

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในแถบภูมิภาคเอเชีย ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินนโยบายประชากร เพื่อลดภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งจะเห็นได้จากอดีตตั้งแต่ก่อนปี 2513 อัตราเพิ่มประชากรอยู่ในระดับสูง เป็นประวัติการณ์ คืออยู่ระหว่าง 3.0-3.3 ต่อปี เมื่อรัฐบาลยอมรับนโยบายประชากร เป็นนโยบายสำคัญของชาติในปี 2513 และรวมไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 ได้มีการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวอย่างกว้างขวาง ทำให้อัตราการเพิ่มประชากรลดลงมาเป็นลำดับ กล่าวคือในปี 2519 อัตราเพิ่มลดลงเหลือร้อยละ 2.5 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2529: 1) จากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2528-2529 อัตราเพิ่มได้ลดลงเหลือร้อยละ 1.74 ต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2531: 14) และเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) อัตราเพิ่มประชากรลดเหลือเพียงร้อยละ 1.4 นอกจากความสามารถในการลดภาวะเจริญพันธุ์ลงแล้ว ภาวะการตายของไทยก็มีแนวโน้มลดลงตลอดมานับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทั้งนี้เป็นเพราะการรับเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่มาจากประเทศตะวันตก ประกอบกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม จึงทำให้สามารถลดอัตราการตายจาก 9.7 ต่อพัน ในปี 2500 มาเป็น 4.2 ต่อพัน ในปี 2531 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสถิติสาธารณสุข 2533: 29)

ผลการเปลี่ยนแปลงอัตราเพิ่มประชากรดังกล่าวภายในช่วงเวลาสองทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้โครงสร้างอายุประชากรเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุ จากในปี พ.ศ. 2503 ซึ่งมีประชากรทั้งสิ้นประมาณ 26.3 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ ร้อยละ 4.6 (สำนักงานสถิติกลาง 2505: 9) ในปี พ.ศ. 2523 มีประชากรรวมทั้งสิ้นประมาณ 44.8 ล้านคน มีผู้สูงอายุร้อยละ 5.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2523: 12) และในปี พ.ศ. 2533 ซึ่งมีประชากรประมาณ 54.5 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ม.ป.ป.: 24) มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.2 และในสิ้นปี 2543 นี้ คาดว่าจะมีประชากรประมาณ 64.1 ล้านคน ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 7.8 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2534: 16-17)

อย่างไรก็ตาม ขนาดและสัดส่วนผู้สูงอายุของไทยนี้แม้จะเพิ่มขึ้นทุกกระยะ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วหลาย ๆ ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สวีเดน อังกฤษ และญี่ปุ่น ซึ่งในปัจจุบันมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 (นภาพร ชโยวรรณ 2528: 2) สัดส่วนผู้สูงอายุไทยก็นับว่ายังอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุของไทยยังไม่รุนแรงนัก (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี 2529: 2) อย่างไรก็ตาม ในอนาคตหากประเทศไทยมีอัตราเพิ่มประชากรอยู่ในระดับต่ำต่อไปอีก ประกอบกับการที่ประชากรโดยทั่วไปมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น เราก็อาจจะคาดได้ว่า สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น ในระยะเวลาอีก 15-20 ปีข้างหน้าปัญหาผู้สูงอายุอาจจะรุนแรงขึ้นก็เป็นได้

ปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยเนื่องจากเกิดการเสื่อมตามวัย กำลังถดถอยเรื่องช้า การศึกษาของ พิรสิทธิ์ คำนวณศิลป์, สนิ กมลนาวัน และประเสริฐ รักรไทยดี (2533: 111) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 58 และจากการสำรวจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุโดย นิสา ชูโต (2525: 37) พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ สถานบริการสุขภาพอนามัยนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การให้บริการสุขภาพอนามัยและความพยายามช่วยเหลือในด้านนี้ของรัฐบาลในปัจจุบันก็ยังเป็นปัญหาสำคัญของประชาชนทั่วไป ดังจะเห็นได้จากข้อมูลเปรียบเทียบสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ พยาบาล ที่แสดงไว้ในตารางที่ 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 อัตราส่วนระหว่างประชากรต่อจำนวนเตียงผู้ป่วยทั่วไป อัตราส่วนระหว่างประชากรต่อแพทย์ และอัตราส่วนระหว่างประชากรต่อพยาบาล กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ พ.ศ. 2525-2529

ดัชนี/ เขต	อัตราส่วน				
	2525	2526	2527	2528	2529
<u>ประชากรต่อ 1 เตียง</u>					
ทั้งประเทศ	793	761	749	748	744
กรุงเทพมหานคร	366	376	354	336	354
จังหวัดอื่น ๆ	1,055	888	879	882	862
<u>ประชากรต่อแพทย์ 1 คน</u>					
ทั้งประเทศ	6,333	6,259	6,254	5,978	5,564
กรุงเทพมหานคร	1,342	1,404	1,512	1,453	1,407
จังหวัดอื่น ๆ	12,171	11,453	10,740	9,706	8,799
<u>ประชากรต่อพยาบาล 1 คน</u>					
ทั้งประเทศ	2,119	1,870	1,583	1,336	1,286
กรุงเทพมหานคร	517	517	501	523	443
จังหวัดอื่น ๆ	3,531	2,849	2,224	1,663	1,684

แหล่งข้อมูล : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสถิติสาธารณสุข (2531: 220, 227-228)

ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากนโยบายสาธารณสุขของรัฐที่ผ่านมา ได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มมารดา และเด็กมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น เพราะอัตราเกิดของไทยในอดีตมีระดับค่อนข้างสูง สุขภาพอนามัยของมารดาและเด็กจึงเป็นเรื่องสำคัญและเร่งด่วน แต่แนวโน้มในอนาคตกลุ่มผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น ปัญหาความต้องการบริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในอนาคตจึงอาจเพิ่มขึ้นด้วย ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ด้อยทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม จึงเป็นการยากยิ่งที่ผู้สูงอายุจะมีโอกาสได้รับบริการสุขภาพอนามัยของรัฐที่มีอยู่ได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้

ทิศทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขในช่วงเวลาที่ผ่านมา เน้นการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับสูง โดยยึดมาตรฐานตะวันตกเป็นเกณฑ์ จึงต้องใช้เงินทุนสูง ทำให้โครงสร้างการสาธารณสุขของประเทศมีแนวโน้มที่จะกระจุกตัวอยู่เฉพาะในเมือง มากกว่าที่จะกระจายออกไปในชนบท (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2527: 166)

จากปัญหาการกระจายตัวของสถานบริการสุขภาพอนามัยของรัฐที่เป็นไปไม่ทั่วถึง เป็นผลให้สถานบริการของเอกชนที่มีคุณภาพระดับแตกต่างกันไป เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิก แพทย์แผนโบราณ ร้านขายยา เข้ามามีบทบาทด้านการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งอาจมีทั้งผลดีที่ช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐบาล หรืออาจมีผลเสียได้ เช่น การซื้อยาจากร้านขายยา มารักษาเอง หรือการรักษากับแพทย์แผนโบราณที่ไม่ได้จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย และด้วยประสิทธิภาพในการรักษา นอกจากนี้สถานบริการสุขภาพอนามัยของเอกชนที่มีประสิทธิภาพก็ยิ่งกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท ทำให้ประชาชนในเขตชนบทไทยใช้บริการจากแพทย์แผนโบราณ หมอเถิดยา ร้านขายยา หมอตำแย เพื่อนบ้านหรือญาติ (จุฑาพร ทวีเดช 2531: 9)

สังคมไทยมีระบบการแพทย์และบริการสาธารณสุขหลายระบบ อาทิ เช่น ระบบการแพทย์แบบตะวันตก ซึ่งเป็นแพทย์สมัยใหม่ ให้การรักษาในโรงพยาบาล คลินิก ระบบการแพทย์แผนโบราณ ซึ่งมีการรักษาด้วยสมุนไพร โยคีศาสตร์ และการรักษาด้วยศรียุทธศาสตร์ เช่น หมอพระ นอกจากนี้ยังมีสถานบริการการแพทย์ที่เปิดรักษาโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย เช่น หมอเถิดยา หมอเถื่อน ร้านขายยา หรือร้านชาในหมู่บ้านที่ขายยาด้วย ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ของรัฐที่เปิดคลินิกโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2528: 246) ด้วยระบบหลากหลาย เช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกใช้บริการได้หลายอย่างต่าง ๆ กัน ตามสถานการณ์หรือตามความสะดวก อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจศึกษาว่า การเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของประชาชนเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยนั้น มีความสัมพันธ์อย่างไรกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร ตลอดจนปัจจัยอื่นๆ ของตัวผู้เลือกใช้บริการประเภทนั้นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะมีขนาดและสัดส่วนสูงขึ้นในอนาคต ทั้งยังเป็นกลุ่มอายุที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอนามัยอยู่บ่อยครั้งอีกด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงสถานบริการทางด้านสุขภาพอนามัย ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง อันมีผลต่อคุณภาพการดำรงชีวิตในบั้นปลายของผู้สูงอายุ การมีอายุยืนยาวจะไม่มีคามหมายเลยถ้าหากผู้สูงอายุถูกเพิกเฉย กลายเป็นผู้เสื่อมสมรรถภาพและมีโรคเรื้อรัง เพราะผู้สูงอายุควรมีชีวิตที่คงความหมายและมีคุณค่า ไม่เฉพาะต่อตัวผู้สูงอายุเองเท่านั้น แต่จะต้องมี

คุณค่าต่อสังคมโดยรวมด้วย อย่างน้อยที่สุดผู้สูงอายุก็ไม่ควร เป็นภาระของสังคมหรือหากสังคม ต้องรับภาระก็ไม่ควรจะต้อง เป็นภาระที่หนักเกินไป

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่รัฐบาลไม่ควร ละเลย และจำเป็นต้องศึกษาอย่างถ่องแท้ ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม ประชากร และปัจจัยอื่นๆ กับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เพื่อจัดหาสถาน บริการสุขภาพอนามัยให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ อันเป็นการเตรียมรับสถานการณ์ปัญหา ผู้สูงอายุของไทยที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้

แนวคิดเชิงทฤษฎี

ระบบสาธารณสุขของไทยนั้น พัฒนามาจากวัฒนธรรมดั้งเดิม ซึ่งมีวิธีการรักษาโดยใช้ ด้วงจากธรรมชาติที่หาได้ในท้องถิ่นคือ ยาสมุนไพร หรือการรักษาที่ต้องอาศัยศรัทธาและความเชื่อ โดยวิธีไสยศาสตร์ จนกระทั่งต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 5 ทรงมีพระราชดำริให้สร้างโรงพยาบาลที่มี การรักษาพยาบาลโดยการแพทย์แผนใหม่ขึ้นเป็นครั้งแรก คือ ศิริราชพยาบาล ทำให้ระบบการ สาธารณสุขไทยในเวลาต่อมา มีทั้งแผนใหม่และแผนโบราณทั้งในเมืองและชนบท แต่ในปัจจุบันการ รักษาพยาบาลโดยวิธีแผนโบราณลดน้อยลงไปมากแล้ว เนื่องจากการพัฒนาสาธารณสุขของรัฐ โดย การสร้างสถานบริการสุขภาพอนามัยแผนใหม่ขึ้นหลายระดับ เช่น โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาล ชุมชน สถานีอนามัย ทั่วประเทศ แต่จากปัญหาการกระจายสถานบริการดังกล่าวมีความไม่ เท่า เทียมกัน ทำให้เกิดมีสถานบริการสาธารณสุขของเอกชนที่ให้การรักษาพยาบาลแผนใหม่ เช่น โรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชน ร้านขายยา เข้ามามีบทบาทในการให้บริการสุขภาพอนามัย แก่ประชาชนทั่วไป ทั้งนี้เพราะเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยขึ้นย่อมต้องการการรักษาพยาบาลให้หาย จากการป่วยนั้น จากการศึกษาวิจัยในหลายประเทศด้วยกัน สรุปได้ว่ามีปัจจัยสำคัญที่กำหนดการ ตัดสินใจของบุคคลในการ เลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัย 3 ปัจจัย คือ

- ก. ปัจจัยด้านผู้รับบริการ
- ข. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ
- ค. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ก. ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

1. อาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันทำให้เลือกใช้บริการต่างกัน

1.1 แนวความคิดเกี่ยวกับความเชื่อแบบพื้นบ้านต่อสาเหตุการเกิดโรค (Folk-Dichotomy) ซึ่งนักมนุษยวิทยา เช่น Foster (1962 อ้างถึงใน เบญจา ยอดคำเป็น และกฤตยา อาชวนิจกุล 2523: 45) อธิบายการเลือกใช้บริการแผนใหม่และแผนโบราณโดยให้ความสำคัญต่อสาเหตุของการเกิดโรคเป็นหลัก ถ้าเป็นสาเหตุจากธรรมชาติ (natural origin) เช่น กามโรค ไข้หวัด ฯลฯ ต้องรักษาโดยวิธีการรักษาสสมัยใหม่ (modern medicine) หากเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากสิ่งลึกลับหรืออำนาจเหนือธรรมชาติ (supernatural) ต้องรักษาโดยวิธีแผนโบราณ (indigenous medicine)

อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีนี้ไม่สามารถใช้อธิบายได้ทุกเหตุการณ์และในทุกสังคม ทั้งนี้เนื่องจากว่าสังคมส่วนมากไม่ได้แยกแยะระบบความเชื่อเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากอำนาจหรือเหนืออำนาจธรรมชาติไว้อย่างชัดเจน และในความเป็นจริง การเจ็บป่วยแต่ละครั้งอาจจะรวมวิธีการรักษาหลายแบบเข้าด้วยกันก็ได้ เช่น เริ่มตั้งแต่รักษาตนเอง การใช้หมอแผนโบราณ จนกระทั่งไปรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น

1.2 แนวความคิดเกี่ยวกับความพยายามในการรักษาโรคที่มีอาการรุนแรง (Shotgun Therapy) ในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยยาวนาน หรือเป็นโรครุนแรง ประชาชนจะใช้บริการรักษาพยาบาลเท่าที่ตนสามารถเลือกใช้ได้ หรือประชาชนจะไม่เลือกว่าเป็นการรักษาแผนปัจจุบันหรือแผนโบราณ แต่พยายามเลือกใช้บริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพที่สุดทั้ง 2 ระบบ มาตรการเช่นนี้ อาจเรียกว่าเป็นการใช้บริการแบบ ทวิลักษณ์ (dual use) ซึ่ง Hsu (1976: 135-154) ได้ศึกษาพฤติกรรมของกลุ่ม เมื่อเกิดการระบาดของอหิวาตกโรคที่ทวีความรุนแรงขึ้น ประชาชนจะใช้วิธีการรักษาแผนใหม่ปฏิบัติร่วมกับการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่นเดียวกับ Young (1981: 499-507) ซึ่งได้ให้ข้อจำกัด การตัดสินใจเลือกแหล่งบริการว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการอาการของโรคไม่รุนแรง มักจะเยียวยาตามระบบพื้นบ้าน ถ้าวิธีดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขปัญหาคความป่วยไข้ที่เป็นอยู่ได้ ก็จะไปเลือกการรักษาตามแบบแผนใหม่

1.3 แนวความคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน (Chronic & Acute) ซึ่ง Gould (1957 อ้างถึงใน เบญจา ยอดคำเป็น และกฤตยา อาชวนิจกุล 2523: 47) ได้ศึกษาหมู่บ้านทางตอนเหนือของอินเดีย พบว่าประชากรในหมู่บ้านนี้มีการรักษาทั้งแผนใหม่ และแผนโบราณ โดยผู้ที่ เป็นโรคเรื้อรังมีแนวโน้มจะใช้การรักษาแผนโบราณ และถ้ามีอาการรุนแรงหรือ

เจ็บป่วย เช่น อุบัติเหตุ หรืออุบัติเหตุ จะถูกนำส่งโรงพยาบาลหรือคลินิกซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลแผนใหม่

2. คนต่างกลุ่มต่างเหล่ากันจะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลต่างกัน

นักวิชาการหลายท่าน ที่สนใจศึกษาพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของสังคมกำลังพัฒนาให้ข้อคิดเห็นว่า การเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยนั้น มีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญคือ

2.1 สถานภาพทางเศรษฐกิจ (Relative wealth) สถานภาพทางเศรษฐกิจของบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดว่า จะเลือกใช้บริการแพทย์ประเภทใด เช่น บริการแผนใหม่บางชนิดมีราคาสูง ผู้ที่ใช้บริการได้ต้องมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงเท่านั้น ส่วนผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย ก็เลือกใช้บริการแพทย์ที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยลงเท่าที่ตนจะเสียได้แทน (Gould 1957; Foster 1962 อ้างถึงใน เบญจา ยอดคำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล 2523: 48)

2.2 ความผสมผสานทางวัฒนธรรม (Relative Acculturation) เบญจา ยอดคำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล (2523: 48) กล่าวว่า มาตรการที่ใช้ในการวัดอัตราความผสมผสานทางวัฒนธรรมมีหลายอย่าง เช่น ระดับการศึกษา การย้ายถิ่น อายุ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา การเปลี่ยนแปลงงาน เพื่อเพิ่มสถานภาพของตนเอง เป็นต้น และใช้มาตรการเหล่านี้วิเคราะห์ว่าแต่ละกลุ่มจะมีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่ใช่ลักษณะวัฒนธรรมดั้งเดิมของตนหรือไม่ การใช้บริการทางการแพทย์สมัยใหม่ ไม่ใช่พฤติกรรมดั้งเดิมของสังคม ผู้ที่ให้บริการทางการแพทย์แบบใหม่ด้วย และในทางตรงข้ามบุคคลที่ยังอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรืออยู่ใกล้ชิดกับวัฒนธรรมดั้งเดิม ย่อมมีโอกาสรู้จักและใช้บริการสมัยใหม่น้อย

2.3 บทบาทของครอบครัวและผู้อื่นที่สำคัญของผู้ป่วย (Significant others) แนวความคิดนี้ Chrisman (1983: 569-590) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว จะปรึกษาหารือจากบุคคลอื่นว่า รอบข้าง ซึ่งนักมนุษยวิทยาใช้คำว่า เครือข่ายทางสังคม อันได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี ภรรยา ปู่ ย่า ตา ยาย เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน ฯลฯ เพื่อขอรับคำแนะนำ รับรองว่าตนป่วยจริง และช่วยประเมินว่าเป็นโรคอะไร มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากสิ่งใด และจะจัดการปัญหาการเจ็บป่วยนั้นอย่างไร

ข. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

สันทัต เสริมศรี (2528: 403) ได้แบ่งองค์ประกอบด้านผู้ให้บริการออกเป็น

2 อย่าง คือ

1. ประเภทและปริมาณของแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการเลือกใช้ อย่างเช่น ในชนบทมักจะประสบกับการขาดแคลนสถานบริการ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ในระดับสูง เช่น แพทย์ พยาบาล ดังนั้นเมื่อประชาชนเกิดความเจ็บป่วย จึงต้องเลือกรักษาจากแหล่งบริการที่มีอยู่ในหมู่บ้าน Young (1981: 499-507) ได้กล่าวถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนว่า ในชุมชนนั้นมีโรงพยาบาลหรือแพทย์พอเพียง หรืออยู่ใกล้พอที่ชาวบ้านจะไปหาได้สะดวกหรือไม่ หากในชุมชนนั้นๆ มีหมอพื้นบ้านอยู่หลายคนก็เรียกหาได้ง่าย คนไข้ย่อมมีแนวโน้มที่จะเลือกหมอพื้นบ้านมากกว่าไปโรงพยาบาล

2. คุณภาพและความสามารถของแหล่งบริการสุขภาพ สถานบริการสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ในสังคมพื้นบ้านมีมากมายหลายประเภท แต่มีคุณภาพในการให้บริการแตกต่างกันไป ความสามารถในการให้บริการซึ่งถือเป็นเรื่องคุณภาพของแหล่งรักษา ยังรวมถึงคุณสมบัติของผู้อยู่ในแหล่งบริการด้วย แหล่งบริการสุขภาพสมัยใหม่มีแพทย์เป็นผู้นำในการรักษาโรค และการยอมรับว่าแพทย์จะมีความถูกต้องในการรักษา ใช้หลักเกณฑ์คือ

2.1 ความรู้ในการรักษาจะต้องเป็นความรู้ที่ได้มาจากโรงเรียนแพทย์ ซึ่งสอนในการรักษาโรคและบริการสุขภาพ

2.2 การได้รับสิทธิและอำนาจให้เป็นผู้รักษาโรคได้ถูกต้องตามกฎหมายสำหรับแพทย์ สิทธิและอำนาจที่ถูกต้องตามกฎหมายก็คือ ใบประกอบโรคศิลปะ

สำหรับแพทย์นั้นโดยทั่วไปมีคุณสมบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ทั้ง 2 ประการ แต่หมอพื้นบ้านหรือหมอโบราณ รวมทั้งร้านขายยา ส่วนมากยังขาดหลักเกณฑ์ดังกล่าว ดังนั้นเมื่อยึดตามแนวคิดนี้แหล่งบริการสุขภาพอนามัยประเภทหลัง เป็นแหล่งบริการที่ไม่มีความถูกต้องในเรื่องการรักษา และมีความสามารถในการรักษาและบริการต่ำกว่าแพทย์ สำหรับเจ้าบ้านที่สาธารณสุข เช่น ผดุงครรภ์หรือพยาบาล ถือว่ามีระดับความสามารถน้อยกว่าแพทย์ด้วย แต่สูงกว่าร้านขายยา และหมอพื้นบ้าน เป็นต้น

ค. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ถือว่ามีความสำคัญต่อสถานบริการทุกแห่ง และทุกประเภท เพราะระบบความสัมพันธ์สะท้อนให้เห็นถึงระดับความร่วมมือของทั้ง 2 ฝ่าย จะพบเสมอว่า ชาวบ้านมีความรู้สึกต่อสถานบริการสุขภาพอนามัยของรัฐว่าเป็นเสมือนสิ่งที่อยู่ห่างไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความห่างไกลทางสังคม กล่าวคือ ผู้ให้บริการหรือหมอของรัฐสนใจแต่จะรักษาอาการของโรค โดยขาดความสนใจและไม่เอาใจใส่ผู้มาใช้บริการในด้านจิตใจ ความรู้สึก ลักษณะวัฒนธรรม และสังคมของชาวบ้าน ความสัมพันธ์ที่ผู้ให้บริการมีต่อคนไข้จะเป็นไปในทางดี คือความสัมพันธ์จากบนลงมาสู่ล่าง เป็นเหตุให้เกิดการเข้ารับบริการต่ำ แต่สำหรับหมอพื้นบ้านมักจะเป็นคนในท้องถิ่น คนไข้จึงมีความสนิทสนมมากกว่าและมีความพอใจที่จะเลือกใช้บริการ เหตุผลนี้มีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยด้วยเช่นกัน

จากแนวคิดดังกล่าวมาแล้วนี้ แสดงให้เห็นว่าการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้ง 3 ประการ แต่ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลที่น่ามาใช้ในการวิเคราะห์ การศึกษาครั้งนี้จะพิจารณาเฉพาะปัจจัยด้านผู้รับบริการหรือผู้ใช้บริการ ซึ่งจะพิจารณาจากปัจจัยลักษณะด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และปัจจัยอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ โดยจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไปและเพื่อรักษาโรคประจำตัว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป และเพื่อรักษาโรคประจำตัว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และตัวแปรเกี่ยวกับบุตรของผู้สูงอายุกับรูปแบบของการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป และเพื่อรักษาโรคประจำตัว
3. เพื่อเปรียบเทียบความเหมือน และความแตกต่างในการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป กับเพื่อรักษาโรคประจำตัว

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของประชากรโดยทั่วไปได้มีผู้ศึกษาไว้พอสมควร ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่การศึกษาสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีผู้ศึกษาไว้ไม่มากนัก โดยเฉพาะในประเทศไทยแล้วอาจจะกล่าวได้ว่า ยังไม่มีการศึกษาในระดับประเทศมาก่อน ดังนั้นในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องนำข้อค้นพบจากการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น หรือในการศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกันมาประยุกต์ใช้กับการศึกษาในครั้งนี้

1. แบบแผนการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย

มีวรรณกรรมหลายเรื่องด้วยกัน ที่ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย ซึ่งจะขอกล่าวพอ เป็นสังเขปดังนี้

ในประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาไว้มากมาย ส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการของประชาชนทั่วไป เช่น กระทรวงสาธารณสุข (2531: 243) จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2513, 2522 และ 2528 ได้รวบรวมแบบแผนการให้บริการรักษาพยาบาลของคนไทยเมื่อเจ็บป่วย โดยพบว่า มีแบบแผนที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนิยมซื้อยากินเองมากที่สุด รองลงไปคือการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลและสถานอนามัยของรัฐบาล อันดับ 3 คือการไปใช้บริการที่โรงพยาบาล และคลินิกเอกชน การรักษาแผนโบราณมีเพียงเล็กน้อย การไม่รักษาใดๆ เลยพบน้อยที่สุด

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษพบว่า ประชาชนมากถึงร้อยละ 69 นิยมไปใช้บริการที่สำนักงานแพทย์ (Physician's office) รองลงไปคือโรงพยาบาล นอกนั้นจะใช้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ และอื่นๆ เพียงเล็กน้อย (Kohn and White, ed. 1976: 157) ในประเทศมาเลเซียพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจะนิยมไปรักษาพยาบาลกับแพทย์มากที่สุด รองลงไปคือ บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และการรักษาแผนโบราณ ตามลำดับ (Chen et al. 1986: 23) ส่วนในประเทศสิงคโปร์ผู้สูงอายุนิยมไปรักษาพยาบาลที่คลินิกเอกชนสูงที่สุด รองลงไปคือคลินิกของรัฐบาล อันดับสามคือการรักษาด้วยตนเอง และอื่นๆ ส่วนการรักษาแผนโบราณพบน้อยที่สุด (Ju and Cheung 1988: 21)

จะเห็นว่าผลงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศประชากรมีแบบแผนการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยต่างๆ กัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระบบบริการสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ในแต่ละท้องถิ่นในขณะนั้น สำหรับสังคมไทยพบว่า ประชาชนนิยมใช้บริการสุขภาพอนามัยแบบแผนปัจจุบันกับ

เป็นส่วนใหญ่ แต่การที่ประชาชนจะเลือกใช้บริการประเภทใดนั้นยังมีปัจจัยด้านอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ลักษณะต่างๆ ของกลุ่มประชากรผู้ให้บริการ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

2.1 สถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

รายได้นับว่ามีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยชนิดต่างๆ ที่มีอยู่ ทั้งนี้ เพราะบริการสุขภาพอนามัยแต่ละประเภทต้องเสียค่าใช้จ่ายแตกต่างกันไป จากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข (1970: 33) พบว่าโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงสุดประมาณครั้งละ 133 บาท รองลงมาคือโรงพยาบาลของรัฐประมาณครั้งละ 126 บาท รักษาแผนโบราณครั้งละ 67 บาท สถานีอนามัยครั้งละ 38 บาท และการซื้อยากินเอง เสียค่าใช้จ่ายถูกที่สุดคือ ประมาณครั้งละ 28 บาท และการศึกษาของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2527: 57-58) ก็พบรูปแบบที่คล้ายคลึงกันคือ การซื้อยากินเองเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ครั้งละประมาณ 1-100 บาท และการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเสียค่าใช้จ่ายแพงที่สุด ครั้งละประมาณ 5,001-10,000 บาท นอกจากนี้ Debhanom Muangman et al. (1983: 30) และมิลลิกา มัติโก (2530: 307) ยังได้ศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาแผนปัจจุบันและแผนโบราณ พบว่าค่าใช้จ่ายแผนปัจจุบันแพงกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาแผนโบราณ

ประชาชนส่วนใหญ่มิที่สนใจคิดว่าการรักษาแผนปัจจุบันดีกว่าแผนโบราณ แต่ค่ารักษาแผนปัจจุบันแพงกว่าแผนโบราณ (อรทัย รวยอาจิณ และบุญช่วย จันทร์เยี่ยม, บรรณาธิการ 2525: 25) จึงพบว่าความต้องการใช้บริการส่วนใหญ่ เช่น ในกลุ่มของประชากรหมู่บ้านประมง นิยมรักษาทั้งแผนปัจจุบัน และแผนโบราณ แต่ผู้มีรายได้ต่ำจะต้องการรักษาด้วยแผนโบราณมากกว่า ผู้ที่มีรายได้สูง (ภุชงค์ ภูษทลบุตร 2524: 66) ซึ่งผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาจากหมอแผนโบราณ เพราะมีแรงจูงใจจากการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก (วัลลภ ภาณุคานนท์ มหาสารคาม 2523: 25) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yawarat Porapakkam (1982: 17) ซึ่งพบว่า ผู้ที่ไม่ใช้บริการการรักษาแผนปัจจุบัน เพราะมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยแล้วไม่รักษา ส่วนใหญ่จะมีเหตุผลว่าไม่มีเงิน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี 2523: 68, ถนอม เหล่ารักพงษ์ และคณะ 2528: 74) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้วิธีดูแลสุขภาพด้วยตนเองส่วนใหญ่จะ

มีฐานะยากจน (มัลลิกา มัติโก 2530: 287) นอกจากนี้ เหตุผลของผู้ที่ชื้อยากินเองก็เพราะเสียเงินน้อย (Debhanom Muangman et al. 1983: 21)

ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไปจะนิยมไปใช้บริการแผนปัจจุบันทั้งภาครัฐบาลและเอกชน ตามความสามารถทางการเงินของแต่ละบุคคล จากการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับการใช้บริการของเอกชน กล่าวคือ ผู้ที่ใช้บริการของเอกชนโดยการรักษาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะมีรายได้สูง และผู้มีรายได้ต่ำ ส่วนใหญ่จะไปรักษาแบบแผนโบราณ ส่วนผู้ที่มีรายได้ปานกลาง ส่วนใหญ่จะไปใช้บริการของรัฐ (ชินชม เจริญยุทธ 2522: 76; บุษยมาส บุญใจเพชร 2526: 46; เพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ 2527: 24; ชนิตา สันตินาค 2530: 80; อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม และอมรา สุนทรธาดา 2532: 24; พเยาว์ หวานสนิท ม.ป.ป.: 58) แต่นิตยา ชูดีบัณฑิต (2522:49) ศึกษาพบว่าผู้ที่ไม่เคยไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้ต่ำ และการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขในเขตชนบทภาคกลางพบว่า ประชากรที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวระดับสูงนิยมใช้บริการของรัฐสูงกว่าประชากรที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวระดับต่ำกว่า (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี 2523: 56; อรทัย รวยอาชีพ และ บุญช่วย จันทร์เยี่ยม, บรรณาธิการ 2525: 38)

Wan and Arling (1983: 421) ศึกษาการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่ไปโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีรายได้สูงกว่าผู้ที่ไปรักษาที่คลินิก และการศึกษาการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดย Knesper, Pagnocco and Wheeler (1985: 1361-1364) พบว่าผู้ที่ไปใช้บริการที่ศูนย์การแพทย์ชุมชนจะมีรายได้ต่ำ ผู้ที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐจะมีรายได้ปานกลาง ส่วนผู้ที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลและคลินิกเอกชนจะมีรายได้สูง

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาจึงสรุปได้ว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย กล่าวคือ ผู้มีรายได้ต่ำจะไปใช้สถานบริการแผนโบราณหรือชื้อยากินเองหรือไม่รักษา ส่วนผู้ที่มีรายได้ปานกลางจะรักษาโดยวิธีแผนปัจจุบันโดยเลือกใช้บริการของรัฐบาลและผู้ที่มีรายได้สูงจะรักษาโดยวิธีแผนปัจจุบันจากโรงพยาบาลหรือคลินิก เอกชน

2.2 ปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยที่มีค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน คือ ศักยภาพทางเศรษฐกิจ การมีหรือไม่มีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นตัวแปรที่สะท้อนให้เห็นถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจได้ตัวแปรหนึ่ง การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมาวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรทางเศรษฐกิจอื่นๆ ด้วย โดยพิจารณาว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาหรือไม่ ถ้าต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งละประมาณ 100 บาทขึ้นไป ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบปัญหาในทางเศรษฐกิจมีรายได้ไม่ค่อยเพียงพอต่อการดำรงชีพ (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ 2528: 40) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลครั้งละประมาณ 100 บาทขึ้นไปก็อาจจะเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุได้ ซึ่งการมีหรือไม่มีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกันนี้จะทำให้ผู้สูงอายุเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแตกต่างกันด้วย และความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้จะเป็นอย่างไร เป็นสิ่งที่น่าสนใจศึกษาต่อไป

2.3 อาชีพของผู้สูงอายุ

อาชีพนับว่ามีส่วนสัมพันธ์กับรายได้ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ประสบการณ์ ตลอดจนสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นอกจากนี้อาชีพยังเกี่ยวข้องกับโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีอาชีพต่างกันจะมีแบบแผนในการปฏิบัติเกี่ยวกับอนามัยแตกต่างกันออกไปด้วย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข 2525: 82; อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม และอมรวิมล สุนทรธาดา 2532: 45)

งานวิจัยหลายเรื่องด้วยกันพบว่า อาชีพมีผลให้เกิดความแตกต่างในการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย กล่าวคือ ผู้ที่ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ผู้ทำงานเหมืองแร่และกลุ่มแม่บ้าน ซึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ นิยมเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแบบโบราณ ซื่อยากินเอง รักษาตนเองหรือปล่อยย่ำให้หายเอง มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ (Maclean 1966: 136; Sumalee na Thalang 1978: 30; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2521: 107-110, 2524: 18-19, 2529: 28, 35; วชิระ สิงหคเชนทร์ 2523: 206; กุฑชงค์ กุฑพลบุตร 2524: 66; Yawarat Porapakkam 1982:35; บุญมาส บุญใจเพ็ชร 2526: 46; เพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย 2528: 77 ถนนม เหล่ารักพงษ์ และคณะ 2528: 90; Andrew et al. 1986: 51; Mahidol University Institute for Population and Social Research 1988: 63)

ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม นิยมเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแผนปัจจุบันมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น กล่าวคือ ผู้ที่มีอาชีพค้าขาย อาชีพบริการ และผู้ที่ทำงานใช้วิชาชีพจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ส่วนกลุ่มข้าราชการหรือทำงานบริษัทจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ (Sumalee na Thalang 1978: 30; อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ 2522: 116; วชิระ สิงหนะเชนทร์ 2523: 206; Yawarat Porapakkam 1982: 35; เฟรดเดอริก เอ เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ 2525: 89; Wan and Arling 1983: 420; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข 2527: ผ.8; วาทีนิ บุญชะลิกษี 2530: 90)

งานวิจัยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่พบว่า กลุ่มเกษตรกรเลือกใช้บริการสุขภาพของรัฐ และผู้ที่ทำงานใช้วิชาชีพนิยมซื้อยากินเองมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น (กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข 2522: 28; เทีญศรี พิชัยสนธิ และคณะ 2527: 93; Andrews et al. 1986: 51)

การศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่า อาชีพมีส่วนกำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย กล่าวคือ ผลงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ผู้ที่มีอาชีพในภาคเกษตรกรรมจะนิยมใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนโบราณ และส่วนใหญ่จะไปใช้บริการที่สถานอนามัย ซื้อยากินเอง และไม่รักษาล้อยให้หายเอง มากกว่าผู้ที่มีอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ซึ่งนิยมใช้บริการสุขภาพอนามัยแผนปัจจุบันประเภทโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน และคลินิกเอกชนมากกว่า

3. ลักษณะทางสังคม

3.1 การศึกษาของผู้สูงอายุ

การศึกษานับว่ามีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมสามารถยอมรับสิ่งใหม่ๆ ได้ง่ายกว่า สุพจน์ สมชาติ (2525: 53) ได้เคยศึกษาพบว่า การยอมรับอนามัยแผนใหม่จะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การมีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้ ทำให้สามารถรับรู้สื่อมวลชนได้หลายทางมากขึ้น และผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมจะมีสติปัญญาพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ จึงทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพในทางที่ถูกต้องมากกว่า

สายใจ คุ้มขนาน (2515: 86) ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับวิธีรักษาพยาบาลของหัวหน้าครัวเรือนพบว่า จำนวนผู้ที่เห็นด้วยกับการรักษาโดยหมอกกลางบ้านและใช้ยาสมุนไพรลดลง

เมื่อการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนสูงขึ้น และจำนวนของหัวหน้าครัวเรือนที่เห็นด้วยกับการรักษา โดยวิธีสมัยใหม่จะเพิ่มขึ้นเมื่อการศึกษาสูงขึ้น เช่นเดียวกับรูปแบบที่พบในการศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจริงๆ กล่าวคือ การไปใช้บริการแผนปัจจุบันจะเพิ่มขึ้นในขณะที่การไปใช้บริการแผนโบราณจะลดลง เมื่อระดับการศึกษาของผู้ป่วยสูงขึ้น (Maclean 1966: 136; Sumalee na Thalang 1978: 35; ชื่นชม เจริญยุทธ 2522: 76; วชิระ สิงหเชนทร์ 2523: 167; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2524: 14, 2529: 25; บุษยามาส บุญใจเพชร 2526: 45; วาภิณี บุญชะลิกษี 2530: 81) แต่ Debhanom Muangman et al. (1983: 23) กลับพบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาสูงจะใช้จ่ายสมุนไพรมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ ส่วนเพชรน้อย สิงห์ช่วยชัย (2528: 76) พบว่า การศึกษาของหัวหน้าครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแบบแผนใหม่คือ ผู้ป่วยที่หัวหน้าครอบครัวมีการศึกษาต่ำมีการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแบบแผนใหม่มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง

การไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการศึกษา คือ การใช้บริการเพิ่มขึ้นตามการศึกษาที่สูงขึ้น (Ministry of Public Health 1970: 34; Sumalee na Thalang 1978: 33; ชื่นชม เจริญยุทธ 2522: 76; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข 2527: ผ.11) ผู้ที่มีการศึกษาต่ำและผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา จะใช้บริการที่ศูนย์การแพทย์และอนามัย สถานีอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์ ซื่อยากินเอง ตลอดจนการรักษาด้วยตนเอง และไม่รักษาใดๆ เลยมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง (Ministry of Public Health 1970: 34; อุดม คมพัยค์ 2518: 19; วชิระ สิงหเชนทร์ 2523: 167; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2524: 14; Yawarat Porapakkam 1982: 34; Oratai Rauyajin and Samlee Plianbangchang 1983: 119; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข 2527: ผ.11; Mahidol University, Institute for Population and Social Research 1988: 61) แต่อนุสรณ์ สุนทรทงศ์ (2522: 87) กลับพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะซื่อยากินเองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

สำหรับการศึกษาในประเทศอิสราเอลโดย Pilpel (1987: 224) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จะใช้บริการคลินิกเอกชนและซื่อยากินเองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง ซึ่งนิยมไปรักษาที่โรงพยาบาลและปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

ดังนั้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงสรุปได้ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงและปานกลาง จะเลือกใช้บริการ

แผนปัจจุบันประเภทโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งจะไปใช้สถานบริการประเภทแผนโบราณ สถานีอนามัย ซึ่อยากินเอง รักษาตัวเอง และไม่รักษาใดๆ เลย

3.2 เขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

เขตเมืองและเขตชนบท นับว่ามีส่วนอย่างมากที่ทำให้เกิดความแตกต่างกันในหลายๆ ด้านเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ นับตั้งแต่เขตเมืองมีสถานบริการหลายประเภท โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐมีจำนวนมากกว่าเขตชนบท รวมทั้งเขตเมืองมีการคมนาคมขนส่งที่สะดวกกว่าในเขตชนบท ถึงแม้สถานบริการในเขตเมืองจะอยู่ห่างไกลแต่ก็สามารถเดินทางได้สะดวกกว่าในเขตชนบท นอกจากนี้ในเขตเมืองยังมีค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี วิธีการดำเนินชีวิต แบบแผนการเจ็บป่วยที่แตกต่างไปจากสังคมชนบท ดังนั้นการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของประชากรในเขตเมือง จึงแตกต่างไปจากเขตชนบท

บุญมาส บุญใจเพ็ชร (2526: 47) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทางสังคมวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรักษาแผนโบราณและแผนปัจจุบันพบว่า ในเขตเทศบาลผู้ป่วยจะใช้บริการแผนปัจจุบันมากกว่าแผนโบราณ และในทางตรงข้ามผู้ป่วยนอกเขตเทศบาลจะใช้บริการแผนโบราณมากกว่าแผนปัจจุบัน สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทต่างๆ ของประชาชนในเขตเมือง (เขตเทศบาล) หรือในเขตชนบท (นอกเขตเทศบาล) ส่วนใหญ่จะมีผลการศึกษาที่คล้ายกันคือ การใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐและการรักษาพยาบาลที่แหล่งบริการที่มีแพทย์ รวมทั้งการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลและคลินิกเอกชนพบในประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองมากกว่าประชาชนในเขตชนบท ซึ่งประชาชนในเขตชนบทจะนิยมไปใช้บริการที่ศูนย์การแพทย์และอนามัย สถานีอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์ รักษาพยาบาลแผนโบราณหรือใช้ยาสมุนไพร ซึ่อยากินเองและรักษาด้วยตนเอง มากกว่าประชาชนในเขตเมือง (Ministry of public Health 1970: 28; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2521: -11-, 2524: -16-, 2529: -14-; Sumalee na Thalang 1978: 28; เฟรดเดอริค เอ เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ 2525: 91; Yawarat Porapakkam 1982: 13; Debhanom Muangman et al. 1983: 20; Wan, and Arling 1983: 420; ชนิดา สันตินาค 2530: 45; วาภิณี บุญชะลิกษี 2530: 57; Mahidol University, Institute for Population and Social Research 1988: 58)

อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าม้งงานวิจัยที่มีผลการศึกษาดังกล่าวไปจากที่กล่าวมาแล้วบ้างเหมือนกัน คือการศึกษาของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2525: 52, 2527: น.7) และ Andrew et al. (1986: 51) ซึ่งพบว่าประชาชนในเขตชนบทนิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐมากกว่าประชาชนในเขตเมืองและพบว่าประชาชนในเขตเมืองจะไปรักษากับแพทย์แผนโบราณและซื้อยากินเองมากกว่าประชาชนในเขตชนบท

จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่า ความแตกต่างกันของเขตที่อยู่อาศัยมีผลทำให้การตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน โดยที่ประชากรในเขตเมืองจะเลือกใช้บริการประเภทแผนปัจจุบันมากกว่าประชากรในเขตชนบท กล่าวคือ ประชากรในเขตเมืองจะเลือกใช้โรงพยาบาลทั้งของรัฐและของเอกชน รวมทั้งคลินิกเอกชนมากกว่าประชากรในเขตชนบท ส่วนประชากรในเขตชนบทจะนิยมเลือกใช้บริการอนามัย ซื้อยากินเอง และรักษาตัวเองมากกว่าประชากรในเขตเมือง

4. ลักษณะทางประชากร

4.1 อายุของผู้สูงอายุ

อายุเป็นตัวแปรที่สะท้อนให้เห็นภูมิหลังและประสบการณ์ในอดีตของชีวิต เพราะคนที่มีอายุต่างกันจะเกิดมาในสภาพแวดล้อมของสังคมที่แตกต่างกัน อย่างเช่น วิธีการรักษาพยาบาลในอดีตจะเป็นการรักษาโดยวิธีโบราณ ต่อมาความเจริญทางการแพทย์จากประเทศตะวันตกได้แพร่ขยายเข้ามา การรักษาแผนใหม่จึงมีบทบาทสำคัญแทนที่การรักษาแบบเก่า ทำให้ผู้ที่มีอายุต่างกัน มีการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน

มีการศึกษาหลายเรื่องด้วยกันที่พบว่า การใช้บริการแผนโบราณ การซื้อยากินเอง การดูแลตนเอง และปล่อยไว้ให้หายเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะนิยมปฏิบัติเช่นนี้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Maclean 1966: 135; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2521: -11-, 2524: -19-, 2529: -21-; ชื่นชม เจริญยุทธ 2527: 76; วชิระ สิงหคเชนทร์ 2523: 93; วาทีณี บุญชะลิกษี 2530: 71) ในขณะที่การให้บริการแผนใหม่ยังสถานบริการสุขภาพอนามัยทั้งที่เป็นของรัฐและของเอกชน จะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะเลือกใช้โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาล และคลินิกเอกชนมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (นิตยา ชูตินันท์ 2522: 47; บุญมาส

บุญใจเพชร 2526: 45; Oratai Rauyajin and Samlee Plianbangchang 1983: 119; เพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย 2528: 65; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2529: -21-)

แต่การศึกษาของ Andrew et al. (1986: 51) ที่ประเทศลิจิฟิลิปปินส์ และมาเลเซีย พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการซื้อยาเกินเอง ส่วนชินทร์ เจริญกุล และคณะ (2524: 4) และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2527: ผ.10) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากนิยมเลือกใช้โรงพยาบาลของรัฐมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

ความแตกต่างด้านอายุในการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยที่ศึกษามาแล้ว ส่วนใหญ่จะพบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะนิยมใช้บริการประเภทแผนโบราณ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และผู้ที่มีอายุมากจะใช้วิธีการซื้อยาเกินเอง การรักษาด้วยตัวเอง และการรักษาโดยแพทย์แผนโบราณ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งจะใช้โรงพยาบาลของรัฐ สถานีกานามัย โรงพยาบาลและคลินิกเอกชนมากกว่า

4.2 เพศของผู้สูงอายุ

เพศอาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยด้วยเหมือนกัน ทั้งนี้เพราะวิถีชีวิตของชายหญิงที่แตกต่างกันในการประกอบอาชีพ และการออกไปทำงานนอกบ้านของผู้ชาย ทำให้ผู้ชายไม่ค่อยมีเวลาว่าง ส่วนผู้หญิงมีเวลาว่างมากกว่าจึงมีเวลาดูแลและสนใจสุขภาพตัวเองและบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ชายยังมีค่านิยมในด้านความแข็งแรงว่า ผู้ชายจะต้องแข็งแรง อดทน เมื่อมีความเจ็บป่วยเล็กน้อย จะไม่สนใจรักษาพยาบาล

งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า หญิงนิยมไปรักษาที่โรงพยาบาลและสถานีกานามัยของรัฐ ตลอดจนการไปใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าชาย (Kohn and White, ed.1976: 145; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2521: -9-, 2529: -21-; ชินชม เจริญยุทธ 2522: 77; ชินทร์ เจริญกุล และคณะ 2524: 4; เฟรดเดอริค เอ เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ 2525:3; เพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ 2527: 91; Chen et al. 1986: 23; Pilpel 1987: 221) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยบางเรื่องพบในทางตรงข้ามคือ พบว่าชายไปใช้สถานบริการของรัฐมากกว่าหญิง (ชลอศรี จันทร์ประชุม 2520: 92; อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ 2522: 52; Yawarat Porapakkam 1982: 14; Knesper, Pagnneco, and Wheeler 1985: 1361, 1364)

การซื้อยาเกินเอง รักษาตัวเอง และรักษากับแพทย์แผนโบราณ รวมทั้งการไปใช้ยาสมุนไพรพบมากในกลุ่มประชากรเพศชาย (Maclean 1966: 137; Yawarat Porapakkam

1982: 14; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2529: -21-; Andrews et al. 1986: 50; มัลลิกา มัติโก 2530: 287; วาทีณี บุญชะลิกษี 2530: 66; Pilpel 1987: 221) ในทางกลับกัน มีงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าประชากรหญิงชื้อยากินเอง หรือรักษาพยาบาลกับแพทย์แผนโบราณ และใช้ยาสมุนไพร มากกว่าประชากรชาย (Kohn and White, ed. 1976: 145; อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ 2522: 52; Yawarat Porapakkam 1982: 14; Debhanom Muangman et al. 1983: 23; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2529: -14-)

ผลการวิจัยที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่า เพศของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย แต่ไม่อาจสรุปได้ว่า ผู้ป่วยเพศชายหรือหญิงจะนิยมเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทใดมากกว่ากัน จึงเป็นข้อ่าสนใจศึกษาต่อไปสำหรับงานวิจัยนี้

4.3 สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ

การมีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ทำให้มีการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกัน เนื่องจากว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก นั้น มีแนวโน้มที่จะเกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย เพราะเกิดความรู้สึกว่า เหวมีปัญหาด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเป็นหม้ายหรือจะต้องอยู่คนเดียว ซึ่งได้มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มาใช้บริการสุขภาพอนามัยด้วยปัญหาสุขภาพที่รุนแรง ส่วนมากจะเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมาใช้บริการด้วยปัญหาสุขภาพที่ไม่ค่อยรุนแรง (Coulton and Frost 1982: 331) จากการศึกษาที่กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีปัญหาด้านสุขภาพที่ไม่เหมือนกันเช่นนี้ อาจจะไปสู่การเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกันด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย จำแนกตามสถานภาพสมรสมีค่อนข้างน้อย ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มผู้ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก จะไปใช้บริการอนามัยของรัฐ ชื้อยากินเอง และรักษาตนเอง รวมทั้งไปรักษาพยาบาลกับแพทย์แผนโบราณ มากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่และโสด (อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ 2522: 70; ชนิทร ใจเจริญกุล และคณะ 2524: 4; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข 2527: ผ.12; วาทีณี บุญชะลิกษี 2530: 77)

อย่างไรก็ตาม ยังมีงานวิจัยที่พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรส คู่ และโสดไปใช้บริการสุขภาพอนามัยของรัฐ โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส

หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ (อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ 2522: 77-79; Yawarat Porapakkam 1982: 31; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข 2527: ผ.12)

จากผลงานวิจัยที่ผ่านมาอาจสรุปได้แต่เพียงว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน เลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยแตกต่างกันเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยจะได้พิสูจน์ความแตกต่างในการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทต่างๆ ของกลุ่มผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ต่อไป

4.4 ประเภทของครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมส่งผลให้โครงสร้างของครัวเรือนและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครัวเรือนมีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ในสังคมดั้งเดิมซึ่งเป็นสังคมเกษตร ครัวเรือนส่วนใหญ่จะเป็นแบบครอบครัวขยาย ครั้นเมื่อมีการพัฒนามาเป็นสังคมอุตสาหกรรมหรือสังคมเมือง โครงสร้างของครัวเรือนก็เปลี่ยนรูปมาเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว ในขณะที่ในสังคมชนบทซึ่งยังมีลักษณะแบบสังคมดั้งเดิมอยู่มาก ดั้งนั้นครอบครัวในเขตหลังนี้ จึงยังมีรูปแบบเป็นครอบครัวขยายเสียส่วนใหญ่ เมื่อเทียบสัดส่วนกับครอบครัวในสังคมเมือง และเนื่องจากสังคมเมืองและสังคมชนบทมีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ เช่น วัฒนธรรม ชนธรรมนิยมประเพณี ความเชื่อ การดำเนินชีวิต ตลอดจนการกระจายของสถานบริการสุขภาพอนามัย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลไปยังการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในครัวเรือน รวมทั้งการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครัวเรือนที่ต่างประเภทกันในชนบทและในเมืองแตกต่างกันด้วย

มีการศึกษาพบว่า การตัดสินใจของบุคคลที่อยู่อาศัยในครัวเรือนขยายเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพหรือการปฏิบัติในด้านอนามัยต่างๆ ไม่ได้อยู่ที่ตัวบุคคล แต่จะขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของเครือญาติ และสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งผลปรากฏว่าสมาชิกในครัวเรือนขยายส่วนมากมักจะมีการปฏิบัติทางด้านอนามัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ (Mckinley 1973 อ้างถึงใน กุทชงค์ กุฑทลบุตร 2524: 20) และพิรลิต์ คำนวณศิลป์ สนิ กมลนาวัน และประเสริฐ รักรไทยดี (2523: 115) พบว่า โครงสร้างครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจในเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยผู้ที่อยู่ในครัวเรือนเดี่ยวมีความทันสมัยในด้านเหตุการณ์ปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนขยาย กุทชงค์ กุฑทลบุตร (2524: 94) พบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยสมาชิกในครัวเรือนขยายจะไปรักษาแผนโบราณมากกว่าครัวเรือนเดี่ยว

อย่างไรก็ตาม การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้กับการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยที่ผ่านมามีน้อยมาก ไม่อาจมองเห็นทิศทางได้แน่ชัด จึงสมควรที่จะได้ศึกษาต่อไป



5. ตัวแปรเกี่ยวกับบุตรของผู้สูงอายุ

นอกจากลักษณะต่างๆ ของผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยยังสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุตรของผู้สูงอายุกับการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะประสบปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจและสุขภาพอนามัย ภาวะสำคัญจึงตกอยู่กับบุตรในการรับผิดชอบเลี้ยงดู ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมประเพณีไทยที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา ถือว่าบุตรมีหน้าที่ต้องดูแลบิดามารดาเมื่อยามแก่ชรา เพื่อเป็นการทดแทนพระคุณ ประกอบกับรัฐบาลไทยยังไม่สามารถยื่นมือมาช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ทุกคน บุตรจึงเป็นกำลังสำคัญที่จะช่วยเหลือ เกื้อกูลบิดามารดาต่อไป

จากประเพณีปฏิบัติที่บุตรมีหน้าที่เลี้ยงดูบิดามารดาตัวเอง เมื่อบิดามารดาแก่ชราลง บุตรไม่ว่าจะเป็นชายหรือหญิงอย่างน้อยคนหนึ่งมักจะอาศัยอยู่ด้วย เพื่อคอยดูแลโดย เฉพาะกรณีที่บิดามารดาไม่มีใครรับ เป็นผู้ดูแล ดังนั้นบุตรซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลพ่อแม่จึงน่าจะมีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะในสังคมที่มีลักษณะความสัมพันธ์ของเครือญาติสูง เช่น สังคมไทยนี้จะถือว่า การเจ็บป่วยของผู้ใดคนหนึ่งไม่ใช่เป็นเรื่องเฉพาะตัวผู้นั้น หากแต่เป็นเรื่องของครอบครัว ญาติ พี่น้อง (เบญจมา ยอดคำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล 2523: 58)

การศึกษาในครั้งนี้จึงได้นำปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งคือ บุตรของผู้สูงอายุโดยเฉพาะบุตรที่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมาประกอบการพิจารณา เพราะบุตรที่อยู่ในวัยแรงงานน่าจะมีส่วนช่วยในการอุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุได้มากกว่าบุตรที่อยู่ในวัยเด็ก และการที่ผู้สูงอายุมีบุตรที่อยู่ในวัยแรงงานหลายคน บุตรเหล่านี้ก็น่าจะช่วยกันส่งเสียเงินทองให้บิดามารดาได้มาก ทำให้ผู้สูงอายุมีเศรษฐกิจดี นำไปสู่การมีศักยภาพสูงในการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยที่มีคุณภาพด้วย

แต่ด้วยข้อจำกัดของข้อมูล ทำให้ไม่สามารถนำเอาแง่มุมต่างๆ เกี่ยวกับบุตรที่นำสนใจมาศึกษาได้ นอกจากบางตัวแปรที่ระบุไว้ข้างล่างนี้ ได้แก่

5.1 จำนวนบุตรที่อยู่ด้วยกับผู้สูงอายุ

สังคมไทยโดย เฉพาะใน เขตชนบทมักจะพบ เสมอว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลาน เพื่อหวังฝากฝังฝากไว้ บุตรที่อยู่ด้วยกับผู้สูงอายุนี้อาจสามารถรับรู้ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุได้ เป็นอย่างดี เมื่อเปรียบเทียบกับบุตรที่อยู่อื่น งานที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยบุตรเหล่านี้ก็อาจช่วยกันดูแลส่งเสียเงินทอง เพื่อรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีบุตรอยู่ด้วยกับตนเองมากก็น่าจะมีผู้ช่วยเหลืออุปการะมาก อันจะนำไปสู่ความสามารถในการเลือกใช้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

5.2 จำนวนบุตรที่ให้การดูแลส่งเสียผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม บุตรที่อยู่ด้วยกับผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้ให้การดูแลส่งเสียผู้สูงอายุทุกคน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำตัวแปร เฉพาะบุตรที่ให้การดูแลส่งเสียผู้สูงอายุ โดยไม่จำกัดว่าบุตรจะอยู่ ณ ที่ใดมาร่วมพิจารณาด้วย ทั้งนี้โดยมีแนวความคิดว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรที่ให้การดูแลส่งเสีย เป็นจำนวนมากก็จะมีกำลังทรัพย์มากจึงน่าจะสามารถ เลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยที่มีราคาสูงได้

5.3 จำนวนบุตรที่อาศัยในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุและให้การดูแลส่งเสียผู้สูงอายุ

ด้วยเหตุที่ว่าบุตรที่ให้การดูแลส่งเสียผู้สูงอายุอาจจะมีทั้งที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุและอาศัยอยู่ที่อื่นด้วย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้แยกพิจารณาที่ละตัวแปร ภายใต้แนวคิดว่ายิ่งผู้สูงอายุมีบุตรที่ให้การดูแลส่งเสียมากเท่าใด ผู้สูงอายุก็จะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจมากขึ้น รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือในด้านค่ารักษาพยาบาลด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้น่าจะมีส่วนในการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

5.4 จำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ที่อื่นและให้การดูแลส่งเสียผู้สูงอายุ

จากแนวความคิดดังกล่าวมาแล้ว อีกตัวแปรหนึ่งที่จะนำมาพิจารณาคือ จำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ที่อื่นและให้การดูแลส่งเสียผู้สูงอายุ ซึ่งน่าจะมีส่วนต่อการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

สมมติฐานของการศึกษา

สมมติฐานหลัก

1. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกันทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และปัจจัยอื่น ๆ น่าจะ เลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป

สมมติฐานรอง

- 1.1 ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมือง น่าจะ เลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท

1.2 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงกว่า น่าจะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

1.3 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพปัจจุบันและอาชีพก่อนอายุ 60 ปี อยู่นอกภาคเกษตรกรรม น่าจะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพปัจจุบันและอาชีพก่อนอายุ 60 ปี อยู่ในภาคเกษตรกรรม และผู้สูงอายุที่ปัจจุบันและก่อนอายุ 60 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ

1.4 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา น่าจะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา

1.5 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า

1.6 ผู้สูงอายุหญิง น่าจะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุชาย

1.7 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส น่าจะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่

1.8 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดี่ยว น่าจะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขยาย

1.9 ผู้สูงอายุที่มีบุตรอยู่ด้วยหลายคน น่าจะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรอยู่ด้วยน้อยคน

1.10 ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลายคนให้การดูแลส่งเสีย น่าจะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรน้อยคนให้การดูแลส่งเสีย

1.11 ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลายคนที่อยู่บ้านเดียวกับตนเองและให้การดูแลส่งเสีย น่าจะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรน้อยคนที่อยู่บ้านเดียวกับตนเองและให้การดูแลส่งเสีย

1.12 ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลายคนที่อยู่ที่ยื่นและให้การดูแลส่งเสีย น่าจะเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรที่อยู่ที่ยื่นน้อยคนและให้การดูแลส่งเสีย

สมมติฐานหลัก

2. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกันทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และปัจจัยอื่นๆ น่าจะเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว

สมมติฐานรอง

2.1 ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมือง น่าจะเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท

2.2 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงกว่า น่าจะเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

2.3 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพปัจจุบันและอาชีพก่อนอายุ 60 ปี อยู่นอกภาคเกษตรกรรม น่าจะเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพปัจจุบันและอาชีพก่อนอายุ 60 ปี อยู่ในภาคเกษตรกรรม และผู้สูงอายุที่ปัจจุบันและก่อนอายุ 60 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2.4 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา น่าจะเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา

2.5 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า

2.6 ผู้สูงอายุหญิง น่าจะเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุชาย

2.7 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส น่าจะเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่

2.8 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดี่ยว น่าจะเลือกใช้บริการสถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขยาย

2.9 ผู้สูงอายุที่มีบุตรอยู่ด้วยหลายคน น่าจะ เลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยประเภท แผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรอยู่ด้วยน้อยคน

2.10 ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลายคนให้การดูแลส่งเสีย น่าจะ เลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรน้อยคนให้การดูแลส่งเสีย

2.11 ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลายคนที่อยู่บ้านเดียวกับตนเองและให้การดูแลส่งเสีย น่าจะ เลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรน้อยคนที่อยู่บ้านเดียวกับตนเองและให้การดูแลส่งเสีย

2.12 ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลายคนที่อยู่อื่นและให้การดูแลส่งเสีย น่าจะ เลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยประเภทแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคประจำตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรที่อยู่อื่นน้อยคนและให้การดูแลส่งเสีย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาเกี่ยวกับการ เลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทยในครั้งนี้ เป็น การศึกษาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ตก เป็นตัวอย่างในโครงการวิจัยโดยการสุ่มระดับประเทศ เนื่องจาก ยังไม่มีผู้ใด เคยศึกษาโดยวิเคราะห์ข้อมูลชุดนี้ในระดับลึกมาก่อน จึงน่าจะทำให้เกิดความ เข้าใจใน เรื่องดังกล่าวดีขึ้น และโดยที่กลุ่มผู้สูงอายุนี้จะมีขนาดและสัดส่วน เพิ่มขึ้นในอนาคตจึงอาจจะมีปัญหา ทางด้านสุขภาพอนามัย เกิดขึ้นตามมาด้วย ดังนั้นจึงคาดว่าผลการศึกษาครั้งนี้ น่าจะ เป็นประโยชน์ต่อ หน่วยงานทั้งภาครัฐและ เอกชนที่ เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้สนใจทั่วไป คือ

1. กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ได้ใช้ ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ครั้งนี้ ประกอบการพิจารณาปรับปรุงแก้ไข และวางนโยบายในการพัฒนา บริการสุขภาพอนามัยทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ
2. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของหน่วยงานของรัฐ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับปัญหา เศรษฐกิจและสังคมของประชาชน เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวง เกษตรและสหกรณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การบริการสุขภาพอนามัยที่มี ประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุ
3. เป็นการเพิ่มพูนความรู้ และ เป็นพื้นฐานในการศึกษาด้านนี้ต่อไป