

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและบริการที่ได้รับของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
 - 2.1 นโยบายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
 - 2.2 แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
 - 2.3 องค์ประกอบการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน
3. แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและการได้รับบริการสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ

- 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพ
- 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการได้รับบริการสุขภาพ
- 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการบริการสุขภาพและบริการที่ได้รับของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” มีความหมายแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุเฉลี่ย และสมรรถภาพด้านร่างกายของประชากรสภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศในสังคมไทย กำหนดให้ข้าราชการเกษียณราชการเมื่ออายุ 60 ปี เนื่องจากอายุดังกล่าวเป็นวัยที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมควรพักผ่อนและเปลี่ยนไปทำงานที่ไม่ต้องรับผิชอบหรือมีความเครียดมาก แต่ในประเทศอื่น ๆ เช่น มาเลเซียเกษียณราชการเมื่ออายุ 55 ปี ส่วนประเทศทางยุโรปจะเกษียณราชการเมื่ออายุ 65 ปี จึงเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ (บรรลุศิริพานิช, 2532)

สถาบันแห่งชาติอเมริกา (1995, อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2536) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น ผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60-74 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 75-84 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป

มิลเลอร์ (Miller, 1995) กล่าวว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและ

หญิง โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ กล่าวว่า ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง แบ่งเป็น ผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60-74 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 75-84 ปีและผู้สูงอายุตอนปลายอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้าน โครงสร้างและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายในและภายนอก จึงควรได้รับการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะอย่างแตกต่างจากวัยอื่น คือ การเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในทางที่เสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุตอนต้นหรือบางคนอาจมีการเสื่อมอายุ 60 ปีก็ได้ โดยความเสื่อมจะมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงของความเสื่อมจะมีลักษณะเหมือนกัน คือ ทุกอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง เช่น ระบบประสาทของผู้สูงอายุมีการทำงานช้าลงเหมือนกันแต่ความรุนแรงในแต่ละคนจะไม่เท่ากัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงตามปกติของผู้สูงอายุโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2536; ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สามารถเกิดขึ้นกับทุกอวัยวะของร่างกาย โดยอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำหน้าที่ได้ลดลง เซลล์ต่าง ๆ จะทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบสรุปได้ ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2539)

1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary System) ผิวหนังผู้สูงอายุจะเหี่ยว ย่น แห้ง เนื่องจากขาดไขมันใต้ผิวหนังหล่อเลี้ยง ความยืดหยุ่นลดลง ผิวหนังบางลง การไหลเวียนของเลือดลดลงทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย ต่อมาเหงื่อมีขนาดและจำนวนลดลง ทำให้ขับเหงื่อได้ลดลง เป็นผลให้ความสามารถในการปรับต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิลดลง ผมและขนจำนวนลดลง สีจางกลายเป็นสีเทาหรือขาว ผมร่วง แห้งและขาดง่าย

1.2 ระบบประสาท (Nervous System) ระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองและเซลล์ประสาททำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทลดลงความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกในการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ

ลดลง บางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทำงานไม่สัมพันธ์กัน ความจำลดลงโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ ผู้สูงอายุจะจำไม่ได้แต่จำเรื่องราวในอดีตได้ดี การทำงานของระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ ก็มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง

1.2.1 การมองเห็น มีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงลูกตา ทำให้การมองเห็นเสื่อมลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ ทำให้สายตาวาวขึ้นมองภาพใกล้ไม่ชัด รบกวนตามีปฏิกิริยาต่อแสงลดลงทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี

1.2.2 การได้ยิน มีการเสื่อมอวัยวะในหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 เสื่อมหน้าที่ เยื่อแก้วหู และอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ทำให้การได้ยินลดลง จึงพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะหูตึง

1.2.3 การรับกลิ่น มีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก มีการรับรู้ของกระแสประสาทช้าลง ทำให้การรับกลิ่นไม่ดี

1.2.3 การรับรส การรับรสที่ลิ้นเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ประมาณ 2 ใน 3 ทำให้ความสามารถในการรับรสอาหารของผู้สูงอายุไม่ดี

1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีการเปลี่ยนแปลงโดยกระดูกเปราะหักง่ายเนื่องจากการสลายแคลเซียมออกจากกระดูก ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงเพราะหมอนรองบางลง ทำให้หลังค่อม กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อม น้ำในข้อลดลงทำให้เกิดการเสียดของข้อจากการเสียดสี จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้เกิดเนื้อเยื่อพังพืดมาแทนที่ มวลกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดของกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาในการหดตัวนานขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้าลง

1.4 ระบบการไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular System) ระบบการไหลเวียนโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงโดย อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลงผนังเส้นเลือดฝอยหนาตัวขึ้น รูภายในหลอดเลือดตีบแคบลงจึงมีโอกาสดังกล่าวอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย การไหลเวียนโลหิตช้าลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) ระบบทางเดินหายใจมีการเปลี่ยนแปลงโดย ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวช้าลงทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง จำนวนถุงลมลดลง ผนังถุงลมแตกง่ายทำให้การไหลเวียนโลหิตที่ถุงลมลดลง ทำให้ระบายอากาศได้น้อย รีเฟล็กซ์ การไอลดลง การทำงานของขนอ่อน (Cilia) ตลอดทางเดิน

หายใจทำงานได้น้อยลงการกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่มีประสิทธิภาพเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) ระบบทางเดินอาหารมีการเปลี่ยนแปลงคือ ฟันไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางและแตกง่าย เหงือกที่หุ้มคอพกรัน ทำให้ฟันผุง่าย การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวทำงานได้น้อยลง ทำให้อาหารไหลย้อนกลับได้ง่าย การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ลดลงทำให้ การย่อยและการดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลง

1.7 ระบบขับถ่ายของเสีย (Excretory System) ระบบขับถ่ายของเสีย มีการเปลี่ยนแปลง โดย กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแอลง ขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังทำให้มีปัสสาวะค้างค้ำหลังการถ่าย ทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อย เพศหญิงอาจมีกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนจากการคลอดบุตรอาจทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพศชายอาจมีต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะลำบาก นอกจากนี้ประสิทธิภาพการทำงานของไตและหลอดไตลดลง การทำหน้าที่กรองของเสียและการดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) ระบบต่อมไร้ท่อมีการเปลี่ยนแปลง โดยต่อมไร้ท่อเสื่อมลง การหลั่งปริมาณฮอร์โมนต่าง ๆ น้อยลง ต่อมใต้สมองส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมนได้ลดลง ทำให้เกิดเบื่ออาหาร ต่อมไทรอยด์มีขนาดเล็กลง ตับอ่อนหลั่งอินซูลินได้น้อยลง อวัยวะสืบพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้าง เพศหญิงจะหยุดผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนเมื่ออายุ 45-50 ปี ทำให้มีการหย่อนของกล้ามเนื้อกระดูก ช่องคลอด ทรวงอก และความรู้สึกทางเพศลดลง เพศชายต่อมเพศมีการเสื่อมสลาย ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง การหลั่งฮอร์โมนแอนโดรเจนลดลงทำให้อวัยวะเพศยวบงและความรู้สึกทางเพศลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้ เพราะความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจและความเสื่อมของจิตใจ ก็มีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ทำหน้าที่ได้ช้าลงเกิดปัญหาในการดำรงชีวิตและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์เป็นผลจากการสูญเสียด้านต่าง ๆ ดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2536)

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ คู่สมรส ญาติสนิท เพื่อน มีการตายหรือย้ายที่อยู่ โดยเฉพาะการตายของคู่สมรสจะทำให้รู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักอย่างถาวร ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์โดยตรงเกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านความคิด ความรู้สึกหรือแสดงออก

ทางพฤติกรรม ได้แก่ ความเศร้าโศกเสียใจ ทุกข์ใจ ความเครียด ความเหงาว่าเหว ความรู้สึกคิดถึง รู้สึกผิด ละอายใจ โกรธตัวเองและผู้อื่น สิ้นหวังและภาวะซึมเศร้า อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจวัยสูงอายุเป็นวัยที่ควรต้องออกจากงาน เพราะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นในทางที่เสื่อมทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง การที่ผู้สูงอายุต้องออกจากงานจะทำให้ เสียบทบาททางสังคม มีความสัมพันธ์ทางสังคมน้อยลงอาจทำให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่าในตัวเอง บางครั้งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจเนื่องจากขาดรายได้ หรือรายได้ลดลงจนไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรจะมีครอบครัวและแยกครอบครัวออกไป ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับบุตรลดลง เกิดช่องว่างระหว่างบุตรหลาน ความใกล้ชิดผูกพันลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกน้อยค่าในตนเองเกิดสภาพจิตใจเสื่อมมากขึ้น

2.4 การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเสื่อมสมรรถภาพทางกายและการเปลี่ยนแปลงทางสรีระทำให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ตลอดจนความสวยงามของรูปร่างหน้าตาลดลง และลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมไทยที่คิดว่า เพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้ขัดขวางความต้องการทางเพศซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและหวั่นไหวต่อความมั่นคงในชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สังคมมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นความต้องการทางสังคม ผู้สูงอายุต้องการการยอมรับจากสมาชิกอื่นในกลุ่มและสังคม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจในทางที่เสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมช้าลง ความสามารถในการแสวงหามิตรใหม่มีข้อจำกัด การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่เกิดกับผู้สูงอายุมีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม ในอดีตสังคมไทยเป็นครอบครัวขยายมีผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ และสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้กับบุตรหลาน ผู้สูงอายุเป็นที่เคารพบูชายอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันลักษณะสังคมไทยเปลี่ยนไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมมีการแข่งขันพึ่งพากันน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทที่เกี่ยวกับการงานและบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวและมีหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัวต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย ทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกหมดความสำคัญ เกิดความอับอายในตัวเอง

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนแปลงไป

งาน หน้าที่ความรับผิดชอบที่ต้องใช้ความคิด และความฉับไวจะลดลง เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับคำแนะนำ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดลง ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดสูงได้

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมจะเข้าไปในทิศทางที่เสื่อมลง ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะประชากรสูงอายุนี้นี้เป็นเหตุให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2543) โดยการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุในทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมนั้น (Ebersole & Hess, 1998) อิลิโอพอลัส (Eliopoulos, 1987) พบว่าผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมามากกว่าวัยอื่น ๆ ถึง 4 เท่า ในประเทศไทยจากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) พบว่าโรคที่เป็นปัญหาของประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และการหกล้ม เป็นต้น นอกเหนือจากโรคเรื้อรังแล้วยังพบว่ามีผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยขึ้นใหม่จากสาเหตุต่าง ๆ ในแต่ละเดือนถึงร้อยละ 43.6 โดยโรค หรือสาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะเป็นโรคไม่ร้ายแรง เช่น ไข้หวัดหรือปวดข้อ เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2543) ปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่รัฐบาลจะต้องมีความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างประสบความสำเร็จ มีคุณภาพ (Successful Aging) และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

นโยบายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นได้เริ่มต้นเมื่อ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร ได้จัดให้มีโครงการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในปี พ.ศ. 2505 และต่อมาได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลประสาทพญาไท เป็นครั้งแรกเพื่อให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (รัตนา เพ็ชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล, 2538 อ้างถึงใน นันทวัน สุวรรณรูป, 2544) ความตื่นตัวด้านผู้สูงอายุได้มีการขยายตัวออกไปเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลได้มีนโยบายให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ทำให้มีการศึกษาวิจัยปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุและหารูปแบบการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในประเด็นต่าง ๆ ของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2533 รัฐบาลได้สนับสนุนการจัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงาน

สนับสนุนด้านวิชาการ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุขึ้นที่วัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี

จากการสำรวจความต้องการบริการและสวัสดิการต่าง ๆ ของประชากรผู้สูงอายุไทย พบว่า มีความต้องการบริการสุขภาพเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 42.1) โดยต้องการบริการการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และหน่วยบริการเยี่ยมบ้าน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก แต่สิ่งที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุไทยคือปรากฏการณ์ “No Care Zone” ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับไม่มีระบบบริการชุมชนด้านสุขภาพอนามัยที่เข้มแข็งพอ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) จากข้อมูลดังกล่าว รัฐบาลจึงจัดทำแผนระยะยาวแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2535-2554) ขึ้นมา ในปี พ.ศ. 2535 มีนโยบายและมาตรการหลักเกี่ยวกับการบริการทางสุขภาพ ดังนี้

1. ออกกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพและสุขภาพผู้สูงอายุ
2. สร้างหลักประกันสำหรับการบริการสุขภาพและให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ
3. ดูแลความเป็นอยู่ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข
4. สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข
5. สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่ารักษา
6. ส่งเสริมและให้บริการความรู้โดยเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณค่าและมีความสุข
7. ขยายบริการพื้นฐานและสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย
8. จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม
9. สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับดูแล รักษา และการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

นอกจากมีการจัดทำแผนระยะยาวแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2535-2554) แล้ว ยังได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ซึ่งกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีมาตรการด้านหลักประกันสุขภาพ สรุปได้ดังนี้ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545)

1. มีการพัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด เน้น

การบริการถึงบ้าน และมีการสอดคล้องประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคม โดยครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้

- 1.1 ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose Senior Center)
- 1.2 ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care Center)
- 1.3 บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)
- 1.4 บริการดูแลที่บ้าน (Home Care)
- 1.5 บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)
- 1.6 บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ห่างไกล
- 1.7 ส่งเสริมการจัดตั้งระบบเฝ้าระวัง เกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน
- 1.8 สนับสนุนและส่งเสริมความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัคร

ผู้ดูแล

2. เกื้อหนุนให้เอกชนจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานร่วมด้วย

- 2.1 มีการจัดบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
- 2.2 จัดบริการแพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพ
- 2.3 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุ ให้เพียงพอกับความต้องการและสามารถรองรับปัญหาของผู้สูงอายุได้
3. ส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และการผู้ดูแลเบื้องต้น ดังต่อไปนี้
 - 3.1 จัดบริการการอบรมในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ
 - 3.2 จัดบริการให้คำปรึกษาทั่วไปในสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน
 - 3.3 ดำเนินการให้มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้น พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้บริการในระดับต้นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ทั้งด้านการลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาวอย่างมีความสุข และไม่มีคามพิการ

รูปแบบและแนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ วรรณภา ศรีธีรรัตน์ ได้เสนอแนะแนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ไว้ใน

การประชุมวิชาการ เรื่องความไม่เป็นธรรมในผู้สูงอายุไทย: การปกป้องทางสังคมและสุขภาพของ
สมาคมพัฒนาวิทยา พ.ศ. 2545 ดังนี้

1. หลักการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

1.1 เป็นบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้สูงอายุทุกคนพึงจะได้รับ จึงควร
ให้บริการโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และคงไว้ซึ่งสิทธิ ศักดิ์ศรี คุณค่า และการให้ความเคารพ
ผู้สูงอายุ

1.2 เป็นบริการที่มุ่งสร้างสุขภาพองค์รวม ควบคู่กับการสร้างวัฒนพลัง และสร้าง
ความมั่นคงทางสังคม

1.3 เป็นบริการที่ต้องครบวงจรชีวิตของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบท
ของผู้สูงอายุและครอบครัว

1.4 เป็นบริการที่เน้นเชิงรุกควบคู่กับเชิงรับ

1.5 เป็นบริการที่ผสมผสานและบูรณาการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม

1.6 เป็นบริการที่มีบริการและทางเลือกหลากหลาย ที่ครอบคลุม เข้าถึงง่าย มีคุณภาพ

1.7 เป็นบริการที่มีการดูแลระยะยาว เน้นการดูแลที่บ้าน และชุมชนเป็นหลัก และ
ขยายบริการในสถาบันตามความจำเป็น

1.8 เป็นบริการที่มีการปกป้อง พิทักษ์สิทธิ แม้ในระบอบที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และจบจน
วาระสุดท้ายของชีวิต

1.9 เป็นบริการที่มีบริการสุขภาพและสนับสนุนทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ

1.10 เป็นบริการที่มีมาตรฐานการดูแลที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ (Aging Friendly Standards)

1.11 เป็นบริการที่มีการให้บริการ โดยบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ มีเจตคติที่ดี
และความไวต่อผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุ

2. รูปแบบของระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มี 2 แนวทาง ดังนี้

2.1 เป็นบริการรวมในระบบบริการสุขภาพหลัก (ทั่วไป) สำหรับคนทุกวัย

2.1.1 เป็นระบบที่มีบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสอดคล้องและ/หรือเชื่อมต่อ
เป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการสุขภาพหลัก (ทั่วไป) ทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ
ทั้งในและนอกสถาบัน

2.1.2 มีหน่วยบริการผู้สูงอายุ (Aged Care Unit) หรือศูนย์การดูแลผู้สูงอายุเป็น
จุดเชื่อมต่อที่ให้บริการแบบเอกประสงค์ด้านข้อมูลข่าวสารและการจัดชุดบริการต่าง ๆ สำหรับ
ผู้สูงอายุที่ให้บริการ ณ จุดบริการเดียว (One Stop Service)

2.2 เป็นบริการที่แยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ รวมบริการดูแลระยะยาว

2.2.1 เป็นบริการที่แยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เป็นระบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่แยกจากระบบบริการสุขภาพหลัก (ทั่วไป) ของคนทุกวัย เป็นบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (รวมบริการดูแลระยะยาว)

2.2.2 เป็นบริการดูแลระยะยาว เป็นระบบบริการที่มีความจำเป็นเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและมีความต้องการการดูแลระยะยาว เชื่อมต่อกันทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน

3. แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

3.1 สถานบริการสุขภาพและสังคมทุกแห่งและทุกระดับ จัดให้มีมาตรฐานบริการที่เหมาะสมและเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

3.2 การจัดบริการสุขภาพ ควรมีชุดบริการสุขภาพหลักหรือโปรแกรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยชุดหรือโปรแกรมบริการต้องมีความหลากหลาย แต่ผสมผสานหรือบูรณาการบริการสุขภาพและบริการทางสังคมเข้าด้วยกัน เพื่อดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ เช่นบูรณาการงานของหน่วยงานสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ เทศบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งในส่วนกลาง ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่นเข้าด้วยกัน อีกทั้งต้องเป็นชุดบริการที่เน้นการสร้าง/พลิกฟื้นสุขภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา-ซ่อมและฟื้นฟูสุขภาพ

3.3 บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นบริการครบตามวงจรชีวิตของความสูงอายุ (วัยก่อนสูงอายุ – วัยสูงอายุ – วัยสูงอายุมาก) และเหมาะสมตามเพศ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว ในแต่ละท้องถิ่น ดังนั้นจึงต้องมีชุดบริการตรวจสุขภาพรายบุคคลที่เหมาะสมตามเพศและวัย เช่น ชุดการตรวจสุขภาพสำหรับกลุ่มอายุ 40-60 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับเพศชายและหญิง ที่มีการตรวจสุขภาพแบบพื้นฐาน – การคัดกรอง – ซักซ้อม – และตามปัญหาสุขภาพเฉพาะ หรือชุดสุขภาพครอบครัวผู้สูงอายุ

3.4 เน้นบริการเชิงรุกที่เข้าถึงตัวผู้สูงอายุ มากกว่าบริการเชิงรับในสถาบัน โดยขยายบริการไปถึงบ้านและชุมชน ตามลักษณะและรูปแบบการดูแลในครอบครัว โดยมีบริการต่อเนื่องเชื่อมโยงทั้งในและนอกสถาบัน

3.5 ต้องมีจุดเชื่อมต่อบริการสุขภาพทั่วไปและบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) ผู้สูงอายุ ในทุกระดับการดูแล คือ มีหน่วยบริการผู้สูงอายุทั้งในระดับปฐมภูมิ – ทติภูมิ – ตติภูมิ

จากการศึกษาเรื่องแนวโน้มยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า พ.ศ. 2555 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ของนิคม จันทร์แนม (2547) พบว่า การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นมีแนวโน้มว่าจะมีการปรับระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพในทศวรรษหน้า ซึ่งจะเป็นการปรับระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุครั้งใหญ่ โดยเน้นการปรับให้มี

ระบบการเยี่ยมบ้าน หรือบริการที่มีลักษณะ Area Based และจัดบริการที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้ได้รับการช่วยเหลือในภาวะที่ต้องพึ่งพามากขึ้น ซึ่งจะมีแนวโน้มการพัฒนา ดังนี้

1. การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพควรเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อจำกัดด้านสุขภาพ ปัญหาด้านการเงิน การกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งในเมืองใหญ่มักได้รับการจัดสรรมากกว่าพื้นที่ห่างไกล โดยจะมีการลดบทบาทของภาครัฐลง โดยให้การสนับสนุนภาคที่ไม่ใช่รัฐ เช่น ภาคประชาชน ภาคเอกชนที่ไม่หวังกำไร ภาคเอกชนธุรกิจให้มากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขควรมีการปรับบทบาทจากผู้ให้บริการและเป็นเจ้าของทรัพยากรเป็นผู้กำหนดนโยบาย กำหนดกฎเกณฑ์มาตรฐาน กำกับดูแลและสนับสนุนวิชาการ ให้มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด เนื่องจากบทบาทของภาครัฐในอีก 10-20 ปีข้างหน้า จะไม่ทำการผลิตเอง แต่จะเป็นผู้วางระบบ วางแบบแผน มีหน้าที่ในการวิเคราะห์ภาพรวมและกำหนดนโยบายเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศ โดยเน้นการกำกับดูแลให้ภาคธุรกิจเอกชนดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

2. การปรับระบบสุขภาพให้เกิดดุลยภาพใหม่ระหว่างการลงทุนและการจัดบริการ การตรวจโรค วินิจฉัยโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยและพิการ โดยการส่งเสริมสุขภาพเป็นทิศทางสำคัญสำหรับการจัดบริการสุขภาพในอนาคต เพราะเป็นการลดค่าใช้จ่าย ลดภาระที่ไม่จำเป็นให้กับสถานบริการ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี การปรับระบบบริการสุขภาพนั้นจะต้องมีการร่วมมือร่วมใจร่วมกันคิดกันทำเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับสภาพที่เปลี่ยนแปลง

3. การจัดบริการสุขภาพให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพ เสมอภาค การมีส่วนร่วม และโปร่งใส ในอดีตการให้บริการประชาชนของหน่วยงานของรัฐนั้นไม่มีคู่แข่งและประชาชนต้องอยู่ในภาวะจำยอมที่ต้องรับบริการที่มีคุณภาพไม่ได้มาตรฐาน มีขั้นตอนยืดเยื้อ ค่าใช้จ่าย และไม่มีกำหนดเวลานัดนอน ผู้รับบริการไม่สามารถร้องเรียนหรือเรียกร้องสิทธิอะไรได้มาก ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นจะต้องเข้าถึงได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่มีค่าใช้จ่ายสูง ควรมีการสร้างเสริมสุขภาพมีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุทุกปี มีการเฝ้าระวังการเกิดโรคและความพิการของผู้สูงอายุ

4. การบริการสุขภาพที่ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม ในอดีตที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพระบบการทำงานไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เพราะระบบการคิด ระบบการเรียนรู้ ระบบการทำงานไม่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับชีวิตจริงและความเป็นจริงของสังคม ดังนั้นในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นควรมีการอาศัยศักยภาพ การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคมให้ส่วนร่วมกันในการพัฒนาภายใต้กลไกต่าง ๆ การมีส่วนร่วมในการวางแผน

ตัดสินใจ การดำเนินการปรับปรุง และการส่วนร่วมในการประเมินผล รวมทั้งการได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมด้วยกันได้

5. เป็นบริการสุขภาพที่มีคณะทำงานแบบพหุภาคีในการจัดบริการ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้จัดบริการสาธารณสุข และตัวแทนชุมชน โดยการจัดบริการสุขภาพที่มีคณะทำงานแบบพหุภาคีในการจัดบริการนั้น เป็นการเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายเข้าร่วมในการจัดบริการเป็นส่วนหนึ่งในแนวคิดการกระจายอำนาจ ให้ทุกฝ่ายเข้าร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ระบบการบริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น เป็นการร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมตรวจสอบการจัดบริการ สร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน (ทัศนา บุญทอง, 2543) การบริการจะเน้นเป็นการบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน โดยเน้นการป้องกันในระดับปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

6. การพัฒนาทรัพยากรสุขภาพในการให้บริการผู้สูงอายุ ในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพจะต้องมีการเรียนรู้ชีวิตจริงของชุมชนมากกว่าอยู่ในตำราเรียน เพิ่มความเข้าใจ และทักษะในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขจะมีความสำคัญมากขึ้นในการให้บริการสุขภาพประชาชน จึงต้องสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการให้สามารถบริการเป็นองค์รวมและเอาใจใส่ในมิติของความเป็นมนุษย์และได้รับการยอมรับจากผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุคือ การจัดรูปแบบบริการตามแนวคิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการ (Long Term Care) โดยยึดหลักการดูแลอย่างต่อเนื่อง (The Continuous of Care) ซึ่งเป็นการจัดรูปแบบบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้จนถึงผู้ที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและบริการที่ได้รับจริงสำหรับผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามแนวคิดการดูแลระยะยาวโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานการดูแลอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุต่อไป

องค์ประกอบการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

องค์ประกอบกิจกรรมบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นการจัดการให้บริการพื้นฐานที่ต้องมีในสถานบริการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งกลวิธีในการจัดบริการด้านต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยบริการที่ครอบคลุม 4 มิติ ดังนี้

1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเสริมสร้าง

สุขภาพให้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และดำรงไว้ซึ่งความผาสุกของประชาชน (Edelman & Mandfel, 1998) ซึ่งประกอบด้วยการบริการดูแลสุขภาพเด็ก บริการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ บริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การบริการเยี่ยมบ้านตามกลุ่มเป้าหมาย บริการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพ บริการให้คำปรึกษา บริการแพทย์แผนไทยและ/หรือแพทย์ทางเลือก โดยมีกลวิธีการจัดการ ได้แก่ มีนโยบายและแนวทางในการส่งเสริมบนพื้นฐานข้อมูลและหลักวิชาการที่เหมาะสม จัดทีมสุขภาพในแบบบูรณาการ มีการจัดสื่อที่ให้ความรู้หรือข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ง่าย จำเพาะกับพื้นที่ และต้องมีการปรับให้ทันสมัยอยู่เสมอ มีการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนด้วยกลวิธีต่าง ๆ มีการสื่อสารให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพก่อนป่วย เกี่ยวกับการกิน การประกอบอาชีพ การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม เมื่อมีการสื่อสารให้ข้อมูลประจำแล้วจึงค่อย ๆ ควบปฏิบัติให้ผู้สนใจ กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ ตามความสนใจและสมัครใจ สนับสนุนและช่วยเหลือให้ประชาชนสามารถดำเนินการได้เอง มีแนวทางการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน มีการร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น และเครือข่ายในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน มีระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเพื่อการติดตามและการส่งต่อได้

2. ด้านการป้องกันโรค หมายถึง การบริการสุขภาพที่จัดขึ้นเพื่อยับยั้งหรือชะลอการกระบวนการเกิดโรคหรือการดำเนินของโรค โดยเน้นที่วิธีการปรับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมและกลไกการป้องกันร่างกาย (Watson & Wilkinson, 2001) ซึ่งประกอบด้วย การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ มีการค้นหาผู้ป่วยและประชาชนที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรคที่พบบ่อยครอบคลุมทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โรคที่มีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมจากการประกอบอาชีพ การคุ้มครองผู้บริโภคครอบคลุมเรื่องยา อาหารและบริการทางการแพทย์ที่ปลอดภัยมีคุณภาพมาตรฐาน โดยมีวิธีการจัดการ ได้แก่ จัดระบบการติดตามและเฝ้าระวังโรค เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกกฎหมาย แนะนำเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มีการให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคอย่างถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐาน มีการรายงานผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

3. ด้านการรักษาพยาบาล หมายถึง บริการช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยรุนแรง ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ให้สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิตไว้ได้ (Potter & Perry, 1995) ซึ่งประกอบด้วย บริการ

รักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น บริการคัดกรองโรคเรื้อรังหรือโรคที่รุนแรง บริการรักษา เบื้องต้นจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือผู้ประสบอุบัติเหตุรุนแรง บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้เจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต บริการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน บริการทันตกรรมพื้นฐาน โดยมีวิธีการ จัดการ ได้แก่ ในการให้บริการแต่ละครั้งควรให้ความรู้แก่ประชาชนทุกครั้งที่ในการดูแลสุขภาพ ตนเองที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยนั้น ๆ จัดให้มีการบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องและ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับข้อมูลการให้บริการด้านการส่งเสริมป้องกันโรคได้ มีการจัดบรรยากาศ สถานที่ให้บริการให้เกิดความรู้สึกสะดวกสบายเป็นกันเอง และอบอุ่นในการมารับบริการ ลดสิ่งกีด ขวางที่ขัดขวางการติดต่อสื่อสารในขณะให้บริการตามจุดต่าง ๆ มีระบบนัดหมาย ระบบตรวจสอบ และติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ที่ควรนัดหมาย มีการจัดการให้ผู้รับบริการ ได้พบกับแพทย์หรือ ผู้ให้บริการคนเดิมอย่างต่อเนื่อง ติดตามผู้ป่วยในความรับผิดชอบ มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้ง การส่งต่อผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูล มีระบบการบริหารยาที่ดี มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์และพยาบาลตามสัดส่วนประชากร และมีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง มีการชี้แจง ขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจน

4. ด้านการฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การจัดการบริการสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไข

ข้อบกพร่องต่าง ๆ หรือความไม่สมดุลของร่างกาย ซึ่งเกิดแก่สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของมนุษย์ ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติที่สุด (Heffner, 1995) ประกอบด้วยบริการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วย หรือผู้พิการ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ส่งต่อผู้รับบริการไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูที่รပ်ถ่วง บริการดูแลต่อเนื่องหลักจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลหลังจากจำหน่ายจาก โรงพยาบาล โดยมีกลวิธีการจัดการ ได้แก่ มีการจัดแบ่งเวลาออกไปเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วยเรื้อรัง มี การประเมินสภาพแวดล้อมของครอบครัว การบันทึกการเยี่ยมบ้านซึ่งเชื่อมต่อการรักษาใน โรงพยาบาล ดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ จัดระบบการบันทึกการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้เห็น ภาพรวมของการบริการได้มากขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและบริการที่ได้รับของ ผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดการจัดการบริการสุขภาพของ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และ Who (2004) สรุปได้ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะ สุขภาพดีของผู้สูงอายุ โดยมีระดับของการส่งเสริมสุขภาพ 4 ระดับ คือ สิ่งแวดล้อม สังคม และ บุคคล (Pike, 1995 อ้างถึงใน สุนตตรา ตะบุนพงศ์, 2544) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความสุขและความพึง

พอใจในชีวิต มีความเชื่อมั่นและพลังอำนาจในการจัดการกับตนเองและสถานการณ์รอบตัว (Forter, 1995) เช่น การให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การเผยแพร่ข่าวสารทางสุขภาพทางสื่อต่าง ๆ การจัดประชุม อบรม การจัดนิทรรศการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสนทนาการออกกำลังกาย

2. การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.1 ระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันการเกิดโรค ได้แก่การได้รับวัคซีน ในผู้สูงอายุมีคำแนะนำและข้อมูลสนับสนุนถึงความคุ้มค่าในการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และปอดบวม (Rubenstein & Nahas, 1998) และการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ (Ebersole & Hess, 1998) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น

2.2 ระดับทุติยภูมิ เป็นการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ยังไม่มีอาการของโรค หรืออาการในระยะเริ่มต้น เพื่อให้เกิดผลสูงสุดในการรักษา ในผู้สูงอายุไทย การตรวจคัดกรองที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด การมองเห็น การคัดกรองตาบอด หูหนวก ภาวะขาดโภชนาการ มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก มะเร็งผิวหนัง และมะเร็งช่องปาก (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

2.3 ระดับตติยภูมิ เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และป้องกันการกำเริบอาการของโรคที่เป็นอยู่

กิจกรรมบริการด้านการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย เช่น คำแนะนำและการให้คำปรึกษาการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้อาหารเสริมและวิตามินเพื่อการบำรุงสุขภาพและป้องกันโรค คำแนะนำในการเลือกใช้ครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจสุขภาพประจำปี การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคเมื่อมีการแพร่ระบาด

3. การรักษาพยาบาล ในสังคมไทยมีการเลือกใช้บริการสุขภาพเพื่อการเจ็บป่วยในหลายลักษณะ เช่น เจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเอง ไม่ดีขึ้นไปพบแพทย์ที่คลินิก หรือไปตรวจที่สถานอนามัยใกล้บ้าน ถ้าไม่ดีขึ้นจึงไปโรงพยาบาล และบางส่วนนิยมไปรับบริการกับหมอพื้นบ้าน เช่น การบีบนวด การไปรักษากับหมอยาสมุนไพรเมื่อมีปัญหาเรื่องกระดูกหัก สำหรับผู้สูงอายุที่โดยเฉลี่ยแล้วมักมีโรคเรื้อรังดังที่กล่าวมาแล้ว จะต้องรับการรักษาต่อเนื่องนั้น การเดินทางไปรักษาที่สถานพยาบาลอาจมีความไม่สะดวก การจัดบริการที่บ้านจึงเป็นบริการที่น่าจะสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น การให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ สถานดูแลผู้สูงอายุ ในช่วงกลางวัน สถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ การบริการตรวจรักษาที่บ้าน การบริการพยาบาลที่บ้าน

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย

จิตใจ การประกอบอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ การฟื้นฟูสภาพแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการแพทย์ การศึกษา การงานอาชีพ และด้านสังคม เป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุคือ การที่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพามุคคลอื่น หรือพึ่งพาน้อยที่สุดซึ่งเป็นปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุเอง กระบวนการฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย 5 กระบวนการ ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

- 4.1 การตรวจหาโรคหรือปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ
- 4.2 รักษาหรือควบคุมอาการที่ไม่พึงประสงค์
- 4.3 ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น กายภาพบำบัด และการพยาบาล เป็นต้น
- 4.4 ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ
- 4.5 การป้องกันไม่ให้เกิดทุพพลภาพใหม่

กิจกรรมบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การให้บริการกายภาพบำบัดที่บ้าน การบริการรับส่งระหว่างบ้าน-สถานกายภาพบำบัด คำแนะนำสำหรับสมาชิกในครอบครัวในการทำกายภาพบำบัด บริการทำความสะอาดบ้านจัดสิ่งแวดลอมให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ บริการซื้อของตามที่ต้องการ และจัดอาหาร

แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและการได้รับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพ

มีผู้ศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับความต้องการไว้ดังนี้

โอรันโด (Orlando, 1969 cited in Hampe, 1975) ให้ความหมายของ ความต้องการไว้ว่าเป็นความประสงค์ของบุคคล ถ้าได้รับการตอบสนองจะช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความสุขสบายของชีวิต

วินเกต และเลคกี้ (Wingate & Leckey, 1989 อ้างถึงใน นภา สุทธะตั้ง, 2547) ให้ความหมายของความต้องการไว้ว่า คือแรงกระตุ้นที่ก่อให้เกิดการปรับการรับรู้ถึงสิ่งที่ขาดไปให้เข้าสู่ภาวะสมดุล

มาสโลว์ (Maslow, 2000) ให้ความหมายของความต้องการไว้ว่า ความต้องการเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้วความต้องการขั้นที่สูงกว่าจะเกิดขึ้นเสมอ

สรุปได้ว่า ความต้องการเป็นความประสงค์ที่บุคคลอยากได้รับ เพื่อการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐาน เพื่อให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดีที่สุด การไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติแก่ร่างกายและจิตใจได้

การศึกษาเรื่องความต้องการบริการสุขภาพนั้นมีความสำคัญและจำเป็นต้องศึกษาทั้งในเรื่องคุณภาพและประสิทธิภาพ (Foy, Eccles, & Glimsshaw, 2001) ในการพัฒนาคุณภาพการบริการนั้นนอกจากการวางแผนจัดระบบบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้แล้ว ยังต้องสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ ผู้ให้บริการต้องเรียนรู้ว่าผู้ใช้บริการมีความต้องการอย่างไร มีความคาดหวังต่อการมารับบริการอย่างไร ซึ่งหน่วยบริการต้องวางระบบการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังนั้น ๆ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ นพคุณ เอกวรรณานนท์ (2546) ได้กล่าวถึงคุณภาพของการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนไว้ว่า ในการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพนั้นต้องเป็นไปตามหลักนโยบายหลักประกันสุขภาพและตามเกณฑ์มาตรฐานแล้ว ยังต้องเป็นไปตามความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ตนเองด้วยตนเอง ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ ยอมรับ ยากได้ และชื่นชม ส่งผลให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน อีกทั้ง คริตเชฟสกีและซิมมอน (Kritshevsky & Simmom, 1991) ยังได้กล่าวถึงคุณภาพของบริการสุขภาพไว้ว่า เป้าหมายของการบริการทางการแพทย์นั้นต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเฉียวไม่พอ หัวใจสำคัญในการสร้างบริการที่มีคุณภาพนั้น ผู้ให้บริการจำเป็นต้องเข้าใจความจำเป็นของผู้รับบริการหรือลูกค้าและต้องมีความพยายามที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ส่วนในเรื่องประสิทธิภาพนั้น จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) กล่าวว่า ประสิทธิภาพเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับการทำงานในระบบสุขภาพที่มีเงื่อนไขภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด เราไม่มีทรัพยากรที่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการทุกอย่างของมนุษย์จนเป็นที่พอใจแก่ทุกคน ดังนั้นการใช้ทรัพยากรจึงต้องเป็นไปเพื่อสร้างผลผลิตในประเภทและปริมาณที่ทำให้สมาชิกในสังคมโดยรวมเกิดความพึงพอใจสูงสุดหรือให้คุณค่ามากที่สุด ไม่มากหรือน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับความต้องการของผู้รับบริการ การจัดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำได้โดยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภายในท้องถิ่นของตน เพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชนได้

แนวคิดเกี่ยวกับการได้รับบริการสุขภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการได้รับการปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้ตามที่ได้รับการสุขภาพจริงของผู้รับบริการ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster, 1997) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของตนเอง

มอริสัน (Morison, 1989) กล่าวถึงการรับรู้ (Perception) ของผู้รับบริการว่า ผู้รับบริการจะใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ประการ คือ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัสเพื่อเป็นการกำหนดความคิดเห็นต่อการบริการและข่าวสารต่าง ๆ กระบวนการนี้เรียกว่า “การรับรู้” การรับรู้มีความสำคัญต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการมากกว่าสิ่งที่เป็นอยู่จริง ผู้รับบริการจะไม่เพียงแต่ถูกกระตุ้นให้มารับบริการเท่านั้น ยังเป็นการยอมรับด้วยว่า การบริการจะสร้างความพอใจที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองและตรงกับความต้องการของตนเอง

สรวงทิพย์ ภู่อุณณา (2541) กล่าวว่า การรับรู้ คือ คือกระบวนการภายในตัวบุคคลในการให้ความหมายข้อมูลที่ได้รับการสัมผัสสิ่งเร้าของประสาทสัมผัสต่าง ๆ โดยใช้สมอง ประสาทสัมผัส และสภาพจิตใจของบุคคลในการให้ความหมาย สิ่งที่ได้รับรู้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมตามการรับรู้ นั้น โดยแสดงออกเป็นการกระทำ ความนึกคิด และแนวคิด

พัชรี ทองแผ่ (2540) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึงกระบวนการตีความ หรือแปลผลของการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าภายนอกตัวบุคคลโดยอาศัยประสาทสัมผัสเดิม และการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วยแสดงออก เป็นความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจเรื่องต่าง ๆ ตามความรู้สึที่เกิดขึ้น ประชาชนที่มารับบริการสุขภาพจะมาด้วยความต้องการความคาดหวังในบริการที่จะได้รับ

การรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงในจิตใจของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความหมายตามการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยประสาทสัมผัสเดิมเป็นเครื่องช่วย (ประเทือง สูงสุวรรณ, 2543)

จากความหมายดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่า การรับรู้บริการที่ได้รับ นั้นเกิดจากความรู้สึคนึกคิด ความเข้าใจที่เกิดขึ้นจากการได้สัมผัสกับการมารับบริการสุขภาพ หรือเกิดจากการได้พบหรือสัมผัสเหตุการณ์ หรือสถานที่ หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้บริการ และผู้รับบริการจะเปรียบเทียบกับบริการสุขภาพที่ตนต้องการหรือคาดหวังไว้ (Expected Service) กับบริการที่ได้รับจริงตามการรับรู้ (Perceived Service) และถ้าบริการนั้น ๆ สามารถตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้สูงอายุได้ จะกล่าวได้ว่าบริการนั้นมีคุณภาพ บริการนี้เป็นบริการที่เกี่ยวข้อง (Peripheral Service) โดยผู้ให้บริการสามารถให้ร่วมกับบริการหลักที่ต้องการจริง ๆ (Core Service)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและการได้รับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและการได้รับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น พบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่แท้จริง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่ทำการศึกษาความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาคำরাเอกสารต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้าน เพศ อายุ

ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต ภาวะการเจ็บป่วย และสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุว่าจะมีความต้องการบริการสุขภาพและบริการที่ได้รับที่แตกต่างกันหรือไม่ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. เพศ เพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการสุขภาพ (Anderson, 1995) เนื่องจากเพศถือว่าการบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถของร่างกาย ในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองด้วย (Orem, 1985) จากลักษณะที่แตกต่างกันของเพศชายและเพศหญิง กล่าวคือเพศชายมีลักษณะของสรีระร่างกายที่ความแข็งแรง ส่วนเพศหญิงมีความบอบบางของโครงสร้าง เมื่อเทียบกับเพศชายและการเข้าสู่วัยสูงอายุเพศหญิงมักประสบปัญหาด้านสุขภาพค่อนข้างสูง ซึ่งเกิดจากการลดลงของฮอร์โมน เอสโตรเจน ความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อลดลงอย่างเห็นได้ชัด ความเสี่ยงต่อการทรมานจากความเสื่อมหรือความผิดปกติเกี่ยวกับกระดูกและข้อจึงสูงกว่าเพศชาย ปัญหากระดูกและข้อถือว่าพบบ่อยที่สุดในวัยสูงอายุ จากการศึกษาของบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2540) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของประชาชน พบว่าเพศหญิงจะไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย และเมื่อพิจารณาพร้อมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยพบว่า สำหรับการเจ็บป่วยเล็กน้อยเพศหญิงก็ยังคงมีการใช้บริการมากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว และภาวะพึ่งพิงนั้นพบในกลุ่มผู้สูงอายุหญิง และยังพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย และเพศหญิงมีการใช้บริการสุขภาพจากคลินิกและโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมักจะซื้อยามาใช้เองเมื่อเจ็บป่วย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา นาดี (2541) พบว่าเพศหญิงมักไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิกในขณะที่เพศชายถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยมักรักษาดูแลตนเองก่อนเมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจึงไปรักษาที่คลินิก ซึ่งจากพฤติกรรมของการไปรับบริการสุขภาพที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ จึงพอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีความต้องการบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน และการรับรู้ถึงบริการที่ได้รับจริงนั้น เพศ ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ เนื่องจากการรับรู้การได้รับบริการสุขภาพนั้น คือการแสดงออกถึงความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจ โดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นตัวช่วย

2. ความเพียงพอของรายได้ ปัจจุบันระบบเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญในการดำรงชีวิต กล่าวคือบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะส่งผลให้มีสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ขัดสน โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่เสื่อมถอยจากการทำงาน รายได้ที่เคยได้รับจะลดลงหรือไม่ได้รับเลย ในขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความต้องการปัจจัยต่าง ๆ เช่น เดิม ถ้าขัดสนในเรื่องเศรษฐกิจจะทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิต

เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมปัจจุบัน รายได้เป็นตัวแปรที่มีส่วนในการสนับสนุนบุคคลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ดังเช่นการศึกษาของ เบญจมาศ เจริญสุข (2541) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี พบว่ารายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือ ผู้ที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นมีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ต่ำย่อมมีความสนใจในการหาเลี้ยงชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ในส์ วอลแลนแมน และลูก ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความสะดวกในการออกกำลังกาย และช่วยสนับสนุนให้บุคคลที่จะออกกำลังกายได้เป็นผลสำเร็จ และจากการศึกษาของ สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอจะมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัย การแสวงหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวมทั้งการมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก และการแสวงหาความสุขที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคล ดังคำกล่าวของเพนเดอร์ (Pender, 1982) ที่ว่าสภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบตัวหนึ่งที่สนับสนุนให้บุคคลมีศักยภาพในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความเพียงพอของรายได้ จะเป็นสิ่งที่เอื้อให้ตนเองได้รับอาหารที่เพียงพอ รวมทั้งการเข้าถึงการใช้บริการทางด้านสุขภาพ สามารถสรรหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

3. ภาวะการเจ็บป่วย จากการเปลี่ยนแปลงสังคมเศรษฐกิจของประเศมีผลให้เกิดการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขควบคู่ไปทางด้านเทคโนโลยีเป็นผลให้โรคติดเชื้อมีความสำคัญลดลง ในขณะที่โรคเรื้อรังทางจิตและอับัติเหตุมีความสำคัญมากขึ้น โดยภาวะการเจ็บป่วยของบุคคลสามารถประเมินได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ จากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของประเทศไทยพบว่าโรคที่เป็นปัญหาของประชากรสูงอายุในประเทศไทยคือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และอับัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคเรื้อรัง (Sitthi et al., 1989) จากปัญหาสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และยังเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมาก (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ภาวะการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2541) ซึ่งรวมทั้งการดูแลตนเองและการแสวงหาบริการสุขภาพด้วย การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยของบุคคลจะมีผลต่อตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น

ถ้ามีความเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะรักษาตนเอง แต่ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ก็จะเลือกเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาจากแพทย์ (กรณีการ์ ฟินิจ, 2544)

4. สภาพความเป็นอยู่ จากการลดลงของขนาดครัวเรือนซึ่งเป็นผลมาจากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ การชะลอการแต่งงาน และรูปแบบงานที่เปลี่ยนจากเกษตรกรรมมาสู่อุตสาหกรรม และภาคบริการ ส่งผลให้แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มสูงขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543) สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2539 พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่เป็นโสด ร้อยละ 2.2 และผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ถึงร้อยละ 3.6-4.3 ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 19.9 ที่มีปัญหาในการดำรงชีวิต ปัญหาที่สำคัญคือ การไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วย (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น ชโนเคิล, 2539) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัว บุตรหลานของตนจะมีการดูแลตนเอง โดยทั่วไปสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพัง เนื่องจากว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนเห็นความสำคัญของตนเอง มีคนดูแล ก่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจ และรูปแบบของการสนับสนุนหรือดูแลจากครอบครัวมาเป็นเครือข่ายที่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่ไม่เป็นทางการ และน่าจะเป็นรูปแบบของการดูแลสนับสนุนผู้สูงอายุไทยที่สำคัญในอนาคต (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543) จากการศึกษาของสุนุดตรา ตะบูนพงศ์ (2544) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีคู่สมรสจะมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุชายที่ไม่มีคู่สมรส ขณะที่ผู้สูงอายุในครอบครัวขยายจะมีบุตรหลานคอยให้ความช่วยเหลือและรู้ดีที่อบอุ่น

5. ระดับการศึกษา จากแนวคิดของโอเร็มเชื่อว่าการศึกษเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem, 1985) การศึกษาจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า นอกจากนั้นการศึกษายังช่วยให้ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยไปในทางที่เป็นวิทยาศาสตร์ได้มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (จันทร์นิภา ดันภูมิประเทศ, 2543) ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติในการดำเนินชีวิต ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหาตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Muhlenkamp & Sayles, 1986) ช่วยให้บุคคลมีโอกาสดูแลตัวเองได้ต่าง ๆ ทำให้เข้าใจกับสิ่งที่เรียนรู้ได้ง่าย มีการตัดสินใจที่ดีและเหมาะสม (ชัดเจน จันทพัฒน์, 2543) ดังนั้นระดับการศึกษาจะช่วยให้มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของรุทส์ พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักประสบปัญหาในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และวิธีการปฏิบัติตน สอดคล้องกับการศึกษาของจำเริญ ภูมะสุวรรณ (2535

อ้างถึงใน จันทรนิภา ต้นภูมิประเทศ, 2543) ได้กล่าวถึงปัญหาประชากรที่อยู่ในชนบทพบว่าผู้ที่มีการศึกษาดำจะขาดความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย และเมื่อเจ็บป่วยไม่กล้าไปพบแพทย์ จึงแก้ปัญหาโดยการไปหาหมอเถื่อน หรือไปซื้อยาจากร้านขายยาที่ใกล้เคียง เพราะเป็นการประหยัดเวลาสะดวกในการเดินทาง จากการสำรวจสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ ในปี 2543 พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 ที่อ่าน ไม่ออกและเขียนไม่ได้ และจากการศึกษาของสุนุดตรา ตะบูนพงค์ (2544) ที่พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.3 ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ ร้อยละ 38.1 จบชั้นประถมศึกษา และมีเพียงส่วนน้อยที่จบมัธยมศึกษาหรือมากกว่า แต่ทั้งนี้พบว่าแม้แนวโน้มผู้สูงอายุจะมีระดับการศึกษาสูงขึ้น

6. อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับการอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล กล่าวคือ เมื่อมีอายุมากขึ้นย่อมประเมินสถานการณ์ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย (จิรประภา ภาวิไล, 2545) และจากการสำรวจโดยการตรวจร่างกาย (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2541 อ้างถึงใน จันทรเพ็ญ ชูประภารรรถ, 2543) พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอัตราร้อยละ 69.3 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และพบอัตราการเจ็บป่วยมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น เช่น พบอัตราความชุกของโรคหลอดเลือด 80-89 ปี พบอัตราชุก 3.8 และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปมีอัตราการเกิดโรคชุกร้อยละ 4.2 การตรวจสภาพจิต พบร้อยละ 2 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.5 และ 8.0 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 80-89 ปี ตามลำดับ และพบอัตราความผิดปกติสูงสุดในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป พบถึงร้อยละ 12.5 จากปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยที่พบมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นนั้นจากเหตุผลดังกล่าวจึงคาดว่าผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความต้องการบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สดใส ศรีสอาด (2540) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ และการศึกษาของ สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ที่พบว่าวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากวัยที่มากขึ้นมักมีปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายมากขึ้นตามมาด้วย

อายุเป็นสิ่งที่กำหนดวัยของมนุษย์ และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลในแต่ละวัยมีการแสดงออกถึงการได้รับการบริการที่แตกต่างกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัตน์ สอิงทอง (2546) ที่ทำการศึกษาเรื่อง

การรับรู้กิจกรรมบริการและความพึงพอใจในบริการของผู้ใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพระดับ
ต้นในจังหวัดอุทัยธานีพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มอายุแตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยการรับรู้กิจกรรม
บริการที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ใน
ชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน
ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ได้ดี
แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตและดำรงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม ความสามารถในการ
ช่วยเหลือตนเอง จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยระดับประเทศ ของ สุทธิชัย
จิตะพันธ์กุล และคณะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพที่เป็นเหตุให้ไม่
สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ ประมาณร้อยละ 1.7 – 2.1 ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพล
ภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมาก โดยมีค่าดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) น้อยกว่า
12 คะแนน ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาต้องมีผู้ดูแลในภาวะสุขภาพจิต กิจวัตรประจำวันในอดีตก่อนข้าง
สูง มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาในกิจกรรมการดูแลส่วนตัวอย่างน้อยหนึ่งอย่าง เช่น การรับ
ประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าใช้ห้องสุขา เป็นต้น ซึ่งสาเหตุ
สำคัญของภาวะพึ่งพานี้เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน น่าจะเป็นตัวบ่งชี้สำคัญถึงความต้องการการช่วยเหลือและความต้องการบริการ
สุขภาพของผู้สูงอายุ (สุนุตตรา ตะบุญพงศ์, 2544)

8. ภาวะสุขภาพจิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน โดยเชื่อว่า ภาวะสุขภาพจิตที่ดี
จะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพกายที่ดี กล่าวคือ ผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีจะเป็นผู้รู้จักศักยภาพและ
ความสามารถในตนเอง รู้จักศักยภาพในการพัฒนาตนเองและสังคม ในทางตรงข้ามผู้ที่มีภาวะ
สุขภาพจิตไม่ดีจะเป็นอุปสรรคขัดขวางการแสวงหาประสบการณ์ชีวิต และการใช้ชีวิตอย่าง
สร้างสรรค์ (สุวนิชย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2530 อ้างถึงใน กาญจนา ไทยเจริญ, 2543) ภาวะสุขภาพจิต เป็น
ภาวะจิตใจของบุคคลที่เป็นสุข สามารถเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้อย่างเหมาะสม
สามารถปรับตัวได้ดี มีอารมณ์มั่นคง มีความเข้าใจในตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถดำเนิน
ชีวิตได้อย่างมีความสุข

ในผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต้องมีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไป
ในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพ การดำเนินชีวิตและ
บทบาทในสังคม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้จะทำให้เกิดอารมณ์
เศร้า หวาดระแวง ท้อแท้ และผิดหวัง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (กาญจนา ไทยเจริญ, 2543) และ

จากการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง และความเสื่อมนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตประมาณร้อยละ 15-25 สำหรับประเทศไทยการสำรวจของกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2539 พบว่า มีจำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มารับบริการผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลศูนย์ที่สังกัดกองสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถึง ร้อยละ 11.84 มีแนวโน้มว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และมีอัตราที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลสูงเพิ่มขึ้นด้วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า การศึกษาเรื่องความต้องการบริการสุขภาพและการได้รับบริการของผู้สูงอายุนั้น ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่ามีหลากหลายในลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และมีเรื่องของความต้องการ แต่ยังไม่มีสะท้อนความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพหรือบริการสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งมีอยู่ 4 ประการ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ได้เสนอแผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยว่าการบริการควรเน้นการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมของกระบวนการชราภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาความต้องการบริการสุขภาพและบริการที่ได้รับของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญและมีความจำเป็น เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและบริการที่ได้รับของผู้สูงอายุ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเจาะลึกลงไปในเรื่องรายละเอียดเกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล เรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต ภาวะการเจ็บป่วย และสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุแต่ละราย ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร เพื่อให้ทราบถึงการบริการสุขภาพที่จัดขึ้นในสถานบริการสุขภาพนั้น ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพ และได้รับบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด และนำผลการวิจัยครั้งนี้มาข้อมูล แนวทางในการปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ซึ่งเป็นการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์แข็งแรงยิ่งขึ้นต่อไป