



การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

# มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โดย  
นางสาวผานิตา พงษ์เสวต

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

โดย

นางสาวผานิตา พงษ์เสวต

# มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

**ACCESSIBILITY TO CURATIVE CARE SERVICES FOR THE ELDERLY IN  
DAMNOEN SADUAK, RATCHABURI PROVINCE**

**By**

**Panita Pongsaweth**

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

**An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree**

**MASTER OF SCIENCES**

**Program of Social and Health System Management**

**Graduate School**

**SILPAKORN UNIVERSITY**

**2008**

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้การค้นคว้าอิสระเรื่อง “ การเข้าถึง  
บริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ” เสนอ  
โดย นางสาวผานิตา พงษ์เสวต เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะตั้งกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

เกสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.ณัฐจิญา คำผล

คณะกรรมการตรวจสอบการค้นคว้าอิสระ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

..... ประธานกรรมการ

(เกสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บูรินทร์ ต.ศรีวงษ์)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เกสัชกรหญิง รองศาสตราจารย์ระพีพรรณ ฉลองสุข)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เกสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.ณัฐจิญา คำผล)

...../...../.....

50358318: สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ/ การรักษาพยาบาล/ ผู้สูงอายุ

ผานิตา พงษ์เสวต: การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอำเภอ  
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี.อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ:ภญ.อ.ดร.ณัฐจิญา คำผล.88 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล  
ของผู้สูงอายุ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุอำเภอดำเนินสะดวก  
จำนวน 395 คนที่ถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น  
แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในรอบ 1  
ปี ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย และทดสอบความสอดคล้องของเนื้อหาจาก  
ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง  
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) อัตราส่วนชาย: หญิง เป็น 1: 1.6 มีอายุเฉลี่ย  $70.8 \pm 7.5$   
ปี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยอยู่ร่วมกับลูก/ หลานมากที่สุด (ร้อยละ 79.2)  
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41) มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน และไม่เพียงพอต่อการ  
ดำรงชีวิต (ร้อยละ 44.3) ผู้สูงอายุรับรู้การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองว่ามีภาวะสุขภาพปาน  
กลาง (ร้อยละ 58.95) และรับรู้ตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.5) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อย  
ละ 82.5) มีการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และมีการใช้บริการสถานบริการสุขภาพต่างๆ ตาม  
ลักษณะการเจ็บป่วย โดยมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 65.3) การเจ็บป่วยปานกลาง/ เรื้อรัง  
จำนวน (ร้อยละ 48.2 ) และมีการเจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉิน (ร้อยละ 4.3) การใช้บริการสถาน  
บริการสุขภาพในผู้ที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนใหญ่ใช้บริการสถานอนามัย/ หน่วยปฐมภูมิ (ร้อย  
ละ 42.3) ในผู้ที่มีการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรัง (ร้อยละ 61.8) และเจ็บป่วยหนัก หรือฉุกเฉิน  
(ร้อยละ 85.8) ใช้บริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นหลัก ความถี่ในการรับบริการเป็น 1-3 ครั้ง  
ต่อปี ในผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ที่เจ็บป่วยหนัก ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรังใช้บริการปี  
ละ 4-6 ครั้ง จากงานวิจัยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวกทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ  
รักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลหลักในการช่วยผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการรักษาพยาบาล  
ได้สะดวกขึ้น

---

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2551

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ .....

50358318: MAJOR: SOCIAL AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT

KEY WORDS: ACCESSIBILITY/ CURATIVE CARE/ ELDERLY

PANITA PONGSAWETH: ACCESSIBILITY TO CURATIVE CARE SERVICES FOR THE ELDERLY IN DAMNOEN SADUAK, RATCHABURI PROVINCE. INDEPENDENT STUDY  
ADVISOR: NATTIYA KAPOL, Ph.D. 88 pp.

The objective of this research was to study the accessibility to curative care services for the elderly in Damnoen Saduak, Ratchaburi province. 395 elderly subjects in Damnoen Saduak were recruited by multi-stage random sampling. Structure questionnaire was developed according to conceptual framework and was validated by 3 experts. Interviewing technique was used for data collection. The elderly were interviewed for experience in curative care services of the previous year. Data were analyzed by descriptive statistics. The results revealed that most of the elderly are female (61%). Ratio of male to female was 1: 1.6. The average age of elderly was  $70.8 \pm 7.5$ . Most of them lived with their family especially with their siblings (79.2%). Majority (41%) was of low income with less than 1,000 Bath per month and was insufficient for living (44.3%). 231 elderly perceived that their health status was of moderate level, whereas 57.5% were without regular health problems. For the previous year, most elderly (82.5%) had experienced using curative care services depending on illness severity; mild illness (65.3%), moderate or chronic diseases (48.2%) and severe or emergency illness (4.3%). Health care setting used most for elderly who got mild illness was a primary care unit (42.3%). For moderate or chronic diseases (61.8 %), and severe or emergency illness (85.8%), Damnoen Saduak Hospital was the setting used most. The frequency of curative care services for the elderly who got mild and severe illnesses were 1-3 times a year, whereas 4-6 times a year for those who got chronic diseases. In conclusion, the elderly in Damnoen Saduak were able to get access to curative care services when they got ill. Also, the caregiver was an important person helping the elderly to receive health care services.

---

Program of Social and Health System Management Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2008

Student's signature .....

Independent Study Advisor's signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาจากบุคคลหลายท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้กำลังใจ จึงใคร่ขอเอ่ยนามไว้เป็นเกียรติ ณ ที่นี้

ภก.รศ.ดร.สินธุ์ชัย แก้วกิติชัย อดีตคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ ผู้ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำ ตั้งสอนดีๆ และเปิดสอนหลักสูตรนี้ขึ้น ภก.ดร.ณัฐจิญา คำผล อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ และภก.ผศ. ดร.บุรินทร์ ต. ศรีวงษ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างมาก

คุณฐาณิญา คุณอรพันธ์ คุณประกาย คุณมยุรี คุณบุญเรือง และคุณสุนันท์ ที่ช่วยเหลือทั้งเรื่องงานด้านต่างๆ เป็นกำลังใจและทีมสนับสนุนในทุกๆ เรื่อง ทีมงานศูนย์คอมพิวเตอร์ทุกคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระงานด้านคอมพิวเตอร์และสารสนเทศทีมผู้ให้กำลังใจและฝ่าฟันงานหนักมาด้วยกัน พยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษอุดมที่ช่วยแบ่งเบาภาระงานด้านการพยาบาลช่วยเหลือการเก็บข้อมูลและให้กำลังใจ ครอบครัวและเพื่อนในหลักสูตรผู้ให้กำลังใจและความช่วยเหลือต่างๆ คุณกัญญารัตน์ผู้ประสานงาน และคุณลุงคุณป้าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่เอ่ยนามข้างต้นทั้งหมดที่มีส่วนสนับสนุนช่วยเหลือให้การค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณค่ะ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ญ
<b>บทที่</b>	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
ประโยชน์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	9
การตระหนักถึงความสำคัญของของผู้สูงอายุ .....	10
สถานการณ์ของผู้สูงอายุ.....	11
สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ .....	13
การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ .....	15
การเข้าถึงบริการสุขภาพ .....	23
สวัสดิการระบบสุขภาพ.....	26
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	26
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ .....	30
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ .....	31
การเข้าถึงบริการสุขภาพ.....	34
ปัจจัยด้านครอบครัว .....	42



บทที่	หน้า
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ.....	44
ปัจจัยด้านสุขภาพ .....	45
ปัจจัยด้านสวัสดิการระบบสุขภาพ.....	48
ปัจจัยด้านกายภาพ .....	48
3    วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	55
4    ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
ข้อมูลทั่วไป .....	56
ปัจจัยส่วนบุคคล .....	56
ปัจจัยด้านครอบครัว.....	58
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ.....	58
ปัจจัยด้านสวัสดิการระบบสุขภาพ.....	59
ปัจจัยด้านสุขภาพ .....	59
ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล.....	60
การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปี.....	60
การใช้สถานบริการสุขภาพจำแนกตามลักษณะการเจ็บป่วย .....	61
การประสบปัญหาการในการเข้ารับบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล.....	65
5    สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
ข้อมูลทั่วไป .....	66
ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล.....	67
การอภิปรายผล .....	68
ข้อมูลทั่วไป .....	68

## บทที่

ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล.....	71
ข้อเสนอแนะ.....	74
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	74
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	76
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	76
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก .....	82
ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของ	83
ผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวก .....	
ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิของผู้ที่ได้เข้าร่วมงานวิจัย.....	87
ประวัติผู้วิจัย .....	88

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ปัจจัยส่วนบุคคล .....	57
2	ปัจจัยด้านครอบครัว .....	58
3	ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ.....	59
4	ปัจจัยสวัสดิการระบบสุขภาพ.....	59
5	ปัจจัยด้านสุขภาพ.....	60
6	การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา .....	61
7	การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล จำแนกตามลักษณะการเจ็บป่วย.....	63
8	การประสบปัญหาการในการเข้ารับบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล .....	65

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้วเนื่องจากอัตราเพิ่มประชากรผู้สูงอายุมีระดับสูงกว่าอัตราเพิ่มประชากรรวมและประชากรสูงอายุมีมากกว่าร้อยละ 10 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2549: 21) จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าในปี พ.ศ. 2550 มีประชากรผู้สูงอายุ 7.02 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 10.7 ซึ่งทั่วโลกกำลังเผชิญปัญหานี้เช่นกัน โดยโครงสร้างประชากรของประเทศต่างๆ มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่ง เป็นการเปลี่ยนผ่านทางประชากรที่สำคัญ ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจาก ความสำเร็จของนโยบายวางแผนประชากรทำให้อัตราการเจริญพันธุ์ลดลง ประกอบกับความก้าวหน้าทางวิทยาการทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรสูงอายุจึงเพิ่มจำนวนขึ้นในขณะที่ประชากรเด็กลดจำนวนลง โครงสร้างของประชากรจึงเปลี่ยนแปลงไปซึ่งทำให้หลายๆ ประเทศเกิดความวิตกกังวลว่าประเทศตนจะก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" อันจะนำมาซึ่งปัญหาและผลกระทบของระบบต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง จากรายงาน World Population Prospects: The 2006 Revision โดย Population Division of Department of Economic and Social Affairs ของสหประชาชาติพบว่า ในอีก 42 ปีข้างหน้าประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 6,600 ล้านคนในปีพ.ศ. 2550 เป็น 9,200 ล้านคนในปีพ.ศ. 2593 โดยจะเป็นประชากรที่เป็นผู้สูงอายุถึง 2,000 ล้านคน โดยเฉพาะในภูมิภาคที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น และหลายประเทศในยุโรปซึ่งมีแนวโน้มของผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นจาก 245 ล้านคนในปีพ.ศ. 2548 เป็น 406 ล้านคนในปีพ.ศ. 2593 (United Nations Population Division, DESA, 2007 : 7, อ้างถึงใน สำนักยุทธศาสตร์การพาณิชย์ 2551) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอาจเป็นได้ทั้งโอกาสและข้อจำกัดต่อการพัฒนาประเทศ หากสัดส่วนของประชากรในแต่ละกลุ่มมีความเหมาะสมและมีคุณภาพจะนำไปสู่การสร้างเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ แต่ถ้าเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามก็อาจเป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ก 2551: 21) การ

ที่ประเทศไทยมีอัตราการเป็นภาวะวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ดัชนีผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง จะส่งผลให้ในอนาคตกลุ่มวัยแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้จะเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการออมในระดับครัวเรือนที่อาจนำไปสู่ระดับการออมของประเทศที่ลดลง วัยแรงงานจึงต้องเป็นประชากรที่มีคุณภาพและผลิตภาพแรงงานที่สูงขึ้นเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุในอนาคต ควบคู่กับการปรับโครงสร้างการผลิตโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยเพื่อชดเชยผลิตภาพแรงงานที่ลดลงนอกจากนั้น ในทางเศรษฐกิจทั้งของโลกและของประเทศมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้การดำเนินชีวิตของครอบครัวไทยทั้งหญิงและชายในวัยแรงงานต้องออกไปทำงานต่างถิ่น มีการอพยพไปหารายได้และทำงานต่างถิ่นมากขึ้น ทำให้เกิดเป็นครอบครัวอีกรูปแบบหนึ่งที่มีแต่ผู้สูงอายุและเด็ก โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทต้องรับภาระเป็นหัวหน้าครัวเรือนในการเลี้ยงดูหลานแทนพ่อแม่ที่ไปทำงานต่างถิ่น ครัวเรือนที่ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครัวเรือนมีโอกาสยากจนกว่าหัวหน้าครัวเรือนในวัยทำงาน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการทำหน้าที่ครอบครัวในการดูแลความต้องการและพัฒนาคุณภาพของสมาชิกในครอบครัว แนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นย่อมจะมีผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการจัดสวัสดิการ รวมทั้งการดูแลรักษาสุขภาพซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูงและต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการมีรูปแบบการเจ็บป่วยในสังคมผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไป จากปี 2533 ถึงปี 2563 กล่าวคือ โรคติดต่อที่เคยเกิดขึ้นร้อยละ 49 จะลดลงเหลือร้อยละ 22 ขณะที่โรคไม่ติดต่อที่เคยเกิดขึ้นร้อยละ 27 จะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 43 ส่วนโรคทางจิตและสมองที่เคยเกิดขึ้นร้อยละ 9 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 และอุบัติเหตุที่เคยเกิดขึ้นร้อยละ 15 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 แสดงให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเป็นรูปแบบการเจ็บป่วยที่ต้องให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้นเมื่อประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ข 2551: 16-24) และในอีกความหมายหนึ่งนั้น รูปแบบการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการมีพัฒนาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านั้นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์จากสถานบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อมิให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ และต้องพึ่งพาผู้อื่นสูง จากการเสื่อมและโรคเรื้อรัง และจะใช้ทรัพยากรของประเทศอย่างมาก (ศูนย์สมเด็จพะสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ 2550: 80)

ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะต้องมีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สังคมควรตระหนักและเตรียมพร้อมรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ เพราะในอนาคต ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งจึงควรเร่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ปราศจากสภาวะการพึ่งพาให้นานที่สุด ซึ่งจะเป็นเช่นนั้นได้ผู้สูงอายุจะต้องมีการดูแลสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์และแข็งแรง สุขภาพ

นั่นคือสุขภาวะ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางปัญญา (ประเวศ วะสี 2551) สุขภาพคือคุณภาพของสิ่งทั้งปวง ถ้ารักษาคุณภาพได้แม้จะมีโรคก็มีสุขภาพดีได้ แต่ถ้าขาดคุณภาพคนไม่มีโรคก็สุขภาพไม่ดีได้เช่นกัน ผู้สูงอายุแม้จะมีโรคหรือความเสื่อมถอยตามวัยก็จะสามารถมีสุขภาพที่ดีได้ ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไปนั้น ประชาชนผู้เป็นเจ้าของสุขภาพของตัวเองจะต้องคอยดูแลตัวเองเป็นด้านหลัก แต่การดูแลสุขภาพในหลายๆส่วนจะต้องพึ่งบริการจากรัฐหรือบริการจากหน่วยงานเอกชน โดยหลักการนี้ระบบการดูแลสุขภาพ (health care) จะต้องครอบคลุมทั่วถึงประชาชนทุกกลุ่ม และประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพ (health service) ดังนั้นตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ ปรัชญา/แนวคิดของหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยและสิทธิขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญเน้นให้มีความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในการดำเนินการตามนโยบายของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมาส่งผลให้ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้น แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาอยู่ แม้ในปีงบประมาณ 2553 ในอนาคต ก็มีการเสนอของบประมาณหลักประกันสุขภาพเพิ่มในการงบบุคลากรป้องกันรักษาโรคจากความเสื่อมของร่างกายและงบบุคลากรเพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ 2552) นอกจากนั้นบทบาทหน้าที่ของการให้บริการสุขภาพนั้นกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักโดยในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (1) “การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำประกาศกระทรวงรองรับ แต่ในอนาคตตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้ระบุให้ “การสาธารณสุข” เป็นหนึ่งในภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งการสาธารณสุขมีองค์ประกอบครอบคลุมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ แม้ว่ากฎหมายจะกำหนดให้มีการถ่ายโอนและได้ทดลองถ่ายโอนในปี พ.ศ. 2550 – 2551 กลับพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ต้องมีการปรับปรุงทั้งนโยบาย กลไก และวิธีการปฏิบัติ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2551: 39,152)

การเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว หากได้รับการเตรียมพร้อมและได้รับการแก้ไขย่อมส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ในส่วนบริบทของอำเภอดำเนินสะดวก จากข้อมูลประชากรกลางปี 2551 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก พบว่ามีประชากรทั้งสิ้น 93,067 คน เป็นผู้สูงอายุ 12,526 คน คิดเป็นร้อยละ 13.46 ซึ่งมากกว่าค่าประมาณประชากรสูงอายุของประเทศ (ร้อยละ 11.16 ) เป็นเพศชาย 5,072 คนและเพศหญิง 7,454 คน จากข้อมูลของสำนักงานเกษตรอำเภอดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวกแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 13

ตำบล 105 หมู่บ้านเป็นพื้นที่สีเขียวมีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่ม มีคูคลองธรรมชาติกระจายไปตามพื้นที่เกษตรกรรม ลักษณะภูมิประเทศในแต่ละตำบลล้วนมีคูคลองมากมาย ซึ่งมีผลต่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางด้านกายภาพของผู้สูงอายุ ในอดีตที่ผ่านมาการก่อตั้งโรงพยาบาลดำเนินสะดวก(โรงพยาบาลดำเนินสะดวก: 2551) ในปี พ.ศ. 2504 เกิดขึ้นได้จากความต้องการให้มีโรงพยาบาลในพื้นที่ มีการระดมทุนของภาคประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่ต้องมีการคมนาคมเป็นอุปสรรค ในสภาพปัจจุบันการคมนาคมของอำเภอดำเนินสะดวกจะเปลี่ยนไปโดยใช้การคมนาคมทางบกเป็นหลักแทนการคมนาคมทางน้ำแล้วก็ตาม แม้จะมีถนนหลักถนนรองหลายสาย แต่ก็ยังมีคูคลองธรรมชาติและคันร่องสวนเป็นอุปสรรคการมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งภาครัฐและเอกชนหลายโรง ในเขตพื้นที่ติดต่อกับอำเภอและจังหวัดใกล้เคียงรวมทั้งเป็นอำเภอที่มีระยะทางไกลกรุงเทพฯเพียง 100 กิโลเมตร ส่วนในอำเภอก็มีโรงพยาบาลดำเนินสะดวกซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 304 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง สถานีอนามัย 19 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขชุมชน 104 แห่ง คลินิกแพทย์ 11 แห่ง คลินิกทันตแพทย์ 3 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 7 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณบรรจุเสร็จ 16 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ 10 แห่ง มีโครงการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่รับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุของงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร่วมกับองค์กรบริหารตำบลและเทศบาลที่มีความพร้อมในพื้นที่ 5 ตำบล รวมทั้งการมีสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบประกันสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ เสมือนจะมีความพร้อมและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ในภาวะที่สังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การมีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยแล้วจะมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลได้ดีหรือไม่ การศึกษานี้จึงเป็นการสำรวจเบื้องต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอำเภอดำเนินสะดวก เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการเตรียมความพร้อมของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงของบริบทในการบริหารจัดการทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ประสานความร่วมมือในเครือข่ายด้านอื่นๆรองรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข เตรียมพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่า และมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศ

### คำถามการวิจัย

ผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวกมีการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลหรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวก

### ประโยชน์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวก ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพและประสานความร่วมมือในเครือข่ายด้านอื่นๆ ในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ และปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพสอดคล้องกับเงื่อนไขและความต้องการที่เป็นบริบทแท้จริงของผู้สูงอายุ

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวก โดยผู้วิจัยใช้วิธีการตอบแบบสัมภาษณ์จากประสบการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุของอำเภอดำเนินสะดวกที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลใน เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 จำนวน 395 คน

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยและมีทะเบียนบ้านในอำเภอดำเนินสะดวก

**ระบบบริการสุขภาพ** หมายถึง ความครอบคลุมของกระบวนการให้บริการสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

**การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล** หมายถึง การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

**สถานบริการสุขภาพ** หมายถึง สถานที่ให้บริการในระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น ร้านขายยา คลินิกแพทย์ โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานบริการนวดแผนไทย

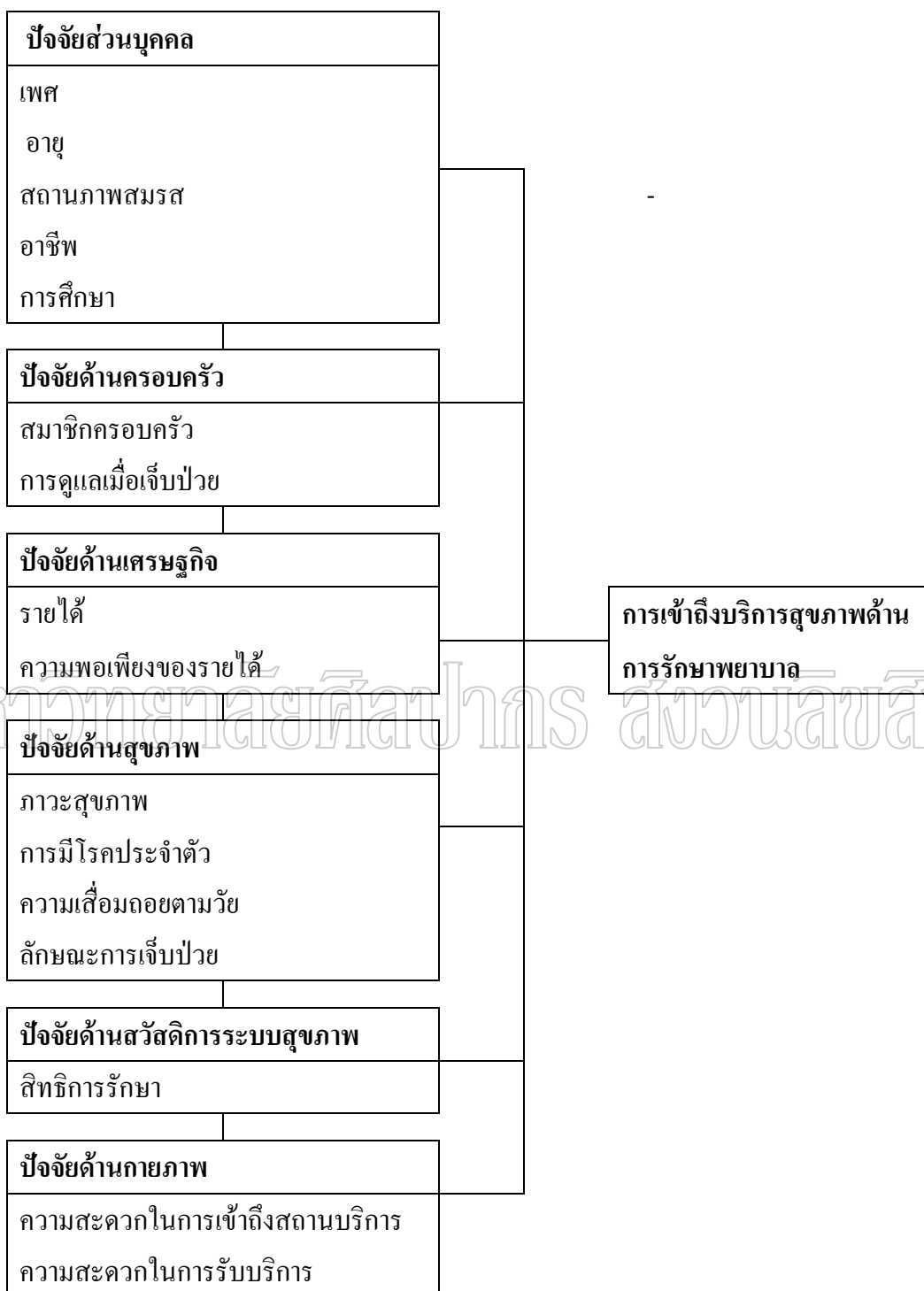


**ลักษณะการเจ็บป่วย** หมายถึง ลักษณะอาการที่ผิดปกติที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจไปรับการรักษา ที่เห็นว่าเหมาะสมและสามารถรักษาโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. เจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือการบาดเจ็บที่ต้องรับการรักษาหรือต้องพักผ่อนหรือลดการทำงานลง สามารถรักษาให้หายได้ โดยใช้เวลาในการรักษาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ก็หายเป็นปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ เป็นไข้ เป็นหวัด กล้ามเนื้อ เคล็ดขัดยอก บาดแผล เล็กน้อย เป็นต้น

2. เจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือการบาดเจ็บที่จำเป็นต้องรับการรักษาหรือต้องพักผ่อน หรือต้องลดการทำงานลง เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 90 วัน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคหรือกลุ่มอาการซึ่งจัดว่าเป็นโรคเรื้อรังแม้ว่าจะมีอาการไม่ถึง 60 ได้แก่ วัณโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคภูมิแพ้ หรือบาดแผล การบาดเจ็บที่ต้องการการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ แผลเบาหวาน แผลกระดูกอักเสบเรื้อรัง แผลติดเชื้อ เป็นต้น

3. เจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉิน เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือการบาดเจ็บที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา หรือต้องพักผ่อน หรือต้องลดการทำงานลง เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 7 วันแต่ต้องไม่เกิน 90 วัน หรือการเจ็บป่วยที่มีความเสี่ยงหรือคุกคามต่อชีวิตอย่างเฉียบพลัน ได้แก่ ไข้ดั่งอักเสบ สำไส้อักเสบเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองแตก ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ซึ่อก พัลซัดกหกล้ม สัตว์มีพิษกัด สุนัขกัด เป็นต้น



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรีซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีเนื้อหาแบ่งเป็นหัวข้อต่างๆได้ดังต่อไปนี้

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
- 1.2 การตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ
- 1.3 สถานการณ์ของผู้สูงอายุ
- 1.4 สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 1.5 การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

#### 2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

#### 3. สวัสดิการระบบสุขภาพ

- 3.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3.2 สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

#### 4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
- 4.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 4.3 ปัจจัยด้านครอบครัว
- 4.4 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ
- 4.5 ปัจจัยด้านสุขภาพ
- 4.6 ปัจจัยด้านสวัสดิการระบบสุขภาพ
- 4.7 ปัจจัยด้านกายภาพ

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้คำนิยามของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ในสหภาพอนุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม(สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2552)ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุสูงเกินวัยแรงงาน (working age) ในประเทศไทยใช้เกณฑ์ว่า ผู้มีอายุสูงกว่า 60 ปีขึ้นไป องค์การสหประชาชาติ (United Nations) และประเทศในเขตยุโรป ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ ผู้มีอายุสูงกว่า 65 ปีขึ้นไป

ประชากรสูงอายุ อาจแบ่ง โดยใช่ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2548: 32)

1.1.1 วัย (Chronological age) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (Living in an aging world)

- 1) ผู้สูงอายุวัยต้น (young old) อายุระหว่าง 60-69 ปี
- 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (medium old) อายุ 70-79 ปี และ
- 3) ผู้สูงอายุวัยปลาย (oldest old) อายุ 80 ปีขึ้นไป

ประชากรสูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งที่น่าสนใจคือผู้มีอายุ 100 ปีขึ้นไปซึ่งเรียกว่า ศตวรรษิกชน หรือ คนร้อยปี (centenarian)

1.1.2 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Functional assessment) ได้แก่

- 1) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรส่วนตัว (Basic activities of daily living : basic ADLs) เช่น การลุกจากเตียง การใช้ห้องน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัวการขึ้นลงบันได การรับประทานอาหาร
- 2) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ซับซ้อนกว่า basic DLs (Instrumental activities of daily living : instrumental ADLs) เช่น การซักผ้า การล้างจาน การจ่ายตลาด การบริหารเงิน การปรุงอาหารการใช้โทรศัพท์ การบริหารยา

โดยประเมินว่า ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ ด้วยตนเอง โดยต้องมีผู้อื่นช่วย และไม่ได้เลย อาจใช้ 3 คำถามหลักในการสัมภาษณ์ประวัติผู้สูงอายุ ดังนี้ การทำกิจวัตรประจำวัน การเดินทางออกนอกบ้าน ประวัติการหกล้มในบ้าน

1.1.3 การมีโรค แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ไม่มีโรค และมีความแข็งแรง (Health elderly)
- 2) มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (Frailty หรือ Frail elderly)

วัยสูงอายุ (วราภรณ์ ตระกูลสถิตย์ 2552) เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หรือ 65 ปี ลักษณะผู้สูงอายุคือเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเสื่อมถอยลงกว่าวัยที่ผ่านมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก การเตรียมตัวเข้าสู่ วัยสูงอายุที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหาทางสุขภาพกาย และเข้าใจลงได้มาก

#### การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เซลล์ต่างๆภายในร่างกายเริ่มตายและการเกิดของเซลล์ใหม่จะเกิดช้า ร่างกาย ทรวดโถม สึกหรือ ถ้ามีการเจ็บป่วย จะรักษายากกว่าวัยอื่น ๆ มีผมหงอกหลังโคง กล้ามเนื้อหย่อนสมรรถภาพ บางรายมือเท้าสั่น การทรงตัวไม่ดี ถ้ามีการเจ็บป่วยจะรักษายากกว่าวัยอื่น

2) การเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาวัยนี้จะหลงลืมง่าย ความจำและเคลื่อนไหว แต่เหตุผลยังคงอยู่

3) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้สูงอายุมักมีอารมณ์ไม่คงที่ ชอบปน โกรธง่าย ใจน้อย แต่บางรายใจดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อม สังคม และประสบการณ์ที่ผ่านมาและขึ้นกับสภาพเศรษฐกิจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในผู้สูงอายุที่เด่นชัดมีดังนี้

(อรพรรณ ลือบุญวัชชัย 2543: 193, อ้างถึงใน วราภรณ์ ตระกูลสถิตย์ 2552 )

การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตนเอง

- 1) การแสดงอารมณ์ มักมีอารมณ์หงุดหงิด ว้าวุ่น ง่ายใจง่าย
- 2) สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย แต่จะสนใจเฉพาะเรื่องที่ตนมุ่งอยู่
- 3) การดำเนินชีวิตมุ่งหาความสงบ ความตาย และความเสื่อม
- 4) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ในวัยนี้จะว่างจากการทำงาน เป็นวัยที่อยู่ในช่วงเกษียณอายุการทำงาน บางคนเข้าวัด บางคนเลี้ยงดูบุตรหลาน

**1.2 การตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ** รัฐบาลในสมัย พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้น คณะรัฐมนตรีในขณะนั้นจึงได้มีมติเมื่อปีพ.ศ. 2525 ให้อำนาจหน้าที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็น “วันผู้สูงอายุแห่งชาติ” และได้เลือก “ดอกคำควน” เป็นสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุเนื่องจากคำควนเป็นพืชยืนต้นที่มีอยู่มากในสวนสมเด็จพระศรีนครินทร์ราชธานี เป็นต้นไม้ที่ให้ความร่มเย็น มีอายุยืน มีใบเขียวตลอดปี ให้ร่มเงาดีและดอกมีสีนวล กลิ่นหอม กลีบแข็งไม่ร่วงง่ายเหมือนกับผู้ที่ทรงวัยวุฒิที่คงคุณธรรมความดี

งามไว้ให้เป็นแบบอย่างแก่ลูกหลานตลอดไป นอกจากนั้นทางด้านพฤกษศาสตร์ต้นไม้ก็ยังใช้เป็นยาบำรุงหัวใจได้อีกด้วยประการสำคัญสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงดำริให้จัดสวนนี้ขึ้นเพื่อให้เป็นตัวอย่างที่ดีของผู้สูงอายุ และปัจจุบันลำดวนเป็นพันธุ์ไม้มงคลพระราชทานประจำจังหวัดศรีสะเกษ (สำนักข่าวแห่งชาติกรมประชาสัมพันธ์ 2552)

งามไว้ให้เป็นแบบอย่างแก่ลูกหลานตลอดไป นอกจากนั้นทางด้านพฤกษศาสตร์ต้นไม้ก็ยังใช้เป็นยาบำรุงหัวใจได้อีกด้วยประการสำคัญสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงดำริให้จัดสวนนี้ขึ้นเพื่อให้เป็นตัวอย่างที่ดีของผู้สูงอายุ และปัจจุบันลำดวนเป็นพันธุ์ไม้มงคลพระราชทานประจำจังหวัดศรีสะเกษ (สำนักข่าวแห่งชาติกรมประชาสัมพันธ์ 2552)

ในรัฐบาลปัจจุบันก็ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งล่าสุดนี้ได้เน้นการสร้างหลักประกันด้านรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุรายเดือนๆละ 500 บาท (ตลอดชีพ) เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีและประธานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้ประกาศเจตนารมณ์มุ่งส่งเสริมและสร้างหลักประกันด้านรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุว่า “ การสร้างหลักประกันด้านรายได้ให้แก่

ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่มีคุณค่า มีเกียรติภูมิ คงศักดิ์เป็นมนุษย์ มีวิถีชีวิตที่ไม่แปลกแยกจากชุมชน และอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ” (ศูนย์บริการข้อมูลภาครัฐเพื่อประชาชน 2552 )

### 1.3 สถานการณ์ของผู้สูงอายุ ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ในการ

กำหนดวิสัยทัศน์ประเทศไทยใน 20 ปีข้างหน้า สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ช 2551: 2-4) ได้เริ่มจากการพิจารณาปัจจัยและแนวโน้มหลัก (Mega trends) ที่ประเทศไทยและโลกอาจต้องเผชิญในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งมี 10 ประการ ประกอบด้วย แนวโน้มปัจจัยภายนอก 7 ประการ และแนวโน้มปัจจัยภายในประเทศ 3 ประการ ซึ่งปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุเป็นทั้งปัจจัยภายนอกและภายใน โดยที่ ปัจจัยภายนอก คือการที่หลายประเทศก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือ aging society ประชากรสูงอายุของโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งนี้ ประเทศกำลังพัฒนาจะมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในโลก และผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 55 จะเป็นผู้หญิง เพราะมีอายุยืนกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะจะมีปัญหามากในกลุ่มผู้หญิงที่ไม่แต่งงานและมีรายได้น้อย จะเห็นว่าการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ส่วนแนวโน้มปัจจัยภายในประเทศคือ ประชากรสูงอายุเพิ่มจาก 7 ล้านคนในปัจจุบัน เป็น 16 ล้านคนในปี พ.ศ. 2570 ขณะที่ประชากรวัยต่ำกว่า 14 ปี จะลดจาก 14 ล้านคน เหลือ 10 ล้านคน ส่งผลกระทบต่อปัญหาการขาดแคลนแรงงาน

เช่นเดียวกับในรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักสถิติแห่งชาติ (2550: 7-8) พบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมาก

ขึ้นจนเกือบจะเป็นร้อยละ 50 ของประชากรวัยเด็ก อัตราการเป็นภาระวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น อัตราส่วนการเป็นภาระวัยเด็กมีแนวโน้มลดลง และอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยกำลังแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในอนาคตประเทศไทยอาจจะต้องประสบกับปัญหาการขาดแคลนแรงงานได้ อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ หมายถึงจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) 100 คน หากค่าอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นหมายถึงผู้ที่อยู่ในวัยกำลังแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปีพ.ศ. 2537 ประเทศไทยมีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุเท่ากับ 10.7 เพิ่มขึ้นเป็น 14.3 ในปีพ.ศ. 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 16.0 ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งหมายความว่าในปี พ.ศ. 2550 ประชากรวัยกำลังแรงงาน 100 คน จะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 16 คน ขณะที่อัตราส่วนการเป็นภาระวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ทั้งมวลในอดีต โดยปีพ.ศ. 2537 อัตราการเป็นภาระในวัยเด็กเท่ากับ 47 คน ลดลงมาเป็น 38 คนในปี พ.ศ. 2545 และลดต่ำลงเหลือ 34 คนในปี พ.ศ. 2550 หมายความว่า ในอนาคตภาระในการเลี้ยงดูเด็กของคนที่อยู่ในวัยแรงงานจะลดต่ำลง แต่จะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูคนชราเพิ่มขึ้น อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ หมายถึง จำนวนคนในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุเป็นดัชนีอีกตัวหนึ่งที่จะแสดงให้เห็นถึงจำนวนคนในวัยแรงงานที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุหนึ่งคน อัตราส่วนนี้ตรงข้ามกับอัตราการเป็นภาระผู้สูงอายุ (Old-age dependency ratio) และใช้กันทั่วไปในฐานะเป็นตัวชี้วัดประชากรสูงอายุ (กุศล สุนทรธาดา 2549, อ้างถึงใน สำนักสถิติแห่งชาติ 2550: 7 ) อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มลดลง ลดลง โดยในปี พ.ศ. 2537 ประเทศไทยมีอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ เท่ากับ 9.3 ในปี พ.ศ. 2545 ลดลงมาเป็น 7.0 และล่าสุดปี พ.ศ. 2550 ลดลงเหลือ 6.3 หมายความว่าในปีพ.ศ. 2550 มีคนที่อยู่ในวัยแรงงานจำนวน 6 คน ที่จะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 1 คน อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงอย่างต่อเนื่องดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดถึงศักยภาพของแรงงานในการสนับสนุนผู้สูงอายุลดลงด้วย และส่งผลถึงความมั่นคงของสังคมโดยรวมกล่าวคือผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงวัยเพิ่มมากขึ้นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นและในที่สุดผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานและผู้สูงวัยจะอยู่ในสภาพอ่อนแอ

ภาวะประชากรสูงอายุหมายถึงการมีสัดส่วนของประชากรสูงวัยคืออายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปต่อจำนวนประชากรทั้งหมดคือมากกว่าร้อยละ 10 (สถาบันเวทศาสตร์ผู้สูงอายุ 2549: 21) ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2493

ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 5 เป็นประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 7 ใน 11 ประเทศ ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สัดส่วนของผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.8 ในปีพ.ศ. 2568 และในปีพ.ศ. 2593 จะเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุถึงเกือบร้อยละ 30 เมื่อพิจารณาถึงจำนวนของประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็น 9 ล้านในปี พ.ศ. 2558 และเพิ่มเป็นประมาณ 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และจะมีมากกว่า 20 ล้าน ในปี พ.ศ. 2593 เมื่อพิจารณาถึงภาวะพึ่งพิง หมายถึงสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี ) พบว่าโครงสร้างประชากรมีสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และสัดส่วนของบุคคลในวัยทำงานลดน้อยลง ในปีพ.ศ. 2558 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 14 ในขณะที่ประชากรวัยทำงานลดลงเหลือร้อยละ 19 ในรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักสถิติแห่งชาติ (2550: 3 ) พบว่า จำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีจำนวนทั้งหมด 7.02 ล้านคน หรือร้อยละ 10.7 ของประเทศทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุชาย 9.7 ล้าน คนหรือร้อยละ 44.6 และผู้สูงอายุหญิง 11.6 ล้านคนหรือร้อยละ 55.4 พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลายซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาสูง

**1.4 สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ** การศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทยแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ 2550: 7- 8) การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลประชากรในศตวรรษที่ 21 แสดงให้เห็นชัดเจนถึงการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุ อันเป็นผลจากการลดลงของอัตราเกิดจากการลดลงของประชากรวัยหนุ่มสาว ร่วมกับพัฒนาการเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษาโรคและการขจัดโรคติดต่อต่างๆ ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการและความสะอาดด้านสุขาภิบาลที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มมากขึ้น โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอยู่ร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2513 คาดว่าจะเป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2593 องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก พบประเด็นสาเหตุสำคัญและนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพคือ ปัญหาความยากจนและการมีรายได้น้อย ซึ่งส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง การรับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย และการรับบริการทางการแพทย์ลดลงมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในที่สุด ในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้น องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ประเทศบังคลาเทศ ภูฏาน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี เมียนมาร์ เนปาล และศรีลังกา เป็นกลุ่มประเทศรายได้น้อย (Low-middle Countries) และประเทศอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และไทยเป็นประเทศรายได้น้อยระดับกลาง (Lower-middle Countries) นอกจากนี้ปัญหาความยากจนที่เป็นสาเหตุการเกิดปัญหาทางสุขภาพแล้วยังพบว่าปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการมี



พัฒนาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ส่งผลให้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเปลี่ยนจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกประเทศในเขตภูมิภาคนี้ รวมทั้งประเทศไทยจะให้ความสนใจและให้การดูแลรักษา รวมทั้งตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้การช่วยเหลือกลุ่มประชากรผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาสุขภาพ (สำนักสถิติแห่งชาติ 2550: 21 ) คือการมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับภาวะเครียดเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดในสมองตีบจากการให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปโดยรวมของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์พบว่าร้อยละ 43.0 ของผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีร้อยละ 28.9 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลางร้อยละ 21.5 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมากๆ มีเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก ภาวะการมีสุขภาพที่ดีสวนทางกับวัยที่เพิ่มขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีมากในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายสุขภาพดี ร้อยละ 50.2 ร้อยละ 34.8 และ ร้อยละ 26.4 ตามลำดับ สุขภาพดีมาก ร้อยละ 4.9 ร้อยละ 2.5 และร้อยละ 1.5 สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่มีภาวะสุขภาพดีและดีมากสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงสุขภาพดี ร้อยละ 47.8 และร้อยละ 39.1 สุขภาพดีมาก ร้อยละ 5.4 และร้อยละ 2.6 เมื่อพิจารณาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในระหว่าง 5 ปี ก่อนวันสัมภาษณ์ ซึ่งการเจ็บป่วยในการสำรวจครั้งนี้หมายถึงการเจ็บป่วยจนกระทั่งไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ พบว่าร้อยละ 63.5 ของผู้สูงอายุเคยป่วยโดยสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เคยป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 65.8 และร้อยละ 60.5 ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เคยป่วยในรอบ 5 ปีที่แล้วสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย ร้อยละ 64.1 และ ร้อยละ 62.0

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (สำนักสถิติแห่งชาติ 2550: 24 ) ที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 6 โรคด้วยกันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็งหลอดเลือดในสมองตีบและอัมพาต/อัมพฤกษ์ เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายโรค พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางมีสัดส่วนของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือดในสมองตีบสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยปลาย พบอุบัติการณ์ของโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ในกลุ่มของผู้สูงอายุวัยปลายสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น ร้อยละ 4.8 ร้อยละ 3.1 และร้อยละ 1.8 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ได้เป็นเพียงโรคใดโรคหนึ่งจากทั้งหมด 6 โรคที่กล่าวมา

1.5 การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้กำหนดเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพไทย ที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงไว้ 10 ประการคือ

- 1) เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน
- 2) งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี
- 3) วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม
- 4) ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง
- 5) ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ใช้บริการมีความสุข
- 6) หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทัวถึง มีคุณภาพ
- 7) ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ์
- 8) ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันและพึ่งตนเองได้
- 9) ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน
- 10) สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกวัย เป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจน คนทุกวัย คนยากและผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ซึ่งประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทยมีทิศทางสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยมียุทธศาสตร์หลักในการพัฒนา 6 ยุทธศาสตร์ ซึ่งยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพคือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ใส่ใจต่อความทุกข์ยากและความลำบากใจทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยสร้างระบบการจัดการที่เป็นธรรม มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความภาคภูมิใจและพึงพอใจในประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการร่วมกันภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกระทรวงสาธารณสุข (สุภชัย คุณารัตนพถกษ 2550 ) ได้เชื่อมโยง เป้าหมายและยุทธศาสตร์สู่เป้าหมายการให้บริการสุขภาพคือประชาชนสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ในด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ที่ระบุถึงระบบบริการสุขภาพไว้ดังนี้ มาตรา 11 (1) “การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุในกรณีพิเศษ” ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ เรื่อง การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุในกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548 คือ

ข้อ 1 ให้หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

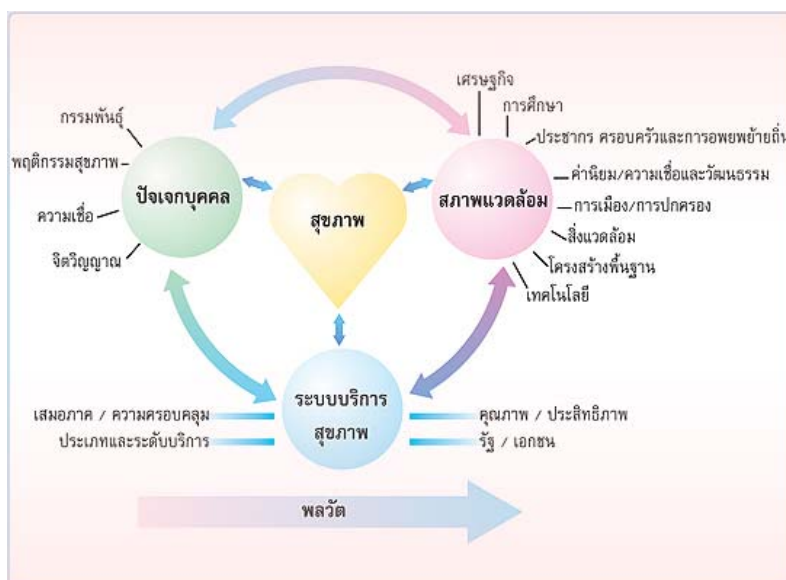
1.1 จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก

1.2 กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจนและให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย

ซึ่งบทบาทหน้าที่ของการให้บริการสุขภาพนั้นกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก แต่ในอนาคตตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้ระบุให้ “การสาธารณสุข” เป็นหนึ่งในภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอนให้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ในมาตรา 80 (2) ของรัฐธรรมนูญ ปีพ.ศ. 2550 กำหนดให้ “รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข” ซึ่งการสาธารณสุขเป็นภารกิจด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบคลุมการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ในส่วนการสาธารณสุขในภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขมีองค์ประกอบครอบคลุมทั้ง 4 มิติของระบบสุขภาพคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป็นภารกิจที่ต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะและความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะ แม้ว่ากฎหมายจะกำหนดให้มีการถ่ายโอนและได้ทดลองถ่ายโอนในปี พ.ศ. 2550 – 2551 โดยถ่ายโอนสถานีนามัยจำนวน 22 แห่ง ครอบคลุมทั้ง 4 ภาคของประเทศกลับพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ต้องมีการปรับปรุงทั้งนโยบาย กลไก และวิธีการปฏิบัติ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2551: 31, 39, 142, 152)

ชาญวิทย์ ทระเทพ และคณะ (2548) ได้ศึกษาวิจัยรูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทย ได้กล่าวถึงเป้าหมายสำคัญด้านสาธารณสุขของทุกประเทศ คือให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามการบรรลุเป้าหมายนี้ไม่ได้ขึ้นกับ

การจัดบริการสาธารณสุข เพียงปัจจัยเดียว (Thus health outcomes do not depend only on access to health care) แต่ยังขึ้นอยู่กับ ปัจจัยต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันดัง แผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 การเชื่อมโยงผลลัพธ์สุขภาพ

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, ความเชื่อมโยงและผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ [ออนไลน์], เข้าถึงเมื่อ 7

มีนาคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.moph.go.th/ops/thp/>

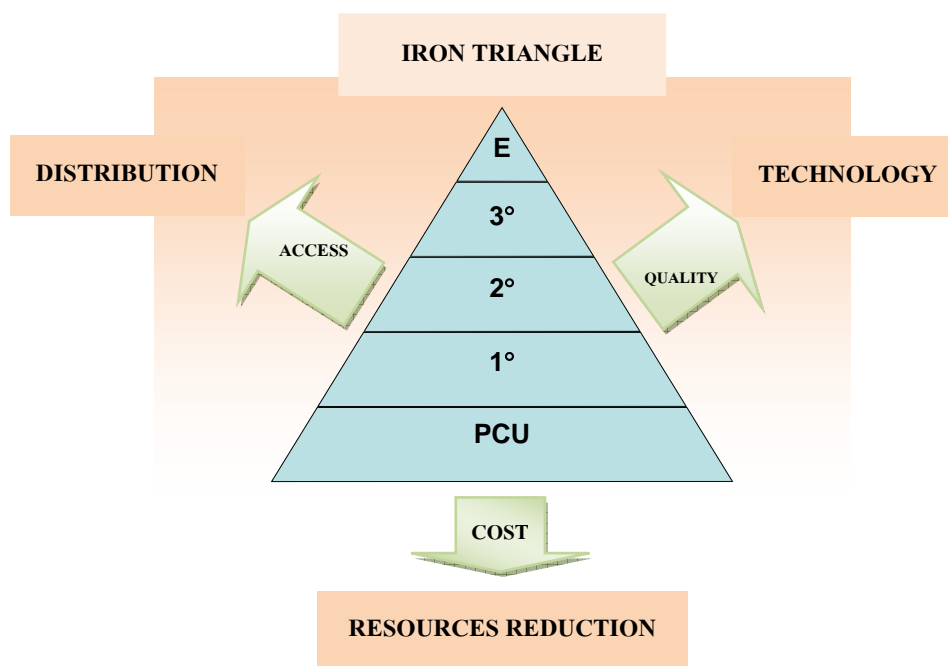
1. เมื่อพิจารณาไปถึงจุดมุ่งหมายเฉพาะของการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งทุกประเทศให้ความสำคัญ พบว่า ประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ มีเป้าหมายเฉพาะในการจัดบริการสาธารณสุขดังต่อไปนี้

1.1 การให้บริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ (Quality)

1.2 การจัดบริการให้ทั่วถึง ทุกคนในประเทศสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยสะดวก (Access) ซึ่งหมายรวมถึง การจัดการให้เสมอภาคและเป็นธรรม

1.3 การจัดการบริการโดยใช้ทรัพยากรที่สมเหตุสมผล มีประสิทธิภาพ (Cost)

1.4 การจัดการบริการให้บรรลุประสิทธิผลของการจัดบริการสาธารณสุข จุดมุ่งหมาย 3 ข้อแรก เป็นจุดมุ่งหมายหลักของการจัดการบริการ (“Iron Triangle”: Access, Cost, Quality) ซึ่งต้องบรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ข้ออย่างสมดุล จึงจะเกิดผลดีต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 เป้าหมายสำคัญของการจัดบริการสาธารณสุข

ที่มา: Harry A. Sultz, and Kristina M. Young. Health Care USA understanding its Organization and Delivery, 4th ed. (Boston Massachusetts: Jone & Bartlett publishing, 2003)

2. ยุทธศาสตร์หลักด้านสาธารณสุข ตลอดเวลาที่ผ่านมา ระบบบริการสาธารณสุขใช้ ยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ดังต่อไปนี้

2.1 Health Promotion คือการส่งเสริมสุขภาพ หรือสร้างสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดโอกาสในการเกิดโรคได้ การส่งเสริมสุขภาพมิได้เกี่ยวข้องกับเรื่ององค์ความรู้ในเรื่องโรคนั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิต (Life Style) การจัดบริการด้าน Health Promotion จึงเป็นบริการเชิงรุกโดยมีกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทั่วไปสำหรับคนทุกเพศ ทุกวัย และทุกสถานที่

2.2 Disease, Conditions Prevention คือการป้องกันโรค ก่อนที่ร่างกายจะเกิดความผิดปกติขึ้น โดยการลดความรุนแรงของตัวกระทำให้เกิดโรค หรือสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกายหรือทำให้มีโอกาสเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวกระทำให้เกิดโรคกับร่างกายลดลง การจัดบริการด้าน Prevention เป็นบริการเชิงรุกที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่

2.3 Curative คือการรักษาพยาบาลมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนความผิดปกติ หรือโรคให้กลับคืนมาสู่สภาพปกติ โดยไม่ให้ความผิดปกติ หรือโรครุนแรงขึ้น จนเกิดความพิการ หรือความตายการจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลจะครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มที่เจ็บป่วย หรือเกิดโรคขึ้น

2.4 Rehabilitation คือการฟื้นฟูสภาพ เมื่อความผิดปกติหรือโรค ก่อให้เกิดความพิการไม่ว่าจะชั่วคราวหรือถาวร ทำให้ต้องมีการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ร่างกายและจิตใจ กลับมาอยู่ในสภาพที่ใกล้เคียงปกติหรือให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้การจัดบริการฟื้นฟูสภาพจะ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความต้องการเท่านั้น

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยที่ผ่านมามีระบบแบบประสมประสาน (Integrated Health Service System) โดยรวมยุทธศาสตร์ทั้ง 4 อยู่ในระบบเดียว เนื่องจากมีการใช้ ทรัพยากรร่วมกัน จึงมีแนวคิดที่จะลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยการเน้นยุทธศาสตร์เชิงรุกให้มาก ขึ้น ได้แก่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยคาดหวังว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยรวมได้ในระยะยาว อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่ปรากฏพบว่าการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกัน โรคนั้นสามารถลดค่าใช้จ่ายเฉพาะโรคได้บางโรค โดยลดอัตราป่วยและอัตราตายรวมทั้งค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลโรคนั้น ๆ ลงได้ แต่กลุ่มคนที่ไม่เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคที่ป้องกันได้ ก็จะ เข้าสู่วงจรการชราภาพและเจ็บป่วยเรื้อรังเนื่องจากร่างกายและอวัยวะเสื่อมสภาพ ทำให้ต้อง จัดระบบบริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเพื่อรองรับมากขึ้น ซึ่งในระยะ ยาวกลับยังต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาสูงยิ่งขึ้นไปอีก อาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค สามารถลดอัตราเจ็บป่วยและตาย รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาบางกลุ่มโรคลง ได้ แต่ไม่สามารถทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมลดลงได้ในระยะยาว

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2550: 8-9) ได้กล่าวถึงการ เตรียมความพร้อมของการสาธารณสุขในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังว่า การที่ประชากร โลกมีอายุยืนยาวขึ้นถือว่าเป็นความสำเร็จของการสาธารณสุข และเป็นผลของการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรัง และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพล ภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทุพพลภาพ เช่น ผู้ที่เป็นเส้นเลือดสมองตีบ แตก ตัน จากการไม่ได้ควบคุม ความดันโลหิต จำเป็นต้องการผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนั้นจำเป็นต้องใช้ ระยะเวลาและทรัพยากร เพื่อให้มีการเตรียมการรับมือกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนสำคัญ มากที่สุดก็คือการเตรียมความพร้อมของการสาธารณสุข เน้นความสำคัญกับผลกระทบที่จะเกิด ขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งโรค เรื้อรังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระโรคสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ การดำเนินงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพ

ควบคุม ป้องกันโรคตั้งแต่ในชุมชน รวมถึงการบำบัดรักษาภายในหน่วยบริการจะสามารถลดภาระโรคจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุได้ โรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและมีผลกระทบต่ออายุขัยของผู้สูงอายุ รวมถึงภาวะเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการคัดกรองโรค จะสามารถทำให้ตรวจพบโรคได้ในระยะเริ่มแรก และสามารถที่จะบริหารจัดการได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับชุมชน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิลำดับนี้ผู้สูงอายุสามารถที่จะเข้าถึงได้ จึงควรจัดให้มีการกระจายให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและสามารถให้บริการหรือมีการบริหารจัดการเรื่องของโรคและควบคุมโรคในผู้สูงอายุได้ ซึ่งถือเป็นแกนหลักสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขและการแพทย์ หน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นด่านแรกที่สำคัญ มีความใกล้ชิดคุ้นเคยกับผู้สูงอายุครอบครัว และญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ การให้บริการอย่างสม่ำเสมอ การสามารถให้บริการออกไปในเชิงรุก และการสามารถให้การดูแลจะสามารถป้องกันโรค รวมถึงชะลอภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการจัดการกับปัญหาอุปสรรคของการเข้าถึงในหน่วยบริการของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

เป้าหมายการบริการผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรทั้งในเชิงรุกและเชิงรับดังนี้

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุคงความมีสุขภาพดี
2. สามารถค้นพบโรคทั้งทางกายและใจในระยะเริ่มแรก ให้การรักษาได้อย่างถูกต้องทันเวลาและฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม
3. ให้ผู้สูงอายุได้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีโรคเรื้อรัง
4. ให้การดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

โดยมีหลักการบริการผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ

- 1) ข้อมูลข่าวสารการให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์ การสื่อสาร และการฝึกอบรม ซึ่งรวมถึงการอบรมบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเจตคติที่ดีในผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ และการเข้าถึงการศึกษาในผู้สูงอายุ
- 2) หน่วยบริการระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีกระบวนการปรับปรุงเพื่อตอบสนองความต้องการที่เป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลเครือข่ายทางด้านสาธารณสุขในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการลงบันทึกในเวชระเบียนอย่างเป็นระบบและเป็นปัจจุบันในแต่ละครั้งที่มาตรวจ มารับการรักษาบริการ
- 3) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความสะอาด ความสะดวก เท่าที่จะทำได้ เช่น ทางลาด แสงไฟฟ้าให้ความสว่าง ห้องสุขาสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลให้คำแนะนำ และเน้นการมี

ส่วนร่วม ความร่วมมือของผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว ในการปรับพฤติกรรมและควบคุมโรค ด้วยตัวเองจะเป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถชะลอ หรือป้องกันความทุพพลภาพหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้มากกว่าที่จะต้องพึ่งพิงผู้อื่น

มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2548: 32)

### กิจกรรมบริการ

#### 1. Primary care

1.1 การดูแลอย่างมีทักษะเช่น Nursing care, Rehabilitation รวมทั้ง การให้บริการคัดกรอง (Screening) ภาวะสุขภาพ และ Geriatric syndrome (สมองเสื่อม หกล้มบ่อย เดินลำบาก กลืนปัสสาวะไม่ได้ มีความพิการ)

1.2 Geriatric clinic ให้การดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้ได้ดีที่สุด นานที่สุด ให้บริการผู้ที่อายุ มากๆ เช่น ผู้ที่มีอายุอย่างน้อย 75 ปีขึ้นไปหรือมี Geriatric syndrome (สมองเสื่อม หกล้มบ่อย เดินลำบาก กลืนปัสสาวะไม่ได้ มีความพิการ)

1.3 Chronic care เป็นการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว / ชุมชน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.4 Terminal care เป็นการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความทรมาน เช่น การดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

#### 2. Secondary care

2.1 Acute care

2.2 Extended care

2.3 Tertiary care

2.4 Acute care

3. การให้บริการในสถานบริการ การให้บริการผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นการจัดบริการเหมือนหอผู้ป่วยปกติ โดยเพิ่มการให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิชาว่าด้วยผู้สูงอายุ (Geriatric medicine and Gerontology) ให้ผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในหอผู้ป่วยต่างๆ ซึ่งต้องเพิ่มความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรผู้ให้บริการทุกระดับ

3.1 บ้าน / ชุมชน



- 3.2 สถานีอนามัยใช้เกณฑ์การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)
- 3.3 โรงพยาบาลชุมชน ใช้เกณฑ์การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)
- 3.4 โรงพยาบาลทั่วไป รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน
- 3.5 โรงพยาบาลศูนย์ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป

#### แนวทางการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

##### 1. การส่งเสริมสุขภาพ

- 1.1 บริการดูแลผู้สูงอายุ
- 1.2 บริการที่บ้าน
- 1.3 การส่งเสริม ป้องกัน ทันตสุขภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
- 1.4 การให้คำปรึกษา
- 1.5 การคัดกรอง (Screening) ภาวะสุขภาพ / Geriatric syndrome

(สมองเสื่อม หกล้มบ่อย เดินลำบากกลืนปีศาจไม่ได้ มีความพิการ) โรคเรื้อรังหรือเรื้อรัง เพื่อการป้องกันล่วงหน้า

##### 2. การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน

- 2.1 การค้นหาปัญหาผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อส่งต่อรักษา / ฟื้นฟู
- 2.2 การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล

##### 3. การรักษาพยาบาล

- 3.1 ปัญหาสุขภาพทั่วไป
- 3.2 ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
- 3.3 การคัดกรอง (Screening) ภาวะสุขภาพ / Geriatric syndrome (สมองเสื่อม หกล้มบ่อย เดินลำบากกลืนปีศาจไม่ได้ มีความพิการ) โรคเรื้อรังหรือโรครุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูกมะเร็งเต้านม
- 3.4 การดูแลที่บ้าน (Home care)
- 3.5 การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุก่อนส่งต่อ
- 3.6 บริการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน (ทำเอง / ส่งต่อ)

3.7 บริการทันตกรรมพื้นฐาน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณี  
ปกติ

#### 4. การควบคุมป้องกันโรค

4.1 การค้นหาผู้ป่วย

4.2 การเฝ้าระวัง

4.3 การฉีดวัคซีน

4.4 การรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติต่างๆ

5. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล องค์กรประชาชนด้าน  
สุขภาพ มีความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง มีการ  
ดำรงชีวิตที่ดี (กิน พักผ่อน ออกกำลังกาย)

#### 6. บริการด้านยา

##### 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

สุวรรณศรี สัตมโนชญ์ ( 2545) สรุปถึงการให้ความหมาย และแนวคิดของการเข้าถึง  
บริการสุขภาพว่าขึ้นอยู่กับสังคมและ วัฒนธรรม นักสังคมวิทยาการแพทย์หลายท่านได้พัฒนา  
แนวคิดและทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมและการแสวงหาและการใช้บริการสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ  
การเข้าถึงบริการหลายทฤษฎี แต่ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่มีผู้สรุปอย่างชัดเจน และได้  
กล่าวถึงแนวคิดการเข้าถึงบริการของอเดย์และแอนเดอร์เซน(Aday and Andersen 1981)ไว้ว่ากรอบ  
แนวคิดนี้ศึกษาครอบคลุมถึงรูปแบบระบบบริการสุขภาพในสังคม แต่การนำกรอบแนวคิดนี้ไป  
ศึกษายังเป็นการยากที่จะนำตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์รูปแบบที่สมบูรณ์ได้ เนื่องจากประกอบด้วย  
ตัวแปรจำนวนมาก และไม่ได้สร้างขึ้นมาเพื่อทดสอบ

อัญชลี อนุวัฒน์ (2548) ได้กล่าวถึงแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ รูปแบบการให้บริการ  
สุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen 1975: 6-14, อ้างถึงใน วสันต์ ศิลปสุวรรณ  
2532: 39-42) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับ Model Study of Access to Health Service (AHS.) ซึ่งให้  
ความสำคัญเฉพาะผู้ใช้บริการ โดยกล่าวว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจขึ้นกับปัจจัยสำคัญ 3 ประการคือ

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคล ( Predisposing Factor) ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะ  
ทางประชากร ( Demographic) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (Social Structure) ได้แก่ การศึกษา เชื้อ  
ชาติ ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief) ได้แก่ ความเชื่อที่มีต่อสุขภาพ และทัศนคติที่มีต่อบริการ  
สุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.ปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการสุขภาพ (Enabling  
Factors) ประกอบด้วย เศรษฐฐานะหรือทรัพยากรครอบครัว (Family Resources) แหล่งประโยชน์

อื่นๆที่ครอบครัวพึงจะได้รับ เช่นการทำประกันสุขภาพ หรือสวัสดิการที่รัฐจัดให้ ฯลฯ รวมถึงแหล่งบริการที่จักไว้ในชุมชนซึ่งประชาชนจะใช้บริการได้เมื่อเขาต้องการ (Community Resources)

3. ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพ (Needs or Needs for Health Services) แม้ว่าบุคคลจะมีปัจจัยตามข้อ 1 และข้อ 2 ครบถ้วนทั้งนี้บุคคลหรือครอบครัวนั้น จะต้องรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญกับการใช้บริการที่เหมาะสม ปัจจัยความต้องการ หรือความจำเป็นทางสุขภาพสามารถวัดได้จากการรับรู้ของบุคคล (Perceived Needs) และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Evaluated Needs)

ต่อมาในปี 1981 Aday และ Andersen ได้พัฒนาและปรับปรุงแบบการให้บริการสุขภาพใหม่ จากแนวคิดเดิมที่เน้นเฉพาะผู้ใช้บริการ มีการพัฒนาแนวคิดใหม่ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการสุขภาพ (Characteristics of Health Delivery System) กับประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วย (Characteristics of Population-at-Risk) และเรียกรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นใหม่ว่า Equity of Access to Care Model (EACM.) เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาการให้บริการสุขภาพทั้งระบบ โดยเริ่มที่ระบบการให้บริการสาธารณสุขว่าประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง แต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์กันหรือส่งผลต่อกันอย่างไร ท้ายที่สุดปัจจัยต่างๆเหล่านี้จะส่งผลไปถึงพฤติกรรมการใช้บริการระบบสาธารณสุขของประชาชนอย่างไร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมองตั้งแต่ต้นนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับ การจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดอัตราค่าจ้าง การจัดองค์กรสาธารณสุขว่ามีผลต่อลักษณะระบบการให้บริการสาธารณสุข และลักษณะผู้ใช้บริการดังนี้

1. ลักษณะระบบบริการสาธารณสุข (Characteristics of Health Delivery System) คือองค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องต่อลักษณะระบบบริการสาธารณสุข โดยคำนึงถึงผลที่ผู้รับบริการจะได้รับเป็นสำคัญประกอบด้วย

1.1 การจัดสรรทรัพยากรทั้งด้าน บุคลากร ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆที่จะต้องมีทั้งปริมาณ และการกระจายอย่างเพียงพอต่อการให้บริการสาธารณสุข

1.2 การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข คำนึงถึงการประสานงาน ควบคุมกำกับงานของบุคลากรในการให้บริการสาธารณสุขและองค์ประกอบที่จะเข้าสู่ระบบบริการได้ง่าย เช่นระยะเวลาที่เดินทางไปสถานบริการ เวลารอคอยในการรับบริการ องค์ประกอบดังกล่าวต้องมาจากการบริหารงาน ตามโครงสร้างของระบบบริการที่เกิดขึ้น ขณะที่ผู้ใช้บริการพบเห็นบริการในการรับบริการครั้งนั้น กล่าวโดยรวมแล้ว ระบบบริการสาธารณสุข จะมองในภาพรวมของตัวระบบมากกว่าที่จะมองเป็นรายบุคคล

## 2. ลักษณะประชาชนผู้รับบริการ (Characteristics of Population-at-Risk)

ประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ

2.1 ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคลของผู้ใช้บริการ ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.2 ปัจจัยสนับสนุน เป็นปัจจัยที่เกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ประกอบด้วย รายได้ของครอบครัว ความครอบคลุมด้านการประกันสุขภาพ สวัสดิการรัฐ ตลอดจนการกระจายของแหล่งบริการในชุมชน ซึ่งก็คือระยะทางที่จะเกื้อกูลในการใช้บริการ

2.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจำเป็นต้องใช้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการประเมินการเจ็บป่วย

ปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังกล่าว จะส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ (Consumer Satisfaction) ในด้านต่างๆดังต่อไปนี้ คือ

### 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience)

ก. การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office Waiting Time)

ข. การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of Care

When Needed)

ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับจากสถานบริการ (Ease of Getting to

Care)

### 2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของสถานบริการ (Co-ordination)

ก. การได้รับบริการทุกประเภทในสถานบริการที่หนึ่งแห่ง (Getting All Needs Met at One Place) คือผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

ข. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ (Concern of Doctors for Overall Health)

ค. ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow- up Care)

3) ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยผู้ป่วย

4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่รับจากบริการ (Medical information) แยกออกเป็นข้อมูล 2 ประเภท คือ

ก. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about

what was wrong)

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาผู้ป่วย (Information about Treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วยและการใช้ยา

5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ (Quality of Care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของสถานบริการนั้นๆ

6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out-of-Pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

นอกจากนี้ ลักษณะของผู้รับบริการ หรือประชากรกลุ่มเสี่ยง ยังส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพตามชนิดของสถานบริการ ที่ตั้งของสถานบริการ วัตถุประสงค์ของการใช้บริการ และช่วงเวลาของการใช้บริการ ขณะเดียวกันความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับการใช้บริการสุขภาพด้วยการใช้บริการสุขภาพในที่นี่ หมายถึง สิ่งที่ปรากฏให้เห็น หรือการเข้าถึงบริการได้ (Realized Access) และมีดัชนีบ่งชี้ที่แน่ชัดเชิงปริมาณ (Objective Indicators) ทั้งนี้ อเดย์ (Aday) และแอนเดอร์เซน (Andersen) พยายามที่จะผสมผสานคุณลักษณะส่วนบุคคลเข้ากับคุณลักษณะของการให้บริการสุขภาพภายใต้นโยบายสาธารณสุขที่มีอยู่ซึ่งเรียกว่า Potential Access หรือศักยภาพที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงการให้บริการสุขภาพได้ทั่วถึง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ ความพึงพอใจในการใช้บริการซึ่งถือเป็นผลผลิตที่ได้จากการใช้บริการของประชาชน ความพึงพอใจนี้จะบ่งชี้ถึงลักษณะเชิงอัตนัย (Subjective Indicators) กล่าวคือ ผู้ใช้บริการแต่ละคนอาจจะรับรู้ในสิ่งที่ปรากฏขึ้นขณะรับบริการแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการที่ใช้ ณ สถานบริการแห่งเดียวกันแตกต่างกัน ผลการวิจัยมีรายงานว่าความพึงพอใจนี้สามารถใช้เป็นตัวทำนายความต่อเนื่องของการใช้บริการ หรือการเลิกใช้บริการได้ดีกว่าปัจจัยอื่นๆ

### 3. สถิติการระบบสุขภาพ

3.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551) ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดไว้ว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัติ และมาตรา 6 ระบุว่า บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์สิทธิให้ประชาชนทราบและใช้สิทธิตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกัน

## สุขภาพกำหนด

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เกยูร วิศาลเวทย์ 2551) หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคน ที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

บทบาทหน้าที่หลักประกันสุขภาพอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นปกป้องครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่าย (ด้านสุขภาพ) ที่อาจทำให้ล้มละลายได้

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็น "สิทธิ" ชั้นพื้นฐานของประชาชน เป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น

"สุขภาพ" เป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for all) ระบบจะเน้นที่การ "สร้าง" สุขภาพมากกว่าการ "ซ่อม" สุขภาพ การที่ประชาชนจะมี "สุขภาพดี" ได้จะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพ

1) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกระดับเป็นเจ้าของและรับผิดชอบร่วมกัน  
กับรัฐ โดยมีเป้าหมาย คือ สุขภาวะ

2) ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะต่อมาประชาชนควรจะมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียน และใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นที่พอใจ ใกล้ที่พักหรือที่ทำงาน

3) สถานพยาบาลจะต้องมีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality accreditation)

4) หน่วยบริการระดับต้น (Primary care) เป็นจุดบริการด่านแรก ที่รับขึ้นทะเบียนประชาชนทำหน้าที่บริการแบบผสมผสาน (ทั้งรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ) ทั้งบริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล โดยมีแพทย์อย่างน้อย 1 คน เจ้าหน้าที่อื่นเป็นผู้ให้บริการ กรณีเกินความสามารถ จะส่งผู้ป่วยต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น

5) หน่วยบริการจะให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider network) ระหว่างภาครัฐด้วยกันเองหรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน

6) ระบบการเงินการคลังสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost containment system) ระวังมิให้เกิดสภาพที่ประชาชนพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close end) และมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance related payment)

7) สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

8) ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

ประทีป ชนกิจเจริญ ( 2551) รองเลขาธิการ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวถึงทิศทางระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2551 มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

#### 1.งานเน้นหนัก ปีงบประมาณ 2551

ประชาชนเข้าถึงระบบบริการมากขึ้น

การขยายและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

การขยายและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การขยายและพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เบาหวาน และความดัน

โลหิตสูง

การให้บริการทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายฯ

การดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุในชุมชน

การสนับสนุนมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน

#### 2. การเร่งรัดพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เป้าหมายปีงบประมาณ 2551–

2553 รวม 3 ปี

2.1 ให้ประชาชนเข้าถึงการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐานได้  
อย่างรวดเร็ว และทั่วถึง

2.2 ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยให้โรงพยาบาล  
รับเฉพาะผู้ป่วยนัด ส่งต่อ และฉุกเฉินเท่านั้น

2.3 เขตเมืองสร้างศูนย์แพทย์ชุมชน หรือ โรงพยาบาลชุมชนเขต  
เมืองที่ไม่มีเตียงผู้ป่วยใน และมีแพทย์รวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่นๆ ให้บริการเชิงรุกตามเวลาราชการ

2.4 เขตชนบท ปรับบทบาทของโรงพยาบาลชุมชน และพัฒนา  
ศักยภาพของสถานีอนามัยเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน หรือ โรงพยาบาลตำบล (200 เตียง) ที่ไม่มีเตียง  
ผู้ป่วยใน หรือศูนย์สุขภาพชุมชน มีแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติหรือพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้ง  
เจ้าหน้าที่อื่นๆ ให้บริการเชิงรุกเน้นสนับสนุนงานในชุมชน

#### 3. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

3.1 ขยายระบบบริการครอบคลุมทุกจังหวัด

3.2 เพิ่มศักยภาพการบริหารและบริการมากขึ้น

3.3 เน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารและจัดบริการ

4. ระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล) ปีงบประมาณ 2551 (ตามมาตรา 47 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

“เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน”

หนังสือที่ มท.0891.3/ ว1110 ลงวันที่ 3 เมษายน 2550 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบงบประมาณเข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 เป็นต้นไป ให้ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ตั้ง งบประมาณสมทบไว้ในรายจ่ายงบกลาง ประเภทรายจ่ายตามข้อผูกพัน ระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล) ปีงบประมาณ 2551

วัตถุประสงค์ของกองทุนฯ

1) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นๆ

2) เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพอย่างน้อยตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด

3) เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่โดยการบริหารจัดการของท้องถิ่นและชุมชน

ทิศทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2552 (สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2552)

1) พัฒนาระบบการจัดการให้มีการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและราคาแพง รวมทั้งการเข้าถึงบริการของคนพิการและบริการเฉพาะโรค



2) สนับสนุนให้ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเข้าร่วมดำเนินงานเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

3) เตรียมระบบและบุคลากรเพื่อรองรับสิทธิประโยชน์ เช่น การทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การเข้าถึงยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ จ.(2)

4) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้มีข้อมูลรายบุคคลที่สามารถรู้สถานการณ์การเจ็บป่วย การใช้บริการและการเข้าถึงบริการในภาพรวมได้

5) พัฒนาระบบการตรวจสอบเวชระเบียน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจ่ายชดเชยค่าบริการ

ประเด็นเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ปีงบประมาณ 2552

1) เปลี่ยนการคำนวณ Global ผู้ป่วยในเป็น Global ระดับประเทศ

2) พัฒนาระบบการส่งข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกผ่านระบบE-Claim ของสปสช. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งข้อมูลและความรวดเร็วในการประมวลผลการจ่ายชดเชยฯ

3) จัดสรรงบประมาณ OP & IP เงินไข้พิเศษ สำหรับรพช. ในพื้นที่พิเศษ

4) เปลี่ยนการเบิกชดเชยกรณีเด็กแรกเกิดทุกราย จากงบ AE ส่วนกลาง

5) ยกเลิกเพดานการจ่ายกรณีฉุกเฉินไม่เกิน 2 ครั้ง (ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

6) พัฒนาให้ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

7) เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการเพื่อให้บริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

8) การเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิให้ใกล้บ้านใกล้ใจ

9) การพัฒนาระบบจัดการให้ประชาชนเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพราคาแพง (Pharmaceutical Benefit Scheme: บัญชี จ.2)

10) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อคนพิการทุกประเภท

11) พัฒนาระบบบริการและสิทธิประโยชน์ครบวงจรสำหรับโรคเรื้อรังเฉพาะโรค

### 3.2 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ทิวสน์ เหลืองสมบูรณ์(2550) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ถือได้ว่า

เป็นระบบประกันสุขภาพอย่างหนึ่งที่ทำให้สวัสดิการ และความคุ้มครองที่กว้างขวางที่สุดเมื่อเทียบกับระบบประกันสุขภาพอื่นๆ กล่าวคือ ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่ระบุโรคที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครอง อีกทั้งให้สวัสดิการครอบคลุมไปถึงบิดามารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะของข้าราชการและข้าราชการบำนาญอีกด้วยปัจจุบัน ในประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลักๆ ทั้งหมด 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแต่ละระบบจะมีประชากรเป้าหมายที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 8.5 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลของกรมบัญชีกลางพบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปีงบประมาณ 2549 เท่ากับ 8,546 บาท ซึ่งสูงกว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเท่ากับ 1,659 บาทในปีงบประมาณเดียวกัน สัดส่วนของกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีจำนวนถึงกว่าร้อยละ 45 ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ต้องการค่ารักษายาบาลที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

การไม่จำกัดการรักษายาบาลขั้นต้นที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทำให้ข้าราชการส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นผู้อยู่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนและเมืองเล็กที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งมีต้นทุนในการรักษายาบาลสูงกว่าสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทั้งๆที่โรคนั้นสามารถเข้ารับการรักษาได้ที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ

ปัจจุบันรัฐบาลได้มีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยใช้เทคนิคกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related groups หรือ DRGS) มาคำนวณการจ่ายค่ารักษายาบาล ในส่วนของคนไข้ใน อย่างไรก็ตามระบบ DRGS ไม่ครอบคลุมถึงค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก อีกทั้งสถานพยาบาลมีแนวโน้มที่จะสลับการรักษาพยาบาลจากผู้ป่วยใน เป็นผู้ป่วยนอก เพื่อหลีกเลี่ยงการควบคุมจากระบบ DRGS โดยสัดส่วนของค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มจากร้อยละ 42 ในปีงบประมาณ 2544 เป็นร้อยละ 59 ในปีงบประมาณ 2549

#### 4.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

สำนักสถิติแห่งชาติ (2550) ผลสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่า จำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีจำนวนทั้งหมด 7.02 ล้านคน หรือร้อยละ 10.7 ของประเทศทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุชาย 9.7 ล้านคน ร้อยละ 44.6 และผู้สูงอายุหญิง 11.6 ล้านคน ร้อยละ 55.4 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 58.8 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 31.7 เป็น และเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 9.5 ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 เป็นผู้ที่มีสมรรถ โดยร้อยละ 60.1 ของผู้สูงอายุที่มีสมรรถเป็นผู้ที่มีคู่สมรส อยู่ด้วยกันในครัวเรือน เพียงร้อยละ 2.4 ที่ไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน มีผู้สูงอายุที่เป็นม่าย หย่า แยกกัน อยู่ ร้อยละ 34.8 และเป็นโสดร้อยละ 2.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.9 จบระดับประถมศึกษา รองลงมาคือต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 21.6 เพียงร้อยละ 9.5 จบสูงกว่าประถมศึกษา ประมาณ 3 ใน 4 ร้อยละ 76.1 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 23.9 เป็นผู้ที่ไม่สามารถอ่านและ เขียนหนังสือได้หรืออาจกล่าวว่าเป็นผู้ไม่รู้หนังสือ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มมากขึ้น ก่อน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.9 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 32.2 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.7 ในปี 2550 งานส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุทำเป็นงานในภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 57.6 ทำงานในนอก ภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 42.4 สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 3.6 ปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 ล่าสุดปี 2550 มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังร้อยละ 7.7 ไม่ได้อยู่คนเดียวในครัวเรือนร้อยละ 92.3 ร้อยละ 56.7 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีปัญหาที่เหลือร้อยละ 43.3 มี ปัญหา ร้อยละของปัญหาที่พบมากที่สุดคือรู้สึกเหงาคิดเป็นร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 ต้องเลี้ยงชีพด้วยตนเองมีปัญหาทางการเงิน ไม่มีคนช่วย ทำงานบ้าน และอื่นๆ ร้อยละ 15.7 ร้อยละ 5.2 และ ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2550) ศึกษาสถานการณ์การ บริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11,000 คน จาก 10 จังหวัดของ ประเทศไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 6,905 คน ร้อยละ 64.6 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 5,342 คน ร้อยละ 50.0 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด จำนวน 10,475 ร้อยละ 98.0 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.4 และส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ใน ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.6 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 34.9 รองลงมามีรายได้ 1,000-3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 23.3 และมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน ร้อยละ 14.1 ตามลำดับ มีความเพียงพอของ รายได้ประจำเดือน ร้อยละ 59.06 และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 73.13

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549) สำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ผู้สูงอายุ ที่สำรวจได้ทั้งสิ้น 9,461 คน เป็นชายร้อยละ 37.3 หญิงร้อยละ 62.7 อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองร้อยละ 41.4 นอกชุมชนเมืองร้อยละ 58.6 ทั้งในชุมชนเมืองและนอกชุมชนเมืองมี ผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชายในทุกกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองไม่ได้เรียนและไม่จบประถมศึกษา ศึกษาตอนต้นมากกว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ร้อยละ 62.2 ผู้สูงอายุหญิงไม่ได้เรียนสูงกว่าผู้สูงอายุ ชาย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังคงอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 57.3 ขณะที่ หม้าย/หย่า/แยก/โสดผู้สูงอายุหญิงสูง

กว่าผู้สูงอายุชายถึงร้อยละ 35.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 94.5 โดยพบว่าอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 53.5 รองลงมาอาศัยกับบุตรสาว ร้อยละ 51.3 ผู้สูงอายุร้อยละ 60.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-69 ปี ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 51.3 สัดส่วนการประกอบอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองประกอบอาชีพร้อยละ 41.3 ส่วนผู้สูงอายุในชุมชนเมืองประกอบอาชีพร้อยละ 38.7 รายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับต่อเดือน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 38.3 มีรายได้ 1,001-5,000 บาท ผู้สูงอายุชายมีรายได้เฉลี่ยมากกว่าผู้สูงอายุหญิง (ผู้สูงอายุชายเท่ากับ 3,672.3 บาท ; ผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ 2,688.4 บาท)

กรมการแพทย์ (2551) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างด้านความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพคือ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 3 ระดับคือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.2 มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี มากที่สุด คือร้อยละ 30.5 รองลงมาคืออายุ 65-69 ปี ร้อยละ 25.0 อายุ 70-74 ปี ร้อยละ 22.30 อายุ 75-79 ปี ร้อยละ 12.5 และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 9.6

รายได้ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 60.5 แหล่งของรายได้ส่วนใหญ่มาจากหลายช่องทาง ได้แก่ บุตรหลานให้ พบมากที่สุด ร้อยละ 60.2 สอดคล้องกันในโรงพยาบาล ทั้ง 3 ระดับ รองลงมาคือ รับจ้าง ทำการเกษตร ค่าขาย และเงินบำนาญ ร้อยละ 15.3, 15.0, 13.7 และ 12.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศูนย์ มีรายได้จากเงินบำนาญมากเป็นอันดับ 2 ร้อยละ 16.9 กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีรายได้จากการทำเกษตร มากเป็นอันดับ 2 ร้อยละ 23.8 และ 16.3 ตามลำดับ

พุทธิญา โอชารส และคณะ (2551) ศึกษาสถานการณ์บริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยปี พ.ศ. 2550 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเปราะบางส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.3 เพศชายร้อยละ 30.4 มีสถานภาพหม้ายมากที่สุด ร้อยละ 53.0 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 37.2 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 94.7 มีระดับการศึกษา จบระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 71.1 มีรายได้ที่ต่ำกว่าเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 44.8 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 27.5 และผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 81.5 ผู้สูงอายุเปราะบางได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว ร้อยละ 53.8 แต่มีผู้สูงอายุไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 45.4 ผู้สูงอายุเปราะบางส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุเปราะบางไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเองได้

สุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์ (2547) ศึกษาปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 67.8 เพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย 1:1.3 อายุเฉลี่ย 69.9 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 69.3 รองลงมาคืออิสลาม ร้อยละ 30.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.5 รองลงไปได้แก่ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 35.5 จำนวนบุตรเฉลี่ย 4 คน อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 76 และคู่สมรส ร้อยละ 43.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.4 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพเอง ร้อยละ 57 แหล่งรายได้สำคัญที่สุดอันดับแรกได้จากบุตรหลาน ร้อยละ 46.1 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีรายได้เป็นประจำ ร้อยละ 55.2 และมีรายได้เป็นครั้งเป็นคราว ร้อยละ 44.8 ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจรายได้พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 69.1

#### 4.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

วินัย สวัสดิ์วร (2551) เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่าจากการประชุมได้มีการนำเสนอผลการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2551 พบว่า ปัจจุบันประชาชนไทยกว่าร้อยละ 99.16 หรือเกือบทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมเรื่องการดูแลสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกันและรักษาโรคในส่วนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่รู้จักกันว่าบัตรทองนั้น ในปีงบประมาณ 2551 พบว่า แนวโน้มการใช้บริการของผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเป็น 128.73 ล้านครั้ง เฉลี่ยใช้บริการ 2.75 ครั้ง/คน/ปี ขณะที่ผู้ป่วยในมีการใช้บริการ 4.95 ล้านครั้ง เฉลี่ยใช้บริการ 0.11 ครั้ง/คน/ปี มีปริมาณการให้บริการผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีมีจำนวน 204,842 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมีถึง 8,063 ราย ขณะที่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดสมอง 4,131 ราย การและผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วย 36,439 ราย ซึ่งสะท้อนถึงความครอบคลุมเรื่องการรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูงในระบบหลักประกันสุขภาพที่ทำให้ผู้ถือบัตรทองได้เข้าถึงบริการ

“ผลลัพธ์ ด้านสุขภาพของประชาชนไทย คือ อัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน อัตราตายของทารกต่อการเกิดมีชีพพันคน และอัตราเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตายต่อการเกิดมีชีพพันคน มีแนวโน้มลดลง ทารกแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และภาวะขาดอากาศในเด็กแรกเกิดมีแนวโน้มลดลง และสัดส่วนของผู้ป่วยไส้ติ่งแตกต่อผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ มีแนวโน้มลดลง ซึ่งสะท้อนว่าได้รับการรักษาทันเวลาที่ก่อนที่อาการจะแยลงจนกลายเป็นไส้ติ่งแตก ซึ่งจะมีอันตรายมากกว่าไส้ติ่งอักเสบ ทั้งนี้ การลดลงของตัวเลขดังกล่าวนี้ แสดงถึงประชาชนไทยเข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลสะดวกยิ่งขึ้น และการที่รัฐดูแลเรื่องหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน ส่งผลให้สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้หรือรายจ่ายของครัวเรือนลดลง จากเดิมที่สัดส่วน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพุ่งสูงถึงร้อยละ 50 ในปีพ.ศ. 2529 ลดลงมาเหลือน้อยกว่าต่ำกว่าร้อยละ 10 ในปีพ.ศ. 2550 ซึ่งทำให้คนไทยไม่ต้องล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลหรือขายทรัพย์สินเพื่อมารักษาพยาบาลอีกต่อไป”

สำนักสถิติแห่งชาติ (2550) จากการให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป โดยรวมของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ร้อยละ 43.0 ของผู้สูงอายุประเมินว่าตนเอง มีสุขภาพดี ร้อยละ 28.9 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลางร้อยละ 21.5 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมากๆ มีเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาสุขภาพ คือการมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับภาวะเครียดเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดในสมองตีบ พบว่าร้อยละ 53.7 ของผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน 1 ใน 4 (ร้อยละ 25.4) ของผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจนเมื่อใส่แว่นหรือเลนส์ตา ร้อยละ 20.5 มองเห็นไม่ชัดเจน และร้อยละ 0.4 มองไม่เห็นเลย (ตาบอด)

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2550) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ที่มีแพทย์ขณะเจ็บป่วยมากที่สุด ร้อยละ 84.82 ความบ่อยในการไปรับบริการใน 1 ปี มากที่สุด คือ จำนวน 1-10 ครั้งต่อปี ร้อยละ 72.2 รองลงมาซื้อยากินเอง/รักษาตัวเอง ร้อยละ 8.8 ความบ่อยในการซื้อยากินเองใน 1 ปีคือ จำนวน 1-5 ครั้งต่อปี ร้อยละ 5.3 และไปสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ ร้อยละ 4.9 ความบ่อยในการไปรับบริการใน 1 ปี คือ จำนวน 1-10 ครั้งต่อปี ร้อยละ 5.3 ตามลำดับ

โรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังไปรับบริการส่วนใหญ่ไม่มีช่องทางด่วน สำหรับผู้สูงอายุร้อยละ 52.49 มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายुर้อยละ 27.3 และผู้สูงอายุไม่ทราบว่ามีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายुर้อยละ 20.2 ทีมบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมและให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่บ้านในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าไม่เคยมีทีมเข้ามาเยี่ยมมากที่สุดร้อยละ 72.23

ระดับความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่อยู่ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การรับการดูแลรักษาได้ตรงกับปัญหาการเจ็บป่วย รองลงมาคือการดูแลรักษาตามสิทธิผู้ป่วยที่พึงได้รับ การดูแลรักษาตามสิทธิการรักษาที่พึงได้รับ สถานบริการทางการแพทย์ที่ไปใช้บริการ สามารถตอบสนองในการดูแลรักษา และรู้สึกพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 60.6, 59.6, 59.4, 57.8, 57.5 ตามลำดับ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549) ในรอบ 6 เดือน ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพแต่ไม่เคยเข้ารับการรักษาโดยนอนในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 80 ผู้สูงอายุไปใช้บริการใน

สถานพยาบาลที่มีแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 75.5 สถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ ร้อยละ 11.5 และซื้อยา  
กินเอง ร้อยละ 3.9 ผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองไปใช้บริการสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์มากที่สุด ร้อย  
ละ 14.3 ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองใช้บริการสถานพยาบาลที่มีแพทย์และซื้อยามากินเองมากที่สุด ร้อย  
ละ 80.6 และร้อยละ 4.4 ตามลำดับผู้สูงอายุใช้จ่ายตามแพทย์สั่งมากที่สุด ร้อยละ 52.6 ซื้อยากินเอง  
ร้อยละ 7.8 ยาแผนโบราณร้อยละ 4.4 และใช้อื่นๆ ร้อยละ 1.4

กรมการแพทย์ (2551) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.0 มีโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว  
สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ และ  
โรงพยาบาลทั่วไป มากกว่าไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งแตกต่างกันอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ P-value น้อยกว่า .001 และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีการตรวจรักษา  
อย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 85

โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 2 ลำดับแรก ของกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั้ง 3  
ระดับ คือโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ยร้อยละ 45.5 และโรคเบาหวานร้อยละ 26.4 โดยโรงพยาบาล  
ศูนย์จะมีกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างจาก  
โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value.001  
และ P-value น้อยกว่า .001ตามลำดับ โรคข้อเข่าเสื่อม พบมากเป็นลำดับ 3 ในกลุ่มตัวอย่าง  
ที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้  
บริการที่โรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value.013 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่ม  
ตัวอย่างที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาล  
ชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value น้อยกว่า  
.001 ส่วนโรคหอบหืด อัมพฤกษ์ และอัมพาต ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

เหตุผลหลักของกลุ่มตัวอย่างในการเลือกสถานพยาบาลที่ไปตรวจรักษาโรค  
ส่วนใหญ่เลือกเพราะอยู่ใกล้บ้าน ร้อยละ 77.3 เดินทางสะดวก ร้อยละ 66.9 พึงพอใจในการบริการ  
ร้อยละ 43.3 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลศูนย์ และ  
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่าโรงพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ร้อยละ  
82.5 ของกลุ่มตัวอย่างตอบว่าดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.5 ต้องพึ่งพาและมีผู้ดูแลเป็นบางครั้ง และมี  
เพียงร้อยละ 2.9 ต้องพึ่งพาและมีผู้ดูแลตลอดเวลา ทั้งนี้มีสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้งโรงพยาบาลศูนย์  
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

พุดิญา โอธารส และคณะ(2551) เพศ สถานภาพของผู้สูงอายุเปราะบาง การ  
รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุเปราะบาง การได้รับการตรวจสุขภาพ

ประจำปี ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และการมีบัตรทอง/บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อบริการทางสุขภาพโดยรวม

สุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์ (2545) ศึกษาปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ตการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายที่สำคัญของโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพอาจเกิดขึ้นได้จากทั้งปัจจัยด้านการเงิน และมิใช่การเงิน ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นและยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในวิถีชีวิต จึงเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดภูเก็ตจำนวน 366 คน เลือกร้อยละ 10 ในวิธีวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน และสถิติวิเคราะห์เส้นทาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุ และจำนวนประเภทของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ทั้งหมดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยด้านความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ และจำนวนประเภทของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถอธิบายการเข้าถึง บริการสุขภาพได้ร้อยละ 83.3 การวิเคราะห์เส้นทาง พบว่า รูปแบบตามสมมติฐานนั้นไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รูปแบบที่มีสอดคล้องนั้นต้องเพิ่มเส้นทางอีก 2 เส้นทาง ได้แก่ เส้นทางการรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพมีอิทธิพลร่วมกับทางความพึงพอใจใน การใช้บริการไปสู่การเข้าถึงบริการคุณภาพ และเส้นทางการรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพมีอิทธิพลร่วมกับจำนวนประเภทการ ใช้บริการของผู้สูงอายุไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพเส้นทางที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ ส่วนเส้นทางที่มีอิทธิพลทางอ้อมสูงสุด ได้แก่ เส้นทางที่ปัจจัยด้านความพอเพียงของบริการมีอิทธิพลร่วมกับความพึงพอใจต่อ การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงควรจัดบริการโดยคำนึงถึงความพึงพอใจ มีความพอเพียงและมีประเภทของบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

เล็ก สมบัติ (2549) ศึกษาภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน การศึกษาถึงปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยภายในซึ่งหมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ มีระดับสัมพันธภาพในระดับที่ดี โดยเฉพาะในด้านการให้ความเคารพเชื่อฟังมีเหตุผลและการเอาใจใส่ให้ความรัก ส่วนปัจจัยภายนอกในการดูแลผู้สูงอายุ นั้น โดย



ภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี มีระดับการได้รับบริการและไม่ได้รับบริการในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน บริการจากเครือข่ายความช่วยเหลือจากภายนอกที่ครอบครัวและผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด คือ บริการด้านสุขภาพ ส่วนบริการที่ได้รับน้อยที่สุด คือ บริการด้านสังคม ได้แก่ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมเยียนโดยอาสาสมัครและการสงเคราะห์ด้านต่าง ๆ

สุกัญญา ประจุศิลป์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2548) ศึกษากระบวนการให้บริการ สุขภาพด้านการให้บริการ การรับบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร และเสนอประเด็นสำหรับการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ของประชากรชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร การวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ( In-depth interview) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบนโยบายสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของ ประชากรชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการที่สนใจปัญหาสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ รวมถึงผู้ให้บริการ ผู้ปฏิบัติงานระดับหัวหน้าหน่วยงานในองค์กรสุขภาพ ผู้แทนชุมชนและประชาชนผู้ใช้บริการ ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่เห็นว่าที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีการคมนาคมสะดวกสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย แต่ยังมีกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ หรือยังมีประชาชนกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยข้อจำกัด ด้านสภาพร่างกาย ลักษณะงานที่ทำ หรือการอพยพย้ายถิ่น เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนงานก่อสร้าง กลุ่มด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มแรงงานต่างด้าว

สุปราณี เชยชม (2544) ศึกษาลักษณะการเจ็บป่วยและการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลของโครงการกาญจนบุรี รอบ 2 พ.ศ. 2544 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรตามคือ วิธีการรักษาพยาบาล ส่วนตัวแปรอิสระประกอบด้วย เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว โครงสร้างครัวเรือน การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคล เขตที่อยู่อาศัย เขตที่ตั้งของครัวเรือน ลักษณะการเจ็บป่วย กลุ่มโรค กลุ่มอาการ และอุบัติเหตุ ในการวิเคราะห์ใช้ค่าร้อยละ และ ค่า Chi-Squares จากตารางไขว้และใช้สถิติ Multinomial Logistic Regression ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับลักษณะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เกิดจากกลุ่มโรค กลุ่มอาการและอุบัติเหตุ นอกจากนี้เหตุผลหลักและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจก็มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุด้วย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลโดยรวม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.10 คือ เพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ลักษณะการเจ็บป่วยที่เกิดจากกลุ่มโรค กลุ่มอาการและอุบัติเหตุ จากข้อค้นพบที่ได้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเลือกไป

รักษาที่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน/คลินิกมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาเลือกซื้อยากินเองเพราะความเชื่อส่วนบุคคลมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ส่วนผู้สูงอายุตอนปลาย (70 ปีขึ้นไป) มีโอกาเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐและสถานอนามัยมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) และจะมีลูกหลานร่วมในการตัดสินใจมากกว่าด้วย ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทและเขตเทศบาลมีโอกาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐใกล้เคียงกัน เพราะสามารถใช้สิทธิหรือบัตรประกันสุขภาพได้ สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเนื่องจากกลุ่มโรค 5 อันดับแรก พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เป็นไข้หวัดมีโอกาเลือกซื้อยากินเองเพราะความเชื่อส่วนบุคคล และความสะดวก/ใกล้บ้าน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันเลือด และโรคกระเพาะ/ลำไส้อักเสบ มีโอกาเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐสูงมากเพราะสามารถใช้สิทธิหรือบัตรประกันสุขภาพได้ สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเนื่องจากกลุ่มอาการ มีโอกาเลือกซื้อยากินเองเพราะความเชื่อส่วนบุคคลและความความสะดวก/ใกล้บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุมีโอกาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐสูงมากเช่นกันเพราะอาการหนัก/รักษาที่เดิมไม่หาย

ประเวศ วะสี (2551) “...เรื่องของผู้สูงอายุ เป็นโรคเรื้อรังต่างๆ มา โรงพยาบาลลำบาก ยิ่งจน ยิ่งไกล ยิ่งป่วย ยิ่งลำบาก นึก ภาพคนแก่ เป็นอัมพาตต้องสวนสายปัสสาวะไว้ บ้านก็อยู่ไกลที่ห้องนา ต้องเปลี่ยนสายสวน จะขึ้นรถอะไรมา เอาตั้งค์่ารถที่ไหนมา ลำบากไปหมด เพราะตัวระบบบริการของเราที่เป็นระบบหัวโต แต่ว่าเมื่อมีพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน ไปเปลี่ยนให้ถึงบ้าน มันเปลี่ยนนรกเป็นสวรรค์ทันที ขณะนี้มีรูปแบบที่ทำมากขึ้นเรื่อยๆ คนแก่อยู่ที่บ้านมีพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน โรงพยาบาลบ้านแพ้วที่สมุทรสาครนี่ก็ทำ มีคนแก่อยู่ที่บ้านประมาณร้อยคน ป่วยเรื้อรัง มีพยาบาลไปเยี่ยมบ้านทุกอาทิตย์ ...”

นพดล สหชัยเสรี และ ยงชนิษฐ์ พิมลเสถียร (2545) ศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการวางแผนระบบบริการสาธารณสุขด่านแรกในเขตกรุงเทพมหานคร สรุปอนุมาณพฤติกรรมในการตัดสินใจในการเลือกสถานพยาบาลภายใต้ข้อจำกัดของการเก็บข้อมูล บางประการดังนี้ ด้านลำดับศักดิ์ของโรงพยาบาล คุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย ลักษณะการป่วย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกเดินทางไปยังสถานพยาบาล ในที่สุด กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยและข้าราชการที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลมักไม่มีทางเลือกและจำเป็นต้องเดินทางไกลกว่าเพื่อไปทำการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนผู้มีรายได้น้อยมักเลือกความสะดวกและเดินทางสั้นกว่าเพื่อรักษาในสถานพยาบาลเอกชนในท้องถิ่น กลุ่มอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดความพึงพาก็มีส่วนกำหนดระยะเวลาการเดินทางเพื่อพบแพทย์ กลุ่มผู้มีอายุน้อย (0-19ปี) มักเดินทางใกล้

กลุ่มผู้ไม่พึงพา (20-60ปี) เดินทางระยะปานกลาง และกลุ่มผู้สูงอายุมักเดินทางไกลที่สุดอาจด้วยสาเหตุจากโรคเรื้อรังและความคุ้นเคยต่อแพทย์ ด้านลักษณะการป่วย ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มักเดินทางไกลกว่าเนื่องจากอาการเจ็บป่วยไม่เรงคว่นและมีแพทย์ประจำตัว ส่วนผู้ที่เป็นโรคฉับพลันมักเลือกเดินทางไกลที่สุดเพื่อให้ถึงแพทย์ด้วยระยะเวลาที่สั้นที่สุด ผู้ที่ป่วยจากอุบัติเหตุมักถ่วงดุลระหว่างความเรงคว่นและความเชี่ยวชาญจึงยอมเดินทางไกลกว่าผู้ป่วยฉับพลันเล็กน้อย

สมพร ใจสมุทร (2547) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาดกระบังพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร เลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 405 คน การเข้าถึงการบริการสุขภาพ ความสามารถในการช่วยตนเองและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ( $p < 0.05$ )

สุวิณี วิวัฒน์วานิช และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2547) ศึกษาผลกระทบของการย้ายถิ่นของบุตรในวัยแรงงานต่อภาวะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุไทยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาต่อเนื่องโดยแบ่งการศึกษาออกเป็นสองระยะ ในระยะแรกเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ดำเนินการในปี ๒๕๔๗ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับมารดาที่เป็นผู้สูงอายุที่มีบุตรย้ายถิ่นออกจำนวน 27 รายในพื้นที่ชนบทจังหวัดกาญจนบุรี และ สุรินทร์ ซึ่งได้ข้อค้นพบที่สำคัญว่า การย้ายถิ่นออกของบุตรส่งผลทั้ง ทางบวกและลบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการย้ายถิ่นออกของบุตรจะไม่เป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิตและสภาพ ความเป็นอยู่มากนักสำหรับผู้สูงอายุวัยต้นที่ยังแข็งแรง สุขภาพดีช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมี บุตรอาศัยอยู่ด้วย หรืออาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียง ผลทางด้านบวกคือการช่วยเหลือเกื้อหนุนเรื่องเงินและวัตถุสิ่งของ และอื่นๆจากบุตรที่ย้ายถิ่นออกทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เมื่อยามเจ็บป่วยได้รับความช่วยเหลือจากลูก ที่ย้ายถิ่นออก ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การย้ายถิ่นออกของบุตรจะส่งผลกระทบต่อบิดามารดาสูงอายุที่คงอยู่ ฌถิ่นเดิมเพียง ใดย่อมขึ้นอยู่กับประเภทของการช่วยเหลือเกื้อหนุน ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน หรือ วัตถุ สิ่งของ การย้ายถิ่นออกของบุตรอาจให้ผลดีเพราะบุตรย้ายออกไปทำงานมีรายได้และส่งเงินกลับ (Remittance) ให้บิดามารดา

ศรัณญา เบญจกุล (2547) ความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มประชากรวัยผู้สูงอายุในประเทศไทย ช่วงระหว่างเศรษฐกิจฟองสบู่และหลังวิกฤติเศรษฐกิจ : ทางเลือกเชิงนโยบาย

1.การวิจัยครั้งนี้มุ่งวัดขนาดความไม่เป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพสำหรับ

ประชากรไทยวัยสูงอายุ ณ 3 ช่วงเวลาของสถานการณ์เศรษฐกิจที่สำคัญในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ เศรษฐกิจฟองสบู่ ก่อนและหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ประเมินความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ ความไม่เป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก-ใน และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมดังกล่าว ด้วยดัชนีวัดการกระจายอย่างหยาบและปรับมาตรฐานทางอ้อม การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายและทฤษฎีความยุติธรรมของจอห์น รอลล์ นำมามีส่วนร่วมตัดสินใจผลการศึกษาความไม่เป็นธรรมเชิงปริมาณ

## 2.ผลการวิจัยสรุปว่า

1) ประชากรไทยวัยสูงอายุที่มีฐานะต่างกัน มีความแตกต่างของการเจ็บป่วยเรื้อรังลดลง แต่สัดส่วนการเจ็บป่วยในครัวเรือนยากจนยังคงสูงกว่าในครัวเรือนที่มีฐานะดีกว่า และยังพบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังระหว่างผู้สูงอายุที่มีฐานะต่างกันมีความแตกต่างกันน้อยมาก(น้อย) ที่สุดในช่วงก่อน(หลัง) วิกฤติเศรษฐกิจ

2) เมื่อมีความจำเป็นทางสุขภาพไม่ต่างกัน พบปรากฏการณ์ความไม่เป็นธรรมแนวราบของการใช้บริการสุขภาพดังนี้ ผู้สูงอายุในครัวเรือนยากจนมุ่งใช้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและใน ณ สถานบริการสุขภาพระดับต้น ในขณะที่ผู้ซึ่งอาศัยในครัวเรือนฐานะดีมุ่งใช้บริการสุขภาพ ณ สถานบริการระดับสูงกว่า ปรากฏการณ์นี้สังเกตได้ชัดเจนยิ่งขึ้นในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังพบว่าสวัสดิการรักษามีอาจบรรเทาความไม่เป็นธรรมได้เมื่อเปรียบเทียบกับบริการกระจายสถานบริการไปยังพื้นที่ใกล้เคียงแหล่งที่อยู่อาศัย

3) ทฤษฎีความไม่ยุติธรรมใช้ตัดสินความไม่เป็นธรรมได้สอดคล้องกับวิธีเชิงปริมาณ ในขณะที่ทัศนะของผู้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายกลับไม่มีความชัดเจน

4) การให้เงินสนับสนุนครัวเรือนยากจนที่สุด สามารถปรับลดปรากฏความไม่เป็นธรรมดังกล่าวได้

นงนวล พูลเกษตร (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยนำ PRECEDE Framework มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชรแบบหลายขั้นตอน จำนวน 420 คน ผลการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่(ร้อยละ 81) ของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพอใช้ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์การจำแนกหมู่ พบว่าตัวแปรดังกล่าว

สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ประมาณร้อยละ 25.8 การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข อายุ และความพึงพอใจในบริการสุขภาพ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชรตามลำดับ

วิชชุดา อินทรมานวงศ์ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม คือ อายุ การศึกษารายได้ เขตชนบท สุขนิสัย การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การรับประทานอาหาร การเปรียบเทียบสุขภาพกับคนวัยเดียวกัน ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาย ได้แก่ อายุ การศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และในผู้สูงอายุผู้หญิง พบว่ามีปัจจัย เพิ่มขึ้นมา คือรายได้ เขตชนบท สุขนิสัย และการเปรียบเทียบสุขภาพตนเอง แต่การสูบบุหรี่ไม่พบความสัมพันธ์ในเพศหญิง สำหรับในกลุ่มคนอายุที่แตกต่างกันพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย(60-69 ปี) คือ การศึกษา รายได้ เขตชนบท สุขนิสัย การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และการเปรียบเทียบสุขภาพกับคนวัยเดียวกัน เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีอายุปานกลาง(70-79 ปี) พบปัจจัยที่คล้ายกัน โดยมีปัจจัยด้านการทำงาน และการรับประทานอาหารที่เพิ่มเข้ามา แต่ไม่พบปัจจัยด้านการศึกษา และการเปรียบเทียบสุขภาพ ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก(80 ปีขึ้นไป) พบเพียง รายได้ การทำงาน การออกกำลังกาย และสุขนิสัยเท่านั้นที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

#### 4.3 ปัจจัยด้านครอบครัว

สมาชิกครอบครัว การดูแลเมื่อเจ็บป่วย

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2550) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของร่างกาย และภาวะโรคเรื้อรังซึ่งนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการพึ่งพิง ผู้สูงอายุร้อยละ 80 มีโรคเรื้อรังประจำตัว ร้อยละ 5 มีภาวะพึ่งพิงกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ร้อยละ 10 มีภาวะพึ่งพิงด้านงานบ้าน ร้อยละ 0.8 และ 0.2 ต้องใช้ชีวิตบนรถเข็นและนอนติดเตียงตามลำดับ ร้อยละ 35 ต้องการและมีผู้ดูแล และร้อยละ 6 ต้องการแต่ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว

สมาคมพฤฒิวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย (2550) ปัจจุบันโรคเรื้อรังได้มาแทนที่โรคเฉียบพลันและกลายเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้รักษาไม่หาย มีความพิการหลงเหลือ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิง ด้วยประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี 2503 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทย ต้องพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการพยากรณ์ว่า ปี พ.ศ. 2553, 2563 และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเป็น 499,837 คน ,741,766 คน และ 1,103,754 คนตามลำดับ

ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลานมากที่สุดนั้นเป็นปัญหาที่ส่งผล

กระทบต่อสถาบันครอบครัวและเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากอิทธิพลของกระแสโลกาภิวัตน์และภาวะความทันสมัยที่เน้นปัจเจกบุคคลและค่านิยมในการบริโภคและวัตถุนิยมมากขึ้น ส่งผลให้สังคมผู้สูงอายุในชนบทที่เคยมีบทบาทในการถ่ายทอดคุณธรรมและวัฒนธรรมให้แก่ลูกหลาน และเป็นวัยที่ควรจะได้รับดูแล เอาใจใส่จากลูกหลาน จะถูกปรับเปลี่ยนบทบาทและรับภาระมากขึ้น ในการทำหน้าที่แทนพ่อและแม่เด็ก โดยจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูเด็กทั้งในทางกายภาพและจิตใจ ซึ่งภาระดังกล่าวส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2550) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 50.3 รองลงมาอาศัยอยู่กับลูกสาว ร้อยละ 48.1 ส่วนใหญ่ผู้ที่คอยดูแลผู้สูงอายุขณะเจ็บป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 60.6 รองลงมาเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 28.3

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวน 8,940 คน คิดเป็นร้อยละ 94.5 โดยอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสมากที่สุด จำนวน 4,787 คน คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาอาศัยอยู่กับบุตรสาวจำนวน 4,588 คน คิดเป็นร้อยละ 51.3 และอาศัยอยู่กับหลาน จำนวน 4,340 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5 นอกจากนี้ยังอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรชาย บุตรเขยและบุตรสะใภ้ตามลำดับ แสดงให้เห็นได้ว่าสังคมไทยยังคงเป็นสังคมขยาย มีการอยู่ร่วมกันของคนหลายช่วงอายุ เป็นเครือญาติ ประกอบด้วย บุตรสาวบุตรชาย บุตรเขย/บุตรสะใภ้ และหลาน เมื่อเกิดปัญหาการเจ็บป่วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตรสาว ร้อยละ 59.1 คู่สมรส ร้อยละ 40.2 บุตรชาย ร้อยละ 36.8 และได้รับการดูแลจากบุตรสะใภ้หรือบุตรเขย ร้อยละ 16.3 และร้อยละ 15 ตามลำดับ พบว่าร้อยละ 12 คนดูแลเป็นบุคคลในชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก/เพื่อน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2550) สมาชิกในครอบครัว ขาดการเตรียมความพร้อมเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ที่แต่ละครอบครัวได้ถือปฏิบัติสืบทอดกันมา โดยบุตรหลานหรือญาติเป็นผู้ทำหน้าที่นี้ ปัจจุบันครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนน้อย อาจมีผู้ดูแลรับจ้างมาทำหน้าที่แทน ข้อมูลจากการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.4 มีสถานภาพเป็นบุตรสาว ร้อยละ 20.1 เป็นบุตรชาย และร้อยละ 10.1 เป็นคู่สมรส นอกนั้นเป็นญาติและสมาชิกอื่นในครอบครัว การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลร้อยละ 46.2 ให้เหตุผลว่าเป็นการทำหน้าที่ทางสังคมในฐานะบุตร เป็นค่านิยมและวัฒนธรรมที่ต้องดูแลบิดามารดา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร , 2548) ดังนั้นจะเห็นว่าการดูแลเป็นความผูกพันในครอบครัว เป็นความเคยชินที่ปฏิบัติต่อกันมาในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป สมาชิกในครอบครัวจึงไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่บทบาทการเป็นญาติผู้ดูแล การขาดแคลนบริการในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงประเด็นด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ซึ่งผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงนี้มีแนวโน้มที่

จะเพิ่มขึ้น คนยิ่งมีอายุมากขึ้น สุขภาพก็ยังมีโอกาสเสื่อมลง โอกาสที่ผู้สูงอายุวัยปลายจะเจ็บไข้ได้ป่วย หรืออยู่ในสภาพช่วยเหลือตัวเองได้น้อยก็ย่อมมีมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้สูงอายุวัยปลายหรือที่มีอายุเกินกว่า 80 ปีอยู่ประมาณ .75 ล้านคน ประชากรสูงอายุกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัว เป็น 1.3 ล้านคน หรือเท่ากับว่าเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ ต่อปี และหากพิจารณาสถิติผู้สูงอายุทุพพลภาพที่คาดว่าจะมีเพิ่มขึ้นแล้ว จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียงต้องเพิ่มขึ้นแน่นอน ซึ่งนับว่าในอนาคตความจำเป็นในการมีบริการในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้มีเพิ่มขึ้น

ปัญหาระยะสั้นที่จะตามมาคือ การที่ปัจจุบันผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 10.0 เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มนี้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จนถึง 80 ปีเศษ โดยกลุ่มมีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 1.9 อายุระหว่าง 75-79 ปี ร้อยละ 6.5 อายุ 70-74 ปี ร้อยละ 12.7 ซึ่งนับว่าเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุมาก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) และเมื่อพิจารณาถึงเครือข่ายความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ หากสมาชิกครอบครัวเป็นกลุ่มที่ขาดเครือข่ายความช่วยเหลือแล้ว คาดว่าจะมีปัญหาทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคู่สมรส และดูแลตนเอง ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการเข้าไปรองรับปัญหาเหล่านี้

เล็ก สมบัติ (2549) ศึกษา ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน ความรู้สึกเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อการดูแลของครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีคู่สมรสและช่วยตนเองได้จะมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากคู่สมรสและตนเองก็สามารถดูแลตนเองได้ ส่วนกรณีที่มีคู่สมรสเสียชีวิต หรือไม่ได้สมรส ก็มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากหลานหรือพี่น้องหรือญาติที่อยู่ใกล้เคียงกัน และกลุ่มที่บุตรหลายไปอยู่ห่างไกล ก็มั่นใจว่าบุตรหลานจะต้องกลับมาดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อยามมีอายุมากขึ้น ทำงานไม่ได้หรือช่วยตนเองไม่ได้แล้ว

#### 4.4 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

รายได้ ความพอเพียงของรายได้

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ก. 2551) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานนอกระบบและมีรายได้ต่ำ ในปี 2549 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ทำงานประมาณ 2.4 ล้านคน ในจำนวนนี้เกือบร้อยละ 90 ทำงานนอกระบบเช่น ประกอบธุรกิจส่วนตัว ทำการเกษตร และช่วยงานในครัวเรือน มีรายได้เฉลี่ย 1,830 - 2,503 บาทต่อเดือน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ขณะเดียวกันยังมีผู้ที่มีฐานะยากจน ไม่มีผู้ดูแล หรืออยู่ในครอบครัวยากจน จำนวน 232,961 คน คิดเป็นร้อยละ 43 ของผู้ประสบปัญหา (ด้อยโอกาส) ทางสังคมทั้งหมด ซึ่งผู้สูงอายุที่ยากจนและไร้ที่พึ่งจะเป็นกลุ่มที่เป็นภาระที่รัฐต้องจัดสวัสดิการและระบบดูแลคุ้มครองที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอีก 20 ปีข้างหน้า จึงต้องเตรียมความพร้อมด้านการออม การดูแลสุขภาพ เพื่อสร้างความมั่นคงของชีวิต และไม่เป็นการต้องงบประมาณของรัฐในอนาคต

ระบบการประกันสังคมและการออมของประชาชนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน สามารถคุ้มครองได้เฉพาะแรงงานในระบบเพียง 12.3 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้มีงานทำทั้งหมด (จำนวน 37 ล้านคน) ขณะที่แรงงานนอกระบบอีก 2 ใน 3 ยังไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบที่มีอยู่เนื่องจากมีรายได้ไม่แน่นอน จึงไม่สามารถออมได้อย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามในปี 2551 กองทุนประกันสังคมได้ขยายการคุ้มครองแรงงานนอกระบบ อาทิ กลุ่มผู้ขับรถรับจ้าง กลุ่มหาบเร่แผงลอย โดยให้ความคุ้มครอง 3 กรณี คือ คลอดบุตร ทูพพลภาพและเสียชีวิต แรงงานกลุ่มนี้ต้องจ่ายเงินสมทบฝ่ายเดียวปีละ 3,360 บาท

การที่ประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงจะส่งผลให้มีกำลังแรงงานใหม่เข้าสู่ตลาดแรงงานน้อยลง ขณะที่กำลังแรงงานต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้เพิ่มขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อการออมในระดับครัวเรือนที่อาจนำไปสู่ระดับการออมของประเทศที่ลดลง และกระทบต่อแหล่งเงินทุนภายในประเทศที่หดตัวลง ซึ่งจะเป็นข้อจำกัดการพัฒนาประเทศ

#### 4.5 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ ลักษณะการเจ็บป่วย การมีโรคประจำตัว ความเสื่อมถอยตามวัย นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2550) ได้กล่าวถึง หลักการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอีกประการหนึ่งคือ การปกป้องสุขภาพด้วยการตรวจหาความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่เริ่มแรก ผู้สูงอายุควรตรวจร่างกายเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 – 2 ครั้ง พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ในจำนวน 10 คนที่ทราบเป็นโรค 4 คนไม่ได้รับการรักษา อีก 3 คนรักษาแต่ควบคุมความดันได้ไม่ดี มีเพียง 3 คนเท่านั้นที่รักษาและควบคุมความดันได้ดี (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ 2549) ผู้ป่วยเบาหวานก็เช่นเดียวกัน จำนวนประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน (Aekplakorn, Cheepudomwit, Stolk, et al., 2003) ผู้สูงอายุบางคนมีความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานว่า เมื่อเป็นแล้วตาจะบอด ถูกตัดขา ดังนั้นจึงเลี้ยงที่จะตรวจเพื่อค้นหาโรค เพราะไม่อยากจะรู้ว่าตนเองจะต้องตาบอด หรือเป็นคนขาขาดในอนาคต ดังปรากฏอยู่เสมอ ๆ ว่ามีผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติจากอาการของโรคเบาหวานโดยไม่ทราบว่าตนเป็นโรคนี้ตั้งแต่เมื่อใด นอกจากนี้ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น คือประมาณ 112 คนต่อประชากร 100,000 คน และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2542 พบว่าในหญิงไทยเป็นอันดับ 1 และในชายไทยเป็นอันดับ 3 (Viriyavejakul, Senararong, & Prayoonwivat, 1998) เมื่อพิจารณาให้ดีจะเห็นว่าโรคเหล่านี้เป็นโรคที่ป้องกันได้ และเมื่อเป็นแล้วก็สามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ด้วย ดังนั้นการจัดระบบบริการให้ดูแลสุขภาพมาตรวจร่างกายประจำปี จึงเป็นความคุ้มค่าที่นำลงทุนเป็นอย่างยิ่ง



การสนับสนุนผู้สูงอายุในสังคมให้เป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และด้านสังคม-สิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีหลาย ขั้นตอนต่อเนื่องกันไป เริ่มตั้งแต่การชะลอความเสื่อม สร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันหรือลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การปกป้องภาวะสุขภาพ ตรวจหาความผิดปกติในระยะแรก ๆ การควบคุมอาการของโรคเรื้อรัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ทฤษฎีเป็นฐานแต่เพียงอย่างเดียว อาจยังไม่สามารถจูงใจผู้สูงอายุให้ดูแลสุขภาพตนเองได้ ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจในวัยสูงอายุ อาจช่วยเสริมให้ประสบผลสำเร็จ คือการช่วยให้ผู้สูงอายุมองหาเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนมุมมองของชีวิตจากการถดถอย เป็นการก้าวหน้าไปกับคนที่ตนรัก ไม่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ แต่รักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง เพื่อความหวังที่จะได้ชื่นชมกับความสำเร็จของลูกหลานที่ตนรักในอนาคต ฉะนั้นผู้สูงอายุก็จะสามารถสลัดความคิดการเป็นไม้ใกล้ฝั่งรอวันตายได้

ช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ ปัจจุบันผู้สูงอายุถึงร้อยละ 80 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น มะเร็ง โลหิตจาง ไตวาย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ ส่วนใหญ่ป่วยมากกว่าหนึ่งโรค ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 มีภาวะพึ่งพิงด้านการทำงานบ้าน ร้อยละ 5 มีปัญหาในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ร้อยละ 0.8 ต้องใช้รถเข็น และร้อยละ 0.2 ต้องนอนติดเตียง นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบการเจ็บป่วยในสังคมผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไป โดยรูปแบบที่เคยเกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2533 มีการเปลี่ยนแปลงไปเมื่อถึงปีพ.ศ. 2563 กล่าวคือ โรคติดต่อที่เคยเกิดขึ้นร้อยละ 49 จะลดลงเหลือร้อยละ 22 ขณะที่โรคไม่ติดต่อที่เคยเกิดขึ้นร้อยละ 27 จะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 43 ส่วนโรคทางจิตและสมองที่เคยเกิดขึ้นร้อยละ 9 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 และอุบัติเหตุที่เคยเกิดขึ้นร้อยละ 15 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 แสดงให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเป็นรูปแบบการเจ็บป่วยที่ที่ต้องให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้นเมื่อประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2550) ศึกษาประวัติทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำแนกตามการวินิจฉัยโรคของแพทย์ พบว่าโรคที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคข้อเสื่อม และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 67.0, 43.6, 9.6, 5.0 และ 3.8 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการการดูแลบริการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่สูงขึ้น ซึ่งลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรังแตกต่างไปจากความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต หรือเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะได้รับการรักษาใน

โรงพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น ซึ่งการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะเครียด เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลผู้สูงอายุส่วนมากจะมาด้วยปัญหาทางสุขภาพในหลายด้านและค่อนข้างซับซ้อน การเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุทั้งภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (Miller, 1995 อ้างถึงใน ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ 2550: 11) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลันและเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงจากก่อนเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในช่วงสองวันแรกของการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล (ชวลีแย้มวงษ์ 2538 , วิริยะ สัมปานกุล 2542 , อ้างถึงใน ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ 2550: 11 ) ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากแผนการรักษา ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันมีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวเช่น การจำกัดกิจกรรม การให้สารน้ำทางหลอดเลือด ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ เป็นต้นเหตุให้ผู้สูงอายุนอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลซึ่งผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย เช่น ข้อจำกัดของเตียงที่สูง และแบบแผนชีวิตที่เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวได้น้อยลง ทำให้ความแข็งแรงและความสามารถทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อลดลง เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง แต่เมื่อได้รับการรักษาพยาบาลแก้ไขภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ความสามารถในการทำหน้าที่จะเพิ่มขึ้นก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่พบว่าน้อยกว่าช่วงก่อนเข้าโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าผลจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลงมากกว่าเดิมและมีอัตราการฟื้นคืนสภาพเดิมช้ากว่าผู้ป่วยวัยอื่น ผู้สูงอายุต้องได้รับการบำบัดรักษาและช่วยเหลืออย่างเพียงพอและเหมาะสมจากทีมสหสาขา เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549)พบว่าปัญหาการมองเห็นในผู้สูงอายุคือ มองเห็นไม่ชัด (ร้อยละ 36.6) มองใกล้/มองไกลไม่ชัด(ร้อยละ 13.8) มองเห็นภาพซ้อน (ร้อยละ 2.9) และมองไม่เห็น (ร้อยละ 1.2) ส่วนการได้ยิน พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการได้ยินร้อยละ 15.4 มีปัญหาโรคของหูชั้นในมากที่สุด (ร้อยละ 11.8) โรคหูชั้นกลาง(ร้อยละ 1.3) ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีปัญหาโรคของหูชั้นในและหูชั้นกลางมากที่สุด และผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีปัญหาการได้ยินสูงที่สุด

พุพิญา โอชารส และคณะ(2551) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุเปราะบาง พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพปานกลาง ร้อยละ 42.7 รองลงมา

รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 27.9 ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีมากที่สุด เพียง ร้อยละ 2.8 ผู้สูงอายุเปราะบางมีโรคประจำตัว มากที่สุดคือโรคข้อเสื่อม/ปวดข้อ ร้อยละ 47.1 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 19.1

#### 4.6 ปัจจัยด้านสวัสดิการระบบสุขภาพ

##### สิทธิการรักษา

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2550) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ใช้สิทธิบัตรทอง/บัตรผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.1 รองลงมาเบิกได้ร้อยละ 33.7

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีความต้องการบัตรทอง/บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ เพื่อใช้สิทธิในการรักษา บัตรสุขภาพ หรือสิทธิลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถาน บริการของภาคเอกชนในกรณีฉุกเฉิน และศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือ สถานบริการสาธารณสุขในชุมชน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ )

#### 4.7 ปัจจัยด้านกายภาพ

##### ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการ      ความสะดวกในการรับบริการ

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2550) พบว่าระดับความ ต้องการบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่อยู่ในระดับมากที่สุด 5 อันดับ แรก คือ ให้บริการตรวจ รักษา ผู้สูงอายุที่จุดๆ เดี่ยว รวดเร็วไม่ต้องเคลื่อนย้ายบ่อยๆ รองลงมา เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุ/ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ประตูห้องน้ำที่กว้างและมีราวจับ ตั้งคลินิกผู้สูงอายุใกล้บ้านและเตรียมจำนวนเตียงสำหรับผู้สูงอายุ ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 92.4, 89.9, 89.5, 87.7 และ 86.7 ตามลำดับ

ระยะทางจากบ้านผู้สูงอายุและสถานบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ใกล้ ร้อย ละ 44.50 บริเวณชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ส่วนใหญ่มีร้านขายยา ร้อยละ 51.60 และการเดินทางจาก บ้านผู้สูงอายุและสถานบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความสะดวก ร้อยละ 84.44

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีความต้องการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ ไปโรงพยาบาล/ สถานิอนามัย ให้บริการตรวจ รักษา ผู้สูงอายุที่จุดๆ เดี่ยว รวดเร็วไม่ต้องเคลื่อนย้ายบ่อยๆ และตั้ง คลินิกผู้สูงอายุใกล้บ้าน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ )

พุทธิญา โอหารส และคณะ (2551) ผลการศึกษาระดับความต้องการบริการ ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเปราะบาง พบว่า ผู้สูงอายุเปราะบางมีความต้องการให้มีบริการ ทางด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ บัตรทอง บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ เพื่อใช้ สิทธิในการรักษา รองลงมา การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน การจัดบริการตรวจ

สุขภาพตามบ้านผู้สูงอายุ และการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล/สถานีนอนมัย คิดเป็นร้อยละ 92.0, 91.0, 88.4, 87.2 และ 86.8 ตามลำดับ

## สรุป

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องและ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ รูปแบบการ ใช้บริการสุขภาพของออร์เคสและแอนเคอร์เซน ใน 3 ปัจจัย ดังกล่าว เป็นสิ่งที่น่าศึกษาในการเข้า ถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลคือ

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคล: เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา
2. ปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการสุขภาพ
  - ปัจจัยด้านครอบครัว : สมาชิกและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย
  - ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ : รายได้ การได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาล
  - ปัจจัยด้านกายภาพ: ความสะดวกในการเดินทาง และการเข้ารับบริการ
3. ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพ: การมีโรคประจำตัว การเสื่อมถอยตามวัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น เป็นเพศหญิงมากกว่าชายและมีอายุยืนยาวกว่า สถานภาพส่วนใหญ่คือสมรส ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงาน โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม การศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ซึ่งในอนาคตที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะกลายเป็นสังคม ผู้สูงอายุเพศหญิงซึ่งมีความเปราะบางทางสุขภาพมากกว่าเพศชาย และการที่อายุยืนยาวกว่าก็จะมี สถานภาพม่ายซึ่งก็เป็นภาวะเสี่ยงต่อความยากลำบากในการดำรงชีวิตสูงกว่า เพราะปราศจากคู่ชีวิต ที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลและปรนนิบัติหรือกันในบ้านปลายชีวิต และยังมีอายุยืนยาวมากขึ้น ความเสื่อม ถอยยังมีมากขึ้นเป็นลำดับ โอกาสการเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยและการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ อัตราการเป็นภาระวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น อัตราส่วนการเป็นภาระวัยเด็กมีแนวโน้ม ลดลง และอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยกำลัง แรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในอนาคตประเทศไทยอาจจะ ต้องประสบกับปัญหาการขาดแคลนแรงงานได้ ในอนาคตที่เป็นสังคมเมืองมากขึ้น ผู้สูงอายุต้อง รับภาระเป็นหัวหน้าครอบครัวดูแลหลานแทนพ่อแม่ที่ไปทำงานต่างถิ่น หรือผู้สูงอายุต้องทำงาน เพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ซึ่งการศึกษาระดับประถมก็เป็นความเสี่ยงทั้งในด้านแรงงาน ขาดคุณภาพสร้างรายได้ได้น้อย และการขาดความสนใจความรู้ในการดูแลสุขภาพ หากผู้สูงอายุ ขาดซึ่งสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มวัยเด็ก และผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ

ความต้องการบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันมีมากขึ้นตามภาวะโรคและการเสื่อมถอยของร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุแสวงหาและเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเช่นบัตรประกันสุขภาพ สิทธิเบิกค่าน้ำยาของข้าราชการ เป็นปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ในอนาคตที่ภาระพึ่งพิงมากขึ้น ผู้สูงอายุมีสักยภาพในการช่วยเหลือตัวเองน้อยลง แม้แต่การเดินทางไปรับเบี้ยยังชีพในทุกเดือนก็อาจไม่สามารถไปได้ด้วยตนเอง อาจมีภาระงาน ภาระการเลี้ยงดูหลาน ภาระเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายการเดินทาง อุปสรรคจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ และการขาดผู้ดูแลยามเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามที่ต้องการได้ การให้บริการสุขภาพต้องเปลี่ยนเป็นเชิงรุกมากขึ้น เพื่อให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมประชากรและมีความเป็นธรรม ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมมาตลอดเช่น การขยายและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพด่านแรกที่ใช้บริการให้มีศักยภาพสูงขึ้นรองรับการเจ็บป่วย ทดแทนการไปใช้บริการโรงพยาบาลลดความแออัดของโรงพยาบาล การขยายและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสามารถเข้าถึงบริการได้ยามฉุกเฉินหรือมีอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุจะต้องได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพใน 4 มิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วยแล้วผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการได้หรือไม่ หรือได้รับบริการที่เหมาะสมกับลักษณะการเจ็บป่วยหรือไม่ เช่นการเจ็บป่วยเล็กน้อยซื้อยากินเอง หรือไปรักษาที่สถานีอนามัย PCU ใกล้ตาใกล้ใจ หรือคลินิกแพทย์ที่คุ้นเคย เจ็บป่วยเรื้อรังมีอาการหนักไปรักษาโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ในอนาคตที่บริบททางสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป และการสาธารณสุขเปลี่ยนถ่ายโอนจากระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งได้เริ่มถ่ายโอนสถานีอนามัยไปแล้ว 22 แห่งในปีพ.ศ. 2550-2551 นโยบายส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ และการสนับสนุนให้ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยผ่านทางระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล) ซึ่งการสาธารณสุขนั้นเป็นภารกิจที่ต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะและความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะ ในอนาคตหากขาดการบูรณาการของเครือข่ายระบบงานสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ คงมีคำถามต่อไปว่าผู้สูงอายุจะมีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีหรือไม่เพียงไร

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอำเภอคำเนิน สะดวก จังหวัดราชบุรีเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการสำรวจเบื้องต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอำเภอคำเนินสะดวก เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการเตรียมความพร้อมของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพและประสานความร่วมมือในเครือข่ายด้านอื่นๆ ในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่า และมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศ

วิธีการดำเนินการวิจัยจะแสดงรายละเอียดตามหัวข้อดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยและมีทะเบียนบ้านในอำเภอคำเนินสะดวก จำนวน 12,526 คน จากฐานข้อมูลประชากรกลางปี 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ของสาธารณสุขอำเภอคำเนินสะดวก โดยขอข้อมูลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลคำเนินสะดวก

การเลือกตัวอย่าง

การกำหนดตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ ที่อาศัยและมีทะเบียนบ้านในอำเภอคำเนินสะดวก คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามานะ (Yamane 1973, อ้างในบุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร 2547: 207) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 387.6 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพื่อจำนวนตัวอย่างที่อาจได้ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ จำนวน 400 คน

สูตร

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด

e ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มร้อยละ 5 (0.05)

แทนค่าในสูตรจะได้

$$\begin{aligned} \text{ขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุ} &= \frac{12,526}{1 + 12,526 (0.05)^2} \\ &= 387.62 \end{aligned}$$

สำหรับวิธีการเก็บข้อมูลของตัวอย่างผู้วิจัยดำเนินการด้วยวิธี

1. ทำหนังสือขออนุมัติส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย

2. ทำหนังสือขออนุญาตส่งถึงสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวกเพื่อเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอดำเนินสะดวก

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยและมีทะเบียนบ้านในอำเภอดำเนินสะดวก สามารถพูดคุยและให้ข้อมูลได้ดีหรือเป็นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถให้ข้อมูลแทนผู้สูงอายุได้

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนโดยใช้การแบ่งกลุ่มเป็น 5 กลุ่ม ตามการแบ่งโซน 5 โซนของ สาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก

โซนสถานีอนามัย 5 กลุ่มประกอบด้วยสถานีอนามัยดังนี้

1. ชวนชม ได้แก่ ตาหลวง ดำเนินสะดวก ท่านัด
2. ดาวเรือง ได้แก่ บ้านปากคลอง แพงพวย สีหะมัน ภูเขาสวรรค์
3. กระดังงา ได้แก่ ดอนกรวย หนองสลิด บ้านไร่ บ้านท่าศาลา
4. พุทธรักษา ได้แก่ ประสาทสิทธิ์ ศรีสุราษฎร์ ขุนพิทักษ์ บ้านรางห้าตำลึง
5. บัวหลวง ได้แก่ ดอนคลัง บัวงาม บัวงาม-โพหัก ดอนไผ่

แล้วจับสลากกลุ่มละ 1 ตำบล ได้ดังนี้ ตำบลท่านัด ตำบลแพงพวย ตำบลหนองสลิด ตำบลศรีสุราษฎร์ และตำบลคอนคลัง กลุ่มผู้สูงอายุตามบ้านในตำบล ตำบลละ 80 คน รวม 400 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบสะดวก (Convenient sampling)

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) แบบผสมผสานแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดและแบบสัมภาษณ์คำถามปลายปิด (บุญใจ ศรีสถิตยัณรา กูร, 2547: 276) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 ฉบับ สัมภาษณ์ถึงประสบการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในรอบ 1 ปี

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการสร้างแบบสัมภาษณ์มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การกำหนดกรอบเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยศึกษาจาก

1.1 ศึกษาตำราเอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และวิชาการที่เกี่ยวข้อง

1.2 พิจารณาการเลือกใช้บริการตามหลักทฤษฎีของ Aday and Andersen

2. สร้างเครื่องมือและพัฒนาแบบสอบถามที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์

ของการวิจัยและตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องของเนื้อหา (Content validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ผู้ทรงคุณวุฒิ คือผู้ปฏิบัติงานหรือผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขในอำเภอดำเนินสะดวกและมีคุณวุฒิปริญญาโทขึ้นไป ในการวิจัยนี้คือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิตำบลบ้านไร่ และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก)

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษา

4. ทดสอบแบบสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุตำบลดำเนินสะดวก 5 ราย สร้างความเข้าใจในเนื้อหาพร้อมกันกับผู้ช่วยเก็บข้อมูลก่อนนำไปใช้จริง

เนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับโครงสร้างของแบบสอบถามที่พัฒนาได้ จำแนกเป็น 2 ส่วน (ดังภาคผนวก ก) คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล โดยแต่ละส่วนมีรายละเอียดของตัวแปรดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคคลหลักที่ดูแลยามเจ็บป่วย และบุคคลหลักที่พาไปสถานบริการสาธารณสุข



ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ ความพอเพียงของรายได้

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพได้แก่ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ความเสื่อมถอยตามวัย

ปัจจัยด้านสวัสดิการระบบสุขภาพ ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาลได้แก่ บัตรประกันสุขภาพ เบิกต้นสังกัดข้าราชการบำนาญ สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ

ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ ความสะดวก/ความไม่สะดวกในด้านการเดินทาง ความสะดวก/ความไม่สะดวกในด้านการใช้บริการ พร้อมระบุเหตุผล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

เป็นการสัมภาษณ์ลักษณะการเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพจะแยกตามลักษณะการเจ็บป่วยเป็น 3 แบบ คือ การเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยปานกลาง/ เรื้อรัง และการเจ็บป่วยหนัก/ ฉุกเฉิน ซึ่งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุอาจเจ็บป่วยได้มากกว่า 1 แบบ

ข้อมูลที่สัมภาษณ์ ประกอบด้วย

สถานบริการสาธารณสุขที่ใช้บริการได้แก่ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลรัฐ (อื่น) โรงพยาบาลเอกชน สถานิออนามัยคลินิกแพทย์ ร้านขายยา และอื่นๆ

แผนกบริการแบบผู้ป่วยนอกของสถานบริการสาธารณสุขได้แก่ ผู้ป่วยนอก/โรคทั่วไป อุบัติเหตุและฉุกเฉิน คลินิกเฉพาะโรค คลินิกนอกเวลา และอื่นๆ

ความถี่ในการใช้บริการ

การใช้บริการผู้ป่วยในของสถานบริการสาธารณสุข (ยกเว้นการเจ็บป่วยเล็กน้อย)

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงแบบสัมภาษณ์แก่ผู้ช่วยเก็บแบบสัมภาษณ์ ผู้ช่วยเก็บแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ทีมคือ ทีมโรงพยาบาล 4 คนและทีมสถานิออนามัย 3 คนทีมโรงพยาบาลคือผู้วิจัย และพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษอุดม ทดลองสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ ก่อนนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตำบลดำเนินสะดวก 5 คนแล้วทบทวนปรับปรุงวิธีการสัมภาษณ์ให้เป็นธรรมชาติ และสื่อสารให้ผู้สูงอายุเข้าใจโดยง่ายแบ่งสัมภาษณ์ตำบลละ 2 คนคือตำบลท่าหนดและตำบลแพงพวย
- เนื่องด้วยระยะเวลาจำกัดและภาระงานจึงเพิ่มทีมสถานิออนามัย ( มีประสบการณ์ในการเก็บแบบสัมภาษณ์) ในการช่วยเก็บแบบสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยชี้แจงแบบสัมภาษณ์กับพยาบาลสถานิออนามัยตำบลดำเนินสะดวก (ผู้ประสานงานและควบคุมกำกับงาน) และพยาบาลชี้แจงต่อกับ

อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้เก็บแบบสัมภาษณ์อีก 2 คน แบ่งสัมภาษณ์ตำบลหนองสาคิด ตำบลศรีสุราษฎร์ และตำบลคอนคั้ง

2. เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 16 กุมภาพันธ์ - 8 มีนาคม 2552 เวลาที่เก็บข้อมูล ส่วนใหญ่จะเป็นช่วงเย็น เนื่องจากผู้สูงอายุกลับจากทำงาน หรือว่างจากภาระงาน ส่วนช่วงเวลาเช้าจะเก็บข้อมูลได้ที่วัดในวันพระ เนื่องจากระยะเวลาจำกัดและมีอุปสรรค เช่น ผู้สูงอายุไม่อยู่บ้าน สุนัขคุ การคมนาคมไม่สะดวก เช่น ต้องใช้เรือ ความไม่คุ้นเคยในพื้นที่ จึงต้องเก็บข้อมูลที่ตลาดนัดช่วงเย็นเพิ่มเติม

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะตัดออก โดยไม่นำมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลชุดอื่น

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ในข้อมูลทั้ง 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในข้อมูล อายุและรายได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ในข้อมูลทั้ง 2 ด้านคือด้านข้อมูลทั่วไปและด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะแสดงรายละเอียดตามหัวข้อดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

##### 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

##### 1.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

##### 1.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

##### 1.4 ปัจจัยด้านสวัสดิการระบบสุขภาพ

##### 1.5 ปัจจัยด้านสุขภาพ

#### 2. ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

##### 2.1 การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

##### 2.2 การใช้สถานบริการสุขภาพ จำแนกตามลักษณะการเจ็บป่วย

##### 2.3 การประสบปัญหาในการเข้ารับบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

##### 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุเป็น เพศหญิง (ร้อยละ 61) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 39) อัตราส่วน ชาย: หญิง เป็น 1: 1.6 โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มของผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 47.9) รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 36.2) อายุมากที่สุดคือ 93 ปี อายุเฉลี่ย 70.8 ปี

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.2) สถานภาพโสด/ หม้าย (ร้อยละ 44.8) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 77.2) โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 72.2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ทำงาน (ร้อยละ 54.2) โดยมีอาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 18.7) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปร	จำนวน (n=395)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	154	39
- หญิง	241	61
กลุ่มอายุ		
- 60-69 ปี	189	47.9
- 70-79 ปี	143	36.2
- 80 ปีขึ้นไป	63	15.9
Min.= 60 ,max.= 93 , mean =70.8 Std. Deviation 7.5		
สถานภาพสมรส		
- โสด/ หม้าย	177	44.8
- สมรส	218	55.2
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้ศึกษา	90	22.8
- ศึกษา	305	77.2
- ประถมศึกษา	285	72.2
- มัธยมศึกษา	14	3.5
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	1.5
อาชีพ		
- ไม่ได้ทำงาน	181	45.8
- ทำงาน	214	54.2
- รับจ้าง	74	18.7
- เกษตรกรรม	53	13.4
- อื่นๆ	87	22.1

### 1.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 92.9) โดยอาศัยอยู่ร่วมกับลูก/ หลานมากที่สุด (ร้อยละ 79.2) และบุคคลหลักที่ดูแลยามเจ็บป่วยมากที่สุดคือ ลูก/ หลาน (ร้อยละ 69.4) บุคคลหลักที่พาไปสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย คือ ลูก/ หลาน (ร้อยละ 70.4) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว

ตัวแปร	จำนวน (n=395)	ร้อยละ
<b>สมาชิกในครอบครัว</b>		
- อยู่คนเดียว	28	7.1
- อยู่ร่วมกับครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	367	92.9
- อยู่กับคู่สมรส ทำตัวเลขให้เหลื่อมกันหน่อย	190	48.1
- อยู่กับลูก/ หลาน	313	79.2
- อยู่กับญาติ/ อื่นๆ	20	5.1
<b>บุคคลหลักที่ดูแลยามเจ็บป่วย</b>		
- ตนเอง	32	8.1
- คู่สมรส	74	18.7
- ลูก/ หลาน	274	69.4
- อื่นๆ	15	3.8
<b>บุคคลหลักที่พาไปสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย</b>		
- ตนเอง	51	12.9
- คู่สมรส	54	13.7
- ลูก/ หลาน	278	70.4
- อื่นๆ	12	3

### 1.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 41) รายได้เฉลี่ย 3,117.9 บาท รายได้ต่ำสุด 300 บาทต่อเดือน และรายได้สูงสุด 60,000 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 44.3) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ตัวแปร	จำนวน (n=395)	ร้อยละ
รายได้		
- ต่ำกว่า 1,000 บาท	162	41
- 1,001-3,000 บาท	133	33.7
- มากกว่า 3,000 บาท	100	25.3
Min.= 300, max.= 60,000 , mean = 3,117.9 Std. Deviation 5,186.7		
ความพอเพียงของรายได้		
- ไม่พอ	175	44.3
- พอเพียงไม่มีเก็บ	169	42.8
- พอเพียงและมีเก็บ	47	11.9
- เหลือใช้	4	1

#### 1.4 ปัจจัยด้านสวัสดิการระบบสุขภาพ

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 74.9) มีสวัสดิการอื่นๆ ได้แก่ เบิกต้นสังกัด/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 24.3) ไม่ทราบว่าตนมีบัตรประกันสุขภาพหรือไม่ (ร้อยละ 0.8) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านสวัสดิการระบบสุขภาพ

ตัวแปร	จำนวน (n=395)	ร้อยละ
สวัสดิการระบบสุขภาพ		
- บัตรประกันสุขภาพ	296	74.9
- เบิกต้นสังกัด/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	96	24.3
- ไม่ทราบ	3	0.8

#### 1.5 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองว่ามีภาวะสุขภาพ

ปานกลาง (ร้อยละ 58.5) ส่วนใหญ่ รับรู้ตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.5) ผู้ที่แจ้งว่ามีโรคประจำตัว (ร้อยละ 42.5) ระบุว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 21.8) และเบาหวาน 39 คน (ร้อยละ 9.9) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ความเสื่อมถอยตามวัย (ร้อยละ 78.5) โดย เป็นข้อเข่าเสื่อมจำนวน (ร้อยละ 35.2) มีปัญหาด้านสายตา (ร้อยละ 9.1) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ตัวแปร	จำนวน (n=395)	ร้อยละ
การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง		
- ดีมาก	3	0.8
- ดี	60	15.2
- ปานกลาง	231	58.5
- ไม่ดี	96	24.3
- ไม่ดีมากๆ	5	1.2
มีโรคประจำตัว		
- ไม่มี	227	57.5
- มี	168	42.5
- ความดันโลหิต	86	21.8
- เบาหวาน	39	9.9
- อื่นๆ	52	13.2
มีความเสื่อมถอยตามวัย		
- ไม่มี	85	21.5
- มี	310	78.5
- สายตา	36	9.1
- เข่าเสื่อม	139	35.2
- อื่นๆ	144	36.5

## 2. ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

### 2.1 การเจ็บป่วยในรอบปี

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.5) มีการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาและมีการใช้บริการสถานบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้การเจ็บป่วยอาจมีร่วมกันได้ใน 3 รูปแบบ โดยมีการ

เจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ65.3) การเจ็บป่วยปานกลาง/ เรื้อรังจำนวน (ร้อยละ 48.2 ) และมีการเจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉิน (ร้อยละ 4.3) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ตัวแปร	จำนวน (n=395)	ร้อยละ
การเจ็บป่วยในรอบ1ปีที่ผ่านมา		
- ไม่ป่วย	69	17.5
- ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	326	82.5
- ป่วยเล็กน้อย	213	65.3
- ป่วยเรื้อรัง	157	48.2
- ป่วยหนัก / ป่วยฉุกเฉิน	14	4.3

## 2.2 การใช้สถานบริการสุขภาพ จำแนกตามลักษณะการเจ็บป่วย

### การเจ็บป่วยเล็กน้อย

ผู้สูงอายุใช้บริการสถานอนามัย/ หน่วยปฐมภูมิ (ร้อยละ 42.3) รองลงมาคือโรงพยาบาลดำเนินสะดวก (ร้อยละ39.4) คลินิกแพทย์ (ร้อยละ9.9) ร้านขายยา (ร้อยละ6.1) แผนกที่ไปรับบริการคือผู้ป่วยนอก/โรคทั่วไป (ร้อยละ80.3) คลินิกเฉพาะโรค (ร้อยละ7) ความถี่ส่วนใหญ่ในการใช้บริการต่อปี 1-3 ครั้ง (ร้อยละ68.9)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 92.5) โดยระบุเหตุผลว่ามีความสะดวกเนื่องจากมีคนพาไป (ร้อยละ 46.9) สามารถไปเองได้ (ร้อยละ35.7) ส่วนความไม่สะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 7.5) โดยระบุเหตุผลว่ามาจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย (ร้อยละ 6.6)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสะดวกในการใช้บริการสถานบริการสุขภาพ (ร้อยละ 91.5) โดยระบุเหตุผล ใช้ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพ/ สิทธิการรักษา (ร้อยละ 38) ระยะเวลารอคอยน้อย (ร้อยละ33.8) ส่วนความไม่สะดวกในสถานบริการ (ร้อยละ 8.5) โดยระบุเหตุผลถึงการไม่สะดวก เนื่องจากระยะเวลารอคอยนาน (ร้อยละ3.3) (ตารางที่ 7)

### การเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรัง



ผู้สูงอายุเมื่อมีการเจ็บป่วยจะมีการใช้บริการจากโรงพยาบาลดำเนินสะดวก (ร้อยละ 61.8) รองลงมาคือสถานีนอนมัย/ หน่วยปฐมภูมิ (ร้อยละ28) แผนกที่ไปรับบริการคือผู้ป่วยนอก/ โรคทั่วไป (ร้อยละ58) รองลงมา คือ คลินิกเฉพาะโรค (ร้อยละ35.6) ความถี่ในการรับบริการส่วนใหญ่ใช้บริการ 4-6 ครั้งต่อปี (ร้อยละ53.2) รองลงมารับบริการมากกว่า 6 ครั้งต่อปี (ร้อยละ26.9) โดยแผนกที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการได้แก่ แผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ47.8)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสะดวกในการใช้บริการสถานบริการสุขภาพ (ร้อยละ 82.2) โดยระบุเหตุผล เนื่องจากมีการใช้ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพ/ สิทธิการรักษา (ร้อยละ 40.1) และระยะเวลารอคอยน้อย (ร้อยละ19.1) ส่วนความไม่สะดวกในสถานบริการ (ร้อยละ17.8) ผู้ป่วยระบุเหตุผล เนื่องจากมีระยะเวลารอคอยนาน (ร้อยละ 8.3) รองลงมา คือ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก (ร้อยละ5.1) (ตารางที่ 7)

#### การเจ็บป่วยหนัก/ จุกเงิน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยหนัก หรือจุกเงินจะใช้บริการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก (ร้อยละ 85.8) แผนกที่ไปรับบริการคือ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ร้อยละ 64.3) โดยมีความถี่ในการใช้บริการ 1-3 ครั้งต่อปี (ร้อยละ85.8 ) แผนกที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการ คือ แผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 85.8)

ผู้สูงอายุมีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ (ร้อยละ71.4) โดยระบุเหตุผลว่า เนื่องจากมีคนพาไป (ร้อยละ 28.6) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุสามารถเดินทางไปเองได้ (ร้อยละ21.4) ส่วนผู้สูงอายุร้อยละ28.6 ที่ไม่สะดวกในการเดินทาง ระบุเหตุผล ว่าเกิดจากปัญหาจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย (ร้อยละ 21.4)

ผู้สูงอายุ (ร้อยละ78.6) มีความสะดวกในสถานบริการ โดยระบุเหตุผล เนื่องจากมีการใช้ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพ/ สิทธิการรักษา (ร้อยละ 42.9) ส่วนผู้สูงอายุที่มีความไม่สะดวกในสถานบริการ (ร้อยละ 21.4) ระบุเหตุผลว่า ระบบบริการไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ14.3) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล จำแนกตามลักษณะการเจ็บป่วย

ตัวแปร	เจ็บป่วยเล็กน้อย		เจ็บป่วยปานกลาง/เรื้อรัง		เจ็บป่วยหนัก/ฉุกเฉิน	
	จำนวน (n=213)	ร้อยละ	จำนวน (n=157)	ร้อยละ	จำนวน (n=14)	ร้อยละ
สถานบริการสุขภาพที่เลือกใช้มากที่สุด						
- โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	84	39.4	97	61.8	12	85.8
- โรงพยาบาลรัฐ(อื่น)	3	1.4	6	3.8	1	7.1
- สถานีอนามัย/หน่วยปฐมภูมิ	90	42.3	44	28		
- คลินิกแพทย์	21	9.9	8	5.1		
- โรงพยาบาลเอกชน	2	0.9	2	1.3	1	7.1
- ร้านขายยา	13	6.1				
แผนกของสถานบริการสุขภาพที่เลือกใช้มากที่สุด						
- ผู้ป่วยนอก/โรคทั่วไป	171	80.3	91	58	4	28.6
- คลินิกเฉพาะโรค	15	7	56	35.6	1	7.1
- กายภาพบำบัด	-	-	2	1.3	-	-
- คลินิกนอกเวลา	1	0.5	3	1.9	-	-
- อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	-	-	3	1.9	9	64.3
- อื่นๆ	26	12.2	2	1.3	-	-
ความถี่ในการใช้บริการต่อปี						
- 1-3 ครั้ง	144	68.9	31	19.9	12	85.8
- 4-6 ครั้ง	55	26.3	83	53.2	1	7.1
> 6 ครั้ง	10	4.8	42	26.9	1	7.1
การใช้บริการผู้ป่วยใน						
- ใช่	-	-	75	47.8	12	85.8
- ไม่ใช่	-	-	82	52.2	2	14.2

ตารางที่ 7 (ต่อ)การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล จำแนกตามลักษณะการเจ็บป่วย

ตัวแปร	เจ็บป่วยเล็กน้อย		เจ็บป่วยปานกลาง/เรื้อรัง		เจ็บป่วยหนัก/ฉุกเฉิน	
	จำนวน (n=213)	ร้อยละ	จำนวน (n=157)	ร้อยละ	จำนวน (n=14)	ร้อยละ
ความสะดวกในการเดินทาง	197	92.5	131	83.4	10	71.4
- สามารถไปเองได้	76	35.7	31	19.7	3	21.4
- มีคนพาไป	100	46.9	85	54.1	4	28.6
- ใกล้เคียงบ้าน	14	6.6	9	5.7	1	7.1
- ค่าใช้จ่ายการเดินทางน้อย			2	1.3	1	7.1
- มียานพาหนะ	7	3.3	4	2.5	1	7.1
ความไม่สะดวกในการเดินทาง	16	7.5	26	16.6	4	28.6
- การเคลื่อนไหวของร่างกาย	14	6.6	16	10.2	3	21.4
- ไม่มีคนพาไป	1	0.5	6	3.8	1	7.1
- ไม่มียานพาหนะ	1	0.5	3	1.9		
- อื่นๆ			1	0.6		
ความสะดวกด้านสถานบริการ	195	91.5	129	82.2	11	78.6
- ระยะเวลารอคอยน้อย	72	33.8	30	19.1	1	7.1
- ระบบบริการดี ต่อเนื่อง	12	5.6	12	7.6	3	21.4
- มีสิ่งอำนวยความสะดวก	2	0.9	2	1.3	1	7.1
- ใช้ตามสิทธิการรักษา	81	38.0	63	40.1	6	42.9
- การบริการของเจ้าหน้าที่	27	12.7	13	8.3		
- ระบบส่งต่อ			7	4.5		
- อื่นๆ	1	0.5	2	1.3		
ความไม่สะดวกด้านสถานบริการ	18	8.5	28	17.8	3	21.4
- ระยะเวลารอคอยนาน	7	3.3	13	8.3	1	7.1
- ระบบบริการไม่ ต่อเนื่อง	3	1.4	4	2.5	2	14.3
- ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก	4	1.9	8	5.1		
- ค่าใช้จ่ายในการรักษา	2	0.9	1	0.6		
- ระบบส่งต่อ			1	0.6		
- อื่นๆ	2	0.9	1	0.6		

### 2.3 การประสบปัญหาในการเข้ารับบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุ เคยประสบปัญหา (ร้อยละ 9.5) โดยระบุเหตุผลว่า มีปัญหาจากด้านการบริการ/ สิ่งอำนวยความสะดวก (ร้อยละ 2.8) ระบบนัดรักษาต่อ (ร้อยละ 0.9) ไม่ระบุ (ร้อยละ 5.8) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 การประสบปัญหาในการเข้ารับบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

ตัวแปร	จำนวน (n=326)	ร้อยละ
สรุปใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยประสบปัญหาในการเข้ารับบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลหรือไม่		
- ไม่เคย	265	90.5
- เคย	31	9.5
- ด้านการบริการ/ สิ่งอำนวยความสะดวก	9	2.8
- ระบบนัดรักษาต่อ	3	0.9
- ไม่ระบุ	19	5.8

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอำเภอคำเนิน สะดวก จังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการสำรวจเบื้องต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอำเภอคำเนินสะดวก เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการเตรียมความพร้อมของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพและประสานความร่วมมือในเครือข่ายด้านอื่นๆ ในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่า และมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยและมีทะเบียนบ้านในอำเภอคำเนินสะดวก จำนวน 395 คน เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในรอบ 1 ปี ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย ทดสอบความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ปรับแก้ไขและทดลองสัมภาษณ์ร่วมกับผู้ช่วยเก็บแบบสัมภาษณ์ การประมวลผลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ในข้อมูลทั้ง 2 ด้านคือด้านข้อมูลทั่วไปและด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ

#### สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) อัตราส่วนชาย: หญิง เป็น 1: 1.6 โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มของผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 47.9 ) อายุมากที่สุดคือ 93 ปี อายุเฉลี่ย 70.8 ปีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 72.2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ทำงาน (ร้อยละ 54.2) โดยมีอาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 18.7) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว(ร้อยละ 92.9) โดยอาศัยอยู่ร่วมกับลูก/ หลานมากที่สุด (ร้อยละ 79.2) และบุคคลหลักที่ดูแลยามเจ็บป่วยมากที่สุดคือ ลูก/หลาน (ร้อยละ 69.4) บุคคลหลักที่พาไปสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ลูก/หลาน (ร้อยละ 70.4) ผู้สูงอายุ มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 41) รายได้เฉลี่ย 3,117.9 บาท รายได้ต่ำสุด 300 บาทต่อเดือน และรายได้สูงสุด 60,000 บาทต่อเดือน มีรายได้ไม่

เพียงพอ (ร้อยละ 44.3) มีบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 74.9) ผู้สูงอายุรับรู้การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองว่ามีภาวะสุขภาพปานกลาง (ร้อยละ 58.5) รับรู้ตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.5) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 42.5) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 21.8) และเบาหวาน (ร้อยละ 9.9) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ความเสื่อมถอยตามวัย (ร้อยละ 78.5) โดยเป็นข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 35.2) และ ด้านสายตา (ร้อยละ 9.1)

## 2. ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.5) มีการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาและมีการใช้บริการสถานบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้การเจ็บป่วยอาจมีส่วนร่วมได้ใน 3 รูปแบบ โดยมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 53.9) การเจ็บป่วยปานกลาง/ เรื้อรังจำนวน (ร้อยละ 39.7) และมีการเจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉิน (ร้อยละ 3.5) การใช้บริการสถานบริการสุขภาพมีความแตกต่างตามลักษณะการเจ็บป่วยโดยที่การเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้สูงอายุใช้บริการสถานอนามัย/ หน่วยปฐมภูมิ (ร้อยละ 42.3) มากกว่าโรงพยาบาลดำเนินสะดวก (ร้อยละ 39.4) ในการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรังผู้สูงอายุใช้บริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก (ร้อยละ 61.8) มากกว่าสถานอนามัย/ หน่วยปฐมภูมิ (ร้อยละ 28) เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยหนัก/ ฉุกเฉินผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก (ร้อยละ 85.8) มีการใช้บริการคลินิกแพทย์ในการเจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 9.9) และการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรัง (ร้อยละ 5.1) ส่วนการให้บริการร้านขายยา (ร้อยละ 6.1) มีเฉพาะในการเจ็บป่วยเล็กน้อย

แผนกที่ไปรับบริการในการเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรัง และการเจ็บป่วยหนัก/ ฉุกเฉิน คือผู้ป่วยนอก/ โรคทั่วไป (ร้อยละ 80.3, 58 และ 28.6 ตามลำดับ) รองลงมาคือ คลินิกเฉพาะโรค (ร้อยละ 7, 35.6 และ 7.1 ตามลำดับ) ความถี่ในการใช้บริการต่อปี ในการเจ็บป่วยเล็กน้อยคือ 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 68.9) รองลงมาคือ 4-6 ครั้ง (ร้อยละ 26.3) การเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรังคือ 4-6 ครั้ง (ร้อยละ 53.2) รองลงมาคือมากกว่า 6 ครั้ง (ร้อยละ 26.9) ส่วนการเจ็บป่วยหนัก/ ฉุกเฉิน ความถี่ในการใช้บริการต่อปี คือ 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 85.8) การใช้บริการผู้ป่วยในในการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรัง (ร้อยละ 47.8) และการเจ็บป่วยหนัก/ ฉุกเฉิน (ร้อยละ 85.8)

ความสะดวกในการเดินทาง การเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยปานกลาง/ เรื้อรัง และการเจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉินในการเจ็บป่วยทั้ง 3 รูปแบบ ส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 92.5, 83.4 และ 71.4 ตามลำดับ) โดยระบุเหตุผลมีคนพาไป (ร้อยละ 46.9, 54.1 และ 28.6 ตามลำดับ) รองลงมาคือ สามารถไปเองได้ (ร้อยละ 35.7, 19.7 และ 28.6 ตามลำดับ) ส่วนความไม่สะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 7.5, 16.6 และ 28.6 ตามลำดับ) โดยระบุเหตุผลด้านการเคลื่อนไหว

ของร่างกาย (ร้อยละ 6.6, 10.2 และ 21.4 ตามลำดับ) รองลงมาคือไม่มีคนพาไป (ร้อยละ 0.5, 3.8 และ 7.1 ตามลำดับ)

ความสะดวกด้านสถานบริการสุขภาพ จำแนกตามลักษณะการเจ็บป่วย 3 รูปแบบคือ การเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยปานกลาง/ เรื้อรัง และการเจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่มีความสะดวกในการใช้บริการ (ร้อยละ 91.5, 82.2 และ 78.6 ตามลำดับ) โดยระบุเหตุผลคือใช้ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพ/ สิทธิการรักษา (ร้อยละ 38, 40.1 และ 42.9 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ระยะเวลารอคอยน้อย (ร้อยละ 33.8 และ 40.1) ในการเจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉิน คือระบบบริการดี และต่อเนื่อง (ร้อยละ 21.4) ส่วนความไม่สะดวกในการใช้บริการ (ร้อยละ 8.5, 17.8 และ 21.4 ตามลำดับ) โดยระบุเหตุผล ระยะเวลารอคอยนาน (ร้อยละ 3.3 และ 8.3) ในการเจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉิน คือระบบบริการไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 14.3)

## การอภิปรายผล

### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61 การที่มีผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากจะมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากกว่าเพศชาย ในการศึกษาของนภกร ชโยวรรณ (2548 อ้างใน พุพิญา โอชารต 2550: 65) ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย พบว่าสัดส่วนความเปราะบางด้านประชากรและสังคมของผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ซึ่งสะท้อนว่าความเป็นเพศหญิงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเปราะบาง จึงควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบบูรณาการทั้ง 4 มิติ คือส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้จากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549: 36, 39) ยังพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลสุขภาพและให้คำปรึกษาของคนในครอบครัว และมีความสนใจ/ ใส่ใจในการตรวจสุขภาพสูงกว่าเพศชาย จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในครอบครัวและสังคมในอนาคตที่เปลี่ยนไป เป็นสังคมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุอายุเฉลี่ย 70.8 สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ 70.3 ใกล้เคียงกับสุรางค์ศรี สิตมโนชญ์ ที่อายุเฉลี่ย 69.9 กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นหรือกลุ่มที่พึ่งตนเองได้มีมากที่สุด แต่อายุเฉลี่ยได้เข้าสู่ผู้สูงอายุวัยกลางหรือเป็นกลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งอายุที่มากขึ้นก็จะมีความเสื่อมและความชรา สุขภาพจะเสื่อมลง จึงควรเตรียมผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีภาวะสุขภาพที่ดีส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.2 สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พุพิญา โอชารตและคณะ สุรางค์ศรี สิตมโนชญ์ ร้อยละ 57.3, 53.0 และ 57.5

ตามลำดับ ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 72.2 สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พุพิญา โอชารสและคณะ และสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ ร้อยละ 51.9, 71.1 และ 71.4

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 41 รายได้เฉลี่ย 3,117.9บาท สอดคล้องกับการศึกษาของพุพิญา โอชารสและคณะรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 44.8 สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รายได้เฉลี่ย 3,056.69 บาท ไม่สอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายได้เฉลี่ย 1,830 - 2,503บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 44.3 สอดคล้องกับการศึกษาของพุพิญา โอชารสและคณะรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 81.5 และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติส่วนใหญ่ทำงานนอกระบบมีรายได้ต่ำซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รายได้เพียงพอร้อยละ 54.0 และการศึกษาของสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ รายได้พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 69.1 การที่ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่พอเพียงต่อการดำรงชีวิตย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต ปัจจุบันในเดือนเมษายนนี้ รัฐบาลได้อนุมัติเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุคนละ 500 ต่อเดือน ย่อมมีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้นแต่ทั้งนี้รัฐบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติซึ่งเป็นเสมือนปัจจัยภายนอกที่จะช่วย ผู้สูงอายุให้มีการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงานร้อยละ 54.2 โดย รับจ้างร้อยละ 18.7 เกษตรกรรม ร้อยละ 13.4 สอดคล้องกับการศึกษาสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานนอกระบบร้อยละ 90 ประกอบธุรกิจส่วนตัว ทำการเกษตร และช่วยงานในครัวเรือน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 60.5 และ 57 และกรมการแพทย์ รายได้ส่วนใหญ่มาจากหลายช่องทาง จากบุตรหลานให้พบมากที่สุดร้อยละ 60.2 จากรับจ้าง เกษตรกรรม ค่าขาย และเงินบำนาญ ร้อยละ 15.3, 15.0, 13.7 และ 12.0ในอนาคตที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานลดลง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ผู้สูงอายุยังคงต้องทำงานมากขึ้น ทั้งนี้จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(2551: 11)ได้กล่าวถึงว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงอายุก่อให้เกิดโอกาสในการพัฒนา โดยผู้เกษียณอายุที่มีศักยภาพทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน ชาวบ้านในชุมชนท้องถิ่นที่มีประสบการณ์ความรู้ ความสามารถ จะเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการร่วมกันพัฒนาประเทศในมิติต่าง ๆ ซึ่งจะมีการส่งเสริมการจ้างงานในผู้สูงอายุ พัฒนาการเรียนรู้เพิ่มขึ้นจากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา และการพัฒนาด้าน



สาธารณสุขเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เป็นภาระในการดูแลของสังคมและลดค่าใช้จ่ายภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 92.9 สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และพัพินญา โอหารส และคณะผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 94.5 และ 82.6 การอยู่ร่วมกันในครอบครัวโดยอาศัยอยู่ร่วมกับลูก/ หลานมากที่สุด ร้อยละ 79.2 สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และพัพินญา โอหารส และคณะโดยอาศัยอยู่กับหลานมากที่สุด ร้อยละ 35.8 รองลงมาอาศัยอยู่กับลูกสาว ร้อยละ 32.8 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 53.5 รองลงมาอยู่กับบุตรสาว ร้อยละ 51.3 และอาศัยอยู่กับหลาน ร้อยละ 48.5

บุคคลหลักที่ดูแลยามเจ็บป่วยมากที่สุดคือ ลูก/หลาน ร้อยละ 69.4 และบุคคลหลักที่พาไปสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยคือ ลูก/หลาน ร้อยละ 70.4 สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุตรสาวร้อยละ 59.1 คู่สมรส ร้อยละ 40.2 บุตรชาย ร้อยละ 36.8 และศศิพัฒน์ ยอดเพชรเป็นบุตรสาวร้อยละ 43.4 บุตรชายร้อยละ 20.1 และคู่สมรส ร้อยละ 10.1 และสอดคล้องกับการศึกษาของเด็ก สมบัติ เรื่องภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีคู่สมรสและช่วยตนเองได้จะมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากคู่สมรสและตนเองก็สามารถดูแลตนเองได้ ส่วนกรณีที่คู่สมรสเสียชีวิต หรือไม่ได้สมรส ก็มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากหลานหรือพี่น้องหรือญาติที่อยู่ใกล้เคียงกัน และกลุ่มที่บุตรหลานไปอยู่ห่างไกลก็มั่นใจว่าบุตรหลานจะต้องกลับมาดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อยามมีอายุมากขึ้น ทำงานไม่ได้หรือช่วยตนเองไม่ได้แล้ว

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองว่ามีภาวะสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 58.5 สอดคล้องกับการศึกษาของพัพินญา โอหารส และคณะผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองว่ามีภาวะสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 42.7 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สุขภาพพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 41.8 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาสุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์ ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 57.3 ผู้สูงอายุ รู้ทันตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 42.5 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.8 และเบาหวาน ร้อยละ 9.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ความเสื่อมถอยตามวัย ร้อยละ 78.5 โดยเป็นข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 35.2 และ ด้านสายตา ร้อยละ 9.1 สอดคล้องกับการศึกษาของกรมการแพทย์ส่วนใหญ่รับรู้ตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17 โดยโรคประจำตัว 3 อันดับแรกคือเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม การศึกษาของพัพินญา โอหารส และคณะโรคประจำตัว มากที่สุดคือโรคข้อเสื่อม/ปวดข้อ ร้อยละ 47.1 รองลงมาคือโรคความดัน

โลหิตสูง ร้อยละ 46.7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 19.1 การศึกษาของสุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์ มีโรคประจำตัวร้อยละ 36.9 โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.2 มีโรคประจำตัว 1 โรค โรคที่เป็นได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ การศึกษาของ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กลุ่มอาการ/โรคของผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยกันมาก คือ ปวดข้อ/ปวดเมื่อย ร้อยละ 43.9 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.3 จากงานศึกษาวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(อ้างถึงในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(ช) 2551: 11) ประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงเวลา 15 ปี (2540-2554) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โลหิตจาง ไตวาย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ ซึ่งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงประมาณการค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จะเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า จาก 14,340.9 ล้านบาท เป็น 35,549.7 ล้านบาท ดังนั้นการที่จะลดภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐลง ต้องมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ ในด้านการส่งเสริมป้องกันเช่นการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การลดอัตราการเป็นโรค เรื้อรัง ด้านการรักษาพยาบาลที่รักษาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถมีสุขภาพที่ดีแม้จะมีโรคเรื้อรังอยู่

## 2. ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

การใช้บริการสถานบริการสุขภาพมีความแตกต่างตามลักษณะการเจ็บป่วย โดยที่การเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้สูงอายุใช้บริการสถานอนามัย/ หน่วยปฐมภูมิ (ร้อยละ 42.3) มากกว่าโรงพยาบาล ดำเนินสะดวก (ร้อยละ 39.4) ในการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรังผู้สูงอายุใช้บริการ โรงพยาบาล ดำเนินสะดวก (ร้อยละ 61.8) มากกว่าสถานอนามัย/หน่วยปฐมภูมิ (ร้อยละ 28) เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยหนัก/ฉุกเฉินผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก (ร้อยละ 85.8) มีการใช้บริการคลินิกแพทย์ในการเจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 9.9) และการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรัง (ร้อยละ 5.1) ส่วนการใช้บริการร้านขายยา (ร้อยละ 6.1) มีเฉพาะในการเจ็บป่วยเล็กน้อย

แผนกที่ไปรับบริการในการเจ็บป่วยทั้ง 3 แบบมากที่สุดคือคือผู้ป่วยนอก/ โรคทั่วไป และมีการใช้บริการคลินิกเฉพาะโรคเพิ่มขึ้นในการการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรัง และการใช้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการเจ็บป่วยหนัก/ ฉุกเฉิน และสอดคล้องกับความถี่ในการใช้บริการต่อปีส่วนใหญ่ ในการเจ็บป่วยเล็กน้อยคือ 1-3 ครั้งแต่ในการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรังคือ 4-6 ครั้ง การใช้บริการผู้ป่วยในก็เช่นกันในการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรัง จะมีการใช้บริการมากถึง ร้อยละ 47.8 และการเจ็บป่วยหนัก / ฉุกเฉิน ร้อยละ 85.8 ซึ่งเป็นไปตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยทั่วไปควรรับการดูแลที่สถานบริการใกล้บ้านก่อน และเข้าสู่ระบบทุติยภูมิหรือตติยภูมิจากระบบส่งต่อเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น ในการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรังที่มีการรักษาต่อเนื่องของโรคเรื้อรังก็จะมีความถี่ในการใช้บริการต่อปีเพิ่มขึ้นและใช้บริการคลินิกเฉพาะโรคมาก

ขึ้น ส่วนในการเจ็บป่วยหนัก/ฉุกเฉิน ก็จะใช้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งบริการตลอด 24 ชั่วโมง การใช้บริการผู้ป่วยในก็เช่นกันผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังย่อมมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษามากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนในการเจ็บป่วยหนัก/ฉุกเฉิน ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการดูแลรักษาที่ต้องรับไว้สังเกตอาการทั้งด้านอุบัติเหตุและการเจ็บป่วย และการเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (ระบบทุติยภูมิ)ที่ตั้งอยู่ในอำเภอที่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม การคมนาคมที่เป็นทั้งทางน้ำและทางบก เป็นอุปสรรคในการเดินทางทั้งยามปกติและยามวิกาลของผู้สูงอายุ ทั้งนี้การบ่งชี้ถึงความฉุกเฉินของการเจ็บป่วยและความจำเป็นในการรับไว้รักษาของโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในอำเภอจะไม่ชัดเจนเหมือนกับโรงพยาบาลที่อยู่ในจังหวัด จึงอาจเป็นสาเหตุให้มีการใช้บริการผู้ป่วยในมาก

โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นโรงพยาบาลระบบทุติยภูมิที่ตั้งอยู่ในอำเภอ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 304 เตียง ในปัจจุบันตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่จะลดความแออัดของโรงพยาบาลจึงมีการตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีแพทย์ไปตรวจรักษา โดยเฉพาะโรคเรื้อรังเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนทั้งความสะดวกใกล้บ้านลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แต่ในปีงบประมาณ 2552 นี้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดบุคลากรแพทย์ทำให้แพทย์ลดวันตรวจรักษาลงซึ่งอาจมีผลให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังกลับเข้ามาใช้บริการคลินิกเฉพาะโรคในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุมีส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทาง โดยระบุเหตุผลมีคนพาไป และความสะดวกในการใช้บริการ โดยระบุเหตุผลคือใช้ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพ/สิทธิการรักษา ซึ่งความสะดวกทั้ง 2 แบบเป็นการถามสรุปในภาพรวมในการรับรู้ที่มากที่สุดของผู้สูงอายุว่ามีความสะดวกหรือไม่อย่างไร ความสะดวกในการเดินทางพบว่าสอดคล้องกับการมีลูกหลานพาไปและการที่สถานีอนามัยบางแห่งมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุ ส่วนความสะดวกในการใช้บริการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่าการมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพทำให้มีความสะดวกในการรับบริการ อาจสรุปได้ว่าการไม่เสียค่ารักษาพยาบาลเป็นความสะดวกและผู้สูงอายุมีความพึงพอใจได้ ในการศึกษาของสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการในทางบวกมากที่สุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (อังกา สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์) พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดที่มีบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่ใช้ประโยชน์จากบัตรและมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากการใช้บัตร

ในด้านการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลในงานวิจัยนี้ ผู้สูงอายุทุกรายที่มีการเจ็บป่วยได้รับบริการสุขภาพทั้งนี้รวมทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งรวมถึงร้านขายยาด้วย ได้ว่าสามารถเข้าถึงบริการในระดับมาก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ ที่สามารถเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.1

ความสะดวกในการเดินทาง กับการใช้บริการสถานบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเด็ก สมบัติบางครอบครัวจะพาผู้สูงอายุไปขอรับบริการจากอนามัยหรือโรงพยาบาล ตามภาวะสุขภาพที่จำเป็น เช่นถ้ามีอาการเจ็บป่วยจึงจะไปโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ ผู้สูงอายุ มีอาการเจ็บป่วยไปใช้สถานอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 26.3 และเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างใช้บริการโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 54.4 สอดคล้องกับการศึกษาของกรมการแพทย์กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป มากกว่าไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value น้อยกว่า .001 และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 85 การเลือกสถานพยาบาลที่ไปตรวจรักษาโรค ส่วนใหญ่เลือกเพราะอยู่ใกล้บ้าน ร้อยละ 77.3 เดินทางสะดวก ร้อยละ 66.9 พึงพอใจในการบริการร้อยละ 43.3

สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี เขยชม (2545) ศึกษาลักษณะการเจ็บป่วยและการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับลักษณะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เกิดจากกลุ่มโรค กลุ่มอาการและอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทและเขตเทศบาลมีโอกาสเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐใกล้เคียงกัน เพราะสามารถใช้สิทธิหรือบัตรประกันสุขภาพได้ สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุมีโอกาสเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลของรัฐสูงเหมือนกันเพราะอาการหนัก/รักษาที่เดิมไม่หาย สอดคล้องศิริพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ บริการที่ผู้สูงอายุไปรับบริการมากที่สุด คือบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นบริการด้านการป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุโดยที่สถานบริการที่ไปรับการรักษาจะเริ่มจากสถานอนามัยในชุมชนไปจนถึงสถานพยาบาลในตัวจังหวัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของโรคและความสามารถในการเดินทาง

สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ รูปแบบการให้บริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน ลักษณะของผู้รับบริการ หรือประชากรกลุ่มเสี่ยง ยังส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพตามชนิดของสถานบริการ ที่ตั้งของสถานบริการ วัตถุประสงค์ของการใช้บริการ ความต้องการบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามลักษณะการเจ็บป่วยและการเสื่อมถอยของร่างกาย เป็นปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุแสวงหาและเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเช่นบัตรประกันสุขภาพ สิทธิเบิกต้นสังกัดของข้าราชการ เป็นปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ดูแลจะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้สะดวกขึ้น

งานวิจัยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวกทุกคนสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลหลักในการช่วยผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้สะดวกขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวกทุกคนสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลหลักในการช่วยผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้สะดวกขึ้น โดยผู้สูงอายุมีส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทาง โดยระบุเหตุผลมีคนพาไป และความสะดวกในการใช้บริการ โดยระบุเหตุผลคือใช้ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพ/ สิทธิการรักษา ซึ่งความสะดวกทั้ง 2 แบบเป็นการถามสรุปในภาพรวมในการรับรู้ที่มากที่สุดของผู้สูงอายุว่ามีความสะดวกหรือไม่อย่างไร ความสะดวกในการเดินทางพบว่าสอดคล้องกับการมีลูกหลานพาไป การที่สถานีนอนามัยบางแห่งมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุ การใช้บริการสถานบริการสุขภาพในผู้ที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนใหญ่ใช้บริการสถานีนอนามัย/ หน่วยปฐมภูมิ (ร้อยละ 42.3) ในผู้ที่มีการเจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรัง (ร้อยละ 61.8) และเจ็บป่วยหนัก หรือฉุกเฉิน (ร้อยละ 85.8) ใช้บริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นหลัก ความถี่ในการรับบริการเป็น 1-3 ครั้งต่อปี ในผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ที่เจ็บป่วยหนัก ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยปานกลางหรือเรื้อรังใช้บริการปีละ 4-6 ครั้ง

การที่ผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวกทุกคนสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ อาจจากการมีสถานบริการสุขภาพที่กระจายครอบคลุมในอำเภอดำเนินสะดวก ซึ่งนอกจากมีโรงพยาบาลดำเนินสะดวกซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปแล้วยังมีสถานีนอนามัย 19 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขชุมชน 104 แห่ง และมีคลินิกแพทย์ 11 แห่ง ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่จะลดความแออัดของโรงพยาบาลจึงมีการตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีแพทย์ไปตรวจรักษา โดยเฉพาะโรคเรื้อรังเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนทั้งความสะดวกใกล้บ้านลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แต่ในต้นปีงบประมาณ 2552 นี้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดบุคลากรแพทย์ทำให้แพทย์ลดวันตรวจรักษาลงซึ่งอาจมีผลให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังกลับเข้ามาใช้บริการคลินิกเฉพาะโรคในโรงพยาบาลสูงขึ้น แต่ในช่วงกลางปีงบประมาณ 2552 จะมีแพทย์อายุรกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งเดิมโรงพยาบาลดำเนินสะดวกได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแต่ได้ล้มเลิกไปด้วยเหตุผลของระบบงานและการขาดแคลนบุคลากร ผลของการวิจัยอาจไปใช้ประกอบการพิจารณาในทางเลือกของการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก หรือการให้แพทย์ไปตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (1) “การบริการทางการแพทย์และ

สาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุในกรณีพิเศษ” และรองรับสังคมผู้สูงอายุ

ในลักษณะงานที่เกี่ยวข้องอีกด้านหนึ่ง ผู้วิจัยรับผิดชอบเป็นหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลดำเนินสะดวกและคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ซึ่งรับผิดชอบระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพด้วย ซึ่งตามนโยบายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขให้จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดนำร่องในโครงการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ซึ่งได้ดำเนินการไปบางส่วนแต่พบอุปสรรคในระบบงาน และจากนโยบายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 นี้ จะเริ่มใช้บัตรประชาชนเอกประสงค์ (สมาร์ทการ์ด) แทนการใช้บัตรประกันสุขภาพในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มดำเนินการนำร่องใน 13 จังหวัด ขยายพื้นที่ เป็น 24 จังหวัดในเดือนมิถุนายนและจะขยายให้ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศภายในเดือนตุลาคม ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบงาน ที่ผู้วิจัยจะต้องบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศด้านฐานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกันในเครือข่ายของสาธารณสุขในอำเภอดำเนินสะดวก ในการส่งต่อข้อมูลโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาล คลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยและในระบบการส่งรักษาต่อ (Refer) ภายในจังหวัดเพื่อประโยชน์ในความรวดเร็วของระบบบริการ ความสะดวกต่อผู้รับบริการลดความแออัดในระบบงานโรงพยาบาล และสนองต่อนโยบายรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์หรือ e - Government ด้วย และอาจต้องมีการเสนอการทบทวนการใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ในระบบสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ในงานด้านผู้สูงอายุได้แก่ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง การควบคุมโรค (ที่สำคัญและเป็นปัญหาเร่งด่วนในพื้นที่ เช่น ไข้เลือดออก วัณโรค โรคอุบัติใหม่ เช่น โรคซาร์ ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ 2009) การค้นหากลุ่มเสี่ยง ตลอดจนใช้ในงานการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสะดวกในการกำหนดจุดพิชิตรับผู้ป่วยหนักหรือผู้บาดเจ็บในกรณีฉุกเฉิน (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีข้อกำหนดในการรับส่งผู้ป่วยหนักหรือผู้บาดเจ็บในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น ไม่รับการส่งต่อในการรักษาทั่วไป) หรือประโยชน์ในระบบงานเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) ซึ่งเป็นการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

นอกจากนั้นการสาธารณสุขในปัจจุบันจะมีการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสมทบงบประมาณเข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยได้ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล) ในปีงบประมาณ 2551 ดังนั้นการดำเนินการการสาธารณสุขจะต้องใช้การบูรณา

การระบบงานและงบประมาณร่วมกันในเครือข่ายพื้นที่ เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลประชาชนในพื้นที่ร่วมกัน ทั้งนี้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะต้องเป็นนโยบายที่ต้องจัดทำร่วมกันเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอดำเนินสะดวก: โดยมีการบูรณาการร่วมกันในระบบงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ ในเรื่อง ปัจจัยและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไปของอำเภอดำเนินสะดวก เนื่องจากผู้สูงอายุมียาวจึงควรศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. ควรมีการศึกษาถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะโรคของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่พบปัญหา เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

## ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ โดยการใช้ประสบการณ์การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ อาจได้ข้อมูลไม่ชัดเจนครบถ้วนในด้านประวัติการเจ็บป่วย ทั้งในลักษณะการเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยปานกลาง/ เรื้อรัง หรือการบาดเจ็บหนัก/ ลุกเดิน การมีโรคประจำตัว การเสื่อมถอย รวมทั้งการประเมินสภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นการประเมินจากการรับรู้ของผู้สูงอายุ ไม่ได้ประเมินจากประวัติการตรวจรักษาโดยตรง ซึ่งผู้สูงอายุอาจมีโรคประจำตัวหรือการเสื่อมถอย โดยไม่ได้รับการคัดกรองหรือการตรวจสุขภาพ

### บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. “รูปแบบการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ.” ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2550 สมาคมพฤฒวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย: การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2551.
- กระทรวงสาธารณสุข. ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.moph.go.th/ops/thp/>
- เกตุร วิศาลเวทย์. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2551. เข้าถึงได้จาก <http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum1/guaranty/index.html>
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2551. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Plan10/plan10.htm>
- ชาญวิทย์ ทระเทพ และคณะ. รายงานวิจัยสถานการณ์การจัดระบบบริการสาธารณสุข: โครงสร้าง รูปแบบ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2548.
- นงนวล พูลเกษตร. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี. “การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว ความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ.” ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2550 สมาคมพฤฒวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เรื่องการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- นพดล สหชัยเสรี และ ยงชนิสร์ พิมลเสถียร. รายงานวิจัยการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการวางแผนระบบบริการสาธารณสุขด้านแรกในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเอเอ็นดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด, 2547.



- ประทีป ชนกกิจเจริญ. ทิศทางการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2551 ประเด็นที่น่าสนใจ  
[ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2551. เข้าถึงได้จาก [www.thaicne.com/images/1200462967/patip\\_2008.ppt](http://www.thaicne.com/images/1200462967/patip_2008.ppt)
- ประเวศ วะสี. สานตีสู่ระบบสุขภาพ [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2551. เข้าถึงได้จาก <http://gotoknow.org/file/anuwatsup/C40.pdf>
- มนู วาสิสุนทร. “การพัฒนานโยบายและการจัดบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care).”  
ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2550 สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย: การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2549. กรุงเทพฯ:  
โรงพิมพ์เดือนตุลา, 2550.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. รายงานวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท. กรุงเทพฯ: สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547.
- โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก รายงานประจำปี 2551.(อัครำเนา)  
เล็ก สมบัติ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการภาวการณ์ดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน.  
กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด, 2549.
- วารสาร ตระกูลศุภคี. SSC334 จิตวิทยาการปรับตัว: หน่วยที่ 9 การปรับตัวในวัยสูงอายุ  
[ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://eu.lib.kmutt.ac.th/elearning/Courseware/SSC334/chapter9.htm>
- วันที จำเริญ. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา.”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- วิษุตา อินทรมานวงศ์. “ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา.”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- วินัย สวัสดิ์. เผยปี'51 คนไทยฮิตใช้สิทธิ สปสช. ร้อยกว่าล้านครั้ง [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ  
7 มีนาคม 2552. เข้าถึงได้จาก [www.thisismedical.com/news\\_article\\_detail.php?id=66](http://www.thisismedical.com/news_article_detail.php?id=66)
- ศรัณญา เบญจกุล. “ความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มประชากรวัยสูงอายุใน

ประเทศไทยช่วงระหว่างเศรษฐกิจฟองสบู่และหลังวิกฤติเศรษฐกิจ: ทางเลือกเชิงนโยบาย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. “การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ.” ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2550 สมาคมพฤฒิวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย: การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

ศิวัสน์ เหลืองสมบูรณ์. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประสิทธิภาพกับความยั่งยืนทางการคลัง [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.nidambel1.net/ekonomiz/2007q3/2007september13p4.htm>

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์. ทิศทางการพัฒนางานสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2552. เข้าถึงได้จาก [www.thaihed.com/dbweb/file\\_attach/24Dec200704-AttachFile](http://www.thaihed.com/dbweb/file_attach/24Dec200704-AttachFile)

ศูนย์บริการข้อมูลภาครัฐเพื่อประชาชน. ลงทะเบียนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.gcc.go.th/gcc/index.php>

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย: สถานการณ์การบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2550.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. ศัพท์านุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.popterms.mahidol.ac.th/popterms/showmean.php?id=a00283>

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ก้าวที่ผ่านไปบนเส้นทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ: ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างปี 2542-2550. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2551.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การสำรวจและศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2549.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548.

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊อค, 2547.

- สมพร ใจสมุทร. “พฤติกรรมและการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง.”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547 [ออนไลน์].  
เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.db.hitap.net/theses/10>
- สุกัญญา ประจุศิลปะและ อารีชัยวรรณ อ่วมธานี. รายงานวิจัยสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ  
ประชากรชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. 2548 [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม  
2552. เข้าถึงได้จาก [http://www.research.chula.ac.th/cu\\_ออนไลน์/2549/August30\\_1.htm](http://www.research.chula.ac.th/cu_ออนไลน์/2549/August30_1.htm)
- สุปราณี เขยชม. “การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโครงการ  
กาญจนบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. รายงานวิจัยผลกระทบของการย้ายถิ่นของบุตร  
ในวัยแรงงานต่อภาวะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุไทย. 2547 [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7  
มกราคม 2552. เข้าถึงได้จาก [http://www.research.chula.ac.th/cu\\_ออนไลน์/2548/October42\\_1.htm](http://www.research.chula.ac.th/cu_ออนไลน์/2548/October42_1.htm)
- สุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์. “การเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
ของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดภูเก็ต.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2545.
- สุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. “ปัจจัยการเข้าถึง  
บริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุจังหวัด  
ภูเก็ต.” วารสารวิชาการสาธารณสุข 13,1 (มกราคม – กุมภาพันธ์ 2547): 82-92.
- สำนักข่าวแห่งชาติ. วันผู้สูงอายุ [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2552. เข้าถึงได้จาก [http://thainews.prd.go.th/Misc/old/simbol\\_old.html](http://thainews.prd.go.th/Misc/old/simbol_old.html)
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ก รายงานการวิเคราะห์การ  
เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ  
(2551) [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.pocnara.go.th/narathiwat/book001/E-book.htm>
- \_\_\_\_\_. ข “ภาวะแวดล้อมของการพัฒนาในช่วง 20 ปีข้างหน้า.” ใน เอกสารประกอบการ  
ประชุมประจำปี 2551: วิสัยทัศน์ประเทศไทย สู่ปี 2570 ที่ศูนย์แสดงสินค้าและการ  
ประชุมอิมแพคเมืองทองธานี 16 สิงหาคม 2551 [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม  
2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.nesdb.go.th/>

Default.aspx?tabid=341

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550  
[ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2552 เข้าถึงได้จาก <http://www.pocnara.go.th/narathiwat/book001/E-book.htm>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. บอร์ดสปสช.เสนองบหลักประกันสุขภาพ ปี 53 (2  
กุมภาพันธ์ 2552) [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://cpho.moph.go.th/km>
- สำนักยุทธศาสตร์การพาณิชย์. สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม  
2552. เข้าถึงได้จาก [www.otp.moc.go.th/save\\_file.php?filename=./uploads/news\\_09092008022713.pdf](http://www.otp.moc.go.th/save_file.php?filename=./uploads/news_09092008022713.pdf)
- สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ทิศทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี  
2552 [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ <http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewItemAction.do?>
- พูนญา โอซารส และคณะ. รายงานการวิจัย: สถานการณ์บริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่ม  
เปราะบางในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง  
ประเทศไทย จำกัด, 2551.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

## แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวก

แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

คำอธิบาย โปรดตอบคำถามและใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับประสบการณ์/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  ม่าย
4. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้ศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา  ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. อาชีพปัจจุบัน  
 ไม่ได้ทำงาน  รับจ้าง  เกษตร  อื่นๆระบุ.....
6. รายได้จากทุกแหล่งเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ .....บาท
7. รายได้ของท่านพอเพียงหรือไม่  
 ไม่พอ  พอเพียงไม่มีเก็บ  พอเพียงและมีเก็บ  เหลือใช้
8. บุคคลในครอบครัวมีใครบ้าง(ตอบได้หลายข้อ) รวม.....คน  
 อยู่คนเดียว  สามี/ภรรยา  ลูก/หลาน  อื่นๆระบุ.....
9. บุคคลหลักที่ดูแลท่านยามเจ็บป่วย(ตอบเพียงข้อเดียว)  
 ตนเอง  สามี/ภรรยา  ลูก/หลาน  อื่นๆระบุ.....
10. บุคคลหลักที่ท่านไปสถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย(ตอบเพียงข้อเดียว)  
 ตนเอง  สามี/ภรรยา  ลูก/หลาน  อื่นๆระบุ...
11. ท่านคิดว่าในปีที่ผ่านมาภาวะสุขภาพโดยรวมท่านเป็นอย่างไร  
 ดีมาก  ดี  ปานกลาง  ไม่ดี  ไม่ดีมาก ๆ
12. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่  
 ไม่มี  มี
13. ท่านมีความเสื่อมถอยตามวัยหรือสภาพของร่างกายที่ท่านทำงานได้ไม่เหมือนเดิมหรือไม่  
 ไม่มี  มี







เมื่อเจ็บป่วยหนัก/ฉุกเฉิน ( มีอันตราย/ มีภาวะคุกคามชีวิต)ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	
27. ท่านใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขที่ใดมากที่สุด	
<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลรัฐ(อื่น)
<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเอกชน	<input type="checkbox"/> ร้านขายยา
<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ เช่น 1 เป็นเองหายเอง	2 รักษาตัวเอง
	3 รักษาแบบอื่น
	4 อื่นๆระบุ.....
28. ท่านใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขแผนกใดมากที่สุด	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก/โรคทั่วไป	<input type="checkbox"/> คลินิกเฉพาะโรค
<input type="checkbox"/> คลินิกนอกเวลา	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
	<input type="checkbox"/> ทันตกรรม
	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
29. ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้งต่อปี(เฉลี่ย)	
30. ท่านใช้บริการผู้ป่วยในของสถานบริการสาธารณสุขหรือไม่	
<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่... <input type="radio"/> ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้งต่อปี(เฉลี่ย)
31. ส่วนใหญ่แล้วท่านมีความสะดวกในด้านการเดินทางหรือไม่	
<input type="checkbox"/> ไม่สะดวก เช่น	1 ปัญหาด้านสุขภาพ/การเคลื่อนไหว
	2 ไม่มีใครพาไป
	3 ระยะทางไกล
<input type="checkbox"/> สะดวก เช่น	1 ไปเองได้ไม่ลำบาก
	2 มีคนพาไป
	3 ระยะทางใกล้
	4 ค่าใช้จ่ายการเดินทางมาก
	5 ปัญหาด้านยานพาหนะ
	6 เสียเวลานาน
	7 อื่นๆระบุ.....
	4 ค่าใช้จ่ายการเดินทางน้อย
	5 ยานพาหนะ
	6 ใช้เวลาน้อย....
	7 อื่นๆระบุ.....
32. ส่วนใหญ่แล้วท่านมีความสะดวกในด้านการใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขหรือไม่	
<input type="checkbox"/> ไม่สะดวก เช่น	1 ระยะเวลารอคอยนาน
	2 ระบบบริการไม่ต่อเนื่อง
	3 สิ่งอำนวยความสะดวกน้อย
<input type="checkbox"/> สะดวก เช่น	1 ระยะเวลารอคอยน้อย
	2 ระบบบริการดี ต่อเนื่อง
	3 มีสิ่งอำนวยความสะดวก
	4 ค่าใช้จ่ายการรักษา
	5 การบริการของเจ้าหน้าที่
	6 ระบบการส่งต่อ
	7 อื่นๆระบุ.....
	4 ใช้ตามสิทธิการรักษา
	5 การบริการของเจ้าหน้าที่
	6 ระบบการส่งต่อ
	7 อื่นๆระบุ.....
33. สรุปใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยประสบปัญหาในการเข้ารับบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลหรือไม่	
<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคยระบุ .....

## การพิทักษ์สิทธิของผู้ที่ได้เข้าร่วมงานวิจัย

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ดิฉัน นางสาวผานิตา พงษ์เสวต นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยศิลปากร ขณะนี้กำลังทำสารนิพนธ์เรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวก เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดำเนินสะดวก

ในการนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ คือดิฉันหรือผู้ช่วยวิจัย .....จะมาสัมภาษณ์ท่านโดยใช้แบบสัมภาษณ์และใช้วิธีการจดข้อมูลต่างๆจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับโดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ดิฉันขอรับรองว่า การเข้าร่วมตอบแบบสัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อท่านหรือสมาชิกในบ้านของท่าน หากท่านมีข้อสงสัยดิฉันหรือผู้ช่วยวิจัยยินดีที่จะให้ท่านซักถามจนเข้าใจ และท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลา จึงขอขอบคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวผานิตา พงษ์เสวต

นักศึกษาระดับปริญญาโท

สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวผานิตา พงษ์เสวต
ที่อยู่	4 ถนนสมบูรณกุล ซอย 2 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2528	สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
พ.ศ. 2537	สำเร็จการศึกษาปริญญาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ.2550	ศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2528	พยาบาลวิชาชีพ 3 งานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
พ.ศ. 2545-2551	พยาบาลวิชาชีพ 8 ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษอุดม และหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก