

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ ได้ค้นคว้าเพื่อครอบคลุมสาระสำคัญและวิธีการวิจัยต่าง ๆ ในเนื้อหาต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ
 2. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 3. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาล
 - 3.1 ค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม
 - 3.2 ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน
 4. ผลที่ได้จากการบริการดูแลสุขภาพ
 - 4.1 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ
 - 4.2 ความพึงพอใจต่อบริการของผู้รับบริการ
 - 4.3 คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ
- รายละเอียดของการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2531; บรรลุ ศิริพานิช, 2526)

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งระดับของผู้มีอายุมากเป็น 3 ระดับ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) คือ

1. ผู้สูงอายุ (elderly) คือ ผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 74 ปี จัดเป็นผู้ที่ยังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังสามารถทำงานได้ถ้ามีสุขภาพที่ดี
2. คนชรา (old) คือ ผู้ที่มีอายุอยู่ ระหว่าง 75 - 90 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้ชราแล้ว
3. คนชรามาก (very old) คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป

ในการวิจัยนี้ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการเสื่อมถอยลง

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การลดลงของกระบวนการสันดาบ (metabolism) ประสิทธิภาพของปอดลดลง มีการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นกับแบบแผนการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลด้วย ระดับสติปัญญาลดลง ความจำต่าง ๆ ลดลง การโต้ตอบต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ความต้องการทางเพศลดลง แต่ไม่หมดไปทีเดียว บางคนอาจมีความไม่สบายกายไม่สบายใจ การเปลี่ยนแปลงเฉพาะส่วนที่ชัดเจน (Williams & Knight, 1995) ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เส้นผม และรูปร่าง ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวหนังมีลักษณะตกกะ ซึ่งพบได้ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุ เส้นผมจะร่วงมากขึ้น พบว่าร้อยละ 45 ของผู้ชายและมีอาการศีรษะล้านเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป รูปร่างเริ่มเปลี่ยนแปลงไป เพศชายจะมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณหน้าอกและท้อง ส่วนเพศหญิงจะมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณสะโพกและต้นขา

2. การเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัสลดลง พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะมีความต้องการการปรุงแต่งรสชาติของอาหารเพิ่มมากขึ้น 3 เท่าของคนวัย 30 ปี การรับสัมผัสของอุณหภูมิและการเจ็บปวดลดลง สายตาเริ่มยาวขึ้น การได้ยินเสียงลดลงต้องการระดับเสียงที่ดังกว่าปกติ

3. การลดลงของกระบวนการสันดาบ (metabolism) โดยปกติอัตราการเผาผลาญอาหารเป็นพลังงานจะลดลงประมาณ ร้อยละ 3 เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 10 ปี ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีน้ำหนักตัวมากขึ้น และ อ้วนขึ้นเรื่อย ๆ

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มของการลดลงของการไหลเวียนโลหิต เนื่องจากไขมันและคอเลสเตอรอล (cholesterol) ในเส้นเลือดมีมากขึ้น จึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและการเป็นลมหมดสติ (stroke) ของผู้สูงอายุ

5. การเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของปอดและระบบหายใจ ความจุของปอดจะมีอัตราลดลง พบว่า เมื่อชายมีอายุ 75 ปีขึ้นไปความจุจะเป็นครึ่งหนึ่งของเมื่ออายุ 17 ปี และ หญิงจะเป็นหนึ่งในสามของเมื่ออายุ 20 ปี ทั้งนี้เป็นเพราะความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอด (elasticity in tissue) และของเส้นเลือดฝอยสูญเสียไป

6. การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ กระดูก และ ข้อต่อ ชายที่มีอายุ 60 ปีจะสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลงร้อยละ 20 ขณะที่เพศหญิงจะสูญเสียมากกว่าร้อยละ

20 ผู้สูงอายุจะสูญเสียแคลเซียมและเกลือแร่ต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดกระดูกพรุนและมีภาวะ กระดูกพรุน (osteoporosis) ได้ง่าย ข้อต่อต่าง ๆ เริ่มอ่อนแรงลง และเสี่ยงต่อการทำลายของกระดูกอ่อน ทำให้เกิดภาวะข้อเสื่อมได้ง่าย (arthritis)

7. การเปลี่ยนแปลงของสมอง ความสามารถทางสติปัญญา และ ความจำ เมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป เลือดจะไปเลี้ยงสมองลดลง สมองจะเริ่มเหี่ยวลงคิดเป็นการสูญเสีย น้ำหนัก ร้อยละ 10 และมีผลให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพของสมอง (mental loss) ร้อยละ 35 ของผู้มีอายุ 45 - 54 ปี จะเริ่มมีปัญหาของความจำ (เป็นโรคหลงลืม) และจะสูญเสียความจำร้อยละ 6- 8 ทุก 10 ปี จนผู้สูงอายุอาจรู้สึกรำคาญ

8. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท เนื่องจากการตายของเซลล์ประสาท ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ช้า ความต้องการทางเพศลดลง และความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายลดลงด้วย

9. การเปลี่ยนแปลงของจิตใจ และ อารมณ์ ผู้สูงอายุส่วนมากจะมีอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งร้อยละ 80 สามารถรักษาได้ด้วยการให้คำปรึกษา การรักษาด้วยยา และ การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroshock therapy)

จากการเปลี่ยนแปลงโดยธรรมชาติดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น การเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในหลอดเลือด โรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก เป็นต้น นอกจากนี้แบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประชาชนเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ซึ่งโรคเหล่านั้นจะกลายเป็นปัญหาโรคเรื้อรัง ในอนาคต อุษณา สุวัระ (2539) กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2536 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 40,592 คน หรือ 69.9 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 53,829 คน หรือ 92.7 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคไตวายในอนาคตต่อไป

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non-Communicable Disease)

โรคไม่ติดต่อเป็นกลุ่มโรคที่แยกออกจากกลุ่มโรคติดต่อซึ่งเกิดโรคโดยเชื้อโรคที่สามารถตรวจพบได้ชัดเจน แต่โรคไม่ติดต่อเกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่สมดุล เกิดจากพันธุกรรม และบางส่วนเกิดจากการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสภาพทางเศรษฐกิจสังคม และ สิ่งแวดล้อม เนื่องจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่มีลักษณะเรื้อรัง ดังนั้นในบางประเทศจึงแยกโรคกลุ่มนี้เป็น โรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ และให้ความหมายโรคเรื้อรัง ครอบคลุมการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อ และ โรคแห่งความเสื่อม โรคเหล่านี้ทำให้เกิดความพิการและเกิดความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุทำให้ต้องพึ่ง

พึงสังคมเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยมติ คณะรัฐมนตรี, ม.ป.ป.)

ในการวิจัยนี้ทำการศึกษาเฉพาะโรคไม่ติดต่อที่เกิดแบบเรื้อรังในผู้สูงอายุซึ่งอาจเกิดจากแผนการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วยที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน และการเสื่อมวัยเท่านั้น ไม่รวมโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากอุบัติเหตุ การทำร้ายร่างกาย และการถูกทำร้าย จากรายงาน การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภา วรณ , 2540) พบว่า โรคเรื้อรังที่พบบ่อยได้แก่ โรคปวดเมื่อยหลัง/เอว โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ/เสื่อม โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคหัวใจและโรคเบาหวาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำแนกตามที่อยู่อาศัย และ โรคที่ รายงานว่าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ การสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538

ภาวะการเป็นโรค	เขตเมือง	เขตชนบท	อัตรารวมทุกอายุ
ปวดเมื่อย หลัง/เอว	20.6	18.6	18.1
ความดันโลหิตสูง	26.0	15.3	16.0
ไขข้ออักเสบ / เสื่อม	20.1	15.8	14.9
โรคกระเพาะอาหาร	9.7	14.3	13.0
โรคหัวใจ	12.6	6.6	7.2
เบาหวาน	12.0	3.6	5.4
ต้อกระจกตา	11.2	5.9	5.3
ต้อเนื้อตา	4.3	3.6	3.5
หอบหืด	3.4	3.7	3.0
อัมพาต / อัมพฤกษ์	4.0	1.6	1.7
มะเร็ง	0.4	0.4	0.3

แหล่งที่มา : ปรับปรุงจาก จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540, หน้า 57-58)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงานและดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียเศรษฐกิจเพื่อการดูแลรักษาและการรับบริการด้านการแพทย์และพยาบาลเป็นจำนวนมาก จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540, หน้า 75) ได้สำรวจค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงสุด เฉลี่ย 21,548.00 บาทต่อครั้ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่ารักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน และ ฐานนิยม ของผู้อายุ 50 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การสำรวจในปี พ.ศ.2538

ภาวะการเป็นโรค	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.	มัชยฐาน	ฐานนิยม
โรคหัวใจ	80	21,548	38,540	6,750	300
โรคความดันโลหิตสูง	147	7,098	14,770	2,000	500
ไตอักเสบ	29	13,309	23,206	3,500	1,500
อัมพาต	24	11,650	22,654	2,000	2,000
โรคกระเพาะอาหาร	168	5,678	10,339	2,000	300
เบาหวาน	50	10,810	14,063	6,000	6,000

แหล่งที่มา : ปรับปรุงจาก จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540, หน้า 75)

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ (2536 ก, หน้า 21) ได้ศึกษาค่ารักษาต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่สูงสุด 5 โรคของข้าราชการบำนาญ พบว่าค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคหัวใจมีค่ารักษาต่อครั้งสูงสุดเท่ากับ 1,280.16 บาท ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยการรักษาต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่สูงสุด 5 โรค ของข้าราชการบำนาญ

โรค	ค่าเฉลี่ยการรักษาต่อครั้ง
หัวใจ	1,280.16 บาท
ความดันโลหิตสูง	936.54 บาท
เบาหวาน	869.62 บาท
โรคกระดูกและกระดูกอ่อน	476.40 บาท
ไขหวัดใหญ่	373.60 บาท

แหล่งที่มา : ปรับปรุงจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ (2536 ก, หน้า 21)

อย่างไรก็ตาม อัตรารักษาพยาบาลดังกล่าวเป็นการศึกษาต่อครั้งการรักษา ซึ่งในสภาพที่เป็นจริงแล้วโรคเรื้อรังดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชั่วอายุ นอกจากนี้ลักษณะของอาการในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกันทำให้ความถี่ของการติดตามการรักษาไม่เท่ากัน ด้วยเหตุนี้เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมต่อปีแล้วค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปอีก ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อครั้งแล้ว จะได้ทำการศึกษาค่าบริการรักษาต่อปีด้วย

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การวิเคราะห์ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการบริการต่าง ๆ ถ้าพิจารณาตามผู้รับภาระของค่าใช้จ่ายแล้ว สามารถแบ่งได้ เป็น 2 แหล่ง (สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2536. หน้า 140-141) คือ

1. ต้นทุนภายใน (internal cost) คือ ค่าใช้จ่ายที่องค์กรที่จัดให้บริการต้องเป็นผู้รับภาระ
2. ต้นทุนภายนอก (external cost) คือ ค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการหรือชุมชนต้องรับภาระ

ถ้าวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายโดยใช้เกณฑ์กิจกรรมเป็นหลักสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2536, หน้า 141-142) คือ

1. ต้นทุนทางตรง (direct cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาหรือให้การรักษาโรคโดยตรง เช่น ค่ายา ค่าบริการ ค่าเวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ฯลฯ

2. ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเสียโอกาสการเดินทางการจัดกิจกรรมเสริมต่าง ๆ เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยงเจ้าหน้าที่ ค่าเดินทาง ค่าล่วงเวลาเจ้าหน้าที่ ฯลฯ

ดอโรทีย์ (Dorothy, 1967) ได้ศึกษาด้านทุนทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ พบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนมากถึงร้อยละ 90 เป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อม ส่วนค่าใช้จ่ายทางตรงหรือค่ารักษาพยาบาลโรคทางเดินหายใจตรง ๆ นั้นมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายทางอ้อมเป็นค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วย ดังนั้นจึงได้วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและของผู้ให้บริการทั้งที่เป็นค่ารักษาทางตรง และ ที่ไม่ใช่ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการทางตรง

จิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536 ข. หน้า 19; 33-35) ได้วิเคราะห์ว่า การจัดสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ที่คุ้มครองบุคคลในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อการคลังของรัฐบาลในอนาคตอยู่ไม่น้อย เนื่องจากค่ารักษายาบาลของกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมักจะป่วยเป็นโรคของการเสื่อมและชราภาพจะมีแนวโน้มสูงมากขึ้น การเบิกจ่ายยาในการรักษาโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองในกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลต่อรายเท่ากับ 13,595.40 บาท ค่าห้องและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกเฉลี่ยรวม 10,617.30 บาท ค่ายาสำหรับโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในเท่ากับ 7,199.90 บาท ค่าห้องและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกเฉลี่ยรวม 9,044.90 บาท ค่ายาสำหรับโรคต่อกระเจก เท่ากับ 2,651.10 บาท ค่าห้องและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกเฉลี่ยรวม 5,881.00 บาท และค่ายาสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3,838.50 บาท ค่าห้องและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกเฉลี่ยรวม 5,869.10 บาท

เวลช์และลาร์สัน (Welch & Larson, 1989) ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายและประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบการปลูกถ่ายโพรงกระดูก (bone marrow transplantation) และการรักษาแบบเคมีบำบัด (conventional chemotherapy) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 17 และ 19 คนตามลำดับ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยวอชิงตัน เป็นผู้มีอายุอยู่ระหว่าง 17 ถึง 50 ปี ทำการประเมินค่ารักษายาบาลจากจำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาล การรักษาในห้องวิกฤต จำนวนครั้งของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเอกซเรย์ ค่ายา และ ค่าผลิตภัณฑ์ของเลือด ทั้งนี้ไม่รวมเงินเดือนและค่าจ้างบุคลากร พบว่า ใน 5 ปีค่ารักษายาบาลผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายโพรงกระดูกเป็นจำนวนเงิน 193,000 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกาต่อผู้ป่วยหนึ่งคน และ ของผู้ป่วยรักษาแบบเคมีบำบัดเป็นจำนวนเงิน 136,000 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกาต่อผู้ป่วยหนึ่งคน และศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาจากจำนวนปีที่มิมีชีวิตรอดหลังการรักษา

ดังนั้นในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการศึกษาวิเคราะห์ค่าบริการรักษายาบาลที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงของ ผู้ให้บริการ ครั้งนี้ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจพิเศษต่าง ๆ และ ค่าบริการ โดยไม่รวม เงินเดือน ค่าเบี้ยเลี้ยง และ ค่าล่วงเวลาของบุคลากร การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้รับบริการ ได้แก่ ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าจ้าง และอื่น ๆ ซึ่งเป็นของผู้สูงอายุโดยตรง ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้รับบริการ ได้แก่ ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าเดินทางของญาติ ค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นตัวเงินได้แก่ การเสียเวลาของผู้รับบริการ การเสียโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุ และ ญาติ

ผลที่ได้จากการบริการดูแลสุขภาพ

การบริการด้านสุขภาพอนามัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนจะต้องได้รับ ดังนั้นการลงทุนในระบบบริการด้านสุขภาพอนามัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่รัฐบาลต้องดำเนินการจัดเป็นสวัสดิการให้แก่ประชาชน อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการบริการดูแลสุขภาพจากภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นแต่ประการเดียวอาจไม่เหมาะสมทั้งหมด เพราะจุดมุ่งหมายของการให้บริการดูแลสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การดำรงและการปรับประคองสุขภาพ ตลอดจนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงไม่อาจวิเคราะห์ในเชิงสุขภาพที่ดีขึ้น หรือผลประโยชน์เชิงตัวเงินที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่เสื่อมถอยของสุขภาพโดยธรรมชาติ ดังนั้นในการประเมินประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการรับบริการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุควรพิจารณาจาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่รับบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (job satisfaction) เป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึก ของผู้ปฏิบัติงานต่องานโดยรวม หรือ ค่อด้านต่าง ๆ ในการทำงาน ในการวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอาจเป็นข้อพิจารณาโดยรวมเพียงข้อเดียวว่าพอใจหรือไม่ เพียงใด หรือเป็นข้อพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ในการทำงานหลาย ๆ ข้อร่วมกัน (Scarpello & Campbell, 1983 อ้างใน สมหวัง พิริยานูวัฒน์, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์, ชีระพร อุวรรณโณ และ นิรันดร์ แสงสวัสดิ์, 2540, หน้า 2-17) ในการวัดความพึงพอใจเฉพาะด้านนั้นมาตรวัดที่มีการใช้มากที่สุด คือ มาตรดัชนีการพรรณนางาน โดยพิจารณาจาก (1) ลักษณะงาน (work) (2) ค่าจ้าง (pay) (3) การเลื่อนตำแหน่ง (promotion) (4) เพื่อนร่วมงาน (coworkers) (5) การบังคับบัญชา (supervision) โดยใช้มาตรวัด 3 ระดับ คือ ใช่ (yes) ไม่ใช่ (no) และ ไม่แน่ใจ (?) (Smith, Kendall, & Hulin, 1969)

เฮิร์ซเบิร์ก และคณะ (Herzberg, et al, 1959 cited in Parahoo, & Barr, 1994) ได้พัฒนาทฤษฎีความพึงพอใจในการทำงาน (satisfaction) และ ความไม่พึงพอใจในการทำงาน (dissatisfaction) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ปัจจัย คือ (1) ปัจจัยค่าจุน (hygienic or extrinsic factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมขององค์กรและค่าตอบแทนในการทำงาน ได้แก่ นโยบาย และการบริหารงาน รูปแบบการนิเทศงาน สถานภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เงินค่าตอบแทน และ ความมั่นคงในงาน และ (2) ปัจจัยจูงใจ

(motivating or intrinsic factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับคนและธรรมชาติของงาน ได้แก่ ความสำเร็จในงาน การยอมรับ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความเจริญก้าวหน้าในงานและในตำแหน่ง

พาราโฮ และ บาร์ (Parahoo, & Barr, 1994) ได้ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานกับผู้มีคามพิการทางสมองแบบองค์รวม (a holistic approach to job satisfaction) โดยศึกษาจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ (1) ลักษณะของงาน ได้แก่ ความคาดหวังในงาน แรงจูงใจ ค่านิยม บุคลิกภาพ ประสบการณ์ การรับการฝึกอบรม (2) ธรรมชาติของงาน ได้แก่ เนื้อหาของงาน ปฏิบัติกับคน หรือ เพื่อได้ผลผลิต ความซ้ำซากของงาน ความหลากหลายของงาน ประเภทของผู้รับบริการ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ (3) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ ระบบองค์กร การจ่ายค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในงาน ความมั่นคง ความปลอดภัย ผลต่อสุขภาพ และ สถานที่ทำงาน (job location)

ซีและคณะ (Zee, Kramer, Derksen, Kerkstra, & Steveri, 1994) ได้ศึกษาองค์ประกอบ (factor analysis) ของความพึงพอใจในการดำเนินงานพยาบาลชุมชนใน เบลเยียม เยอรมัน และ เนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการดำเนินงานพยาบาลชุมชนมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อหน่วยงาน ความพึงพอใจต่อความเป็นวิชาชีพ และความพึงพอใจต่อการยอมรับของสังคมและผู้ร่วมงาน โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ (1) สภาพขององค์กร (2) สภาพการทำงานนอกเวลา (3) การได้พัฒนาความก้าวหน้าในงาน (4) รายได้จากงาน (5) เวลาที่ใช้ในการทำงาน (6) สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน (7) การได้ร่วมประสานงานกับวิชาชีพอื่น (8) โอกาสที่ได้ร่วมพัฒนาคุณภาพของงาน (9) การได้ศึกษาอย่างต่อเนื่อง (10) การมีเอกสิทธิ์ในการให้บริการ (11) การได้รับการนิเทศ (12) การทำงานอย่างอิสระ (13) การได้ศึกษาในระดับปริญญา (14) ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน (15) การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ (16) การยอมรับของสังคม และ (17) การยอมรับของผู้ป่วย ในการศึกษาพบว่า การวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานใน 3 องค์ประกอบมีค่าความเชื่อมั่นในการวัดอยู่ในระดับปานกลาง (Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .68 , .68 และ .49)

สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ และนิตยา ตากวิริยะนนท์ (Taboonpong & Takviriyannun, 1999) ได้ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลโดยใช้ข้อคำถาม 11 ข้อ เกี่ยวกับ เงินเดือน ประโยชน์ กำหนดการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และ ทีมสุขภาพ ลักษณะผู้นำ สภาพการทำงาน บทบาทและหน้าที่ของพยาบาล การได้รับคำแนะนำ ความ

เป็นเจ้าขององค์กรและการได้รับการยอมรับ ด้วยมาตรวัด 5 ระดับ ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .90$)

จะพบว่าการประเมินความพึงพอใจส่วนใหญ่ใช้องค์ประกอบจากลักษณะงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความมีเอกสิทธิ์และอิสระในงานและ ผลตอบแทน ดังนั้นในการประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในการวิจัยนี้จะหมายถึง ความรู้สึก นึกคิดของบุคลากรผู้ให้บริการต่อองค์ประกอบของ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน โดยมีเนื้อหาครอบคลุม การยอมรับของผู้บริหาร ผู้ร่วมงาน ผู้รับบริการ การได้รับการนิเทศงาน ปริมาณและลักษณะงาน การมีอิสระภาพ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในงาน โดยใช้มาตรวัด 5 ระดับจาก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

ความพึงพอใจต่อบริการของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คือ ระดับของความสอดคล้องของความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการกับสิ่งที่ผู้รับบริการรับรู้ว่าได้รับจริง ความพึงพอใจต่อบริการเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการ (Cookfair, 1996, p.248; Monica, Oberst, Madea, & Wolf, 1986) และเช่นเดียวกับวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน นั่นคือ ความพึงพอใจในบริการสามารถวัดได้จากคำถามเพียงคำถามเดียวว่าพึงพอใจหรือไม่ มากน้อยเพียงใด หรือวัดจากปรากฏการณ์หลายมิติ (multidimensional phenomenon) (Ware, 1978, cited in Monica, et al, 1986) ริสเซอร์ (Risser, 1975 cited in Monica, et al, 1986) กล่าวว่าองค์ประกอบของการวัดความพึงพอใจในบริการ มี 3 องค์ประกอบ คือ (1) ความสามารถทางวิชาการของผู้ให้บริการ (2) สัมพันธ์ภาพ (3) การได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้

เดอนใจ โรจนารุณ (2541) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่องานบริการฝากครรภ์ห้องคลอดและหลังคลอด ในโรงพยาบาลชลบุรี ด้วยแบบมาตรวัด 5 ระดับ พบว่า ผู้รับบริการจะมีความพึงพอใจในเรื่องความสะอาดของสถานที่มากกว่าเรื่องอื่น ๆ สำหรับการดูแลหลังคลอดจะพอใจในการได้รับสุขศึกษามากที่สุด

ในการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการครั้งนี้วัดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ กิจกรรม ขั้นตอนการให้บริการ และคุณภาพของบริการที่ได้รับ โดยใช้มาตรวัด 5 ระดับจาก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

คุณภาพชีวิต

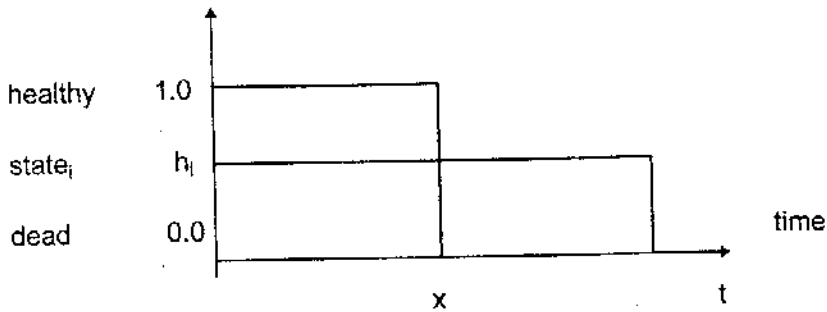
คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพที่สะท้อนทางนามธรรม (subjective) และรูปธรรม (objective) ของบุคคลที่เป็นอยู่ ซึ่งรวมถึง ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สุนทรีย์และจิตวิญญาณ (Gold, Siegel, Russell, & Weinstein, 1996)

การประเมินด้านรูปธรรมสามารถประเมินได้จาก ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สภาพสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม (พนิษฐา พานิชชีวะกุล, 2537 ; อารีวรรณ คุณเจตน์, 2541) นอกจากนี้อาจประเมินได้จากระดับการว่างงาน ความยากจน การมีบ้านเป็นของตนเอง ความหนาแน่นของประชากร รายได้ การบริโภคอาหาร การคมนาคม อาชีพ ความเป็นอยู่ (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539)

และการประเมินด้านนามธรรมสามารถประเมินได้จาก สภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิต (อารีวรรณ คุณเจตน์, 2541) สมชาย สุขสิริเสรีกุล (2539) ได้กล่าวว่า ดัชนีวัดคุณภาพชีวิตนามธรรมวัดจาก ความสุขและความพึงพอใจในตนเอง

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ใช้กันแพร่หลายมี 3 วิธีการหลัก (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539; Patrick & Erickson, 1993; Newbold, 1995) คือ

1. วิธีวัดแบบประเมินจากภาพที่เห็น (visual analogue scale ..VAS) โดยการใช้เส้นตรงที่มีความยาว ปลายข้างหนึ่งหมายถึงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่นึกได้ มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 และปลายตรงข้ามเป็นภาวะสุขภาพที่เลวที่สุดเท่าที่จะนึกได้ มีคะแนนเป็น 0 ผู้ถูกประเมินจะทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงที่ตำแหน่งคุณภาพสุขภาพของตน
2. วิธีการวัดแบบช่วงเวลาเสียชีวิต (time tradeoff..TTO) ผู้ถูกประเมินจะได้ข้อเสนอทางเลือกสองทางที่แน่นอน และต้องเลือกทางใดทางหนึ่ง เช่น ทางเลือกที่หนึ่งมีสภาพสุขภาพที่ไม่แข็งแรงจะมีชีวิตอยู่ได้ t ปีก็จะเสียชีวิต ทางเลือกที่สอง คือ มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ โดยจะมีชีวิตได้ x ปีก็จะเสียชีวิตเช่นกัน โดย x สั้นกว่า t ค่าของ x จะเปลี่ยนไปจน ผู้ตอบรู้สึกว่าจะไม่แตกต่างจาก t ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีค่า เท่ากับ x/t ลักษณะการวัดเช่นนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีที่สุดจะเป็น 1 และที่เลวที่สุดจะเป็น 0



ภาพที่ 2 การวัดแบบช่วงเวลาเสียชีวิต (TTO) สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง
(Patrick & Erickson, 1993, p. 168)

3. วิธีการวัดแบบมาตรฐานแกมเบอร์ (Standard Gamble..SG) ผู้ถูก

ประเมินจะได้รับข้อเสนอ 2 ทาง ทางเลือกที่หนึ่งเป็นสภาพร่างกายปัจจุบันที่แน่นอนอยู่แล้ว อีกทางเลือกหนึ่งเป็นสภาพร่างกายที่ไม่แน่นอน 2 แบบด้วยกัน คือ การมีโอกาสที่ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ (p) และ การมีโอกาสเสียชีวิต ($1-p$) โอกาสที่ร่างกายแข็งแรงจะถูกเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ จนไม่รู้สึกร่างกายแตกต่างกันกับระหว่างทางเลือกทั้งสองทาง ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีค่าเป็นค่าโอกาสมีสุขภาพดีค่าสุดท้ายที่เลือก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีที่สุดจะเป็น 100 และที่เลวที่สุด คือ ความตายจะเป็น 0

ในการศึกษาครั้งนี้ให้วิธีการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบมาตรฐานแกมเบอร์ (Standard Gamble..SG) โดยการประเมินสภาพร่างกายปัจจุบันที่แน่นอนด้วยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของยุโรป (The EuroQol Instrument) ซึ่ง สมชาย สุขสิริเสรีกุล (2539) ได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย โดยประเมินจากความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมโดยปกติ ความเจ็บปวด / ไม่สบาย และ ความวิตกกังวล / ความเครียด ในระยะสองสัปดาห์ก่อนเก็บข้อมูล และได้เพิ่มเติมการรับรู้สุขภาพของตนเองเปรียบเทียบกับในปีที่ผ่านมา สำหรับในการวิจัยนี้ได้เพิ่มเติมการเปรียบเทียบกับก่อนรับการรักษาที่หน่วยงานที่ศึกษาด้วย เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังอาจมีการเปลี่ยนแปลงสถานที่รักษา หรือ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลก่อน จากภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากปีที่ผ่านมา และที่เปลี่ยนแปลงไปก่อนการรักษากับหน่วยงานนี้ตามที่ได้จากตัวอย่าง จะให้ทางเลือกว่าจะยินดีลงสภาพเช่นนี้ หรือ เลือกทางเลือกใหม่ซึ่งเป็นการรักษาที่มีโอกาสมีสุขภาพดีตามที่ต้องการ (p) ขณะเดียวกันก็เสี่ยงต่อชีวิตด้วย ($1-p$) โอกาสการมีสุขภาพดีจะลดลงเรื่อย ๆ จาก 90 80 70 ขณะที่ความเสี่ยงจะถูกเพิ่มจาก 10 20 30 ตามลำดับ จนถึงระดับที่กลุ่มตัวอย่างไม่เลือกทางเลือกใหม่นั้น ซึ่งหมายถึง

ความว่า พอใจในสุขภาพของตนเองขณะนั้นมากกว่าโอกาสเสี่ยงที่กำหนดให้ ดังนั้น
คุณภาพชีวิตจะเท่ากับโอกาสเสี่ยงที่จะมีสุขภาพดีที่เลือกสุดท้าย