

บทที่ 1

บทนำ



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการสาธารณสุขได้พัฒนาขึ้นอย่างมากเป็นผลให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับอัตราการเกิดของประชากรในหลายประเทศได้ลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงกว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้สัดส่วนและจำนวนกลุ่มประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรโดยรวมเพิ่มสูงขึ้น

สำหรับในประเทศไทยกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2503 มีจำนวนทั้งสิ้น 1.2 ล้านคน หรือร้อยละ 4.6 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2505 : 4) ในปีพ.ศ. 2533 ได้เพิ่มขึ้นเป็น 4.0 ล้านคนหรือร้อยละ 7.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2537 : 24) และจากการคาดประมาณประชากรประเทศไทย โดยกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ.2538 สรุปได้ว่า จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุของประเทศไทยในอนาคตมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไป โดยในปีพ.ศ. 2543 จะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 5.7 ล้านคนหรือร้อยละ 9.2 ของประชากรทั้งหมด และในปีพ.ศ. 2563 จะเพิ่มเป็น 10.8 ล้านคนหรือร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , 2538 : 16-17) จากการที่ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในแง่จำนวนและสัดส่วน ทำให้ปัญหาของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามมาเช่นกัน โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าภาพรวมแนวโน้มปัญหาสาธารณสุขของชาติและการให้บริการสาธารณสุขจะเปลี่ยนแปลงไป ด้วย

เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมักมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน อาการแสดงไม่ชัดเจน ทำให้วินิจฉัยโรคได้ช้า (Mick, 1997: 99) วยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมของสังขารทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกส่วน โดยส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมทางกายภาพ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีอวัยวะของการรับรู้จำเพาะเสื่อม การทรงตัวไม่มั่นคง กระดูกและข้อเสื่อม การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของระบบการหายใจ อัตราการเผาผลาญสารอาหารลดลง ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆลดลง ภาวะความจำเสื่อม ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล ซึ่งเป็นกระบวนการของความสูงอายุ จากกระบวนการของความสูงอายุนี้นี้ร่วมกับพยาธิสภาพทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพและมีโรคประจำตัวเกิดขึ้นจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษา (Martin , 1996 : 21 ; McConnell, 1997 : 7) ซึ่งมักต้องใช้เวลาในการดูแลและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง

จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2529 ของนภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2529) พบว่า ผู้สูงอายุประเมินว่าตนมีสุขภาพไม่แข็งแรงถึงร้อยละ 41 มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุต้องการการดูแลรักษา และเกือบ 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว และในปี พ.ศ. 2538 ผลการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุทั่วประเทศ พบว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพอยู่ในระดับแข็งแรงปานกลางถึงอ่อนแอมาก (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล : 2538) และเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลภาวะสุขภาพในปี พ.ศ. 2529 (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุปัจจุบันไม่ได้เปลี่ยนแปลงจากผู้สูงอายุในรุ่นก่อนมากนักคือสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงยังคงสูงอยู่เช่นเดิม ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่น่าจะมีความต้องการใช้บริการสุขภาพมากทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ

ดังนั้น ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากจะเป็นภาระของผู้สูงอายุแต่ละคนโดยตรงแล้ว รัฐหรือสังคมก็มีการต้องรับผิดชอบทั้งทางตรงและทางอ้อมด้วยเช่นกัน

ในอดีตประเทศไทยมิได้มีแผนหรือนโยบายชัดเจนเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ แผนหรือนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมักจะรวมอยู่กับการสงเคราะห์และสวัสดิการสำหรับประชาชนด้อยโอกาสที่จำเป็นต้องได้รับการสงเคราะห์ เช่น เด็ก คนชรา คนพิการ คนทุพพลภาพ หญิงบางประเภท และประชากรกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เป็นต้น ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะจำนวนและอัตราร้อยละของประชากรผู้สูงอายุยังมีไม่มาก รัฐเริ่มตระหนักถึงปัญหาอันอาจสืบเนื่องจากการมีประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคตเมื่อไม่นานมานี้เอง (นพวรรณ จงวัฒนาและคณะ, 2541 : 85-86) เรื่องผู้สูงอายุเริ่มได้รับความสนใจจากรัฐเริ่มครั้งแรกในปีพ.ศ. 2525 โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติชุดแรกเพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผนและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และคณะกรรมการดังกล่าวได้จัดทำ “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544” ซึ่งนับเป็นแผนแรกเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ในแผนระยะยาวนี้กล่าวถึงปัญหาของผู้สูงอายุ กำหนดนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพ การศึกษา ความมั่นคงของรายได้ ด้านสังคม วัฒนธรรมและสวัสดิการสังคมอย่างกว้างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (นภาพร ชโยวรรณและจอห์น โนเดล, 2538 : 3-5)

ในปีพ.ศ. 2535 คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้จัดทำ “สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554)” เพื่อใช้สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพของวัยและสภาพแวดล้อม ได้รับการดูแลจากครอบครัวและสังคม และการสงเคราะห์อื่นๆด้วย นอกจากนี้ยังมีบริการด้านต่างๆสำหรับผู้สูงอายุซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ บริการด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศเริ่มปฏิบัติในปีพ.ศ. 2535 และบริการด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นหน่วย

งานหลักที่รับผิดชอบ ให้บริการด้านที่อยู่อาศัย สวัสดิการสังคม และให้เงินสงเคราะห์หรือเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีคนดูแล (นภาพร ชโยวรรณและจอห์น โนเดล, 2538 : 3-5)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเป็นกลุ่มที่รัฐบาลให้ความสนใจในการพัฒนาความเป็นอยู่และสุขภาพอนามัย เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงตามวัย มีชีวิตยืนยาวขึ้นอย่างมีคุณภาพและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ซึ่งเน้นการจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและครอบคลุมสำหรับผู้สูงอายุ มีการประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น บัตรผู้สูงอายุและให้บริการรักษาพยาบาลฟรี การเพิ่มงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจากร้อยละ 5.35 ของงบประมาณทั้งประเทศในปี 2535 เป็นร้อยละ 6.65 ในปี พ.ศ. 2539 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539) สะท้อนให้เห็นถึงความสนใจที่รัฐให้แก่ปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น

ดังนั้น การที่แนวโน้มประชากรและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ รวมทั้งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ประสบกับปัญหาสุขภาพได้ง่าย เป็นผลให้รัฐต้องเพิ่มภาระในการดูแลจัดบริการต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และมีผู้สูงอายุบางคนต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว และเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมอีกด้วย และเนื่องจากรัฐบาลต้องใช้งบประมาณเพื่อการจัดสวัสดิการและการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง เห็นได้จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับเงินงบประมาณสำหรับสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 367 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2536 และเป็น 398 ล้านบาท ในปีพ.ศ. 2537 (กระทรวงสาธารณสุข , 2537 : 145) เนื่องจากรัฐมีขีดจำกัดในด้านงบประมาณ และต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาประเทศอีกหลายด้านที่ยังมีความสำคัญ ทำให้ไม่สามารถรับภาระผู้สูงอายุได้ทั้งหมด ดังนั้นปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม

ค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเป็นภาระของทั้งผู้รับบริการคือผู้สูงอายุเองหรือครอบครัวกับผู้ให้บริการคือรัฐ การรู้ว่าค่ารักษาพยาบาลในระดับบุคคลเป็นอย่างไร จะทำให้เข้าใจปัญหาของผู้สูงอายุดีขึ้น เพราะถ้าผู้สูงอายุมีค่ารักษาพยาบาลสูงและไม่สามารถรับภาระได้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะด้านอื่นๆของผู้สูงอายุได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ปัญหาเรื่องภาวะการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ และจำเป็นต้องศึกษาอย่างถ่องแท้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายนั้น เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเพื่อที่จะได้เตรียมการจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลต่างๆสำหรับประชากรสูงอายุเพื่อการมีชีวิตยืนยาวมีสุขภาพแข็งแรงและมีความสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิต

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะการเจ็บป่วย และความแตกต่างตามลักษณะภูมิหลังบางประการของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่า
2. เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายโดยประมาณของการรักษาพยาบาลในประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

## แนวคิดเชิงทฤษฎี

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดเชิงทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากบทความและเอกสารงานวิจัยซึ่งได้กล่าวถึงเรื่องภาวะการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่า โดยแบ่งการทบทวนวรรณกรรมออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาวะการเจ็บป่วยและความแตกต่างตามลักษณะภูมิหลังบางประการ

ส่วนที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

## ส่วนที่ 1 ภาวะการเจ็บป่วย

ทฤษฎีทางระบาดวิทยา (Epidemiology) กล่าวถึง การเจ็บป่วยของประชากรว่า เกิดจากความไม่สมดุลของปัจจัยหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ ตัวเชื้อโรค (Agent) บุคคลที่จะรับเชื้อ (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ที่จะเป็นตัวนำเชื้อโรคสู่คน เมื่อใดที่เกิดความไม่สมดุลของปัจจัยทั้งสามประการ เช่น เชื้อโรคอาจมีความแข็งแรงมาก หรือบุคคลมีความอ่อนแอ เพราะอายุ อาชีพ และวิธีการดำเนินชีวิตที่ง่ายต่อการเกิดโรค หรือสิ่งแวดล้อมเปิดโอกาสให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรค ภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ (สันทัด เสริมศรี, 2525:138-139) เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาทางสังคมศาสตร์ จึงสนใจเพียงปัจจัยที่น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยสองประการหลัง ส่วนปัจจัยประการแรก ได้แก่ ตัวเชื้อโรค (Agent) นั้นเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ด้วยวิทยาการทางการแพทย์ ในการศึกษาต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มาทำการศึกษาค้นคว้าซึ่งทำได้ยาก และโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมักเกิดจากพฤติกรรมของบุคคลที่จะรับเชื้อเอง

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2538:27-38) กล่าวถึง ปัจจัยที่ทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลง มีด้วยกัน 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### ปัจจัยภายใน

ปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคลโดยตรงซึ่งบางปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยภายในประกอบด้วย 3 องค์ประกอบทางกาย องค์ประกอบทางจิต และองค์ประกอบทางพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

## 1. องค์ประกอบทางกาย คือ องค์ประกอบที่เป็นมาตั้งแต่เกิดได้แก่

1.1 พันธุกรรม การถ่ายทอดทางพันธุกรรมนั้นเป็นที่ยอมรับว่า ทำให้มีผลต่อสุขภาพของวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุมากทั้งในทางบวกและทางลบ

1.2 เชื้อชาติ เชื้อชาติบางเชื้อชาติป่วยเป็นโรคนาน โรคมากกว่าเชื้อชาติอื่น เช่น โรคโลหิตจางบางชนิดเป็นในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว

1.3 เพศ โรคนานโรคพบบ่อยในเพศใดเพศหนึ่ง โรคที่พบบ่อยในเพศหญิง เช่น โรคนิวในถุงน้ำดี โรคต่อมไทรอยด์ โรคกระดูกพรุน โรคข้ออักเสบ โรคที่พบบ่อยในเพศชาย เช่น โรคกระเพาะอาหาร ไข้เลือด โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น

1.4 อายุ โรคจำนวนมากมีความชุกแตกต่างกันตามอายุ เช่น วัยกลางคนและผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดแข็งหัวใจตีบมากกว่าวัยหนุ่มสาว

## 2. องค์ประกอบทางจิต ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน สภาพอะไรก็ตามที่กระทบกระเทือนทางด้านร่างกายก็จะกระทบกระเทือนต่อจิตใจด้วย และเช่นเดียวกัน สภาพอะไรก็ตามที่กระทบกระเทือนต่อจิตใจก็จะกระทบกระเทือนต่อร่างกายด้วยเช่นกัน

## 3. องค์ประกอบทางพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันนับเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมากที่สุด เพราะเป็นองค์ประกอบที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่

3.1 พฤติกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ได้แก่

3.1.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหารนิสัยการรับประทานอาหารเป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและความชอบของแต่ละคน พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมาก บางคนไม่ชอบรับประทานผักและผลไม้ทำให้กากอาหารน้อย เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ได้ บางคนชอบหรือไม่ชอบรับประทานอาหารบางประเภททำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาอาจทำให้เป็นโรคกระเพาะอาหารได้

3.1.2 พฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการมีอนามัยที่ดี ได้แก่ การแปรงฟัน การอาบน้ำ การดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า

3.1.3 พฤติกรรมการพักผ่อนและการนอนหลับ เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าร่างกายต้องการการพักผ่อน และการพักผ่อนที่ดีที่สุด คือ การนอนหลับ ผู้ที่พักผ่อนไม่เพียงพอจะมีผลเสียต่อสุขภาพ

3.2 พฤติกรรมที่ไม่ใช่กิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปไม่ได้ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน แต่เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำในบางคน พฤติกรรมเหล่านี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

**3.2.1 พฤติกรรมสุขภาพ** ได้แก่ พฤติกรรมที่คนทำแล้วเชื่อว่าทำให้ตนมีสุขภาพดี ได้แก่

พฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การออกกำลังกาย การตรวจร่างกาย การแสวงหาอายุวัฒนะมาบำรุงร่างกาย

พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรเพื่อดูแลสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข หรือการเลือกใช้บริการแบบใดแบบหนึ่งตามความเชื่อของบุคคล

**3.2.2 พฤติกรรมเสี่ยง** คือ พฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วเกิดผลเสียต่อสุขภาพ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายแก่ร่างกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

### ปัจจัยภายนอก

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญ นอกจากปัจจัยภายในที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลแล้ว ปัจจัยภายนอกนับว่ามีความสำคัญไม่น้อยในแง่ของผลกระทบต่อสุขภาพ ปัจจัยภายนอกนี้ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบทางสังคมและองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1. องค์ประกอบทางสังคม** ในแต่ละสังคมมักประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ดังเช่น การศึกษา อาชีพ และเศรษฐกิจ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

**1.1 การศึกษา** การศึกษาที่จัดให้แก่บุคคลในสังคมจะมีผลต่อสุขภาพของบุคคลในสังคม เช่น การศึกษาที่ให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพต่างๆอย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมเหล่านี้จะคิดเป็นนิสัยที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้ ระดับการศึกษาของแต่ละคนยังเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการดำเนินชีวิตด้วย

**1.2 อาชีพ** อาชีพบางอาชีพมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ระบบงานกะและงานล่วงเวลาซึ่งทำให้ต้องปรับตัวอย่างมากในเรื่องเวลา ลักษณะงานที่ทำซ้ำซาก ท่าทางการทำงานที่ผิดธรรมชาติและการทำงานกับเครื่องจักร สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการเจ็บป่วยและสุขภาพอนามัยในระยะยาวทั้งสิ้น

**1.3 เศรษฐกิจ** มีความสำคัญต่อสุขภาพมาก เศรษฐกิจมีผลต่อความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพจะแตกต่างกันไประหว่างกลุ่มที่มีรายได้สูงกับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ผู้มีฐานะยากจนมักจะไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค โดยจะไม่ยอมเสียเวลาไปกับกิจกรรมเหล่านี้ แต่จะให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพและการหารายได้มากกว่า จึงมีผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะวงจรแห่งความชั่วร้าย คือ จน ใจ เจ็บ อยู่ต่อไป

2. องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม มนุษย์มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปจะมีผลกระทบต่อมนุษย์ด้วย องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวมากที่สุด ถ้าสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยไม่ดีแล้วก็จะผลกระทบต่อสุขภาพอย่างแน่นอน ที่อยู่อาศัยที่ส่งเสริมสุขภาพที่สุด คือ ที่อยู่อาศัยที่มีอากาศดี อยู่ห่างไกลจากโรงงานอุตสาหกรรม ไม่มีเสียงรบกวน มีการสุขาภิบาลที่ดี

จากทฤษฎีระบาดวิทยา และแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รวบรวมมาข้างต้น พบว่า ลักษณะต่างๆ ของบุคคล เช่น ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค ซึ่งผู้วิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเรื่องภาวะการเจ็บป่วยของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่า ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา กล่าวคือผู้ที่มีลักษณะภูมิหลังแตกต่างกันน่าจะมีภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

### ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับลักษณะภูมิหลังบางประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วย พบว่า มีหลายปัจจัย ซึ่งได้แก่ ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งลักษณะต่างๆ เหล่านี้มีผลทำให้เกิดความแตกต่างของภาวะการเจ็บป่วย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. ลักษณะทางประชากร

1.1 อายุ อายุเป็นตัวแปรสำคัญในการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคต่างๆ จากทฤษฎีความผิดพลาด(Error Catastrophe Theory) เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะค่อยๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะมากขึ้นจนทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง และจากทฤษฎีทำลายตนเอง(Auto Immune Theory) ซึ่งเชื่อว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติ น้อยลงทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย (สมศักดิ์ศรีสันติสุข, 2539) และเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายมากขึ้นตามอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุในช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี จะพบโรคเรื้อรังหรือความบกพร่องของร่างกาย 4 อย่าง ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปีหรือมากกว่าจะพบประมาณ 5 อย่าง (Hanlon & Pickett 1984:433-434) และจากการศึกษาของสุพรรณ นันทชัย (2534 :63) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 80-96 ปีดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2539 :85) พบว่า ภาวะสุขภาพแปรผันเป็นปฏิกิริยากันกับอายุของผู้สูงอายุ คือ ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ความอ่อนแอทางด้านสุขภาพร่างกายจะเพิ่มขึ้นด้วย

จากการวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่า อายุมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการเจ็บป่วย โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าจะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นผู้ที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า

## 1.2 เพศ

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างของภาวะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ ในสังคมไทยสมัยก่อนที่มีค่านิยมในการให้เกียรติเพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องหาเลี้ยงครอบครัวและมีโอกาสในการศึกษามากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีการดูแลตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง (ดวงพร รัตนอมรชัย , 2535 : 133) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ รจนารถ ล่วงลือ (2536 : 69) ที่พบว่า เพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศชายจึงน่าจะมีการเจ็บป่วยน้อยกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีรายงานว่ามีโรคประจำตัวมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และในเรื่องปัญหาเฉพาะโรคผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายในเกือบทุกโรค โดยเฉพาะโรคปวดตามข้อ นอนไม่หลับ และเป็นลม สอดคล้องกับสุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุชายมีสุขภาพกายและจิตดีกว่าผู้สูงอายุหญิง

จากการทบทวนวรรณกรรมชี้แนะว่า เพศชายน่าจะมีสุขภาพแข็งแรงกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศหญิงจึงน่าจะมีภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย

## 1.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสน่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสมีโอกาสที่จะได้รับความรักความเอาใจใส่ตลอดจนการช่วยเหลือจากสามี หรือภรรยาที่เป็นบุคคลใกล้ชิด ตลอดจนบุคคลในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และลดความเครียดสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (Cohen & Will 1985 : 310) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ นิรินาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534 : 45) และสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 42) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับภัทรพร ไพเราะ (2539 : 108) ที่พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพที่ดีมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก และจากการศึกษาของ มยุรา นพพรพันธ์ (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรส มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุสถานภาพสมรสอื่น



จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วชี้แนะว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสน่าจะมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่น ดังนั้นผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสน่าจะมีภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

## 2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

### 2.1 สถานภาพการทำงาน

สถานภาพการทำงานที่ต่างกัน ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่ต่างกัน ผู้สูงอายุที่ทำงานที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เช่น ลูกจ้างรัฐ/รัฐวิสาหกิจ มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยต่างๆที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรงและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข เช่น การแสวงหาอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม การรับบริการสุขภาพ เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานทำให้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง รายได้ต้องอาศัยจากบุตรหลาน การใช้จ่ายเงินเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองจึงทำได้ไม่เต็มที่ การดูแลสุขภาพตนเองจึงไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น และลักษณะของการทำงานที่แตกต่างกัน มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น คนงานก่อสร้าง รับจ้างแรงงาน หรือเกษตรกรบางกลุ่ม มักมีการปฏิบัติตัวในด้านสุขภาพอนามัยที่ไม่ถูกต้อง (Confrey and Goldstein, 1960 : 193) และการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 147) พบว่า สถานภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด รองลงมา คือ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการเกษตรกรรม และผู้สูงอายุที่ทำงานเป็นลูกจ้างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2539 : 85) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานในรอบปีที่ผ่านมาเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน

สถานภาพการทำงานนับว่าเป็นปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วย เพราะประชากรที่มีสถานภาพการทำงานต่างกันย่อมประสบกับโรคภัยไข้เจ็บต่างกันและมีแบบแผนในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพที่ต่างกัน(สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2525 : 82) และสถานภาพการทำงานจะบอกลถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เช่น ผู้ที่เป็นลูกจ้างรัฐน่าจะมี ความมั่นคงทางเศรษฐกิจมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นและผู้ที่ไม่ได้ทำงาน ผู้ที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจย่อมมีความพร้อมในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ส่วนผู้ที่ไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยจะไม่ค่อยยอมเสียเวลาไปกับกิจกรรมเหล่านี้ แต่จะให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพและรายได้มากกว่า (สถาบันพัฒนากำลังคนทางด้านสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2538 : 36)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วชี้แนะว่า ผู้ที่มีสถานภาพการทำงานที่ต่างกันน่าจะมีการเจ็บป่วยที่ต่างกัน โดยผู้ที่มีสถานภาพการทำงานเป็นลูกจ้างรัฐ/รัฐวิสาหกิจน่าจะมีภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานหรือผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ

## 2.2 รายได้

รายได้เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 175) รายได้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ามีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหาร ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 179) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประสบปัญหาเศรษฐกิจคือ มีรายได้ลดลง และในขณะเดียวกันความต้องการเงินทุนในการใช้จ่ายเพื่อสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตมีมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มักมีอาชีพทางเกษตรกรรมหรือรับจ้างที่รายได้ไม่แน่นอน รายได้ต่ำ ขาดหลักประกันหลังจากหยุดงานที่เคยทำ เนื่องจากความสูงอายุทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งจะเกี่ยวข้องไปถึงสุขภาพร่างกายด้วย กล่าวคือ ผู้ที่วิตกกังวลอยู่เสมอสุขภาพจะเสื่อมโทรม เจ็บไข้ได้ป่วยง่าย (จรัสวรรณ เทียนประภาส 2533 : 10) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ(จำเรียง ฐรมะสุวรรณ และคณะ 2532 : 45 และ สุวิมล พนาวิวัฒนกุล 2534 : 32) และรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ต้นติวิวัฒนเสถียร 2534 :117)

และจากการศึกษาของพนิดา คุณาธรรม (2538 :132) และรจนารถ ถ่วงลือ (2536 : 72) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ในระดับอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุธา วิไลเลิศ (2536 : 55) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกสรรประเภทของอาหารที่มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อร่างกายได้เพียงพอต่อความต้องการ และศรีเรือน แก้วกังวาล (2532 :23) พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯซึ่งมีภาวะเศรษฐกิจดีกว่าจะมีความรู้ดีกว่าตนมีสุขภาพดีกว่าและมีความพึงพอใจชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ที่มีรายได้ที่สูงกว่าน่าจะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงกว่าจึงน่าจะมีภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า

## 3. ลักษณะทางสังคม

### 3.1 การศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาคิดพิจารณาตัดสินใจกระทำ ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษา และดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย จากการศึกษาของกมลพรรณ หอม นาน (2539 :62) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี ในทางตรงกัน

ข้ามผู้ที่มีการศึกษาค่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 :98) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำ รวมทั้งการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 116) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534 : 116) ได้ศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยถูกต้องกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 116) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 มีค่าคะแนนเฉลี่ยวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงที่สุดแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอื่นๆทุกระดับ และจากการศึกษาของ ศรีเรือน แก้วกั้งวาล (2532 ) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ดีกว่าตนเองมีสุขภาพดีกว่าและมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาค่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาจะประสบปัญหาสุขภาพในทุกๆด้านเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมชี้แนะว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่า

### 3.2 เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของบุคคลเนื่องจากผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบทจะมีความแตกต่างกันทั้งในด้านการดำเนินชีวิต สังคม เศรษฐกิจ และความเจริญของวิทยาการต่างๆ สำหรับผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท แม้ว่าความเป็นธรรมชาติของชุมชนชนบทไม่มีความแออัดยัดเยียด ไม่อึกที่ทึดครึกโครม ไม่เร่งรีบและมีความใกล้ชิดผูกพันกันดีภายในครอบครัว และเพื่อนบ้าน แต่จะพบปัญหาการได้รับบริการสาธารณสุข การบริการของเจ้าหน้าที่อนามัย การสุขภาพ ซึ่งอยู่ห่างไกลจากที่อยู่อาศัย ทำให้การดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบทต่างจากผู้สูงอายุในเขตเมือง

จากการศึกษาของภัทรพร ไพเราะ (2539 :111) พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองมีพฤติกรรมปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย จากการรักษาแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท และจากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532 : 3-9 , 26-28) พบว่า ผู้สูงอายุในเมืองจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของ บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532 : 72-74) พบว่า สภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนไม่แออัดดีกว่าผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

และศรีเรือน แก้วกังวาล (2532 :23) พบเช่นเดียวกันว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ จะมีความรู้สึกรู้ว่าตนเอง มีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท

จากการทบทวนวรรณกรรม ชี้แนะว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทน่าจะมีภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

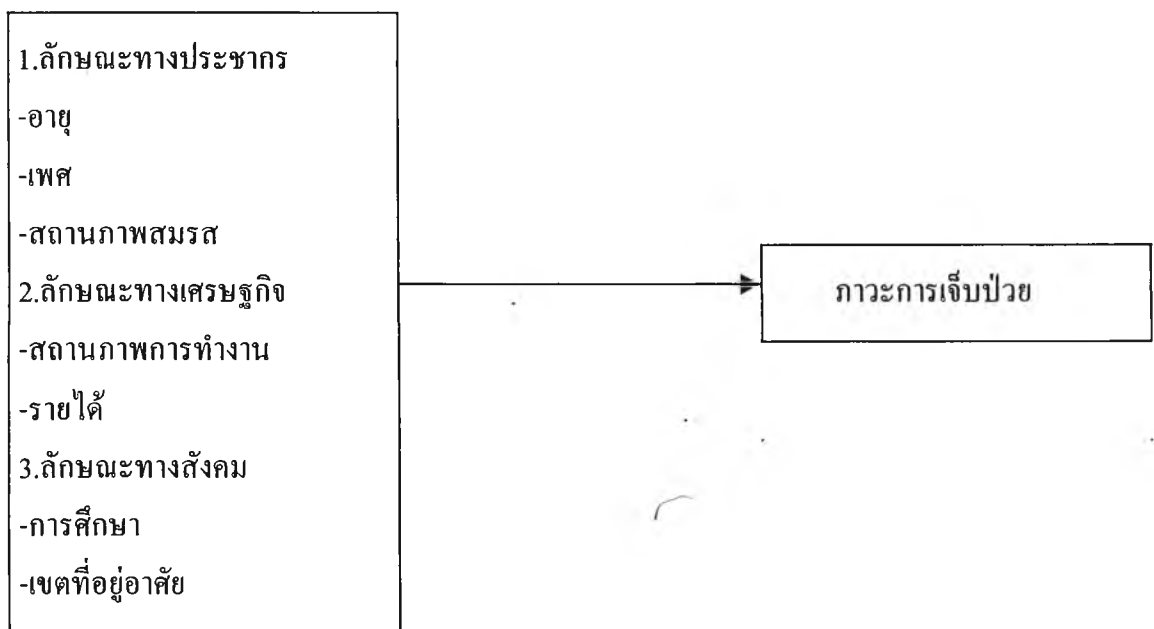
กรอบแนวคิด

จากการศึกษาผลงานวิจัยต่างๆข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยต่างๆที่ต้องการศึกษานำมาสร้าง กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

กรอบแนวคิดที่ 1 ศึกษาเรื่องภาวะการเจ็บป่วยของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่า

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



จากกรอบแนวคิดที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะการเจ็บป่วยเป็นผลโดยตรงของลักษณะ กุณิหลังบางประการของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ การศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย

## ส่วนที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดเชิงทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและแนวคิดต่างๆ ผู้วิจัยยังไม่พบทฤษฎีหรือแนวคิดที่อธิบายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุโดยตรง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยเหล่านั้นมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรโดยทั่วไปได้มีผู้ศึกษาไว้พอสมควร ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่การศึกษาสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีผู้ศึกษาไว้น้อยมาก ดังนั้นในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องนำข้อค้นพบจากการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น หรือในการศึกษาเรื่องที่ใกล้เคียงกันมาประยุกต์ใช้กับการศึกษาในครั้งนี้

### ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไว้เป็น 2 ลักษณะ คือ (1) เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการ คือ สถานพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากสถานพยาบาลเก็บรวบรวมไว้ และค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นงบประมาณที่รัฐบาลต้องรับผิดชอบต่อสถานพยาบาลเหล่านั้น (2) เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย โดยข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งรายละเอียดของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

#### (1) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการ

ธงชัย กาญจนโนภาส และคณะ (2532) ศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเด็ก และผู้มีรายได้น้อยของสถานีอนามัยโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยภูมิ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียน รบ0302 ในปีงบประมาณ 2531 ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สถานีอนามัยจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเฉลี่ย 20.96 บาทต่อครั้งต่อราย โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกจะเสียค่าใช้จ่ายสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เฉลี่ย 63.72 บาทต่อครั้งต่อราย และ 91.99 บาทต่อครั้งต่อราย ตามลำดับ สำหรับค่าใช้จ่ายในแผนกผู้ป่วยใน พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเสียค่าใช้จ่ายมากประมาณ 3 เท่าของผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ทั้งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป

อภิญา สัชนะไชย และคณะ (2533) ได้ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลลำปางในระหว่างปีงบประมาณ 2529-2531 พบว่าในด้านการใช้บริการผู้สูงอายุมีการใช้เป็นส่วนที่สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 9.34 และ 11.96 ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมดตามลำดับ โดยมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อราย นาน 9.72 วัน เปรียบเทียบกับจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมด ซึ่งเท่ากับ 5.85 วัน ต่อราย ในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ในผู้สูงอายุกลุ่มผู้ป่วยใน พบมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่อรายต่อปีในปีงบประมาณ 2529, 2530 และ 2531 เป็นเงิน 2,458.48 บาท 2,981.18 บาท และ 3,568 บาทตามลำดับ สูงกว่ากลุ่มอื่นๆประมาณร้อยละ 58.54 จากข้อมูลพบว่าค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลลำปางใช้ไปในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุมีมูลค่าที่สูง เนื่องจากสัดส่วนของผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และมีค่าใช้จ่ายต่อรายสูงกว่าด้วย

พรทิพย์ วิริยานนท์ (2536) ศึกษาปัจจัยกำหนดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ : กรณีศึกษาจังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่ายา ประเภทผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐบาล ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยรายละ 273.13 บาทต่อครั้ง ประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาล มีจำนวนวันพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยรายละ 7.65 วันต่อครั้ง และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยรายละ 4,296.33 บาทต่อครั้ง ประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน มีจำนวนวันพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.62 วันต่อครั้ง และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยรายละ 5,980.75 บาทต่อครั้งแต่เบิกได้เฉลี่ยรายละ 3,003 บาทต่อครั้ง

## (2) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

บุญยิ่ง ภมรศิริ และคณะ (2529) ศึกษาเรื่องโรคที่พบบ่อยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกสูงอายุที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยใช้ผู้ป่วยนอกสูงอายุจำนวน 1,918 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2528 รวม 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า โรคที่พบบ่อยมากที่สุดคือโรคระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ เฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลรวม 172.04 บาทต่อครั้งต่อราย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536) ศึกษาเรื่องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ โดยใช้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,782 ราย และในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 3,567 ราย ผลการศึกษาพบว่า ในโรงพยาบาลของรัฐ ค่ารักษาพยาบาลต่อวันป่วยของข้าราชการเฉลี่ย 866 บาท จำนวนวันป่วยเฉลี่ย 13.4 วัน ค่ารักษาพยาบาลต่อวันป่วยของข้าราชการบำนาญเฉลี่ย 1,079 บาท และวันป่วยเฉลี่ย 19 วัน ในโรงพยาบาลเอกชน ค่ารักษาพยาบาลต่อวันป่วยของข้าราชการเฉลี่ย 3,194 บาท จำนวนวันป่วยเฉลี่ย

4.4 วัน สามารถเบิกเงินคืนได้ 4,019 บาทต่อราย ค่ารักษาพยาบาลต่อวันป่วยของข้าราชการ บำนาญเฉลี่ย 4,400 บาท และวันป่วยเฉลี่ย 6.5 วัน สามารถเบิกคืนได้ 5,498 บาทต่อราย

รักดาว พวงทอง (2540) ศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล ฆานูวรรลักษณบุรีในการให้บริการประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ ใ้ช้กลุ่มตัวอย่าง 521 คน จาก จำนวนบัตรสุขภาพจำนวน 106 บัตร ผลการศึกษาพบว่า ในแผนกผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 360 บาทต่อคนต่อปี และ 1,708 บาทต่อบัตรต่อปี ในแผนกผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2,565 บาทต่อคน ต่อปี และ 3,943 บาทต่อบัตรต่อปี ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน 1,625 บาทต่อบัตรต่อปีซึ่งสูงกว่าที่โรงพยาบาลได้รับจากรัฐบาลคือ 1,000 บาทต่อบัตรต่อปี

รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ และคณะ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวช ศาสตร์ครอบครัวจำนวน 180 ราย พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมทั้งหมด 117,384 บาท ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อราย 652.13 บาท ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับยารวมทั้งหมด 85,780 บาท ค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวกับยาเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 475.55 บาท ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 145.55 บาท ค่าใช้จ่ายอื่นๆรวมทั้งหมด 5,405 บาท ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายต่ำสุด 20 บาท สูงสุด 3,578 บาท

จากการศึกษาผลงานวิจัยดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันน่าจะมีผลมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และลักษณะอื่นๆ เนื่อง จากการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากรายการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2538 ซึ่งข้อมูล เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลดังกล่าวได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยตรง ดังนั้นในการศึกษา เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลครั้งนี้จึงศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ซึ่งมีรายละเอียดของ ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลดังต่อไปนี้

## 1. ลักษณะทางประชากร

### 1.1 อายุ

อายุน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับจำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพราะอายุที่ต่างกันน่าจะมีการเจ็บป่วยและการใช้บริการรักษาพยาบาลมากน้อยต่างกัน โดยผู้ที่มีอายุน้อยน่าจะเจ็บป่วยน้อยกว่าจึงไปใช้บริการการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมาก ดังนั้นผู้ที่อายุน้อยจึงน่าจะมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่ำกว่าผู้ที่มีอายุมากด้วย ทั้งนี้เนื่องจากสภาวะทางร่างกายเป็นสิ่งที่ กำหนด ในแต่ละช่วงอายุนั้นความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆและความเจริญของร่างกายจะแตกต่างกัน เช่น ในวัยสูงอายุ นอกจากมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่ไม่ดีแล้วยังมีสุขภาพทรุดโทรมเจ็บป่วยง่ายและเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บเกือบตลอดเวลา

จากการศึกษาของ Feraro (1980 : 385) พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 75 ปีและมากกว่า มักรายงานปัญหาสุขภาพของตนว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การเคี้ยวอาหาร การได้ยินและ ป่วยเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น สอดคล้องกับการศึกษาของจาร์วรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 66) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่ำจะมีสุขภาพกายดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุสูงกว่า

และจากการศึกษาของรัตนา กฤษณาธาร (2535 : 59) อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 70-74 ปีและ 75 ปีขึ้นไป มีร้อยละที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี สอดคล้องกับจากการศึกษาโครงการ SECAPT (นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2532: 222) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ อัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีสุขภาพไม่ดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และยังพบอีกว่า ระดับการเจ็บป่วย/บาดเจ็บเพิ่มตามอายุไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชายหรืออาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือชนบท และจากการศึกษาของวริยา สินธุเสก (2535 : 52) พบว่าแพทย์จะสั่งการรักษามากในผู้ป่วยที่มีอายุสูงขึ้น เนื่องจากแพทย์คิดว่าผู้สูงอายุจะมีโอกาสติดเชื้อแบคทีเรียได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาวจึงเป็นเหตุให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีอายุมากเพิ่มสูงขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีอายุที่ต่างกัน จึงน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ที่อายุน้อยกว่ามักจะมีการเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ที่อายุมากกว่า ดังนั้นผู้ที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า

## 1.2 เพศ

เพศน่าจะเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ จากการที่เพศชายได้รับความเคารพยกย่องนับถือจากสังคม ทำให้เพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง (สุนันต์ วงศ์บุญชร, 2537) นอกจากนี้เพศหญิงยังมีความรู้ดีกว่า ตนเองมีความสามารถในการทำงานต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะประเมินสุขภาพของตนว่าไม่แข็งแรง เหมือนกับเพศชาย รวมทั้งมีความเห็นว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย (จาร์วรรณ เหมะธรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2527 : 62-69) และสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 96) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศชายจึงน่าจะมีการเจ็บป่วยน้อยกว่าเพศหญิงและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าเพศหญิง

จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการรายงานว่ามีโรคประจำตัวมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และในเรื่องปัญหาเฉพาะโรคผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายในเกือบทุกโรค โดยเฉพาะโรคปวดตามข้อ นอนไม่หลับ และเป็นลม สอดคล้องกับการศึกษาของพิริสิทธิ์ คำนวนศิลป์และคณะ (2542 : 57) พบว่า เพศชายมีสัดส่วนของการประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีสูงกว่าในกลุ่มของเพศหญิง และเพศหญิงรายงานว่าเป็นโรคปวดข้อ



ปวดเข่า ปวดหลังสูงกว่าเพศชาย และจากการศึกษาปัจจัยกำหนดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสวัสดิการ  
 ค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ : กรณีศึกษาจังหวัดอ่างทองของ  
 พรทิพย์ วิริยานนท์ (2536 : 54) พบว่า เพศหญิงเป็นกลุ่มที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าเพศชาย  
 ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า เพศน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล  
 โดยที่เพศหญิงน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าเพศชาย

### 1.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูง  
 อายุ เพราะผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ มักจะขาดผู้ใกล้ชิดหรือเพื่อนคู่  
 คิด ซึ่งจะทำให้เกิดความว้าเหว้มีผลต่อจิตใจ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ง่ายกว่า จากการศึกษาของ  
 จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ สติปสุวรรณ (2526 : 71)พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส  
 กำลังสมรส จะมีภาวะสุขภาพกายดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่  
 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวิष्ณกุล (2534 : 42) พบว่า สถานภาพสมรสกำลังสมรสมี  
 ความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดวงพร  
 รัตนอมรชัย (2535 : 115) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม  
 ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก การ  
 ที่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสมีสุขภาพดีจึงมักต้องการใช้บริการสถานพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มี  
 สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลัง  
 สมรสน่าจะเลือกใช้บริการสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน เช่นไปโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน  
 มากกว่าการเลือกซื้อยากินเอง เพราะผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสน่าจะมีสถานภาพทาง  
 เศรษฐกิจมั่นคงและดีกว่าผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติภา  
 วรรณวิบูล (2535:126) พบว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยโดยทั่วไปหรือเป็นโรคประจำตัวก็ตาม ผู้สูงอายุ  
 ที่กำลังสมรสจะเลือกใช้บริการแผนปัจจุบันโดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ในสัดส่วนที่สูง  
 กว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ การที่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสเลือกใช้  
 สถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายใน  
 การรักษาพยาบาลของผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัันน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล  
 แตกต่างกัน โดยที่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มี  
 สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

## 2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

### 2.1 สถานภาพการทำงาน

สถานภาพการทำงานที่ต่างกัน ย่อมทำให้มีรายได้และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสามารถซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆในสังคมแตกต่างกัน นอกจากการมีงานทำจะเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นทางเศรษฐกิจ เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวแล้ว ยังทำให้ผู้ทำงานมีสุขภาพทางกายและใจสมบูรณ์แข็งแรงเป็นปกติ มีสถานภาพทางสังคม มีเพื่อนร่วมงาน มีผู้นำหน้าถือตา ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและนับถือตนเอง (นิศา ชูโต, 2525 : 35) สถานภาพการทำงานจะบอกถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เช่น ผู้ที่เป็นลูกจ้างรัฐมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจมากกว่าลูกจ้างเอกชน ผู้เป็นลูกจ้างรัฐจึงมีการดูแลสุขภาพดีกว่า เจ็บป่วยน้อยกว่า จากการศึกษาของละออง สุวิทยาภรณ์ (2534 : 105) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีงานทำมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน และการศึกษาของบุษกร โภมลภมร (2528 : 58) พบว่า ผู้สูงอายุที่รับจ้างสิบสามล้อหรือผู้ที่เปิดร้านขายของชำ ไม่ค่อยมีเวลาเดินเล่นออกกำลังกายเพราะต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องประกอบอาชีพเกษตรต้องอาศัยแรงงานสูงในการประกอบอาชีพต้องตรากตรำทำงานขาดเวลาในการเอาใจใส่สุขภาพที่ทรุดโทรม อวัยวะต่างๆจึงมีความเสื่อมเกิดการสูญเสียได้มาก จะเห็นว่าสถานภาพการทำงานที่ต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ต่างกัน เนื่องจากผู้ที่เป็นลูกจ้างรัฐมักมีการศึกษาคิดว่าและมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจมากกว่าผู้ที่ไม่ทำงานหรือผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ และเมื่อเจ็บป่วยจึงนิยมไปสถานบริการของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของชุตติภา วระวิบูลย์ (2535 : 123) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดีจะนิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐและคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำ ในขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำเลือกใช้บริการจากร้านขายยาแพทย์แผนโบราณในสัดส่วนที่สูงมาก

อาจกล่าวได้ว่า สถานภาพการทำงานที่ต่างก็น่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันด้วย โดยผู้ที่เป็นลูกจ้างรัฐน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ

### 2.2 รายได้

รายได้นับเป็นตัวแปรหนึ่ง ที่น่าจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ แหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ อาจได้มาจากการทำงาน จากบุตรหลาน จากเงินบำนาญ และจากค่าเช่าทรัพย์สิน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนอาจไม่มีรายได้เลย ซึ่งผู้มีปัญหาเกี่ยวกับรายได้ย่อมจะเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาการรักษาสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุสุขภาพทางกายย่อมทรุดโทรมง่ายและมีโอกาสเจ็บป่วยสูงอยู่แล้ว (นิศา ชูโต, 2525 : 60) เมื่อขาดกำลังเงิน

ที่จะช่วยดูแลรักษายามเจ็บป่วย หรือทุนทรัพย์ สำหรับการบำรุงสุขภาพให้อยู่ในสภาพปกติ ก็จะทำให้ปัญหาสุขภาพรุนแรงยิ่งขึ้น จึงมีการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง จากการศึกษาของเขมิกา ยะมารัต (2527 : 105) พบว่า คนชราที่มีรายได้สูงจะมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดีกว่าคนชราที่มีรายได้ต่ำ และบรรลุศิริพานิช (2531 : 57) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวจนถึงอายุ 70-74 ปี ที่ศึกษาทั้งหมดมาจากครอบครัวที่มีรายได้ดีมีฐานะเศรษฐกิจปานกลางถึงร่ำรวย และจากการศึกษาของ Weeks (1984) กล่าวถึงการศึกษาในประเทศอเมริกา ซึ่งพบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองของคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป อย่างชัดเจน ข้อมูลในปี 1976 แสดงว่า กลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวสูงสุดรายงานว่าตนเองมีระดับสุขภาพยอดเยี่ยมสูงสุด (ร้อยละ 38) และกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดรายงานว่าตนเองมีระดับสุขภาพยอดเยี่ยมน้อยที่สุด (ร้อยละ 24)

ถึงแม้ว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะเจ็บป่วยน้อยกว่า แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่จำเป็นต้องต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จากการศึกษาของ J.T Wakely และคณะ (1983 :51) ซึ่งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการให้การรักษาของแพทย์ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ที่แพทย์มักจะนำมาพิจารณาในการตั้งการรักษา คือ ความสามารถในการจ่ายเงินของผู้ป่วย ผู้ที่มีรายได้สูงแพทย์จะสั่งการรักษามากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ที่มีรายได้สูงมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากคนที่มีรายได้สูง มักเป็นผู้ที่มีการศึกษาสูง มีสถานภาพทางสังคมสูงกว่าและมีโอกาสที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันได้มากกว่าคนที่มีรายได้ต่ำ ฐานะยากจน เพราะมีอำนาจในการซื้อบริการที่สูงกว่า ดังนั้นรายได้น่าจะมีผลในทางบวกต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีรายได้ที่ต่างกันน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า

### 3. ลักษณะทางสังคม

#### 3.1 การศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งที่ได้มาด้วยความสามารถ คนที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีรายได้สูงด้วยการศึกษาจะช่วยให้คุณคลมสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผลมีความรู้ เมื่อเจ็บป่วยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะไปรับการรักษาในสถานพยาบาลของเอกชนมากกว่าไปโรงพยาบาลของรัฐหรือสถานอนามัย เพราะมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ซึ่งอาจจะมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย ซึ่ง Pender (1982 : 386) ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงมักจะสนใจในการรักษาสุขภาพและรู้จักเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรา นพพรพันธ์ (2534) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพ จะเห็นว่าคนที่มีการศึกษาสูงน่าจะดูแลสุขภาพของตนเองดี ไม่ค่อยเจ็บป่วยแต่ถ้าเจ็บป่วยจะรักษาดี โอกาสที่จะเจ็บป่วยร้ายแรงหรือเรื้อรังน่าจะน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ

ชุตติกา วรระวีบูล (2535 : 125) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะเลือกใช้โรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยจะเลือกใช้สถานบริการแผนโบราณ หรือซื้อยากินเอง ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

อาจกล่าวได้ว่า การศึกษาที่ต่างกันน่าจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

### 3.2 เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยน่าจะมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ เพราะเขตเมืองและชนบทจะมีความแตกต่างกัน ทั้งในการดำเนินชีวิต ด้านสังคม เศรษฐกิจและความเจริญของวิทยาการ เทคโนโลยีต่างๆอันจะส่งผลต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผลของการพัฒนาที่มักจะกระจุกตัวในเขตเมืองมากกว่าชนบท รวมทั้งสถานบริการรักษาพยาบาลทันสมัยและมีประสิทธิภาพก็หาได้ง่ายในเขตเมือง ดังนั้นการมีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าย่อมมีความสามารถในการบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรงและมีศักยภาพในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้ดีกว่า จากการศึกษาของ รัตนา กฤษณาธาร (2535) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองอื่นๆและชนบท และจากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532 : 26) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ และมีโรคประจำตัวมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง จึงเป็นไปได้ว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตที่มีความเจริญมากจะเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ที่อาศัยในชนบท แต่เมื่อเจ็บป่วยประชาชนในชนบทมักจะไปรับการรักษาพยาบาลที่อำเภอ สถานีอนามัย การรักษาแผนโบราณ และซื้อยากินเอง ที่อยู่ใกล้แหล่งที่อยู่อาศัยของตนเอง ส่วนประชาชนในเขตที่มีความเจริญมักไปสถานบริการเอกชนใกล้บ้านที่มีราคาแพง แต่มีความสะดวกสบายและรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติกา วรระวีบูล (2535 : 123) พบว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยโดยทั่วไปหรือเป็นโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจะเลือกใช้สถานพยาบาลบริการแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐ และคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่ผู้สูงอายุในชนบทจะเลือกใช้บริการแผนโบราณ ไปหาหมอมอพระ ซื้อยากินเอง รวมทั้งการไม่รักษาใดๆเลย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะเห็นว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท

อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกันน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่างกันด้วย โดยผู้ที่อาศัยในเขตชนบทน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมือง

#### 4. ลักษณะอื่นๆ

##### 4.1 แหล่งหรือวิธีการรักษาพยาบาลที่ใช้

แหล่งหรือวิธีการรักษาพยาบาลที่ใช้เมื่อเจ็บป่วยมีหลายอย่าง และมีขั้นตอนแตกต่างกันไปตามความคิดและเหตุผลของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในสังคมนั้น และแต่ละแหล่งนั้นมีค่าบริการทางการรักษาพยาบาลที่ต่างกันด้วย เช่น โรงพยาบาลของรัฐค่ายาถูกกว่าโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น การเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนนั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การรักษากันเองในครอบครัว การปรึกษารือกับเพื่อนบ้านและเครือข่ายทางสังคม การใช้ระบบบริการของรัฐ เอกชน และนอกจากนี้ก็มีการใช้ระบบการแพทย์พื้นบ้านด้วย สถานบริการสุขภาพอนามัยแต่ละประเภทมีการคิดค่าบริการที่ต่างกัน จากการศึกษาของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2527 : 57-58) พบว่า การซื้อยากินเองเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ครั้งละประมาณ 1-100 บาท และการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเสียค่าใช้จ่ายแพงที่สุด ครั้งละประมาณ 5,001-10,000 บาท และจากการศึกษาของชุดิกา วระวิบูล (2535 : 123) พบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยทั่วไป ผู้สูงอายุมักจะซื้อยากินเอง ไปปรึกษาหมอแผนโบราณ หรือไม่รักษาใดๆมากที่สุด (ร้อยละ 37.8) และพบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงนิยมไปโรงพยาบาลของรัฐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน แต่ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะซื้อยากินเองเป็นสัดส่วนที่สูงมาก ซึ่งให้เห็นว่าผู้ que เลือกซื้อยากินเองคิดว่าเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าการไปรักษาโดยวิธีอื่นๆ

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาจึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่เลือกซื้อยากินเองหรือรักษาตัวเองโดยไม่ใช้ยาน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าผู้ที่เลือกใช้แหล่งหรือวิธีการรักษาพยาบาลอื่นๆ

##### 4.2 อาการหรือโรคที่เจ็บป่วย

อาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ถ้าเป็นกรณีที่มีอาการรุนแรงหรือเรื้อรัง ประชาชนมักจะรักษาโดยใช้แผนปัจจุบันหรือไปโรงพยาบาล ส่วนที่มีอาการไม่รุนแรงหรือไม่เรื้อรังก็จะใช้ยาพื้นบ้าน อาจจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเลย จากการศึกษาของบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2525 : 72) ชื่นชม เจริญยุทธ (2522 : 48) และเบญจายอดคำเนิน และคณะ (2523 : 110) พบในทำนองเดียวกันว่า หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรักษาด้วยตนเอง อาการมากขึ้นก็จะพึ่งหมอในท้องถิ่น หรือเจ้าหน้าที่อนามัยเบื้องต้น และถ้าอาการถึงขั้นรุนแรงหรือเรื้อรังจึงพึ่งพาโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามลำดับของความรุนแรงของโรค นอกจากนี้แต่ละโรคค่าใช้จ่ายก็ต่างกันด้วย

จากการศึกษาของวิชัย พิภพผลงาม (2539 : 26) พบว่าการพิจารณาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการ เช่น ประเภทของโรคที่เจ็บป่วย หากเป็นโรคที่เรื้อรังพบว่าต้องเสียค่ารักษาพยาบาลมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ จากการศึกษาของยุพาพิน ประसारธนิคม และคณะ (2536 : 23) พบว่าโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องการการรักษาที่ต่อ

เนื่องและใช้ระยะเวลานาน ต้องมารับบริการบ่อยครั้ง มีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์จะค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระเบียบโครงการบัตรสุขภาพของเทียนฉาย กิระนันท์ (2539 : 143) ที่พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป และจากการศึกษาของ นพวรรณ จงวัฒนา และคณะ (2541 : 67) พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2540 โดยเฉลี่ยโรคมะเร็งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงที่สุด รองลงมาคือ โรคอัมพาตและ อัมพฤกษ์ โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูงมีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุด และจากการศึกษาของบุญยิ่ง ภมรศิริ และคณะ (2529 : 155) พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อราย 172 บาทซึ่งต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคอื่น

จากผลการวิจัยข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น

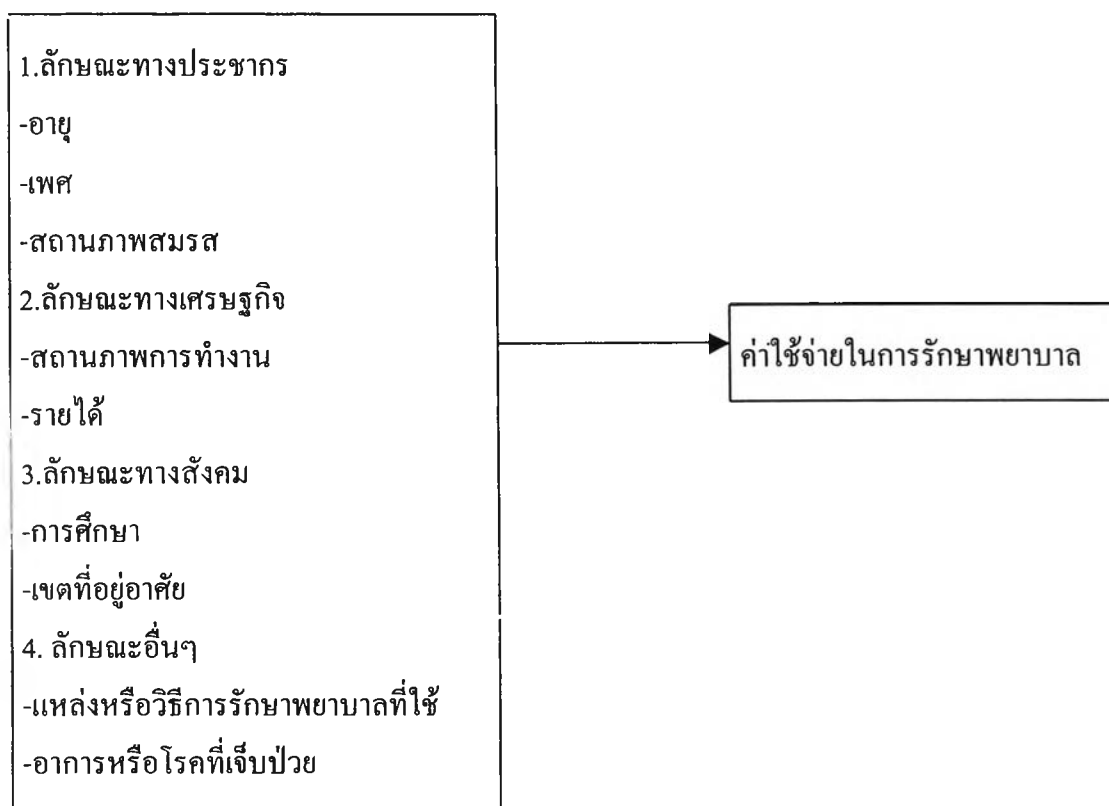
### กรอบแนวคิด

จากการศึกษาผลงานวิจัยต่างๆข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยต่างๆที่ต้องการศึกษานำมาสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

กรอบแนวคิดที่ 2 ศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่า

### ตัวแปรอิสระ

### ตัวแปรตาม



จากกรอบแนวคิดที่ 2 แสดงว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นผลโดยตรงของลักษณะภูมิของบุคคลที่เจ็บป่วย ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย แหล่งหรือวิธีการรักษาพยาบาลที่ใช้ และอาการหรือโรคที่เจ็บป่วย

## สมมุติฐานของการศึกษา

### ส่วนที่ 1 สมมุติฐานเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย

#### สมมุติฐานหลัก

ผู้ที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมต่างกัันน่าจะมีภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

#### สมมุติฐานย่อย

1. ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีสัดส่วนที่เจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า
2. เพศหญิงน่าจะมีสัดส่วนที่เจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย
3. ผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสน่าจะมีสัดส่วนที่เจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่
4. ผู้ที่มีสถานภาพการทำงานเป็นลูกจ้างรัฐ/รัฐวิสาหกิจน่าจะมีสัดส่วนที่เจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ
5. ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนที่เจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า
6. ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนที่เจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า
7. ผู้ที่อาศัยในเขตชนบทน่าจะมีสัดส่วนที่เจ็บป่วยสูงกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมือง

### ส่วนที่ 2 สมมุติฐานเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

#### สมมุติฐานหลัก

ผู้ที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และลักษณะอื่นๆที่ต่างกัันน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน

#### สมมุติฐานย่อย

1. ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า
2. เพศหญิงน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าเพศชาย
3. ผู้ที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่
4. ผู้ที่มีสถานภาพการทำงานเป็นลูกจ้างรัฐ/รัฐวิสาหกิจน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ
5. ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า
6. ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า
7. ผู้ที่อาศัยในเขตชนบทน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมือง
8. ผู้ที่ซื้อยากินเองหรือรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยาน่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าผู้ที่เลือกใช้แหล่งหรือวิธีการรักษาพยาบาลอื่น



9. ผู้ที่เป็นโรกระบบทางเดินหายใจน่าจะมีความคุ้มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าผู้ที่เป็นโรคอื่นๆ

#### ขั้นตอนการศึกษา

เพื่อให้ผลการวิจัยมีความชัดเจน ผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษาเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นแรก จะศึกษาภาวะการเจ็บป่วยของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่าตามลักษณะภูมิหลังบางประการ เพื่อให้เห็นถึงขนาดของประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการต้องมีค่ารักษาพยาบาล

ขั้นที่สอง วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายโดยประมาณของการรักษาพยาบาล ของกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้

ขั้นที่สาม ทดสอบตัวแปรอิสระแต่ละตัวด้วยตนเองว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ถ้ามีความสัมพันธ์กันสูง จะไม่นำมาวิเคราะห์ในสมการเดียวกัน

ขั้นที่สี่ จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงภาวะการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายโดยประมาณของการรักษาพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
2. นำผลการศึกษา มาเสนอเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ