

ORIGINAL ARTICLE

Comparison of Accessibility to Health Services of the Elderly Between Primary Care Cluster and Previous Primary Care Unit, Phranakhon Si Ayutthaya District

Niti Aromchuen, M.D., MRCFPT

Phranakhon si Ayutthaya Hospital, Phranakhon si Ayutthaya, Thailand

Corresponding author :

Niti Aromchuen, M.D.,
Phranakhon si Ayutthaya
Hospital, 46/1 Moo 4, Uthong
Road, Pratu Chai Subdistrict,
Phra Nakhon Si Ayutthaya
District, Phra Nakhon Si
Ayutthaya Province, Thailand
Email: niti_ar@hotmail.com

Received: October 29, 2025;

Revised: December 12, 2025;

Accepted: February 12, 2026

ABSTRACT

Background: Access to health care services is a crucial determinant of quality of life among older adults. This study aimed to compare levels of access to health care services among older adults between family physician clinics and conventional primary care units, and to analyze factors associated with access to health care services.

Design: Cross-sectional Survey Research

Methods: A total of 320 older adults who received services at family physician clinics and conventional primary care units between January and May 2024 were enrolled. Data were collected using a questionnaire assessing access to health care services across five dimensions. Descriptive statistics and multiple logistic regression analysis were applied.

Results: The highest levels of satisfaction were observed in the dimensions of availability/accessibility of health care resources and acceptability of services, while convenience in accessing services received the lowest scores. Older adults who utilized family physician clinics were significantly more likely to report a high level of satisfaction with access to health care services compared with those attending conventional primary care units (adjusted OR = 1.81, 95% CI: 1.05–3.12; p-value 0.030).

Conclusion: Family physician clinics enhance access to health care services among older adults, particularly in terms of service acceptability and continuity of care. However, improvements in convenience and service hours are still warranted.

Keywords: access to health care services, family physician clinic, older adults

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่าง
คลินิกหมอครอบครัวกับหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม
อำเภอพระนครศรีอยุธยา

นิตี อารมณชีน, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นิตี อารมณชีน, พ.บ.,

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา,

46/1 หมู่ 4 ถ.อุทุมพร ต.ประตู่ชัย

อ.พระนครศรีอยุธยา

จ.พระนครศรีอยุธยา 13000,

ประเทศไทย

Email: niti_ar@hotmail.com

Received: October 29, 2025;

Revised: December 12, 2025;

Accepted: February 12, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างคลินิกหมอครอบครัวกับหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

แบบวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาผู้สูงอายุ 320 ราย ที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ใช้แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุคูณ

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงสุดด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการและการยอมรับในการใช้บริการ ขณะที่ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการมีคะแนนต่ำที่สุด โดยผู้ใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวมีโอกาสมีความพึงพอใจในระดับสูงมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR = 1.81, 95% CI: 1.05-3.12; p-value 0.030)

สรุป: คลินิกหมอครอบครัวช่วยเพิ่มระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการยอมรับและความต่อเนื่องของบริการ อย่างไรก็ตาม ควรปรับปรุงด้านความสะดวกและเวลาการให้บริการ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ คลินิกหมอครอบครัว ผู้สูงอายุ

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และคาดว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567¹ ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2² ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความต้องการบริการด้านสุขภาพสูงที่สุดเนื่องจากการเสื่อมสภาพตามวัย แต่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการเดินทาง การรอรับบริการนาน และการขาดความเชื่อถือในสถานบริการที่ใกล้บ้าน ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง³

การเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามแนวคิดของ Penchansky และ Thomas⁴ ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (availability) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (geographical accessibility) ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (accommodation/convenience) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (affordability) และการยอมรับในคุณภาพของบริการ (acceptability) แนวคิดนี้สอดคล้องกับกรอบการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Aday และ Andersen⁵

รัฐบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมและพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิภายใต้โครงการ “คลินิกหมอครอบครัว” (Family Medicine Clinic) ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนตามจำนวนที่รับผิดชอบ คลินิกหมอครอบครัวคือการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม ให้มีทีมสหวิชาชีพและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเฉพาะทางมาดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่องทั้งครอบครัว (สร้างเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู) สำหรับคนจำนวนมาก (ประมาณ 30,000 คน) เน้นการมี “หมอประจำตัว” ที่ดูแลคนเดียวไปตลอด ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม (รพ.สต./ศสม.) เน้นบริการพื้นฐานทั่วไปที่มีบุคลากรหลากหลาย แต่คลินิกหมอครอบครัวยกระดับขึ้นไปอีกขั้นด้วยทีมที่ครบและเชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น⁶ คลินิกหมอครอบครัวมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิได้ง่ายอย่างต่อเนื่อง⁷

อำเภอพระนครศรีอยุธยาเริ่มดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยแบ่งผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัว 17,160 คน และนอกเขตรับผิดชอบ 9,132 คน จากผู้สูงอายุรวม 26,292 คน การให้บริการในเขตนี้ถือเป็นคลินิกหมอครอบครัวกลุ่มแรกของประเทศที่จัดบริการในเขตเมือง

การศึกษาของ อาจริ๊ยะ เชิดชู³ พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านความสะดวกและระยะทางในการเดินทางไปสถานบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ de Carvalho et al.⁸ ในประเทศบราซิล ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงในด้านความยอมรับต่อการบริการ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและการให้บริการตามเวลา ซึ่งชี้ว่ารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม หรือมุ่งเน้นปัจจัยรายบุคคล เช่น รายได้ ระยะทาง และสิทธิการรักษา ขณะที่การศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างคลินิกหมอครอบครัวกับหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมในบริบทเขตเมืองยังมีจำกัด โดยเฉพาะการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว ด้วยการเปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างสองรูปแบบบริการในอำเภอพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นพื้นที่เมืองที่มีการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่องอันจะนำไปสู่การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เสมอภาค และเท่าเทียม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ประเมินลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวและพื้นที่รอบนอกอำเภอพระนครศรีอยุธยา

2. ศึกษาและเปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างการให้บริการคลินิกหมอครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมในอำเภอพระนครศรีอยุธยา

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (cross-sectional survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง: ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัวที่มีแพทย์เข้าตรวจรักษาทุกวัน และหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมที่มีแพทย์เข้าตรวจรักษาอาทิตย์ละ 1 วันแต่มีการจัดระบบให้คำปรึกษากับแพทย์เจ้าของพื้นที่ ขนาดตัวอย่าง: คำนวณได้ 320 ราย ($N = 26,292$, $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $p = 0.080$, $e = 0.05$) วิธีการสุ่มตัวอย่าง: ใช้วิธีการสุ่มแบบ convenient cluster random sampling โดยเลือกหน่วยบริการเป็นกลุ่ม (cluster) และเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มารับบริการในช่วงเวลาศึกษา วิธีการนี้เหมาะสมกับบริบทการให้บริการจริงในพื้นที่ แต่มีข้อจำกัดด้านความเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด⁹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ประยุกต์จากแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky and Thomas⁴ และแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของสหภาพยุโรป¹⁰ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ
2. ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ในมิติการเข้าถึงบริการ 5 ด้าน (วัดด้วย Likert Scale 5 ระดับ)

แบบสอบถามได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้ในประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับ (Cronbach's $\alpha = 0.89$) และการจัดกลุ่ม “ความพึงพอใจระดับสูง” ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย $\geq$ ค่าเฉลี่ยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา: ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. สถิติเชิงอนุมาน: เปรียบเทียบความสัมพันธ์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกับคลินิกหมอครอบครัวโดยใช้สถิติ Chi-square และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ปรับด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีหลักฐานจากงานวิจัยก่อนหน้า

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 320 ราย ผู้รับการสำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.00) อายุเฉลี่ยประมาณ 69 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถม (ร้อยละ 60.00) มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้สถานบริการในพื้นที่เป็นหลัก (ตารางที่ 1)

ด้านความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 ด้าน พบมีความพึงพอใจด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ (mean 3.92) และการยอมรับในการใช้บริการ (mean 3.91) สูงที่สุด ในขณะที่ความพึงพอใจด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (mean 3.42) ต่ำที่สุด (ตารางที่ 2)

ระดับความสัมพันธ์ระหว่างประเภทสถานพยาบาลกับความพึงพอใจระดับสูงในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่ใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวมีโอกาสที่จะมีความพึงพอใจในระดับสูงสูงกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมเมื่อปรับด้วยปัจจัยร่วมค่า adjusted OR = 1.81 หมายความว่า ผู้สูงอายุที่ใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูงมากกว่าผู้ใช้หน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมประมาณ 1.8 เท่า เมื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	คลินิกหมอครอบครัว จำนวน (ร้อยละ)	หน่วยบริการปฐมภูมิ รูปแบบเดิม จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ			
เพศชาย	36 (22.50)	41 (25.62)	0.513
เพศหญิง	124 (77.50)	119 (74.38)	0.513
อายุ (mean, SD)	68.45 (6.26)	69.43 (6.57)	0.173
สถานภาพสมรส			
โสด	12 (7.50)	11 (6.88)	0.829
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	73 (45.62)	76 (47.50)	0.737
สมรส/อยู่ด้วยกัน	75 (46.88)	73 (45.62)	0.823
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา	2 (1.25)	4 (2.50)	0.685
ประถมศึกษาตอนต้น	48 (30.00)	75 (46.88)	<0.001
ประถมศึกษาตอนปลาย	22 (13.75)	12 (7.50)	0.070
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (5.00)	8 (5.00)	1.000
มัธยมศึกษาตอนปลาย	34 (21.25)	22 (13.75)	0.077
อนุปริญญา/ปวส.	33 (20.62)	25 (15.62)	0.246
ปริญญาตรี	11 (6.88)	14 (8.75)	0.532
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (1.25)	0 (0.00)	-
อาชีพก่อนอายุ 60 ปี			
ข้าราชการ	23 (14.37)	14 (8.75)	0.116
รัฐวิสาหกิจ	2 (1.25)	4 (2.50)	0.685
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	18 (11.25)	14 (8.75)	0.456
พนักงานบริษัทเอกชน	13 (8.12)	14 (8.75)	0.841
นักบวช	2 (1.25)	0 (0.00)	0.498
รับจ้าง	57 (35.62)	66 (41.25)	0.301
เกษตรกร	3 (1.88)	4 (2.50)	1.000
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24 (15.00)	20 (12.50)	0.516
รายได้ต่อเดือน			
ไม่มีรายได้	7 (4.38)	8 (5.00)	0.791
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 600 บาท	31 (19.38)	16 (10.00)	0.018
601-1,000 บาท	53 (33.12)	76 (47.50)	< 0.001
1,001-5,000 บาท	19 (11.87)	14 (8.75)	0.358
5,001-10,000 บาท	10 (6.25)	20 (12.50)	0.055
10,001 บาทขึ้นไป	40 (25.00)	26 (16.25)	0.053
สิทธิ์การรักษา			
จ่ายเงินเอง	5 (3.12)	4 (2.50)	1.000
สวัสดิการราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	48 (30.00)	37 (23.13)	0.164
ประกันสังคม	26 (16.25)	21 (13.12)	0.430
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	70 (43.75)	82 (51.25)	0.179
บัตรสงเคราะห์หรือสังคมสงเคราะห์	4 (2.50)	8 (5.00)	0.239
อื่น ๆ	7 (4.38)	8 (5.00)	0.791

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	คลินิกหมอครอบครัว จำนวน (ร้อยละ)	หน่วยบริการปฐม ภูมิรูปแบบเดิม จำนวน (ร้อยละ)	P-value
บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วม			
คนเดียว	17 (10.63)	8 (5.00)	0.061
คู่สมรส	65 (40.62)	60 (37.50)	0.567
บุตร	64 (40.00)	73 (45.62)	0.309
ญาติพี่น้อง	13 (8.12)	19 (11.88)	0.264
อื่น ๆ	1 (0.63)	0 (0.00)	1.000
ลักษณะความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย			
บ้านตนเอง	147 (91.88)	141 (88.12)	0.264
บ้านญาติ	2 (1.25)	14 (8.75)	<0.001
บ้านเช่า	7 (4.37)	4 (2.50)	0.357
อื่น ๆ	4 (2.50)	1 (0.63)	0.371
ผู้ดูแล			
พ่อหรือแม่	1 (0.62)	2 (1.25)	1.000
คู่สมรส	35 (21.88)	36 (22.50)	0.893
บุตร	98 (61.25)	99 (61.88)	0.909
ญาติพี่น้อง	21 (13.12)	14 (8.75)	0.210
ไม่มี	5 (3.13)	5 (3.12)	1.000
อื่น ๆ	0 (0.00)	4 (2.50)	-
แหล่งที่มารายได้			
ประกอบอาชีพเอง	47 (29.38)	47 (29.38)	1.000
คู่สมรส	17 (10.62)	18 (11.25)	0.858
บุตร	57 (35.62)	54 (33.75)	0.725
เงินช่วยเหลือจากราชการ	26 (16.25)	35 (21.87)	0.200
อื่น ๆ	13 (8.13)	6 (3.75)	0.098
ความเพียงพอของรายได้			
ไม่เพียงพอมีหนี้สิน	36 (22.50)	39 (24.38)	0.692
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	28 (17.50)	33 (20.62)	0.477
เพียงพอ	91 (56.88)	80 (50.00)	0.218
เหลือเก็บ	5 (3.12)	8 (5.00)	0.396
การใช้บริการหน่วยบริการในพื้นที่เป็นสถานพยาบาลหลัก	82 (51.25)	72 (45.00)	0.263
ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลหลัก (กม.) (median, IQR)	3 (3)	3 (3)	1.000
ระยะเวลาเดินทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลหลัก (นาที) (Median, IQR)	20 (20)	15 (15)	<0.001
พาหนะไปสถานพยาบาล			
เดินเท้า	19 (11.88)	21 (13.12)	0.735
รถจักรยาน	36 (22.50)	24 (15.00)	0.086
รถจักรยานยนต์	57 (35.62)	66 (41.25)	0.301
รถยนต์	37 (23.12)	43 (26.88)	0.439
รถประจำทาง	11 (6.88)	6 (3.75)	0.213
ลักษณะการเดินทางไปสถานพยาบาล			
สามารถไปคนเดียว	94 (58.75)	73 (45.62)	0.019
คู่สมรสพาไป	21 (13.12)	25 (15.63)	0.524
บุตรพาไป	35 (21.88)	48 (30.00)	0.097
ญาติพี่น้องพาไป	10 (6.25)	12 (7.50)	0.659
อื่น ๆ	0 (0.00)	2 (1.25)	0.498
ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพหน่วยบาท, (median, IQR)	30 (150)	0 (50)	< 0.001

ตารางที่ 2. ความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ

มิติความพึงพอใจ	คลินิกหมอครอบครัว (mean $\pm$ SD)	หน่วยบริการ ปฐมภูมิรูปแบบเดิม (mean $\pm$ SD)
ด้านที่ 1 ความพอเพียงของการบริการ	3.83 $\pm$ 0.63	3.74 $\pm$ 0.60
ด้านที่ 2 ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ	3.92 $\pm$ 0.65	3.85 $\pm$ 0.64
ด้านที่ 3 ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ	3.42 $\pm$ 0.50	3.30 $\pm$ 0.39
ด้านที่ 4 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	3.49 $\pm$ 0.44	3.42 $\pm$ 0.43
ด้านที่ 5 การยอมรับในการใช้บริการ	3.91 $\pm$ 0.70	3.86 $\pm$ 0.67

ตารางที่ 3. ระดับความสัมพันธ์ระหว่างประเภทสถานพยาบาลกับความพึงพอใจระดับสูง

ปัจจัย	ความพึงพอใจระดับสูง			
	Crude OR (95% CI)	P-value	Adjusted OR* (95% CI)	P-value
คลินิกหมอครอบครัว			ภาพรวมทุกด้าน	
	1.79 (1.01-3.18)	0.029	1.81 (1.05-3.12)	0.030
ด้านที่ 1 ความพอเพียงของการบริการ				
	1.30 (0.81-2.08)	0.275	1.32 (0.84-2.07)	0.228
ด้านที่ 2 ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ				
	0.86 (0.54-1.37)	0.525	0.86 (0.55-1.35)	0.510
ด้านที่ 3 ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ				
	1.84 (0.87-4.01)	0.118	2.00 (0.97-4.11)	0.060
ด้านที่ 4 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ				
	1.00 (0.52-1.94)	1.000	1.07 (0.57-2.00)	0.833
ด้านที่ 5 การยอมรับในการใช้บริการ				
	1.36 (0.85-2.17)	0.198	1.31 (0.84-2.06)	0.238

*ปรับด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ความเพียงพอของรายได้และระดับการศึกษา

วิจารณ์

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า คลินิกหมอครอบครัว ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำทุกวันในอำเภอพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมที่สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 1.81, 95% CI: 1.05-3.12, p = 0.030) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการจัดบริการแบบมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ ที่สามารถสร้าง

ความเชื่อมั่น ความต่อเนื่อง และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Penchansky และ Thomas⁴ ที่เสนอว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของความสอดคล้องระหว่าง “ความต้องการของผู้รับบริการ” และ “ความสามารถในการจัดบริการของหน่วยบริการ” ผ่าน 5 มิติ ได้แก่ ความพอเพียงของการบริการ ความสามารถในการเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ ความสะดวก

ในการใช้บริการ ความสามารถในการจ่าย และการยอมรับของผู้รับบริการ ซึ่งในงานวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุให้คะแนนความพึงพอใจสูงในด้าน “การเข้าถึงแหล่งบริการ” (mean = 3.92) และ “การยอมรับในการใช้บริการ” (mean = 3.91) แสดงให้เห็นว่าความไว้วางใจและการยอมรับในบริการทางการแพทย์จากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อความพึงพอใจโดยรวม

ในทางกลับกัน มิติที่ผู้สูงอายุให้คะแนนต่ำที่สุดคือ “ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ” (mean = 3.42) ซึ่งบ่งชี้ถึงข้อจำกัดในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การจัดพื้นที่บริการที่ไม่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ระบบนัดหมายที่ยังไม่ยืดหยุ่น หรือเวลาการเปิดบริการที่จำกัดในเวลาราชการเท่านั้น ผลนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ de Carvalho et al.⁸ ที่ศึกษาการประเมินบริการปฐมภูมิในผู้สูงอายุประเทศบราซิล พบว่าปัจจัยด้านความสะดวกในการเข้าถึง (convenience) และสิ่งอำนวยความสะดวก (facilities) เป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ อาจริย์ เชิดชู³ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะด้านการเดินทางและความพร้อมของบุคลากร การศึกษาครั้งนี้ชี้ว่าการจัดระบบคลินิกหมอครอบครัวที่มีแพทย์ประจำทุกวันช่วยลดอุปสรรคเหล่านั้นลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับบริการได้บ่อยขึ้นและมีการสื่อสารกับแพทย์ที่คุ้นเคยทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ¹¹ ที่รายงานว่าผู้สูงอายุซึ่งใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการใช้บริการในสถานบริการใกล้บ้านมากกว่ากลุ่มที่ใช้สิทธิรูปแบบอื่น โดยมีปัจจัยสำคัญคือความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์และความใกล้ชิดระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของคลินิกหมอครอบครัวในงานวิจัยนี้ ที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่เดียวกับผู้สูงอายุและดำเนินงานโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับผู้ป่วย

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ด้านประชากรศาสตร์พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.00) และมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งสะท้อนลักษณะประชากรทั่วไปของผู้สูงอายุไทยที่ยังคงพึ่งพาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก และมีข้อจำกัดด้านรายได้หรือการเดินทาง¹² ดังนั้น การมีคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่จึงเป็นการลดอุปสรรคทางภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Aday และ Andersen⁵ ที่ระบุว่า การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ต้องอาศัยทั้ง “ความพร้อมของระบบบริการ” และ “ศักยภาพของผู้ใช้บริการ” ในการเข้าถึง

ขณะเดียวกันอรุณญา นามวงศ์ และคณะ¹³ ที่ศึกษาในจังหวัดพะเยา พบว่า อายุ ระยะเวลาารับบริการ และการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (social support) มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการปฐมภูมิควรคำนึงถึงบริบททางสังคมและความพร้อมของครอบครัวควบคู่ไปด้วย

ส่วนงานของ กมลพร นิรารัตน์ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมืองของประเทศไทย พบว่าปัจจัยด้าน “รายได้ การศึกษา และความรับรู้ถึงประโยชน์ของบริการสุขภาพ” เป็นตัวกำหนดสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองใหญ่ซึ่งมีทางเลือกหลากหลาย งานวิจัยนี้จึงตอกย้ำว่าการให้บริการแบบ “แพทย์ประจำครอบครัวในพื้นที่” มีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นรากฐานของการเข้าถึงบริการอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

แม้ผลการศึกษาจะชี้ให้เห็นข้อดีของคลินิกหมอครอบครัวในด้านความสามารถในการเข้าถึงและการยอมรับ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ความสะดวกในการรับบริการที่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการขาดแคลนพื้นที่บริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การมีจำนวนบุคลากรจำกัด หรือการให้บริการเฉพาะในเวลาราชการเท่านั้น ประเด็นเหล่านี้ควรถูกนำ

ไปพัฒนาในเชิงนโยบาย เช่น การเพิ่มรอบบริการนอกเวลาราชการ การพัฒนาอาคารสถานที่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การจัดระบบคิวอัจฉริยะ (smart queue) และ การใช้เทคโนโลยีทางไกลทางการแพทย์ (telemedicine) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับคำปรึกษาได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่จำเป็นต้องเดินทาง นอกจากนี้ ยังควรส่งเสริมการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของคลินิกหมอครอบครัวให้แก่ประชาชน เพื่อเพิ่มความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยยกระดับการยอมรับให้สูงขึ้นยิ่งกว่าเดิมในระยะยาว เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีศักยภาพในการให้บริการผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เชิงระบบและนโยบาย

- ขยายรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดในอำเภอเมืองและชนบท โดยเฉพาะพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่หนาแน่น เพื่อให้มีหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำทุกวัน ซึ่งผลการศึกษาชี้ว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าในรูปแบบบริการแบบเดิม

- กำหนดนโยบายสนับสนุนให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกทุกวัน พร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ (เช่น พยาบาลชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร) เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

- พิจารณาให้มี “เวลาบริการนอกเวลาราชการ” (ช่วงเย็นหรือวันหยุด) สำหรับผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านเวลาเดินทางหรือติดกิจกรรมอื่น ๆ ในวันราชการ

- ส่งเสริมการจัดระบบ “จองคิวล่วงหน้า / นัดหมายออนไลน์ / โทรศัพท์” เพื่อลดระยะเวลารอและอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ

- พิจารณานโยบายสนับสนุนด้านการเดินทาง (transportation) สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ห่างจากสถานบริการ เช่น รถรับส่งหรือบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามที่พบว่า “ขาดระบบการเดินทาง” เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในไทย

2. เชิงพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวก

- ปรับปรุงอาคารสถานที่ให้ “ผู้สูงอายุ-friendly” เช่น ทางลาด รถเข็น ห้องพักคอย พื้นไม้ลิ้น ไฟสว่าง ป้ายสัญลักษณ์ชัดเจน เพื่อเพิ่มความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ

(ซึ่งผลการศึกษาของคุณพบว่า ด้านความสะดวกได้รับความเห็นค่าที่สุด)

- เพิ่มช่องทางการให้บริการแบบ “ไปเยี่ยมบ้าน” (home visit) หรือ “คลินิกเคลื่อนที่” สำหรับผู้สูงอายุที่เดินทางลำบาก เพื่อเพิ่มความเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility)

- จัดให้มีพื้นที่ให้คำปรึกษาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ห้องพักผู้สูงอายุ รอคอยนานน้อย มีเจ้าหน้าที่ดูแลเฉพาะด้านผู้สูงอายุ

- พัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุน เช่น ระบบโทรปรึกษา (tele-consultation) หรือการติดตามผลทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยลดความจำเป็นในการเดินทาง

3. เชิงบุคลากรและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

- ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจเฉพาะด้านผู้สูงอายุ (geriatric care) และการสื่อสารกับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการยอมรับของบริการ

- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนบริการสุขภาพของตนเอง เช่น ให้เลือกเวลานัดหมาย สะท้อนความต้องการเฉพาะของตน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความยอมรับ

- จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การใช้บริการคลินิกหมอครอบครัว การเตรียมตัวก่อนมารับบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมและลดอุปสรรคทางจิตใจ

4. เชิงติดตามประเมินผล

- ตั้งระบบเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ เช่น ระยะเวลารอ จำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุมาทำการตรวจ ดัชนีความพึงพอใจ และอัตราการกลับมาใช้บริการซ้ำ

- ทำการประเมินเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวและพื้นที่ที่ใช้หน่วยบริการแบบเดิม (longitudinal study) เพื่อดูผลในระยะยาว เช่น การลดการนอนโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

- ใช้ผลประเมินเพื่อปรับปรุงบริการอย่างสม่ำเสมอ (continuous quality improvement) และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้รับบริการทราบ เพื่อสร้างความโปร่งใสและความไว้วางใจ

5. เจริญความเหลื่อมล้ำ (equity)

- ตรวจสอบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มเปราะบาง (เช่น รายได้น้อย อยู่คนเดียว อยู่ห่างจากสถานบริการ) มีโอกาสเข้าถึงบริการน้อยกว่า และจัดมาตรการเฉพาะ เช่น สิทธิพิเศษหรือบริการเคลื่อนที่สำหรับกลุ่มนี้
- สนับสนุนให้มีการใช้สิทธิประกันสุขภาพใกล้บ้าน (nearest facility) เพื่อหลีกเลี่ยงผู้สูงอายุที่จดทะเบียนอยู่ห่างและต้องเดินทางไกล ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผลลัพธ์ ประการแรก การออกแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวางไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้โดยตรง ประการที่สอง การใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ convenient cluster sampling อาจจำกัดความเป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ และประการสุดท้าย การประเมินการเข้าถึงบริการอาศัยการรับรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ล่าสุดหรืออคติในการระลึกความจำ (recall bias) ดังนั้น ผลลัพธ์ควรถูกตีความร่วมกับบริบทของระบบบริการในพื้นที่ศึกษา

สรุป

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผู้สูงอายุที่ใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูงมากกว่าผู้ใช้หน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม แม้เมื่อควบคุมปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจสังคมแล้ว ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าความแตกต่างไม่ได้เกิดจากลักษณะของผู้รับบริการเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับกลไกการจัดระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัวโดยตรง

ในเชิงกลไกคลินิกหมอครอบครัวมีลักษณะสำคัญคือการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลประชากรกลุ่มเดิมอย่างต่อเนื่องซึ่งเอื้อต่อการสร้างความสัมพันธ์ระยะยาว ความไว้วางใจและความเข้าใจบริบทชีวิตของผู้สูงอายุ กลไกดังกล่าวส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในหลายมิติโดยเฉพาะมิติการยอมรับในการใช้บริการ และ ความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งเป็นหัวใจ

ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและต้องการการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ พบว่ามีมิติที่ได้รับคะแนนสูง ได้แก่ ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการและการยอมรับในการใช้บริการ ซึ่งสะท้อนว่าการมีหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนและมีบุคลากรที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย ช่วยลดอุปสรรคเชิงจิตใจและเพิ่มความมั่นใจในการมารับบริการ ขณะที่มิติด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการยังคงเป็นจุดอ่อนของทั้งสองรูปแบบบริการ สะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการปฐมภูมิ เช่น เวลาการให้บริการที่จำกัด สิ่งอำนวยความสะดวกที่ยังไม่สอดคล้องกับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุและภาระการเดินทาง¹⁵

ที่สำคัญแม้ผลการวิเคราะห์เชิงมิติจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน แต่ผลรวมของการเข้าถึงบริการกลับแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นผลลัพธ์เชิงระบบ (system-level outcome) ที่เกิดจากการทำงานร่วมกันของหลายองค์ประกอบ มากกว่าการพัฒนาเพียงมิติใดมิติหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Aday และ Andersen ที่มองว่าการเข้าถึงบริการเป็นผลของความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างระบบบริการและศักยภาพของผู้ใช้บริการ⁵

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้าในบริบทไทยและต่างประเทศ ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าการมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เน้นความต่อเนื่องและความใกล้ชิดกับชุมชน สามารถลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุได้จริง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ขยายองค์ความรู้เดิมด้วยการแสดงให้เห็นว่าแม้ในบริบทเขตเมืองที่มีสถานบริการหลากหลาย การมี “แพทย์ประจำครอบครัวในพื้นที่” ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้าถึงบริการอย่างยั่งยืน

Highlights

1. คลินิกหมอครอบครัวมีความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่า 1.81 เท่า ประสิทธิภาพการมีผลต่อความพึงพอใจอย่างชัดเจน: ผู้สูงอายุที่ใช้บริการ คลินิกหมอครอบครัว (ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำทุกวัน) มีความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมสูงกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงสุดในด้าน ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ (Mean 3.92) และ การยอมรับในการใช้บริการ (Mean 3.91) ซึ่งแสดงว่าความไว้วางใจในแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญ ในทางกลับกันมิติที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด คือ ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (Mean 3.42) ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดด้านสิ่งอำนวยความสะดวก อาคารสถานที่ที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ หรือเวลาเปิดบริการที่จำกัดในเวลาราชการ

3. ควรขยายรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด และกำหนดนโยบายให้มี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ พร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ควรพิจารณาเพิ่มเวลาบริการนอกเวลาราชการ (ช่วงเย็น/วันหยุด) และปรับปรุงอาคารสถานที่ให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุ-friendly) เช่น ทางลาด หรือป้ายสัญลักษณ์ชัดเจน เพื่อแก้ไขปัญหาความสะดวกที่ได้คะแนนต่ำ

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด; 2561.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552; 2553.
- อารีย์ เชิดชู. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19:127-40.
- Aday LA, Andersen R. Access to health care. J Nurs Scholarsh. 1999;31:13-9.
- นครินทร์ สุวรรณแสง, ภราดร ยิ่งยวด. คลินิกหมอครอบครัว: แนวคิดและการจัดการตามบทบาทพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35:5-17.
- พิไลโอ เขียวแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของชนพิการ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2553.
- de Carvalho VCHDS, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2013;13:605. PubMed PMID: 23800179
- Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
- European Commission. European Health Interview Survey (EHIS): Methodology. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
- ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, วรางคณา นาคสวัสดิ์, สุภาพร จิตรประสงค์. การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี. วารสารการพยาบาล. 2559;18:58-68.
- สำเริง แหะหงกระโทก, รัชนิ มังคละศิริ. คู่มือการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน. นครราชสีมา: โชคเจริญมาเกิดตั้ง; 2545.
- อรัญญา นามวงศ์, กิตติพัทธ์ ฝึกฝน, เกลิมพล กำใจ, สุรีย์พรณ์ เลิศวัชรสกุล. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33:68-81.
- กมลพร นิรารัตน์, อัครนันท์ คัดสม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. ใน: เรื่องเต็มการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 14: ตามรอยพระยุคลบาท เกษตรศาสตร์กำแพงแสน; 2560 ธ.ค. 7-8; นครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน; 2560. หน้า 1939-49.
- ถาวร สกฤพานิชย์. ผลสัมฤทธิ์การให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคต ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2564.