



ความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี Health Need Assessment and Accessibility to Health Services of Rural Elderly in Wihandaeng District, Saraburi Province

สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์* นวรัตน์ สุวรรณพอง** มธุรส ทิพยมงคลกุล** จารุวรรณ หมั่นมี***
Suthaluk Kwanjaroensub,* Nawarat Suwannapong,** Mathuros Tipayamongkhogul,** Charuwan Manmee***

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

* Student in Master Degree of Science Program (Public Health), Faculty of Public Health,
Mahidol University, Bangkok

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok

***โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

***Rajavithi Hospital, Bangkok

* Corresponding Author: sutha_ka@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี จำนวน 299 คน เก็บข้อมูลระหว่าง พ.ย. 2559 - ม.ค. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสังเกต ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความต้องการบริการด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.91 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.86 และแบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยไปนารีโลจิสติก

ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการบริการด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.50 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.52 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบกลุ่มติดสังคมมีมากที่สุด ร้อยละ 91.30 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 6.68 ส่วนกลุ่มติดเตียงมีเพียงร้อยละ 2.00 เท่านั้น การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.20 ปัจจัยที่มี

Received: December 16, 2018; Revised: April 21, 2019; Accepted: April 29, 2019



ความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Adj. OR = 2.36; 95% CI 1.24 - 4.51) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า (Adj. OR = 2.10; 95% CI 1.19 - 3.70) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Adj. OR = 1.91; 95% CI 1.01 - 3.60) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์

ข้อเสนอแนะ : การเพิ่มศักยภาพของสถานบริการสุขภาพ เช่น การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลให้มีความเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุมากขึ้น มีการนัดหมายที่เหมาะสม และมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารด้านบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : ความต้องการด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

Abstract

This research was a cross-sectional study. The objectives of this research were to evaluate health need assessment and accessibility to health services of rural elderly and analyse the relationship between personal characteristics, activities of daily living, social support, and accessibility to health services of rural elderly in Wihandaeng district, Saraburi province. The sample of this research was 299 rural elderly. The data were collected by interview and observation between November 2016 - January 2017. The reliability values of interview health need, social support and accessibility to health services were 0.91, 0.86, and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression.

The results of this research found that overall health need assessment was at a moderate level 49.50%, the overall accessibility to health services was at a high level 55.52%, activities of daily living found that well elder group was 91.30%, home bound elder group 6.68% and bed bound elder group 2.00%. Overall social support was at a moderate level 59.20%. The factors related to the accessibility to health services of rural elderly in Wihandaeng district, Saraburi province were high level of the emotional social support (Adj. OR = 2.36; 95% CI 1.24 - 4.51), appraisal social support at a high level (Adj. OR = 2.10; 95% CI 1.19 - 3.70) and informational social support at a high level (Adj. OR = 1.91; 95% CI 1.01 - 3.60). Personal characteristics, activities of daily living and instrumental social support did not relate factors.

Suggestions: Increasing the performance of health facilities, such as staff nurses with expertise elderly care, the appropriate appointments and giving health information to elders will help them more easily access to healthcare services.

Keywords : health need, accessibility to health services, social support, activities of daily living

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

สังคมทั่วโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) เนื่องจากเป็นสังคมที่มีประชากร ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรมวลรวม¹ จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2557 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.9 มีการคาดการณ์ว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งหมายถึง ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์² การที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นรัฐบาลได้เตรียมวางแผนสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ประชากรผู้สูงอายุไทยโดยมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยใช้กองทุนหลักทั้ง 3 กองทุนของประเทศไทย ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อลดปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ³ แต่ยังคงพบปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในเขตชนบทบางแห่งในประเทศไทย เช่น ด้านระยะทางและการเดินทางยังเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะในหน้าฝน⁴

อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี เป็นอำเภอที่มีขนาดเล็ก ประกอบด้วย 6 ตำบล 54 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลชุมชน (ขนาด F2) 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.6⁵ และอำเภอวิหารแดงยังมีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสูงที่สุดในจังหวัดสระบุรี นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด และอาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุ

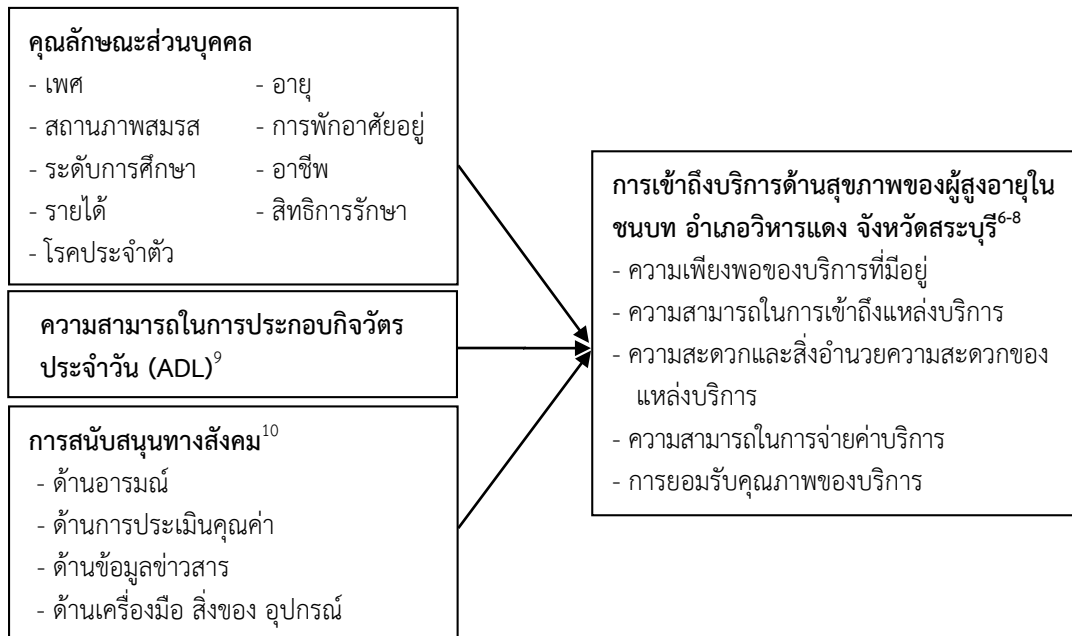
ส่วนใหญ่เลือกที่จะรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) แต่เนื่องจากภูมิศาสตร์ของพื้นที่หมู่บ้านในอำเภอวิหารแดงแต่ละหมู่บ้านอยู่ห่างไกลกันมากจึงอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งที่ผ่านมายังไม่มีข้อมูลแสดงเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในเขตอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เพื่อเก็บรวบรวมเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะได้นำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพหรือเสนอเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ทั่วถึงอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ประเมินความต้องการบริการด้านสุขภาพ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี
2. อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การพักอาศัยอยู่ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดที่เกี่ยวกับการแสวงหาบริการด้านสุขภาพในแต่ละบริบทของผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย ปัจจัยและข้อจำกัดต่างๆ หรือด้านภูมิศาสตร์ รวมทั้งด้านการเงิน จากแนวคิดของ Aday & Andersen⁶⁻⁷ ร่วมกับแนวคิดของ Penchansky & Thomas⁸ โดยประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่อาจมีผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด และอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีลูกหลานช่วยเหลือดูแล ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index)⁹ และการสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดของ House¹⁰ โดยประเมินจาก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์ ส่วนการประเมินความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นเป็นการหาข้อมูลเพื่อช่วยกำหนดแนวทางในการพัฒนาบริการด้านสุขภาพให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในชนบท ดังแสดงแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ที่ได้จากเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล สื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในชุมชนในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหรือที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น หูตึง สื่อสารไม่ได้ คำนวนตัวอย่างจากสูตรที่ทราบจำนวนประชากรของ Daniel¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่าง 209 คน เนื่องจากเป็นการสุ่มแบบ Cluster sampling จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย design effect = 1.5 รวมจำนวนทั้งสิ้น 315 คน แล้วใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากแต่ละตำบลแบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาด (Probability proportional to size-PPS) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลแล้ว นำมาสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) และไม่แทนที่ (Sampling without replacement) โดยขอรายชื่อผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นนำมาจับฉลากแบบไม่แทนที่ในแต่ละตำบลทั้ง 6 ตำบล และทำการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายชื่อจากการสุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่าง พ.ย. 2559 - ม.ค. 2560 แต่เนื่องจากมีผู้สูงอายุมีการย้ายถิ่นและบางรายมีปัญหาในการสื่อสาร ทำให้เหลือ 299 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล และความต้องการบริการด้านสุขภาพ

1.1 แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การพักอาศัยอยู่ สิทธิการรักษาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ โดยลักษณะคำถามมีทั้งคำถามปลายเปิด และปลายปิด จำนวน 15 ข้อ

1.2 แบบสัมภาษณ์ความต้องการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบคำถามปลายปิด และคำตอบเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (Rating scale) ที่มีคำตอบ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1 - 3 จากน้อย ปานกลาง และมาก มีคะแนนรวมเท่ากับ 48 คะแนน การแปลความหมายคะแนน คือ คะแนน 16 - 28 หมายถึง มีความต้องการบริการด้านสุขภาพน้อย คะแนน 29 - 37 หมายถึง มีความต้องการบริการด้านสุขภาพปานกลาง คะแนน 38 - 48 หมายถึง มีความต้องการบริการด้านสุขภาพมาก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index)⁹ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเลือกข้อที่ตรงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินกลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มติดบ้าน มีผลรวมคะแนน 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มีผลรวมคะแนน 0 - 4 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของ House¹⁰ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้าน

อารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์ จำนวน 12 ข้อ และมีคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ที่มีคำตอบ 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1 - 5 จากน้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด มีคะแนนรวมเท่ากับ 60 คะแนน การแปลความหมายคะแนน คือ คะแนน 12 - 35 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนน 36 - 47 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนน 48 - 60 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของ Aday & Andersen⁶⁻⁷ และ Penchansky & Thomas⁸ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ เป็นแบบสัมภาษณ์จำนวน 20 ข้อ และคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ที่มีคำตอบ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1 - 3 จากน้อยปานกลาง และมาก มีคะแนนรวมเท่ากับ 60 คะแนน การแปลความหมายคะแนน คือ คะแนน 20 - 35 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อย คะแนน 36 - 47 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพปานกลาง และคะแนน 48 - 60 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเองโดยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวันของผู้สูงอายุใช้ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index) การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เสนออาจารย์ที่ปรึกษา 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ถูกต้อง แล้วจึงนำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ ความต้องการบริการด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.91 การสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.86 และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2016 - 103 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี อนุมัติวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เอกสารหมายเลข EC 2 - 002/2559

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสระบุรีแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอวิหารแดง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 ตำบล



2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จึงลงเก็บข้อมูลตามรายชื่อที่ได้จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และตอบข้อข้องใจต่างๆ ถึงประโยชน์ และผลที่อาจเกิดขึ้น เมื่อรับทราบข้อมูลและตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือ (กรณีไม่สามารถเขียนหนังสือได้) เข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงทำการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3. ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมแบบเก็บข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 18 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในชนบท อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบึงสามพัน มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.87 อายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 55.85 อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 97 ปี และอายุเฉลี่ย 70.23 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.21 จบการศึกษาระดับสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.28 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.19 ส่วนใหญ่รายได้รวมต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 85.95 ค่ามัธยฐานรายได้รวมต่อเดือนเท่ากับ 1,000 บาท เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 40.13 รองลงมาอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 36.79 อยู่คนเดียวเพียงร้อยละ 7.36 เกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 91.97 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.24 พบโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมากที่สุด ในด้านการจัดการกับปัญหาสุขภาพเกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุไปสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 99.70 ส่วนสถานบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ 3 อันดับแรก เมื่อมีการเจ็บป่วยทั้ง 3 ระดับ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัด

ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบึงสามพัน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.50 ส่วนรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุต้องการบริการด้านการป้องกันโรคมากที่สุด ร้อยละ 70.23 รองลงมา คือ ด้านการรักษา ร้อยละ 60.54 ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 40.80 และด้านส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 26.09

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบึงสามพัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.52 ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.48 ส่วนรายด้าน พบว่า การเข้าถึงบริการด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.87 รองลงมา คือ ด้านการยอมรับ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบึงสามพัน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบึงสามพัน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติก (Binary logistic regression analysis)¹² กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คุณภาพของบริการ ร้อยละ 61.54 ด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ร้อยละ 51.51 ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ร้อยละ 48.50 และด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ร้อยละ 29.76

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คือ ร้อยละ 59.20 ส่วนรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.18 รองลงมา คือ ด้านการประเมินคุณค่า ร้อยละ 51.50 ด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 41.14 และด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์ ร้อยละ 35.45 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของระดับความต้องการบริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยรวมและรายด้าน (n = 299)

ตัวแปร	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความต้องการบริการด้านสุขภาพโดยรวม	39.46	49.50	11.04
ด้านส่งเสริมสุขภาพ	26.09	33.11	40.80
ด้านการป้องกันโรค	70.23	20.74	9.03
ด้านการรักษา	60.54	31.10	8.36
ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ	40.80	37.79	21.41
การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยรวม	55.52	42.48	2.00
ด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่	51.51	43.14	5.35
ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ	62.87	30.77	6.36
ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	48.50	42.14	9.36
ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	29.76	53.18	17.06
ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ	61.54	37.46	1.00
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	28.43	59.20	12.37
ด้านอารมณ์	55.18	12.71	32.11
ด้านการประเมินคุณค่า	51.50	15.72	32.78
ด้านข้อมูลข่าวสาร	41.14	18.73	40.13
ด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์	35.45	15.72	48.83

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)⁹ พบว่า ผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคมมากที่สุด ร้อยละ 91.3 รองลงมา คือ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 6.7 ส่วนกลุ่มติดเตียงมีเพียง ร้อยละ 2.0 เท่านั้น

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยใช้ Binary logistic regression นำตัวแปรทั้งหมดเข้าสมการด้วยวิธี Forward LR



อย่างเป็นขั้นตอน โดยพิจารณานำเข้าสมการจากอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรตาม และคัดออกจากสมการ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์ ตามระดับนัยสำคัญ ($p < .05$) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอิวหารแดง จังหวัดสระบุรี ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Adj. OR= 2.36; 95% CI 1.24 – 4.51) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า (Adj. OR = 2.10; 95% CI 1.19 – 3.70) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Adj. OR = 1.91; 95% CI 1.01 – 3.60) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอิวหารแดง จังหวัดสระบุรี (n = 299)

ปัจจัย	Crude OR	Adj. OR	95% CI	p - value
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์				
ระดับน้อย/ปานกลาง	1	1		
ระดับมาก	4.79	2.36	1.24 - 4.51	0.009*
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า				
ระดับน้อย/ปานกลาง	1	1		
ระดับมาก	3.83	2.10	1.19 - 3.70	0.011*
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร				
ระดับน้อย/ปานกลาง	1	1		
ระดับมาก	4.22	1.91	1.01 - 3.60	0.046*

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอิวหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 49.50 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท อำเภอิวหารแดง จังหวัดสระบุรี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) และมีสภาพร่างกายยังแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินฉฉิน ฟงซี้ดี และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์¹³ ที่ศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย พบว่า ความต้องการบริการด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่างกับการศึกษาของ เจ๊ะยารีเยาะ เจ๊ะโซ๊ะ¹⁴ และพันธิตรา สิงห์เขียว¹⁵ ที่พบว่า ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก และข้อมูลของกรมอนามัย¹⁶ ที่ลงสำรวจพื้นที่ พบว่า ความต้องการที่มากที่สุดของผู้สูงอายุ คือ ความต้องการบริการด้านสุขภาพ/การรักษา มาเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 42.1) และจากการสัมภาษณ์ พบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุส่วนมากเป็นความต้องการพื้นฐานของร่างกาย¹⁷ เช่น ด้านอาหาร ด้านการเงิน การเพิ่มเบี้ยผู้สูงอายุ ด้านสวัสดิการต่างๆ เป็นต้น สอดคล้องกับ พงษ์ชัย จิตตะมัย¹⁸ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเอง

มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต รองลงมา คือ ความต้องการด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ส่วนความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุต้องการบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคระดับมากสูงถึงร้อยละ 70.23 เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทอำเภอวิหารแดง มีความสนใจในเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็นและการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ² รายงานว่า ผู้สูงอายุไทยได้รับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 35.2 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 52.2 ในปี 2557 และรายงานการวิจัยของ อรรวรรณ์ คูหา, พงงาม พงศ์จตุรวิทย์ และ อภิวรรณ ญัฐมนวรรกุล¹⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 55.6) โดยมีกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี ได้รับการตรวจมากที่สุด ซึ่งการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีนั้นเป็นกิจกรรมที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุทราบถึงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่จะทำให้เกิดโรคได้โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเอาใจใส่ในสุขภาพมากยิ่งขึ้น

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.52 ซึ่งสอดคล้องกับ ผานิตา พงษ์เศวต²⁰ ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการระดับมาก ร้อยละ 62.87 ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งสามารถเดินทางไปสถานบริการใกล้

บ้านได้ง่าย เนื่องจากการคมนาคมสะดวกใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที สอดคล้องกับแนวคิดของ Aday & Andersen⁶⁻⁷ การที่ผู้ใช้บริการจะตัดสินใจใช้บริการของสถานบริการที่ใดที่หนึ่งขึ้นอยู่กับระยะทางที่ไม่ห่างจากที่พักอาศัย ซึ่งคนส่วนใหญ่จะเลือกใช้สถานบริการที่ใกล้บ้านมากที่สุด ซึ่งต่างกับ Yingtaweesak, Yoshida, Hemhongsak, Hamajima & Chaiyakae⁴ พบว่า ผู้ที่มีารับบริการด้านสุขภาพในเขตชนบทจะต้องใช้เวลามากกว่า 30 นาที ในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ ในช่วงฤดูฝนต้องใช้เวลามากกว่า 2 ชั่วโมง เนื่องจากสภาพของถนนไม่ดี

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้านการยอมรับคุณภาพของบริการระดับมาก ร้อยละ 61.54 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกที่จะมารับบริการที่ รพ.สต. ใกล้บ้านโดยมีความพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ เป็นกันเองมีความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส²⁰ ซึ่งผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และมีแพทย์มาเฉพาะบางวันอาจเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คุ้นเคยกับผู้ให้บริการ จึงมีความพอใจในความเชี่ยวชาญ การให้คำปรึกษา แนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้บริการ

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ระดับมาก ร้อยละ 51.51 ในพื้นที่ของตำบลต่างๆ ในอำเภอวิหารแดง จะมี รพ.สต. อย่างน้อย 1 แห่ง จะมีบางพื้นที่ที่มีขนาดใหญ่และมีจำนวนประชากรมากจึงมีจำนวน รพ.สต. เพิ่มอีก 1 - 2 แห่ง ทำให้มีจำนวนสถานบริการและบุคลากรด้านสุขภาพเพียงพอในการให้บริการประกอบกับมีการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ให้บริการในช่วงเสาร์-อาทิตย์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกใช้บริการได้ง่ายแม้จะเป็นวันหยุด สอดคล้องกับ อรรวรรณ์ คูหา และคณะ¹⁹ พบว่า ผู้สูงอายุพอใจในเรื่องสถานบริการที่ให้บริการสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 80.4



การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.50 ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสถานบริการในด้านที่มีขั้นตอนในการบริการที่เข้าใจง่าย สะดวก และสถานบริการมีเครื่องมือ/อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น ราวจับทางเดิน/ห้องน้ำ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Penchansky & Thomus⁸ ที่กล่าวว่าแหล่งบริการสุขภาพมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการมารับบริการจะทำให้เข้าถึงบริการได้ง่าย สอดคล้องกับ อรวรรณ คุหา และคณะ¹⁹ พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 88.6 โดยพบว่า สถานบริการระดับ รพ.สต. มีความสะดวกในการเข้าถึงบริการมากที่สุด ร้อยละ 91.2

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการอยู่ในระดับมากเพียง ร้อยละ 29.76 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด ร้อยละ 86 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท โดยรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในค่าบริการ ค่ายาที่นอกเหนือจากสิทธิหรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการมาเข้ารับบริการ เช่น การเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับ Yingtaweesak และคณะ⁴ พบว่า ผู้ที่มีมารับบริการด้านสุขภาพในชนบทจะมีอุปสรรคการะค่าใช้จ่ายในเรื่องการเดินทาง ค่าอาหารระหว่างเดินทาง และเฉลิมพล แจ่มจันทร์²¹ พบว่า ผู้สูงอายุในชนบท มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในเรื่องของ “ภาระค่าใช้จ่าย” โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ

คุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี สอดคล้องกับ พันธิตรา สิงห์เขียว¹⁵ พบว่า ข้อมูลพื้นฐาน

ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์ความต้องการบริการด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lecovich & Carmel²² และ Yang และคณะ²³ ที่พบว่า ช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การไปใช้บริการของผู้สูงอายุอาจขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวสามารถเข้ารับบริการได้ทุกช่วงอายุอยู่แล้ว และเกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุในอำเภอวิหารแดงใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจาก 3 กองทุนหลักอยู่แล้ว ไม่ว่าจะใช้สิทธิใดก็เข้าถึงการบริการสุขภาพได้

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) ยังช่วยเหลือตัวเองได้ดี ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่จะเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ประกอบกับการมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ครอบคลุมถึงร้อยละ 92 จึงทำให้ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุกลุ่มใดก็สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี และเมื่อควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยอื่น พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความไว้วางใจ ให้รับฟังปัญหาจากบุคคลรอบข้าง การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างและการได้รับการยอมรับว่ามี

ความสำคัญในครอบครัว กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ระดับมากจะมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 2.36 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ระดับน้อย/ปานกลาง (Adj. OR = 2.36; 95% CI 0.22 – 0.81) สอดคล้องกับ พงษ์ชัย จิตตะมัย¹⁸ และ ผาณิตา พงษ์เศวต²⁰ พบว่า ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจะมีบทบาทมากที่สุดและเป็นบุคคลหลักในการช่วยดูแลสุขภาพรอบด้านของผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น และการได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวในระดับสูงจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตดีขึ้น²⁴

การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า ได้แก่ การได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลรอบข้าง การได้รับการยกย่องจากบุคคลรอบข้าง การที่บุคคลรอบข้างรับฟังคำแนะนำ สั่งสอนจากผู้สูงอายุ และนำไปปฏิบัติได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่าระดับมากจะมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็น 2.10 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่าระดับน้อย/ปานกลาง (Adj. OR = 2.10; 95% CI 1.19 – 3.70) ซึ่งผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตร/หลาน และมีเพื่อนบ้านพักอาศัยอยู่ติดๆ กันเป็นชุมชน มีความเป็นอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน ยังมีความเคารพ ยกย่องนับถือ และเชื่อฟังคำสั่งสอนผู้ที่สูงวัยกว่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและมองเห็นศักยภาพคุณค่าในตนเอง⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติธรรมา²⁵ พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

และสังคมยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ต้องการ การได้รับคำแนะนำ แนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพ เพื่อนำไปแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่เผชิญอยู่ ความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารระดับมากจะมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็น 1.91 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารระดับน้อย/ปานกลาง (Adj. OR = 1.91; 95% CI 1.01 – 3.60) สอดคล้องกับ อังคนา นาคอุบล, จิตติมา บุญเกิด, สายพิณ หัตถิรัตน์ และนิสิต เทียงสมพงษ์²⁶ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการหาข้อมูลข่าวสารของสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวแต่ละแห่งมาก่อนเข้ารับบริการจะมีการปรับตัวเข้าถึงบริการได้มากกว่า

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า และด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เกิดจากการรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลและเป็นผู้สูงอายุในเขตชนบทเท่านั้น อาจมีผลการประมาณค่าที่มากหรือน้อยเกินไปได้



≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้ ≡

1. ด้านความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ทีมสุขภาพควรจัดให้มีบริการด้านการป้องกันโรค โดยการตรวจสุขภาพอย่างเป็นประจำ และต่อเนื่อง โดยอาจทำเป็นเชิงรุกเข้าถึงชุมชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อโรค และจัดหาวัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุ

2. ด้านการสนับสนุนทางสังคม

2.1 ด้านอารมณ์ บุคคลรอบข้างและบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ สามี/ภรรยา บุตร/หลาน ญาติพี่น้อง ควรให้ความรักความเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และได้รับการฝึกอบรมความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

2.2 ด้านการประเมินคุณค่า สาธารณสุขอำเภอหรือทีมสุขภาพในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรจัดให้มีโครงการเชิดชู ยกย่องผู้สูงอายุที่ทำคุณงามความดีกับสังคมหรือประพฤติปฏิบัติตัวดี โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครหมู่บ้าน/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/จิตอาสาที่ช่วยแนะนำ ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพ หรือแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง เพื่อเป็นการเสริมพลังในผู้สูงอายุในชุมชนให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

2.3. ด้านข้อมูลข่าวสาร เจ้าหน้าที่รพ.สต. ร่วมกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านต่างๆ แก่สมาชิกในหมู่บ้าน โดยเฉพาะด้านบริการสุขภาพเพื่อช่วยในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ เช่น การประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีนเฉพาะกาล การออกตรวจพิเศษของแพทย์

3. ด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แม้ว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่การเพิ่มศักยภาพของสถานบริการสุขภาพ เช่น การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลให้มีความเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุมากขึ้น มีการนัดหมายที่เหมาะสม และมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารด้านบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น

≡≡≡ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป ≡≡≡

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเชิงลึก เปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท หรือนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ได้จากการศึกษานี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านการประเมินคุณค่าและด้านข้อมูลข่าวสารไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในรายละเอียดด้านอื่นๆ เช่น ด้านพันธุกรรม ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง

1. Department of health, Ministry of Public Health. Global age - friendly cities: a guide. Bangkok: Printing office Veterans Organization; 2014.
2. National Statistical Office, Ministry of Information & technology. Elderly population survey in Thailand 2014. Bangkok: Tex and Journal Publication; 2014.
3. National Health Security Office. Strategic plan for long-term care system implementation for the elderly in dependence 2014 - 2018. [Internet]. [cited 2015 September 7]. Available from:
http://shi.or.th/upload/Download%20File/%E0%B8%A8%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%B2%2056/FridaySem57/5_plan%20LTC.pdf.
4. Yingtaweesak T, Yoshida Y, Hemhongsap P, Hamajima N, Chaiyakae S. Accessibility of health care service in Thasongyang, Tak province, Thailand. Nagoya J Med Sci 2013;75(3-4):243-50.
5. Information systems and public health information offices in Saraburi province. [Internet]. [cited 2016 March 6]. Available from: <http://182.52.58.35/report/datacenter/report2.php?id=19>.
6. Aday LA, Andersen RM. Framework for the study of access to medical care. Health Serv Res 1974;9(3):208-20.
7. Aday LA, Andersen RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. Medical Care 1981;19(12):4-27.
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981;19(2):127-40.
9. Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for elderly caregivers training course 70 hours. Bangkok: National Buddhism Printing Office; 2013.
10. House JS. Work stress and social support. Philadelphia: Addison Wesley; 1981.
11. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. United States of America: John Wiley & Sons Inc; 2009. p. 205.
12. Wanichbancha K. Advanced statistical analysis with SPSS for Windows. 5thed. Bangkok: Faculty of Commerce and Accountancy, Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
13. Pongdee J, Kuhirunyaratn P. Problems and health needs of the elderly in the area of responsibility of the Muang Baeng Tambon Health Promotion Hospital, Nong Ya Phung sub-district, Wang Sa Phung district, Loei province. Journal of Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2015;3(4):561-76. (in Thai).



14. Jeosoh J. Health service needs and health service patterns of the elderly at health promotion and rehabilitation center, faculty of nursing. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2013. (in Thai).
15. Singkheaw P. Health behavior, social support and health care service request of elderly at Muang Phitsanulok district, Phitsanulok province. Naresuan University Journal Science and Technology 2015;23(3):46-59. (in Thai).
16. Elderly Health Department, the Department of Health, Ministry of Public Health. Important issues related to the national elderly plan No. 2. [Internet]. [cited 2015 September 7]. Available from:
<http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/network/topic001.php>.
17. Maslow AH. Motivation and Personality. 2nd ed. New York: Harper & Row PublishersInc; 1970.
18. Jitamai P. The study of supply chain management for elderly home care service Suranaree University, Nakhon Ratchasima Province; 2013. (in Thai).
19. Khuha O, Chaturawit P, Nathamonworakun A. Research report: the study and development of the model of access to health service systems of Thai elderly in each service area under the sufficiency economy philosophy. The Institute of Epidemiology for the Elderly (Institute of Geriatric Medicine) Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2015. (in Thai).
20. Pongsaweth P. Accessibility to curative care services for the elderly in Damnoen Saduak, Ratchaburi Province. [Master's Thesis, Faculty of Pharmacy]. Silpakorn University; 2008. (in Thai).
21. Chamchan C. Equity and accessibility to needed health services of the elderly in Bangkok and Ayudhaya province. 2011 [Internet]. [cited 2016 March 6]. Available from: http://www.thaitgri.org/images/document/Relative_work/MRG5380111_full.pdf.
22. Lecovich E, Carmel S. Differences in accessibility, affordability and availability (AAA) of medical specialists among three ages-groups of elderly people in Israel. J Aging Health 2009;21(5):776-97.
23. Yang YT, Iqbal U, Ko HL, Wu CR, Chiu HT, Lin YC, et al. The relationship between accessibility of healthcare facilities and medical care utilization among the middle-aged and elderly population in Taiwan. Int J Qual Health Care 2015;27(3):222-31.
24. Huang X, Yang H, Wang H, Qiu Y, Lai X , Zhou Z, et al. The association between physical activity, mental status, and social and family support with five major non-communicable chronic diseases among elderly people: a cross-sectional study of a



rural population in Southern China. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(10):13209–23.

25. Nijananchai S, Santithirisak M. Social and environmental support that affects self-care of the elderly in Samut Prakan province. *Journal of Nursing Division* 2010;37(2):64-76. (in Thai).
26. Nakubon A, Boongird C, Hathirat S, Tiengsompong N. Thai elderly people's experiences of moving through journeys of dependences in long-term care facilities. *Journal of Health Systems Research* 2015;9(3):269-78. (in Thai).