรู้โรคและการปฏิบัติตัว (4 ข้อ) ด้านการประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (3 ข้อ) ด้านการตรวจคัดกรองโรคและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (2 ข้อ) และ ด้านการสนับสนุนทางจิตสังคม (2 ข้อ) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของ Best[10] 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 (ระดับสูง) ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 (ระดับปานกลาง) และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 (ระดับน้อย)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของ Best[10] 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 (ระดับสูง) ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 (ระดับปานกลาง) และ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 (ระดับน้อย)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน (try out) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.85, 0.79 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ อสม. นำพาผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปพบอาสาสมัครที่บ้าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม หลังจากตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามแล้วจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบ 0.05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายตัวแบบปกติ (normal distribution) โดยมีค่าความเบ้ (absolute z-skewness < 3) และค่าความโด่ง (absolute z-kurtosis < 10) 2) ตัวแปรทำนายทุกตัวและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) ตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (multicollinearity) โดยพิจารณา

จากค่า variance inflation factor (VIF) น้อยกว่า 10 และค่า tolerance เข้าใกล้ 1 4) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายมีค่าคงที่ (homoscedasticity) และ 5) ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน (Durbin-Watson เท่ากับ 2.074)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่โครงการ HE 68-1-003 วันที่ 31 มกราคม 2568 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาความลับ สิทธิของผู้ให้ข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเข้าร่วมโดยความสมัครใจ มีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการบริการที่ได้รับ ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่จะสามารถสืบค้นถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 195 คน ร้อยละ 76.47 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี จำนวน 87 คน ร้อยละ 34.12 (mean = 69.85, SD = 0.37) อายุน้อยที่สุด 31 ปี อายุมากที่สุด 90 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 156 คน ร้อยละ 61.18 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 219 คน ร้อยละ 85.88 ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 129 คน ร้อยละ 50.59 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 226 คน ร้อยละ 88.63 สิทธิการรักษาสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 217 คน ร้อยละ 85.10 มีโรคประจำตัว จำนวน 145 คน ร้อยละ 66.21 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 189 คน ร้อยละ 74.12 รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 145 คน ร้อยละ 56.86 และโรคไขมันในหลอดเลือด จำนวน 95 คน ร้อยละ 37.25 ตามลำดับ โดยส่วนมีระยะเวลาที่เป็นโรคมากกว่า 15 ปี จำนวน 104 คน ร้อยละ 40.78 รองลงมา ได้แก่ 6-10 ปี จำนวน 61 คน ร้อยละ 23.92 และ 1-5 ปี จำนวน 52 คน ร้อยละ 20.39 ตามลำดับ

2. ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 3.82, SD = 1.17) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านอาชีพ (mean = 4.85, SD = 0.46) รองลงมา ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (mean = 4.51, SD = 0.81) และ ด้านการมีเครือข่ายทางสังคม (mean = 4.15, SD = 0.97) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านรายได้และสถานะทางเศรษฐกิจ (mean = 3.30, SD = 0.46)

3. การได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 3.82, SD = 1.17) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางจิตสังคม (mean = 3.93, SD = 1.24) รองลงมา ได้แก่ ด้านการให้ความรู้โรคและการปฏิบัติตัว (mean = 3.80, SD = 1.26) ด้านการประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (mean = 3.80, SD = 1.21) และด้านการตรวจคัดกรองโรคและ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (mean = 3.79, SD = 1.26) ตามลำดับ

4. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 4.61, SD = 0.24) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ได้เข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์

อย่างสม่ำเสมอในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (mean = 4.91, SD = 0.40) รองลงมาได้แก่ พบแพทย์ตรงตามวันเวลาที่นัดหมายทุกครั้ง (mean = 4.90, SD = 0.39) และ ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพโดยรวม (mean = 4.85, SD = 0.40) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของแพทย์ (mean = 4.13, SD = 1.02) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง (n = 255)

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง	Mean	SD	ระดับ
1. ได้เข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์อย่างสม่ำเสมอในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	4.91	0.40	สูง
2. มารับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง	4.84	0.48	สูง
3. พบแพทย์ตรงตามวันเวลาที่นัดหมายทุกครั้ง	4.90	0.39	สูง
4. ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคประจำปี เช่น ตรวจตา ตรวจเท้า	4.42	1.04	สูง
5. สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของแพทย์	4.13	1.02	สูง
6. พึงพอใจกับคุณภาพการดูแลรักษาที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพ	4.83	0.41	สูง
7. ได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลตนเอง	4.72	0.54	สูง
8. ระยะเวลาการรอคอยเพื่อพบแพทย์หรือรับบริการในแต่ละครั้งมีความเหมาะสม	4.29	1.03	สูง
9. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสุขภาพไม่เป็นอุปสรรค	4.47	0.77	สูง
10. สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของตนเองได้อย่างสะดวก เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกการรักษา	4.26	1.00	สูง
11. รู้สึกว่าสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ทุกครั้งที่จำเป็น โดยไม่มีอุปสรรคใด ๆ	4.73	0.52	สูง
12. ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพโดยรวม	4.85	0.40	สูง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	**4.61**	**0.24**	**สูง**

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง มีจำนวน 3 ตัวแปร ซึ่งสามารถร่วมพยากรณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางได้ร้อยละ 20.6 (F = 4.824, p-value of F = 0.029) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (β = 0.257, p-value = 0.001) ปัจจัยการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (β = 0.208, p-value < 0.001) และปัจจัยทางสังคมด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน (β = 0.160, p-value = 0.029) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง ด้วยวิธี stepwise multiple linear regression analysis (n = 255)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่ (constant)	3.912	0.089	-	43.765	<0.001
ปัจจัยทางสังคม ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (x_1)	0.075	0.022	0.257	3.491	0.001
ปัจจัยการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (x_2)	0.041	0.011	0.208	3.658	<0.001
ปัจจัยทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน (x_3)	0.051	0.023	0.160	2.196	0.029
R = 0.453, R^2 = 0.206, SEE = 0.211, F = 4.824*, Sig. of F = 0.029					

*p-value < 0.05, **p-value < 0.0

จากตารางสามารถแทนค่าสมการ ได้ดังนี้

$Y' = 3.912 + (0.075)(x_1) + (0.041)(x_2) + (0.051)(x_3)$

หรือ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง = 3.912 + (0.075) (ปัจจัยทางสังคม ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ)+(0.041) (ปัจจัยการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ)+(0.051) (ปัจจัยทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน)

สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ถ้าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง (Y') เท่ากับ 3.912 แสดงว่าไม่มีปัจจัยใด ๆ มากระทบ หากกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางสังคมด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ในขณะที่ตัวแปรอื่นคงที่ จะทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง เพิ่มขึ้น 0.075 หน่วย

หากกลุ่มตัวอย่าง มีปัจจัยการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ในขณะที่ตัวแปรอื่นคงที่ จะทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง เพิ่มขึ้น 0.041 หน่วย

หากกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยปัจจัยทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ในขณะที่ตัวแปรอื่นคงที่ จะทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง เพิ่มขึ้น 0.051 หน่วย

อภิปรายผลการวิจัย

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง และค่าเฉลี่ย

รายข้ออยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง[11-12] ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 34.12 (mean = 69.85, SD = 10.37) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.21 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในหลอดเลือดตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยทั้งจากความเสื่อมตามวัยและโรคเรื้อรัง ทำให้มีการใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นตามมา เช่น กลุ่มตัวอย่างได้เข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์อย่างสม่ำเสมอในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (mean = 4.91, SD = 0.40) ได้การพบแพทย์ตรงตามวันเวลาที่นัดหมายทุกครั้ง (mean = 4.90, SD = 0.39) มารับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง (mean = 4.84, SD = 0.48) และได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลตนเอง (mean = 4.72, SD = 0.54) เป็นต้น ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตามมา (mean = 4.85, SD = 0.40) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cherdchoo และคณะ[13] ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง เข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย 2.08 เท่า และผู้สูงอายุ 70-90 ปี เข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น 1.99 เท่า สอดคล้องกับการศึกษา Namwong และคณะ[12] ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ร้อยละ 85.10 ใช้สิทธิการรักษาสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tonboot[14] พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการเข้าถึงบริการมากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิ์อื่นถึง 1.569 เท่า ผลการวิจัยยังแสดงถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความชัดเจนเป็นระบบ และสามารถตอบโจทย์การให้บริการแก่ประชาชนได้เป็นอย่างดี[14]

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบาง ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (β = 0.257, p-value = 0.001) ปัจจัยการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (β = 0.208, p-value < 0.001) และปัจจัยทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน (β = 0.160, p-value = 0.029) โดยปัจจัยทั้งสาม สามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางได้ร้อยละ 20.6 (R^2 = 0.206)

ปัจจัยทางสังคม ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.257, p-value = 0.001) เป็นไปตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House[15] ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่มีอยู่ การแนะนำแพทย์หรือสถานพยาบาลที่เหมาะสม และการช่วยอธิบายขั้นตอนการเข้าถึงบริการ ทั้งจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ และองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้ตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสมและเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น[12] สอดคล้องกับการศึกษาของ Kwanjaroensub และคณะ[16] พบว่า

กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับมาก จะมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนน้อยหรือปานกลางถึง 1.91 เท่า

ปัจจัยการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.208, p-value < 0.001) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ คอยแนะนำเผยแพร่ข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ ตลอดจนการประสานงานและการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ในชุมชน จึงเป็นกำลังหลักที่มีความสำคัญและมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด และเป็นศูนย์กลางในการบูรณาการงานด้านสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ และกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน[17] ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ เกิดพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า มีการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับ Cherdchoo และคณะ[13] ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคลากรทางสาธารณสุขดูแลเมื่อเจ็บป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพเป็น 2.45 เท่าของผู้ที่ไม่มีบุคลากรทางสาธารณสุขดูแล

ปัจจัยทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรเปราะบางได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.160, p-value = 0.029) อาจเป็นเพราะความสะดวกด้านระบบคมนาคมในชุมชน เช่น ที่อยู่อาศัยสะดวกต่อการเดินทางไปรับบริการ มีพาหนะหรือถนนที่เดินทางได้สะดวก เป็นต้น ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่ช่วยลดอุปสรรคในการเดินทางส่งผลให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การใช้ระยะเวลาในการเดินทางน้อย จะมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระยะเวลาเดินทางมากกว่า[18] และลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ Namwong และคณะ[12] นอกจากนี้ การจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพหรือมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดูแลสุขภาพ เช่น ลานออกกำลังกาย มุมให้ความรู้ ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น จะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kwanjaroensub และคณะ[16] พบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.50 โดยผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในสถานบริการที่มีเครื่องมือและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสม เช่น รถเข็น ราวจับทางเดิน/ห้องน้ำ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับในคุณภาพการให้บริการที่ได้รับอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การมีขั้นตอนในการให้บริการที่เขาใจง่ายและสะดวก ทำให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น[19]

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการและกลไกที่ อสม. ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีระบบการสนับสนุนจาก อสม. ที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice guidelines) สำหรับการใช้ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. จัดอบรมเสริมทักษะ ให้กับ อสม. อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในเรื่องการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและการให้คำปรึกษา

3. พัฒนาความรู้และทักษะการสื่อสาร ของ อสม. เพื่อให้สามารถถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2025 Jan 24]. Available from: https://www.who.int/publications-detail-redirect/ncd-country-profiles-2018
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2025 Jan 24]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854
3. Jeet G, Thakur JS, Prinja S, Singh M. Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: evidence and implications. PLoS One 2017;12(7):e0180640. doi: 10.1371/journal.pone.0180640. PMID: 28704405; PMCID: PMC5509237.
4. Sommanapan P. Healthcare access among elderly in urban slum communities. Thai J Public Health 2015;45(3):234-48.
5. Jirathananuwat A. Factors affecting access to health services by older adults in an urban community in Thailand: a cross-sectional study. F1000Res 2022;11:467. doi:10.12688/f1000research.110551.1
6. Wattanayingcharoenchai R. Access to diabetes care in urban areas: a case study. J Health Sci 2016;25(4):45-58. (in Thai)
7. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
8. Waverijn G, Wolfe MK, Mohnen S, Rijken M, Spreeuwenberg P, Groenewegen P. A prospective analysis of the effect of neighbourhood and individual social capital on changes in self-rated health of people with chronic illness. BMC Public Health 2014;14:675.
9. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.

11. Khuneepong A. Factors influencing elderly's health services access in Pathum Thani province. J DMS [Internet] 2019 Oct 1 [cited 2025 Jun 27];44(5):75-80. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/246646 (in Thai)
12. Namwong A, Fukfon K, Kajai C, Lertwacharasakul S. Situations of inequities in access to essential health care services among older people: a qualitative study. J R Thai Army Nurses [Internet] 2023 Dec 10 [cited 2025 Jun 27];24(3):368-77. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/264039 (in Thai)
13. Cherdchoo A, Boonshuyar C, Chareonku C. Accessibility to health care service of the elderly in Bang Pa-in district, Ayutthaya province. J Safe Health [Internet] 2019 Aug 27 [cited 2025 Jun 27];12(2):1-13. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/article/view/196465 (in Thai)
14. Tonboot S. The determinant of access to health services of elderly in regional level of Thailand [dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023. Available from: http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5794 (in Thai)
15. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
16. Kwanjaroensub S, Suwannapong N, Tipayamongkholgul M, Manmee C. Health need assessment and accessibility to health services of rural elderly in Wihandaeng district, Saraburi province. R Thai Navy Med J 2019;46(1):215-30. (in Thai)
17. Sirikan C, Khaikham J, Maleelai K, Boonsu T. The role of village health volunteers in advocating health promotion among the elderly at That sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. Thai J Public Health Health Sci 2021;4(2):176-89. (in Thai)
18. Detboon P, Jumneansuk A, Arsa R, Klahan B, Kawlomlevd R, Seesa R. Factors associated with access to health service among elders in Nhong Nam Yai sub-district, Phak Hai district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. Wichcha J 2017;36(1):50-60. (in Thai)
19. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981;19(2):127-40.