

การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภотаช้าง จังหวัดสิงห์บุรี
 UTILIZATION OF ELDERLY HEALTH SERVICES,
 TAMBON VIHARN KHAO, AMPHOR THA-CHANG, SING BURI

ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์* ดร.ภิกษิตี ภาวนานันท์** ดร.สุรชาติ ฌ หนองคาย*** วิริณธ์ี กิตติพิชัย****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุในตำบลวิหารขาว อำเภотаช้าง จังหวัดสิงห์บุรี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย อาศัยอยู่ในตำบลวิหารขาว อำเภотаช้าง จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 180 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ค่าความหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าโคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 800 บาท การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ด้านบริการเยี่ยมบ้านเป็นสิทธิที่รับรู้มากที่สุด และรับรู้ว่าจะสามารถรับบริการได้ทุกประเภทโดยไม่ต้องชำระเงินหากแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเรื้อรัง แต่มักไม่ทราบว่ามีสิทธิที่จะได้รับบริการดูแลรักษาในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ มักเข้าใจว่าการลงทะเบียนสิทธิด้านสุขภาพทำเฉพาะที่โรงพยาบาล การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมสามารถเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.56) โดยการเข้าถึงมากที่สุดคือด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (ค่าเฉลี่ย 3.82) ส่วนด้านการเข้าถึงที่ต่ำที่สุดคือด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (ค่าเฉลี่ย 3.27) การใช้บริการสุขภาพส่วนมากตัดสินใจที่จะไม่ใช้บริการสุขภาพตามสิทธิหากมีความเจ็บป่วย (ร้อยละ 68.3) และเหตุผลที่ไม่ใช้ คือเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 31.7 ตัดสินใจที่ใช้บริการสุขภาพตามสิทธิเมื่อมีความเจ็บป่วย เหตุผลเพราะคิดว่าไม่ต้องเสียเงินหรือเสียเงินน้อย (ร้อยละ 12.2) และคิดว่าเพราะสะดวก และอยากให้แพทย์เป็นผู้ตรวจรักษา ลักษณะประชากร ได้แก่ รายได้ประจำต่อเดือน สิทธิด้านสุขภาพ การรับรู้สิทธิ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

คำสำคัญ : การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิ/ ผู้สูงอายุ/ การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ/ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ/ จังหวัดสิงห์บุรี

Abstract

This research is a survey research aiming to study the utilization of elderly health services, Tambon Viharn Khao, Amphor Tha-chang, Sing Buri. The sample of this study was 180 Thai nationality elderly aged 60 years and over at Tambon Viharn Khao, Amphor Tha-chang, Sing Buri. This data were analyzed by a statistical package program to find out percentage, median, standard deviation, and chi-square.

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***รองศาสตราจารย์ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

The results of the study revealed that most of the population was female aged 60-69 years, earned less than 800 Baht. Recognition of the right to health aspect in overall was moderate to more. They recognized most about the right to home visit. They also recognized that utilization to all kinds of services without any payment was available for them if they were diagnosed to be a chronic disease. However, they were often unaware to the right to health care services without payment for high cost diseases. They often understood that they were able to register their right to health only in hospitals. In access to health services aspect in overall, the accessibility was moderate (average 3.56). The maximal accessibility was service availability sufficiency (average 3.82) but the minimal accessibility was geographic accessibility (average 3.27). About utilization to health services, most of them about 68.3 percent decided to do not use their rights if they had sickness because of travel inconveniences. On the other hand, 31.7 percent of them decided to use their rights because of no payment or less payment (12.2 percent) and convenience as well as doctor requirement. Their income per month, the right to health, the right awareness and the accessibility to health services were relevant to the utilization of elderly health services as statistical significance at $p < 0.05$.

Key words: utilization to health services/ elderly/ fundamental right awareness to elderly health/ access to elderly health services/ Sing buri

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่า ประเทศต่างๆทั่วโลกล้วนแล้วแต่มีการนิยาม ผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม วัฒนธรรม และสภาพร่างกาย เช่น ในประเทศที่พัฒนาแล้ว มักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศ อาจนิยามผู้สูงอายุ ตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย สำหรับประเทศไทย "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุ เกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ส่วนคำว่า "สังคมผู้สูงอายุ" องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และ Super-aged society ซึ่งทั้งประเทศไทย และรวมทั้งประเทศต่างๆทั่วโลก ใช้ความหมายเดียวกันในนิยาม ของสังคมผู้สูงอายุว่า การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและ เพศหญิงมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรรวมหรือ มีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรรวม สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรือ ประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 14 ของประชากรรวม และ Super-aged society คือ สังคม ที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรรวม อย่างไรก็ตาม ทุกประเทศทั่วโลกมีการ ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกัน ตามความเจริญมั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืน ของประชาชน(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ซึ่งผลจากการที่ผู้สูงอายุไทยเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ มีความต้องการบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย ทั้งนี้เป็นเพราะอายุที่มากขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บ

ได้ง่าย เมื่อเจ็บป่วยจะมีความรุนแรง หายช้า มักมีความพิการหรือพยาธิสภาพต่างๆได้เสมอ (ศรีจิตรา บุนนาค, 2542)

ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติ และคุ้มครองผู้สูงอายุไว้ อาทิ ตามมาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ และมาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม การให้คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2550)

จากรายงานสถานการณ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ปี 2552 (รายงานผลในปี 2554) ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มโรคที่ผู้สูงอายุป่วยมาก 3 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนสาเหตุการตายของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มพิการได้สูงโดยความพิการที่พบบ่อย คือ สายตาเสื่อมรังทั้งสองข้าง หูตึงสองข้าง และอัมพฤกษ์ ด้านโครงสร้างประชากรได้มีการจำแนกสัดส่วนผู้สูงอายุรายอำเภอและตำบล จากฐานข้อมูลสถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนระดับจังหวัดและส่วนกลาง ในรูปแบบ 18 แห่งมาตรฐาน ของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2553 รายงานว่า จังหวัดสิงห์บุรี เป็นจังหวัดที่มีอัตราของผู้สูงอายุสูงที่สุดในประเทศไทย คือ ร้อยละ 19.64 อำเภอที่มีอัตราผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรรวม คืออำเภอท่าช้าง ร้อยละ 22.86 และตำบลวิหารขาว เป็นตำบลที่มีอัตราผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 26.15 ซึ่งถือได้ว่า ตำบลวิหารขาว เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20 ของประชากรรวม) ผู้สูงอายุร้อยละ 90.6 มีความต้องการใช้บริการด้านการตรวจรักษาโรคและการพยาบาลดูแลในระหว่างเจ็บป่วย (รัชนิกรณ์ ภูกร, 2538) ซึ่งเมื่อมีประชากรสูงอายุมากความต้องการใช้บริการจึงมากขึ้นด้วยและข้อมูล จากผลงานวิจัยของ ศรายุทธ์ ตริรัตน์ (2552) เรื่องการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรีพบว่า ผู้สูงอายุไม่รู้หรือไม่เคยได้ยินสิทธิต่างๆของตนเอง ถึงร้อยละ 62.5 ด้านการรับรู้แหล่งบริการสุขภาพในชุมชน พบว่า ร้อยละ 70 ขึ้นไป ไม่ทราบเกี่ยวกับบริการสุขภาพของตน ได้แก่ การดูแลกลางวัน (Day Care) ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และบริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน (ศรายุทธ์ ตริรัตน์, 2552)

ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ระบุไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ” (ราชกิจจานุเบกษา, 2550) ซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน คือการที่บุคคลมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี มีร่างกายที่แข็งแรงและมีจิตใจที่เป็นสุข มีโอกาสเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างเสมอภาค (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นนโยบายสำคัญในการปฏิรูประบบสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย การคิดใหม่ การออกแบบระบบหรือวิธีการทำงานใหม่ การใช้เครื่องมือใหม่ และการฝึกอบรมบุคลากรใหม่ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทยให้ทุกคนได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐที่ได้มาตรฐานอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

สำหรับหัวใจของการบริการสุขภาพคือการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเป็นหลักการที่สำคัญของทุกสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นก็ยังเป็นแนวคิดที่สำคัญในนโยบายสุขภาพ (Penchansky and Thomas, 1981) ซึ่งหัวใจสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน และการจัดบริการสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวกขึ้น โดยแนวทางสำคัญในการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานนั้น กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการผ่านนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, 2542) ผลักดันให้มีการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากนี้ การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆด้านการบริการสุขภาพ ยังมุ่งเน้นให้มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนให้มีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพก็ไม่ได้หมายความว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะผู้รับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งอุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ยานพาหนะและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความพึ่งพิง (พนมเทียน พรหมณี, 2550)

เพ็นชานสกีและโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) ได้ให้นิยามการเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความเหมาะสมหรือความพอดีระหว่างบริการสุขภาพ กับความต้องการของผู้รับบริการ โดยอธิบายในรูปแบบของตัวแปรที่จำแนกออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Available) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (Geographical accessibility) ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (Accommodation) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) และการยอมรับในคุณภาพของบริการ (Acceptability) และอะเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1975) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ นโยบายด้านการรู้สิทธิ ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ระยะทางจากบ้าน ถึงสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ยานพาหนะในการเดินทาง รายได้ ภาวะเจ็บป่วย และผู้ดูแล

จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยใช้ข้อมูลการให้บริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุไทย ในปีงบประมาณ 2553 ซึ่งสามารถสรุปประเด็นด้านการเข้าถึงและการใช้บริการรักษาพยาบาลไว้ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) สัดส่วนผู้สูงอายุจำแนกรายกองทุน 2) อัตราการใช้บริการของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับคนในวัยอื่น 3) ประเภทของการเจ็บป่วย และ 4) สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาของผู้สูงอายุต่อค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดจำแนกตามกองทุน (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ, 2554) ซึ่งเมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพตามมิติทั้งห้าของเพ็นชานสกีและโทมัส ซึ่งหมายความถึง ความพอดีระหว่างบริการและผู้รับบริการ การเข้าถึงมีความหมายมากกว่าการมีสิทธิหรือหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้มีข้อมูลเชิงลึกนำไปสู่การตัดสินใจเชิงบริหารได้ การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ โดยผู้ศึกษามีความมุ่งหวังให้ผู้กำหนดนโยบายตลอดจนผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในประเด็นของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้ นิยามของ เพ็นชานสกีและโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาในมุมมองของผู้รับบริการได้ครบถ้วนทุกมิติ โดยนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Aday and Andersen, 1975) อาทิ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแล ความรู้ในสิทธิและสวัสดิการ หรือภาวะเจ็บป่วยของร่างกาย เป็นพื้นฐานในการศึกษา ซึ่งหากได้ทราบถึงระดับของการเข้าถึงบริการสุขภาพและทราบว่าปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ย่อมทำให้การจัดบริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อจะได้องค์ความรู้ไปใช้ในการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านนี้โดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข

อันจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยต่อไปได้อย่างสมเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุในตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี
2. เพื่อสำรวจลักษณะประชากร ได้แก่ รายได้ สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำรวจสิทธิด้านสุขภาพ ได้แก่ ประเภทสิทธิ และการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ สำรวจภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัวที่ต้องกินยาประจำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสำรวจการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร สิทธิด้าน ภาวะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาเรื่องการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวน 180 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมตัวแปร ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน รวมข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 46 ข้อ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบสอบถามการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.95 และการเข้าถึงบริการสุขภาพเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะประชากร ได้แก่ รายได้ประจำเดือน ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย การมีบุตร สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ สถานบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุใช้บริการ สิทธิด้านสุขภาพ ภาวะเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบริการขั้นพื้นฐานตามสิทธิด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และคำถามความคิดเห็นต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพ็ญชานสกีและโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) 5 ด้าน และการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 1 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำหนังสือรับรองและแนะนำตัวจากภาควิชาฯ ส่งถึงสาธารณสุขอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี และเดินทางไปยังตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรีเพื่อชี้แจงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือให้กับเจ้าหน้าที่/ผู้เก็บข้อมูล พร้อมทั้งส่งมอบเครื่องมือวิจัยให้แก่เจ้าหน้าที่/ผู้เก็บข้อมูล
2. เจ้าหน้าที่/ผู้เก็บข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้สูงอายุในตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 30 วัน
3. นำแบบสอบถามทุกชุดมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละชุดแล้วนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ ไปวิเคราะห์
4. ติดตามการเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองภายหลังส่งมอบเครื่องมือวิจัย 30 วัน ได้แบบสอบถามคืน 180 ชุด สมบูรณ์ทุกประการ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง
5. นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะส่วนบุคคล การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ณ สถานบริการที่ใช้บ่อยวิเคราะห์โดยใช้จำนวน และร้อยละ
2. ลักษณะของระบบบริการ (ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาล ยานพาหนะในการเดินทาง) วิเคราะห์โดยใช้ จำนวน ค่าเฉลี่ย และ ร้อยละ
3. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้ด้านบริการขั้นพื้นฐานตามสิทธิด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร สิทธิด้านภาวะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ กับ การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์ครบถ้วนทั้งหมด 180 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี รองลงมาคือ อายุระหว่าง 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไปน้อยที่สุด โดยผู้ที่มีอายุมากที่สุดคืออายุ 93 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 800 บาท อาศัยอยู่กับคู่สมรส และร้อยละ 8.3 อยู่คนเดียวตามลำพัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล
2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 69.4) รองลงมาใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคมเป็นส่วนน้อยมาก (ร้อยละ 30 และ 0.6 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะอายุ 60 ปีขึ้นไปแล้ว ผู้สูงอายुर้อยละ 0.6 ยังคงทำงานหาเลี้ยงชีพด้วยตนเอง จึงมีสิทธิประกันสังคม ส่วนการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุรับรู้คือด้านบริการเยี่ยมบ้าน และรู้ว่าสามารถรับบริการได้ทุกประเภทโดยไม่ต้องชำระเงินหากแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าสิทธิที่จะได้รับบริการและรักษาพยาบาลในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การฟอกเลือดเพื่อล้างไต การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยที่ผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายค่าบริการ รวมถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่

เข้าใจว่าสามารถลงทะเบียนสิทธิด้านสุขภาพได้เฉพาะที่โรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ในขณะที่ข้อเท็จจริงคือสามารถไปขอขึ้นทะเบียนได้ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสถานีอนามัยใกล้บ้าน

3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 61.7 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ส่วนร้อยละ 38.3 ไม่มีโรคประจำตัว โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 50.6) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.2) โดยมีผู้สูงอายุที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต (ร้อยละ 3.9) สำหรับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ร้อยละ 96.1)

4. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมสามารถเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นด้านความพร้อมของบริการที่มีอยู่ (Availability) มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82) รองลงมาคือด้านการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62) และด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59) ตามลำดับ ส่วนด้านที่ต่ำที่สุดคือด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (Geographic accessibility) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27)

5. ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ โดยส่วนมากตัดสินใจที่จะไม่ใช้บริการสุขภาพตามสิทธิเมื่อมีความเจ็บป่วย (ร้อยละ 68.3) และเหตุผลที่ไม่ใช้คือเดินทางไม่สะดวก รองลงมาคือดูแลตนเองได้ ค่าใช้จ่ายไม่พอ และไม่มีเวลา (ร้อยละ 27.2, 10.6, 1.1 และ 0.6) ตามลำดับ สำหรับร้อยละ 31.7 ตัดสินใจที่ใช้บริการสุขภาพตามสิทธิเมื่อมีความเจ็บป่วย เหตุผลส่วนใหญ่เพราะคิดว่าไม่ต้องเสียเงิน หรือเสียเงินน้อย (ร้อยละ 12.2) รองลงมาคิดว่าเพราะสะดวก เพราะเจ็บป่วยรุนแรง และอยากให้แพทย์เป็นผู้ตรวจรักษา ตามลำดับ

6. ลักษณะประชากร คือรายได้ต่อเดือน ประเภทสิทธิ การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข ควรทำงานเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลที่เป็นต่อการพิจารณาแก้ไขปัญหาและตีโจทย์ความทุกข์ของผู้สูงอายุว่าแท้จริงแล้วสาเหตุคืออะไร ดังเช่นผลของลักษณะประชากรในประเด็นรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับเหตุผลที่ผู้สูงอายุตอบว่าไม่ไปใช้บริการสุขภาพตามสิทธิเพราะเดินทางไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายไม่พอ ไม่มีคนพาไป ดังนั้นปัญหาในส่วนนี้ควรนำมาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงและการตัดสินใจไปใช้บริการตามสิทธิของผู้สูงอายุ

2. กระทรวงสาธารณสุข ควรร่วมกับกองทุนทั้งสาม ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม ควรเพิ่มมาตรการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้ในสิทธิด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทราบช่องทางในการรับบริการ ไม่เพียงแต่การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้บริการอื่นๆ เช่น การคัดกรองปัญหาผู้สูงอายุ การรับวัคซีน การตรวจสุขภาพที่สำคัญ เช่น สุขภาพช่องปาก สุขภาพตา การประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) การให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพ การพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ที่ยกตัวอย่างมานี้ล้วนเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่กระทรวงสาธารณสุข ได้เตรียมพร้อมจัดบริการไว้ให้กับผู้สูงอายุแล้วทั้งสิ้น ดังนั้นหากผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิต่างๆด้านสุขภาพของตนเองแล้ว ก็จะสามารถลดความเจ็บป่วยหรือความรุนแรงตลอดจนความพิการของผู้สูงอายุได้อีกด้วย

3. ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ควรมองปัญหาสุขภาพอย่างครบถ้วนทุกมิติ เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็น ทั้งนี้ มิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ล้วนแล้วแต่มีความเชื่อมโยงกันทั้งสิ้น การพิจารณาปัญหาของผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง ควรได้รับการป้องกันปัญหาอื่น ๆ ที่จะตามเกี่ยวโยงมา ด้วยการประเมินปัญหาให้รอบด้าน

4. นโยบายการดูแลระยะยาว ที่เป็นนโยบายสำคัญของประเทศ ซึ่งริเริ่มแปลงสู่การนำร่องปฏิบัติจริงในปัจจุบัน และผลักดันสู่บริการขั้นพื้นฐานอนาคต ควรเป็นการดูแลที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่กลุ่มอายุก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งอาจไม่เพียงเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานเท่านั้น ควรเริ่มตั้งแต่แรกเกิด วัยเรียน วัยรุ่น ตลอดจนวัยทำงาน เชื่อมโยงสู่วัยสูงอายุ จนกระทั่งวันสุดท้ายของชีวิต จึงจะเหมาะสมกับการดูแลระยะยาวอย่างแท้จริง การลงทุนเพื่อการดูแลระยะยาว จึงไม่ควรเป็นเพียงการดูแลเฉพาะกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เท่านั้น กลุ่มอื่นๆก็ควรได้รับบริการที่จะทำให้ไม่ป่วย ป่วยแล้วไม่รุนแรง หรือป่วยรุนแรงแต่ไม่พิการ เช่นนี้จึงจะคุ้มค่ากับการนำงบประมาณประเทศไปลงทุน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี เท่านั้น ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบท ควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมทั้ง เขตเมือง และเขตชนบท ซึ่งจะสามารถทราบถึงการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิที่อาจมีเหตุการณ์ตัดสินใจว่าใช้หรือไม่ใช้ที่แตกต่างกัน สามารถนำไปสู่การวางมาตรการและจัดระบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบ ช่วงอายุ เขตพื้นที่เมือง ชนบท และกลุ่มศักยภาพ เพื่อสามารถนำไปสู่การจำแนกรูปแบบการวางระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). (2550) รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550. นนทบุรี: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. นนทบุรี. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2555). มาตรฐานงานสุขศึกษาโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี: กองพิมพ์สุขศึกษา.
- ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. (2542). หลักประกันสุขภาพกับความมั่นคงแห่งชาติ: ทางเลือกเชิงนโยบาย. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- พนมเทียน พลมณี. (2550) การพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลคนพิการในชุมชน เขตหนองแขม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัชนิภรณ์ ภูกร. (2538). สุขภาพผู้สูงอายุ (Gerontological Health). พิษณุโลก : ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. เล่มที่124 ตอนที่16 ก.
- เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2550). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. กรุงเทพฯ ฯ.
- ศรายุทธ์ ตรีธรมณ์. (2552). คู่มือการเข้าถึงบริการสิทธิและสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลดอนสมอ.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).

- ศรีจิตรา บุนนาค. (2542). ปัญหาสุขภาพ ภาวะพึ่งพา และแนวนโยบายทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุ ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ วันที่ 22 - 26 พฤศจิกายน 2542 ณ โรงแรม ปริ้นซ์พาเลซ. คณะกรรมการดำเนินจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุด้านวิชาการ. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการดำเนินจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัททีคิวพี จำกัด.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). สถานะประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินงาน ต่าง ๆ ของประเทศ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพัฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Aday and Anderson (1975). *Access to Health Care*. Journal of Nursing Scholarship, Volume 31, Issue 1, pages 13-19, March 1999.
- Penchansky and Thomas (1981) Penchansky R and Thomas J.W. *The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction*. Medical Care, 19(2):127-40.