นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย ตำบลเนินหอม อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี

วิรัญดา พงษ์พรม, ส.ม., (การบริหารงานสาธารณสุข) ณฐา เมธาบุษยาธร, ปร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี

ผู้รับผิดชอบบทความ:
วิรัญดา พงษ์พรม, ส.ม.,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น 4 หมู่ 11 ถ.หทัยราษฎร์ ต.ลาดสวาย อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี 12150, ประเทศไทย
Email: wirunda1970@gmail.com

Received: December 10, 2025;
Revised: December 22, 2025;
Accepted: January 8, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: การจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมเป็นนโยบายสำคัญเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุข การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย จังหวัดปราจีนบุรี

แบบวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 193 คนจาก 8 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และจัดสรรสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืน เครื่องมือคือแบบสอบถาม (IOC=0.67–1.00, α = 0.896) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.42) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ โรคประจำตัว ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทัศนคติต่อการบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ($r = 0.163$ และ $r = 0.156$ ตามลำดับ)

สรุป: ควรจัดกิจกรรมเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและสร้างเครือข่ายสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเดินทางและข้อมูลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุ

PCFM Vol 9 No. 1 Jan-Feb 2026: 41-50.

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Healthcare Access Among the Elderly at Ban Huai Kasian Noi Sub-District Health Promoting Hospital Noen Hom Sub-District Mueang District, Prachin Buri Province

Wirunda Pongprom, M.P.H. (Public Health Administration),
Natha Methabutsayathon, Ph.D. (Public Health)

Graduate School, Western University, Pathum Thani Province, Thailand

Corresponding author :
Wirunda Pongprom, M.P.H.
Graduate School, Western University, 49 Moo 4,
Lam Luk Ka District,
Pathum Thani 12150, Thailand
Email: wirunda1970@gmail.com

Received: December 10, 2025;
Revised: December 22, 2025;
Accepted: January 8, 2026

ABSTRACT

Background: Comprehensive elderly care is a key proactive policy of the Ministry of Public Health. This study aimed to examine factors associated with healthcare accessibility among the elderly in the service area of Ban Huai Kasian Noi Health Promoting Hospital, Prachin Buri Province.

Design: A cross-sectional Survey

Methods: The sample consisted of 193 elderly individuals from eight villages, selected through simple random sampling with proportional allocation. Simple random sampling was then conducted using a lottery method without replacement. The research instrument was a questionnaire (IOC = 0.67–1.00, α = 0.896). Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including the chi-square test, Fisher's exact test, and Pearson's correlation coefficient.

Results: Healthcare accessibility among the elderly was at a moderate level (40.42%). Factors significantly associated with healthcare accessibility ($p < 0.05$) were chronic diseases, attitudes toward health services, and social support. Both attitudes toward health services and social support showed low-level positive correlations ($r = 0.163$ and $r = 0.156$, respectively).

Conclusions: Proactive interventions should be implemented for elderly groups with chronic diseases to foster positive attitudes. Additionally, establishing support networks to assist with transportation and health information is essential to enhance healthcare accessibility

Keywords: healthcare access, attitudes toward healthcare services, social support, elderly

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกและประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (aged society)[1] ส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพมีความซับซ้อนและต่อเนื่องมากขึ้นตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566–2570) กระทรวงสาธารณสุขจึงมุ่งเน้นการยกระดับ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นกลไกหลักในการดูแลเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในถิ่นที่อยู่เดิมอย่างยั่งยืน[2]

จังหวัดปราจีนบุรีมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 19.7[3] ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ และมีผู้สูงอายุตกเกณฑ์ดัชนีความยากจนหลายมิติกว่า 4,000 คน และมีกลุ่มที่ต้องอยู่ลำพังหรือดูแลกันเองสูงถึง 15,000 คน[2] ส่วนพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านห้วยเกษียรน้อย ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท จากข้อมูลสถิติปี 2567 ผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการที่ รพ.สต. เพียงร้อยละ 19.6[4] ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 754 คน[4] สะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด Andersen’s Behavioral Model[5] พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยนำ เช่น ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการ เช่น โรคประจำตัว จากงานวิจัยของอาจารีย์ เชิดชู[6] ศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ อายุ เพศ ศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โรคประจำตัว การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย และการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มักศึกษาในภาพรวมระดับเขตสุขภาพหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ยังขาดข้อมูลเชิงลึกในระดับปฐมภูมิที่มีบริบทเฉพาะถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจนผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ รพ.สต. บ้านห้วยเกษียรน้อย ซึ่งการวิจัยนี้จะช่วยให้เข้าใจถึงอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในชุมชนของตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2568 (รหัสโครงการ HE-WTU 2568 – 0116 และเอกสารรับรองเลขที่ WTU 2568 – 0116) ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัย ดังนี้

1. การขอความยินยอม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ์ให้อาสาสมัครทราบอย่างครบถ้วน โดยอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ
2. การรักษาความลับ ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลกระทบหรือความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้อง

3. การจัดการข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลด้วยวิธีการที่เหมาะสมเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านห้วยเกษียรน้อย จากทะเบียนราษฎรของปี 2568 จำนวน 754 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตามสูตรของ Daniel (2010)[7] กำหนดค่า p = 0.82 (อ้างอิงจากการศึกษาของ สมชาย นันทวัฒนากรณ์[8] พบการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก ร้อยละ 82.7) ได้ขนาดตัวอย่าง 175 คน และสำรองข้อมูลร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 193 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยจัดสรรสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามรายหมู่บ้าน (8 หมู่บ้าน) และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนจนครบจำนวน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้สูงอายุสัญชาติไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี อ่าน หรือฟัง เข้าใจภาษาไทย สื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ หรือขอถอนตัวระหว่างการศึกษา

การจัดการข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหน้างานทันทีที่ได้รับแบบสอบถามคืน ทำให้ข้อมูลสมบูรณ์ ดำเนินการบันทึกข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทฤษฎี แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Triandis[9] จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ House[10] จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Penchansky and Thomas[11] จำนวน 20 ข้อ

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2-4 เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับของ Likert Scale[12] (5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom[13] ในการจัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00-79.99) และระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (validity and reliability)

ความตรงเชิงเนื้อหา ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC ระหว่าง 0.67-1.00

ความเชื่อมั่น ทดลองใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ รพ.สต. บ้านห้วยเกษียรน้อยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคในภาพรวมเท่ากับ 0.896 โดยด้านทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ = 0.753 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม = 0.848 และด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ = 0.844

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการคำนวณหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยเลือกใช้สถิติที่สอดคล้องกับมาตรวัดและข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลเชิงกลุ่ม ใช้สถิติไคสแควร์ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเลือกใช้การ

ทดสอบที่แม่นยำของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) ในกรณีที่ค่าความถี่ที่คาดหวัง (expected frequency) น้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด เพื่อให้ผลการทดสอบมีความแม่นยำทางสถิติ

2.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากตัวแปรอยู่ในระดับมาตรวัดช่วง และมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 193 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 116 คน (ร้อยละ 60.10) มีอายุเฉลี่ย 69.80 ปี (SD = 7.10) โดยกลุ่มที่พบมากที่สุดมีอายุระหว่าง 60–64 ปี จำนวน 56 คน (ร้อยละ 29.02) ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 150 คน (ร้อยละ 77.72) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 64 คน (ร้อยละ 33.16) ไม่ได้ทำงาน จำนวน 81คน (ร้อยละ 41.97) รายได้เฉลี่ย 3,625.39 บาทต่อเดือน (SD = 4,157.11) และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 184 คน (ร้อยละ 95.34) สภาวะสุขภาพพบว่ามีโรคประจำตัว จำนวน 125 คน (ร้อยละ 64.80) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุด จำนวน 113 คน (ร้อยละ 90.40) และมีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เฉลี่ย 50.04 ปี (SD = 19.52) (ตารางที่ 1)

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 78 คน (ร้อยละ 40.42) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย จำนวน 73 คน (ร้อยละ 37.82) และอยู่ในระดับมากจำนวน 42 คน (ร้อยละ 21.76) ตามลำดับ (ตารางที่ 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพรายด้าน เรียงตามลำดับจากระดับมากไปน้อย ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ 2) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 3) ด้านความพอเพียงของการให้บริการ 4) ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ 5) ด้านความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	77 (39.90)
หญิง	116 (60.10)
อายุ	
60-64 ปี	56 (29.02)
65-69 ปี	51 (26.42)
70-74 ปี	34 (17.62)
75-79 ปี	32 (16.58)
80 ปีขึ้นไป	20 (10.36)
$\overline{X}$ = 69.80, SD. = 7.10, Min = 60, Max = 90	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	150 (77.72)
มัธยมศึกษาตอนต้น	34 (17.61)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช หรือสูงกว่า	7 (3.63)
อนุปริญญา/ปวส.	2 (1.04)
อาชีพ	
เกษตรกรรม	64 (33.16)
รับจ้าง	30 (15.54)
ค้าขาย/ธุรกิจ	16 (8.29)
ข้าราชการบำนาญ	2 (1.04)
ไม่ได้ทำงาน	81 (41.97)
รายได้ต่อเดือน	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,500 บาท	65 (33.68)
1,501-3,000 บาท	62 (32.12)
3,001-4,500 บาท	21 (10.88)
4,501-6,000 บาท	17 (8.81)
6,000 บาทขึ้นไป	28 (14.51)
$\overline{X}$ = 3,625.39, SD.=4,157.11, Min =600, Max =30,000	
โรคประจำตัว	
ไม่มี	68 (35.20)
มี	125 (64.80)
ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จำแนกได้ดังนี้	
เบาหวาน	49 (39.20)
ความดันโลหิตสูง	113 (90.40)
หัวใจ	12 (9.60)
ไต	7 (5.60)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	184 (95.34)
ข้าราชการ	9 (4.66)

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	28 (14.51)
26-50 ปี	79 (40.93)
51-75 ปี	68 (35.23)
76 ปีขึ้นไป	18 (9.33)
$\overline{X}$ = 50.04, SD. =19.52, Min =3, Max = 90	

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	42 (21.76)
ปานกลาง	78 (40.42)
น้อย	73 (37.82)
รวม	193 (100.00)

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

4. ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = 0.163$ และ $r = 0.156$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย ตำบลเนินหอม อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี วิจารณ์ได้ดังนี้

1. ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นภัสสร คำภีระ และคณะ[14] ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภาพรวมอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ซึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 33.68) ซึ่งถือเป็นรายได้ที่ค่อนข้างน้อย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.34) จะใช้สิทธิบัตรทองซึ่งไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยตรง แต่ในความเป็นจริงมีค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าพาหนะเดินทาง หรือค่าเสียโอกาสของญาติที่ต้องหยุดงานมาส่งผู้สูงอายุ ซึ่งยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับแนวคิดมิติด้านความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายของ Penchansky[11] ที่ระบุว่าความสามารถในการจ่ายไม่ได้หมายถึงเพียงแค่ค่ารักษาพยาบาล แต่รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวเนื่องด้วย ดังนั้น ข้อจำกัดด้านรายได้ของผู้สูงอายุในพื้นที่จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดโอกาสและประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ รพ.สต. แม้จะมีสิทธิการรักษาพยาบาลรองรับอยู่ก็ตาม

2. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่กลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีการเข้าถึงบริการในระดับน้อย

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายด้าน

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ	66 (34.20)	90 (46.63)	37 (19.17)
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	40 (20.73)	95 (49.22)	58 (30.05)
ด้านความพอเพียงของการให้บริการ	39 (20.21)	93 (48.19)	61 (31.60)
ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ	38 (19.69)	89 (46.11)	66 (34.20)
ด้านความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย	38 (19.69)	89 (46.11)	66 (34.20)

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ			p-value
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				0.495
ชาย	15 (19.48)	29 (37.66)	33 (42.86)	
หญิง	27 (23.28)	49 (42.24)	40 (34.48)	
ระดับการศึกษา				0.964
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	32 (21.33)	61 (40.67)	57 (38.00)	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	10 (23.26)	17 (39.53)	16 (37.21)	
อาชีพ				0.555
เกษตรกรรม	13 (20.31)	26 (40.63)	25 (39.06)	
รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจ ข้าราชการบำนาญ	7 (14.59)	22 (45.83)	19 (39.58)	
ไม่ได้ทำงาน	22 (27.16)	30 (37.04)	29 (35.80)	
โรคประจำตัว				0.002*
ไม่มี	23 (33.82)	29 (42.65)	16 (23.53)	
มี	19 (15.20)	49 (39.20)	57 (45.60)	
สิทธิการรักษาพยาบาล				0.100F
บัตรทอง	40 (21.74)	77 (41.85)	67 (36.41)	
ข้าราชการ	2 (22.22)	1 (11.11)	6 (66.67)	

*p-value < 0.05, F: Fisher's Exact Test

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ	0.163	0.023*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.156	0.030*

*p-value < 0.05

ร้อยละ 45.60 กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีการเข้าถึงบริการในระดับน้อยร้อยละ 23.53 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าระยะทางและเวลาเดินทางมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุดเพียงร้อยละ 16.06 ซึ่งสะท้อนว่าการเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถผลักดันให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพได้หากมีอุปสรรคเชิงโครงสร้าง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.54 ที่เชื่อมั่นว่า รพ.สต. มียา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือมีคุณภาพและปลอดภัย อาจส่งผลให้ผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งต้องการการรักษาที่ซับซ้อนเลือกที่จะเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีความพร้อมมากกว่า สอดคล้องกับแนวคิดของ Penchansky[11] มิติด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการและความพอเพียงของการให้การบริการ ที่ระบุว่าหากบริการมีความพร้อมแต่เข้าถึงได้ยาก ความพึงพอใจและการเข้าใช้บริการจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาจรีย์ เชิดชู[6] ศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ แม้ว่าค่าสหสัมพันธ์จะอยู่ในระดับน้อย (r = 0.163 และ r = 0.156 ตามลำดับ) แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ วิเคราะห์ตามบริบทพื้นที่พบว่าสาเหตุที่ค่าสหสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นแตกต่างกัน โดยเฉพาะในประเด็นการตรวจสุขภาพประจำปีมีประโยชน์และการได้รับการ

ดูแลอย่างเท่าเทียมที่มีผู้ตอบระดับน้อยร้อยละ 20.00 สะท้อนถึงความเชื่อที่ว่าควรรับบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเท่านั้น จึงควรมีการประชาสัมพันธ์เรื่องประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วย และมีการจัดระบบคิวและการสื่อสารที่โปร่งใส เพื่อให้รู้สึกว่ามีการดูแลแบบเท่าเทียม ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าข้อคำถามมีเพื่อน ญาติ หรือคนใกล้ชิดจัดหาอาหารหรือสิ่งของจำเป็นเมื่อไม่สามารถจัดการเองได้ และได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 20.0 จึงควรใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนและสร้างระบบข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงง่าย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของยุพา ฟูชื่น[15] ศึกษาวิจัยเรื่อง ทัศนคติเชิงบวกต่อการเข้าถึงสถานบริการ การได้รับการสนับสนุนทางสุขภาพของผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นารีรัตน์ พุฒิเกษมตรกิจ และณฐา เมธาบุษยาธร[16] ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สมชาย นันทวัฒนากรณ์[8] ศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ และเช่นเดียวกับอรัญญา นามวงศ์ และคณะ[17] ศึกษาวิจัยเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการมีการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการกำหนดนโยบายและวางแผนกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สุงอายุโดยนำทัศนคติต่อการบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการวางแผนและปรับปรุงพัฒนาการบริหารจัดการกิจกรรมหรือโครงการขององค์กร

2. ควรมีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น หน่วยบริการเคลื่อนที่เข้าสู่หมู่บ้านที่ห่างไกล เพื่อลดอุปสรรคด้านการเดินทาง

3. ควรส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกของผู้สูงอายุ เช่น สร้างความเชื่อมั่นด้านเวชภัณฑ์และยา มีการประชาสัมพันธ์และแสดงรายการยาหรือเวชภัณฑ์พื้นฐานที่ รพ.สต. มีให้บริการสำหรับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่พบมากที่สุดและรองลงมาตามลำดับ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและมีทัศนคติเชิงบวกต่อความพร้อมของ รพ.สต.

4. ควรเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น บทบาทครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น พาผู้สูงอายุไปรับบริการ ช่วยติดตามนัดหมาย หรือส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ใช้แอปพลิเคชันสื่อสารเพื่อติดตามอาการและแจ้งเตือนวันนัดหมาย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง หรือผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแต่เข้าถึงบริการในระดับน้อย เพื่อทราบความต้องการที่แท้จริง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. งานวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะของตำบลเนินหอม อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งมีบริบทเฉพาะของชุมชน ผลการวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่าง

2. ตัวแปรที่ศึกษางานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิด อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น ปัจจัยด้านจิตใจ ความเชื่อทางวัฒนธรรม หรือคุณภาพของบริการ

สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.42 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 37.82 และมีเพียงร้อยละ 21.76 ที่มีการเข้าถึงในระดับมาก สะท้อนว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังประสบข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การวิเคราะห์เชิงสถิติพบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = 0.163$ และ $r = 0.156$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านจิตสังคมมีส่วนสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ แม้จะไม่ใช่ความสัมพันธ์ระดับสูง แต่ยังมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ตรงกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยคือเพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Highlights

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับน้อยถึงปานกลาง สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างและข้อจำกัดด้านสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอในพื้นที่ปฐมภูมิ
2. ผู้สูงอายุที่มี โรคประจำตัว มีรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบบริการที่ตอบสนองผู้ป่วยเรื้อรัง
3. ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการเป็นตัวบ่งชี้สำคัญถึงบทบาทของปัจจัยด้านจิตสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น สำหรับคำปรึกษาและข้อแนะนำอันทรงคุณค่า ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเนินหอม ผู้อำนวยการและบุคลากร รพ.สต. บ้านห้วยเกษียรน้อย ตลอดจน อสม. และผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลเนินหอมทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและสละเวลาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567.
2. กองบริหารสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566 - 2570). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31461
3. สำนักงานสถิติจังหวัดปราจีนบุรี. จำนวนประชากร. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://pchburi.nso.go.th/
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย. รายงานสถิติผู้มารับบริการ ประจำปี พ.ศ. 2567. ปราจีนบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย; 2567.
5. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36:1-10.
6. อาจรีย์ เชิดชู. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
7. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. [Internet]. 2010 [cited 2025 Aug 3]. Available from: https://archive.org/details/biostatisticsfou0000dani.
8. สมชาย นันทวัฒนากรณ์. การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chiangmaihealth.go.th/document/2311221700626118 26.pdf
9. Triandis HC. Attitude and attitude change. New York: Wiley; 1971.
10. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1985.
11. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981;19:127-40.

12. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol 1932;22(140):5-55.
13. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
14. นภัสสร คำภีระ, อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และ ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ. ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน ในจังหวัดนนทบุรี. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2568;11:591-606.
15. ยุพา ฟูชื่น. ทัศนคติเชิงบวกต่อการเข้าถึงสถานบริการ การได้รับการสนับสนุนทางสุขภาพของผู้ดูแลการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2561;5:73-86.
16. นารีรัตน์ พุฒิเกษมตรกิจ และ ณฐา เมธาบุษยาธร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก. [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2568.
17. อรัญญา นามวงศ์, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, เฉลิมพล กำใจ และ สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566;33:68-81.