

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน โลกกำลังก้าวสู่ภาวะ “ประชากรผู้สูงวัยแห่งผู้สูงวัย” (Population Aging) โดยเริ่มตั้งแต่ต้นคริสต์ทศวรรษใหม่ ปี ค.ศ. 2001 – 2100 (พ.ศ. 2544 – 2643) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003) ในปี ค.ศ. 1998 พบจำนวนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 7 และคาดว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 สำหรับประเทศไทยพบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2541 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.0 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2568 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2543) อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอัตราเร็วกว่าที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วมาก

จากการเปลี่ยนแปลงของภาวะประชากรสูงอายุนี้ เป็นเหตุให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2543) ซึ่งจากธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ พบว่าการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Ebersole & Hess, 1998) อิลิโอพอลิส (Eliopoulos, 1987) พบว่าผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมกกว่าวัยอื่น ๆ ถึง 4 เท่า สำหรับประเทศไทยจากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยระดับประเทศ ของ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ พบว่าโรคที่เป็นปัญหาของประชากรผู้สูงอายุ คือกลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะซึมเศร้า การหกล้ม นอกเหนือจากโรคเรื้อรังแล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยขึ้นใหม่จากสาเหตุต่าง ๆ ในแต่ละเดือนถึงร้อยละ 43.6 โดยโรคหรือสาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะเป็นโรคไม่ร้ายแรง เช่น ไข้หวัด ปวดข้อ เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2543) จากปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่รัฐบาลจะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างประสบความสำเร็จ (Successful Aging) และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็น การสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคน เพื่อให้เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตาม

ความจำเป็นโดยถือเป็น “สิทธิ” ขึ้นพื้นฐานของประชาชน เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขของรัฐที่ได้ มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย” ตามที่กฎหมายบัญญัติ (ทัศนา บุญทอง, 2543) ผู้สูงอายุก็เป็นประชาชนกลุ่มหนึ่งที่มีสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่จัดไว้ แต่การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุส่วนหนึ่งก็ยังมีลักษณะคล้ายคลึงกับบริการสุขภาพของประชาชนทั่วไป (ลดวาลย์ รวมเมฆ, 2545) กล่าวคือ เป็นบริการที่มีอยู่ เป็นบริการที่รวมกับคนทุกวัย และเน้นการดูแลแบบเหียบพลันในสถาบันมากกว่าการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังขาดมาตรฐานการดูแลที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ด้วยยังเป็นบริการหรือสถานบริการแบบมาตรฐานเดียวสำหรับคนทุกวัย จึงทำให้ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงและไม่ได้รับบริการตามความจำเป็นของปัญหาด้านสุขภาพ (วรรณภา ศรีบุญรัตน์, 2545) ซึ่งสวัสดิการด้านการสาธารณสุขที่รัฐมอบให้สำหรับผู้สูงอายุไทยทุกคน คือ การได้รับสิทธิรับบริการสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่า (ดำเนินการ โดยกระทรวงสาธารณสุข) และจากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ที่กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ และจากการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในมาตรการระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุน มีการจัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุโดยเน้นการบริการถึงบ้าน มีการสอดคล้องประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคมโดยมีบริการ เช่น ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose Senior Center) ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care Center) บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) บริการดูแลที่บ้าน (Home Care) บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการสนับสนุนและส่งเสริมความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545)

จากการสำรวจความต้องการบริการและสวัสดิการต่าง ๆ ของประชากรสูงอายุไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543) พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า หน่วยบริการเยี่ยมบ้านในระดับสูง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะรวมทั้งความจำเป็น (Need) และความต้องการ (Want) เข้าไว้ด้วยกัน อย่างไรก็ตามพบว่าความต้องการสูงสุดของผู้สูงอายุคือความต้องการบริการด้านสุขภาพ/การรักษามาเป็นลำดับแรก (ร้อยละ 42.1) ความต้องการช่วยเหลือด้านการเงิน/ เงินสงเคราะห์เป็นลำดับสอง (ร้อยละ 28.3) ความต้องการการรวมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 11.2) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาสุขภาพและการบริการชุมชนอย่างมาก แต่ในระบบ

บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุไทยจะพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาทางสุขภาพและสังคม ต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่อง ไม่สามารถดำรงอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม และยังคงขาดแคลนโอกาสที่จะเข้ารับบริการสถานบริการเจ็บป่วย ไม่มีสถานบริการสุขภาพเรื้อรังของภาครัฐรับรอง และไม่มีระบบบริการชุมชนทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่เข้มแข็งเพียงพอ ซึ่งทำให้เห็นว่า กระบวนการให้บริการและช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุจะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการใช้ช่องทางผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐาน และเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการภายในชุมชน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541)

จากการศึกษาความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนนั้นพบว่ามีความต้องการความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของตนเองในภาวะที่ไม่เจ็บป่วย และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเล็กน้อย/เจ็บป่วย ประชาชนต้องการมารับบริการเพื่อตรวจรักษาที่สถานบริการใกล้บ้านเช่นสถานอนามัย และต้องการการดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพเกี่ยวกับคำแนะนำ ความรู้ และคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด ส่วนในผู้สูงอายุนั้นจากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการศึกษานำร่อง ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของ พัชรียา ไชยลังกา (2544) พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพด้านการดูแลรักษา มากกว่าด้านการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าร้อยละ 90.6 ต้องการบริการด้านการตรวจรักษาโรค และการดูแลในระหว่างการเจ็บป่วย (เสาวภา วัชรกิตติ, 2539) การศึกษาของประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537) เกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์คนชราพบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุต้องการคำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ การตรวจสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์พบว่าร้อยละ 71.2 มีความต้องการการพยาบาลในเรื่องสุขวิทยาของเล็บ ผิวหนัง นอกจากนี้จรัสวรรณ เทียนประสาท, ลีวรรณ อนุทาทิรักษ์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และพัสมนธ์ คุ่มทวีพร (2540) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพอนามัยช่วงกลางวันของผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย พบว่าร้อยละ 81.5 ต้องการบริการจากโครงการดูแลผู้สูงอายุกลางวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพอนามัย

จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่ามีความหลากหลายในลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และมีมิติของความต้องการ แต่ยังไม่พบว่ามีการวิจัยใดที่ทำการศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับจริงของผู้สูงอายุที่จะสะท้อนถึงความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุที่ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพหรือบริการสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งมีอยู่ 4 ประการ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่ง สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) ได้เสนอ

แผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยว่าการบริการควรเน้นการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมของกระบวนการชราภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ อยู่ในชุมชนได้ จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาความต้องการบริการสุขภาพและบริการ สุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญและมีความจำเป็น เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความต้องการ บริการสุขภาพค่อนข้างมาก (สุนุดตรา ตระนุนพงศ์, 2543) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหา ทางด้านสุขภาพและมีภาวะทุพพลภาพระยะยาวและภาวะพึ่งพิงพำนัพบในกลุ่มผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้และผู้สูงอายุที่มีฐานะการเงินขัดสน (สิรินทร จันทศินกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) การศึกษาปัญหาสุขภาพ ของผู้สูงอายุไทยระดับประเทศ ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2543) พบว่ามีผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพที่เป็นเหตุไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ ประมาณร้อยละ 1.7 - 2.1 ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมาก โดยมีค่าดัชนีบาร์ธอล เอดีแอล (Barthel ADL Index) น้อยกว่า 12 คะแนน ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาต้องมีผู้ดูแลในภาวะ สุขภาพจิต กิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาในกิจกรรม การดูแลส่วนตัว และจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2539) พบว่ามีจำนวนผู้ที่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มารับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์ที่สังกัดกองสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข ถึง ร้อยละ 11.84 มีแนวโน้มว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และมีอัตราที่มารับบริการในโรงพยาบาลสูงเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกัน ทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต ภาวะการเจ็บป่วย และสภาพความเป็นอยู่ ที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในทางที่เลื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพที่แตกต่างจากประชาชนในกลุ่มอื่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและบริการที่ได้รับว่ามีความแตกต่างหรือมีความสัมพันธ์ กับ ปัจจัยส่วนบุคคล เรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต ภาวะการเจ็บป่วย และสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาบริการสุขภาพ สามารถตอบสนองความต้องการและความ คาดหวังของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง เป็นไปตามจุดมุ่งหมายของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริม สุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรค ให้สามารถบรรลุสู่การมีสุขภาพดีได้

อำเภอแกลง จังหวัดระยอง อยู่ในภาคตะวันออกซึ่งจากลักษณะภูมิประเทศส่งผลให้ อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ประกอบด้วยชุมชนที่หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ชุมชนประมง และแหล่งท่องเที่ยว ชุมชนอุตสาหกรรม และชุมชนชาวสวน ประกอบด้วยประชากรหลากหลายกลุ่มมีทั้งที่อยู่มาดั้งเดิมและผู้ที่ย้ายถิ่น จากความหลากหลายเหล่านี้ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพและบริการที่ได้รับของผู้สูงอายุในเขต อำเภอแกลง จังหวัดระยอง เพื่อให้ทราบว่าการบริการสุขภาพที่จัดขึ้นในสถานบริการสุขภาพนั้น ผู้สูงอายุได้รับบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และเพื่อให้ทราบความแตกต่างของความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุว่าจะแตกต่างกัน หรือไม่ หรือมีความสัมพันธ์กับข้อมูลส่วนบุคคลใดบ้าง เพื่อที่จะนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ให้ยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีเพศ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะการเจ็บป่วย และสภาพความเป็นอยู่ แตกต่างกัน
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุ ที่มีเพศ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะการเจ็บป่วย และสภาพความเป็นอยู่ แตกต่างกัน
5. เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน
6. เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน
7. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความต้องการบริการสุขภาพกับ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพจิต
8. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนบริการสุขภาพที่ได้รับกับ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพจิต

สมมติฐานในการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

จากการศึกษาทบทวนเอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปรที่จะศึกษาและตั้งเป็นสมมติฐานการวิจัยตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้ได้ ดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการสุขภาพ (Anderson, 1995) และถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถของร่างกาย ในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองด้วย (Orem, 1985) จากลักษณะที่แตกต่างกันของเพศชายและเพศหญิง กล่าวคือเพศชายมีลักษณะของสรีระร่างกายที่ความแข็งแรง ส่วนเพศหญิงมีความบอบบางของโครงสร้าง เมื่อเทียบกับเพศชาย นอกจากนั้นการเข้าสู่วัยสูงอายุ เพศหญิงมักประสบปัญหาด้านสุขภาพค่อนข้างสูง ซึ่งเกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อลดลงอย่างเห็นได้ชัด (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538) ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการทรมานทุกข์ทรมานจากความเสื่อมหรือความผิดปกติเกี่ยวกับกระดูกและข้อสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพและมีภาวะทุพพลภาพระยะยาว และภาวะพึ่งพิงพบในกลุ่มผู้สูงอายุหญิง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543) และยังพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย ซึ่งจากปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่แตกต่างกันดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เพศต่างกันมีพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2539) ที่พบว่าเพศหญิงจะมีการเข้ารับบริการสุขภาพจากคลินิกและโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมักจะซื้อยากินเองเมื่อเจ็บป่วย และจากการศึกษาของบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2540) เกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของประชาชน พบว่าเพศหญิงจะไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย และเมื่อพิจารณาร่วมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยพบว่า สำหรับการเจ็บป่วยเล็กน้อย เพศหญิงก็ยังคงมีการใช้บริการมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา นาดี (2541) ที่พบว่า เพศหญิงมักไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิกในขณะที่เพศชายถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเจ็บพลันมักรักษาตนเอง ก่อนเมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจึงไปรักษาที่คลินิก

จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีความต้องการบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะได้รับบริการสุขภาพแตกต่างกัน

ความเพียงพอของรายได้ เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ในสังคมปัจจุบัน โดยสามารถตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ได้ เช่น การมีที่อยู่อาศัยใน

สภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง และการซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกของตน อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เช่น งานอดิเรก หรือการใช้เวลาว่าง โดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับความสนใจในการหาเลี้ยงชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ กล่าวคือ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องอาศัยเวลาว่าง และเงินเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการกระทำการกิจกรรมนั้น ๆ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพอใจในชีวิต ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ขาดทุนเรื่องรายได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิต ทำให้สภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมไปด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่เสื่อมถอยจากการทำงาน รายได้ที่เคยได้รับจะลดลงหรือไม่ได้รับเลย ในขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความต้องการปัจจัยต่าง ๆ เช่น เดิมถ้าขาดทุนในเรื่องเศรษฐกิจจะทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิต เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมปัจจุบัน รายได้เป็นตัวแปรที่มีส่วนในการสนับสนุนบุคคลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ดังเช่น การศึกษาของ เบญจมาศ เจริญสุข (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคน เขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี พบว่ารายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และถึงแม้รัฐจะมีนโยบายให้สวัสดิการค่ารักษาฟรีสำหรับผู้สูงอายุ แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ต้องทำงานหารายได้จุนเจือตนเองหรือครอบครัว ทำให้ขาดโอกาสที่จะไปใช้บริการตามปัญหาสุขภาพ

จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

3. ผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้ที่แตกต่างกันจะมีความต้องการบริการสุขภาพแตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้ที่แตกต่างกันจะได้รับบริการสุขภาพแตกต่างกัน

ภาวะการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ มีผลให้เกิดการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขควบคู่ไปทางด้านเทคโนโลยีเป็นผลให้โรคติดเชื้อมีความสำคัญลดลง ในขณะที่โรคเรื้อรังทั้งทางร่างกาย ทางจิตและอับดีเหตุมีความสำคัญมากขึ้น จากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของประเทศไทยพบว่าโรคที่เป็นปัญหาของประชากรสูงอายุในประเทศไทยคือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคเรื้อรัง (Sitthi, Chandraprasert, Bunnag, & Plengvidhya, 1989) นอกเหนือจากโรคเรื้อรังแล้ว ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่จากสาเหตุต่าง ๆ ในแต่ละเดือนร้อยละ 43.6 โดยโรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ร้ายแรง เช่น ไข้หวัด ปวดข้อ เป็นต้น

จากปัญหาสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และยังเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมาก (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ภาวะการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2541) ซึ่งรวมทั้งการดูแลตนเองและการแสวงหาบริการสุขภาพความสามารถในการเคลื่อนไหวน่าจะเป็นตัวบ่งชี้สำคัญถึงความต้องการการช่วยเหลือและความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, 2544) และการรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยของบุคคลจะมีผลต่อตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น ถ้ามีความเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะรักษาตนเอง แต่ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ก็จะเลือกเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาจากแพทย์ (กรรณิการ์ พินิจ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับ

การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2539 ของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักจะซื้อยากินเองมากที่สุด (ร้อยละ 48.1)

จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

5. ผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยแตกต่างกันจะมีความต้องการบริการสุขภาพแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ได้รับการบริการสุขภาพแตกต่างกัน

สภาพความเป็นอยู่ จากการลดลงของขนาดครัวเรือนซึ่งเป็นผลมาจากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ การชะลอการแต่งงาน และรูปแบบงานที่เปลี่ยนจากเกษตรกรรมมาสู่อุตสาหกรรมและภาคบริการ ส่งผลให้แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทยปี 2539 พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่เป็นโสด ร้อยละ 2.2 และผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 3.6 - 4.3 ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 19.9 มีปัญหาในการดำรงชีวิต ปัญหาที่สำคัญคือ การไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วย (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น ชโนเคล, 2539) และรูปแบบของการสนับสนุนหรือดูแลจากครอบครัวมาเป็นเครือข่ายที่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่ไม่เป็นทางการและน่าจะเป็นรูปแบบของการดูแลสนับสนุนผู้สูงอายุไทยที่สำคัญในอนาคต (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสุนุดตรา ตะบูนพงศ์ (2544) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายที่อยู่กับคู่สมรสจะมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุชายที่ไม่มีคู่สมรส ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจะมีเวลาว่างมากกว่าและสามารถไปออกกำลังกายกับเพื่อนฝูง ขณะเดียวกันผู้สูงอายุในครอบครัวขยายจะมีบุตรหลานคอยให้ความช่วยเหลือ และรู้สึกอบอุ่น จึงสรุปได้ว่าการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสภาพความเป็นอยู่

จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

7. ผู้สูงอายุที่มีสภาพความเป็นอยู่แตกต่างกันจะมีความต้องการบริการสุขภาพแตกต่างกัน

8. ผู้สูงอายุที่มีสภาพความเป็นอยู่แตกต่างกันจะได้รับบริการสุขภาพแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา จากแนวคิดของโอเร็มเชื่อว่าการศึกษาคือเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem, 1985) การศึกษาจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำกว่า โดยการศึกษาจะช่วยให้ผู้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยไปในทางที่เป็นวิทยาศาสตร์ได้มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (จันทร์นิภา ดันภูมิประเทศ, 2543) และจากการศึกษาของรูธส์ (Ruth, 1973 อ้างถึงใน ภูริยา เพ็ญสุวรรณ, 2540) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่ามักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และวิธีการปฏิบัติตน ส่วนผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา ตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาดำ (Muhlenkamp & Sayles, 1986) ช่วยให้บุคคลมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ทำให้เข้าใจกับสิ่งที่เรียนรู้ได้ง่าย มีการตัดสินใจที่ดีและเหมาะสม (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ดังนั้นระดับการศึกษาจะช่วยให้มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษารูธส์ (Ruth, 1973 อ้างถึงใน ภูริยา เพ็ญสุวรรณ, 2540) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำกว่ามักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และวิธีการปฏิบัติตน สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์นิภา ดันภูมิประเทศ (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานอนามัยของประชาชนใน ตำบลวังหิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก พบว่าผู้ที่มีการศึกษาดำจะขาดความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย และเมื่อเจ็บป่วยมักไม่กล้าไปพบแพทย์ จึงแก้ปัญหาโดยการไปหาหมอเถื่อน หรือไปซื้อยาจากร้านขายยาที่ใกล้เคียง เพราะเป็นการประหยัดเวลาและมีความสะดวกในการเดินทาง จากการสำรวจสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ ในปี 2543 พบว่ามีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 ที่อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้ และจากการศึกษาของสุนุดตรา ตะบูนพงส์ และคณะ (2544) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 57.3 ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสภาวะประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2537 ที่พบว่า เกือบหนึ่งในสามของผู้สูงอายุไม่เคยได้รับการศึกษาอย่างเป็นทางการ แต่ก็พบว่า มีแนวโน้มผู้สูงอายุจะมีระดับการศึกษาสูงขึ้น ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา ตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาดำ (Muhlenkamp & Sayles, 1986) ช่วยให้บุคคลมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ทำให้เข้าใจกับสิ่งที่เรียนรู้ได้ง่าย มีการตัดสินใจที่ดีและเหมาะสม (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ซึ่งการศึกษาที่สูงขึ้นนี้

จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะแสวงหาบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการบริการ
สาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

9. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความต้องการบริการสุขภาพแตกต่างกัน
10. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะได้รับบริการสุขภาพที่แตกต่าง

อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึง
ความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับการอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล
กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นย่อมประเมินสถานการณ์ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพ
รวมทั้งมีความเข้าใจ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย
(จิรประภา ภาวิไล, 2545) และจากการสำรวจโดยการตรวจร่างกาย (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย,
2541) อ้างถึงใน จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง
สูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอัตราร้อยละ 69.3 ในกลุ่ม
อายุ 60-69 ปี และพบอัตราการเจ็บป่วยมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น เช่น พบอัตราความชุก
ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 1.7 ช่วงอายุ 70-79 ปี มีอัตราชุก 2.2
ช่วงอายุ 80-89 ปี พบอัตราชุก 3.8 และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปมีอัตราการเกิดโรคชุกร้อยละ 4.2
การตรวจสภาพจิต พบร้อยละ 2 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3. และ 8.0 ในกลุ่มอายุ 70-
79 ปี และ 80-89 ปี ตามลำดับ และพบอัตราความผิดปกติสูงสุดในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ
12.5 ซึ่งจากภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันดังกล่าวจึงคาดว่าผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่าง
กันจะมีความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับแตกต่างกัน

จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

11. อายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
12. อายุมีความสัมพันธ์กับการได้รับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพ
ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดี แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตและ
ดำรงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ดี ก็
แสดงถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีการเจ็บป่วยหรือมีภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จากการศึกษาปัญหาสุขภาพ
ของผู้สูงอายุไทย ของ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (2543) พบว่ามีผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนมี
ปัญหาสุขภาพที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ ประมาณร้อยละ 1.7 – 2.1 ของ
ผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพปานกลางถึงรุนแรงมาก โดยมีค่าดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel
ADL Index) น้อยกว่า 12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพาต้องมีผู้ดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน

อัตราค่อนข้างสูง โดยมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาในกิจกรรมการดูแลส่วนตัวอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ซึ่งสาเหตุสำคัญของภาวะพึ่งพานี้เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวบ่งชี้สำคัญที่แสดงถึงความต้องการการช่วยเหลือและความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, และคณะ 2544)

จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

13. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพ

14. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการได้รับบริการสุขภาพ

ภาวะสุขภาพจิต การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพกายที่ดี กล่าวคือ ผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีจะเป็นผู้รู้จักศักยภาพและความสามารถในการตนเอง รู้จักศักยภาพในการพัฒนาตนเองและสังคม ในทางตรงข้ามผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีจะเป็นอุปสรรคขัดขวางการแสวงหาประสบการณ์ชีวิต และการใช้ชีวิตอย่างสร้างสรรค์ (สุวรรณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2530 อ้างถึงใน กาญจนา ไทยเจริญ, 2543) ภาวะสุขภาพจิต เป็นภาวะจิตใจของบุคคลที่เป็นสุข สามารถเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวได้ดี มีอารมณ์มั่นคง มีความเข้าใจในตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต้องมีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพ การดำเนินชีวิตและบทบาทในสังคม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้จะทำให้เกิดอารมณ์เศร้า หวาดระแวง ท้อแท้และผิดหวัง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (กาญจนา ไทยเจริญ, 2543) และจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง และความเสื่อมนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2539 พบว่ามีจำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมารับบริการผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลศูนย์ที่สังกัดกองสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถึง ร้อยละ 11.84 มีแนวโน้มว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และมีอัตราที่มารับบริการในโรงพยาบาลสูงเพิ่มขึ้นด้วย

จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

15. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพ

16. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการได้รับบริการสุขภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนและบุคคลากรอื่นในทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
2. ด้านการบริหารการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการพัฒนาและจัดให้มีบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการเตรียมเจ้าหน้าที่พยาบาลให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับผู้ที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอ แดง จังหวัดระยอง ในช่วงปี พ.ศ. 2549

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะการเจ็บป่วย สภาพความเป็นอยู่ ระดับการศึกษา อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพจิต

ตัวแปรตาม คือ ความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับ

นิยามศัพท์เฉพาะ

บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานให้บริการทางด้านสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐานทั้งหมดสำหรับผู้สูงอายุทั้งของภาครัฐและเอกชนเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพ ทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ คำแนะนำ และการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพต่าง ๆ โดยเป็นให้บริการที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาโรค การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพ

ความต้องการบริการสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุว่าตนเองมีความประสงค์ที่จะรับบริการสุขภาพในเรื่องการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ และการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพต่าง ๆ จากภาครัฐและเอกชนที่จัดบริการให้กับผู้สูงอายุโดยครอบคลุมบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ประเมินจากแบบประเมินความต้องการบริการของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

บริการสุขภาพที่ได้รับ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับบริการสุขภาพในช่วงระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา โดยได้รับบริการสุขภาพในเรื่องการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ และการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชนที่จัดบริการให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานประเมินจากแบบประเมินการได้รับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็มรวมระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันตามปฏิทิน

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาของผู้สูงอายุในสถานศึกษาระบบโรงเรียน แบ่งเป็นไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา หรือสูงกว่า

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อรายได้ของตนเองที่ได้รับว่ามีความสอดคล้องกับรายจ่ายหรือไม่ โดยแบ่งเป็น 1) รายได้เพียงพอ คือมีรายได้และรายจ่ายสมดุลกัน หรือมีรายได้มากกว่ารายจ่าย 2) รายได้ไม่เพียงพอ คือมีรายจ่ายมากกว่ารายได้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ว่าสามารถปฏิบัติได้เองหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือไม่ โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: BAI) ของคอลลิน (Collin, 1988) ซึ่งนำมาดัดแปลงโดย สุทธิชัย-จิตะพันธ์กุล และคณะ

ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นสุข มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น วางตัวได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ปราศจากการโรคจิต ประเมินได้จากแบบวัดภาวะสุขภาพจิตจีเอชคิว - 12 (General Health Questionnaire - 12) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) ได้แปลและเรียบเรียงจากแบบวัดของโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1987)

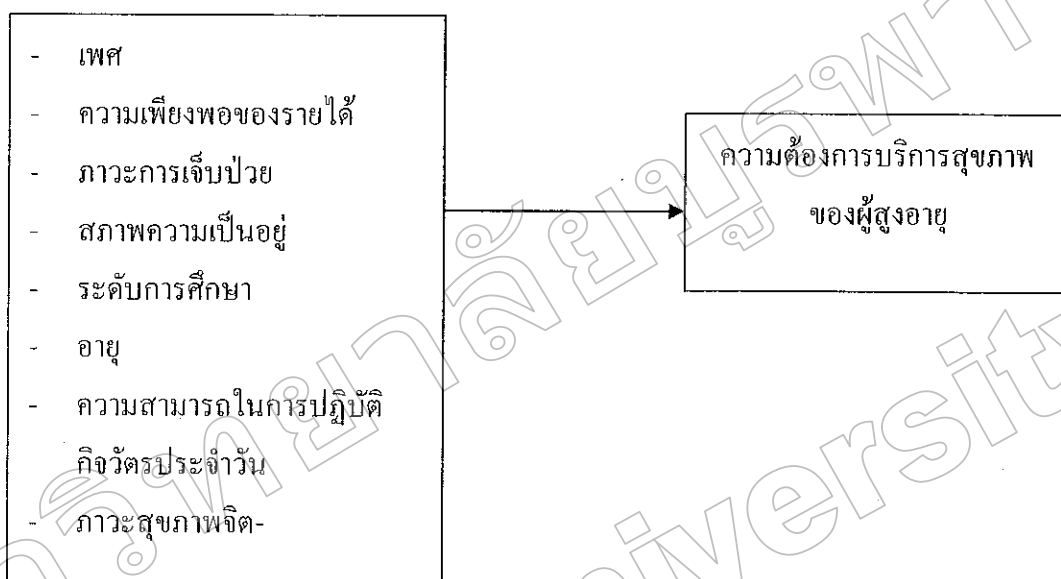
ภาวะการเจ็บป่วย หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ แบ่งเป็น 1) มีการเจ็บป่วย 2) ไม่มีการเจ็บป่วย

สภาพความเป็นอยู่ หมายถึง การมีบุคคลที่พักอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในครัวเรือนเดียวกัน หรืออยู่อาณานิคมบ้านเดียวกันเป็นประจำ แบ่งเป็น 1) ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว 2) ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับผู้อื่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย