

ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8

Strategies for Promoting Elderly Access to the Health System in the Thailand 4.0 Era: Regional Health Area 8

ศุภากร แสนท่าพล¹, เกียรติกร ชูระพันธ์² และ ทุตติยาภรณ์ ภูมิตอนมิ่ง³

Supakorn Santhumpon¹, Kriangkri Thuraphun² and Tutiyaphorn Poomdonming³

Received: 18 September 2024

Revised: 15 January 2025

Accepted: 29 January 2025

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์ 1) ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 และ 2) สร้างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ระยะที่ 2 สร้างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญในการร่างยุทธศาสตร์ จำนวน 15 คน ขั้นตอนที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญประเมินยุทธศาสตร์ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบประเมิน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง ในระยะที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า 1) ตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 โดยเรียงตามขนาดอิทธิพลมาตรฐานจากมากไปหาน้อย 3 ด้าน คือ คุณภาพของบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ และ เทคโนโลยีการบริการ 2) ผลการสร้างยุทธศาสตร์ มี 3 ยุทธศาสตร์ มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ คือ 3.51 พบว่าผลการประเมินมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, คุณภาพบริการ, ไทยแลนด์ 4.0

¹ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

E-mail: supakorn1982@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี E-mail: kraingkri.th@udru.ac.th

³ อาจารย์, สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี E-mail: Tutiyapoom@gmail.com

¹ Student for Doctor of Philosophy Program in Development Strategy, Udon Thani Rajabhat University

E-mail: supakorn1982@gmail.com

² Assistant Professor, Program in Development Strategy, Udon Thani Rajabhat University E-mail: kraingkri.th@udru.ac.th

³ Lecturer, Program in Development Strategy, Udon Thani Rajabhat University E-mail: Tutiyapoom@gmail.com

Abstract

This research is a mixed-method research. The objectives are 1) to examine the causal relationship of access to the health system for the elderly in the era of Thailand 4.0, Regional Health Area 8, and 2) to create a strategy to promote access to the health system for the elderly in the era of Thailand 4.0, Regional Health Area 8. It is divided into 2 phases: Phase 1: Examine the causal relationship of access to the health system for the elderly in the era of Thailand 4.0, Regional Health Area 8. The sample group is 400 elderly individuals using a multi-stage sampling method. Phase 2: Create a strategy to promote access to the health system for the elderly in the era of Thailand 4.0, Regional Health Area 8. Target group: Step 1: Experts in strategy drafting, 15 individuals; Step 2: Experts in strategy evaluation, 30 individuals. The research instruments are questionnaires, focus group discussion records, and evaluation forms. The statistics used for data analysis are frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. And the analysis of the structural equation model in the first phase, the research results found that 1) the causal variables that have a direct positive influence on access to the elderly health system in the Thailand 4.0 era, Regional Health Area 8, arranged according to the standard influence size from most to least, 3 aspects: service quality, service facilities, and service technology. 2) The results of strategy creation have 3 strategies that are appropriate and feasible. When compared to the specified evaluation criteria, which is 3.51, it was found that the evaluation results had an average value higher than the specified criteria.

Keywords: Health Services Accessibility, Health Promotion Strategies, Elderly, Service Quality, Thailand 4.0

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของประชากรสูงอายุของไทยนำไปสู่ประเด็นการกล่าวถึงสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทำให้รัฐไทยได้กำหนดนโยบายการเข้าถึงการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) 17 หลักสำคัญ ภายในปี พ.ศ. 2573 ในเป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีได้เชื่อมโยงเป้าหมายการพัฒนาประเทศตามกรอบยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติ

ยั่งยืน” (สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) ที่จะยกระดับศักยภาพของประเทศให้ได้ในหลากหลายมิติ พร้อมทั้งจะพัฒนาคนในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างการเติบโต บนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และมีภาคีรัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อการ

พัฒนาที่ยั่งยืนโดยยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ด้วยกรอบยุทธศาสตร์ชาติที่มุ่งพัฒนาประเทศไทย และมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนา ผ่านการบูรณาการของนโยบายหรือประเด็นพัฒนา ที่สำคัญของไทยแลนด์ 4.0

อย่างไรก็ตามไทยได้มีการวางแผนและสรรสร้างนโยบายการทำงานให้สอดคล้องเพื่อรองรับสังคมของผู้สูงอายุมาแล้วในระยะเวลาหนึ่งในปี พ.ศ. 2545 ด้วยโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคหรือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เรียกว่า สิทธิบัตรทอง อันเป็นกลไกสนับสนุนสำคัญที่ช่วยรองรับประชากรให้สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งในสังคมปัจจุบันกำลังเคลื่อนเข้าสู่สังคมของสังคมสูงอายุ (Aging Society) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในปี 2564 ประชากร 7,875 ล้านคน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเกือบทุกภูมิภาคทั่วโลกได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยประเทศไทย ในปี 2564 มีประชากร 66.7 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 12.5 ล้านคน ร้อยละ 18.8 จากสถิติดังกล่าวสามารถพยากรณ์ได้ว่าสังคมโลก และสังคมไทยเริ่มเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ดังนั้น ประเด็นการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุของประชากรไทยจึงเป็นความสำคัญที่สามารถอ้างอิงจากจำนวนสถิติของผู้สูงอายุวัยปลายเมื่อ 50 ปีก่อนนั้นได้เพิ่มจำนวนเป็น 1.4 ล้านคน (ร้อยละ 2.1) ในปี 2564 และจะเพิ่มอีกกว่าเท่าตัว เป็น 3.4 ล้านคน (ร้อยละ 5.2) ในอีก 20 ปีข้างหน้า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2565)

ผลจากการเพิ่มมากขึ้นของประชากรผู้สูงอายุที่มีอัตราสูงขึ้นได้ส่งผลให้เกิดปัญหาในหลายมิติ เช่น ด้านสังคม ด้านความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสุขภาพ และด้านความเหลื่อมล้ำ ได้กลายเป็นปัญหาสุขภาพของทุกภูมิภาคทุกเขตสุขภาพของ

ประเทศไทย รวมถึงความไม่เท่าเทียม ความแตกต่างทางด้านสถานภาพทางสังคมและทุนของแต่ละบุคคล ความซับซ้อนของระบบหลักประกันสุขภาพ การเลือกสถานพยาบาลที่ยังเป็นปัญหา โครงสร้างของการบริหารงานสาธารณสุข การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ (วรธา มงคลสืบสกุล, 2565) เช่นเดียวกับ (Penchansky & Thomas, 1981) ได้อธิบายการเข้าถึงบริการว่า คือความเพียงพอของบริการที่ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ใช้บริการ การสามารถเข้าถึงสถานบริการถึงต้องมีความสะดวก ทั้งสถานที่ การเดินทาง พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการเข้ารับบริการ และความสามารถในการจ่ายค่าบริการตามความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการบริการนั้นจะต้องได้รับการยอมรับด้านคุณภาพและความน่าเชื่อถือ การจัดระบบบริการให้ดีและคุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ หากต้องการให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น ผู้บริหารสถานพยาบาลควรพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ทั้งความรู้ บุคลิกภาพ ทักษะติดต่อการให้บริการ และการจัดระบบบริการที่เน้นครอบครัวและผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง พื้นฐานในด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ 1) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) 2) ความสามารถทางการเงินของผู้ใช้บริการ (Affordability) 3) ความพอเพียงของแหล่งบริการ (Adequacy) 4) คุณภาพของบริการ (Service Quality) 5) สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) โดยส่วนประกอบทั้ง 5 ด้าน ต้องเป็นความสมดุลระหว่างผู้รับบริการกับระบบบริการอุปสรรคส่วนบุคคลและสังคมตลอดจนอุปสรรคด้านองค์กรและการเงิน ซึ่งเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ดังนั้น การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินคุณภาพการดูแลในทางปฏิบัติ และการประเมินการเข้าถึง

การบริการทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการการวัดได้จากการมีแหล่งบริการสนับสนุน อย่างไรก็ตามการเข้าถึงบริการที่แท้จริงกลับปรากฏให้เห็นในมิติของการใช้บริการด้านสุขภาพและความพึงพอใจของผู้มารับบริการในปัจจุบันที่มีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้ามาช่วยสนับสนุนการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นหรือแม้กระทั่งนำมาเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตพึ่งพาตัวเองได้ ก้าวทันโลกสมัยใหม่ และลดภาระการพึ่งพิงในสังคมง่าย สะดวกสามารถอยู่กับสังคมยุคดิจิทัลได้อย่างกลมกลืนและมีความสุข ถือได้ว่า 6) เทคโนโลยีการบริการ (Service Technology) สมัยใหม่เป็นพื้นฐานสำคัญในการเข้าถึงบริการในปัจจุบัน ซึ่งเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ที่ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย เลย หนองบัวลำภู สกลนคร นครพนม และจังหวัดบึงกาฬ ถือว่าเป็นอีกเขตสุขภาพที่มีการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องและมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาสนับสนุนบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการและผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีโอกาสที่จะเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต โดยกลุ่มผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-69 ปี ที่มีความหนาแน่นที่สุด มีประชากรถึง 537,861 คน จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 13 ตุลาคม 2565

ด้วยความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัย ซึ่งสนใจการศึกษาเกี่ยวกับ “ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8” เพื่อให้เกิดการส่งเสริมการถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุ รองรับบริการที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้วยกระดับการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 ในยุคไทยแลนด์ 4.0

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8
2. เพื่อสร้างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8

วิธีการศึกษา

การทำวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ด้วยการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Study) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 โดยกำหนดขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Documentary Analysis) หน่วยในการวิเคราะห์ขั้นตอนนี้ ได้แก่ แนวคิดทฤษฎี รวมถึงโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการเข้าถึงระบบสุขภาพด้านต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 และผลงานวิจัยหรือฐานข้อมูลอื่นๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้อง เบื้องต้น ประกอบด้วย การเข้าถึงระบบสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ความสามารถทางการเงินของผู้ใช้บริการ (Affordability) ความพอเพียงของแหล่งบริการ (Adequacy) คุณภาพของบริการ (Service Quality) สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) และ เทคโนโลยีบริการ (Service Technology) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีประชากรหนาแน่นที่สุดของกลุ่มผู้สูงอายุ และมีโอกาสที่จะเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต จำนวน 537,861 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ มีตัวแปรแฝง จำนวน 6 ตัวแปร ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่เหมาะสมคือ จำนวน 300 ราย (Hair et al., 2014: 574) และเพื่อเป็นการเพิ่มอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น จำนวน 400 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ได้ประชากรกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

จังหวัด	โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	ตัวอย่าง (คน)
อุดรธานี	โรงพยาบาลบ้านดุง	10,871	80
	โรงพยาบาลบ้านฝ่อ	9,926	73
	โรงพยาบาลสร้างคอม	2,571	19
หนองคาย	โรงพยาบาลหนองคาย	13,183	97
	โรงพยาบาลโพนพิสัย	7,692	57
	โรงพยาบาลสังคม	2,155	15
บึงกาฬ	โรงพยาบาลโซพิสัย	5,437	40
	โรงพยาบาลปากคาด	2,566	19
รวม		54,401	400

ที่มา: ของจำนวนประชากร ได้มาจาก ฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 13 ตุลาคม 2565

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ โดยศึกษาจากแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลทั่วไปของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 8 และลักษณะของการเข้าถึงระบบสุขภาพ มีลักษณะการตอบแบบตรวจรายการ (Check list) ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงระบบสุขภาพ 7 ด้าน ดังนี้

- 1) ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)
- 2) ความสามารถทางการเงินของผู้ใช้บริการ

- (Affordability) 3) ความพอเพียงของแหล่งบริการ (Adequacy) 4) คุณภาพของบริการ (Service Quality) 5) สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) 6) เทคโนโลยีบริการ (Service Technology) 7) การเข้าถึงระบบสุขภาพ (Access to Health System) มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินข้อคำถามต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 (ประสพชัย พสุนนท์, 2558) จึงถือได้ว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งต้องมีค่ามากกว่า 0.70 (Cronbach, 1990) จึงสรุปได้ว่าแบบสอบถามมีระดับความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี

การวิเคราะห์ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้ 1. วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติพื้นฐาน คือ ร้อยละ และความถี่ 2. การวิเคราะห์โมเดลสมการเชิง

โครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (Lisrel) โดยใช้ดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงดังตารางที่ 2

ในกรณีที่โมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ต้องมีการปรับแก้โมเดลเพื่อให้มีการประมาณค่าพารามิเตอร์ขึ้นใหม่ จนกว่าโมเดลที่วิเคราะห์ใหม่จะสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรภายในสังเกตได้มีความสัมพันธ์กัน หลังจากนั้นจึงทำการแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การนำค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้จากการคำนวณมาใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของโมเดล

โดยงานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่การรับรอง อว 0622.7/065 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567

ตารางที่ 2 ค่าสถิติทดสอบความกลมกลืนของโมเดล

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ที่มา
ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative chi-square: χ^2 / df)	มีค่าน้อยกว่า 2.00	Tabachnick and Fidell (2013)
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI)	มีค่าตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป	Kelloway (2015)
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนปรับแก้แล้ว (Adjusted the Goodness of Fit Index: GFI)	มีค่ามากกว่า 0.80	Thakkar (2020)
ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI)	มีค่ามากกว่า 0.95	Kline (2011)
ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized root mean square residual: SRMR)	มีค่าน้อยกว่า 0.08	Kelloway (2015)
ค่ารากกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA)	มีค่าน้อยกว่า 0.05	Schumacker & Lomax (2010)

ระยะที่ 2 การสร้างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 การสร้างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 รวมทั้งการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์ฯ มีรายละเอียดดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การร่างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการร่วมกับที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ เพื่อร่วมกันทำการวิเคราะห์และตีความข้อมูลตามกรอบการวิเคราะห์ซออาร์ (SOAR Analysis) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 โดยเทคนิคซออาร์ (SOAR Analysis) ศึกษาสภาพการณ์ของหน่วยงาน กำหนดความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประเด็นปัญหาที่ต้องการปรับปรุงหรือพัฒนา โดยอาศัยผลจากการศึกษาระยะที่ 1 มาเป็นกรอบในการพิจารณา เพื่อให้ได้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ที่ประกอบด้วย 1) วิสัยทัศน์ (Vision) 2) พันธกิจ (Mission) 3) วัตถุประสงค์ (Objective) หรือเป้าหมาย (Goal หรือ Target) 4) ตัวชี้วัด (Indicator) 5) แผนกลยุทธ์ (Strategic Plan) และ 6) แผนงาน/โครงการ (Plan/ Project) ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย เป็น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการสร้างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 15 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขจำนวน 8 คน และ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ มีความรู้ความเข้าใจด้านยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน โดยใช้วิธีการเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบ

เจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นการดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการร่างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ใช้แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่มบันทึกข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนข้อวิพากษ์ของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่มีต่อร่างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กำหนดวิธีการสร้างดังต่อไปนี้ สร้างแบบบันทึกการสนทนากลุ่มตามรูปแบบที่กำหนด แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น จากนั้นจะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเภทข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนข้อวิพากษ์ของผู้เข้าร่วมการสนทนา โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปเป็นร่างสร้างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบร่างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคลไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 โดยการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของร่างยุทธศาสตร์ฯ ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 15 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ มีความรู้ความเข้าใจด้านยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน โดยใช้วิธีการเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (Purposive

Sampling) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 30 คน จะเป็น คณะกลุ่มกันกับผู้เชี่ยวชาญ ในขั้นตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคนโยบาย 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 โดยประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ด้วยแบบประเมินลักษณะเป็นมาตราส่วน มาดำเนินการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดค่าคะแนนของช่วงน้ำหนัก 5 ระดับ ดังนี้ ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคนโยบาย 4.0 มีความหมายของค่าคะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ระดับมาก
- 3 หมายถึง ระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ระดับน้อย
- 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือ ออกจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เพื่อประสานกลุ่ม เป้าหมายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัยพร้อมขออนุญาตจัดเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินออนไลน์ส่งถึงผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำแบบประเมิน และให้ข้อเสนอแนะ การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ วิเคราะห์สถิติ โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) แปลผลตามเกณฑ์การวิเคราะห์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับน้อยที่สุด

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินจะผ่านการประเมินต้องมีค่าเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 3.51 จึงถือว่าผ่านการประเมิน จากนั้นทำการทดสอบความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งสองกลุ่มว่ามีความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันหรือไม่ โดยใช้สถิติ T-test ในการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคนโยบาย 4.0 เขตสุขภาพที่ 8

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จำนวน 242 คน, ร้อยละ 60.50) มีอายุระหว่าง 64 – 65 ปี (จำนวน 107 คน, ร้อยละ 26.75) มีสถานภาพสมรสแล้ว (จำนวน 321 คน, ร้อยละ 80.25) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (จำนวน 296 คน, ร้อยละ 74.00) ประกอบอาชีพเกษตรกร (จำนวน 191 คน, ร้อยละ 47.75) มีรายได้ต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท (จำนวน 275 คน, ร้อยละ 68.75) มีสิทธิการรักษาประเภทบัตรทอง (จำนวน 339 คน, ร้อยละ 84.75) และมีอุปกรณ์ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารออนไลน์เป็นของตนเอง (จำนวน 280 คน, ร้อยละ 70.00)

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคนโยบาย 4.0 เขตสุขภาพที่ 8

การตรวจสอบโมเดลในภาพรวม โดยใช้ค่าสถิติทดสอบความกลมกลืนที่ ได้แก่ ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ (χ^2 / df) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน

(GFI) ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) ค่ารากกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) และค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (SRMR) โดยผลจากการวิเคราะห์ในเบื้องต้น พบว่า โมเดลไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับโมเดล จำนวน 28 ครั้ง โดยการ

ผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นให้ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งหลังจากปรับโมเดลแล้ว พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี กล่าวคือ โมเดลสมมติฐานที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีความสอดคล้องความเป็นจริง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจสอบโมเดลในภาพรวม

ค่าดัชนี	เกณฑ์พิจารณา	ผลการทดสอบ			
		ก่อนปรับโมเดล	แปลผล	หลังปรับโมเดล	แปลผล
χ^2 / df	< 2.00	3.17	ไม่ผ่านเกณฑ์	1.75	ผ่านเกณฑ์
GFI	≥ 0.90	0.83	ไม่ผ่านเกณฑ์	0.90	ผ่านเกณฑ์
AGFI	> 0.80	0.79	ไม่ผ่านเกณฑ์	0.87	ผ่านเกณฑ์
CFI	> 0.95	0.98	ผ่านเกณฑ์	0.99	ผ่านเกณฑ์
SRMR	< 0.08	0.069	ผ่านเกณฑ์	0.053	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	< 0.05	0.074	ไม่ผ่านเกณฑ์	0.043	ผ่านเกณฑ์

เมื่อพิจารณาความตรงเชิงลู่เข้า (Convergent Validity) จากตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 31 ตัวแปร พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.50 – 0.94 ซึ่งมีค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด กล่าวคือ มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติที (t) พบว่า น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของทุกตัวแปรมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีความตรงเชิงลู่เข้า โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือ และสามารถอธิบายได้อย่างมีความหมาย

เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลมาตรฐานของตัวแปรแฝงในโมเดล พบว่า ตัวแปรสาเหตุ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ คุณภาพของบริการ (Quality) สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accom) และเทคโนโลยีการบริการ (Techno) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 (AHCS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีขนาดอิทธิพลมาตรฐานเท่ากับ 0.39, 0.35 และ 0.17 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ (Access) ความพอเพียงของแหล่ง

บริการ (Adequacy) และความสามารถทางการเงินของผู้ใช้บริการ (Afford) ไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 (AHCS) โดยโมเดลมีค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (R2) เท่ากับ 0.67 กล่าวคือ ตัวแปรสาเหตุในโมเดลสามารถอธิบายตัวแปรผล

ได้ร้อยละ 67 แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย พบว่า สมมติฐานการวิจัยที่ 3, 5 และ 6 มีเส้นทางอิทธิพลที่สอดคล้องกับสมมติฐานที่กำหนดไว้ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลมาตรฐานของโมเดล

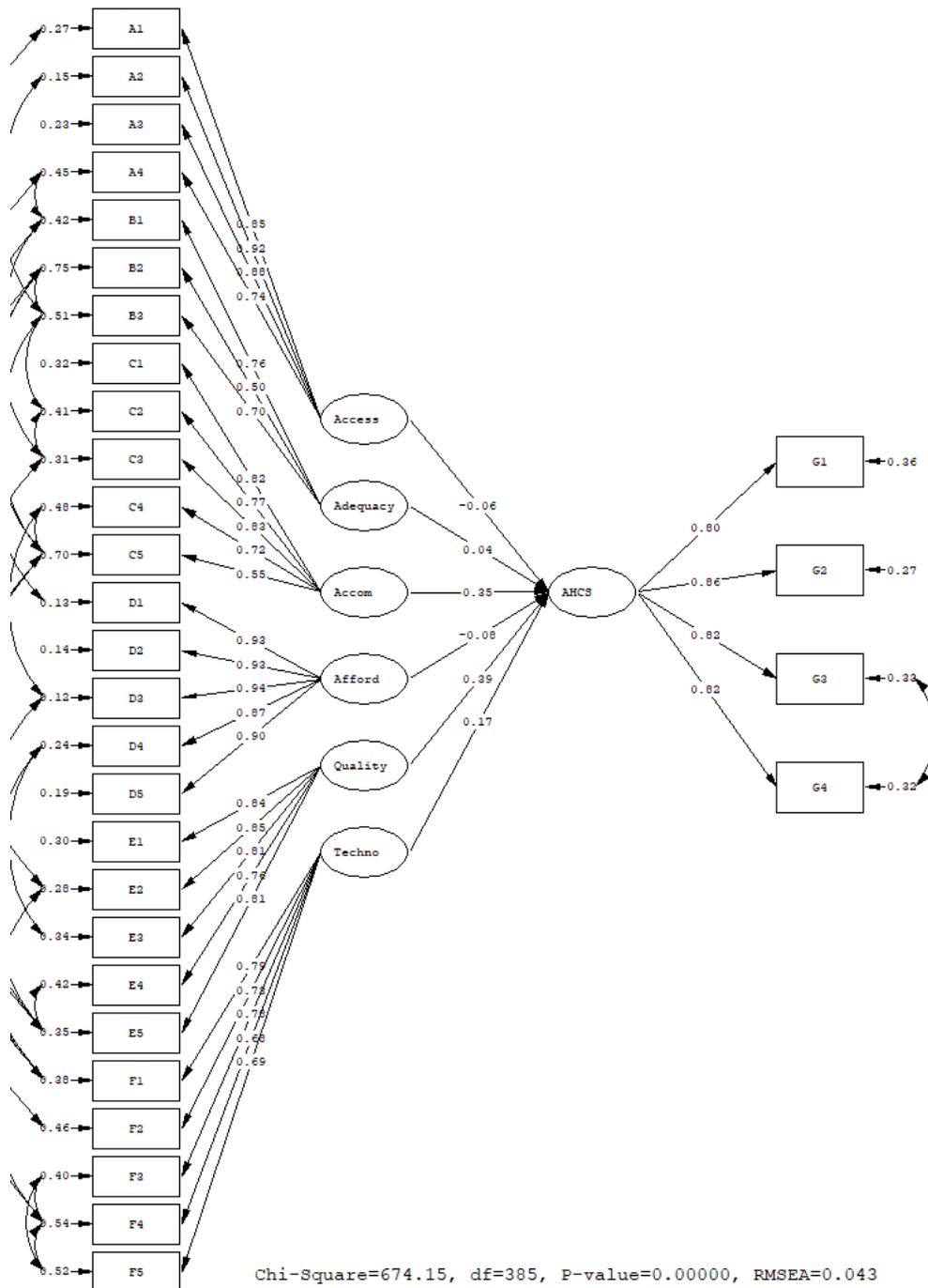
ตัวแปรผล	R ²	อิทธิพล	ขนาดอิทธิพลมาตรฐานของตัวแปรสาเหตุ					
			Access	Adequacy	Accom	Afford	Quality	Techno
AHCS	0.67	DE	- 0.06	0.04	0.35**	- 0.08	0.39**	0.17*

**p< 0.01 * p< 0.05

ตารางที่ 5 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่	เส้นทางอิทธิพล	ขนาดอิทธิพลมาตรฐาน	t	S.E.	ผลการทดสอบ
H1	Access --->AHCS	- 0.06	- 1.23	0.049	ปฏิเสธ
H2	Adequacy --->AHCS	0.04	0.49	0.079	ปฏิเสธ
H3	Accom --->AHCS	0.35**	3.01**	0.120	ยอมรับ
H4	Afford --->AHCS	- 0.08	- 1.76	0.048	ปฏิเสธ
H5	Quality --->AHCS	0.39**	3.45**	0.120	ยอมรับ
H6	Techno --->AHCS	0.17*	2.10*	0.083	ยอมรับ

**p< 0.01 * p< 0.05



ภาพที่ 1 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานและขนาดอิทธิพลมาตรฐานของโมเดลเชิงสาเหตุ การเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8

สรุปได้ว่า ตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 โดยเรียงตามขนาดอิทธิพลมาตรฐานจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้

1. คุณภาพของบริการ (Quality) มีตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 5 ตัวแปร โดยเรียงลำดับตามน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ 1) แหล่งบริการระบบสุขภาพมีการดูแลเอาใจใส่ และมีระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ 2) แหล่งบริการระบบสุขภาพมีการให้บริการที่ได้มาตรฐาน 3) มีขั้นตอนและลำดับการให้บริการที่เหมาะสม ไม่ซับซ้อน 4) แหล่งบริการระบบสุขภาพมีระบบการให้บริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน และ 5) บุคลากรทางการแพทย์ ให้คำแนะนำในการรักษาที่ดี พุดจาสุภาพ และเป็นกันเอง

2. สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accom) ตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 5 ตัวแปร โดยเรียงลำดับตามน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ 1) แหล่งบริการระบบสุขภาพมีการอำนวยความสะดวกในเรื่องพื้นที่รอซักประวัติ รอเข้าตรวจและรอรับยา 2) แหล่งบริการระบบสุขภาพมีจุดบริการในการเข้ารับบริการที่สะดวก 3) แหล่งบริการระบบสุขภาพ มีการแบ่งโซนการให้บริการ แยกห้องตรวจบริการที่ชัดเจน 4) แหล่งบริการระบบสุขภาพมีห้องน้ำที่สะอาดและเพียงพอ สำหรับผู้มารับบริการ และ 5) แหล่งบริการระบบสุขภาพมีบริการที่จอดรถและร้านอาหารเครื่องดื่มสำหรับผู้มารับบริการ

3. เทคโนโลยีการบริการ (Techno) ตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 5 ตัวแปร โดยเรียงลำดับตามน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ 1) แหล่งบริการระบบสุขภาพ มีการนำระบบเทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุนบริการให้มีความรวดเร็วและมีคุณภาพ 2) แหล่งบริการระบบสุขภาพ มีการเพิ่มระบบช่องทางการให้บริการผ่าน

ระบบ Telemedicine 3) ท่านสามารถใช้เทคโนโลยีของแหล่งบริการระบบสุขภาพได้ด้วยตนเอง เช่น ระบบคิว เครื่องวัดความดันด้วยตนเอง 4) แหล่งบริการระบบสุขภาพ มีการเพิ่มระบบช่องทางการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ หรือรับยากลับบ้าน และ 5) แหล่งบริการระบบสุขภาพ มีการเพิ่มระบบช่องทางการนัดออนไลน์ และมีระบบแจ้งเตือนการเข้ารับบริการ

ส่วนที่ 2 ผลการสร้างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8

ขั้นตอนที่ 1 การร่างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ระยะที่ 1 มาทำการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ซออาร์ (SOAR Analysis) จากสรุปผลการศึกษาระยะที่ 1 ตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 โดยเรียงตามขนาดอิทธิพลมาตรฐานจากมากไปหาน้อย จำนวน 3 ด้าน คือ 1.คุณภาพของบริการ (Quality) 2.สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accom) และ 3.เทคโนโลยีการบริการ (Techno) หลังจากนั้นจะทำการร่างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการร่างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ณ ห้องประชุมสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

1. ผลการวิเคราะห์และตีความข้อมูลตามกรอบการวิเคราะห์ซออาร์ (SOAR Analysis) จากสรุปผลการศึกษาระยะที่ 1 ตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์และตีความข้อมูลตามกรอบการวิเคราะห์ซออาร์ (SOAR Analysis) นำมากำหนดเป็นแผนที่สอดคล้องกับข้อค้นพบโมเดลปัญหาการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 ในเขตสุขภาพที่ 8 จากการทำวิจัยในระยะที่ 1 ปรากฏผลดังต่อไปนี้

วิสัยทัศน์ (Vision)

“พัฒนาคุณภาพการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 ด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม ทันสมัย ยั่งยืน”

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการ ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย มั่นคง ไร้รอยต่อ อย่างยั่งยืน

2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้ามาช่วยสนับสนุนอำนวยความสะดวกของสถานบริการและเครือข่ายบริการให้ทันสมัย

3. ยกระดับการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และขยายการบริการที่ครอบคลุม เข้าถึงง่าย รวดเร็ว และปลอดภัย

เป้าประสงค์ (Goal)

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย มั่นคง ไร้รอยต่อ อย่างยั่งยืน

2. เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้ามาช่วยสนับสนุนอำนวยความสะดวกของสถานบริการและเครือข่ายบริการให้ทันสมัย ส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพ

3. เพื่อยกระดับการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม ขยายการให้บริการที่ครอบคลุมโดยนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม มาใช้ในการให้บริการพัฒนาศักยภาพ สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ

ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์การพัฒนา	ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการ ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย มั่นคง ไร้รอยต่อ อย่างยั่งยืน</p>	<p>1.1 ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ หน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 8 มีการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม เช่น ระบบการรับยาทางไปรษณีย์ ระบบส่งยาที่บ้าน ระบบการแพทย์ทางไกล สำหรับให้บริการผู้สูงอายุ อย่างน้อยแห่งละ 1 ช่องทาง</p> <p>1.2 ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพหน่วยบริการมีคู่มือหรือแนวทางการให้บริการ ที่มีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาช่วยสนับสนุนการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการให้บริการผ่านช่องทางออนไลน์</p>
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้ามาช่วยสนับสนุนอำนวยความสะดวกของสถานบริการและเครือข่ายบริการให้ทันสมัย</p>	<p>2.1 ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ โรงพยาบาลแม่ข่ายพัฒนาศักยภาพการให้บริการโดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ในการยกระดับการให้บริการการดูแลรักษา ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพครอบคลุมหน่วยบริการในเครือข่าย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p> <p>2.2 ยกระดับการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และขยายการบริการที่ครอบคลุม เข้าถึงง่าย รวดเร็วและปลอดภัย</p>

<p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยกระดับการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และขยายการบริการที่ครอบคลุม เข้าถึงง่าย รวดเร็วและปลอดภัย</p>	<p>3.1 ตัวชี้วัดเชิงปริมาณมีการขยายบริการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีอาคารคงที่ไปยังเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมให้ครอบคลุมพื้นที่ห่างไกล อย่างน้อยนาร่องจังหวัดละ 1 แห่ง</p> <p>3.2 ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเกี่ยวกับแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุ ที่ส่งเสริมให้สามารถเข้าถึงระบบบริการ</p>
--	--

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยูคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8

ผู้วิจัยได้นำร่างยุทธศาสตร์ฯ ที่ได้ทำการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ตามคำแนะนำของผู้ร่วม

ประชุม ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ มาสร้างเป็นแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้แบบ Google form แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 30 ท่าน ทำการประเมินเพื่อยืนยันยุทธศาสตร์ฯ ผลการวิเคราะห์ปรากฏผลดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้

ประเด็นการประเมิน	ระดับความเหมาะสม		แปลผล	ระดับความเป็นไปได้		แปลผล
	\bar{x}	S.D.		\bar{x}	S.D.	
วิสัยทัศน์ (Vision)	4.60	0.563	มากที่สุด	4.33	0.547	มาก
พันธกิจ (Mission)	4.70	0.404	มากที่สุด	4.50	0.444	มาก
เป้าประสงค์(Objectives)	4.76	0.371	มากที่สุด	4.46	0.565	มาก
ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์	4.67	0.433	มากที่สุด	4.58	0.424	มากที่สุด
ยุทธศาสตร์การพัฒนา	4.69	0.495	มากที่สุด	4.46	0.570	มาก

เมื่อนำค่าเฉลี่ยการประเมินด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของยุทธศาสตร์การพัฒนา (Development Strategy) ไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ คือ 3.51 พบว่า ผลการประเมินมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จึงสรุปได้ว่า ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยูคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ คือ 3.51 พบว่าผลการประเมินมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยูคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ผู้วิจัยมีข้อค้นพบนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ประเด็น ดังนี้

การศึกษาการตรวจสอบความสัมพันธเชิงสาเหตุการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยูคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ผู้วิจัยนำมากำหนดโมเดล

สมมติฐานการวิจัย ที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 เรียงตามขนาดอิทธิพลมาตรฐานจากมากไปหาน้อย คือ 1. คุณภาพของบริการ (Service Quality) เป็นทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ (Penchansky & Thomas, 1981) สอดคล้องกับแนวคิดของ Aday and Andersen (1981) ได้เสนอว่า คุณภาพของบริการ เป็นตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของแต่ละบุคคลที่มีต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยของ Booshehri and Dugan (2021) พบว่า คุณภาพการให้บริการ ได้แก่ การนัดหมายบริการ ระยะเวลารอดอยการให้บริการ และการกำหนดเวลาให้บริการ ส่งผลต่อจำนวนผู้มาใช้บริการระบบสุขภาพ 2. สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ความสัมพันธ์ของแหล่งบริการที่ถูกจัดระเบียบกับการยอมรับในการให้บริการ เช่น ขั้นตอนการรับบริการ เวลาการปฏิบัติงาน ความสะดวกในการเข้ารับบริการ (Penchansky & Thomas, 1981) สอดคล้องกับ Aday and Andersen (1981) ได้เสนอว่า ความสะดวกที่ได้รับจากแหล่งบริการ เป็นตัวชี้วัดสำคัญของการเข้าถึงระบบสุขภาพในแต่ละตัวบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Kronfol (2012) พบว่า สิ่งอำนวยความสะดวก เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มเปราะบาง และ 3. เทคโนโลยีการบริการ (Service Technology) เป็นการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการให้บริการ และการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ (บุญพิชชา จิตต์ภักดี, 2563) สอดคล้องกับ วรธา มงคลสืบสกุล (2565) ที่มองว่า การนำเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่กับการบริการสุขภาพ จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ กระทรวงสาธารณสุข (2564) พบว่า แอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพ ช่วยให้ประชาชนเข้าถึง

ระบบสุขภาพได้โดยง่าย เช่น ระบบจองคิวออนไลน์ ระบบแจ้งเตือนนัดหมาย หรือระบบค้นหาโรงพยาบาล เป็นต้น

การสร้างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการ ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย มั่นคง ไร้รอยต่อ อย่างยั่งยืน ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้ามาช่วยสนับสนุนอำนวยความสะดวกของสถานบริการ และเครือข่ายบริการให้ทันสมัย และ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยกระดับการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และขยายบริการที่ครอบคลุม เข้าถึงง่าย รวดเร็วและปลอดภัย ที่ถูกสร้างขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำมาวิเคราะห์และตีความข้อมูลตามกรอบการวิเคราะห์ SOAR Analysis) นำมากำหนดเป็นแผนที่สอดคล้องกับข้อค้นพบโมเดลปัญหาการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 จึงทำให้ผลการประเมินยุทธศาสตร์จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จึงสรุปได้ว่า ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ คือ 3.51 พบว่าผลการประเมินมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สอดคล้องกับ ประภัสสร นุชนิยม (2567) ที่อธิบายว่า SOAR เดิมแล้วคือหลักการ SWOT ที่นำท้าววิคิดแบบ Appreciative Inquiry หรือ AI เข้ามาผสมผสาน โดยวิธีคิดนี้หมายถึง การตั้งคำถามเชิงบวกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคน ให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ จุดแข็ง

(Strengths) โอกาส (Opportunities) แรงบันดาลใจ (Aspiration) และผลลัพธ์ (Results) ร่วมกันเพื่อใช้ค้นหาแนวทางที่ดีที่สุด สำหรับการนำไปปฏิบัติ ให้บรรลุเป้าหมาย มุมมองการประยุกต์ใช้ SOAR ในการวางแผนกลยุทธ์ ในฐานะหน่วยงานภาครัฐ มองว่าการนำ SOAR มาเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรนั้น ถือเป็นเป็นเรื่องที่ดีเนื่องจากมีการปรับปรุงต่อยอด แนวคิด SWOT ให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยโดย SOAR จะมีขั้นตอนที่ละเอียด สมเหตุสมผล และนำไปใช้จริงได้ง่าย

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่องยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ คือ การยกระดับคุณภาพบริการ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาสนับสนุนบริการ การเชื่อมโยงเครือข่ายบริการเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การเพิ่มช่องทางการบริการสำหรับประชาชนและผู้สูงอายุให้มีความหลากหลายตามยุคสมัย ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการการแพทย์ทางไกล การรับยาร้านยาใกล้บ้านหรือรับยาทางไปรษณีย์ ตลอดจนการส่งยาผ่านระบบ Health Rider ของหน่วยบริการ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมภูมิทัศน์ของสถานบริการให้สะดวก ตามมาตรฐานโครงสร้างอาคารสถานที่เอื้อต่อการให้บริการผู้มารับบริการและผู้สูงอายุ ในส่วนของผู้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบ

สุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 เขตสุขภาพที่ 8 ที่ผ่านการประเมินความเหมาะสมและเป็นไปได้ ของยุทธศาสตร์ สามารถนำมาปรับใช้ภายในหน่วยบริการสุขภาพ และประยุกต์ใช้ในระดับเขตสุขภาพที่ 8 อันนำไปสู่การขยายสู่ระดับปฏิบัติการ โดยการประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องบริบทขององค์กรนั้นๆ นอกจากนี้ยังเป็นการหนุนเสริมในการร่วมกันพัฒนาในการเพิ่มการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป คือควรทำการศึกษาปัญหาการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวม โดยเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องมีผู้ดูแล เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของปัญหา และควรศึกษาสภาพปัญหาการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้มีข้อมูลสารสนเทศในการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน ที่ให้การดูแลและนำด้วยความเป็นกัลยาณมิตร และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ในการสร้างยุทธศาสตร์ฯ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกท่านที่สนับสนุนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณงามความดีที่พึงมีจากงานวิจัยนี้ ขอมอบให้กับบิดา มารดาผู้ให้ชีวิตครูอาจารย์ทุกท่านในทุกๆระดับชั้นการศึกษาที่ได้อบรมสั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้จนได้มีโอกาสนำมาใช้ในการดำเนินงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานการประเมินสถานภาพการใช้ HEALTH APPLICATION ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการสื่อสารด้านสุขภาพ. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 9). สุวีริยาสาส์น.
- บุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(2), 6–14.
- ประภัสสร นุชนิยม. (2567). การประยุกต์ใช้ SOAR Analysis: เครื่องมือการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรเพื่อใช้วางแผนกลยุทธ์ให้มีประสิทธิภาพ. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. <https://hp.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/204969>
- ประสพชัย พสุนนท์. (2558). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 18, 380–381.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรธา มงคลสืบสกุล. (2022). การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข: ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบางทางสังคม. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเอเชีย อาคเนย์, 6(1), 55-69.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1981). Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. *Medical Care*, 19(12), 4–27.
- Booshehri, L. G., & Dugan, J. (2021). Impact of the supplemental nutritional assistance program on diet-related disease morbidity among older adults. *Health Services Research*, 56(5), 854–863.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). Harper & Row.
- Kelloway, E. K. (2015). *Using Mplus for structural equation modeling: A researcher's guide*. Sage Publications.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Guilford Press
- Kronfol, N. M. (2012). Access and barriers to health care delivery in Arab countries: A review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(12), 1239–1246.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). Routledge.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.

Thakkar, J. J. (2020). *Structural equation modelling: Application for research and practice (with AMOS and R)*. Springer.