



การเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ  
ตำบลบาลอย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

Access to Primary Care of the Elderly at Baloi Subdistrict,  
Yaring District, Pattani Province

สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้<sup>1</sup> การิมะห์ พรหมทอง<sup>2</sup> ณัฐภัทร พรหมทอง<sup>3</sup> และจิตรวี เซยชม<sup>4</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ตำบลบาลอย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในตำบลบาลอย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี จำนวน 311 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุตำบลบาลอย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\mu = 3.85, \sigma = 0.54$ ) เมื่อนำมาพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมักมีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับสูงในทุก ๆ ด้าน โดยด้านที่มีการเข้าถึงบริการสูงสุดคือด้านการยอมรับในการใช้บริการ ( $\mu = 3.94, \sigma = 0.55$ ) รองลงมาคือด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ( $\mu = 3.92, \sigma = 0.50$ ) ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ ( $\mu = 3.87, \sigma = 0.52$ ) ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ( $\mu = 3.79, \sigma = 0.55$ ) และด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่มีการเข้าถึงบริการต่ำที่สุดแต่ยังอยู่ในระดับสูง ( $\mu = 3.73, \sigma = 0.60$ )

คำสำคัญ: การเข้าถึง, บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive research aimed to study the access to primary care of the elderly at Baloi subdistrict, Yaring district, Pattani province. The subjects were 311 the Elderly at Baloi subdistrict, Yaring district, Pattani province. Data were collected using a questionnaire. The instrument's content validity was confirmed by experts, giving a content validity index of 0.85. Reliability was examined using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.93. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) were used for data analysis.

<sup>1</sup> อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

<sup>2</sup> นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

<sup>3</sup> นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

<sup>4</sup> อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา



The results showed that the total elderly at Baloi subdistrict, Yaring district, Pattani province had an access to primary care at high-level ( $\mu = 3.85$ ,  $\sigma = 0.54$ ). However, when considering in each part found that the elderly had an access to primary care at high-level for every part, the highest access to primary care was the acceptability ( $\mu = 3.94$ ,  $\sigma = 0.55$ ), while the subordinate was the affordability ( $\mu = 3.92$ ,  $\sigma = 0.50$ ), the accessibility ( $\mu = 3.87$ ,  $\sigma = 0.52$ ) the accommodation ( $\mu = 3.79$ ,  $\sigma = 0.55$ ) and the least was the availability but had an access to primary care at high-level. ( $\mu = 3.73$ ,  $\sigma = 0.60$ )

**Keywords:** Access, Primary Care, Elderly

### ความสำคัญและที่มาของปัญหาวิจัย

ประเทศไทยจัดเป็นสังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบในอีกไม่ช้า จากการมีสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลสถิติของประชากรไทยปี พ.ศ.2563 พบว่า ประชากรไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 66.5 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11.1 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อมี สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ผลที่ตามมาคือประเทศไทยมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ เพราะผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ (ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์, 2560) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 72 – 80 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ ภาวะสมองเสื่อม อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการกลั่นแกล้งการข่มขู่ไม่อยู่ และปัญหาการไต่ถาม เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการ ถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนำมาซึ่งภาวะ ทูพพลภาพซึ่งต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคม นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพจิตซึ่งที่พบบ่อยใน กลุ่มผู้สูงอายุคือภาวะที่อยู่อย่างไร้บทบาท ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกเหงาและว้าเหว ความกังวลในเรื่อง ของการขาดคนดูแลในยามเจ็บป่วย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562)

จากสถานการณ์ดังกล่าวสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างมากต่อสังคม ผู้สูงอายุ รัฐจึงมีการกำหนดนโยบายด้านต่างๆ ขึ้นมากมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพ เพื่อให้บั้นปลายของชีวิตสามารถดำเนินไปอย่างมีความสุขและสมศักดิ์ศรี โดยเฉพาะด้านบริการสุขภาพ รัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 48 วรรคสองบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่ การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลซึ่งมีอายุ เกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็น สาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ และ มาตรา 71 วรรคสาม รัฐพึงให้ความช่วยเหลือ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีพได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครอง ป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟูและเยียวยา ผู้ถูกระทำการดังกล่าว และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ระบุให้จัดบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ สะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางโดยลำพังในการ



มารับบริการด้านสุขภาพได้ ส่วนผู้ดูแลก็ไม่มีเวลา ฐานะยากจน การคมนาคมไม่สะดวก ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง เพราะผู้สูงอายุต้องการการดูแลเฉพาะทางและต่อเนื่อง แสดงถึงโอกาสในการเกิดปัญหาการเข้าถึงสถานบริการ แม้ว่า จะได้สิทธิบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายก็ตาม (บัวลักษณ์ จันทระ, 2550)

อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี พื้นที่หนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความไม่สงบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน และการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ รวมถึงหน่วยบริการ ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในตำบลบาโลยซึ่งเป็นพื้นที่สีแดงจากเหตุการณ์ความไม่สงบ มีระยะทางจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบาโลยถึงโรงพยาบาลยะหริ่ง คิดเป็นระยะทาง 15 กิโลเมตร ซึ่งเมื่อเทียบกับตำบลอื่น ๆ ใน อำเภอเดียวกัน พบว่าตำบลบาโลยมีระยะทางของสถานบริการระดับปฐมภูมิห่างจากโรงพยาบาลประจำอำเภอมาก ที่สุด ในส่วนของการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ของประชาชนในเขตรับผิดชอบในสถานบริการระดับปฐมภูมิ พบว่า ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานและมีการใช้บริการต่ำที่สุดในอำเภอยะหริ่ง โดยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีอัตราการเข้าถึงบริการ สาธารณสุขต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น ๆ โดยผู้สูงอายุในตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี มีทั้งสิ้นจำนวน 329 คน ได้รับการตรวจรักษาทั่วไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาโลย จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 30.45 ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 45.51 ได้รับการคัดกรอง โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 25.24 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก จำนวน 102 คน คิด เป็นร้อยละ 32.69 ได้รับการคัดกรองภาวะซีมเศร่า จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 8.41 (ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งการให้บริการต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมา พบว่ายังไม่มีความครอบคลุมในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในตำบลบาโลย จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงจำเป็นต้อง ศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี เพื่อใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุภายใต้ บริบทที่เหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

### เนื้อหาที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ครั้งนี้ สำหรับตัวแปรต้น ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการให้บริการสุขภาพของอดอร์และแอน เดอร์เซน (Aday and Andersen, 1975 อ้างถึงใน ฌานิตา พงษ์เศวต, 2551) ที่ออกแบบ Model Study of Access to Health Service (AHS.) ซึ่งให้ความสำคัญเฉพาะผู้ใช้บริการ โดยกล่าวว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจขึ้นกับปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ 1. ปัจจัยนำหรือที่เกี่ยวกับตัวบุคคล (Predisposing Factor) ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะทาง ประชากร (Demographic) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (Social Structure) ได้แก่ การศึกษา เชื้อชาติ ความเชื่อด้าน สุขภาพ (Health Belief) 2. ปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการสุขภาพ (Enabling Factors) ประกอบด้วย เศรษฐฐานะหรือทรัพยากรครอบครัว (Family Resources) แหล่งประโยชน์อื่น ๆ ที่ครอบครัวพึงจะได้รับ เช่น การทำประกันสุขภาพ หรือสวัสดิการที่รัฐจัดให้ รวมถึงแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนซึ่งประชาชนจะใช้บริการได้ เมื่อเขาต้องการ (Community Resources) และ 3. ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพ (Need or



Need for Health Services) แม้ว่าบุคคลจะมีปัจจัยตามข้อ 1 และข้อ 2 ครบถ้วนทั้งนี้บุคคลหรือครอบครัวนั้นจะต้องรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญกับการใช้บริการที่เหมาะสม ปัจจัยความต้องการ หรือความจำเป็นทางสุขภาพสามารถวัดได้จากการรับรู้ของบุคคล (Perceived Need) และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Evaluated Needs) (Aday and Andersen, 1975 อ้างถึงใน ผานิตา พงษ์เศวต, 2551) ส่วนตัวแปรตาม ประยุกต์ใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของเพนชานสกีร์และโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981 อ้างถึงใน ดวงดาว ศรีวุฒิ, 2556) ซึ่งระบุว่าการประเมินการเข้าถึงบริการทางการแพทย์มี 5 ประเด็นหลักของการประเมินคือ 1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) ได้แก่ ความพอเพียงกับบริการที่มีอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ได้แก่ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งและการเดินทาง 3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ เป็นแหล่งบริการที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน 4. ความสามารถที่ผู้รับบริการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือการมีประกันสุขภาพ (Affordability) และ 5. การยอมรับคุณคุณภาพบริการ (Acceptability) ซึ่งรวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ซึ่งทำการศึกษาจากประชากรผู้สูงอายุจำนวน 323 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งรายละเอียดของแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบให้ตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพระดับการศึกษาสูงสุดอาชีพ รายได้ การพักอาศัยที่บ้าน บุคคลที่คอยช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันโรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ สวัสดิการของรัฐ การไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาโลย บุคคลที่พาไปรับบริการ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาโลย การเดินทางไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาโลยด้วยวิธีใดค่าใช้จ่ายในการรับบริการ เหตุผลที่เลือกรับบริการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งมีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ

แบบสอบถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มคนที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.93

หลังทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อันได้แก่ ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูล



### สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.13 มีอายุเฉลี่ย  $69.88 \pm 7.46$  ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.90 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 66.24 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 49.19 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน  $2644.86 \pm 2043.73$  บาท ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 44.69 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.03 และภาวะสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.16 มีสิทธิการรักษาคือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 98.07 ส่วนใหญ่เคยมารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บำลือ ร้อยละ 91.64 โดยมีบุตร/หลานพามารับบริการ ร้อยละ 62.11 ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบำลือส่วนใหญ่ประมาณ 2 กิโลเมตร ร้อยละ 62.10 ซึ่งใช้รถจักรยานยนต์ในการเดินทางมารับบริการมากที่สุด ร้อยละ 88.42 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการประมาณ 20 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 42.46 ส่วนค่าใช้จ่ายในการรับบริการคือ ไม่มี ร้อยละ 100 โดยสาเหตุในการเลือกรับบริการมากที่สุดคือใกล้บ้าน ร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (N = 311)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	124	39.87
- หญิง	187	60.13
2. อายุ		
- 60 – 69 ปี	173	55.63
- 70 – 79 ปี	101	32.47
- 80 – 89 ปี	33	10.61
- 90 ปีขึ้นไป	4	1.29
Min = 60, Max = 92, $\mu = 69.88, \sigma = 7.46$		
3. สถานภาพ		
- โสด	3	0.96
- สมรส	180	57.88
- หม้าย	118	37.94
- หย่า/แยก	10	3.22
4. อาชีพหลัก		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	109	35.05
- ข้าราชการบำนาญ	4	1.29
- ค้าขาย	6	1.93
- รับจ้าง	39	12.54
- เกษตรกรรม	153	49.19
5. ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ไม่ได้ศึกษา	206	66.24



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (N = 311)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- ประถมศึกษา	95	30.57
- มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า	6	1.93
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./เทียบเท่า	2	0.64
- อนุปริญญา/ปวส./เทียบเท่า	1	0.31
-ปริญญาตรี/เทียบเท่า	1	0.31
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- น้อยกว่า 1,500 บาท	140	45.02
- 1,501 – 3,000 บาท	59	18.97
- 3,001 – 4,500 บาท	45	14.47
- 4,501 – 6,000 บาท	51	16.40
- มากกว่า 6,001 บาท	16	5.14
Min = 600, Max = 12,000, $\mu$ = 2644.86, $\sigma$ = 2043.73		
7. ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับ		
- คนเดียว	12	3.90
- คู่สมรส	85	27.30
- บุตร/หลาน	139	44.69
- ญาติพี่น้อง	2	0.64
- อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่	73	23.47
8. บุคคลที่คอยช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน		
-ไม่มี	2	0.64
- คู่สมรส	79	25.40
- บุตร/หลาน	216	69.46
- ญาติพี่น้อง	14	4.50
9. โรคประจำตัว		
- ไม่มี	224	72.03
- มี	87	27.97
10. ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน		
- ดีมาก	4	1.29
- ดี	184	59.16
- ปานกลาง	97	31.19
- ไม่ค่อยดี	24	7.72
- ไม่ดีเลย	2	0.64
11. ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับปีที่แล้ว		

**ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (N = 311)**

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- ดีขึ้นมาก	5	1.61
- ดีขึ้นบ้าง	183	58.84
- เหมือนเดิม	101	32.48
- แย่ลงบ้าง	21	6.75
- แย่ลงมาก	1	0.32
12. สิทธิการรักษา		
- บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	305	98.07
- ข้าราชการบำนาญ/บุตรเป็นข้าราชการ	5	1.61
- ประกันสังคม	1	0.32
13. ประสบการณ์ในการมารับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบลาโลย		
- เคย	285	91.64
- ไม่เคย	26	8.36
14. บุคคลที่พาไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบลาโลย บ่อยที่สุด		
- ไม่มี	9	3.16
- คู่สมรส	72	25.26
- บุตร/หลาน	177	62.10
-ญาติพี่น้อง	18	6.32
- อื่น ๆ	9	3.16
15. ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบลาโลย (กิโลเมตร)		
- น้อยกว่า 1 กิโลเมตร	46	16.14
- 1 กิโลเมตร	49	17.19
- 2 กิโลเมตร	177	62.11
- 3 กิโลเมตร	13	4.56
16. วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบลาโลย		
- เดินเท้า	4	1.41
- จักรยาน	16	5.61
- รถจักรยานยนต์	252	88.42
- รถยนต์	13	4.56
17. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
- 0 บาท/ครั้ง	76	26.67



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (N = 311)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- 10บาท/ครั้ง	9	3.16
- 20บาท/ครั้ง	121	42.46
- 30บาท/ครั้ง	47	16.49
- 40บาท/ครั้ง	1	0.35
- 50บาท/ครั้ง	18	6.31
- 60บาท/ครั้ง	5	1.75
- 80บาท/ครั้ง	8	2.81
18. ค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาโลย - 0 บาท/ครั้ง	285	100.00
19. เหตุผลในการเลือกรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บาโลย		
- ใกล้บ้าน	285	100.00
- บริการดีมีคุณภาพ	109	38.25
- เจ้าหน้าที่มีสัมพันธภาพที่ดี	223	78.25
- สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้	38	13.33
- ค่าใช้จ่ายในการรับบริการถูก	41	14.39

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี พบว่า มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\mu = 3.85, \sigma = 0.54$ ) เมื่อนำมาพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่ามีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับสูงในทุก ๆ ด้าน โดยด้านที่มีการเข้าถึงบริการสูงสุดคือด้านการยอมรับในการใช้บริการ ( $\mu = 3.94, \sigma = 0.55$ ) รองลงมาคือด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ( $\mu = 3.92, \sigma = 0.50$ ) ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ ( $\mu = 3.87, \sigma = 0.52$ ) ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ( $\mu = 3.79, \sigma = 0.55$ ) ส่วนด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่นั้นมีการเข้าถึงบริการต่ำที่สุด แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง ( $\mu = 3.73, \sigma = 0.60$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ (N = 285)

ประเด็นการเข้าถึงบริการ	$\mu$	$\sigma$	ระดับการเข้าถึง
1. ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่	3.73	0.60	สูง
2. ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ	3.87	0.52	สูง
3. ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ	3.79	0.55	สูง
4. ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	3.92	0.50	สูง
5. ด้านการยอมรับในการใช้บริการ	3.94	0.55	สูง
รวมทุกด้าน	3.85	0.54	สูง





### อภิปรายผล

จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุตำบลบวโฮ อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี พบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานครในภาพรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 63 และการศึกษาของอาจารย์ เชิดชู, ฉวีวรรณ บุญสุยา และ ชรินทร์ เจริญกุล (2562) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อนำมาพิจารณาเป็นรายด้าน โดยประกอบด้วย 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และด้านการยอมรับในการใช้บริการ ก็พบว่ามี การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับสูงในทุก ๆ ด้านเช่นเดียวกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้ 1) ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ พบว่า มีระดับการเข้าถึงอยู่ในระดับสูง โดยผู้สูงอายุมองว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบวโฮโดยนั้นเพียงพอต่อการให้บริการและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถจัดบริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพได้ รวมถึงมีเครื่องมือ วัสดุทางการแพทย์และยาในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นดา จันทร์สุกรี, นิตินัย รุ่งจินดารัตน์ และพีระศักดิ์ จิวตัน (2560) ที่พบว่า ด้านการพอเพียงของบริการที่มีอยู่นั้นประชาชนมีการเข้าถึงได้ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถือว่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดและรับรู้ปัญหาความต้องการของประชาชนมากที่สุด มีระบบการบริหารจัดการที่ดีครอบคลุมงานทุกด้านอย่างพอเพียง ตลอดจนมีระบบประกันคุณภาพและมาตรฐานบริการอย่างต่อเนื่อง (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) 2) ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ พบว่า มีระดับการเข้าถึงอยู่ในระดับสูง โดยผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับเวลาในการเปิดให้บริการ และระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ เนื่องจากหน่วยบริการตั้งอยู่ในชุมชนใช้เวลาเดินทางไม่นานนัก และมีความสะดวกในการเดินทาง ส่วนการจัดอาคาร สถานที่ของหน่วยบริการก็ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการ -3) ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ พบว่า มีระดับการเข้าถึงอยู่ในระดับสูง โดยผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับขั้นตอนการรับบริการที่ไม่ยุ่งยาก ระยะเวลาในการรอรับบริการที่ไม่นาน และมีการอำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ที่พบว่า หน่วยบริการต่าง ๆ มีความพยายามในการจัดระบบบริการให้ดียิ่งขึ้น ด้วยการจัดบริการให้มีขั้นตอนการให้บริการที่สะดวก เข้าใจง่าย มีเจ้าหน้าที่พร้อมให้คำปรึกษา มีการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการให้บริการเป็นระยะ ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น 4) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ พบว่า มีระดับการเข้าถึงอยู่ในระดับสูง โดยผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ รวมถึงผู้สูงอายุมีความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการไปรับบริการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยที่ครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ สามารถลดอุปสรรคด้านค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น (แพทย์แข ลากยั้งและวีระศักดิ์ พุทธาศรี, 2556) และ 5) ด้านการยอมรับในการใช้บริการ พบว่า มีระดับการเข้าถึงอยู่ในระดับสูง โดยผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับการได้รับบริการอย่างเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งการให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต การแจ้งข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ตลอดจนการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเข้าถึงบริการ



สุขภาพของ Aday LA and Andersen (1981) และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ที่พบว่าด้านการยอมรับคุณภาพบริการทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพระดับดีมากที่สุด โดยผู้สูงอายุเชื่อว่าสถานพยาบาลที่ไปรับบริการอยู่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป มีความมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความรู้ ความชำนาญ และมีความพึงพอใจกับผลการรักษาที่ได้รับ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

(1) แม้การศึกษาครั้งนี้จะพบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการทุกด้านอยู่ในระดับสูง แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการประเมินการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน เพื่อจะได้มีข้อมูลในการนำไปสู่การออกแบบระบบบริการที่สะท้อนถึงความต้องการและความจำเป็นทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ครบถ้วนในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน และเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาอื่น ๆ ที่จะตามมาด้วย เพราะผู้สูงอายุถือเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความเปราะบาง

(2) ผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการออกแบบระบบบริการพื้นฐานสำหรับกลุ่มอายุก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุด้วย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สามารถปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

(1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลบวโฮ อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี เพียงพื้นที่เดียวเท่านั้น ควรมีการศึกษาในบริบทที่กว้างและหลากหลายให้มากขึ้น เพื่อทราบถึงข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปสู่การวางมาตรการและจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

(2) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล ปัจจัยสนับสนุนหรือกีดกีดให้บุคคลสามารถใช้บริการสุขภาพ และปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพ เพื่อสามารถนำข้อมูลไปสู่การออกแบบระบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). สถิติผู้สูงอายุ. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก URL: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335> สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2563.

ดวงดาว ศรีวุฒิ. 2556. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยพะเยา.

บัวลักษณ์ จันทร์ (2550). การเข้าถึงสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลขอนแก่น. วารสารวิจัย มข, (บศ.) 7(3), 60-71.

ปนนดา จันทร์สุกรี, นิตินัย รุ่งจินดารัตน์ และพีระศักดิ์ จิวตัน. (2560). ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทย: กรณีศึกษาผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์



- ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์. (2560). ปี 61 ไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ. เข้าถึงได้จาก URL: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335> สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2563.
- ผานิตา พงษ์เสวต. (2551). การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุ อำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เพ็ญแข ลาภยั้ง และวีระศักดิ์ พุทธาศรี. (2556). การใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 1080-1090.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
- ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข(2562). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)*. [ออนไลน์] เข้าถึงได้ที่: <http://hdcservice.moph.go.th> สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2563.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). *แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
- ศิริพร งามขำ และคณะ. (2561). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(2), 91-103.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *สุขภาพคนไทย 2562 : สื่อสังคม สื่อสองคม สุขภาวะคนไทยในโลกโซเชียล*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาจริย์ เชิดชู, ฉวีวรรณ บุญสุยา และ ชรินทร์ เจริญกุล. (2562). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 12(2), 1-13.
- Aday, LA., & Andersen RM. (1981). *Equity to access to medical care: a conceptual and empirical overview*. *Medical Care*, 12(3), 4-27.