



1.1 ความสำคัญของปัญหา

ประชากรเป็นทรัพยากรที่สำคัญประการหนึ่ง ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ซึ่งอาจแบ่งกลุ่มประชากรตามอายุกว้างๆ ได้ 3 กลุ่ม คือ ประชากรวัยเด็ก วัยแรงงาน และวัยสูงอายุ ดังนั้น หากประชากรกลุ่มใดหรือวัยใดมีปัญหาคุณภาพชีวิตเกิดขึ้น เช่น เกิดการเจ็บป่วย หรือทุพพลภาพ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อประชากรกลุ่มอื่นๆ และต่อประเทศชาติ ทั้งในด้านงบประมาณ และการดูแลสุขภาพ

ในอดีต ประเทศไทยมีอัตราการเกิดอยู่ในระดับสูง ทำให้มีประชากรวัยเด็กจำนวนมาก แต่หลังจากที่มีโครงการวางแผนครอบครัว ในปี พ.ศ. 2513 ทำให้มีจำนวนประชากรที่เกิดขึ้นใหม่ลดลง เป็นลำดับอย่างรวดเร็ว จนปัจจุบันอัตราเจริญพันธุ์ลดต่ำลงมากจนอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับทดแทน คือ สตรี 1 คน จะมีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 1.8 คน ในขณะที่เดียวกันการแพทย์และการสาธารณสุขมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถลดอัตราการตายลง จะเห็นได้จากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2538-2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง กล่าวคือ เพศชายมีอายุคาดหมายเฉลี่ย 69.9 ปี และ 74.9 ปี สำหรับเพศหญิง (เปรียบเทียบกับ 55.2 ปี และ 61.8 ปี ในปี พ.ศ. 2507-2508) สะท้อนถึงการลดลงของอัตราการตายของเด็กและทารก ผลของการลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราการตาย นอกจากจะส่งผลให้อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นเป็นลำดับแล้ว ในระยะต่อมายังส่งผลให้ประชากรสูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นลำดับด้วย ดังจะเห็นได้จากอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี ได้เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน จากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงประชากรในปี พ.ศ. 2538-2539 เปรียบเทียบกับข้อมูลปี พ.ศ. 2507-2508 จะพบว่า โอกาสหรือจำนวนปีที่ประชากรเพศชายจะมีชีวิตอยู่รอดต่อไปหลังจากมีอายุครบ 60 ปี ได้เพิ่มขึ้นจากโดยเฉลี่ย 14.9 ปี ในปี พ.ศ. 2507-2508 เป็นโดยเฉลี่ย 20.3 ปี ส่วนประชากรเพศหญิงพบว่า จะมีโอกาสหรือจำนวนปีที่จะมีชีวิตอยู่ภายหลังจากอายุครบ 60 ปี แล้ว โดยเฉลี่ยประมาณ 19.5 ปี ในปี พ.ศ. 2507-2508 และเพิ่มเป็น 23.9 ปี ในปี พ.ศ. 2538-2539

การลดลงของระดับการเกิดและการตายอย่างต่อเนื่องนี้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรเข้าสู่การเป็นประชากรสูงวัย (วัลลภ ไทยเหนือ, 2542: 2; นภาพร โชยวรรณ, 2542: 54-57, 2545; กองวางแผนครอบครัวและประชากร: 2544) และจากการคาดประมาณการเปลี่ยนแปลงในจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุไทย (อายุ 60 ปี หรือมากกว่า) พบว่า ได้เพิ่มขึ้นจากอดีต และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มต่อไปในอนาคต กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2523 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพียง

ร้อยละ 5.4 แล้วเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7 และร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2533 และ ปี พ.ศ. 2543 ตามลำดับ และคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 10.8 ของประชากรทั้งหมด (นภาพร ชโยวรรณ, 2542: 56, 74)

การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุไทยประสบกับปัญหาหลักสำคัญ 2 ประการ คือ ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ (นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, 2532: 96; เกริกศักดิ์ บุญญานุกงศ์ และคณะ, 2538) ดังนั้น การที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นรวมทั้งอายุคาดหมาย ยืนยาวขึ้นนั้น ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีขึ้นตามไปด้วย หากผู้สูงอายุไม่ได้เตรียม ความพร้อมด้านสุขภาพย่อมทำให้โอกาสของการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ตลอดจนภาวะพิการมี สูงขึ้น แม้ว่าอายุจะยืนยาวขึ้น (มัลลิกา มดีโก และคณะ, 2541: 4) ดังนั้น การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุเอง หากขาดการดูแล เอาใจใส่ในสุขภาพอาจนำไปสู่การเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรืออาจถึงขั้นสูญเสียชีวิต นอกจากผลเสียที่ เกิดกับตัวผู้สูงอายุเอง ปัญหาสุขภาพยังสามารถส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมส่วนรวม ได้ อาทิเช่น การที่ครอบครัวต้องมีการดูแล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย หรือการที่รัฐจะต้องเสียงบประมาณในการพัฒนาประเทศไปกับการจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพที่ดี และรับการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยด้วยวิธีที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี บรรเทาอาการเจ็บป่วยหรือกลับมา มีสุขภาพดีนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะการมีภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง จิตใจสดชื่นแจ่มใส สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ดี สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ต้อง เป็นภาระกับครอบครัวหรือเป็นภาระน้อยที่สุด สามารถดำเนินชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีความสุข และช่วยลดงบประมาณของประเทศในการบำบัดรักษาโรค

จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วร่วมกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ ส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของประชาชน ทำให้รัฐบาลให้ความสนใจใน กิจกรรมผู้สูงอายุตลอดมา จึงจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) และในปี พ.ศ. 2535 ได้ปรับปรุงและพัฒนาเป็นแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) รวมทั้งได้มีการ วางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) จนถึง ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ให้มีความสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง โดยเน้นการ วิจัยและพัฒนาด้านบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมเป้าหมายโดยเฉพาะผู้สูงอายุให้ได้รับการส่งเสริม สุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ดี ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล แก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า¹ จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่างๆ อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

¹ ผู้สูงอายุที่ได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตร ส.ป.ร.) และบัตรทอง ประเภท ท. รายละเอียดแนบเสนอในภาคผนวก

ตระหนักและสนใจในการดูแลสุขภาพเพื่อเป็นการสร้างแบบแผนสุขภาพที่ดี สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้อย่างดี (กรมการแพทย์, 2536; ชูศรี วงษ์เครือวัลย์, 2536; คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรเป็นประชากรสูงวัยนี้ มีความเกี่ยวเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการเจ็บป่วยและการตายด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ในปัจจุบันแนวโน้มปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของประชากรไทยนั้นเป็นปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อ รวมถึงอุบัติเหตุและความรุนแรงต่างๆ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 53; Edlin and Golanty, 1985) ซึ่งโรคไม่ติดเชื้อและอุบัติเหตุยังจัดอยู่ในอันดับต้นของสาเหตุการตายของประชากร ซึ่งได้แก่ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง-โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ ในขณะที่โรคติดเชื้อมีลำดับความสำคัญลง (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บป่วยและการตายของประชากรไทยข้างต้นสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ที่ได้แบ่งขั้นตอนการเจ็บป่วยและการตายเป็น 3 ขั้นตอนด้วยกัน ตามการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมจากสังคมดั้งเดิมสู่สังคมอุตสาหกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางประชากรจากภาวะที่มีการเกิดสูงการตายสูงมาสู่การเกิดต่ำการตายต่ำ โดยขั้นแรกเป็นช่วงของโรคติดเชื้อและการขาดแคลนอาหารทำให้ภาวะการตายอยู่ในระดับที่สูง ขั้นที่สองเป็นระยะที่โรคติดเชื้อหรือโรคระบาดได้ลดลง จนถึงขั้นที่สามเป็นระยะที่โรคซึ่งเป็นสาเหตุการตายเปลี่ยนจากโรคระบาด โรคติดเชื้อ มาสู่โรคที่เกิดจากภาวะเสื่อมของร่างกายตามวัยและโรคที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง โรคจิต อุบัติเหตุและความรุนแรงต่างๆ (Omran, 1977: 4-6) ด้วยเหตุนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อหรือโรคเรื้อรังนี้ ทวีความสำคัญเป็นลำดับในสังคมไทย ตามจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

การศึกษาที่ผ่านมาในทางการแพทย์และการสาธารณสุขต่างชี้ให้เห็นว่า ภาวะการเจ็บป่วยและการทุพพลภาพจะเพิ่มขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น โดยจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอย่างเห็นได้ชัดเจนตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นวัยเริ่มต้นของความชรา เนื่องจากการเริ่มเสื่อมสภาพของร่างกายหรือประสิทธิภาพของการทำงานของอวัยวะต่างๆ และการที่ภูมิคุ้มกันเริ่มลดลงเป็นลำดับ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 12-13) ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจึงมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย และโรคที่ไม่ติดเชื้อต่างๆ หากมีการเจ็บป่วยอาจจะทำให้ต้องหยุดกิจกรรมประจำวัน ทั้งยังอาจเป็นภาระกับครอบครัว หรือผู้ดูแลในการคอยดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาแต่บ่อยครั้งก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจึงพยายามที่จะแสวงหาการรักษาพยาบาลเพื่อให้ร่างกายกลับมาสู่สภาพเดิม สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การเลือกใช้ชีวิตรักษาพยาบาลจึงเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งต่อการบรรเทาการเจ็บป่วยหรือบำบัดรักษาได้ (สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2540: 7)

การเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในสังคมไทยนั้นมีหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การรักษาแบบแผนโบราณ รักษาด้วยตนเอง ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน เป็นต้น ขึ้นอยู่กับเหตุผลความเชื่อ สังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ซึ่งการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลจากแหล่งต่างๆ นั้น สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลและอาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน (เบญญา ยอดคำเนิน , จรรยา เศรษฐบุตร และกฤติยา อาชวนิจกุล, 2529: 28-34) อย่างไรก็ตามพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลในประเทศไทย ส่วนใหญ่มักจะให้ความสำคัญในกลุ่มของเด็กและสตรีเป็นหลัก ซึ่งสะท้อนถึงระบบบริการสุขภาพซึ่งแต่เดิมเน้นความสำคัญด้านอนามัยแม่และเด็ก (เบญญา ยอดคำเนิน-แอ็ดติงค์ และคณะ, 2542: 8) การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของประชากรไทยอายุ 50 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มที่ส่วนหนึ่งได้เริ่มเข้าสู่ และอีกส่วนหนึ่งได้เข้าสู่กระบวนการชรา (aging process) แล้ว เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนทางในการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการ อีกทั้งให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัดรักษา เพื่อลดความทุพพิกิริยาของผู้สูงอายุจากการเจ็บป่วย

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะการเจ็บป่วยของประชากรไทยอายุ 50 ปี ขึ้นไป ตามลักษณะภูมิหลังของประชากร
2. เพื่อศึกษาการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลและปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลของประชากรไทยอายุ 50 ปี ขึ้นไป ที่มีการเจ็บป่วย
3. เพื่อศึกษาลักษณะการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งในส่วนของจำนวนครั้ง จำนวนวัน ค่าใช้จ่าย และผู้รับผิดชอบในค่าใช้จ่ายในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการชราในมนุษย์ แนวคิดที่ว่าด้วยปัจจัยที่กำหนดและควบคุมภาวะการเจ็บป่วยและการตาย และแนวคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิดและเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1.3.1 แนวคิดที่ว่าด้วยกระบวนการชราในมนุษย์ (human ageing process)

มนุษย์มีการพัฒนาของร่างกายจนมีความสมบูรณ์สูงสุดเมื่ออายุราว 20-25 ปี จากนั้นสมรรถภาพการทำงานของร่างกายและอวัยวะต่างๆ จะเริ่มลดน้อยลงเป็นลำดับ อายุที่มากขึ้นจึงเพิ่มโอกาสที่จะได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและการติดเชื้ออย่างยิ่งขึ้น การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการติดเชื้อ

ตลอดจนภาวะทุพพลภาพจะปรากฏมากขึ้นในวัยสูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 63-65) ซึ่งนอกจากปัจจัยภายในร่างกาย เช่น สภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ แล้ว ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพ อาทิเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการออกกำลังกาย อาจมีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากรในวัยสูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 20) เมื่อมีการเจ็บป่วยอาจจะพบว่าในวัยนี้จะมีโรคหลายโรคในขณะเดียวกัน ซึ่งการแสดงอาการของโรค อาจมีสาเหตุมาจากหลายๆ โรค ผู้ป่วยสูงอายุอาจจะมีอาการนำ อาการทั่วไป และอาการแสดงของโรคแตกต่างกันไปจากคนอายุน้อย การแสดงอาการไม่ชัดเจน หรืออาจไม่แสดงอาการเลย (Mick, 1997: 99) ซึ่งสอดคล้องกับ Eberle and Besdine (1992: 48-52) กล่าวถึงลักษณะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุว่ามีลักษณะเฉพาะ คือ

1) มีภาวะพึ่งพาผู้อื่น การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เช่น มีปัญหาในการเคลื่อนย้าย การเดิน การเข้าห้องน้ำ และมีความสามารถในการรู้คิดลดลงจึงต้องพึ่งพาคอลอื่นเพิ่มขึ้น

2) มีพยาธิสภาพหลายระบบ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยและมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคกับการรักษาโรค หรือโรคกับโรคเอง จึงทำให้ปัญหา มีความซับซ้อนยิ่งขึ้น

3) อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยอาการที่แสดงมักไม่ชัดเจน เหมือนวัยหนุ่มสาวทำให้ได้รับการดูแลรักษา และไม่เหมาะสม

4) เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า 4 ใน 5 ของผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง โดยร้อยละ 50-70 มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังอย่างน้อย 2 อย่าง ขึ้นไป และปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และปัญหาความพร่องในการได้ยิน

นอกจากนี้การมีเจตคติในทางลบต่อผู้สูงอายุว่าเป็นวัยของความเสื่อม รวมทั้งการยอมรับความพร่องของการทำหน้าที่ที่เกิดจากวัยของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุเอง ทำให้ไม่ได้สนใจประเมินภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Mcconnell, 1997: 7-15) ซึ่งหากวินิจฉัยโรคช้าหรือไม่ถูกต้อง อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิด อาจได้รับผลเสียจากยามากกว่าผลดี นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายรวดเร็ว เนื่องจากสมรรถภาพสำรองและภาวะสมดุลของร่างกายลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย แม้ว่าจะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็ตาม และมีจำนวนไม่น้อยที่มารับการตรวจรักษาช้า ทำให้การรักษาล่าช้ายิ่งขึ้น เนื่องจากความเข้าใจผิดของผู้สูงอายุเองและของญาติ ที่คิดว่าไม่มีอาการแสดงของโรค หรือการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องรักษา ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่อการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากแล้ว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 65-67; Hodkinson, 1976:1)

1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาลจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการเจ็บป่วยของบุคคล ซึ่งตามทฤษฎีทางระบาดวิทยา (epidemiology) การเจ็บป่วยของบุคคลนั้น เกิดจากความไม่สมดุลของปัจจัยหลักที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (agent) มนุษย์ (host) และสิ่งแวดล้อม (environment) ที่จะเป็นสิ่งนำสิ่งที่ทำให้เกิดโรคร่วมมนุษย์ เมื่อใดที่เกิดความไม่สมดุลของปัจจัยทั้งสามประการหรือหากองค์ประกอบใดเปลี่ยนแปลงไป เช่น สิ่งที่ทำให้เกิดโรคอาจมีความแข็งแรงมาก หรือมนุษย์มีความอ่อนแอ เพราะอายุ อาชีพ และวิธีการดำเนินชีวิตที่ง่ายต่อการเกิดโรค หรือสิ่งแวดล้อมเปิดโอกาสให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรค ภาวะเจ็บป่วยก็อาจจะเกิดขึ้นได้ (สันตต์ เสริมศรี, 2525: 138-139; เพ็ญศรี พิชัยสนธิ, 2531: 53) ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสวงหาการรักษา การเลือกวิธีการรักษาพยาบาลจึงเป็นกลวิธีที่สำคัญประการหนึ่ง เพื่อสนองตอบและจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยผ่านการบวนการคิดตัดสินใจซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

Chrisman (1977: 351-377) ได้กล่าวว่า การแสวงหาการรักษาเยียวยา จะเริ่มต้นจากการที่บุคคลมีความรู้สึกผิดปกติ และอาการเริ่มปรากฏขึ้น พร้อมทั้งบุคคลได้ให้ความหมายต่อความผิดปกติที่มีอาการให้รับรู้ได้นั้น ว่าเป็นความเจ็บป่วยใช่หรือไม่ เป็นความเจ็บป่วยแบบใด มีสาเหตุมาจากอะไร ซึ่งในช่วงนี้จะพบว่าบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของตนหากมีการเจ็บป่วย จากนั้นจึงตัดสินใจกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งกับอาการนั้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2530: 169) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในสภาวะสุขภาพผิดปกติ ซึ่งจะรวมถึงการไปรับการรักษาพยาบาลด้วย

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย (2539: 5) ได้ให้ความหมายของ “การแสวงหาการรักษาพยาบาล” ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างหนึ่งว่า หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเพื่อสนองตอบต่อการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นเชื่อว่าเป็นอาการเจ็บป่วย

Kleinman (1980: 50) ได้ให้คำนิยามของ “การแสวงหาการรักษาพยาบาล” ไว้ว่า คือ กลวิธีที่บุคคลใช้ในการประเมินและตัดสินใจที่จะเลือกใช้แหล่งหรือวิธีจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมปรับตัวของมนุษย์อย่างหนึ่ง และเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผลสะท้อนมาจากการที่บุคคลรับรู้และตีความอาการผิดปกติของตนเองอย่างไร สอดคล้องกับ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533: 14-25) ซึ่งกล่าวว่า “การแสวงหาการรักษาพยาบาล” เมื่อมีการเจ็บป่วยเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับอาการนั้นๆว่าจะรักษาอย่างไร หรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่นอย่างไร รวมถึงการปรึกษาหารือกันในเรื่องช่วยทางสังคม การใช้บริการสาธารณสุขและบริการรักษาอื่นๆ เป็นวิถีทางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งปรากฏให้เห็นทุกสังคม

ดังนั้นจากความหมายที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า “การแสวงหาการรักษาพยาบาล” เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่บุคคลกระทำเพื่อสนองตอบต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว บุคคลอาจรับรู้ว่าคุณเองมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้เพราะในหลายกรณีการรับรู้ว่าคุณป่วยหรือไม่ป่วย และป่วยมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความเชื่อในระบบวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นถูกอบรมมา การรับรู้ว่าคุณมีอาการป่วยเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะบ่งชี้ได้ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลอย่างไร หรือไม่ เนื่องจากการป่วยบางชนิดเพียงแต่ปล่อยไว้โดยไม่รักษาก็หายเองได้ บุคคลอาจไม่สนใจรักษา ถ้าหากรู้หรือวินิจฉัยได้โดยประสบการณ์ของคนว่า อาการป่วยนั้นไม่รุนแรงและไม่อันตราย Suchman (1972: 145-147) ได้สรุปขั้นตอนของพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาพยาบาลไว้ 5 ขั้นตอนด้วยกัน โดยเริ่มจากขั้นตอนแรก คือ เมื่อเกิดสิ่งผิดปกติในร่างกายก็จะอาศัยการสังเกตอาการจากประสบการณ์ที่มีในอดีตตัดสินใจว่าตนเองเป็นอะไร และใช้วิธีการดูแลตนเอง อาจมีการปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากอาการนั้น หรือประวิงเวลาเพื่อรอดูอาการที่เป็นก่อนว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด หากว่าอาการไม่ทุเลาก็จะเข้าสู่ขั้นที่สอง คือการยอมรับว่าเจ็บป่วย โดยปรึกษาญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลใกล้ชิด แต่ยังไม่ไปรับการรักษา ขั้นตอนที่สาม จะตัดสินใจไปรับการรักษาจากผู้ให้การบำบัดรักษา ซึ่งขั้นตอนนี้ผู้ป่วยต้องการได้รับการวินิจฉัยและรักษาให้หาย ผู้ป่วยบางรายขอรับการรักษาทันทีหลังการวินิจฉัยเพื่อให้หายขาดโดยเร็ว และผู้ป่วยบางรายอาจไม่ขอรับการรักษาทันทีแต่จะพยายามแสวงหาวิธีการรักษาที่ตนเองพอใจขั้นที่สี่ เข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะยอมอยู่ในความดูแลของผู้บำบัดรักษาและปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย อาจต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาล และขั้นตอนสุดท้าย พ้นจากความเจ็บป่วย หรือขั้นตอนการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป็นขั้นสิ้นสุดของการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากผู้บำบัดรักษาว่าหายเป็นปกติ สำหรับผู้ป่วยบางโรคเมื่อรักษาหายแล้วก็สามารถกลับบ้านได้ แต่บางรายต้องยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาพยาบาล Suchman (1972) กล่าวว่าขั้นตอนนี้มีปัญหาเพราะมีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในสังคมที่ได้รับการพัฒนาแล้วจะมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังประเภทไม่ติดเชื้อสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น การรักษาให้หายขาดมีโอกาสน้อย สภาพดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยบางคนต้องการสถานพักฟื้น เพื่อรักษาตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สุขภาพกลับคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งขั้นตอนในการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่กล่าวมานั้นไม่จำเป็นว่าผู้ป่วยทุกรายจะต้องมีครบทุกขั้นตอน บางคนอาจเริ่มจากขั้นแรกไปสู่การยอมรับการเป็นผู้ป่วย หรืออาจมีการข้ามขั้นตอนเลยก็ได้

การเลือกใช้วิธีบรรเทาหรือสิ้นสุดความเจ็บป่วยของบุคคลในขั้นตอนใดๆ นั้นจึงขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งการรักษาการเจ็บป่วยของบุคคลโดยทั่วๆ ไป มีหลายแบบ ดังนี้คือ การรักษาด้วยตนเอง ร้านขายยา (รวมถึงกองทุนยาประจำหมู่บ้าน) หมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ ไสยศาสตร์ หมอฉีดยา สถานีอนามัย คลินิก และโรงพยาบาล (ลือชัย ศรีเงินขวง และ ปรีชา อุปโยคิน, 2533: 65-82; ระจิตร์ ชาติวิวัฒน์, 2545: 6; Chrisman, 1977: 351-377; Kleinman, 1980: 50-72) แต่หากพิจารณาตามรูปแบบของการรักษาพยาบาลก็สามารถจำแนกได้หลายแบบ เช่น จำแนกตามลักษณะขององค์กร (หมายถึง สถานบริการของรัฐและเอกชน) จำแนกตามผู้ให้การรักษา (หมายถึง แพทย์และไม่ใช่แพทย์) หรือหากจำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลแล้วสามารถแบ่งอย่างกว้างๆ ออกเป็น 3 วิธีด้วยกัน ได้แก่ การรักษาด้วยตนเอง การรักษาแบบแผนโบราณ และการรักษาแบบแผนปัจจุบัน (พิมพ์วิทย์ บุญมงคล และ สุพจน์ เค่นดวง, 2538:28; Kleinman, 1980: 49-60) ซึ่งพอสรุปโดยสังเขปได้ดังนี้

1) การรักษาด้วยตนเอง เป็นวิธีการดูแลสุขภาพของบุคคลที่สำคัญ ปรากฏในทุกสังคม โดยเป็นระบบการรักษาที่ใหญ่ที่สุดจะประกอบด้วยบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน (ทิวทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533: 14-17) ซึ่งกลุ่มนี้ไม่มีความเป็นวิชาชีพหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะ มักเป็นวิธีแรกที่บุคคลใช้เมื่อเจ็บป่วย โดยเริ่มจากการที่บุคคลรับรู้ถึงอาการผิดปกติว่าเป็นความเจ็บป่วยและรักษาตนเอง เกิดขึ้นภายใต้บริบทของครอบครัว เช่น การไม่รักษาหรือรอดูอาการ การซื้อยามากินเอง การงดรับประทานอาหารบางชนิด การออกกำลังกาย การทำงานน้อยลง รวมถึงการขอคำปรึกษาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติ และบุคคลอื่นๆ ซึ่งการตัดสินใจจัดการรักษาความเจ็บป่วยนี้ขึ้นอยู่กับการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาในสังคมวัฒนธรรมของตน

2) การรักษาแบบแผนโบราณ เป็นวิธีการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์ท้องถิ่น ไม่มีความเป็นวิชาชีพหรือวิชาการ เป็นการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชนที่มีการคิดค้น พัฒนา และถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ วิธีการวินิจฉัยและรักษาโรคจึงมีพื้นฐานอยู่บนความเชื่อทั้งที่เป็นวิทยาศาสตร์ ศาสนา และไสยศาสตร์ (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2538: 33) ซึ่งใกล้เคียงกับการรักษาด้วยตนเอง แต่มีหมอพื้นบ้านทำหน้าที่รักษาเมื่อเจ็บป่วย เช่น หมอสมุนไพร หมอนวด ซึ่งอาจทำการรักษาเป็นครั้งคราวหรือทำเป็นรายได้พิเศษ ซึ่งหากจำแนกบนพื้นฐานทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม สามารถจำแนกระบบการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนโบราณนี้ออกเป็น 2 ส่วน (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538: 243-244) คือ

- การแพทย์แผนไทย (thai traditional medicine) หรืออาจเรียกว่า การแพทย์แผนโบราณ เป็นระบบการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของไทยที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของความรู้และการฝึกปฏิบัติในการวินิจฉัย ป้องกัน และบำบัดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ มีการใช้ทฤษฎี

การแพทย์ที่มีแบบแผน มีการสืบต่อความรู้และประสบการณ์โดยการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษบันทึกไว้ในคัมภีร์หรือตำราแบบเก่า และวิธีบอกเล่า ส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนไทยนี้ได้สืบทอดมาจากการแพทย์พื้นบ้าน

- การแพทย์พื้นบ้าน (folk medicine) เป็นระบบการแพทย์ท้องถิ่น (local medical system) ที่มีการสั่งสมและถ่ายทอดกันในชุมชนเฉพาะท้องถิ่น มีความหลากหลายแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ ทางสังคม และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ไม่มีการบันทึกองค์ความรู้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

3) การรักษาแบบแผนปัจจุบัน เป็นวิธีรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันตามหลักวิทยาศาสตร์ เป็นรูปแบบการรักษาที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐทั้งในด้านงบประมาณ การกำหนดนโยบายเป้าหมาย ซึ่งรัฐอาจเป็นผู้ให้บริการเอง หรือเอกชนเป็นผู้ให้บริการแต่อยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ (สถิติ ชะสะเกษ, 2539: 12-13) โดยมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และมีระบบการศึกษาสถาบันทางด้านวิชาการรวมถึงมีบริการที่ชัดเจน ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก และ สถานีนามัย

ดังนั้น จากแนวคิดที่ว่าด้วยกระบวนการชราในมนุษย์ และแนวคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพบว่า การเจ็บป่วยของบุคคลโดยเฉพาะประชากรในวัยสูงอายุ มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย ภูมิต้านทาน สมรรถภาพการทำงานของร่างกายและอวัยวะต่างๆ เริ่มลดน้อยลง ทำให้เพิ่มโอกาสที่จะได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและสิ่งที่ทำให้เกิดโรคได้ง่ายขึ้น และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้วประชากรวัยนี้จึงมีปัญหาที่ซับซ้อน การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญยิ่งต่อโอกาสในการบรรเทาความรุนแรงของความเจ็บป่วย หรือโอกาสในการที่สุขภาพจะกลับมาสู่สภาพปกติดั้งเดิมและสามารถกลับมาดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ในทางตรงกันข้ามหากเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมก็อาจส่งผลถึงชีวิตได้

1.3.3 ปัจจัยกำหนดวิธีการรักษาพยาบาล

การแสวงหารักษาพยาบาลนั้น เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งถูกกำหนดด้วยปัจจัยต่างๆ โดยตัวบุคคลเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นบุคคลแรกที่เริ่มรู้ถึงสัญญาณแห่งความเจ็บป่วย เป็นผู้ตัดสินใจว่าจะรับการรักษาพยาบาลหรือไม่ และเลือกใช้วิธีใด Silpasuwan (1989) ซึ่งได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชากรไทย โดยสรุปว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของบุคคลประกอบไปด้วย 1) คุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นลักษณะวงจรชีวิตครอบครัว ตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน 2) ลักษณะเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสะท้อนถึงสถานภาพของบุคคลในสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ จะเป็นปัจจัยกำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพให้เหมาะสมสำหรับตน ส่วนรายได้ การประกันสุขภาพ

หรือสวัสดิการคำรักษาพยาบาล จะเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือความสามารถในการใช้บริการสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ

Mosley and Manju (2002) ได้ปรับปรุงแนวคิดของ Mosley and Chen (1983) เกี่ยวกับตัวกำหนดใกล้ชิดของภาวะเจริญพันธุ์ซึ่งแต่เดิมใช้ศึกษาถึงปัจจัยกำหนดภาวะการเจ็บป่วยและการตายของเด็กในประเทศกำลังพัฒนา ให้สามารถนำมาใช้ศึกษาภาวะการเจ็บป่วยและการตายในประชากรกลุ่มอื่นๆ ด้วย

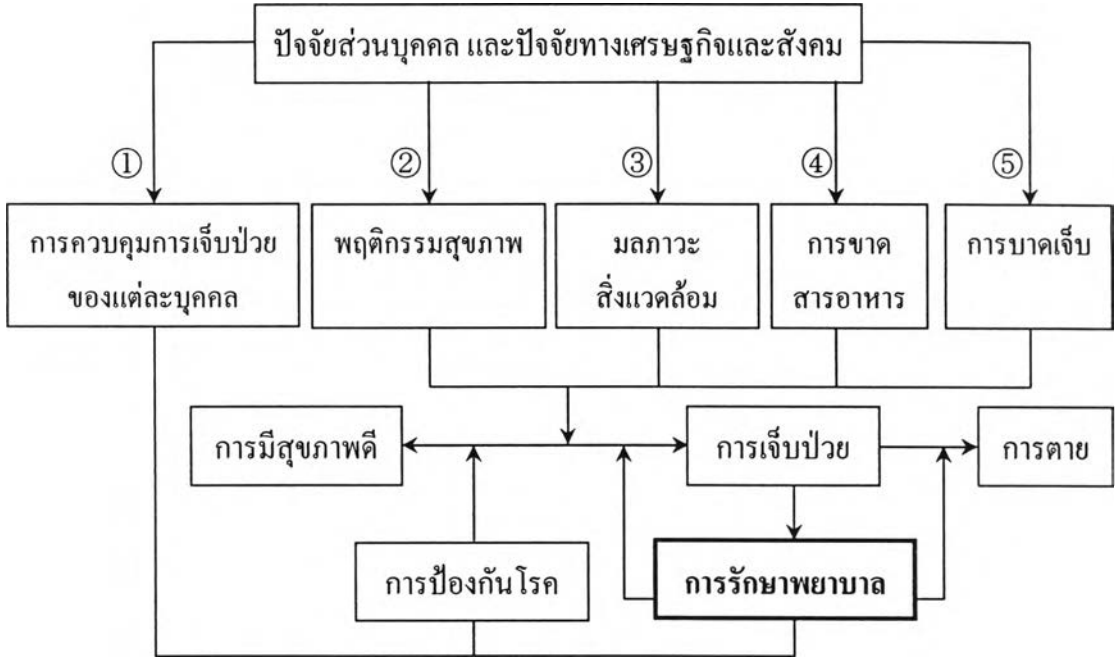
ตามกรอบแนวคิดดังกล่าว ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลทางอ้อมต่อภาวะการเจ็บป่วยและการตายของประชากร โดยส่งผ่านตัวแปรแทรกกลางหรือตัวกำหนดใกล้ชิด ซึ่งเป็นปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีผลโดยตรงต่อภาวะการเจ็บป่วยและการตาย (แผนภาพที่ 1) ประกอบไปด้วยตัวแปรหลัก 5 ตัว ได้แก่

- 1) การควบคุมการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล
- 2) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สุขนิสัย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น
- 3) มลภาวะสิ่งแวดล้อม คือ สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือการแพร่กระจายสารเคมี สารอันตรายต่างๆ หรือสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เสี่ยงอันตราย
- 4) การขาดสารอาหาร เช่น แคลอรี โปรตีน วิตามิน เกลือแร่
- 5) การบาดเจ็บ ไม่ว่าจะเป็นการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากความรุนแรงต่างๆ ทั้งที่ตั้งใจ และจากอุบัติเหตุ

จากตัวกำหนดใกล้ชิดดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการควบคุมการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและส่งผลโดยตรงต่อภาวะการเจ็บป่วยและการตาย ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น การรักษาพยาบาลโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการบรรเทาหรือจัดการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งหากมีการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้บุคคลกลับมามีสุขภาพดีอีกครั้ง แต่ในทางกลับกันหากไม่ทำการบำบัดรักษา หรือเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมก็อาจส่งผลให้สูญเสียชีวิตได้ ตามแนวคิดของ Mosley and Manju (2002) ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจะส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมการเจ็บป่วย ซึ่งรวมถึงวิธีการรักษาพยาบาล และในท้ายที่สุดจะส่งผลต่อภาวะการเจ็บป่วยและการตาย นอกจากนี้ Orem (1991: 136-138) ได้นำเสนอแนวคิดที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม อาทิ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ เป็นต้น มีผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต และ

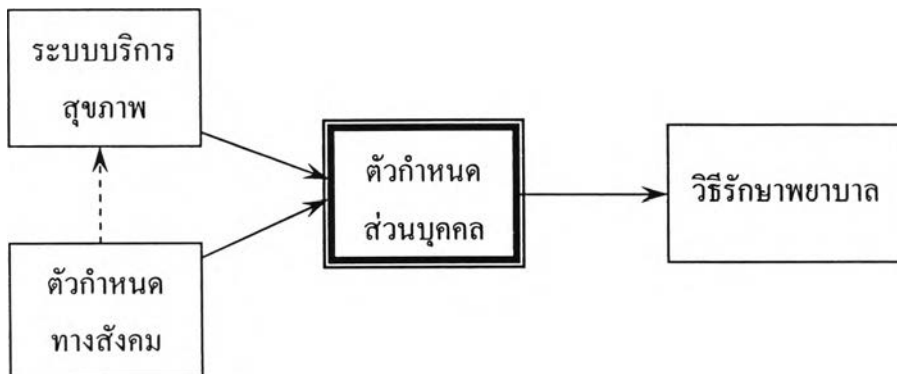
สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน รวมทั้งยังได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างสุขภาพหรือการป้องกันโรค เช่น การตรวจร่างกายประจำปีด้วย

แผนภาพที่ 1 แนวคิดว่าด้วยปัจจัยที่กำหนดและควบคุมภาวะการเจ็บป่วยและการตาย



ดัดแปลงจาก: Mosley & Chen 1984: 29

แนวคิดของ Anderson and Newman (1973: 75-100) เป็นแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งกำหนดการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกล่าวถึงกำหนดการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล 3 ประการคือ ตัวกำหนดทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ และตัวกำหนดส่วนบุคคล สำหรับความสำคัญของตัวกำหนดทั้งสามตัวนี้ พบว่าตัวกำหนดทางสังคมจะมีอิทธิพลต่อตัวกำหนดส่วนบุคคลในสองทางคือ ทางหนึ่งเป็นผลโดยตรงต่อตัวกำหนดส่วนบุคคล อีกทางหนึ่งผ่านทางระบบบริการสุขภาพก่อนที่จะมีผลต่อตัวกำหนดส่วนบุคคล ซึ่งตัวกำหนดส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของแต่ละบุคคลในที่สุด ดังปรากฏในแผนภาพและมีรายละเอียดดังนี้



1) ตัวกำหนดทางสังคม เป็นตัวกำหนดที่สำคัญในการกำหนดการเลือกใช้ชีวิต รักษาพยาบาลคือ เทคโนโลยี และบรรทัดฐาน ซึ่งปัจจัยทางเทคโนโลยี หมายถึง เครื่องมือ วิธีที่แพทย์ใช้ในการรักษา หรือความสามารถของแพทย์ในการรักษาพยาบาลให้ได้ผลดีหรือมีประสิทธิภาพสูงสุดว่ามีมากน้อยเพียงใด ส่วนปัจจัยด้านบรรทัดฐาน มีความหมายครอบคลุมถึงลักษณะทางวัฒนธรรมที่บุคคลในสังคมยึดถือปฏิบัติกันเป็นส่วนใหญ่ ตามความรู้ ความเชื่อ หรือปฏิบัติจนเป็นประเพณีของแต่ละสังคม

2) ระบบบริการสุขภาพ ตัวกำหนดที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ

- ทรัพยากรที่ให้บริการทางสุขภาพ การพิจารณาถึงทรัพยากรบริการทางสุขภาพ จะคำนึงถึงปริมาณและการกระจายของแหล่งบริการสุขภาพในประเทศและสังคมนั้น “ปริมาณ” ในที่นี้ นอกจากจะพิจารณาถึงจำนวนของแหล่งบริการต่อประชากรยังหมายรวมถึงจำนวนเตียงต่อประชากร จำนวนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากรอีกด้วย เช่น จำนวนแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตาม การพิจารณาเฉพาะปริมาณเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถแสดงให้เห็นว่า ประชากรจะสามารถเข้าถึงแหล่งบริการนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี การกระจายของแหล่งบริการทางสุขภาพในท้องถิ่นที่ห่างไกลก็เป็นปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการจากแหล่งบริการทางสุขภาพได้เช่นกัน

- รูปแบบขององค์กร จะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความสามารถในการเข้าถึง ซึ่งการบริการนั้น และระบบโครงสร้างของการบริการ ความสามารถในการเข้าถึงการบริการ หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขและสามารถดำเนินการรักษาพยาบาลได้ตลอดการรักษา เช่น การเดินทางไปยังแหล่งรักษาพยาบาลสะดวก ระยะทางไม่ไกล หรือค่ารักษาพยาบาลไม่แพงเกินไป และรวมไปถึง การประกันทางสุขภาพที่ได้รับจากรัฐบาล ส่วนระบบโครงสร้างของการบริการ จะหมายถึง ระบบบริหารงานของแหล่งบริการ ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจในบริการนั้น เช่น ระบบบริหารบุคคล การทำงาน การให้การบริการพยาบาล เป็นต้น

3) ตัวกำหนดส่วนบุคคล ภายใต้ตัวกำหนดทางสังคมและระบบบริการสุขภาพนั้น ลักษณะส่วนบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล โดยมีปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการ ดังนี้

- ปัจจัยภูมิหลังหรือลักษณะของบุคคล เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้มีการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยในอดีต ความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยต่างๆ

- ปัจจัยเสริมความสามารถในการรับการรักษา เป็นปัจจัยที่บ่งบอกหรือเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการเลือกใช้บริการสุขภาพ ทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจ และการ

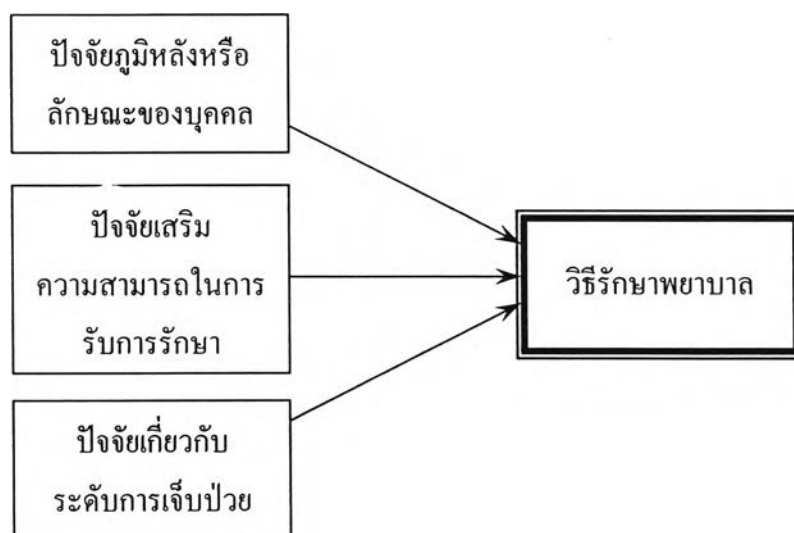
เข้าถึงบริการ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สวัสดิการหรือการประกันสุขภาพที่ได้รับ และความใกล้ชิดกับแหล่งบริการทางสาธารณสุข

- ปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและตัวกำหนดโดยตรงต่อการเลือกวิธีรักษาพยาบาล โดยปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วยนี้ ประกอบด้วย

ก. การรับรู้ถึงการเจ็บป่วยของบุคคล โดยการประเมินจากระยะเวลาที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ หรือตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ ซึ่งการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยจะมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลที่จะประเมินตามความรู้สึกแตกต่างกัน

ข. การวินิจฉัยความเจ็บป่วยโดยแพทย์ หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์หรือจากอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ

จากแนวคิดดังกล่าว การเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล มีตัวกำหนดที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ อันได้แก่ ตัวกำหนดทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ และตัวกำหนดส่วนบุคคลนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้นำมาศึกษาหมดทั้ง 3 ประการ แต่จะมุ่งศึกษาถึงตัวกำหนดส่วนบุคคล เนื่องจากท้ายที่สุดแล้ว บุคคลจะเป็นตัวกำหนดโดยตรงในการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



Kleinman (1980: 50-72) และ Young (1981: 497-507) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ต่างได้ข้อสรุปตรงกันว่า ชนิดและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยและสังคมของเขาประเมิน ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ลักษณะส่วนบุคคลต่างๆ ของผู้ป่วย อันได้แก่ เพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษา แหล่งที่อยู่อาศัย และการเข้าถึง

แหล่งบริการสุขภาพที่มีอยู่ เป็นตัวกำหนดสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ เพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยนั้น

นอกจากนี้ Andersen (1995: 1-10) ที่ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลของบุคคลตั้งแต่ทศวรรษที่ 1960 ซึ่งกล่าวถึงการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพว่า มีปัจจัยทางประชากร และสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา เป็นต้น ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล โดยบุคคลจะประเมินผลลัพธ์จากการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลที่ผ่านมา เพื่อปรับให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษา

1.4 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนผลงานวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ยังมีผู้ศึกษาจำนวนไม่มากนัก รวมถึงการให้คำนิยามของรูปแบบการเลือกใช้การรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกันไป เช่น ตามวิธีการรักษา แหล่งไปรับการรักษา และผู้ให้การบำบัดรักษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และประชากรกลุ่มอื่นๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ และผู้ให้การบำบัดรักษาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงนำข้อค้นพบจากการงานวิจัยดังกล่าวมาประกอบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ โดยแยกพิจารณาตามปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรับการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วยและอื่นๆ ที่น่าจะส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยภูมิหลังของบุคคลประกอบด้วย 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และเขตที่อยู่อาศัย เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมามีการพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับรูปแบบของการรักษาพยาบาลเป็น 2 ลักษณะใหญ่ คือ จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล และตามแหล่งการรักษาพยาบาล เพื่อให้เห็นความชัดเจนจึงจะมีการแยกพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับวิธีและ/หรือแหล่งรักษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) เพศ

- เพศกับวิธีรักษาพยาบาล

เพศ นอกจากจะแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างด้านสรีระร่างกายตามธรรมชาติแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นความแตกต่างในลักษณะทางสังคม บทบาทหน้าที่ของแต่ละเพศ ในสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นแม่หรือผู้ดูแล โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว เพศหญิงจึงมักจะแสวงหาวิธีการ

คุณลักษณะของตนเองให้แข็งแรงมากกว่าเพศชาย (ภัสสร ลิมานนท์, 2544: 5-6) นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า เพศชายมีอัตราการตายสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุและในทุกพื้นที่ เพศหญิงมีอายุคาดหมายเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงสามารถดูแลสุขภาพได้ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย ส่วนเพศชายมักไม่นิยมรักษาความเจ็บป่วยตั้งแต่เบื้องต้น เนื่องจากเพศชายมักคิดว่าตนเป็นเพศที่มีความแข็งแรงมากกว่าเพศหญิง เมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ จึงมักจะไม่ได้รักษาตนเอง (นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา, 2535: 26; สันทัด เสริมศรี, 2541; Harris and Guten, 1979) ความแตกต่างระหว่างเพศจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการไม่ได้รักษา การซื้อยามากินเอง การรักษาแบบแผนโบราณ หรือการรักษาแบบแผนปัจจุบัน

- เพศกับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ

ในการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า เพศมีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของ เจน วีระพงษ์ (2541) ที่พบว่า เพศหญิงไปรับการรักษาที่สถานอนามัยมากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ระจิตร์ ชาศรีวิชัย (2545: 32) พบว่า เพศหญิงไปรับการรักษาโรคที่สถานอนามัยมากกว่าเพศชาย ขณะที่เพศชายนิยมซื้อยามากินเองและรักษาแบบแผนโบราณมากกว่าเพศหญิง ซึ่งเป็นเพราะเพศชายมักคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่เข้มแข็งไม่ได้ป่วยมาก ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาสถานบริการสาธารณสุข สามารถซื้อยารักษาเองได้ อีกทั้งสะดวกกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุไรวรรณ คณิงเกษม (2536) เพศหญิงมักไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐหรือคลินิก ขณะที่เพศชายมักรักษาด้วยตนเองก่อนหากเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเฉียบพลัน แต่หากเจ็บป่วยรุนแรงมักไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือกับแพทย์ที่มีชื่อเสียง ซึ่งในกลุ่มของวัยสูงอายุแล้ว นอกจากนี้ การศึกษาของ ชุตติกา วรรณกุล (2535: 123-128) ยังพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมักจะไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชาย ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2538 พบว่า เพศหญิงไปรับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนมากกว่าเพศชาย ขณะที่เพศชายนิยมที่จะซื้อยามากินเองและไม่รักษามากกว่าเพศหญิง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2539: 64) และการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเคล (2539: 178) พบว่า ผู้สูงอายุชายนิยมซื้อยามากินเอง และไม่รักษาเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุหญิงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ สถานอนามัย และคลินิกเอกชนมากกว่าผู้สูงอายุชาย

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า เพศมีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์ด้วยเช่นกัน ดังการศึกษาของ Cox (1986) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงทั้ง 3 เชื้อชาติ คือ เวียดนาม โปรตุเกส และฮิสพานิก ในแคลิฟอร์เนีย มีความแตกต่างกันในเรื่องความเชื่อและวัฒนธรรม จะไปใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์ประจำอยู่มากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stoller (1982) ที่พบว่า

ผู้สูงอายุหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของนิวออร์ลีอันส์ใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าเพศชาย และเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ Haque (2001) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าเพศชาย โดยที่เพศชายจะซื้อยามากินเองก่อน หากไม่หายจึงจะไปพบแพทย์

จากการศึกษาที่ทบทวนส่วนใหญ่ต่างชี้ให้เห็นว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล โดยที่เพศหญิงนิยมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล สถานีอนามัย และคลินิก รวมถึงแพทย์ผู้ให้การรักษา มากกว่าเพศชาย แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงนิยมใช้วิธีรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันมากกว่า ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชายแล้ว เพศหญิงน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

2) อายุ

- อายุกับวิธีรักษาพยาบาล

อายุเป็นปัจจัยทางประชากรปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึง ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึนึกคิด การตัดสินใจ รวมทั้งความรู้ ความเข้าใจ และการสั่งสมประสบการณ์ของแต่ละวัยตลอดจนการรับรู้ในการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล รวมถึงการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง โดยจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991: 238-241) จากการศึกษาของ Nakar and others (2001) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีการใช้การรักษาแบบแผนโบราณมากกว่าการรักษาแบบแผนปัจจุบัน

- อายุกับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมาของ วาทีนิ บุญชะลิกย์ (2530: 187-188) พบว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว วัยแรงงาน และวัยกลางคน ที่มีอายุ 16-24 ปี 25-44 ปี และ 45-64 ปี แล้ว ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป มีการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาแบบแพทย์แผนโบราณเป็นอันดับแรก รองลงมาคือการปล่อยให้หายเอง และซื้อยามากินเองเช่นเดียวกับการศึกษาของ รัตนา กฤษฎาธาร (2535: 78) ที่พบว่า อายุมีผลต่อวิธีรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุเลือกใช้ โดยผู้สูงอายุที่อายุต่ำกว่า 75 ปี มีร้อยละที่เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุ 75 ปี และมากกว่า แต่การศึกษาของ ชุตติภา วระวิบูล (2535: 42-49) พบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่มีผลทำให้เกิดความแตกต่างในการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอายุ 60-64 ปี เลือกไปรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลแผนปัจจุบันสูงกว่ากลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป เพียงเล็กน้อย โดยให้เหตุผลว่าอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นผู้ที่อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในวัย

สูงอายุเหมือนกัน จึงมีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ทำให้การเลือกวิธีการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกันด้วย

จากการศึกษาที่ทบทวนมาส่วนใหญ่ พบว่ายิ่งผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะเลือกใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณมากกว่าวิธีอื่นๆ และผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะเลือกใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุมากกว่าแล้ว ผู้ที่อายุน้อยกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซื่อยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

3) สถานภาพสมรส

- สถานภาพสมรสกับวิธีการรักษาพยาบาล

สถานภาพสมรสเป็นลักษณะภูมิหลังทางประชากร ซึ่งสามารถบ่งบอกรูปแบบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ที่อยู่กับคู่สมรสกับผู้ที่โสด ย่อมมีความแตกต่างกันในแง่ของการได้รับการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลหรือเป็นที่ปรึกษา ซึ่งผู้ที่อยู่กับคู่สมรสมีแนวโน้มที่จะได้รับมากกว่าผู้ที่อยู่ในสถานภาพที่เป็นโสด สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ (สันทัด เสริมศรี, 2528: 388) นอกจากนี้คู่สมรสยังเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การมีความรัก ความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ จะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อมิให้เกิดการเจ็บป่วยได้ และหากเกิดการเจ็บป่วยก็จะส่งผลต่อการตัดสินใจไปรับการรักษาพยาบาลและเลือกรับการรักษาในประเภทใด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 41) สถานภาพสมรสจึงน่าจะส่งผลต่อการตัดสินใจไปรับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยอีกด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่ง Bass and Noelker (1987: 185) ได้ทำการศึกษางานวิจัยต่างๆ พบว่า การช่วยเหลือจากคู่สมรสมีส่วนช่วยส่งเสริมการไปรับการรักษาที่เป็นทางการ เช่น โรงพยาบาล คลินิก มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วย กล่าวคือ กลุ่มที่ให้การช่วยเหลือดังกล่าวเปรียบเสมือนตัวกลาง ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น

- สถานภาพสมรสกับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ

การศึกษาเกี่ยวกับแหล่งให้บริการสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ เช่นการศึกษาของ ชูติภา วระวิบูล (2535: 42-49) พบว่า ผู้สูงอายุที่สมรสจะเลือกไปรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า และแยกกันอยู่ รวมทั้งผู้สูงอายุที่เป็นโสดด้วย

สำหรับผู้ให้การบำบัดรักษานั้น มีการศึกษาของ Cox (1986) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะไปใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์ประจำอยู่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีผู้ที่จะช่วยให้คำปรึกษาปัญหาทางสุขภาพ ช่วยในการตัดสินใจ

เลือกแหล่งรักษาพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533: 77) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสจะไปรับบริการจากแพทย์ มากกว่ากลุ่มที่อยู่ในสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก

การศึกษาที่กล่าวมามีผลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงสมรสอยู่เป็นผู้ที่ไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและแพทย์ ซึ่งเป็นวิธีรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพหม้าย หย่า แยกแล้ว ผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรส หรือผู้ที่เป็นโสด น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

4) การศึกษา

- การศึกษากับวิธีรักษาพยาบาล

การศึกษาเป็นสถานภาพทางสังคมที่แสดงถึงระดับความสามารถในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของบุคคล บุคคลที่มีการศึกษาสูง มีโอกาสที่จะแสวงหาข้อมูล เพื่อนำมาคิดพิจารณา ตัดสินใจเลือกใช้รักษาการเจ็บป่วยได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (กมลพรรณ หอมมาน, 2539: 62 และ Jalowiec and Powers, 1981: 10-15) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536: 182) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า

- การศึกษากับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ

ในการศึกษาที่ผ่านๆ มา พบว่า การศึกษามีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ เช่นการศึกษาของ ชุตินา วระวิบูล (2535, 42-49) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป จะเลือกใช้การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ และคลินิก มากกว่า การซื้อยากินเอง การรักษาแบบแผนโบราณ และการไม่ได้รักษา ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า ประถมศึกษาปีที่ 4 และไม่ได้เรียนหนังสือ เช่นเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล (2539) และ Jitapunkul and others (1999) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาจะใช้ระบบบริการสุขภาพที่ให้การรักษา เช่น สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาล มากกว่าการไม่รักษา และพบหมอแผนโบราณ ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งจะซื้อยากินเอง มากกว่า และรัตนา กฤษณาธาร (2535: 88) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า จะเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของเอกชนและของรัฐในสัดส่วนที่สูงกว่าการซื้อยามากินเอง และการรักษาแบบแผนโบราณ

นอกจากนี้ ยังพบว่า การศึกษามีผลต่อการตัดสินใจเลือกรักษากับผู้ให้การบำบัดรักษา ดังเช่นการศึกษาของ Stoller (1982) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะพบแพทย์รวมถึงปรึกษาปัญหาสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Foreman and others

(1998) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะเลือกใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Haque, 2001) และการศึกษาของ วาทีนี บุญชะลิกย์ (2530: 189) พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาดั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไปจะมีการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาที่มีแพทย์สูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่า แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ Cox (1986) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์ประจำอยู่

การศึกษาที่กล่าวมาส่วนใหญ่มีผลเป็นไปในแนวทางเดียวกันว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่ามักไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน รวมถึงแหล่งบริการรักษาที่มีแพทย์ซึ่งเป็นวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าแล้ว ผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซ้ำอีกกินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

5) อาชีพ

อาชีพหรือลักษณะงานที่ทำ นับเป็นตัวแปรสำคัญอีกตัวที่ใช้อธิบายการเจ็บป่วยของประชากร การมีงานทำหรือไม่มีงานทำ รวมทั้งลักษณะงานที่ทำอาจส่งผลต่อการได้มาซึ่งรายได้ เพื่อสนองตอบความต้องการของบุคคล และการดูแลสุขภาพของตนด้วย ผู้ที่ทำงานจึงน่าจะมีความสามารถเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาการเจ็บป่วยของตนได้

- อาชีพกับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาชีพมีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ ดังผลการศึกษาของ สรณ ลีลานิตย์กุล (2539) ซึ่งพบว่า อาชีพมีผลต่อการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลของบุคคล โดยอาชีพที่ให้รายได้น้อยโดยเฉพาะอาชีพในภาคการเกษตรกรรมจะเลือกสถานบริการรักษาโรคที่ราคาถูกลงและง่ายต่อการเข้าใช้บริการ เช่น การแพทย์แผนโบราณ ยาสมุนไพร และร้านขายยา เป็นต้น ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม ซึ่งการศึกษาของ รัตนา กฤษณาธาร (2535: 83) พบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยผู้สูงอายุที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมและที่ไม่ทำงานเลือกใช้บริการซึ่ยอมมากินเองมากกว่าที่จะไปรับการรักษาจากสถานพยาบาลต่างๆ ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุทำงานในภาคการเกษตรกรรม และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะเลือกไปรับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชูติภา วรระวิบูล (2535: 124) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมและไม่ได้ทำงาน จะเลือกใช้สถานพยาบาลแผนปัจจุบันมากกว่าเมื่อเทียบกับการไปร้านขายยา และการไปพบแพทย์แผนโบราณ โดยผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมและไม่ได้ทำงานมักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐและสถานอินามย์ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม

สำหรับผู้ให้การบำบัดรักษานั้น การศึกษาของ พัทธา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533: 78) พบว่า ในวัยสูงอายุ กลุ่มที่ประกอบอาชีพในภาคการเกษตรกรรมและกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานจะไปรับการรักษาจากแพทย์มากกว่า เมื่อเทียบกับการรักษาตนเองและรักษาด้วยบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น เจ้าหน้าที่อนามัย ซึ่งกลุ่มที่ประกอบอาชีพในภาคการเกษตรกรรมไปรับการรักษาจากแพทย์ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม

การศึกษาที่ทบทวนมาให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน แต่การทำงานในแต่ละประเภท น่าจะทำให้ผู้ที่ทำงานมีความสามารถที่จะเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำงานแล้ว ผู้ที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมและผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซื่อยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

6) เขตที่อยู่อาศัย

ความแตกต่างทั้งทางด้านสภาพเศรษฐกิจ สังคม ความเจริญในด้านต่างๆ น่าจะมีผลต่อรูปแบบในการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน ทำให้การดูแลตนเองในด้านสุขภาพแตกต่างกัน ยังผลให้ภาวะการเจ็บป่วยแตกต่างกันด้วย เขตที่อยู่อาศัยจึงน่าจะมีผลต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเกิดขึ้น เนื่องจากการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เน้นในเขตเมืองมากกว่า ทำให้มีสถานพยาบาลที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพกว่า

- เขตที่อยู่อาศัยกับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ

เมื่อพิจารณาตามการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ การศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532: 29) พบว่า ผู้ที่อาศัยในเขตเมืองมักจะใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพจากสถานบริการของรัฐและเอกชน มากกว่าร้านขายยา หมอแผนโบราณ พระและอื่นๆ ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่อาศัยในเขตชนบทที่จะพึ่งร้านขายยามากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติภา วระวิบูล (2535, 123) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจะเลือกใช้สถานพยาบาลแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน มากกว่าการไม่รักษา และการรักษาแบบแผนโบราณ ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท และเช่นเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล (2539) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองนิยมไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลและคลินิก เมื่อเทียบกับการไปพบแพทย์แผนโบราณ ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ซึ่งอาจเนื่องมาจากความสะดวกในการเดินทางและประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีกว่า

สำหรับการศึกษาในส่วนของผู้ให้การบำบัดรักษานั้น การศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกย์ (2530: 185) กลับพบว่า ทั้งในเขตเมืองและชนบท มีการเลือกใช้แหล่งบริการรักษา

เป็นไปในรูปแบบเดียวกันคือ แหล่งบริการที่มีแพทย์ มากกว่าการซื้อยามากินเอง และแหล่งบริการรักษาแบบแผนโบราณ

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ในชนบทแล้ว ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

ปัจจัยเสริมความสามารถในการรับการรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเสริมความสามารถในการรับการรักษา ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ รายได้ และสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) รายได้

แนวคิดของ Becker and Mainman (1974: 10-24) พบว่า รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะมีความสามารถในการเอาใจใส่สุขภาพได้ดี ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้น้อยหรือไม่เพียงพอจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ การเอาใจใส่สุขภาพจึงน้อยกว่า ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่า นอกจากนี้ รายได้ถือเป็นสิ่งจำเป็นในการครองชีพ ซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ ซึ่ง Pender (1982: 161-162) เห็นว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์และสามารถจัดหาสิ่งที่จำเป็นที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้

- รายได้กับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า รายได้มีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของ ชุตติภา วรรณกุล (2535, 42-49) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูง มักจะไปรับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน มากกว่าการไปซื้อยามากินเอง หรือไปพบแพทย์แผนโบราณ ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเคล (2539) และ Jitapunkul and others (1999) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินดีจะไปรับการรักษาจากสถานพยาบาลต่างๆ เช่น สถานิอนามัย คลินิก โรงพยาบาล มากกว่าการซื้อยามากินเอง แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีรายได้สูง มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ย่อมมีโอกาสเลือกใช้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

รายได้มีความสำคัญต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยผู้ที่มีรายได้สูงน่าจะไปรับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับตัวแปรอาชีพ ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าแล้ว ผู้ที่มีรายได้มากกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

2) สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

หลักประกันสุขภาพหรือสวัสดิการรักษายาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ (Lauver, 1992: 281-286) สวัสดิการรักษายาบาลจึงน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษายาบาลของแต่ละบุคคล จากนโยบายและมาตรการระยะยาว พ.ศ. 2535-2554 ที่รัฐบาลได้จัดให้มีสวัสดิการการรักษายาบาลแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทุกคนสามารถรับสวัสดิการการรักษายาบาลได้ด้วยบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล ซึ่งผู้สูงอายุสามารถไปรับบริการรักษายาบาลได้จากสถานพยาบาลที่กำหนด โดยผู้สูงอายุจะได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (นพวรรณ จงวัฒนา, เกื้อ วงศ์บุญสิน และรุ่งรัตน์ โกววรรณกุล, 2541: 86-90) และเพื่อให้ครอบคลุมยิ่งขึ้นรัฐบาลได้กำหนดให้ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับสวัสดิการใดๆ เข้าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคน ซึ่งจะได้รับสิทธิในการรับบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัยอันจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอื่นใดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้นโดยไปรับบริการได้ที่สถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งและโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งผู้ถือบัตรไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมเมื่อมารับบริการครั้งละ 30 บาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ดังนั้น สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจึงเป็นการคุ้มครองทางสังคมประเภทหนึ่งที่จะช่วยแบ่งเบาภาระด้านการเงินของบุคคลหรือครอบครัวด้านการเจ็บป่วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543: 25) ส่งผลให้มีผู้มาใช้บริการรักษาโรคในสถานบริการของรัฐมากขึ้นทั้งในสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน (สันทัด เสริมศรี, 2541)

- สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลกับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ

ในส่วนของ การเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพเพื่อรักษาการเจ็บป่วยนั้น จากการศึกษาของ ธารา อ่อนชมจันทร์ (2538: ๑) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยกระดูกหัก คือ การมีบัตรประกันสุขภาพ และการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ โดยหากผู้ป่วยมีบัตรประกันสุขภาพ หรือสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ผู้ป่วยสามารถเลือกรับการรักษายังสถานพยาบาลที่กำหนด เช่น โรงพยาบาลของรัฐหรือ เอกชน ที่อยู่ในเงื่อนไขของการประกันหรือสามารถเบิกค่ารักษาได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ระจิตร์ ชาศรีวิชิตย์ (2545: 33) พบว่า ผู้ที่มีสวัสดิการจากบัตรสงเคราะห์และบัตรสุขภาพไปรับบริการรักษายาบาลที่สถานอนามัยมากกว่าผู้ที่ไม่ มีสวัสดิการรักษายาบาล เนื่องจากไม่ต้องรับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pravin (2002: 36-39) ที่พบว่า สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้สถานพยาบาล โดยผู้ได้รับสวัสดิการหรือทำประกันสุขภาพจะเลือกใช้สถานพยาบาลที่กำหนดใน

เงื่อนไขของการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐมากกว่าที่จะรักษาโดยวิธีอื่น เช่น การซื้อยามากินเอง แต่ก็มีผลการศึกษาที่พบว่าผู้มีบัตรสงเคราะห์หรือบัตรสุขภาพมีการมาใช้บริการที่สถานีนอนมัยไม่แตกต่างกัน (แสงทอง แห่งงาม, 2537)

เช่นเดียวกับในด้านของผู้ให้การบำบัดรักษา ซึ่งมีการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2537: 26-28) พบว่า เมื่อผู้ประกันตนเจ็บป่วยจะดูแลรักษาตนเองในครัวเรือนก่อน แล้วจึงเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลแบบอื่นๆ เช่น การไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์แผนโบราณ

จะเห็นได้ว่าหากผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลก็น่าจะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาล ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลแล้ว ผู้ที่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รับการซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

ปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วยและอื่นๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วยและอื่นๆ ประกอบด้วยตัวแปร 2 ตัว ได้แก่ ระดับการเจ็บป่วย และการตรวจร่างกายประจำปี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ระดับการเจ็บป่วย

- ระดับการเจ็บป่วยกับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ

ระดับของการเจ็บป่วยเป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลของบุคคล เนื่องจากในแต่ละระดับของการเจ็บป่วยน่าจะมีรูปแบบการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้สนใจศึกษาระดับการเจ็บป่วยในแง่ของการหยุดหรือไม่หยุดกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากการหยุดหรือไม่หยุดกิจวัตรประจำวันนั้นน่าจะแสดงถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการเจ็บป่วยในแง่ดังกล่าวโดยตรง แต่เมื่อดูถึงระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะพบว่าเมื่อเจ็บป่วยบุคคลจะพิจารณาประเภทและประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น แล้วใช้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) หากมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องหยุดกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมซื้อยามากินเองเป็นส่วนใหญ่ แต่หากมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือรักษาด้วยตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุจึงจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งมีผลให้ต้องหยุดกิจวัตรประจำวัน (สวณี เต็งรังสรรค์, 2535; จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2539; นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539: 177-180; กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2540: 121-123) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาสนา เตื่อนวงษ์ (2540) พบว่า เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้สูงอายุนิยมซื้อยามากินเอง แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรับการรักษาจากแพทย์

และการศึกษาของ Haque (2001) พบว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองมีการเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรับการรักษาจากแหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าผู้ที่รู้สึกว่าตนเองมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย จะเห็นได้ว่าหากผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ หรืออาจต้องหยุดกิจกรรมประจำวัน ผู้สูงอายุจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ป่วยแต่ไม่หยุดกิจกรรมประจำวันแล้ว ผู้ที่ป่วยจนต้องหยุดกิจกรรมประจำวันน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซึ่อยากกินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

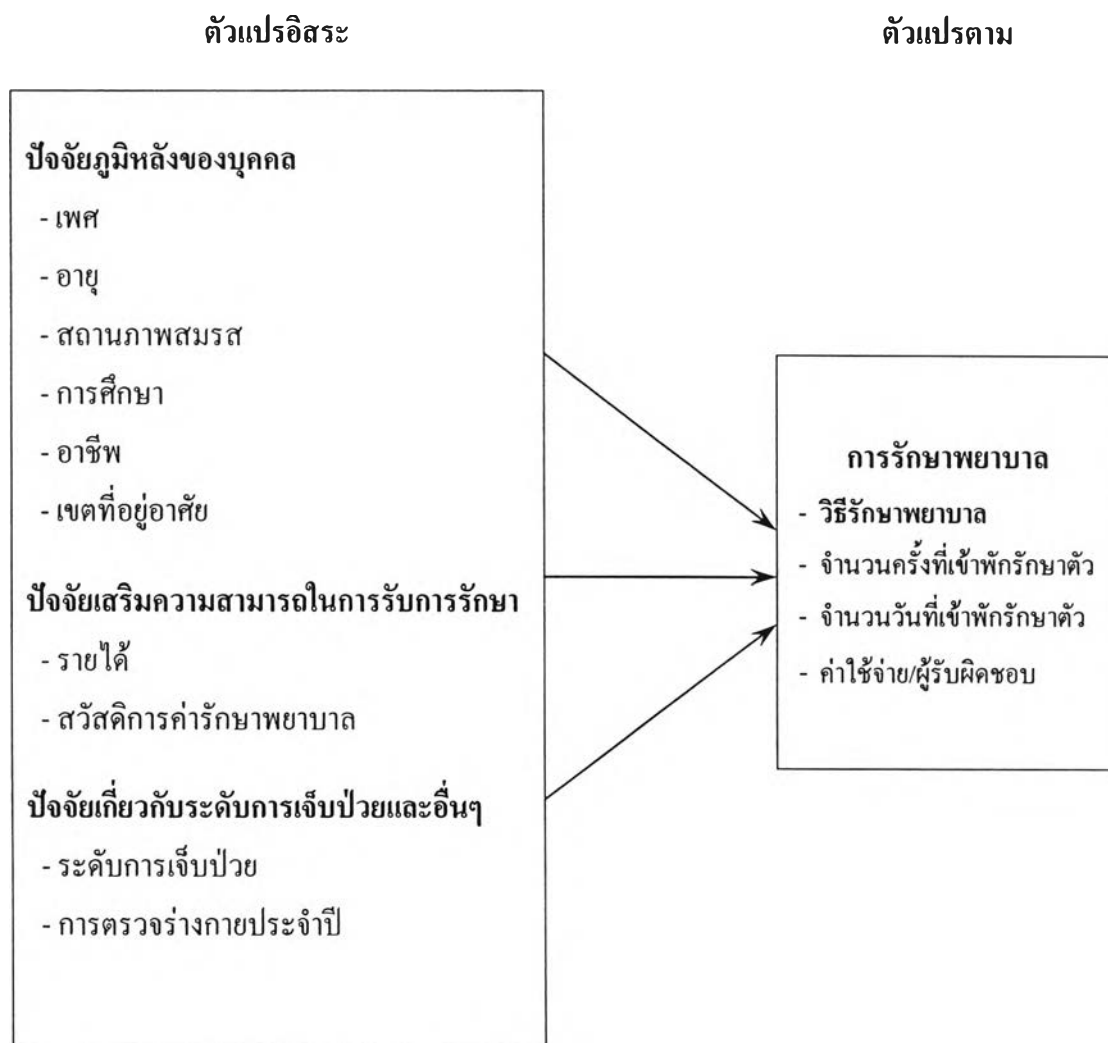
2) การตรวจร่างกายประจำปี

ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร (2528: 61) ได้กล่าวว่า การตรวจร่างกายประจำปีหรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าการประเมินสุขภาพส่วนบุคคล เป็นการวินิจฉัยภาวะสุขภาพอนามัยหรือภาวะการเป็นโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ของบุคคลที่มารับบริการในขณะที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรค โดยการสอบถามประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งการได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ ที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคบางโรคได้ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ซึ่งบุคคลควรได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง (วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์, 2538: 68-71) ซึ่ง สุขชัย คุณารัตนพฤษ และคณะ (2545: 2) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ของการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป คือ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคต่างๆ ที่ป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงได้ และเพื่อวินิจฉัยตรวจค้นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ หรือสามารถหยุดยั้งการดำเนินการของโรคได้ ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรก ซึ่งจะมีโอกาสที่จะได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาจากแพทย์ ทั้งยังช่วยให้ได้รับการรักษาโรคในระยะเริ่มแรก ลดระยะเวลาการเป็นโรค พร้อมทั้งทำให้มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดได้ โดยมีความเชื่อว่าผู้ที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เหมาะสม เช่น การตรวจสุขภาพนี้ จะมีสุขภาพดีขึ้นและช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบการให้บริการอนามัยด้วย (US Preventive Services Task Force, 1996: 953)

จากการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่าการตรวจร่างกายประจำปีเป็นหนทางหนึ่งในการป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ แต่เนื่องจากไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจร่างกายประจำปีกับการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยเห็นว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ที่มีการตรวจร่างกายย่อมที่จะไปรับการรักษาตามการแนะนำของแพทย์ผู้ให้การตรวจด้วย ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปีแล้ว ผู้ที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปีน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซึ่อยากกินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

1.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการรักษาพยาบาลของประชากร พอนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรไทยอายุ 50 ปี ขึ้นไปได้ ดังนี้



จากกรอบแนวคิดที่แสดงในแผนภูมิข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของแต่ละบุคคลจะถูกกำหนดโดยปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรับการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วยและอื่นๆ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ในส่วนแรกจะเป็นการพรรณนาให้เห็นภาพว่าในกลุ่มประชากรอายุ 50 ปี ขึ้นไปนั้น มีการเจ็บป่วยมากน้อยแค่ไหน มีระดับการเจ็บป่วยอย่างไร และมีความแตกต่างกันออกไปตามลักษณะภูมิหลังของบุคคล หรือไม่ อย่างไร ต่อจากนั้นจะเข้าสู่วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลของกลุ่มประชากรดังกล่าวเลือกใช้เมื่อมีการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ยังได้มีการ

วิเคราะห์เพิ่มเติมในเชิงพรรณนาเรื่องการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทั้งในส่วนของจำนวนครั้งในการเข้าพักรักษาตัว จำนวนวันที่เข้าพักรักษาตัว ค่าใช้จ่ายในการเข้าพักรักษาตัว และผู้รับผิดชอบในค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นในเรื่องของผลและภาระจากการรักษาพยาบาล อันจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลต่อไป

1.6 สมมติฐานของการศึกษา

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สามารถนำมาสรุปเป็นสมมติฐานหลักและสมมติฐานย่อย สำหรับการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานหลัก

ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรับการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วยและอื่นๆ น่าจะมีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรไทยอายุ 50 ปี ขึ้นไป

สมมติฐานย่อย

1. เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย เพศหญิงน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ
2. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุมากกว่าแล้ว ผู้ที่อายุน้อยกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ
3. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) แล้ว ผู้ที่มีสถานภาพกำลังสมรสหรือผู้ที่เป็นโสดน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ
4. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าแล้ว ผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ
5. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำงานแล้ว ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม และผู้ที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ
6. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ในชนบทแล้ว ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ
7. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่รายได้น้อยกว่าแล้ว ผู้ที่มีรายได้มากกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

8. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแล้ว ผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รับรักษา ซ้ำยังยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

9. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ป่วยแต่ไม่หยุดกิจวัตรประจำวันแล้ว ผู้ที่ป่วยจนต้องหยุดกิจวัตรประจำวันน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รับรักษา ซ้ำยังยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

10. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปีแล้ว ผู้ที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปีน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าการไม่ได้รับรักษา ซ้ำยังยากินเอง และรักษาแบบแผนโบราณ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ทราบถึงภาวะการเจ็บป่วย และแบบแผนการเลือกใช้ชีวิตรักษาพยาบาลของประชากรอายุ 50 ปี ขึ้นไป

2. เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรับการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วยและอื่นๆ กับการเลือกใช้ชีวิตรักษาพยาบาลของประชากรอายุ 50 ปี ขึ้นไป

3. เพื่อใช้เป็นแนวทางให้รัฐบาลรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายให้เหมาะสมกับวิธีการและการเลือกใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ และใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป