



ความเป็นมาของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของประชากรที่กำลังเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศในปัจจุบันคือ การเพิ่มขึ้นของประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี ในปี พ.ศ. 2523 ประเทศในโลกลงำลังพัฒนาทั้งหมด มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.0 (198.1 ล้านคน) เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.3 (230.4 ล้านคน) ใน พ.ศ. 2528 และองค์การสหประชาชาติคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศกำลังพัฒนาจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.9 (805.9 ล้านคน) (สุจินต์ ผลากรกุล, 2523:385) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุดังกล่าว จึงเป็นปัญหาหนึ่งที่ประเทศกำลังพัฒนาจะต้องให้ความสนใจและให้การดูแลประชากรกลุ่มนี้

สำหรับประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่า เป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชียที่ประสบผลสำเร็จในการลดภาวะเจริญพันธุ์ลงอย่างรวดเร็วในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้อัตราเพิ่มของประชากรไทยที่เคยอยู่ในระดับที่สูงถึงร้อยละ 3.2 ต่อปี ในระหว่าง พ.ศ. 2490 - 2503 (วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ, 2521:5) ลดลงเป็นประมาณ 1.3 ต่อปีในปัจจุบัน การลดลงนี้เริ่มหลังจากการประกาศนโยบายประชากรอย่างเป็นทางการใน พ.ศ. 2513 และรัฐบาลได้ส่งเสริมการวางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ พร้อมกับกำหนดเป้าหมายลดอัตราเพิ่มประชากรไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 3 (2515 - 2519) เป็นต้นมา ซึ่งเมื่อสิ้นแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 (2525 - 2529) อัตราเพิ่มได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1.7 และมีเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มให้เหลือเพียงร้อยละ 1.3 เมื่อสิ้นแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2529:17) นอกจากนี้ความเจริญทางด้านการศึกษาและสาธารณสุข ส่งผลให้อัตราตายลดลงและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยสูงขึ้น คนไทยมีอายุยืนกว่าแต่ก่อน ผู้หญิงอายุยืนกว่าผู้ชาย ซึ่งจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร ครั้งที่ 1 (2507 - 2508) และครั้งที่ 2 (2517 - 2518) และครั้งที่ 3 (2528 - 2529) อายุขัยเฉลี่ยของผู้หญิงเพิ่มจาก 62.04 ปี เป็น 63.82 ปี และ 68.9 ปี ส่วนของชายเพิ่มจาก 55.94 ปี เป็น 58.00 ปี และ 63.8 ปี ตามลำดับ (นภาพร ชัยวรรม, 2528:15; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2531:33)

จากปรากฏการณ์ดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในขนาดและโครงสร้างทางอายุของประชากร กล่าวคือ จากสามะโนประชากรของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2513 - 2523 พบว่า ประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีมีจำนวน 15 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 17 ล้านคน แต่สัดส่วนได้ลดลงจากร้อยละ 45.1 เหลือเพียงร้อยละ 38.2 ในช่วงเวลาเดียวกัน ประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีและมากกว่า) กลับเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วน โดยเพิ่มจากจำนวน 1.6 ล้านคน เป็น 2.4 ล้านคนหรือจากร้อยละ 4.9 เป็นร้อยละ 5.5 ในช่วงปีเดียวกัน (นภาพร ชัยวรรม, 2528:2) และคาดว่าจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.8 ล้านคน หรือร้อยละ 7.5 ในปี พ.ศ. 2543 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2529:18)

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในปัจจุบันและที่คาดการณ์ไว้ในอนาคตของประเทศไทย เป็นสิ่งที่รัฐบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แม้ว่าผู้สูงอายุในสังคมไทยจะยังไม่เป็นปัญหาที่รับด่วนเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ก็ตาม แต่การที่นโยบายการพัฒนาประเทศที่มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม มีการขยายตัวของเมืองและการเติบโตของระบบอุตสาหกรรม รวมทั้งการย้ายเข้าเมืองของแรงงานที่เป็นคนหนุ่มสาว ทำให้โครงสร้างทางสังคมวิถีการดำเนินชีวิต ตลอดจนประเพณี ค่านิยมต่างๆ เปลี่ยนไป ครอบครัวขยายซึ่งเดิมเคยมีลักษณะเด่น เริ่มลดความสำคัญลงครอบครัวเดี่ยวเข้ามาแทนที่ ทำให้ผู้สูงอายุทั้งในเมืองและชนบทถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (นันทนีย์ ไชยสุต, 2524:89-92) ซึ่งอุตตราพร บุนนาค (2528:71) พบว่า สาเหตุสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เพราะไม่มีคนเลี้ยงดูและขาดที่อยู่อาศัย ดังนั้นปัญหาการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในอนาคต

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง ทำให้สมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายและหากเจ็บป่วยแล้ว จะมีความรุนแรงหรือหายช้า และเมื่อพิจารณาถึงปัญหาผู้สูงอายุของไทย ส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาสุขภาพ เช่นการศึกษาของ พันธ์สิทธิ์ คำนวนศิลป์, สีนี กมลนาวัน และประเสริฐ รักไทยดี (2523:161) พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 58 มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาในโครงการ SECAPT ที่พบว่า ปัญหาหลักสำคัญประการหนึ่งของผู้สูงอายุคือ ปัญหาสุขภาพ (นภาพร ชัยวรรม และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2532:2) สำหรับการรักษายาบาลของผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ยังมีการรักษายาบาลที่ยังไม่ถูกต้อง ดังเช่นการศึกษาของนภาพร ชัยวรรม และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532:30) ที่พบว่า เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 5 พึ่งร้านขายยา มีบางส่วนที่พึ่งหมอแผนโบราณ และประมาณร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว แต่ไม่ได้ไปรับการรักษา ข้อมูลนี้ชี้แนะว่า ผู้สูงอายุไทยยังดูแลสุขภาพของตนไม่ดีพอ อาจเป็นเพราะไม่มีความรู้ความเข้าใจหรือไม่สามารถเข้า

ถึงแหล่งบริการได้ ภาวะดังกล่าวทำให้ชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ ถูกบั่นทอนความสุขลงไปอย่างมาก และย่อมเป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องแก้ไข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างสงบสุขตามแก่อัตภาพ เพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เคยได้ทำคุณประโยชน์แก่ครอบครัว สังคม และประเทศชาติโดยส่วนรวม ในขณะที่ยังมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง เมื่อเข้าสู่วัยสุดท้ายของชีวิตจึงควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ ทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย

ภาวะปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสภาพความเป็นอยู่ต่างๆ ย่อมมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบกับจำนวนผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้น รัฐต้องเตรียมรับมือกับปัญหาผู้สูงอายุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้นี้ ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถช่วยตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานและสังคมมากเกินไป ด้วยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำไปพร้อมกับการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุด้านอื่น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม แก่ผู้สูงอายุต่อไป

แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

แนวคิดที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการเจ็บป่วยนั้น ตามแนวคิดเชิงทฤษฎีการเกิดโรค (สมชาย สุนันธุ์นิช, 2521:14) ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ 3 ประการคือ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) มนุษย์ (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้ จะมีปฏิริยาที่ซับซ้อนต่อกัน เมื่อใดที่ปัจจัยทั้ง 3 อยู่ในสภาพสมดุลก็จะไม่เกิดการเจ็บป่วยขึ้น หากปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งเปลี่ยนแปลงไปไม่อยู่ในสภาพสมดุล จะเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคขึ้นได้ ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ประการประกอบด้วย

1. สิ่งที่ทำให้เกิดโรค จะมีทั้งสิ่งที่มีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิต ประกอบด้วยปัจจัยทางฟิสิกส์ เช่น แสง เสียง ความร้อน ปัจจัยทางเคมี เช่น สารพิษต่างๆ สารหนู สิ่งระคายเคืองต่างๆ และปัจจัยทางจุลชีววิทยาที่เกี่ยวกับเชื้อโรค เช่น เชื้อแบคทีเรีย ไวรัส เป็นต้น
2. มนุษย์หรือตัวของมนุษย์เอง ซึ่งการเจ็บป่วยหรือโรคจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่ทำให้เกิดโรค และปฏิริยาในร่างกายมนุษย์แต่ละคน ที่จะต่อสู้กับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีววิทยา เช่น ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย การทำหน้าที่ของระบบต่างๆในร่างกายรวมทั้งอายุ เพศ เชื้อชาติ ของแต่ละบุคคล และขึ้นอยู่กับปัจจัยทางพฤติกรรม

ของบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ผ้าคลุมและบริโภค การประกอบอาชีพ การใช้ยา เป็นต้น

3. สิ่งแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบบุคคล รวมถึงสิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิต อันประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สภาพภูมิศาสตร์ สภาพภูมิประเทศ สิ่งแวดล้อมทางเคมี เช่น ดิน อากาศ น้ำ สิ่งแวดล้อมทางชีววิทยา เช่น สัตว์ พืช มนุษย์ แมลง และสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม เช่น รายได้ของประชาชน ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม เป็นต้น

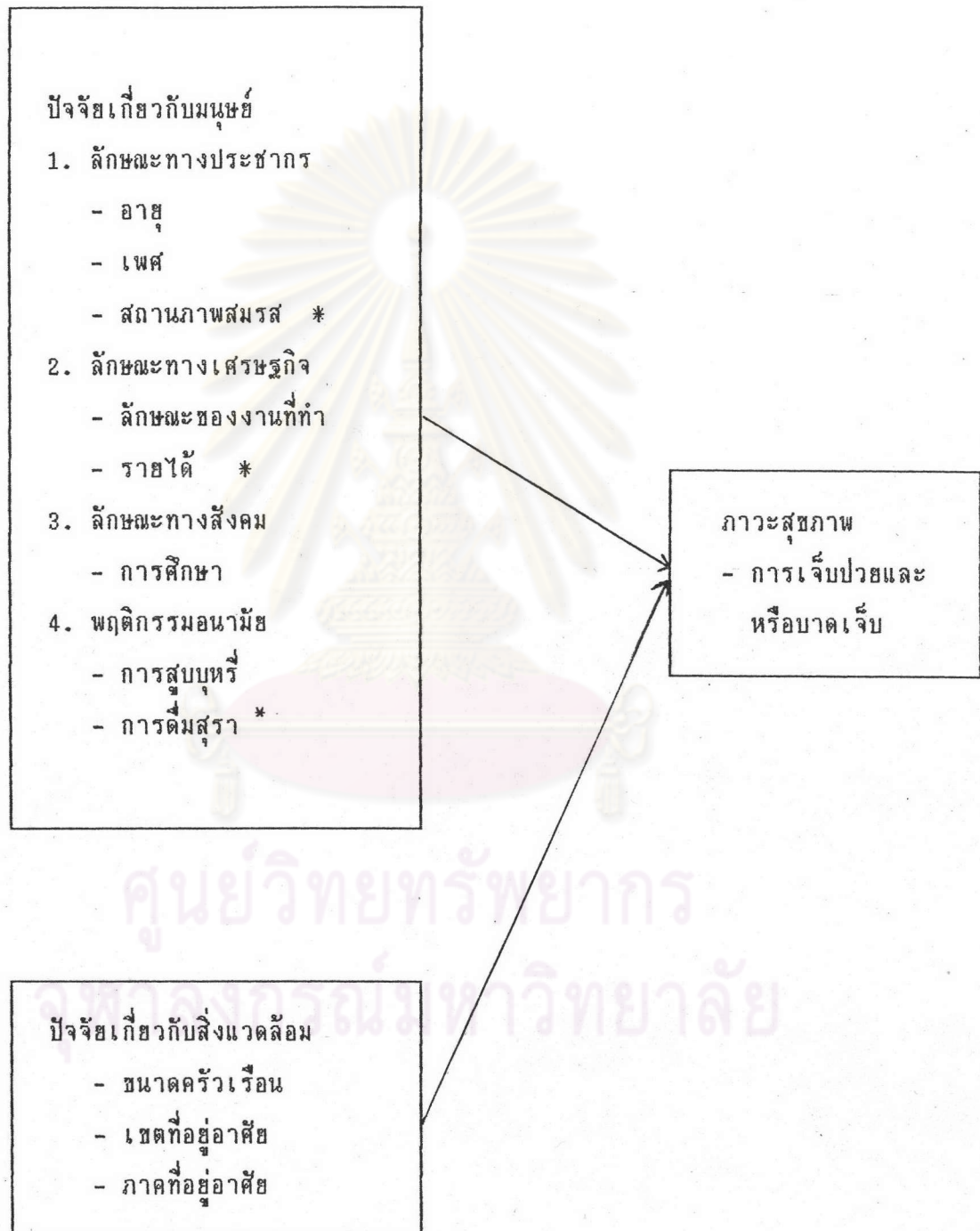
จากแนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดโรคนี้ จะนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่การศึกษาดังนี้ไม่ได้เน้นปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยมา ทำการศึกษาด้วย เนื่องจากปัจจัยดังกล่าว เป็นการศึกษาทางด้านการแพทย์ที่ต้องทำการทดสอบในห้องทดลอง แต่การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาทางด้านสังคมวิทยา และจะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้าน มนุษย์และสิ่งแวดล้อมที่น่าจะมีผลให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งมีกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



หมายเหตุ : * เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ เนื่องจากไม่มีข้อมูล

แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลย่อมต้องหาทางเยียวยารักษา ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม เพื่อให้หายป่วยและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ ซึ่ง Suchman (1965:114-128) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการไปรับการรักษาพยาบาลว่า สามารถแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เมื่อบุคคลรู้สึกไม่สบายหรือมีอาการผิดปกติขึ้นในร่างกาย บุคคลจะอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา ตัดสินว่าป่วยหรือไม่ป่วย ในขั้นนี้จะพยายามรักษาตนเอง เช่น งดอาหารบางชนิด กินยาสมุนไพร และรอดูอาการที่เป็นว่ารุนแรงมากขึ้นเพียงใด หายหรือไม่หาย

ขั้นที่ 2 เมื่ออาการผิดปกติยังไม่หาย ก็เริ่มยอมรับสภาพของการเป็นผู้ป่วย ขั้นนี้ผู้ที่เจ็บป่วยจะรับฟังคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อให้อาการเจ็บป่วยบรรเทาลง พยายามแสวงหาวิธีการรักษาตามคำแนะนำของคนรอบข้าง อาจจะซื้อยามารักษาตนเอง ไปหาหมอตามบ้าน หมอไสยศาสตร์

ขั้นที่ 3 ตัดสินใจไปหาผู้บำบัดรักษา ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระบบการแก้ไขและรักษาเยียวยาของแพทย์ ในขั้นนี้ผู้ป่วยต้องการให้มีการวินิจฉัย และรักษาอาการป่วยให้หายไป เพื่อให้หายป่วยโดยเร็วจะได้ทำงานได้ตามปกติ การเลือกแหล่งบริการจะสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ และการตัดสินใจของผู้ป่วย ความสะดวกสบายและการเข้าถึงบริการ ตลอดจนอิทธิทธิของกลุ่มต่างๆ ทางสังคมมีผลต่อการเลือกใช้บริการ

ขั้นที่ 4 เข้าสู่บทบาทของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะยอมอยู่ในความควบคุมดูแลของผู้รักษาและปฏิบัติตามคำสั่ง ผู้ป่วยจะต้องปรับสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้รับกับสภาพการเป็นผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยมีความสำคัญมากในขั้นตอนนี้ หากเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ฝ่าย อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแหล่งรักษาเยียวยา

ขั้นที่ 5 พ้นจากการเจ็บป่วย เป็นขั้นสิ้นสุดของการรักษาผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวบางประการ เพื่อให้อาการป่วยหายเป็นปกติหรืออาจกล่าวได้ว่า ขณะนั้นอาการของผู้ป่วยหายสนิทแล้วและกลับเข้าสู่การมีกิจกรรมตามเดิมได้

แนวคิดของ Suchman นี้ ก็มีใช้จะสามารถอธิบายการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้ทุกกรณี เพราะผู้ป่วยทุกคนไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามขั้นตอนดังกล่าวเสมอ บางคนอาจมีเพียงขั้นตอนที่ 1 และ 2 เท่านั้น บางคนอาจมีขั้นตอนที่ 1 แล้วข้ามเป็นขั้นที่ 3 หรือ 4 ก็ได้ และในการเลือกวิธีบำบัดรักษาให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น สิ่งที่น่าจะส่งผลสำคัญก็คืออาการของการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงมากขึ้นเพียงใด เพราะหากเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย อาจซื้อยามารักษาตนเองก็หายได้ แต่หากเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเจ็บพลัน ก็ย่อมส่งผลให้เลือกรับการรักษา

ที่มีประสิทธิภาพ โดยแพทย์แผนปัจจุบันและยังขึ้นอยู่กับการรับรู้ ประสบการณ์ ฐานะทางเศรษฐกิจ ของบุคคลนั้น รวมทั้งบทบาทของครอบครัวเพื่อนฝูง ที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา พยาบาล ซึ่ง Madsen (1960:120-124) Colson (1971:226-237) และเบญจา ยอดดำเนิน, จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิชกุล (2523:45) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของกลุ่มชน ในการเลือกรับบริการรักษาพยาบาลว่า การรักษาแต่ละครั้งผู้ป่วยจะ เลือกใช้บริการแบบใดขึ้นอยู่กับสาเหตุสำคัญ 2 ประการด้วยกันคือ

1. อาการเจ็บป่วยที่ต่างกัน ทำให้เลือกใช้บริการรักษาพยาบาลต่างกัน
2. คนต่างกลุ่ม ต่างเหล่ากัน หรือปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมต่างกัน

จะทำให้ผู้ป่วยใช้บริการรักษาพยาบาลต่างกัน

นอกจากนี้ Aday and Anderson (1975:142) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการ เลือกใช้บริการรักษาพยาบาลว่า ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ 2 ประการคือ

1. ลักษณะทางประชากรและสังคม เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ตลอดจนความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการ
2. ความพึงพอใจต่อบริการ อันได้แก่ ความสะดวกสบาย คุณภาพของแหล่งบริการ และอัตราค่าของค่าบริการ

จึงอาจกล่าวได้ว่าในการตัดสินใจเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนั้น จะขึ้นอยู่กับ ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมของผู้ป่วย รวมถึงอาการและความรุนแรงของอาการ เจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อการใช้บริการที่ระดับหนึ่ง ประกอบกับสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย อันได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน แหล่งบริการที่มีอยู่ในชุมชน ความสามารถของผู้ให้บริการ และคุณภาพของ แหล่งบริการย่อมส่งผลในระดับที่แน่นอนต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล

จากแนวคิดเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำ มาเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ซึ่งมีกรอบการศึกษาดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ลักษณะทางประชากร

- อายุ
- เพศ
- สถานภาพสมรส *

ลักษณะทางเศรษฐกิจ

- ลักษณะของงานที่ทำ
- รายได้ *
- ขนาดครัวเรือน

ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

- การศึกษา
- เขตที่อยู่อาศัย
- ภาคที่อยู่อาศัย

ลักษณะอื่นๆ

- ค่าใช้จ่ายในการรักษา *
- อาการที่เจ็บป่วย
- คำแนะนำจากครอบครัวและเพื่อน *
- การเข้าถึงสถานบริการฯ *
- คุณภาพของแหล่งบริการ *

การรักษาพยาบาล

- แบบแผนของการรักษา
- การใช้ยาสมุนไพร

หมายเหตุ : * เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ เนื่องจากไม่มีข้อมูล

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมอนามัย และลักษณะอื่นๆ แตกต่างกัน จะมีภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างไร

วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ยังมีผู้ศึกษาไว้ไม่มากนัก การศึกษาดังนี้ จึงได้นำผลจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารผลการวิจัยต่างๆ ซึ่งได้กล่าวหาถึงหรือเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาล มาเป็นพื้นฐานในการศึกษา โดยจะแบ่งการทบทวนเป็น 2 ส่วนคือภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาล

ก. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ย่อมเป็นปรากฏการณ์ที่บ่งถึงความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย และหากเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้นเท่าใด ย่อมก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้นเท่านั้น

ดังเช่นที่ Hendrick and Hendrick (1977:173-174) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบ ความเจ็บป่วยและการตายของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี 1973 พบว่า ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ส่วนสาเหตุการตายอันดับแรกคือ โรคหัวใจ มะเร็ง และโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมอง สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตแปซิฟิกตะวันตกนั้น Andrew et al. (1986:33) ศึกษาใน 4 ประเทศคือ อาณาจักรฟิจิ สาธารณรัฐเกาหลี มาเลเซีย และสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ โดยให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเอง พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุทุกประเทศที่ศึกษามีสุขภาพดี โดยสาธารณรัฐฟิลิปปินส์มีผู้สูงอายุที่รายงานว่า มีสุขภาพดีมากที่สุด รองลงมาได้แก่ มาเลเซีย สาธารณรัฐเกาหลีและอาณาจักรฟิจิ ส่วนการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุในสาธารณรัฐอินโดนีเซีย มาเลเซีย สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ สาธารณรัฐสิงคโปร์และไทย (Ju and Jones, 1989:76) โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า สาธารณรัฐสิงคโปร์มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บน้อยที่สุด (ร้อยละ 14) รองลงมาได้แก่ ไทย มาเลเซีย สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ และสาธารณรัฐอินโดนีเซีย มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บมากที่สุด (ร้อยละ 40)

นิตา ชูโต (2525:29) นภาพร ธีโยววรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532:2)

พบว่า ปัญหาหลักที่ผู้สูงอายุไทยประสบได้แก่ ปัญหาสุขภาพอนามัยและปัญหาเศรษฐกิจ และยังมีผู้พบว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุนั้นมีอยู่หลายประการ เช่น อายุ เพศ รายได้ การศึกษา การปรับอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมและความเข้าใจในด้านสุขภาพ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญมากอันจะเป็นผลต่อสุขภาพอนามัยในผู้สูงอายุ (Campbell, 1978:122) สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมอนามัย มีรายละเอียดของข้อค้นพบดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร

1.1 อายุ

อายุน่าจะมีผลต่อการเจ็บป่วยที่ต่างกัน เพราะในแต่ละช่วงอายุนั้น ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ และความเจริญของร่างกายจะแตกต่างกัน เช่น ในวัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่ไม่เจริญแล้ว จึงมีสุขภาพทรุดโทรม เจ็บป่วยง่ายและเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บเกือบตลอดเวลา ดังนั้นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจะเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่ง Feraro (1980:385) พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 75 ปี และมากกว่า มักรายงานปัญหาสุขภาพของตนว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การเคี้ยวอาหาร การได้ยินและป่วยเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น และจรรยาธรรม เหมะชร และพินันท์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526:66) ศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตนิคมบ้านมักกะสัน กรุงเทพฯ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่ำจะมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเมื่อเร็วๆ นี้ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คืออัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีสุขภาพไม่ดีมีสูงกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า (นภาพร ชโยวรรณ และ มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2532:25)

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีอายุที่ต่างกัน จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่มียุขมากน่าจะมึภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรม เจ็บป่วยและบาดเจ็บ ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

1.2 เพศ

โดยทั่วไปเพศหญิงและเพศชาย มีความแตกต่างกันในภาวะสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของเพศหญิง มีความสลับซับซ้อนมากกว่าเพศชาย ซึ่ง Ruth (1973:24-25) ให้ทัศนะว่าเพศอาจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการเจ็บป่วย เนื่องจากเพศชายมีความแข็งแรง ความเป็นชายชาตรี ทำให้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยง่ายๆ และมองว่าการเจ็บป่วยเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอ และความเป็นหญิง และเพศหญิงมักจะรายงานว่

ตนเองอยู่ในภาวะเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย และถึงแม้ว่าเพศหญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวกว่าเพศชาย แต่เมื่อพูดถึงการเจ็บป่วยแล้ว เพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่า (Riley and Foner, 1968:211) แบบแผนดังกล่าวยังพบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุชายโดยทั่วไปมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2526:44; นภาพร ชัยวรธรรม และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2528:26) จึงอาจกล่าวได้ว่า เพศชายน่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าเพศหญิง

1.3 สถานภาพสมรส

ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ จะขาดผู้ใกล้ชิด หรือเพื่อนคู่คิด ซึ่งจะทำให้เกิดความว้าเหว้ผลต่อจิตใจ อันจะนำไปสู่การทำงานที่ไม่สมดุลงของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ง่ายกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ สำหรับในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีภาวะสุขภาพกายดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าและแยกกันอยู่ (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2526:71) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ, 2523:156) ซึ่งจากการศึกษาของ บังอรรัตน์ ศุขตระกูล (2532:75) ได้เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด และเขตชุมชนไม่แออัด พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีสุขภาพดีมากกว่ากลุ่มอื่น เพราะการมีชีวิตคู่จะมีความผูกพันซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วยย่อมจะต้องคอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกัน ต่างจากกลุ่มสถานภาพสมรสอื่นๆ ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวต้องดูแลช่วยเหลือตนเองทั้งยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด ทำให้เกิดความว้าเหว้และไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร

จากผลการวิจัยข้างต้น ทำให้เชื่อว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่าและแยกกันอยู่

2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

2.1 ลักษณะของงานที่ทำ

การทำงานนำมาซึ่งรายได้และความสามารถในการซื้อสินค้าและบริการต่างๆ ในสังคม ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความสะดวกสบายในการดำรงชีวิต นอกจากการทำงานจะเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นทางเศรษฐกิจ เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวแล้ว ยังทำให้ผู้ทำงานมีสุขภาพทางกายและใจสมบูรณ์แข็งแรงเป็นปกติ มีสถานภาพทางสังคม มีเพื่อนร่วมงาน มีผู้นับหน้าถือตา ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและนับถือตนเอง (นิศา ชูโต, 2525:35) แต่ในวัยสูงอายุ

นั้น ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจะว่างเว้นจากงานประจำ เนื่องจากการมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ไม่เอื้ออำนวยให้ทำงานได้เหมือนวัยหนุ่มสาวมีผลให้รายได้ลดลง ซึ่งมีผู้ศึกษา พบว่า ร้อยละ 41.4 ของผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา ยังทำงานเพื่อหารายได้ (แวนทิพย์ น.สุพร, 2518:16) และผู้สูงอายุไทยยังมีบทบาททางเศรษฐกิจอยู่ (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ, 2523:164)

อย่างไรก็ตาม การทำงานนับว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโรคภัยไข้เจ็บ เพราะประชากรที่ทำงานในอาชีพต่างๆ ย่อมประสบกับโรคภัยไข้เจ็บและมีแบบแผนในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่ต่างกันไป (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2525:82) รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในการทำงานหลายอย่าง ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การใช้ยาฆ่าแมลงในการเกษตรกรรม สิ่งแวดล้อมในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีความร้อนสูง มีมลภาวะของเสียง สารเคมีที่เป็นพิษ ทั้งนี้เพราะสภาพของการทำงานที่ต่างกัน จะก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปด้วย ดังนั้นลักษณะของงานที่แตกต่างกัน จึงน่าจะมีผลให้มีภาวะสุขภาพที่ต่างกัน

2.2 รายได้

รายได้นับเป็นตัวแปรหนึ่ง ที่น่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ อาจได้มาจากการทำงาน จากบุตรหลาน จากเงินบำนาญ และจากค่าเช่าทรัพย์สิน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนอาจไม่มีรายได้เลย ซึ่งผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับรายได้น้อยจะเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาการรักษาสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุสุขภาพทางกายย่อมทรุดโทรมง่ายและมีโอกาสเจ็บป่วยสูงอยู่แล้ว เมื่อขาดกำลังเงินที่จะช่วยดูแลรักษายามเจ็บป่วยหรือทุนทรัพย์ สำหรับการบำรุงสุขภาพให้อยู่ในสภาพปกติ ก็จะทำให้ปัญหาสุขภาพรุนแรงยิ่งขึ้น (นิสา ชูโต, 2525:60) ซึ่ง Similey et al. (1972:476-481) Belloc et al. (1971:328-336) และ Gavin et al. (1978:27-35) พบในลักษณะเดียวกันว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าไม่เพียงพอในการใช้จ่าย จะมีภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ ดังนั้น ความยากจนจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เชมิกา ยะมารัต (2527:105) ศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของคนชรา กล่าวคือ คนชราที่มีรายได้สูง จะมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี และมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และเป็นไปในลักษณะเดียวกันกับการศึกษาเมื่อเร็วๆ นี้ ที่พบว่า เศรษฐกิจมีส่วนสำคัญค่อนข้างมากต่อผู้สูงอายุในการมีอายุยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรง ดังเช่นที่ บรรลุ ศิริพานิช (2531:57) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวจนถึงอายุ 70-74 ปี ที่ศึกษาทั้งหมดมาจากครอบครัวที่มีรายได้ดีมีฐานะ เศรษฐกิจปานกลางถึงร่ำรวย จึงเป็นไปได้ว่า ผู้ที่มีรายได้น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

3. ลักษณะทางสังคม

3.1 การศึกษา

การศึกษามักจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับรายได้ นอกจากนี้การศึกษาทำให้คนมีความรู้ มีการพัฒนาให้ตนเองดีขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านสุขภาพก็รู้จักดูแลรักษาตนเองให้ดีไม่ให้เจ็บป่วย แต่คนที่มีการศึกษาน้อยก็มักจะไม่เข้าใจและไม่สนใจที่จะรักษาสุขภาพ จึงเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ตระหนักถึงอาการแสดงของความเสื่อมสุขภาพ และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาต่ำแม้จะมีอาการของการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็อาจจะไม่รู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับอัตราการเจ็บป่วย ดังเช่นการศึกษาของ Ruth (1973:136-156) ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักพบปัญหาที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และการดูแลสุขภาพ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุก็เช่นกัน ซึ่งจากรูวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526:37) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับภาวะสุขภาพกาย ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำและระดับภาวะสุขภาพกายต่ำสุดในผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน น่าจะมีผลให้มีภาวะสุขภาพที่ต่างกัน

จากเหตุผลและผลการวิจัยดังกล่าวทำให้เชื่อว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

4. ลักษณะทางสิ่งแวดล้อม

4.1 ขนาดครัวเรือน

ขนาดครัวเรือน อาจจะมีผลต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคภัยไข้เจ็บนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ 3 ประการ คือ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค มนุษย์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งนับได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญ อันจะมีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากรได้ ถ้าหากองค์ประกอบใดเปลี่ยนแปลงไป (สมชาย สุพันธ์วัฒน์, 2519:31) เช่นเดียวกับขนาดครัวเรือน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะการเจ็บป่วย กล่าวคือ หากจำนวนผู้อาศัยในครัวเรือนมาก น่าจะทำให้สภาพแวดล้อมภายในบ้านแออัดคับแคบเกินไป และการที่มีผู้อาศัยอยู่หนาแน่นจะทำให้เกิดโรคติดต่อ แพร่กระจายจากคนหนึ่งไปยังผู้อื่นได้ง่ายก่อให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งปกติร่างกายจะมีลักษณะที่ไม่เจริญเติบโตแล้วและเสื่อมลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสดำรับโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย และหากต้องมาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัดในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะ

การเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น

ด้วยเหตุนี้ ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมากหรือมีขนาด ครัวเรือนใหญ่ จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนน้อยหรือมี ขนาดครัวเรือนเล็ก

4.2 เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้อยู่อาศัย เพราะเขต เมืองและชนบทจะมีความแตกต่างกัน ทั้งในการดำเนินชีวิต ด้านสังคม เศรษฐกิจและความเจริญ ของวิชาการ เทคโนโลยีต่างๆ อันจะส่งผลต่อวิถีชีวิตของผู้อยู่อาศัย เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย สามารถหาแหล่งรักษาพยาบาลที่ดี มีประสิทธิภาพ ประกอบกับผู้ที่อยู่ในเขตเมืองมีโอกาสดำเนิน วิชาความรู้ด้านต่างๆที่รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ จึงรู้จักรักษาสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่อยู่ใน ชนบท ซึ่ง แวนทิพย์ น.ส่วพร (2518:20) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทประเมินภาวะสุขภาพ ของตนว่าไม่แข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมือง เช่นเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวธรรม และมาลีนี้ วงษ์สิทธิ์ (2532:26) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท มีการเจ็บป่วย บาดเจ็บ และมีโรคประจำตัวมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ซึ่งสอดคล้องกับความเข้าใจโดย ทั่วไปว่า ภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรในเขตเมืองน่าจะดีกว่าประชากรในชนบทโดยเปรียบเทียบ สำหรับการศึกษานี้ในต่างประเทศ Ju and Jones (1989:86-87) พบว่า ผู้สูงอายุใน เขตเมืองของสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน โรคไต มะเร็งและหอบหืด ในสัดส่วนค่อนข้างสูง แต่ในสาธารณรัฐอินโดนีเซีย กลับพบว่า ผู้สูงอายุในเขต เมือง มีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท

จากผลงานวิจัยส่วนใหญ่อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

4.3 ภาคที่อยู่อาศัย

ภาคที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน น่าจะมีผลให้สุขภาพผู้อยู่อาศัยมีสุขภาพที่ ต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละภาคจะมีความเชื่อพฤติกรรมอนามัย และขนบธรรมเนียมประเพณีที่ไม่ เหมือนกัน อันจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้อยู่อาศัย เช่นความเชื่อเกี่ยวกับการใช้อาหารร้อน-เย็น ในการดูแลสุขภาพภาคเหนือตอนบน ซึ่งเมื่อเจ็บป่วยหรือเป็นไข้ ผู้ป่วยจะต้องงดอาหารบางชนิด เช่น ผักตำลึง โดยเชื่อว่าอาหารนี้จะทำให้มีอาการเห็บช้ำ แต่ให้ใช้ผักตำลึงหรือใบบัวบกตำ แล้ววางที่ศีรษะเป็นการลดไข้ (เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ, 2523:116) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันออกมีผู้ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง หูดามืด และ เจ็บป่วยในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่น ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากลักษณะของการบริโภค และความ ยากจนของประชากรในภูมิภาคนี้ ทำให้ผู้สูงอายุในภาคดังกล่าวมีปัญหาสุขภาพมากกว่าภาคอื่น

(คณะกรรมการศึกษาวัฒนธรรมและกิจการมนุษย์ผู้สูงอายุ, 2528:80)

ดังนั้นผู้ที่อยู่อาศัยในภาคที่ต่างกัน จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคที่เจริญเช่น ภาคกลาง น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่น

5. พฤติกรรมอนามัย

5.1 การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่มนุษย์ได้ยึดถือปฏิบัติมาเป็นเวลานาน ได้มีการศึกษาค้นคว้าทางวิชาการที่มีข้อสรุปว่า บุหรี่เป็นสิ่งที่พิษและทำลายสุขภาพของผู้ที่สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด โดยเป็นต้นเหตุของโรคที่สำคัญหลายโรค เช่น แผลในกระเพาะอาหาร โรคระบบทางเดินหายใจและหลอดเลือด การอุดตันของเส้นโลหิตส่วนปลาย และยังเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งที่ลิ้น ปอด กลองเสียง ตับอ่อน และถุงน้ำดี (จุมพล สวัสดิ์ยากร, 2524:36) ซึ่งจากรายงานของกรมอนามัยประเทศสหรัฐอเมริกาที่เสนอต่อสภาคองเกรส เกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ต้องเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า (ประเสริฐ ทอเจริญ, 2526:63-70)

จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2524:25) พบว่า มีผู้สูงอายุสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 38.72 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ร้อยละ 74.0 ของผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่ ส่วนผู้สูงอายุหญิงที่สูบบุหรี่มีเพียงร้อยละ 9.2 และจากการสำรวจใน พ.ศ. 2529 พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ 25.4 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด โดยผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ 67.3 ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 8.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2529:17) เช่นเดียวกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531:37-41) ที่พบว่า ผู้สูงอายุชายยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.2 และ 10.3 อย่างไรก็ตามเป็นที่พิสูจน์กันแน่ชัดแล้วว่า บุหรี่เป็นสิ่งที่บ่อนทำลายสุขภาพ หากมีการส่งเสริมให้เลิกหรือลดการสูบบุหรี่ก็จะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวออกไป และจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงมากขึ้นไปกว่าปัจจุบัน

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่น่าจะมีภาวะสุขภาพที่ต้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่

5.3 การดื่มสุรา

สุราจัดเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพ แต่การดื่มสุราก็เป็นที่ยอมรับและนิยมของสังคมแทบทุกระดับ ทั้งในสามปกติ ในงานเลี้ยงฉลองต่างๆ ก็จะมีการดื่ม

สุราก็ขึ้นอยู่กับ การดื่มสุรามีผลเสียต่อร่างกายของผู้ดื่มโดยตรง ผู้ที่ดื่มสุราจะมึนเมา หากดื่มเป็นจำนวนมากๆ หรือดื่มประจำ จะทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ปกติ แอลกอฮอล์จะไปทำลายเซลล์ตับ ทำลายสมอง ทำให้ความจำเสื่อมกลายเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (สุวิทย์ อารีกุล, 2521:27) นำไปสู่การเป็นโรคจิตได้ ซึ่งผลจากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ที่สมรสแล้วในเขตบางกอกน้อย พบว่า มีผู้ป่วยโรคทางจิตร้อยละ 47 และในจำนวนนั้นป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังร้อยละ 5 (โรงพยาบาลพญาไท, 2506:2) นอกจากนั้นสตรีที่ดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์ จะก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ โดยจะมีผลให้การเจริญเติบโตของสมองของทารกผิดปกติ ร่างกายเติบโตช้า หน้าตาผิดปกติ (อุโฆษพรหม สุวีระ, 2521:51) ดังนั้นผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำน่าจะมีภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา

ข. การรักษาพยาบาล

โดยทั่วไปแล้วบุคคลที่เจ็บป่วย จะเลือกแสดงพฤติกรรมไปใช้บริการที่ใดย่อมเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการร่วมกัน เช่น ความเชื่อ ทศนคติ ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของตน ชุมชนที่อาศัยนั้นมีบริการสุขภาพประเภทใด ชื่อเสียงความสามารถของบุคคลที่ทำการรักษา ตลอดจนคุณภาพของเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2530 : 214) ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ที่ได้รวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

Colson (1971:67-69) Mckenize et al. (1976:267) และ Donald and Oder (1967:88) ได้ผลการศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกันว่า แหล่งบริการรักษาพยาบาลที่ประชาชนเลือกใช้มีอยู่ 4 ประเภทคือ บริการของรัฐบาล รักษาแบบพื้นบ้าน คลินิกเอกชน และการซื้อยากินเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการ อายุ เพศ และสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่มีอยู่มากมาย

ในประเทศไทย Cunningham (1970:65) และกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, Thailand 1970:28) ชื่นชม เจริญสุข (2522:65) และชนิตา สันตินาค (2530:78) ศึกษาพบในทำนองเดียวกันว่า ประชาชนที่เจ็บป่วยจะซื้อยากินเองมากที่สุด รองลงมาจะใช้บริการของรัฐและเอกชน ส่วนที่เหลือจะรักษาที่หมอโบราณ หมอไสยศาสตร์ และมีการศึกษาที่พบว่า ยังมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ยังมีความเชื่อและศรัทธาต่อการรักษาแบบโบราณ ซึ่งรักษาด้วยยาสมุนไพร ใช้คาถาเสกเป่าเวลาจัดยาลงหม้อ และรักษาที่หมอพระ (อรทัย รวยอาจิน และบุญช่วย จันทรเอี่ยม, บรรณาธิการ 2525:25) ผลการศึกษาเหล่านี้

ล้วนบ่งชี้ว่า การซื้อการรักษาตนเอง การใช้ยาสมุนไพร และการรักษาด้วยแพทย์แผนโบราณ ยังเป็นลักษณะทั่วไปของชาวไทยทั้งในเขตเมืองและชนบท

ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น บรรลุ ศิริพานิช (2531:41) พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติ เมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.4 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา จะรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนการรักษากับหมอแผนโบราณมีเพียงร้อยละ 6.7 ซึ่งเป็นไปในลักษณะเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรมและมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532:30) ที่พบว่าสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ยังเป็นแหล่งบริการที่ผู้สูงอายุเข้าใช้บริการมากที่สุดเมื่อเจ็บป่วย แต่ยังมีผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 5 ที่พึ่งร้านขายยา และมีบางส่วนที่พึ่งหมอแผนโบราณ

สำหรับตัวแปร ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และลักษณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำมาพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางประชากร

1.1 อายุ

อายุมีส่วนกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาล เพราะอายุที่ต่างกันน่าจะมีการใช้บริการรักษาพยาบาลมากน้อยต่างกัน ผู้มีอายุน้อยน่าจะใช้บริการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากสภาวะทางร่างกายเป็นสิ่งกำหนด ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้หลายแห่งที่พบว่า การใช้ยาแผนโบราณจะมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Maclean, 1966:135; ชื่นชม เจริญยุทธ, 2522:76) ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยจะใช้การรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (เพชรน้อย สิงช่วงชัย, 2528:65) และการใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุคือ เมื่ออายุสูงขึ้นการใช้บริการของรัฐจะเพิ่มขึ้น (นิตยา ชุตินันท์, 2522:47)

จะเห็นได้ว่าอายุมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล โดยผู้ที่อายุน้อย มักจะเลือกใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันจากสถานบริการสาธารณสุขของเอกชน ตรงข้ามกับผู้ที่มีอายุมากหรือผู้สูงอายุ จะใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ รักษาแผนโบราณ ซื้อยากินเอง และใช้ยาแผนโบราณมากกว่า อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย การตัดสินใจเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลอาจมีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้อง เช่น อาจต้องขึ้นอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ และอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุมากน่าจะใช้บริการรักษาแผนโบราณ มากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุน้อย

1.2 เพศ

นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน เนื่องจากเพศหญิงจะมีบทบาทในการประกอบอาชีพและในครอบครัว ที่แตกต่างจาก

เพศชาย ทำให้เพศหญิงมีเวลาว่างมากกว่า รวมทั้งจากผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เพศหญิงจะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าชาย จึงมีโอกาสดูแลไปรับการรักษาพยาบาลมากกว่าชาย ซึ่ง Lauden (1976:230-231) และนภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532:30) ศึกษาพบในทำนองเดียวกันว่า ผู้ป่วยที่นิยมไปรักษาที่แพทย์แผนโบราณนั้นมักจะเป็นเพศหญิง แต่ผู้ป่วยเพศชายจะไปรับการรักษาที่แพทย์สมัยใหม่ที่โรงพยาบาล แต่มีการศึกษาที่พบในลักษณะตรงข้าม ซึ่ง Anderson and Anderson (1979:49) ได้ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลับพบว่า อัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อประชากร 100 คน ระหว่างปี 1928-1974 นั้น เพศหญิงมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าเพศชาย ส่วนการซื้อยากินเอง การรักษาตัวเองและการรักษาจากหมอแผนโบราณนั้น Yawarat Porapakkham (1982:14) และวาทีนี้ บุญชะลิกษ์ (2530:166) พบว่า เพศชายจะเลือกใช้มากกว่าเพศหญิง

ถึงแม้จะมีผลการศึกษที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างในระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ แต่ก็อาจกล่าวได้ว่า เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะทำให้เลือกใช้การรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยเพศชายน่าจะเลือกใช้การรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าหญิง ซึ่งจะเลือกใช้การรักษาแผนโบราณ ใช้ยาแผนโบราณและซื้อยากินเองมากกว่า

1.3 สถานภาพสมรส

ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ กับผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ อาจมีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันและมีรูปแบบพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและได้รับความกดดันจากสังคมแตกต่างกัน ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยและเลือกใช้ใช้บริการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน ซึ่งซินินทร์ เจริญกุล, จุฑาทพร ทวีเดช, สมศักดิ์ ภิญโญธรรมากร และเอนก หิรัญรักษ์ (2524:20-25) และวาทีนี้ บุญชะลิกษ์ (2530:77) พบว่า กลุ่มผู้ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ จะใช้การรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ซื้อยากินเองและรักษาตนเอง รวมทั้งไปรักษาที่หมอแผนโบราณ มากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสอื่น ส่วน Yawarat Porapakkham (1982:12-13) กลับพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดจะใช้บริการสาธารณสุขของรัฐสูงสุด รองลงมาได้แก่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ตามลำดับ

สถานภาพสมรสจึงเป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ที่น่าจะมีผลทำให้ผู้เจ็บป่วยเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน ซึ่งผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่และโสด จะใช้สถานบริการของรัฐ การรักษาแผนโบราณ และการใช้ยาสมุนไพร ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า และแยกกันอยู่ จะใช้สถานบริการของเอกชน และซื้อยากินเองมากกว่า

2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

2.1 ลักษณะของงานที่ทำ

การทำงาน ทำให้มีรายได้และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สามารถซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่น่าจะมีผลต่อการเลือกใช้แบบแผนการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน ในภาวะเศรษฐกิจที่ประชากรส่วนใหญ่ในประเทศ มีอาชีพในภาคเกษตรกรรม ซึ่งมักมีฐานะเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคง ผลผลิตทางเกษตรมักมีราคาต่ำทำให้ต้องรับบริการสุขภาพที่มีราคาไม่แพง ดังเช่นการศึกษาของ กองแก้ว สุวรรณประกร (2513:60-68) เฟรดเดอริก เอ เดย์ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520:88-90) ชื่นชม เจริญยุทธ (2522:30) ที่พบในทำนองเดียวกันว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม จะเลือกใช้การรักษาพยาบาลที่มีแพทย์ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาทีนี บุญชะลิกษ์ (2530:90) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพค้าขาย งานบริการและวิชาชีพ จะใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลและคลินิกของเอกชนมากที่สุด

ชนิดา สันตินาค (2530:88-69) ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะซื้อยากินเอง และใช้ยาสมุนไพรมากที่สุด เนื่องจากผู้ประกอบอาชีพนี้ส่วนใหญ่อยู่ในชนบท การศึกษาต่ำ มีรายได้น้อย จึงทำให้พวกเขาต้องใช้วิธีบำบัดรักษาให้หายได้โดยเร็วและเสียค่าใช้จ่ายน้อย และยังพบว่าการใช้บริการจากแพทย์แผนโบราณ ก็พบในผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรมมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

อาจกล่าวได้ว่า การทำงานในแต่ละชนิดทำให้ผู้ทำงานมีรายได้และความสามารถในการซื้อบริการในสังคมที่ต่างกัน รวมทั้งการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน โดยผู้ที่ไม่ทำงานและผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะเลือกใช้สถานบริการฯ ของรัฐที่มีราคาถูก เช่น สถานีอนามัย ใช้การรักษาจากแพทย์แผนโบราณ ซื้อยากินเอง ใช้ยาแผนโบราณ และไม่รับการรักษา มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

2.2 รายได้

รายได้นับเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล คนที่มีรายได้สูง มักมีโอกาสดำเนินการศึกษาสูง มีสถานภาพทางสังคมสูงกว่า และมีโอกาสที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันได้มากกว่าคนที่มียาได้น้อย ฐานะยากจน เพราะมีอำนาจในการซื้อบริการที่สูงกว่า (ชื่นชม เจริญยุทธ, 2522:24-25) ซึ่ง Anderson and Benham (1970:59-65) และ Similey et al. (1972:476-481) ได้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า ผู้ที่มีรายได้สูง มีฐานะเศรษฐกิจดี ย่อมมีโอกาสเลือกใช้การรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพ เช่นโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อย ฐานะเศรษฐกิจต่ำ

จะใช้บริการรักษาสุขภาพที่มีราคาถูกลง เช่น การรักษาจากแพทย์แผนโบราณ ซึ่อยากินเอง หรือใช้ยาสมุนไพร

รายได้ของผู้ใช้บริการ จึงน่าจะมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจากสถานบริการของเอกชน เพราะมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ส่วนผู้ที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ จะเลือกการรักษาพยาบาลที่มีราคาถูกลง เช่น โรงพยาบาลของรัฐ สถานอนามัย แพทย์แผนโบราณ ซึ่อยากินเอง และไม่รับการรักษาพยาบาล

2.3 ขนาดครัวเรือน

เมื่อสมาชิกในครัวเรือนป่วย หมายถึงภาวะและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อทุกคนในครัวเรือน แต่จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อครัวเรือน รวมทั้งอาจเกิดปัญหาด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปในการรักษาพยาบาล ทำให้ต้องเลือกแหล่งรักษาพยาบาลที่เสียค่าใช้จ่ายไม่แพง หายได้เร็ว ไม่มีขั้นตอนยุ่งยากที่จะทำให้เสียเวลาทำมาหากิน ซึ่งจากการศึกษาของ ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ (2524:5) พบว่า กลุ่มผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลของรัฐ จะมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการโดยเฉพาะกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกน้อยคือ 1-3 คน จะมีอัตราการใช้บริการสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ส่วนกลุ่มที่มีสมาชิกในครัวเรือน 7 คนขึ้นไป มีอัตราการใช้บริการต่ำสุด

แม้จะมีผลการวิจัยไม่มากนักและไม่อาจสรุปได้ชัดเจน แต่อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมากหรือมีขนาดครัวเรือนใหญ่ น่าจะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่เสียค่าใช้จ่ายต่ำ เช่น สถานบริการฯ ของรัฐ ซึ่อยากินเองและใช้ยาแผนโบราณมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนน้อยหรือมีขนาดครัวเรือนน้อย

3. ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

3.1 การศึกษา

การศึกษามีใช้สิ่งที่มีติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เป็นสิ่งที่ได้มาด้วยความสามารถ การศึกษาจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม มีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในทางที่เป็นวิทยาศาสตร์มากกว่า เช่น เกี่ยวกับการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล ผู้ที่มีการศึกษาสูงน่าจะใช้บริการรักษาแพณปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า ซึ่ง Hulka et al. (1971:648-657) และ Pender (1982:386) ศึกษาพบเช่นกันว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงมักจะสนใจในการรักษาสุขภาพและรู้จักเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, Thailand 1970:52) ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในทุกระดับการศึกษาจะชื้อยาเกินเองมากที่สุด สำหรับการให้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน และคลินิกเอกชนนั้น กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมปีที่ 4 จะใช้บริการมากกว่ากลุ่มการศึกษาระดับอื่นๆ ส่วนการรักษาแผนโบราณจะพบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมปีที่ 4 จะใช้วิธีนี้น้อยที่สุด ขณะที่กลุ่มที่มีการศึกษาประถมปีที่ 4 และต่ำกว่าจะมีการรักษาด้วยวิธีนี้และไม่ได้รับการรักษามากกว่า ส่วน วชิระ สิงหเสนทร์ (2523:244) ชื่นชม เจริญยุทธ (2522:40) และวาที บุญชะลิกษ์ (2530:75) ให้ผลการศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกันว่าการใช้บริการฯ ของรัฐจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูง แต่การรักษาแผนโบราณและการชื้อยาเกินเองจะลดลงเมื่อการศึกษาสูงขึ้น

จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นว่าการศึกษาของบุคคลทำให้มีความแตกต่างในการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง น่าจะเลือกใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันจากสถานบริการสาธารณสุขของเอกชน ส่วนผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า จะเลือกใช้การรักษาจากสถานบริการฯ ของรัฐ ชื้อยาเกินเอง ใช้ยาแผนโบราณ หรืออาจไม่ได้รับการรักษาพยาบาลมากกว่า

3.2 เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยน่าจะมีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน เนื่องจากผลของการพัฒนา ที่มักจะกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองมากกว่าชนบท รวมทั้งสถานบริการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพก็หาได้ง่ายในเขตเมือง ซึ่ง Ministry of Public Health, Thailand (1970:30) เฟรดเดอริก เอ เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520:66-68) Yawarat Porapakham (1982:12-13) และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2529:21) ศึกษาพบในลักษณะเดียวกันว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองส่วนใหญ่ มักจะใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพ จากสถานบริการของเอกชน ตรงข้ามกับผู้อาศัยอยู่ในเขตชนบทซึ่งมักจะใช้บริการรักษาจากหมอตำแย หมอพื้นบ้าน แพทย์ประจำตำบล ชื้อยาเกินเอง และใช้ยาแผนโบราณมากกว่าผู้อาศัยในเขตเมือง เช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุในชนบท ที่จะพึ่งร้านขายยา มากกว่าผู้สูงอายุในเมือง รองลงมาได้แก่การใช้บริการรักษาพยาบาลของรัฐและหมอแผนโบราณตามลำดับ (นภาพร ชัยวรรม และมาลินี วงษ์ลัทธิต์, 2532:29)

เขตที่อยู่อาศัยจึงนับเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลทำให้มีการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน และเป็นไปได้ว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตที่มีความเจริญมากกว่า น่าจะเลือกใช้การรักษาพยาบาลจากสถานบริการฯ ของเอกชน มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งจะเลือกใช้การรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย การรักษาแผนโบราณ และชื้อยาเกินเอง

3.3 ภาคที่อยู่อาศัย

ภาคที่อยู่อาศัยแต่ละภาคจะได้รับการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจริญที่ต่างกัน และมีวัฒนธรรมประเพณีที่ไม่เหมือนกัน อันจะมีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแตกต่างกันไป

ชนิดา สันตินาค (2530:46-47) ได้ผลการศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล พบว่า โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่อาศัยอยู่แต่ละภาค ยกเว้นภาคใต้นิยมไปซื้อยากินเองมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยต้องการเพียงเพื่อหายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็น โดยคิดว่ายาที่ซื้อจากร้านขายยาทำให้หายได้เร็ว (เบญจา ยอดคำเนิน และคณะ, 2523:61) สำหรับการให้บริการของรัฐและเอกชนนั้น ภาคใต้มีผู้ใช้บริการนี้มากกว่าภาคอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่อยู่ในภาคใต้มีฐานะเศรษฐกิจดีกว่าภาคอื่นๆ การเดินทางไปสถานบริการก็สะดวก ส่วนในภาคอีสานและภาคเหนือ นั้น ผู้ที่เจ็บป่วยจะใช้บริการรักษาแผนโบราณ และใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรมากกว่าภาคอื่น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2529:21) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนใน 2 ภาคนี้ มีพฤติกรรมอนาถและมีความเชื่อแบบดั้งเดิมอยู่ และว่าที่ บุญชะลิกษ์ (2530:186) ศึกษาพบว่า การเลือกใช้เฉพาะแหล่งบริการที่มีแพทย์นั้น กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในกรุงเทพฯ จะเลือกใช้บริการนี้มากที่สุด

จึงอาจกล่าวได้ว่า ภาคที่อยู่อาศัยน่าจะจะมีผลต่อการเลือกใช้ใช้บริการบำบัดรักษาที่ต่างกัน โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง น่าจะเลือกใช้การรักษาจากสถานบริการฯ ของเอกชนมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ และผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ เลือกใช้สถานบริการฯ ของรัฐมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ

4. ลักษณะอื่นๆ

4.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ในการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยนั้น แหล่งรักษาพยาบาลแต่ละแห่งจะเรียกเก็บค่าบริการแตกต่างกันไป ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากสถานบริการฯ เป็นหนึ่งในปัจจัยต่างๆ ที่ถูกนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาถึงรูปแบบการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล ดังเช่นผลการศึกษาของ Cunningham (1970:70-72) และ Ministry of Public Health (1970:28) ที่พบเช่นเดียวกันว่า ประชาชนในชนบทมักจะเลือกใช้การรักษาพยาบาลจากหมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน ร้านขายยา เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลไม่แพง คิดในราคากันเองหรือเป็นลักษณะให้บริการรักษาก่อนจ่ายทีหลัง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532:32-34) เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ อาจมีปัญหาใน

การจ่ายค่ารักษาพยาบาล และร้อยละ 33 ของผู้สูงอายุคิดว่าการรักษาพยาบาลฟรี เป็นสวัสดิการสำคัญที่สุดที่รัฐควรให้ผู้สูงอายุ

ดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงน่าจะมีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่ต่างกักัน โดยผู้ที่เจ็บป่วยน่าจะเลือกใช้การรักษาพยาบาลที่เสียค่าใช้จ่ายต่ำ เช่น ซื้อยากินเอง ใช้ยาแผนโบราณ หรือรับบริการจากสถานอนามัย มากกว่าการรักษาพยาบาลที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

4.2 อาการที่เจ็บป่วย

อาการที่เจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล ซึ่ง Madsen (1960:59-61) ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลไว้ว่า ถ้าเป็นกรณีที่มีอาการรุนแรงหรือเรื้อรัง ประชาชนจะเลือกใช้การรักษาแผนปัจจุบัน ส่วนที่มีอาการไม่รุนแรงหรือไม่เรื้อรังก็จะใช้ยาพื้นบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสันทัต เสริมศรี และเจมส์ เอ็น ไรลีย์ (2517:39-40) เฟรดเดอริก เอ เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520:72) ชื่นชม เจริญยุทธ (2522:48) และเบญจมา ยอดคำเนิน และคณะ (2523:110) ที่พบในทำนองเดียวกันว่า ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเลือกใช้บริการคือ ความรุนแรงหรือความหนักน้อของอาการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หากมีอาการเล็กน้อยจะรักษาด้วยตนเอง อาการมากขึ้นก็จะพึ่งหมอในท้องถิ่น ได้แก่ หมอกลางบ้าน หมอพระ หรือเจ้าหน้าที่อนามัยเบื้องต้น และถ้าอาการถึงขั้นรุนแรงหรือเรื้อรังจึงพึ่งพาโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน

จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยต่างกัน จะมีการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่ต่างกักัน โดยผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง จะเลือกใช้การรักษาจากสถานบริการฯ ของรัฐ มากกว่าผู้ที่มมีอาการเจ็บป่วยไม่เรื้อรัง

4.3 คำแนะนำจากครอบครัวและผู้อื่น

การดูแลสุขภาพตนเอง ให้สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บตลอดจนการรักษาเสียเวลาเมื่อเจ็บป่วย ล้วนแต่มีปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมากมาย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยเหล่านี้ ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งคือคำแนะนำจากครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ซึ่งเบญจมา ยอดคำเนิน และคณะ (2523:45) อรทัย ราชอาจิณ และกาญจนา แก้วเทพ (2523:76) และพรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ และคณะ (2524:225-229) ได้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า พ่อแม่ และญาติผู้ป่วย มีส่วนช่วยเหลือในการที่จะเลือกใช้บริการมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมในการรักษาของคนไทยนั้นจะมีบทบาทของครอบครัวและเพื่อนบ้านญาติพี่น้อง เข้ามามีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยก็เช่นเดียวกัน บุตรหลานย่อมต้องคอยดูแลปรนนิบัติรับใช้ รวมทั้งเป็นผู้ตัดสินใจเลือกใช้

บริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่าคำแนะนำจากครอบครัว และผู้อนุมัติผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล แต่ไม่อาจสรุปได้แน่ชัดถึงแบบแผนของการรักษาพยาบาล และสถานที่รับบริการ

4.4 การเข้าถึงสถานบริการ

สถานบริการที่มีอยู่หรือความยากง่ายในการเข้าถึงสถานบริการ (วัดในรูประยะทางหรือระยะเวลาเดินทาง) น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเลือกแหล่งบริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเฟรดเดอริก เอ. เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520:40-50) และอรัญญ์ รวยอาจิณ และกาญจนา แก้วเทพ (2523:73-79) ได้พบในทำนองเดียวกันว่า ระยะทางเป็นปัจจัยสำคัญต่อการใช้บริการรักษาพยาบาลของประชาชน การใช้บริการของประชาชนจะลดลง เมื่อระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการนั้นเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับ Taveethong Hongvivatana (1982:47-56) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ พบว่า การใช้บริการขั้นต้นของรัฐอยู่ในลักษณะการใช้ประโยชน์ต่ำกว่าระดับนั้น มิได้เกิดเฉพาะประเทศไทยเท่านั้น ในประเทศอื่นโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ก็เกิดขึ้นอย่างแพร่หลายเช่นกัน และเหตุผลหนึ่งของการไม่ไปใช้บริการที่สถานอนามัยคือ ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ที่อยู่ไกลเกินไปหรือเดินทางไม่สะดวก

ดังนั้นการเข้าถึงสถานบริการ จึงน่าจะมีผลทำให้มีการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลต่างกัน โดยผู้ที่เจ็บป่วยน่าจะเลือกใช้แบบการรักษาพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน สดวกในการเดินทาง มากกว่าสถานบริการที่อยู่ไกล

4.5 คุณภาพของแหล่งบริการ

คุณภาพของแหล่งบริการก็เป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ที่น่าจะมีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล คุณภาพของแหล่งบริการอาจพิจารณาได้จาก จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ การมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย ประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร ซึ่งสถานบริการแต่ละแห่งจะมีส่วนประกอบดังกล่าวแตกต่างกันไป ดังเช่นคุณภาพในการรักษาโรคของโรงพยาบาลจะสูงกว่าคลินิกเอกชนหรือสถานอนามัย และคลินิกเอกชน หรือสถานอนามัยย่อมมีคุณภาพในการรักษาสูงกว่าร้านขายยาและหมอแผนโบราณ ในระดับของโรงพยาบาลนั้นโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลของเอกชนที่มีขนาดใหญ่ ย่อมมีคุณภาพมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กและโรงพยาบาลอำเภอ ดังนั้นการเลือกใช้แบบการรักษาพยาบาล จึงน่าจะขึ้นอยู่กับคุณภาพของแหล่งบริการแต่ละแห่ง อย่างไรก็ตาม คุณภาพของแหล่งบริการจะมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายในการรักษา แหล่งบริการที่มีคุณภาพส่วนใหญ่มักจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จนอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเลือกใช้แหล่งบริการที่มีคุณภาพด้อยกว่าแต่เสียค่าใช้จ่ายน้อย

สมมติฐานในการศึกษา

สมมติฐานหลัก

1. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมอนามัยที่แตกต่างกัน น่าจะมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และลักษณะอื่นๆ แตกต่างกัน น่าจะมีแบบแผนการรักษายาบาลและการใช้ยาสมุนไพรที่แตกต่างกัน

สมมติฐานย่อยของภาวะสุขภาพ

- ก. ตัวแปรทางประชากร
 1. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
 2. ผู้สูงอายุเพศชาย น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
- ข. ตัวแปรทางเศรษฐกิจ
 3. ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น (ทั้งที่ทำงานและไม่ได้ทำงาน)
- ค. ตัวแปรทางสังคม
 4. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า
- ง. ตัวแปรทางสิ่งแวดล้อม
 5. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนน้อย น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก
 6. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอื่นและเขตชนบท
 7. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ
- จ. พฤติกรรมอนามัย
 8. ผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ (ทั้งที่สูบ 1-10 มวนต่อวัน และ 11 มวนต่อวันและมากกว่า)

สมมติฐานย่อยของการรักษาพยาบาล

I. แบบแผนการรักษาพยาบาล

ก. ตัวแปรทางประชากร

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่มีอายุมาก น่าจะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่มีอายุน้อย
2. ผู้สูงอายุที่ป่วยเพศชาย น่าจะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเพศหญิง

ข. ตัวแปรทางเศรษฐกิจ

3. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่ไม่ทำงาน น่าจะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่ทำงาน (ทั้งในและนอกภาคเกษตรกรรม)
4. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก น่าจะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนน้อย

ค. ตัวแปรทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

5. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำ น่าจะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า
6. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท น่าจะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอื่นและกรุงเทพฯ
7. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ น่าจะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ

ง. ลักษณะอื่นๆ

8. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยอาการป่วยเรื้อรัง (ในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ) น่าจะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยไม่เรื้อรังหรือไม่ป่วย (ในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ)

II. การใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา

ก. ตัวแปรทางประชากร

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่มีอายุน้อย น่าจะใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่มีอายุมาก
2. ผู้สูงอายุที่ป่วยเพศชาย น่าจะใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเพศหญิง

ข. ตัวแปรทางเศรษฐกิจ

3. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม น่าจะใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่ไม่ได้ทำงานและทำงานในภาคเกษตรกรรม
4. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนน้อย น่าจะใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก

ค. ตัวแปรทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

5. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า น่าจะใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า
6. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ น่าจะใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอื่นและเขตชนบท
7. ผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง (รวมกรุงเทพฯ) น่าจะใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ

ง. ลักษณะอื่นๆ

8. ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง (ในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ) น่าจะใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยไม่เรื้อรังหรือไม่ป่วย (ในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบถึงแบบแผนการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมอนามัย และลักษณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. สามารถนำผลของการศึกษานี้ ไปใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งใหม่ในเรื่องที่ใกล้เคียงกัน เพื่อจะได้ทราบถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ในระยะเวลาต่อไป
3. เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย