

การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข

Health Policy Evaluation for the Elderly Persons



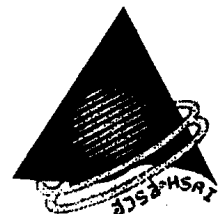
ห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พิธีสิทธิ์	คำนวณศิลป์
ศุภวัฒนากร	วงศ์ธนวุธ
จอห์น	ไบรอัน
อารีย์	พรหมโม

WT
104
พ237ก
2542
ฉ2

เลขหมู่.....
เลขทะเบียน..... HS 0601
วันที่ 9 เดือน ม.ค. ปี 42

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนด้านเงินทุนและวิชาการ
จาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข



การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุข

Health Policy Evaluation for the Elderly Persons

ผู้วิจัย

Researchers

พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ (Peerasit Kamnuansilpa)

ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ (Supawatanakorn Wongthanavasut)

จอห์น ไบรอัน (John Bryant)

อารีย์ พรหมมณี (Aree Prommo)

ข้อมูลการลงรายการในสิ่งพิมพ์

การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข /
โดย พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ ...[และคนอื่น ๆ]

(มหาวิทยาลัยขอนแก่น เอกสารทางวิชาการหมายเลข ก 491)

ISBN 974-676-620-1

1. ผู้สูงอายุ—ไทย—สุขภาพและอนามัย. (1). พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์

RA777.6 ก491

พิมพ์ครั้งแรก

กันยายน 2542

จำนวนพิมพ์

300 เล่ม

ผู้จัดพิมพ์

โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์

87-93 ถ. รื่นรมย์

ต. ในเมือง อ. เมือง

จ. ขอนแก่น

การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการโครงการ

รองศาสตราจารย์ ดร. พิรสิทธิ์	คำนวณศิลป์
------------------------------	------------

นักวิจัยหลักและผู้เขียนรายงาน

รองศาสตราจารย์ ดร. พิรสิทธิ์	คำนวณศิลป์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศุภวัฒน์	วงศ์ธนวุธ
ดร. จอห์น	ไบรอัน
อาจารย์ ดร. อารีย์	พรหมไม้

นักวิจัยร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร	เขียวอยู่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จินตนา	ดีละไกรวรรณ
นางสาวศศิธร	แสงพวงตานนท์
รองศาสตราจารย์เอี่ยมพร	ทองกระจ่าง
นายประจักษ์	บัวผัน

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆ หลายคน และจากหน่วยงานต่างๆ จนมีอาจจะเอ่ยนามได้หมดแต่ที่ผู้วิจัยอดที่จะกล่าวไม่ได้ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ซึ่งนอกจากจะอุปถัมภ์ความสนใจให้แก่ผู้วิจัยแล้วยังได้ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านงบประมาณและวิชาการ บุคคลที่มีส่วนช่วยในการประสานและสนับสนุนทางด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นายแพทย์วิฑูรย์ พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขคนปัจจุบัน คุณเพ็ญจันทร์ ประดับมุข คุณวอลอนันต์ ดันติเกตุ และคุณเพ็ญศรี สงวนสิงห์

นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล ได้ช่วยให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับปรุงแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยประเมินผลครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต โครงการวิจัยสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้ให้ข้อมูลที่ช่วยให้เข้าใจถึงแนวทางและผลงานที่ได้ดำเนินการตามนโยบายทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลที่ได้นี้น่ามาผนวกกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในครัวเรือนจำนวน 2533 คน และผู้สูงอายุอีกจำนวน 355 คน ที่มารับบริการที่สถานบริการในระดับโรงพยาบาลที่ตกเป็นตัวอย่างช่วยให้การศึกษานี้เสร็จสิ้นได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งต่างก็ได้เล็งเห็นความสำคัญของงานวิจัยนี้และได้กรุณาอนุมัติให้ผู้วิจัยที่อยู่ได้บังคับบัญชาได้มีโอกาสมาร่วมทำงานวิจัยในครั้งนี้

ถึงแม้ว่าจะได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ อย่างมาก ผลงานวิจัยชิ้นนี้ก็อาจจะมีข้อบกพร่องที่ต้องได้รับการพัฒนาปรับปรุงอีกมาก คณะผู้วิจัยยินดีรับความผิดพลาดทั้งหมดที่อาจจะมีอยู่เพื่อไปพัฒนาปรับปรุงต่อไป

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2542

บทคัดย่อ

ความสำเร็จของการสาธารณสุขในประเทศไทยมีผลทำให้อัตราการตายและอัตราการเกิดของประชากรลดลง ซึ่งส่งผลให้ทั้งจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรผู้สูงอายุไทยไม่เพียงแต่จะมีจำนวนและสัดส่วนสูงขึ้นเท่านั้น แต่ละคนยังมีอายุโดยเฉลี่ยยืนยาวหรือนานขึ้น ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและปัญหาทางด้านจิตใจ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบายที่จะให้บริการสุขภาพหรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพ ทั้งทางด้านรักษาและป้องกันแก่ผู้สูงอายุ ในจำนวนโครงการหนึ่งซึ่งได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ได้แก่ โครงการให้บริการรักษาฟรีแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งถึงแม้จะได้มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินการ จึงทำให้ไม่อาจทราบได้ว่า การดำเนินการที่ผ่านมาตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่ มีอัตราการครอบคลุมมากน้อยเพียงใด มีปัญหาในเรื่องของความเหมาะสมของวิธีการดำเนินการหรือไม่ ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินว่า นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดำเนินการไปอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุหรือไม่ มีอัตราความครอบคลุมของบริการมากน้อยเพียงใด ตลอดจนความพร้อมและระบบสนับสนุนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการนำนโยบายและแผนงานไปปฏิบัติ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข ในครั้งนี้ ได้ใช้แหล่งข้อมูลทั้งจากการวิเคราะห์เอกสารทางราชการและการสำรวจด้วยตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย กลุ่มผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ และกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีทั้งผู้สูงอายุในชุมชนและผู้สูงอายุที่พบในโรงพยาบาล โดยใช้แผนแบบการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stages sampling) ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาเพื่อถูกนำมาวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ได้ผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัย

1. นโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า นั้น นโยบายดังกล่าวนี้ถูกกำหนดขึ้นโดยมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหา 3 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยมีแผนงานรองรับนโยบายดังกล่าว 4 แผนงาน ได้แก่ แผนงานบริการสาธารณสุข แผนงานส่งเสริมสุขภาพ แผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ

2. จุดมุ่งหมายหลักของนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุมี 3 ข้อ คือ (1) ให้ผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (2) กำหนดให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และ(3) ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ได้รับการส่งเสริมสุขภาพทางด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยจากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง

3. ในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้นหน่วยงานระดับจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลต่างๆ ได้ให้ความสำคัญกับแผนงานส่งเสริมสุขภาพมากกว่าอีก 3 แผนงาน ซึ่งมีผลทำให้การให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุดำเนินการไม่ได้เต็มที่ เช่น พบว่ามีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 44 ของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมีโรงพยาบาลร้อยละ 81 เท่านั้นที่มีการจัดตั้งชมรมของผู้สูงอายุ แต่ก็เป็นการจัดตั้งอยู่ในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐมากกว่าในชุมชนที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและไปร่วมกิจกรรมได้ง่าย

4. การดำเนินการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมายังไม่สามารถทำให้บรรลุนโยบายข้อที่ 1 และข้อที่ 2 กล่าวคือ มีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 70 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาตนเองเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย และยังมีผู้สูงอายุถึงประมาณร้อยละ 10 ที่ยังไม่ได้รับสวัสดิการคุ้มครองทางด้านการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด นอกจากนั้นในจำนวนผู้ที่มีบัตรผู้สูงอายุมีจำนวนร้อยละ 6.5 ที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อมารับบริการในสถานบริการของรัฐ ประมาณร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่มีบัตรประกันสุขภาพต้องเสียค่ารักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐเช่นกัน ในภาพรวมทั้งประเทศจะพบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องเสียค่าบริการรักษาพยาบาลให้สถานบริการของรัฐถึงร้อยละ 15.9 ส่วนนโยบายข้อที่ 3 นั้น พบว่าประสบความสำเร็จเพียงพอในระดับหนึ่ง คือ มีผู้สูงอายุที่เจ็บไข้ได้ป่วยภายในระยะเวลา 1 เดือนก่อนหน้าวันสัมภาษณ์มากกว่าร้อยละ 50 ได้ เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนในด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ถึงแม้ว่าได้มีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุได้ครอบคลุมตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้ก็ตาม แต่ก็ยังเป็นอัตราการ

ครอบคลุมทางด้านปริมาณเท่านั้น ส่วนคุณภาพก็ยังเป็นส่วนที่ต้องได้รับการปรับปรุงให้มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

5. การไม่บรรลุจุดหมายของนโยบายในหลายด้านที่กล่าวมามีผลเนื่องมาจากความด้อยศักยภาพของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติและระบบการบริหารจัดการในทุกระดับ ในระดับกระทรวงพบว่า การกำหนดนโยบายโดยไม่กำหนดแผนงานมารองรับให้ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดไม่เห็นว่าคุณสูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ทำให้มีปัญหาในด้านการจัดสรรงบประมาณ และขณะเดียวกันจังหวัดส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบสารสนเทศที่มีความพร้อมที่จะนำมาใช้ในการวางแผนหรือจัดทำโครงการ ตลอดจนการติดตามและประเมินผลการดำเนินการในโครงการสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ระบบการติดตามและประเมินผลโครงการเป็นไปอย่างไร้ทิศทาง กล่าวคือ กระทำโดยไม่มีตัวชี้วัดความก้าวหน้าและความสำเร็จของงานแต่อย่างใด นอกเหนือจากนี้การขาดระบบสารสนเทศที่เหมาะสมยังมีผลกระทบทำให้การพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุทำได้ไม่เต็มที่ กระทรวงสาธารณสุขควรจะต้องเร่งพัฒนาระบบการสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้บรรลุจุดหมายของนโยบายที่ได้กำหนดไว้

สารบัญเรื่อง

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญเรื่อง	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภูมิขั้นตอน	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการประเมิน	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย	5
แหล่งข้อมูล	5
การเลือกตัวอย่าง	5
ขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุ	10
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	11
การจัดทีมและอบรมทีม	15
แผนการดำเนินงาน	16
การดำเนินการภาคสนาม	17
ปัญหาที่พบจากการทำงานสนาม	21
การบรรณาธิกรข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล	22
การวิเคราะห์ข้อมูล	23
บทที่ 3 นโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	24
นโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย	24
นโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข	27

	หน้า
จุดมุ่งหมายของนโยบาย	28
จุดกำเนิดของนโยบาย	29
กระบวนการในการกำหนดนโยบาย	30
การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	31
บทที่ 4 บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	51
ลักษณะของตัวอย่าง	51
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	57
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	61
ความครอบคลุมของบริการทางด้านสุขภาพ	65
ลักษณะของการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	74
คุณภาพบริการ	80
กระบวนการในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	86
คลินิกผู้สูงอายุ	91
ระบบสนับสนุน	97
บทที่ 5 สรุป	104
ผลการประเมิน	104
การบรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบาย	108
ระบบสนับสนุนการดำเนินการ	110
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	112
ข้อเสนอแนะทางการวิจัย	113
เอกสารอ้างอิง	115
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก: แนวคำสัมภาษณ์กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	117
ภาคผนวก ข: แบบสอบถามสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	123
ภาคผนวก ค: แบบสอบถามโรงพยาบาลจังหวัด/อำเภอ	137

	หน้า
ภาคผนวก ง: แบบสอบถามผู้สูงอายุ	151
ภาคผนวก จ: รายชื่อจังหวัด อำเภอที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา	171

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 : จำนวนตัวอย่างที่กำหนดและสัมภาษณ์ได้	10
ตารางที่ 2 : จำนวนตัวอย่างผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์ได้ จำแนกตามเขตการบริหารงาน ของกระทรวงสาธารณสุข เขตที่อยู่อาศัยและภาค	11
ตารางที่ 3 : แผนการดำเนินงานภาคสนาม โครงการประเมินนโยบายและแผนงาน ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	16
ตารางที่ 4 : จำนวนและร้อยละของจังหวัดที่มีการจัดทำโครงการในแผนงาน 4 แผนงาน	33
ตารางที่ 5 : จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	36
ตารางที่ 6 : เหตุผลที่ทางโรงพยาบาลไม่จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	37
ตารางที่ 7 : การบริการพิเศษที่ทางโรงพยาบาลจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ กรณีที่ โรงพยาบาลนั้นไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	38
ตารางที่ 8 : จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อ ให้บริการสุขภาพจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	38
ตารางที่ 9 : ความถี่ในการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการแก่สุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	39
ตารางที่ 10 : จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่เสีย จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	41
ตารางที่ 11 : จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จำแนกตาม ประเภทของโรงพยาบาล และรายการที่ต้องจ่าย	41
ตารางที่ 12 : จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีนโยบายจะให้ค่าเวชภัณฑ์ ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ ฟรี จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	42
ตารางที่ 13 : จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	44

ตารางที่ 14 :	จำนวนและร้อยละของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้กระทำในชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลและประเภทของกิจกรรม	45
ตารางที่ 15 :	แสดงจำนวนสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทของ โรงพยาบาล	45
ตารางที่ 16 :	วิธีการให้สุขศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	46
ตารางที่ 17 :	ความถี่ในการจัดกิจกรรมทางด้านสุขศึกษา จำแนกตามประเภทของ โรงพยาบาล	46
ตารางที่ 18 :	จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ได้ให้สิทธิพิเศษแก่สมาชิกชมรม	47
ตารางที่ 19 :	สิทธิพิเศษที่โรงพยาบาลให้แก่สมาชิกในชมรม จำแนกตามประเภท ของโรงพยาบาล	47
ตารางที่ 20 :	จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ได้ใช้ชมรมผู้สูงอายุในการ ส่งเสริมสุขภาพของชุมชน	48
ตารางที่ 21 :	ลักษณะการใช้ชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน	49
ตารางที่ 22 :	จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ได้ให้การสนับสนุนการ ดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ	49
ตารางที่ 23 :	การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตาม ประเภทของโรงพยาบาล	50
ตารางที่ 24 :	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นตัวอย่างจำแนกตาม ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม	53
ตารางที่ 25 :	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจำแนก ตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม	55
ตารางที่ 26 :	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศจำแนก ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ	58
ตารางที่ 27 :	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย เพศ และอาการหรือปัญหาสุขภาพ	59
ตารางที่ 28 :	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตามเขต ที่อยู่อาศัยและเพศ จำแนกตามอาการหรือปัญหาสุขภาพ	59

	หน้า
ตารางที่ 29 : การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุและประเภทของอุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์	60
ตารางที่ 30 : การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการอยู่ร่วมกับคนอื่นและเขตที่อยู่อาศัย	63
ตารางที่ 31 : ร้อยละของความถี่ที่ผู้สูงอายุได้พบกับบุตร (กรณีกับผู้สูงอายุมิบุตร แต่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร) จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและกลุ่มตัวอย่าง	64
ตารางที่ 32 : จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จำแนกตามประเภทของกิจกรรม	64
ตารางที่ 33 : จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จำแนกตามผู้ดูแล	65
ตารางที่ 34 : การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามการมีความคุ้มครองด้านสวัสดิการรักษาพยาบาลจำแนกตามคุณลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม	66
ตารางที่ 35 : จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ไปรับการรักษาปัญหาสุขภาพครั้งสุดท้ายใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามแหล่ง	69
ตารางที่ 36 : วิธีการและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ	71
ตารางที่ 37 : การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้บริการสุขภาพตามประเภทของโรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่ร่วมเดินทางไปกับผู้สูงอายุ	73
ตารางที่ 38 : แสดงระยะทางที่ผู้สูงอายุใช้ในการเดินทางไปรับการรักษาในสถานบริการสุขภาพของรัฐ (หน่วย : กิโลเมตร) จำแนกตามบุคคลที่ร่วมเดินทางไปกับผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่าง	74
ตารางที่ 39 : การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามลักษณะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามลักษณะเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ	75
ตารางที่ 40 : แสดงค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้บัตรผู้สูงอายุหรือบัตรประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมและกลุ่มตัวอย่าง	80

ตารางที่ 41 :	ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุใช้ในการรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ จำแนกตามลักษณะของผู้สูงอายุ	81
ตารางที่ 42 :	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามประเภทของโรงพยาบาลและระดับการศึกษาจำแนกตามเหตุผลที่ผู้สูงอายุตัดสินใจมาโรงพยาบาล	83
ตารางที่ 43 :	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามประเภทของโรงพยาบาล จำแนกตามความรู้ที่ได้รับในเรื่องต่าง ๆ ระหว่างมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล	83
ตารางที่ 44 :	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับยาเพื่อการรักษาและการได้รับคำแนะนำในการใช้ยา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	84
ตารางที่ 45 :	การนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อรับการตรวจรักษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	85
ตารางที่ 46 :	กระบวนการในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ณ จุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาล แต่ละประเภท	88
ตารางที่ 47 :	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ตอบปฏิเสธในคำถามที่เกี่ยวกับการประเมินกระบวนการให้บริการบางด้าน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	90
ตารางที่ 48 :	ร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนที่เคยได้ยินคำว่า “คลินิกผู้สูงอายุ”	92
ตารางที่ 49 :	การไปรับบริการและสิทธิพิเศษที่ได้รับ จำแนกตามภาคและเขตที่อยู่อาศัย	93
ตารางที่ 50 :	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เคยได้รับการเยี่ยมตรวจหรือให้บริการสุขภาพที่บ้าน จากเจ้าหน้าที่สถานที่ให้บริการสุขภาพ (สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลต่างๆ) จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและภาค	94
ตารางที่ 51 :	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ในชุมชนที่อาศัย จำแนกตามเขต ที่อยู่อาศัยและภาค	96
ตารางที่ 52 :	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่มีชมรมผู้สูงอายุที่ตอบคำถาม เกี่ยวกับสถานที่ตั้ง กิจกรรมที่ดำเนินการ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ	96

สารบัญแผนภูมิขั้นตอน

หน้า

แผนภูมิที่ 1	แสดงการสุ่มตัวอย่าง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล	8
แผนภูมิที่ 2	แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน	9

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสำเร็จของการสาธารณสุขในประเทศไทยมีผลทำให้อัตราการตายและอัตราการเกิดของประชากรลดลง ซึ่งส่งผลทำให้ทั้งจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อันมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร

เมื่อนำเอาข้อมูลจากการสำมะโนประชากรในปี พ.ศ. 2503 มาวิเคราะห์จะพบว่า ในปี พ.ศ. 2503 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุอยู่ 1.21 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 4.6 ของประชากรทั้งหมดในขณะนั้น แต่ 10 ปีต่อมา คือ ในปี พ.ศ. 2513 จำนวนผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นเป็น 1.7 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 4.9 ในช่วง 10 ปีต่อจากปี พ.ศ. 2513 เป็นช่วงที่อัตราเจริญพันธุ์รวมได้เริ่มลดลงอย่างรวดเร็ว จากประมาณ 6.42 ในช่วงปี พ.ศ. 2503 เป็น 5.01 ในปี พ.ศ. 2513-2518 การลดลงของอัตราเจริญพันธุ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นไป เป็นช่วงที่ประเทศเริ่มมีภาวะเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่า 3 ขณะเดียวกันสัดส่วนของผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ 5.5 ประกอบกับการลดลงของอัตราการตายตามกลุ่มอายุ ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้นถึงเกือบ 2.5 ล้านคน 20 ปีต่อมา คือ ในปี พ.ศ. 2533 ซึ่งเป็นปีล่าสุดของการสำมะโนประชากรในประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างมากถึงกว่า 4 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 7.3 ของประชากรทั้งหมด

ด้วยความจำเป็นที่จะต้องทราบจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ คณะทำงานประมาณประชากรจึงได้ทำการพยากรณ์ว่า ภายในสิ้นปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 5.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 8 ของประชากรทั้งหมดที่มีอยู่ทั้งหมดประมาณ 68.3 ล้านคน คณะทำงานชุดนี้ยังได้พยากรณ์ต่อไปว่าในปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 5.9 ล้านคน และ 7.1 ล้านคน ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 8.6 และ 9.9 ของประชากรตามลำดับ (The Working Group on Population Projections of the Sub-Committee on Population Policy and Planning, NESDB, 1986)

ปรากฏการณ์ทางประชากรอีกปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในประเทศไทย อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราตายตามกลุ่มอายุในทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ การที่ประชากรไทยมีอายุขัยโดยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2503 ประชากรชายไทยมีอายุโดยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 53.64 ปี และประชากรหญิงจะมีอายุโดยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 58.74 ปี อีกสามสิบปีต่อมาคือ ในปี พ.ศ. 2533 อายุโดยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของชายไทยเพิ่มขึ้นเป็น 62.24 ปี ส่วนในประชากรหญิงเพิ่มขึ้นเป็น 66.19 ปี การที่ประชากรไทยมีอายุยืนขึ้นโดยเฉลี่ยอย่างต่อเนื่องนี้ทำให้คาดกันว่า ภายในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2548 ประชากรชายไทยและหญิงไทยจะมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 68.15 ปี และ 72.39 ปี ตามลำดับ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) ปรากฏการณ์ทางประชากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการมีอายุยืนขึ้นของประชากร มีความหมายส่งผลกระทบต่ออันให้เห็นว่า ประชากรผู้สูงอายุไทยไม่เพียงแต่จะมีจำนวนและสัดส่วนสูงขึ้นเท่านั้น แต่ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แต่ละคนยังมีอายุโดยเฉลี่ยยืนยาวหรือนานขึ้น ปรากฏการณ์ทั้งหมดนี้มีผลต่อภาวะการพึ่งพาของประชากรไทย

อัตราส่วนการพึ่งพาของประชากร (Total Dependency Ratio) สามารถแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นภาวะการพึ่งพาของเด็ก (Child Dependency Ratio) และส่วนที่เป็นการพึ่งพาของผู้สูงอายุ (Aged Dependency Ratio) อัตราส่วนการพึ่งพาของเด็กเป็นตัวบอกรหัสสะท้อนให้เห็นถึงภาวะของสังคมที่ต้องแบกรับในการให้การดูแลประชากรเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ส่วนอัตราส่วนการพึ่งพาของผู้สูงอายุเป็นตัววัดถึงภาระที่สังคมต้องแบกรับหรือดูแลประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2503 ประเทศไทยมีอัตราส่วนการพึ่งพา รวมเท่ากับร้อยละ 91.5 ในจำนวนนี้เป็นอัตราส่วนการพึ่งพาของเด็กถึงร้อยละ 82.7 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 8.8 เป็นอัตราส่วนการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2513 หรือ 10 ปีต่อมา อัตราส่วนการพึ่งพาของเด็กได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.3 อันเนื่องมาจากอัตราส่วนการเกิดที่สูง ก่อนหน้าปี พ.ศ. 2513 ขณะเดียวกันอัตราส่วนการพึ่งพาของผู้สูงอายุก็เพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากการลดลงของอัตราส่วนการตายหรือการเพิ่มขึ้นของอายุขัยโดยเฉลี่ย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอายุคาดหว้งโดยเฉลี่ยในหมู่ประชากรผู้สูงอายุ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2513 อัตราส่วนการพึ่งพาของผู้สูงอายุจึงเพิ่มเป็นร้อยละ 9.8 ส่งผลให้อัตราส่วนการพึ่งพา รวมเพิ่มขึ้นเป็น 100.1

ภายหลังจากการลดลงของอัตราภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2523 พบว่า อัตราส่วนการพึ่งพาของเด็กได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนเหลือเพียงร้อยละ 68.0 ในขณะที่อัตราส่วนการพึ่งพาของผู้สูงอายุยังคงอยู่ที่ประมาณร้อยละ 9.7 แต่ในปี พ.ศ. 2533 อัตราส่วนการ

พึ่งพาของเด็กได้ลดลงอย่างมากเหลือเพียงร้อยละ 52.2 สำหรับอัตราส่วนการพึ่งพาของผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 11 จากแนวโน้มดังกล่าวคาดว่าในปี พ.ศ.2563 อัตราส่วนการพึ่งพาของเด็กจะมีค่าใกล้เคียงกันกับอัตราส่วนการพึ่งพาของผู้สูงอายุและอัตราส่วนการพึ่งพาของผู้สูงอายุจะมีค่ามากกว่าอัตราส่วนการพึ่งพาของเด็กในปี พ.ศ. 2573 สถิติที่กล่าวมานี้ชี้ให้เห็นถึงภาระในการแบกรับดูแลผู้สูงอายุที่จะต้องมีเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ความสำคัญของการเพิ่มจำนวน สักส่วน และอัตราส่วนการพึ่งพาของผู้สูงอายุอยู่ที่ภาระการดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตัวชี้วัดตัวหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้แก่ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและปัญหาทางด้านจิตใจ ดังนั้นการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดการโครงการต่าง ๆ ที่ส่งเสริมหรือสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยในคริสต์ศตวรรษที่ 21 ที่กำลังจะมาถึงในระยะเวลาอันใกล้

กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงได้มีการกำหนดนโยบายที่จะให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพทั้งทางด้านการรักษา ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ในจำนวนโครงการหนึ่งซึ่งได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ได้แก่ โครงการให้บริการรักษาฟรีแก่ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามแม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้มีการดำเนินการในด้านการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินการจึงทำให้ไม่อาจทราบได้ว่าการดำเนินการที่ผ่านมาตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่ มีอัตราการครอบคลุมเพียงใด มีปัญหาในเรื่องความเหมาะสมของวิธีการดำเนินการหรือไม่ ดังนั้นจึงควรมีการหาข้อมูลเพื่อประเมินว่า นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดำเนินการไปอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุหรือไม่ และมีอัตราความครอบคลุมมากเพียงใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์ในการประเมินดังต่อไปนี้

1. การบรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบาย และความสอดคล้องของนโยบายกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาถึงกระบวนการในการดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

3. เพื่อประเมินอัตราความครอบคลุมของการมีบัตรผู้สูงอายุและบัตรประกันสุขภาพ ตลอดจนอัตราการไปใช้บริการของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุ
4. เพื่อประเมินความพร้อมของระบบสนับสนุนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
5. เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนทางด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
6. เพื่อศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการนำนโยบายและแผนงานไปปฏิบัติ

ขอบเขตของการประเมิน

การประเมินผลครั้งนี้มีขอบเขตจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ใน 12 เขต ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งเขตการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ของกรุงเทพมหานครจะไม่อยู่ในขอบข่ายของการประเมินผลครั้งนี้ นอกจากนี้การประเมินครั้งนี้ยังจำกัดอยู่เฉพาะสถานบริการสุขภาพในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ จะได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายและแผนงาน ตลอดจนโครงการต่าง ๆ ด้านสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสังเกตด้วยแบบสังเกต การสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับจังหวัด/อำเภอ และผู้สูงอายุที่ตกเป็นตัวอย่าง ด้วยแบบสัมภาษณ์ การอ่านวิเคราะห์เอกสารทางราชการ โดยมีรายละเอียดของระเบียบวิธีวิจัย ดังต่อไปนี้

แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. การศึกษาวิเคราะห์จากเอกสารทางราชการ ซึ่งได้แก่ สถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุตลอดจน นโยบาย แผนงาน และโครงการด้านสุขภาพที่ดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ

2. การสำรวจด้วยตัวอย่าง การดำเนินการในส่วนนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและ อำเภอ และกลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีวิธีการเลือกตัวอย่างในแต่ละกลุ่มดังต่อไปนี้

การเลือกตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งผู้วิจัยได้เจาะจงศึกษาบุคคลต่อไปนี้ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัยและอธิบดีกรมสุขภาพจิต ผู้อำนวยการโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองแผนงานกรมการแพทย์ กรมอนามัยและกรมสุขภาพจิต รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดและอำเภอที่ตกเป็นตัวอย่าง

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งที่อยู่อาศัยในชุมชน และผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

ในส่วนของตัวอย่างในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยที่กลุ่มที่ 2 และกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมีเพียง 2 ขั้นตอน ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน มี 5 ขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนการสุ่มได้แสดงไว้ในแผนขั้นตอนที่ 1 และแผนขั้นตอนที่ 2 โดยมีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 นำจังหวัดทั้งหมดในประเทศไทย ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 75 จังหวัด มาจำแนกเป็น 12 เขต ตามการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข แล้วจึงเลือกจังหวัดตัวอย่างในแต่ละเขต มาเขตละ 2 จังหวัด โดยก่อนที่จะทำการเลือกจังหวัดตัวอย่าง ได้แบ่งกลุ่มของจังหวัดในแต่ละเขตออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะของโรงพยาบาล กล่าวคือ กลุ่มจังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์ และกลุ่มจังหวัดที่มีโรงพยาบาลทั่วไป แล้วเลือกจังหวัดจากแต่ละกลุ่มโดยอิสระต่อกัน กล่าวคือ ทำการเจาะจงเลือกจังหวัดในกลุ่มแรกเป็นจังหวัดตัวอย่าง เขตละ 1 จังหวัด ส่วนในกลุ่มที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จังหวัดตัวอย่างอีกเขตละ 1 จังหวัด ทำให้ได้จังหวัดตัวอย่างจากการเลือกขั้นตอนที่ 1 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 24 จังหวัด แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากเขต 1 มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเพียงลักษณะเดียว จึงได้สุ่มเลือกโรงพยาบาลตัวอย่างในเขต 1 นี้ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นจำนวน 2 โรงพยาบาล ในแต่ละจังหวัดตัวอย่างที่สุ่มได้นี้ได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับจังหวัด ซึ่งได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ขั้นที่ 2 เป็นการเลือกอำเภอที่จะตกเป็นตัวอย่าง ภายหลังจากที่ได้จังหวัดทั้ง 24 จังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 ในการเลือกอำเภอใช้บัญชีรายชื่ออำเภอจากทำเนียบกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย การเลือกในขั้นตอนนี้ได้เจาะจงเลือกอำเภอเมืองของทุกจังหวัดเป็นอำเภอตัวอย่าง ทั้งนี้เพราะมีความจำเป็นที่จะต้องให้ได้ประชากรเมืองที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

ในขั้นตอนนี้เช่นกัน ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มเลือกอำเภออื่น ๆ นอกเหนือจากอำเภอเมืองอีกจังหวัดละ 2 อำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ทำให้ได้ตัวอย่างอำเภอรวมทั้งสิ้นจังหวัดละ 3 อำเภอ ส่งผลให้ได้อำเภอตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ 72 อำเภอ

ในแต่ละตัวอย่างอำเภอที่สุ่มได้นี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งละ 1 วันทำการ ในขั้นตอนนี้มีโรงพยาบาลทั้งสิ้น 3 ประเภทได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในเขตอำเภอเมือง และโรงพยาบาลชุมชนในอำเภออื่นๆ

ขั้นที่ 3 เป็นการเลือกตัวอย่างตำบล ในแต่ละอำเภอที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 2 ได้นำบัญชีรายชื่อตำบลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยมาเป็นกรอบในการสุ่มเลือกตัวอย่างตำบล ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงว่า แต่ละอำเภอจะมีเขตเทศบาลหรือไม่ ตัวอย่างอำเภอใดมีเขตเทศบาลก็จะแบ่งตำบลในอำเภอนั้นออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาล และตำบลที่อยู่นอกเขตเทศบาล ในการเลือกตัวอย่างตำบลในแต่ละอำเภอใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยสุ่มมาอำเภอละ 2 ตำบล ในกรณีที่เป็นการอำเภอที่มีเขตเทศบาลก็กำหนดให้หนึ่งในสองตำบลนั้นเป็นตำบลเขตเทศบาล

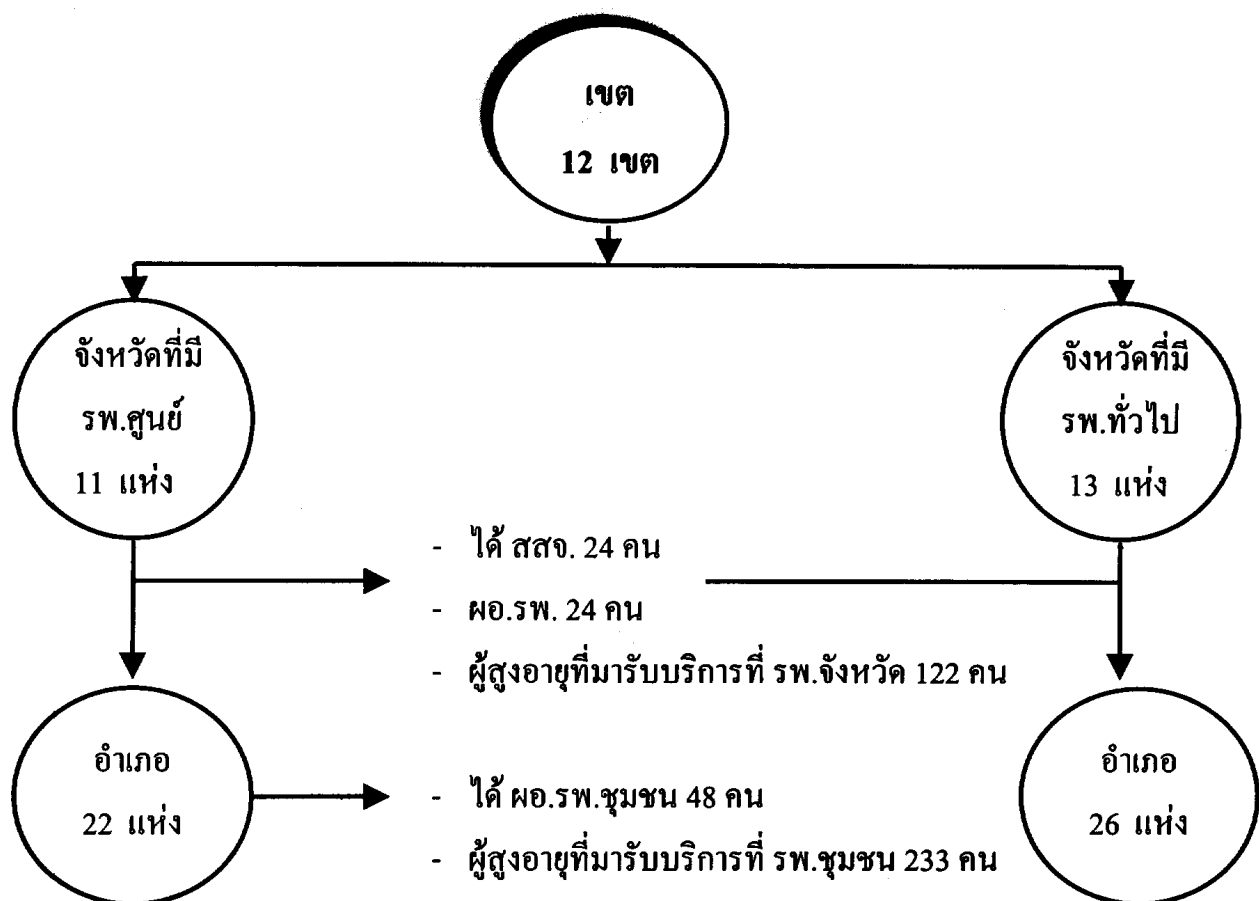
ขั้นที่ 4 เป็นการเลือกตัวอย่างหมู่บ้านในแต่ละตำบลที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 3 ในขั้นตอนนี้เลือกหมู่บ้านมาตำบลละ 1 หมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย สำหรับตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาล ทำการสุ่มโดยวิธีการสร้าง บล็อกจำลอง (Artificial Block) โดยกำหนดให้แต่ละบล็อกจำลองนี้มีขนาดเท่ากับ 100 ครัวเรือน เพื่อกำหนดให้มีฐานะเทียบเท่า 1 หมู่บ้าน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการประมาณค่าของพารามิเตอร์ ด้วยวิธีการเช่นนี้ จะทำให้แต่ละตัวอย่างตำบลในแต่ละเขตเทศบาลมีจำนวนบล็อกจำลองไม่เท่าเทียมกัน อันเนื่องมาจากจำนวนครัวเรือนในแต่ละตำบลแตกต่างกัน จากจำนวนบล็อกจำลองที่มีอยู่ในแต่ละตำบล จะมีการสุ่มมา 1 บล็อกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

ขั้นที่ 5 เป็นการเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุ ในแต่ละหมู่บ้านที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 4 ในขั้นตอนนี้ดำเนินการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Sampling) กรอบที่ใช้ในการสุ่มได้แก่ ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ซึ่งทีมวิจัยได้นำเอาข้อมูลจากสถานีอนามัย และผู้ใหญ่บ้านมาพิจารณาประกอบกัน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นปัจจุบัน สำหรับช่วงของการสุ่ม (Sampling Interval) นั้น ผู้วิจัยคำนวณจากการนำจำนวนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุทั้งหมดในแต่ละหมู่บ้านมาหารด้วยขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านที่ต้องการ

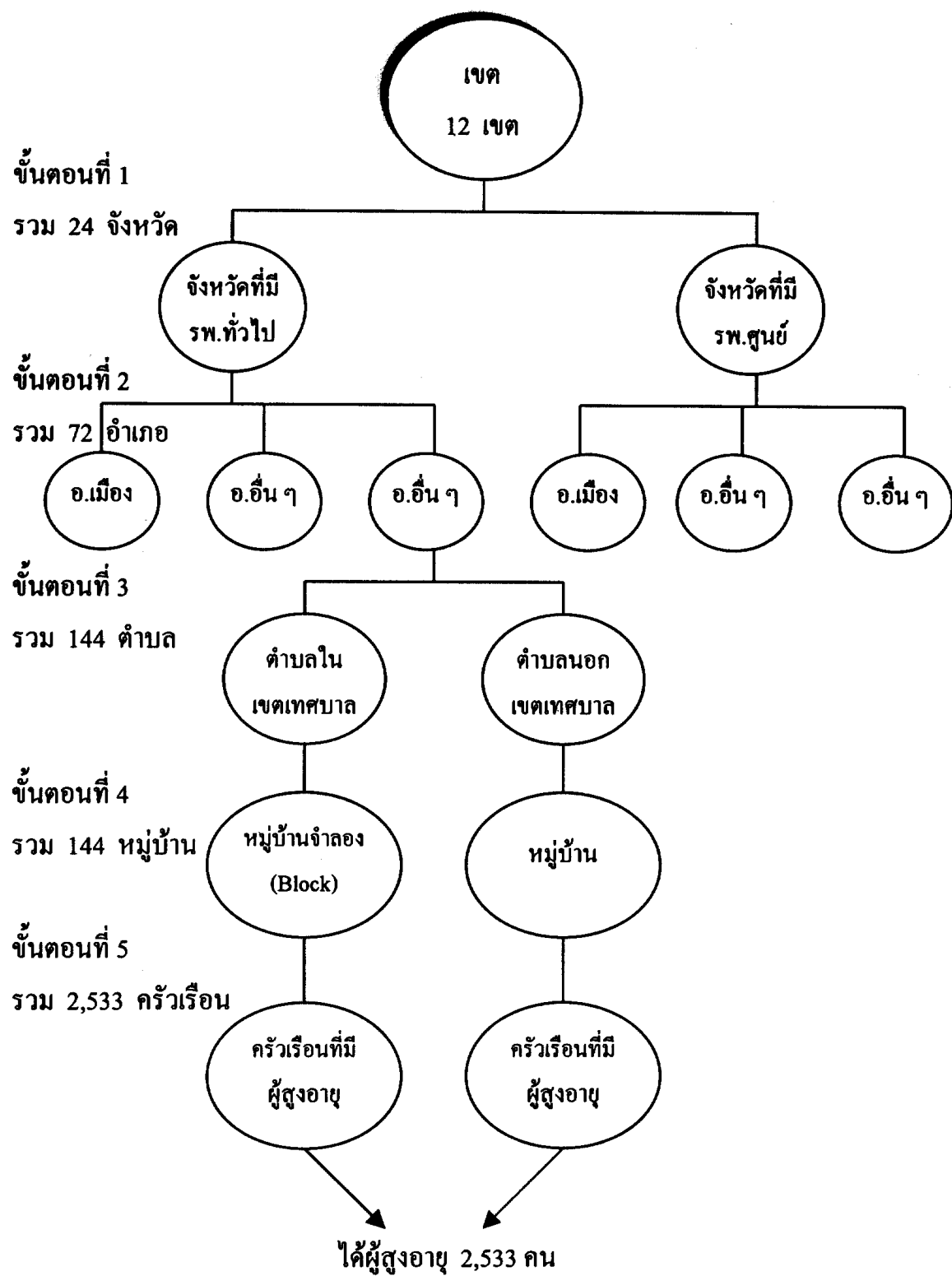
เมื่อสุ่มได้ครัวเรือนใด ก็จะสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้นเพียง 1 คน ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยมีคติฐานว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันจะมีความคล้ายคลึงกันในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการรับบริการสุขภาพ ในกรณีที่ครัวเรือนนั้นมีผู้สูงอายุมากกว่า 1 คน ก็จะมีการสุ่มผู้สูงอายุภายในครัวเรือนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายมาเพียง 1 คน

สำหรับในเขตเทศบาลซึ่งเป็นบล็อกจำลอง ผู้วิจัยได้ทำการแจงนับ (Enumeration) จำนวนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุจากจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 100 ครัวเรือนในแต่ละบล็อก เมื่อได้จำนวนผู้สูงอายุในทุกครัวเรือนแล้ว ก็จะนำจำนวนที่ได้นั้นมาหารด้วยขนาดตัวอย่างที่ต้องการสัมภาษณ์

บางครั้งการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ตกเป็นตัวอย่างไม่สามารถกระทำได้นั้นเนื่องจากผู้สูงอายุไม่อยู่บ้านในวันที่ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงใช้ตัวอย่างทดแทน (Substitute Sample) โดยมีเงื่อนไขว่า ตัวอย่างที่ทดแทนนั้นจะต้องเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนถัดไป แต่อย่างไรก็ตามก่อนที่จะมีการทดแทนในลักษณะนี้ผู้ปฏิบัติงานต้องมีการติดตามหรือกลับไปสัมภาษณ์ถึง 3 ครั้ง



แผนภูมิที่ 1 แสดงการสุ่มตัวอย่าง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล และผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล



แผนภูมิที่ 2 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุไว้จำนวน 2,500 คน เพื่อเป็นตัวแทนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ทั้ง 12 เขต ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ถูกคำนวณให้กระจายไปในแต่ละเขตตามขนาดสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจำนวนประชากรผู้สูงอายุจากสำมะโนประชากรปี 2533 เป็นฐานในการกระจายลงไปตามเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ตามลำดับ ซึ่งทำให้การออกแบบตัวอย่างครั้งนี้ เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบถ่วงน้ำหนักในตัวเอง (Self-Weighted Sample) อย่างไรก็ตามในการคำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละพื้นที่ เมื่อมีค่าเป็นจุดทศนิยมเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการปัดจำนวนประชากรให้เป็นจำนวนเต็ม ทำให้มีขนาดตัวอย่างมากกว่าจำนวนที่ได้กำหนดตั้งแต่ต้น 33 คน ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตต่าง ๆ 12 เขต มีจำนวน 2,533 คน ซึ่งในจำนวนนี้ได้กระจายอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท จำนวน 290 คน และ 2,243 คน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับอัตราส่วนของประชากรในเขตเมืองและชนบทของทั้งประเทศ

เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ต้องการศึกษาถึงคุณภาพหรือกระบวนการในการให้บริการ จำเป็นต้องมีการสัมภาษณ์ และเฝ้าสังเกตผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 1 วันทำการ ทำให้ได้ตัวอย่างผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งจำนวน 355 คน (ดูรายละเอียดของขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มในตารางที่ 1 และตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างที่กำหนดและที่สัมภาษณ์ได้

กลุ่ม	จำนวนที่กำหนด	จำนวนที่สัมภาษณ์ได้
ผู้กำหนดนโยบาย	9	9
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	24	24
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	24	24
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน	48	45
ผู้สูงอายุในชุมชน	2,500	2,533
ผู้สูงอายุที่สถานบริการสุขภาพ	360	355

ตารางที่ 2 จำนวนตัวอย่างผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์ได้ จำแนกตามเขตการบริหารงานของ
กระทรวงสาธารณสุข และเขตที่อยู่อาศัย

เขต	จำนวนผู้สูงอายุที่ พบในสถาน บริการสุขภาพ	จำนวนผู้สูงอายุในชุมชน		
		เขตเมือง	เขตชนบท	รวม
1	30	16	137	153
2	30	14	123	137
3	30	19	166	185
4	31	56	134	190
5	30	34	301	335
6	30	32	298	330
7	30	29	259	288
8	30	15	137	152
9	26	18	171	189
10	33	22	192	214
11	25	17	154	171
12	30	18	171	189
รวม	355	290	2,243	2,533

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึก
แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ระดับลึก เครื่องมือนี้ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้
กำหนดนโยบายโดยมีประเด็นเกี่ยวกับแนวคิดและจุดกำเนิดของนโยบาย การรับรู้เกี่ยวกับ
นโยบาย แผนงาน/โครงการต่าง ๆ ที่รองรับนโยบายผู้สูงอายุ การบริหารจัดการ การติดตาม
และประเมินผล ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ

2. แบบสอบถามผู้บริหารระดับจังหวัด แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อยได้แก่

ส่วนที่ 1 สำหรับสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด คำถามในส่วนนี้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการในการแปลงนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขมาสู่การปฏิบัติ และให้ผู้ตอบประเมินการดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของตนเองว่า บรรลุตามเป้าหมายมากน้อยเพียงไร พร้อมทั้งข้อเสนอแนะว่าถ้าจะให้บรรลุตามเป้าหมาย การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุควรจะดำเนินการอย่างไร

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่งานนโยบายและแผน คำถามในส่วนนี้เป็นการประเมินความพร้อมของระบบสนับสนุนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ระบบสนับสนุน ได้แก่ ระบบฐานข้อมูล งบประมาณ การบริหารเวชภัณฑ์และการติดตามและประเมินผล

ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่งานส่งเสริมสุขภาพหรืองานโรคไม่ติดต่อ คำถามในส่วนนี้เป็นการประเมินความพร้อมของระบบสนับสนุนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่นกันแต่เป็นด้านการฝึกอบรมว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ในการให้บริการสุขภาพ สำหรับบุคลากรที่รับผิดชอบหรือให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือไม่ ถ้ามีการจัดฝึกอบรม วิธีการในการจัดเป็นอย่างไร มีการประเมินความต้องการก่อนสร้างหลักสูตรอบรมหรือไม่

3. แบบสอบถามผู้อำนวยการโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย คือ

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาล วัตถุประสงค์ของคำถามในส่วนนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ การจัดหน่วยเคลื่อนที่ ความเพียงพอของงบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล และนโยบายด้านเวชภัณฑ์ยาของทางโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีคำถามเกี่ยวกับ ข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง

ส่วนที่ 2 สำหรับหัวหน้างานเวชกรรมสังคม คำถามในส่วนนี้จะมุ่งเน้นถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลจัดในการให้บริการผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ การจัดหน่วยเคลื่อนที่ ชมรมผู้สูงอายุ ว่ากิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้มีวิธีการดำเนินการอย่างไร ใครเป็นคนรับผิดชอบ นอกจากนี้ยังมีคำถามเกี่ยวกับระบบสนับสนุนของบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุในด้านการบริหารงานบุคคล การนิเทศ การบริหารงบประมาณ การบริหารเวชภัณฑ์ การฝึกอบรม โดยมีวัตถุประสงค์ในส่วนนี้ เพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของระบบสนับสนุนต่อการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ

4. แบบสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ แบบสังเกตนี้ได้ถูกออกแบบมาเพื่อประเมินกระบวนการในการให้บริการสุขภาพ 5 จุดคือ จุดที่ 1 จุดประชาสัมพันธ์ จุดที่ 2 จุดลงทะเบียนเพื่อทำบัตรสำหรับคนไข้ใหม่ หรือจุดค้นหาบัตรสำหรับคนไข้เก่า จุดที่ 3 จุดรอหน้าห้องตรวจโรคที่ผู้สูงอายุต้องรอคอยก่อนที่จะเข้าไปพบแพทย์ จุดที่ 4 ในห้องตรวจ จุดที่ 5 ห้องจ่ายยา การสังเกตจะเป็นการสังเกตว่าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้มีการปฏิบัติตามรายการมาตรฐานที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในแต่ละจุดจะต้องดำเนินการหรือไม่ นอกเหนือจากการเฝ้าสังเกตการให้บริการของเจ้าหน้าที่ว่าถูกต้องตามกระบวนการมาตรฐานหรือไม่แล้วยังมีการจับเวลาในการบริการ ณ จุดที่ 2 ถึงจุดที่ 5 อีกด้วย

5. แบบสอบถามผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากมีการศึกษาผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชน และผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้นจึงได้แบ่งแบบสอบถามผู้สูงอายุออกเป็น 2 ชุดคือ แบบสอบถามผู้สูงอายุในชุมชน และแบบสอบถามผู้สูงอายุที่มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ โดยในแต่ละชุดมีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 แบบสอบถามผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งออกเป็น 6 ส่วนย่อยได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป อันได้แก่ ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต และการอยู่อาศัยร่วมกับบุคคล แหล่งที่มาและความเพียงพอของรายได้ สวัสดิการด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุจะพึงได้รับจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขทางใดทางหนึ่งหรือแหล่งใดแหล่งหนึ่ง เช่น จากการมีบัตรผู้สูงอายุ บัตรข้าราชการบำนาญ บัตรประกันสุขภาพ การใช้สิทธิบัตรที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจในการเบิกค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ คำถามในส่วนนี้มุ่งประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง โดยผ่านคำถามในเรื่อง อาการหรือปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุประสบในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นว่าถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุจะสามารถเข้าถึงหรือเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขแหล่งใด ในส่วนนี้จะถามถึงการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้สูงอายุทุกคน ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ก่อนหน้าวันสัมภาษณ์ว่า ผู้สูงอายุไปรับบริการที่ใด มีวิธีการเดินทางไปอย่างไร เสียค่าใช้จ่ายเท่าใด ใครเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล มีระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการเท่าใด ใช้เวลาเดินทางเท่าใด เดินทางไปกับใคร ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีบัตรผู้สูงอายุหรือบัตรประกันสุขภาพ ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการใช้บัตรนั้นหรือไม่ มีความรู้

สึกพึงพอใจในการได้รับบริการจากสถานบริการสุขภาพของรัฐหรือไม่ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในส่วนนี้ยังได้พิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือไม่

ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการดูว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองหรือไม่ และในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ผู้สูงอายุมีใครเป็นผู้พึ่งพาหรือมีใครเป็นผู้ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิต และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีคุณค่าในชีวิตของตนเอง

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามที่มุ่งวัดในเรื่องของการตระหนักและประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุตลอดจนสิทธิหรือบริการพิเศษที่ผู้สูงอายุพึงได้รับจากคลินิกผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 การบริการสุขภาพนอกสถานบริการ วัดอุปสรรคของคำถามในส่วนนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลว่า สถานบริการต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้แปลงหรือตอบสนองนโยบายในด้านการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุออกมาในรูปของการให้บริการนอกสถานบริการหรือไม่ หรือว่าเป็นการให้บริการแบบตั้งรับ โดยไม่คำนึงถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุหรือความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการของรัฐ

ส่วนที่ 6 เป็นคำถามที่มุ่งวัดในเรื่องของการตระหนักและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุซึ่งการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมีแนวคิดที่ว่า ถ้าหากผู้สูงอายุสามารถรวมกลุ่มกันได้ ก็จะมีการทำกิจกรรมร่วมกัน และมีโอกาสที่จะพบปะสังสรรค์กันบ่อย ๆ ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกาย ได้รับความรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ อันจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพพลานามัยดี

5.2 แบบสอบถามผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป อันได้แก่ ลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ และการมีสิทธิที่จะพึงได้รับบริการทางด้านสุขภาพ คำถามในส่วนที่ 1 นี้จะมีเนื้อหาสาระเหมือนกับแบบสอบถามส่วนที่ 1 ของผู้สูงอายุในชุมชน

ส่วนที่ 2 การประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คำถามในส่วนนี้เป็นคำถามที่มุ่งเน้นข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรือปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล เหตุผลที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพนี้ การเข้าถึงแหล่งบริการในประเด็นที่เกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระยะทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ร่วมเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ปัญหาต่างๆ ที่ผู้

ใช้บัตรผู้สูงอายุหรือบัตรประกันสุขภาพประสบ นอกจากนี้ยังมีคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจที่ผู้สูงอายุได้รับในการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและคุณภาพบริการที่ผู้สูงอายุได้รับ ซึ่งในส่วนนี้เป็นการประเมินคุณภาพโดยวิธีอัตวิสัย คือ ให้ผู้สูงอายุประเมินตามความรู้สึกของตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ไม่ว่าจะเป็นแนวคำถาม แบบสอบถาม แบบสังเกต ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไข 2 ครั้งคือ ครั้งแรกได้มีการปรับปรุงเมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ และครั้งที่ 2 ได้มีการปรับปรุงหลังจากที่ได้มีการนำไปทดสอบในพื้นที่ (รายละเอียดของแบบสอบถามดูภาคผนวกที่ 1)

การจัดทีมและการอบรมทีม

ในส่วนของการดำเนินการเก็บข้อมูลในภาคสนามได้มีการจัดแบ่งทีมออกเป็น 8 ทีม ทีมที่หนึ่งประกอบด้วย นักวิจัยในโครงการ 2 คน รับผิดชอบในการสัมภาษณ์ผู้บริหารในระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขที่กรุงเทพมหานคร ส่วน 7 ทีมที่เหลือรับผิดชอบการเก็บข้อมูลของจังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่างใน 12 เขต โดยมีรายละเอียดการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบดังนี้ ทีมที่ 1 รับผิดชอบ เขต 1 และเขต 2 ทีมที่ 2 รับผิดชอบ เขต 3 และเขต 6 ทีมที่ 4 รับผิดชอบเขต 7 ทีมที่ 5 รับผิดชอบเขต 8 และเขต 10 ทีมที่ 6 รับผิดชอบเขต 9 ทีมที่ 7 รับผิดชอบเขต 11 และเขต 12 ในแต่ละทีมประกอบไปด้วยหัวหน้าทีม ซึ่งเป็นนักวิจัยในโครงการ 1 คน พนักงานสัมภาษณ์ 10 คน ซึ่งคัดเลือกจากนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี ที่มีประสบการณ์ในการสัมภาษณ์และพูดภาษาถิ่นได้ นอกจากนี้ยังมีผู้ประสานงานซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน และพนักงานขับรถ 1 คน ทำให้แต่ละทีมมีสมาชิกรวมทั้งสิ้นเท่ากับ 13 คน

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในภาคสนาม ได้มีการฝึกอบรมพนักงานสัมภาษณ์ ให้มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ความรู้ความเข้าใจในแบบสอบถามและประเด็นหลักที่คำถามแต่ละคำถามต้องการได้คำตอบ ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสังเกต เทคนิคการสัมภาษณ์ เทคนิคการสังเกต การจับเวลา การสร้างสัมพันธภาพ การบันทึกข้อมูล การบรรณาธิกรณข้อมูลภายหลังการสัมภาษณ์ ตลอดจนกระบวนการต่างๆ ของงานสนาม และการเลือกผู้สูงอายุที่ตกเป็นตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ หลังจากเสร็จสิ้นการอบรมแล้ว มีการฝึกสัมภาษณ์ทั้งในสถานที่และนอกสถานที่ หลังจากฝึกการสัมภาษณ์แล้วพนักงานสัมภาษณ์และทีมวิจัยจะกลับมาประชุมร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจในคำถามต่าง ๆ ที่ไม่กระจ่าง

แผนการดำเนินงาน

โครงการประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ทำการปฏิบัติงานในภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2541 ดังแผนการดำเนินงานในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แผนการดำเนินงานภาคสนาม โครงการประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

เขต	จังหวัด	วันที่เก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมายที่เก็บ
1	ปทุมธานี	7- 9 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	อ่างทอง	10-12 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
2	สิงห์บุรี	13-16 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	สระบุรี	17-20 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
3	ชลบุรี	7- 9 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	ปราจีนบุรี	9-12 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
4	นครปฐม	14-16 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	กาญจนบุรี	17-20 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
5	นครราชสีมา	12-14 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	สุรินทร์	12-14 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
6	ขอนแก่น	20-22 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	กาฬสินธุ์	15-16 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
7	อุบลราชธานี	19-22 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	มุกดาหาร	23-26 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
8	สุโขทัย	15-17 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	นครสวรรค์	12-14 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
9	อุตรดิตถ์	11-15 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	พิษณุโลก	7-10 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ

ตารางที่ 3 แผนการดำเนินงานภาคสนาม โครงการประเมินนโยบาย/แผนงานด้านสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ (ต่อ)

เขต	จังหวัด	วันที่เก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมายที่เก็บ
10	ลำปาง	19-21 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	พะเยา	22-24 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
11	สุราษฎร์ธานี	19-24 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	ระนอง	26-13 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
12	ตรัง	14-17 ตุลาคม 2541	ผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับ
	สงขลา	7-13 ตุลาคม 2541	จังหวัด/อำเภอ
ส่วน กลาง	กรุงเทพมหานคร	ตุลาคม-ธันวาคม 2541	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย ผู้อำนวยการกองแผน งานกรมการแพทย์ กรมอนามัย และ กรมสุขภาพจิต ผู้อำนวยการสถาบัน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการกอง โครงการสังคม

การดำเนินการภาคสนาม

ก่อนที่จะออกดำเนินการภาคสนาม โครงการฯ ได้ทำหนังสือแจ้งไปยังหน่วยงานและบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการกองแผนงานของกรมต่างๆ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นการแจ้งให้ทราบและเป็นการประสานการจัดเก็บข้อมูล การประสานงานต่าง ๆ ได้รับความร่วมมือและสนับสนุนอย่างดีจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุขในการติดต่อนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย การแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ ทราบว่าจะมีคณะวิจัยเข้าไปสำรวจในพื้นที่ นอกจากนี้ยังได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการติดต่อนัดหมายกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เทศบาล องค์การ

บริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ได้รับทำให้คณะผู้วิจัยได้รับความสะดวกเป็นอย่างมากในการเก็บข้อมูลในสนาม

เมื่อพบปะกับผู้ประสานงานของแต่ละจังหวัด นักวิจัยร่วมในโครงการซึ่งจะเป็นหัวหน้าของทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม จะแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานในภาคสนามให้ผู้ประสานของแต่ละจังหวัดทราบ พร้อมทั้งแจ้งหรือจัดทำแผนการปฏิบัติงานในแต่ละจังหวัดร่วมกับผู้ประสานงานในระดับจังหวัด เมื่อเข้าใจวัตถุประสงค์ และแผนการทำงานในระดับจังหวัดแล้ว ผู้ประสานงานในระดับจังหวัดก็จะนำหรือแนะนำให้ผู้วิจัยได้เข้าพบกับผู้บริหารในระดับจังหวัด ซึ่งได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในขณะที่พบ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้าทีมเก็บข้อมูลของแต่ละทีมก็จะแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลภาคสนามให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดได้ทราบ และขออนุญาตทำการสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด พร้อมทั้งทำการประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อที่จะขอทำการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ตกอยู่ในข่ายที่จะต้องถูกสัมภาษณ์

การเก็บข้อมูลภาคสนามได้เริ่มต้นที่การสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และหัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแปลงนโยบายผู้สูงอายุ ออกมาเป็นโครงการหรือบริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ หัวหน้าฝ่ายที่ร่วมในการให้ข้อมูลในระหว่างสัมภาษณ์ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพหรือหัวหน้าฝ่ายโรคไม่ติดต่อ หัวหน้าฝ่ายนโยบายและแผน การสัมภาษณ์จะใช้แบบสอบถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structured Questionnaires) ที่เตรียมไว้ (ดูรายละเอียดของแบบสอบถามในภาคผนวกที่ 1) ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะมีระยะเวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ชั่วโมง

เมื่อเก็บข้อมูลจากผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเรียบร้อยแล้ว หัวหน้าทีมผู้ปฏิบัติงานภาคสนามได้ทำการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ ในแต่ละจังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่างหรืออยู่ในข่ายที่ต้องถูกทำการสัมภาษณ์ ในระหว่างที่ทำการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะมีหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมเข้าร่วมสนทนาหรือให้ข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล โดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงเช่นกัน

ถึงแม้ว่าระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลในตัวจังหวัดจะใช้เวลาเพียงแห่งละ 1 ชั่วโมง แต่เมื่อนำเอาเวลาที่ใช้ในการติดต่อประสานงานต่าง ๆ ในระดับจังหวัดเข้ามารวมด้วยก็จะใช้เวลาในการดำเนิน

การในชั้นตอนนี้ ประมาณ 1 วันเต็ม จึงเป็นการสิ้นสุดภาระกิจงานสนามของวันแรกที่จังหวัด

ภาระกิจของการปฏิบัติงานสนามที่จังหวัดในวันที่สอง มุ่งไปที่การเฝ้าสังเกตการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ และการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งภาระกิจดังกล่าว ทีมผู้วิจัยจะต้องพยายามดำเนินการให้เสร็จภายใน 1 วัน ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดทางด้านเวลาที่กำหนดไว้ ทีมปฏิบัติงานภาคสนามแต่ละทีมได้แบ่งพนักงานสัมภาษณ์ออกเป็น 2 กลุ่มย่อย โดยกลุ่มหนึ่งที่หัวหน้าทีมเห็นว่าเป็นผู้ที่มีทักษะในการเฝ้าสังเกต ก็จะถูกมอบหมายให้ทำการเฝ้าสังเกตการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในจุดต่าง ๆ 5 จุดซึ่งได้แก่ จุดที่ 1 จุดประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล จุดที่ 2 จุดลงทะเบียนเพื่อทำบัตรสำหรับคนไข้ใหม่ หรือจุดค้นหาบัตรสำหรับคนไข้เก่า จุดที่ 3 จุดรอหน้าห้องตรวจโรคที่ผู้สูงอายุต้องรอก่อนที่จะเข้าไปพบแพทย์ จุดที่ 4 ในห้องตรวจ เพื่อที่จะสังเกตเทคนิควิธีการในการตรวจและการให้บริการของแพทย์ต่อผู้สูงอายุ จุดที่ 5 ห้องจ่ายยาเพื่อสังเกตปฏิสัมพันธ์และการให้คำแนะนำ นอกจากพนักงานสัมภาษณ์จะสังเกตกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ในแต่ละจุดได้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุแล้ว พนักงานสัมภาษณ์ยังต้องบันทึกเวลาที่ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการรับบริการในแต่ละจุด

ภาระกิจของกลุ่มย่อยอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องรับผิดชอบในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งจะดำเนินการได้ก็ต่อเมื่อผู้สูงอายุได้รับบริการ ตรวจสุขภาพเรียบร้อยแล้ว ภาระกิจที่จะต้องดำเนินการนี้ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในขณะที่ผู้สูงอายุรอรับยาที่หน้าห้องจ่ายยา มีข้อน่าสังเกตว่าการสัมภาษณ์ ณ จุดนี้ ทำให้ไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยหนักจนถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่กระทำในลักษณะเช่นนี้ จะไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยในแต่อย่างใด

การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและการเฝ้าสังเกตในแต่ละจุดได้มีการกำหนดจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการไว้จำนวนสถานบริการละ 25 คน โดยแบ่งเป็น ผู้สูงอายุเพื่อการสัมภาษณ์ 5 คน และผู้สูงอายุเพื่อการสังเกต จุดที่ 2 ถึงจุดที่ 5 จุดละ 5 คน ยกเว้นในกรณีที่ในวันที่ทำการเก็บข้อมูลนั้น ไม่สามารถจะหาผู้สูงอายุตามจำนวนที่กำหนดไว้ได้ ก็จะเก็บข้อมูลเท่าที่จะเก็บได้

ภาระกิจในวันที่สามของการปฏิบัติงานภาคสนาม จะมุ่งความสนใจหรือวางแผนไว้ที่การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมในขั้นนี้จะเริ่มต้นด้วยหัวหน้าทีมเดินทางพร้อมด้วย

พนักงานสัมภาษณ์ และผู้ประสานงานของจังหวัด เดินทางไปยังพื้นที่ที่ตกเป็นตัวอย่าง ซึ่งจะมีทั้งพื้นที่ในเขตเมืองหรือเขตเทศบาล และในเขตชนบท ในกรณีที่พื้นที่เขตเทศบาล หัวหน้าทีมจะทำการสุ่มหาจุดเริ่มต้น จากแผนที่ของเขตเทศบาลที่ทีมปฏิบัติงานภาคสนามได้ทำการแบ่งพื้นที่ออกเป็นจำนวนบล็อกตามขนาดของครัวเรือน การสุ่มจุดเริ่มต้นนี้เป็นการสุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยนำจำนวนบล็อกทั้งหมดที่แบ่งได้ในเขตเทศบาลมาทำการจับสลากเลือกหมายเลขเพื่อหาจุดเริ่มต้น เมื่อได้จุดเริ่มต้นแล้วพนักงานสัมภาษณ์ก็จะเริ่มทำการจำแนกครัวเรือนให้ครบบล็อกละ 100 ครัวเรือน เมื่อครบ 100 ครัวเรือนแล้ว จะถือว่าครบ 1 บล็อก ในแต่ละจำนวน 100 ครัวเรือนของแต่ละบล็อกนี้ ก็จะถูกเจนนับว่ามีผู้สูงอายุในแต่ละครัวเรือนหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างกรอบในการเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุในแต่ละครัวเรือนสำหรับการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตเมืองหรือเขตเทศบาล

การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตชนบทผ่านกระบวนการและกิจกรรมที่ต่างกัน กล่าวคือ หัวหน้าทีมจะเข้าไปยังตำบลที่ตกเป็นตัวอย่าง เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุของหมู่บ้านที่ตกเป็นตัวอย่างภายในตำบลที่สถานีอนามัยตั้งอยู่ รายชื่อนี้จะถูกนำมาปรับปรุงและเปรียบเทียบกับบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุของผู้ใหญ่บ้านเพื่อทำให้เป็นปัจจุบัน โดยกระบวนการสนทนากับผู้ใหญ่บ้าน และการสัมภาษณ์ผู้รอบรู้หรือมีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Key Informant) ในหมู่บ้านในกรณีที่สามารถเจาะจงหรือหาได้ เมื่อบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันแล้ว ทีมวิจัยก็จะจัดสร้างบัญชีรายชื่อครัวเรือนใหม่เฉพาะครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่เท่านั้น เมื่อได้บัญชีรายชื่อเรียบร้อยแล้วทีมวิจัยได้ทำการสุ่มครัวเรือนตัวอย่างให้ได้จำนวนครบถ้วนตามที่ต้องการ จากนั้นทีมวิจัยได้ขอแผนที่หมู่บ้าน เพื่อทำการแบ่งขอบเขตการสัมภาษณ์สำหรับพนักงานสัมภาษณ์แต่ละคน การเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนจะสามารถเก็บได้เสร็จสิ้นภายใน 1 วัน ยกเว้นในกรณีที่จะต้องกลับไปติดตามสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ให้สัมภาษณ์ในวันแรกทีไปสัมภาษณ์ ทีมวิจัยก็ต้องออกไปติดตามเก็บข้อมูลในวันรุ่งขึ้นอีกวันหนึ่ง

ภารกิจในวันที่ 4 มุ่งเน้นไปที่การสัมภาษณ์ผู้บริหารในโรงพยาบาลชุมชน เช่นเดียวกันกับการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ หัวหน้าทีมงานสนามจะทำการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลก็ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงเช่นกัน ในระหว่างที่หัวหน้าทีมสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน พนักงานสัมภาษณ์ก็จะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม และได้รับมอบหมายให้กลุ่มหนึ่งทำการเฝ้าสังเกตการให้บริการ และ

อีกกลุ่มหนึ่งทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการ โดยมีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการเช่นเดียวกันกับที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด เมื่อดำเนินการตามภาระกิจที่กล่าวมาข้างต้นเสร็จสมบูรณ์แล้ว หัวหน้าทีมงานสนามจะทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้ทั้งหมด หากพบว่ายังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น ยังมีผู้สูงอายุในชุมชนบางคนที่ไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ได้ หัวหน้าทีมก็จะกลับไปติดตามเพื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ในวันก่อนหน้านี้ได้ ในกรณีที่ติดตามแล้วก็ยังไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุได้ หัวหน้าทีมก็จะทำการเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุทดแทนจากผู้สูงอายุที่ได้คัดเลือกไว้แล้วเพื่อทำการถูกสัมภาษณ์แทน ทั้งหมดนี้ทำให้เสร็จสิ้นภาระกิจในแต่ละจังหวัด

อนึ่ง ลำดับที่ของการดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ในกรณีที่ในวันสุดสัปดาห์หรือวันหยุดราชการ ซึ่งไม่สามารถที่จะติดต่อกับสถานที่ราชการได้ หัวหน้าทีมวิจัยก็จะปรับแผนในการดำเนินการสัมภาษณ์เป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล หรือในชนบทแทน

ปัญหาที่พบจากการทำงานสนาม

ในภาพรวมนั้นโครงการนี้ไม่ประสบปัญหาอะไรที่ส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลแต่อย่างไร ส่วนหนึ่งเป็นเพราะได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการติดต่อประสานกับหน่วยงานและพื้นที่ที่ออกไปเก็บข้อมูลภาคสนาม จึงทำให้ได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายเป็นอย่างดี จะมีปัญหาบ้างก็เป็นปัญหาในเรื่องของความไว้วางใจและการยินยอมให้สัมภาษณ์ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ซึ่งก็เป็นปกติวิสัยที่จะพบได้ในโครงการอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องเก็บข้อมูลในเขตเมืองเช่นกัน ทั้งนี้ มีผลเนื่องมาจากธรรมชาติของคนเขตเมือง ที่ขี้หวี่ไม่ไว้วางใจหรือต้องมีความระมัดระวังที่จะพูดคุยกับคนแปลกหน้า แต่ด้วยความรู้และทักษะของพนักงานสัมภาษณ์ที่ได้รับการอบรมมาอย่างดี จึงทำให้พนักงานสัมภาษณ์สามารถสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความไว้วางใจเพียงพอที่จะยินยอมให้สัมภาษณ์

ปัญหาที่พบบ้างในพื้นที่ ได้แก่ อุปสรรคในเรื่องการเดินทางอันเนื่องมาจากภูมิอากาศหรือภูมิประเทศที่ไม่เอื้ออำนวยให้ดำเนินการภาคสนาม เช่น ในภาคใต้ การดำเนินงานสนามเกิดขึ้นในช่วงเวลาฤดูฝน และพื้นที่ที่กลุ่มได้เป็นพื้นที่ที่อยู่ในบริเวณภูเขาทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางเป็นอย่างมาก ดังกรณีที่บางครั้งไม่สามารถจะนำรถยนต์เข้าไปถึงได้

ทีมวิจัยต้องใช้รถจักรยานยนต์ หรือบางครั้งต้องใช้การเดินด้วยเท้าแทน ส่วนในเรื่องของการสนทนาลือสารเนื่องจากทีมวิจัยสามารถที่จะพูดภาษาถิ่นได้ จึงไม่มีปัญหาในเรื่องการสัมภาษณ์แต่อย่างใด

การบรรณาธิกรข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

เนื่องจากคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลเป็นหัวใจของการวิจัยโดยทั่วไป ดังนั้นนักวิจัยทุกคนจึงมีวัตถุประสงค์เดียวกันคือให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ กระบวนการตรวจสอบและบรรณาธิกรข้อมูลทั้งในการปฏิบัติงานในสนามและหลังการปฏิบัติงานสนามจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น และเป็นมาตรการหนึ่งในการยกระดับคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบและบรรณาธิกรข้อมูลในสนามของโครงการนี้ หัวหน้าทีมซึ่งเป็นผู้ควบคุมงานสนามจะทำการตรวจสอบทุกวันว่า ข้อมูลที่พนักงานสัมภาษณ์เก็บรวบรวมมาได้นั้นมีความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์หรือไม่ โดยกำหนดเป็นขั้นตอนในการตรวจสอบดังนี้

1) ในแต่ละวันหลังจากที่พนักงานสัมภาษณ์เสร็จสิ้นภาระกิจในการเก็บข้อมูลแล้ว พนักงานสัมภาษณ์จะต้องตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามหรือแบบสังเกตแต่ละชุดพร้อมทั้งลงรหัสให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนที่จะรวบรวมให้หัวหน้าทีมทำการตรวจสอบต่อไป ในกรณีที่หัวหน้าทีมที่ทำหน้าที่ในการควบคุมงานสนามพบความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามใด ก็จะมีการส่งคืนเพื่อให้พนักงานสัมภาษณ์ปรับแก้ให้สมบูรณ์แล้วรวบรวมส่งหัวหน้าทีมอีกครั้งหนึ่ง หัวหน้าทีมก็จะรวบรวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนเพื่อส่งให้ผู้รับผิดชอบด้านการบันทึกข้อมูล ทำการบันทึกข้อมูลลงแผ่นบันทึกแม่เหล็กด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Data Entry for SPSS

2) เมื่อเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลได้บันทึกข้อมูลลงแผ่นบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นักวิจัยที่ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ข้อมูล ก็จะมีการบรรณาธิกรข้อมูลอีกครั้งด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยมีการบรรณาธิกรในเรื่องข้อมูลหรือค่าที่อยู่ในพิสัยและรหัสที่ยอมรับได้ รหัสแปลกปลอม (Wild Code) ที่พบจากการวิเคราะห์หาค่าด้วยคำสั่ง Frequency จะถูกนำมาปรับแก้ไขใหม่ให้ถูกต้อง ภายหลังจากการแก้ไขในเรื่องค่าที่อยู่นอกเหนือจากรหัสที่กำหนดแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการตรวจสอบความสอดคล้องของค่าต่าง ๆ (Logical Consistency Check) ตัวแปรใดที่มีค่าขาดความสอดคล้องกับค่าในตัวแปร

อื่นก็จะถูกนำมาตรวจสอบความถูกต้องของการลงรหัสและหรือการบันทึกข้อมูลเพื่อคู่ว่าความไม่สอดคล้องกันนั้นมีผลรับเนื่องมาจากการลงรหัสผิดพลาด หรือเกิดจากความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งได้แก่ค่าความถี่ ค่าร้อยละ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง การวัดการกระจาย ในการบรรยายลักษณะของข้อมูล

บทที่ 3

นโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

นโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

นโยบายทางด้านประชากรประเทศไทยที่รัฐบาลได้กำหนดขึ้นในปี พ.ศ. 2513 ไม่ได้ให้ความสนใจทางด้านผู้สูงอายุแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะประเทศไทยในช่วงระยะเวลาก่อนหน้าและขณะนั้นประสบกับปัญหาทางด้านอัตราการเพิ่มของประชากร อันเนื่องมาจากการมีอัตราการเกิดที่สูงพร้อม ๆ กันกับการลดลงของอัตราการตาย ส่งผลให้ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มของประชากรสูง โดยเฉลี่ยอัตราการเพิ่มของประชากรในประเทศไทยในขณะนั้นอยู่ที่ร้อยละ 3.3 ต่อปี ซึ่งอัตราการเพิ่มของประชากรในระดับนี้จะส่งผลให้ประเทศไทยมีจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตัว ภายในเวลาประมาณ 20 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้นหรือรวดเร็วมาก รวดเร็วกว่าที่ระบบเศรษฐกิจและสังคมของไทยในขณะนั้นจะสามารถปรับตัวหรือพัฒนาไปในทิศทางและระดับที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมหรือยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิตของประชากรไทยได้ ดังนั้นนโยบายทางด้านประชากรของประเทศไทยที่กำหนดขึ้นในขณะนั้นจึงมุ่งไปที่หรือถูกนำไปแปลงเป็นกลยุทธ์หรือมาตรการทางด้านการลดอัตราการเพิ่มของประชากรไทย โดยผ่านโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ มีการผสมผสานงานวางแผนครอบครัวกับงานด้านบริหารสุขภาพอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว โดยผ่านเครือข่ายสถานบริการสุขภาพที่ครอบคลุมในทุกระดับ นอกจากนี้องค์กรเอกชนก็ยังมีส่วนร่วมในการเผยแพร่งานวางแผนครอบครัวให้เป็นที่รู้จักแพร่หลายโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก สามารถลด อัตราการเพิ่มของประชากรได้อย่างรวดเร็วส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร และทำให้ประชากรไทยเริ่มมีความชรา (Population Aging) แต่นโยบายประชากรของไทยในขณะนั้นก็ยังไม่ได้ให้ความสนใจในผู้สูงอายุแต่อย่างใด กลุ่มประชากรเป้าหมายที่ได้รับความสนใจตามนโยบายประชากรของประเทศไทยในขณะนั้นอยู่ที่ 2 กลุ่มหลัก คือ แม่และเด็ก ทั้งนี้เพราะสองกลุ่มนี้นอกจากจะเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดแล้วยังเป็นกลุ่มที่มีผลกระทบโดยตรงต่ออัตราการเพิ่มของประชากร แม่และเด็กจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายใหญ่ในนโยบายของประเทศ โครงการพัฒนาทางด้านคุณภาพของประชากรในขณะนั้นภายหลังจากที่ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายประชากรจนกระทั่งปี พ.ศ. 2530 ได้เน้นไปที่การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพ

อนามัยของแม่และเด็ก งบประมาณทางด้านการบริการสาธารณสุขของรัฐส่วนใหญ่ จึงมุ่งไปที่งานอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health) โดยตรงหรือโดยทางอ้อม โดยผ่านแผนงานหรือบริการที่เกี่ยวข้องกับความอยู่รอดของเด็ก (Child Survival Scheme) เช่น งานโภชนาการ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานวางแผนครอบครัว งานสุขภาพจิตและน้ำดื่มที่สะอาด งานดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งก่อนและหลังคลอด เป็นต้น

นโยบายประชากรของประเทศในอดีตไม่ได้ให้ความสนใจกลุ่มผู้สูงอายุแต่อย่างใด ผู้สูงอายุได้รับความสนใจน้อยมากจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ก่อนหน้าปี พ.ศ. 2530 นโยบายและบริการต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุมักถูกมองว่าเป็นเรื่องไม่เร่งด่วน และมีความสำคัญเป็นอันดับรอง เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มสตรี เด็ก และกลุ่มที่อยู่ในวัยแรงงาน เป็นต้น ประชากรผู้สูงอายุเพิ่งได้รับความสนใจจากรัฐบาลไทยในปี พ.ศ. 2525 ทั้งนี้โดยแรงกระตุ้นและเป็นผลสืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2521 ในที่ประชุมสมัชชาโลกนั้นได้มีการรณรงค์ชักชวนให้ประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วยร่วมกันจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อกำหนดนโยบายและแผนงานสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นประเทศไทยโดยอาศัยมติที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2525 จึงได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นเป็นครั้งแรก คณะกรรมการชุดนี้ได้ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย วางแผน และดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยได้จัดทำ “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544” ขึ้น ในแผนนี้ได้กล่าวถึง ปัญหาของผู้สูงอายุ กำหนดนโยบายมาตรการทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการศึกษาเรื่องความมั่นคงของรายได้ สังคม วัฒนธรรม และสวัสดิการสังคมอย่างกว้าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามนโยบายและมาตรการที่ได้กำหนดไว้ในแผนนี้ก็ไม่ได้มีการนำไปแปลงเป็นแผนงานที่จะดำเนินการอย่างจริงจังจนกระทั่งมาถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ได้มีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้รวมกับนโยบายในด้านการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเน้นให้ผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งหรือถูกทอดทิ้งได้รับสวัสดิการและบริการสังคมพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ส่วนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้มองผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาส ซึ่งจะต้องพัฒนาโดย

1. จัดสวัสดิการ เพิ่มเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และขยายบริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ตลอดจนลดหย่อนค่าโดยสารสำหรับพาหนะเดินทางทุกประเภท และบริการสาธารณสุขต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนทั้งในเมืองและชนบทในรูปแบบที่เหมาะสม

2. ส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นความสำคัญ และเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งพิจารณาให้สิ่งจูงใจแก่บุตรหรือญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่ยากจน

3. สนับสนุนให้องค์กรเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรกุศลสาธารณะ องค์กรศาสนา และชุมชน เข้ามามีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ พร้อมทั้งกำหนดให้มีมาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลและส่งเสริมหน่วยงานภาคธุรกิจเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุให้มีการดำเนินงานและจัดบริการตามมาตรฐานขั้นต่ำที่เหมาะสมและเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ

เมื่อวิเคราะห์นโยบายทางด้านผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8 แล้ว จะเห็นว่า แผนฯ ทั้งสองเน้นไปที่นโยบายทางด้านสวัสดิการ สังคมและการสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ โดยมุ่งให้ครอบครัวและเครือญาติเป็นหน่วยหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ เช่น การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย รัฐก็จะเข้าไปช่วยเหลือโดยการกำหนดเป็นนโยบายว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บไข้ได้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า สำคัญของนโยบายทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้ร่วมกันกำหนดขึ้น ได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนแล้ว ในนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2525 - 2544) นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุฉบับนี้ได้เป็นรากฐานของนโยบายว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักทางการนำนโยบายทางด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุไปจัดทำแผนงานและโครงการต่าง ๆ รองรับ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระทรวงที่รับผิดชอบในเรื่องการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ โดยผ่านระบบสาธารณสุขและเครือข่ายสถานพยาบาลในสังกัด นโยบายการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่าเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2530 และได้มีการนำมาปฏิบัติในปี พ.ศ. 2535 โดยเริ่มในจังหวัดที่พร้อมก่อน แต่ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ

นโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มต้นใช้แผนฯ 8 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่ชัดเจนที่จะให้บริการด้านการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร ซึ่งรวมทั้งกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้สูงอายุ นโยบายนี้จะเห็นได้ว่าเป็นวิวัฒนาการหรือพัฒนาไปจากการกำหนดนโยบายที่เน้นเฉพาะกลุ่มสตรี เด็ก และกลุ่มวัยทำงาน เมื่อวิเคราะห์ไปให้ถ่องแท้จะเห็นได้ว่าเป็นการยอมรับและตระหนักในความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากสัดส่วนและจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่ใช่เป็นนโยบายที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกลุ่มผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว แต่อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงนโยบายครั้งสำคัญ กล่าวคือ เปลี่ยนจากประชากรกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยเป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์แต่เพียงตัวนโยบายที่เกี่ยวข้องกับประชากรผู้สูงอายุ แต่เพียงอย่างเดียว โดยไม่ศึกษาถึงการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จึงไม่สื่อความหมายมากนัก ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับกระบวนการในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดังจะกล่าวในหัวข้อต่อ ๆ ไป

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในระดับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขทำให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะสนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเน้นทั้งทางด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ดังคำพูดของผู้บริหารระดับกระทรวงที่กล่าวว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ไม่มีโรค ได้รับการอย่างทั่วถึง โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ” นโยบายนี้มีความชัดเจนและได้รับการตอบสนองด้วยจิตจากกรมอนามัย กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต

แนวความคิดและมุมมองของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกำลังและนำหน้าสำคัญในการผลักดันนโยบายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้มองว่า ผู้สูงอายุกลุ่มประชากรในวัยแรงงานที่สำคัญในอดีตที่ได้แบกรับภาระการดูแลประชากรในวัยพึ่งพาในอดีตมาแล้ว 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี บัดนี้ถึงเวลาที่สังคมจะต้องตอบแทนผู้สูงอายุในฐานะผู้เคยทำประโยชน์ต่อสังคม การให้การดูแลผู้สูงอายุ มิใช่การให้สวัสดิการสงเคราะห์ตามแนวคิดทางด้านการสวัสดิการกลุ่มผู้ยากไร้หรือด้อยโอกาสแต่อย่างใด การที่ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขได้มองหรือเน้นไปที่การนำเอาศักยภาพของผู้สูงอายุมาเป็นตัวกำหนดเงื่อนไขในการรับประโยชน์จากนโยบายทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะเหตุผล

ที่ว่า เป็นการขัดกับวงจรชีวิตและทฤษฎี การไม่ข้องเกี่ยว (Disengagement Theory) ที่มองว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องข้องเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบเชิงเศรษฐกิจสังคม ในบริบทของนโยบายสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นการมองการให้แบบตอบแทนมิใช่เป็นการให้แบบสวัสดิการสงเคราะห์ ดังนั้นนโยบายนี้จึงไม่กล่าวถึง การนำเอาศักยภาพผู้สูงอายุมาเป็นส่วนหนึ่งหรือจักรกลตัวหนึ่งในการดำเนินการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายแต่อย่างใด ซึ่งส่วนนี้เมื่อวิเคราะห์แล้วจะเห็นข้อดีคือ การทำให้นโยบายมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และแปลงไปสู่การปฏิบัติได้ง่าย

จุดมุ่งหมายของนโยบาย

การมีนโยบายแต่ไม่มีจุดมุ่งหมายเปรียบเสมือนเรือที่ไร้หางเสือ หากผู้กำหนดนโยบายไม่กำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจนก็จะทำให้ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการไปตามทิศทางที่ควรจะไป ด้วยเหตุผลเช่นนี้ในการศึกษานโยบายครั้งนี้จึงได้ทำการสัมภาษณ์อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่า “ทางกระทรวงสาธารณสุขมีจุดมุ่งหมายของนโยบายทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างไร” คำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ทำให้ทราบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ โดยรับบริการทางด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง อยู่ในสังคมและครอบครัวอย่างมีความสุข สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี จุดมุ่งหมายที่อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนี้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุขที่ปรากฏในเอกสารเรื่อง “แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8” (กองสาธารณสุขภูมิภาค, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539)

เพื่อให้สามารถประเมินถึงประสิทธิผลของการบรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่า เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฉบับที่ 8 นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องบรรลุจุดมุ่งหมาย ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุ (ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 2) ผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด
- 3) ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ได้รับการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอนามัย จากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข

จุดกำเนิดของนโยบาย

ตามทฤษฎีแล้ว นโยบายสาธารณะต่าง ๆ จะมีจุดกำเนิดมาจากความต้องการในการแก้ไขสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่สังคมหรือประเทศกำลังประสบ การศึกษาถึงจุดกำเนิดของนโยบายใดจึงจะต้องศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของสังคมในขณะนั้นว่าสอดคล้องกับนโยบายและแนวทางแก้ไขปัญหาที่กำหนดหรือไม่

เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุในประเทศไทยประสบ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้สูงอายุในอดีตเพื่อหาข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาอะไรบ้าง ก่อนที่จะนำเอาข้อสรุปนี้ไปเปรียบเทียบกับปัญหาผู้สูงอายุในสายตาหรือความเข้าใจของผู้กำหนดนโยบายในระดับกระทรวงและกรม

จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อสรุปของนายแพทย์สุทรชัย จิตะพันธุ์กุล (2541) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยประสบกับปัญหาต่าง ๆ หลายด้านทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพอนามัย ปัญหาทางด้านสังคมได้แก่ การที่มีผู้สูงอายุถึงประมาณร้อยละ 20 ที่ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังหรือมีปัญหาในด้านการดำรงชีพ ปัญหาที่สำคัญคือ การไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วย (32%) ทำให้เกิดความรู้สึกเหงาหรือว่าเหว (21%) นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางด้านการขาดบ้านหรือที่พักพิงที่มีสภาพดี ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจได้แก่ การที่ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 35 ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทจะประสบปัญหาทางเศรษฐกิจมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ปัญหาทางด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุประสบเป็นปัญหาทางด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นโรคไม่ติดต่อเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ที่มีสภาพทุพพลภาพ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ปัญหาสุขภาพนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลและการรักษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศและของตัวผู้สูงอายุเอง ปัญหาเศรษฐกิจนี้เกิดจากความจำเป็นที่จะต้องมียงบประมาณหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

นอกจากจะศึกษาถึงปัญหาของผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมแล้ว ยังได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้บริหารได้มองว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาหลักอยู่ 3 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เช่นเดียวกันกับที่ปรากฏในผลงานวิจัยในอดีต ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจก็คือ การมีรายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพและยังขาดผู้ดูแลแล้วย่อมสร้างปัญหาไปทับถมให้เกิดความยากลำบากในทางด้านเศรษฐกิจหรือรายจ่ายจากค่ารักษาพยาบาลอีก ดังนั้นนโยบายทางด้านสุขภาพของ

กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้มีการบริการด้านการรักษาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า โดยให้มีการออกบัตรผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุชาวไทยทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป นโยบายนี้หากมีการนำไปปฏิบัติย่อมจะมีผลส่งสะท้อนหรือบรรเทาปัญหาทางด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ได้

ปัญหาผู้สูงอายุในทั้ง 3 ด้านนี้ได้รับการยืนยันและเห็นว่าเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่จากอธิบดีกรมอนามัย กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต จะแตกต่างกันบ้างก็เป็นจุดเน้นในเรื่องของปัญหาสุขภาพเท่านั้นกล่าวคือ อธิบดีกรมสุขภาพจิตจะเน้นในเรื่องปัญหาสุขภาพจิตและความว่าเหวของผู้สูงอายุมากกว่าสุขภาพกาย

กระบวนการในการกำหนดนโยบาย

ในการกำหนดและจัดทำนโยบายผู้สูงอายุนั้นสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในกระบวนการการกำหนดนโยบาย สำนักนโยบายและแผนจะร่วมกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ในการนำเอาข้อมูลในเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุจากแหล่งต่าง ๆ เช่น จากสถิติการให้บริการ จากรายงานการเจ็บป่วยของสถานบริการต่างๆ จากการสำรวจเรื่องสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่รับผิดชอบทางด้านการสำรวจและวิจัย รวมทั้งจากผลงานวิจัยต่าง ๆ ในอดีต ตัวแทนหรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านนโยบายจะมาร่วมประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายด้วยวิธีการเคลฟแล้วให้สำนักนโยบายและแผนไปสรุปเพื่อวิเคราะห์ทบทวนหาข้อสรุปจนกว่าจะได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน เมื่อได้ข้อสรุปเชิงนโยบายแล้วก็จะเสนอให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขนำเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีให้อนุมัติกำหนดเป็นนโยบายของรัฐบาลต่อไป

ในอดีตที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อประกาศออกมาเป็นนโยบายสุขภาพผู้สูงอายุต่าง ๆ กันดังนี้คือ

พ.ศ. 2535 รัฐบาลสมัยนายชวน หลีกภัย ได้กำหนดให้มีการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลครอบครัวที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และให้มีการดูแลสุขภาพเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

พ.ศ. 2538 รัฐบาลสมัยนายบรรหาร ศิลปอาชา กำหนดให้สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข

พ.ศ. 2539 รัฐบาลสมัยพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ กำหนดให้สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้สูงอายุ ให้ได้รับการรักษาพยาบาลของรัฐ โดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดโดยกระบวนการตามที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อนำเสนอผ่านคณะรัฐมนตรีแล้วก็จะแปลงเปลี่ยนเป็นนโยบายของรัฐบาล ที่จะมีผลทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลต่อไป นโยบายของรัฐบาลต่างๆ ที่มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปแปลงเป็นแผนงาน นั้นจะมีปลัดกระทรวงเป็นผู้รับผิดชอบในการมอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุขนำไปจัดทำแผนงานและโครงการต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดหมายของนโยบายสำหรับผู้สูงอายุตามที่ได้กำหนดไว้

กระบวนการในการกำหนดนโยบายที่กล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่า นโยบายทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขเป็นนโยบายที่วางอยู่บนพื้นฐานของการมุ่งแก้ไขปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ และมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การที่จะสามารถแปลงนโยบายของผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติเป็นโครงการหรือกิจกรรมหลักได้ ตัวนโยบายจะต้องมีความชัดเจน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงเริ่มต้นด้วยการศึกษาถึงความชัดเจนของตัวนโยบาย และความสัมพันธ์ของหน่วยงานแต่ละระดับที่เกี่ยวข้อง

ในเรื่องของความชัดเจนของนโยบาย คณะผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานระดับกรม โดยการสัมภาษณ์อธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต และเก็บข้อมูลระดับกองโดยการสัมภาษณ์ ผู้อำนวยการกองแผนงานของทั้งสามกรมที่กล่าวมา ด้วยคำถามที่ว่า “ท่านทราบหรือไม่ว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ” ข้อมูลที่ได้จากการสนทนา และสัมภาษณ์ทำให้ทราบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับกรมและระดับกองมีความเข้าใจในตัวนโยบายของผู้สูงอายุของกระทรวงอย่างชัดเจน อธิบดีทั้งสามกรมและผู้อำนวยการกองแผนงานของทั้งสามกรมต่างมองเห็นและกล่าวซ้ำว่า

“นโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุเป็นนโยบายที่เน้นการมีสุขภาพดีทั้งกาย ใจ และการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า”

หลังจากทราบถึงความชัดเจนของนโยบายแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การมุ่งทำความเข้าใจกับกระบวนการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งจะเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ดูว่ามีการจัดทำหรือกำหนดแผนงานเพื่อรองรับนโยบายหรือไม่ จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการกองแผนงานของกรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับการวิเคราะห์เอกสารทางราชการเกี่ยวกับแผนพัฒนาการสาธารณสุข ได้ข้อสรุปที่ชี้ให้เห็นว่ามีแผนงานที่รองรับนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ 4 แผนงาน ได้แก่

- 1) แผนงานบริการสาธารณสุข
- 2) แผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ
- 3) แผนงานส่งเสริมสุขภาพ
- 4) แผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อเป็นการวิเคราะห์ดูว่าผู้บริหารในระดับจังหวัดอันได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นตัวจักรกลสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายและแผนงานมากน้อยเพียงใด และมีกระบวนการในแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด อันจะส่งผลกระทบไปถึงการให้บริการในทุกระดับภายในจังหวัดหรือไม่ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ด้วยคำถามว่า “จังหวัดของท่านได้จัดทำแผนงานรองรับนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่” คำตอบที่ได้จากคำถามนี้ชี้ให้เห็นว่า ทุกจังหวัดมีแผนงานรองรับนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความชัดเจนของนโยบายทางอ้อม แต่เมื่อถามต่อไปว่า “จังหวัดได้จัดโครงการในแผนงานอะไรบ้างเพื่อรองรับนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุ” คำตอบที่ได้นี้ เมื่อนำมาวิเคราะห์เพื่อดูว่ามีการจัดทำโครงการในแผนงานใดนั้น พบว่า ในแผนงานบริการสาธารณสุขมีจังหวัดที่ตอบว่าได้จัดทำโครงการรองรับนโยบายผู้สูงอายุเพียงหนึ่งจังหวัด และมีจังหวัดที่ตอบว่าได้จัดทำโครงการรองรับโดยผ่านแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพอีกหนึ่งจังหวัด ส่วนจังหวัดที่ตอบว่า มีการจัดทำโครงการโดยผ่านแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพก็มีจังหวัดเดียวกันกัน จังหวัดส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 54 ตอบว่าได้จัดทำโครงการเพื่อตอบสนองนโยบายผู้สูงอายุโดยผ่านแผนงานส่งเสริมสุขภาพ ที่น่าแปลกใจคือ มีจังหวัดถึง 9 จังหวัดหรือประมาณร้อยละ 38 ที่กล่าวว่า ได้มีการจัดทำโครงการเพื่อตอบสนองนโยบายผู้สูงอายุ

ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่สามารถที่จะตอบได้ว่า โครงการที่จังหวัดจัดทำนั้นอยู่ในแผนงานอะไร ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นว่า จังหวัดเหล่านี้ยังไม่เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างแผนงานกับโครงการ และไม่สามารถใช้แผนงานให้เป็นกลไกที่ช่วยในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ (ดูตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของจังหวัดที่มีการจัดทำโครงการในแผนงาน 4 แผนงาน (ตอบได้มากกว่า 1 แผนงาน)

แผนงาน	จำนวน	ร้อยละ
แผนงานบริการสาธารณสุข	1	4.2
แผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ	1	4.2
แผนงานส่งเสริมสุขภาพ	13	54.2
แผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	1	4.2
ไม่ทราบว่าอยู่ในแผนงานใด	9	37.5

ความไม่เข้าใจในความสัมพันธ์ของแผนงานและโครงการ นอกจากจะเห็นได้จากการที่จังหวัดส่วนหนึ่งไม่ทราบว่า โครงการที่ทางจังหวัดจัดทำอยู่ในแผนงานใด ได้รับการยืนยันด้วยข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง เมื่อผู้วิจัยนำเอาตัวโครงการมาจำแนกว่า แต่ละโครงการควรจัดอยู่ในแผนงานใด ผลจากการจำแนกพบว่า ทุกจังหวัดล้วนแต่จัดทำโครงการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโครงการในแผนงานส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด ไม่มีจังหวัดใดเลยที่จัดทำโครงการในอีก 3 แผนงาน

นอกจากนี้ยังพบว่า การที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยผ่านแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจังหวัดทั้ง 24 จังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่างต่างก็มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในจังหวัดของตนเองทั้งสิ้น (ตัวอย่างตัวเลขที่แสดงไว้ในตารางที่ 13) จึงชี้ให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้นว่าจังหวัดไม่เข้าใจความสัมพันธ์ของแผนงานและโครงการในฐานะที่เป็นกลไกสำคัญในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

เมื่อนำเอางบประมาณของทุกโครงการมาคำนวณหางบประมาณโดยเฉลี่ยต่อโครงการ ได้ค่าเฉลี่ยต่อโครงการเท่ากับโครงการละ 45,000 บาท แต่เมื่อคิดค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมจะเท่ากับคนละ 90 บาท อย่างไรก็ตาม โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ไม่

สามารถประเมินผลได้ว่า มีผลกระทบต่อการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมากขึ้นเพียงใด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในกระบวนการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้น จังหวัดมิได้มีการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้จึงไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทและความสำคัญของโครงการส่งเสริมสุขภาพ ในแผนงานส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น จึงมีอาจประเมินได้ว่า โครงการต่าง ๆ มีผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นเพียงใด หรือมีส่วนในการสนับสนุนแผนงานบริการสาธารณสุขอย่างไร

เมื่อไม่สามารถประเมินผลกระทบของแผนงานส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการสนับสนุนการดำเนินงานในแผนงานสาธารณสุข ในการประเมินนโยบายสุขภาพผู้สูงอายุโดยทั่ว ๆ ไป จึงมุ่งไปที่การประเมินอัตราความครอบคลุมของบริการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นผลกระทบหรือจุดมุ่งหมายของนโยบาย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ก็เช่นกัน จุดเน้นอยู่ที่การประเมินผลจากการดำเนินงานในแผนงานบริการสาธารณสุข

ในแผนงานบริการสาธาณสุขนั้น มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก คือ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยวัตถุประสงค์ของแผนงานนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีอยู่ว่า เพื่อพัฒนาและส่งเสริมบริการด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข แต่ในภาพรวมหน่วยงานที่กล่าวมานี้ ต้องมีความรับผิดชอบที่จะให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทุกคน เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการในภาพรวม การที่จะจัดบริการสำหรับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะนั้น ย่อมเป็นไปได้ อย่างไรก็ตามการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานที่สามารถให้บริการสาธารณสุขในระดับจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป สถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล ได้แก่ สถานีอนามัยต่าง ๆ ซึ่งหน่วยงานที่กล่าวมานี้เป็นหน่วยงานที่อยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร สำหรับภายในกรุงเทพมหานคร มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ โรงพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์ ซึ่งไม่อยู่ในขอบข่ายของการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาเพื่อประเมินการดำเนินการในแผนงานบริการสาธารณสุขในจังหวัดต่างๆ ที่ตกเป็นตัวอย่างครั้งนี้ เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์การตอบสนองนโยบายทางการจัดสถานบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ ภายใต้กลยุทธ์ของการเพิ่มการเข้าถึง (Accessibility) และเพิ่มการแพร่กระจาย (Availability) ในเบื้องต้นได้มองไปที่การจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้

สูงอายุได้รับการดูแลและสนใจเป็นพิเศษ นอกจากนี้ ยังได้มองไปที่การตอบสนองนโยบาย และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด การประเมินเริ่มต้น ด้วยการสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้วยคำถามที่ว่า “จังหวัดของท่านได้มีการจัดให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มหรือไม่” คำตอบที่ได้จากผู้ให้สัมภาษณ์ชี้ให้เห็นว่า มีจำนวนจังหวัดถึง 21 แห่ง จากจำนวนจังหวัดทั้งสิ้น 24 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 87.5 ที่มีการจัดบริการสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุ จังหวัดที่ไม่มีการจัดคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จะจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผสมผสานไปกับผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป เมื่อถามถึงเหตุผลที่ไม่จัดบริการคลินิกให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะได้เหตุผลว่า 1) ขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ การจัดคลินิกผู้สูงอายุ โดยไม่มีแพทย์ที่มีความรู้เฉพาะทาง จึงไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อันใดแก่ผู้สูงอายุ 2) มีคลินิกเฉพาะโรคอยู่แล้ว เช่น คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งทางโรงพยาบาลได้มีคลินิกเฉพาะโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุอยู่แล้ว จึงไม่มีความจำเป็นที่จะจัดคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เหตุผลที่กล่าวมาข้อนี้ สะท้อนให้เห็นว่า ผู้บริหารในระดับจังหวัดบางท่านมองข้ามความจริงที่ว่า ผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคหลายโรคพร้อม ๆ กันในเวลาเดียวกัน

นอกจากการสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเกี่ยวกับการจัดให้บริการสุขภาพแยกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และเหตุผลที่ไม่จัดแยกให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุว่ามีเหตุผลอะไรแล้ว ผู้สัมภาษณ์ยังได้ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ประเมินการบริการสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดว่า ได้ดำเนินการบรรลุตามเป้าหมายที่จังหวัดได้ตั้งไว้หรือไม่ คำตอบที่ได้พบว่า เกือบร้อยละ 80 ตอบว่า การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันไม่สามารถดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

การประเมินการดำเนินการในแผนงานบริการสาธารณสุขจะสมบูรณ์ได้ก็ต่อเมื่อมีการศึกษาลงไปในระดับหน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติ อันได้แก่โรงพยาบาลและสถานีอนามัย การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่า “โรงพยาบาลได้มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุหรือไม่” จากจำนวนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 69 โรงพยาบาล พบว่ามีเพียง 30 แห่ง หรือร้อยละ 44 เท่านั้นที่สามารถแปลงนโยบายทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ออกมาในรูปแบบของการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุได้ เมื่อวิเคราะห์ตามประเภทของโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้ยังชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปสามารถจัดคลินิกผู้สูงอายุได้เป็นจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน นั่นคือ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป สามารถตอบสนองนโยบายด้านนี้ได้ดีกว่าโรงพยาบาลชุมชน (ดูตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล (N=69)

ประเภทของโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (N=24)	14	56.0
โรงพยาบาลชุมชน (N=45)	16	36.4
รวมโรงพยาบาลทั้งสองประเภท	30	43.5

ในกรณีที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้ตอบว่า โรงพยาบาลไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ ก็ได้มีการถามต่อไปถึงเหตุผลที่ไม่มีการจัดคลินิกผู้สูงอายุ คำตอบได้แสดงไว้ในตารางที่ 6 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เหตุผลที่โรงพยาบาลไม่สามารถจัดคลินิกผู้สูงอายุมีอยู่หลายเหตุผล ถ้าพิจารณาความสำคัญของเหตุผลที่ไม่ได้จัดคลินิกผู้สูงอายุ ว่ามีปัญหาในเรื่องใดมากที่สุด เหตุผลหลักที่ได้คือ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่มีจำนวนไม่เพียงพอ (61.5%) เนื่องจากผู้ให้สัมภาษณ์เชื่อว่าถ้ามีการจัดคลินิกผู้สูงอายุแยกออกไปอีกต่างหากจากการให้บริการโดยทั่วไป จะต้องใช้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเป็นจำนวนเพิ่มมากขึ้น และบุคลากรที่จะต้องปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้น ก็ควรที่จะเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม คือเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ ในปัญหาสุขภาพและการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ส่วนเหตุผลอื่นๆ เช่น ในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้มีการให้บริการอยู่ในทุกแผนกอยู่แล้ว ประกอบกับอีกส่วนหนึ่งคิดว่าคนไข้ผู้สูงอายุน้อย จึงไม่มีความจำเป็นต้องจัดคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เหตุผลต่างๆ ที่กล่าวมานี้ ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลทุกประเภท ต่างก็ให้เหตุผลคล้ายคลึงกัน (ดูตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เหตุผลที่ทางโรงพยาบาลไม่จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

เหตุผล	ประเภทโรงพยาบาล				รวม	
	รพ.ชุมชน		รพ.ศูนย์/ทั่วไป			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณสมบัติบุคลากรไม่เหมาะสม	3	10.7	6	54.5	9	23.1
บุคลากรไม่เพียงพอ	21	75.0	3	27.3	24	61.5
ผู้สูงอายุสามารถรับบริการได้						
ในแผนกต่างๆ ทุกแผนก	2	7.2	2	18.2	4	10.3
จำนวนผู้ป่วยผู้สูงอายุมีน้อย	2	7.2	0	0	2	5.1
รวม	28	100.0	11	100.0	39	100.0

แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลหลายแห่งจะไม่สามารถจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ได้ดังเหตุผลที่ได้กล่าวไปแล้ว โรงพยาบาลบางแห่งก็ได้มีการจัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ บริการพิเศษที่โรงพยาบาลจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ กรณีที่โรงพยาบาลนั้นไม่มี คลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ การแยกเป็นคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรค ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งเป็นการแยกคลินิกเฉพาะโรคที่พบมากของผู้สูงอายุ นอกนั้นก็มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุประมาณเดือนละครั้ง (10.5 %) (ดังตารางที่ 7) อย่างไรก็ตามบริการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุมิใช่เป็นบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด เหตุผลที่ให้ในข้อนี้จึงเป็นการให้แบบหาเหตุผลป้องกัน (rationalize) ภาพพจน์ของการที่ผู้ตอบทราบว่า คำตอบที่ดีและที่ถูกคืออะไร

ตารางที่ 7 การบริการพิเศษที่ทางโรงพยาบาลจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ กรณีที่ โรงพยาบาลนั้น
ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

การบริการผู้สูงอายุ	ประเภทโรงพยาบาล					
	รพ.ชุมชน		รพ.ศูนย์/ทั่วไป		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แยกเป็นคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกโรคเบาหวาน โรคความ ดันโลหิตสูง	15	78.9	8	100.0	23	85.2
จัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุเดือนละครั้ง	2	10.5	0	0.0	2	7.4
ถักทอ	2	10.5	0	0.0	2	7.4
รวม	19	100.0	8	100.0	27	100

ผู้สูงอายุนอกจากจะสามารถเข้าถึงบริการโดยผ่านคลินิกผู้สูงอายุหรือคลินิกทั่วไปใน
โรงพยาบาลแล้ว ผู้สูงอายุยังอาจจะเข้าถึงบริการได้อีกทางหนึ่ง เมื่อโรงพยาบาลมีการออก
หน่วยให้บริการสุขภาพเคลื่อนที่ เพื่อให้เห็นภาพการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุชัดเจนยิ่งขึ้น
ในการศึกษานี้จึงได้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการออกหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ของโรง
พยาบาลต่างๆ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้างานเวชกรรม
สังคมเกี่ยวกับการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการสุขภาพ จึงเห็นว่าโรงพยาบาลศูนย์และ
โรงพยาบาลทั่วไป มีการออกหน่วยเคลื่อนที่เป็นจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน (ดูตาราง
ที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการ
สุขภาพจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล (N = 69)

ประเภทของโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลชุมชน	32	71.1
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	21	87.5
รวม	53	76.8

เมื่อศึกษาถึงความถี่ในการออกหน่วยเคลื่อนที่ พบว่า ในจำนวนโรงพยาบาลที่มีการออกหน่วยเคลื่อนที่ มากกว่าครึ่งที่มีการออกหน่วยเคลื่อนที่ไม่มากกว่าเดือนละครั้ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความครอบคลุมของพื้นที่ที่ย่อมต่ำ เมื่อเปรียบเทียบความถี่ในการออกหน่วยเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป กับโรงพยาบาลชุมชนแล้ว ข้อมูลที่ได้พบว่า โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปมีการออกหน่วยเคลื่อนที่บ่อยครั้งกว่าโรงพยาบาลชุมชน (ดูตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ความถี่ในการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ความถี่ในการออกหน่วยเคลื่อนที่	ประเภทโรงพยาบาล				รวม	
	รพ.ชุมชน		รพ.ศูนย์/ทั่วไป			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 ครั้ง/สัปดาห์	4	12.5	5	23.8	9	17.0
2 ครั้ง/สัปดาห์	2	6.3	2	9.5	4	7.5
1 เดือน/ครั้ง	17	53.1	12	57.1	29	54.7
มากกว่า 2 เดือน/ครั้ง	9	28.1	2	9.5	11	20.8
รวม	32	100.0	21	100.0	53	100.0

สำหรับบุคลากรในการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละครั้งนั้น ส่วนใหญ่ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน อย่างละ 1 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 3 คนเท่านั้น ไม่มีแพทย์ร่วมในการออกหน่วยเคลื่อนที่แต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้นี้ชี้ให้เห็นว่า ถึงแม้จะมีการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการสุขภาพในชุมชน แต่บริการสุขภาพที่ให้นั้นก็เป็นเพียงบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมหรือป้องกันสุขภาพเท่านั้น ไม่สามารถที่จะให้บริการในด้านการรักษาได้ การตีความเช่นนี้ยังได้รับการยืนยันจากคำถามที่ว่า “การออกหน่วยเคลื่อนที่ในแต่ละครั้งได้ให้การบริการอะไรกับประชาชนบ้าง” คำตอบที่ได้รับคือ การให้ความรู้หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (77.4 %) ส่วนการตรวจ และรักษาสุขภาพก็จะเป็นการตรวจรักษาเมื่อประชาชนมีการเจ็บไข้ได้ป่วยเล็กน้อยเท่านั้น (75.5%) , หน่วยเคลื่อนที่ไม่สามารถทำการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน หรือเป็นโรคเฉพาะของผู้สูงอายุแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตามถึงแม้จะสมมุติว่า สถานบริการสุขภาพทุกแห่งไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน จะสามารถจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ด้วยรูปแบบการบริการในคลินิกผู้สูงอายุได้ครบทุกแห่งก็ตาม การให้บริการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ก็ไม่สามารถจะเป็นหลักประกันได้ว่าจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพได้ครบทุกคน ดังเห็นได้จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537) ซึ่งได้รายงานว่า มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ อาจจะมีสาเหตุเนื่องมาจากการที่ขาดความรู้ หรือมีระดับการศึกษาต่ำ สภาวะร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเดินทาง หรือโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการมีปัญหาเศรษฐกิจ ดังนั้นการจัดให้มีบริการด้านสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วยโดยไม่มีอุปสรรคทางด้านเศรษฐกิจชัดเจน จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้โดยผ่านแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ

การศึกษาถึงการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยผ่านแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุครั้งนี้ ได้วิเคราะห์ไปที่การดำเนินการในโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้มีการจัดทำบัตรผู้สูงอายุเพื่อให้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล การออกบัตรผู้สูงอายุได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 โดยผู้ที่มีสิทธิในการขอทำบัตรคือ ผู้ที่มีทะเบียนบ้านพำนักในประเทศไทย และมีบัตรประจำตัวประชาชนที่แสดงว่ามีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีบัตรประจำตัวนี้มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และของกรุงเทพมหานครตามที่ระบุไว้ในบัตร โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ยกเว้นแต่ค่าธรรมเนียมบริการต่าง ๆ

ตามนโยบายแล้วผู้สูงอายุจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียเงินค่ารักษาพยาบาล หากผู้สูงอายุมีบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการดำเนินการอีกทางหนึ่งในการที่จะให้เกิดความมั่นใจว่าผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองทางด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล โดยผ่านหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ และกรมอนามัย

การประเมินการดำเนินงานตามแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพว่า ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีหลักประกันและมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้มากน้อยเพียงใด จะต้องศึกษาถึงการดำเนินงานตามแผนงานดังกล่าว

ของสถานบริการสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด้วยคำถามที่ว่า “ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในแต่ละครั้งผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่” คำตอบที่ได้พบว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 75 ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปมีการให้บริการผู้สูงอายุโดยไม่คิดค่าบริการเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน ดังตัวเลขแสดงไว้ในตารางที่ 10 (66.7 %)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่เสีย
จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

การเสียค่าใช้จ่าย	ประเภทของโรงพยาบาล				รวม	
	โรงพยาบาลชุมชน		โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เสียค่าใช้จ่าย	15	33.3	6	25.0	21	30.4
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	30	66.7	18	75.0	48	69.6
รวม	45	100.0	24	100.0	69	100.0

เมื่อสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ตอบว่า ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่าย ด้วยคำถามว่า “ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง” คำตอบที่ได้คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าทำบัตร (กรณีที่ผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลครั้งแรก) (85.7%) นอกจากนั้นก็เป็นการจ่ายค่าเวชภัณฑ์ ค่าผ่าตัด ค่ากายอุปกรณ์ต่าง ๆ (19.0%) (ดูตาราง ที่ 11)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จำแนกตามประเภทของ
โรงพยาบาล และรายการที่ต้องจ่าย (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

รายการที่ต้องจ่าย	ประเภทโรงพยาบาล					
	รพ.ชุมชน		รพ.ศูนย์/ทั่วไป		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าทำบัตร (กรณีที่มา รพ. ครั้งแรก) (N=21)	14	93.3	4	66.7	18	85.7
ค่าเวชภัณฑ์ (ค่าผ่าตัด,ค่ากายอุปกรณ์) (N=21)	1	4.7	3	50.0	4	19.0

เมื่อพิจารณาตามประเภทของโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้พบว่า โรงพยาบาลชุมชนที่เก็บเงินค่าทำบัตรให้กับผู้สูงอายุ (กรณีผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก) มีจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป จากข้อมูลที่ได้ชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลศูนย์ทุกระดับส่วนใหญ่ก็ปฏิบัติตามนโยบายที่ว่าผู้สูงอายุต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า มีโรงพยาบาลเพียงส่วนน้อยเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ค่าผ่าตัด หรือค่ากายอุปกรณ์จากผู้สูงอายุ

นอกเหนือจากข้อมูลที่ได้กล่าวมาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุต้องจ่าย ผู้สัมภาษณ์ยังได้สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลในเรื่อง การใช้จ่ายนอกบัญชีหลักแห่งชาติ ด้วยคำถามที่ว่า “กรณีที่ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้จ่ายนอกบัญชีหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลมีนโยบายที่จะให้ค่าเวชภัณฑ์ดังกล่าว ฟรี หรือไม่” คำตอบที่ได้รับคือ มีโรงพยาบาลถึง 58 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 84 ที่มีนโยบายที่จะให้ค่าเวชภัณฑ์ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติแก่ผู้สูงอายุ ฟรี โดยในจำนวน 58 แห่งนี้ จำแนกเป็นโรงพยาบาลชุมชน 41 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 91.9 ของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 17 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ดังตัวเลขแสดงไว้ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีนโยบายจะให้ค่าเวชภัณฑ์ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ ฟรี จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ประเภทของโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลชุมชน (N=45)	41	91.1
โรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไป (N=24)	17	70.8
รวม (N=69)	58	84.1

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ ชี้ให้เห็นว่า สถานบริการต่าง ๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่สามารถตอบสนองนโยบายในการจัดให้มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลฟรีได้ทุกแห่ง ประมาณร้อยละ 30 ของสถานบริการในระดับโรงพยาบาล ยังมีการเรียกเก็บเงินค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น เงินบริจาค เงินค่ากายอุปกรณ์ ค่าทำบัตร ซึ่งรายการต่างๆเหล่านี้ไม่ควรที่จะเรียกเก็บจากผู้สูงอายุ เพราะจะไม่สอดคล้องกับนโยบายด้านการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ

หากผู้สูงอายุได้รับบริการรักษาพยาบาลตามการดำเนินการตามแผนงานบริการสาธารณสุข โดยทั่วถึง และขณะเดียวกันการรักษาพยาบาลที่ได้รับก็ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด โดยผ่านแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้าแล้ว ย่อมจะเป็นภาระทาง ด้านงบประมาณที่สูง กลยุทธ์ทางด้านการพัฒนาสาธารณสุขทั่วไปจึงเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการปรับพฤติกรรมของสมาชิกในสังคม ในหัวข้อข้างต้นได้กล่าวถึงการแปลงนโยบาย โดยผ่านแผนงานส่งเสริมสุขภาพแล้ว ในลำดับต่อไปจึงจะกล่าวถึงการแปลงนโยบายไปสู่การ ปฏิบัติโดยผ่านแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ในแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางให้ มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในฐานะเป็นกลยุทธ์หรือกิจกรรมหลักที่จะใช้เป็นเครื่องมือใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม ในภาพรวม จะเห็นว่าแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพมีวัตถุประสงค์คล้ายๆกับแผนงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 แผนงานต่างก็มีวัตถุประสงค์ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มี ศักยภาพใน การส่งเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การประเมินการดำเนินงาน ตามนโยบาย ในเรื่องผู้สูงอายุตามแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอาจจะยากที่จะจำแนกว่าโครงการใดอยู่ ในแผนงานส่งเสริมสุขภาพและโครงการใดอยู่ในแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ หลาย ๆ โครงการที่ทางจังหวัดตอบว่าอยู่ในแผนงานส่งเสริมสุขภาพอาจจะของงบประมาณสนับสนุน จากแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพก็ได้ ทั้งนี้เพราะคณะผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาวิเคราะห์ลึกลงไป ถึงการจัดสรรงบประมาณของแต่ละโครงการว่าเป็นการจัดสรรงบประมาณในแผนงานใด อย่างไรก็ตามกิจกรรมการดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดส่วนใหญ่หรือแทบทั้งหมดได้จัดไว้ในแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

การจัดกิจกรรมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุไว้ในแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับ การยืนยันจากข้อมูลเกี่ยวกับการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ที่ได้จากการสัมภาษณ์อธิบดีกรมอนามัย ข้อมูลที่ได้สรุปได้ว่า ในส่วนของกรมอนามัยที่เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้สนับสนุนให้ตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต ทั้ง 12 เขต วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอยู่ที่การมุ่งให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของ ชมรมได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนได้รับบริการตรวจรักษาสุขภาพ ที่จำเป็น

การศึกษากระบวนการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติตามแผนงานพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ ได้กระทำโดยการวิเคราะห์ดูว่า จังหวัดต่างๆ ได้ดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็น

จำนวนไม่น้อยเพียงใด และมีการดำเนินงานของชมรมเป็นอย่างไร โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ด้วยคำถามที่ว่า “โรงพยาบาลของท่านได้มีชมรม ผู้สูงอายุหรือไม่” คำตอบที่ได้ พบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 56 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 81 ที่มีการตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในจำนวนโรงพยาบาล 56 แห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 24 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 42.9 ของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป (42.9%) และที่เหลือเป็นโรงพยาบาลชุมชน 32 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 57.1 ของโรงพยาบาลชุมชน แต่เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบภายในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล จะพบว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป (100%) สามารถตอบสนองนโยบายด้านนี้ได้ดีกว่าโรงพยาบาลชุมชน (71.1%)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ประเภทของโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลชุมชน (N=45)	32	57.1
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (N=24)	24	42.9
รวม (N = 69)	56	81.2

สำหรับโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ผู้สัมภาษณ์ได้สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่อด้วยคำถามที่ว่า “ชมรมผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลจัดตั้งนั้นได้จัดกิจกรรมอะไรบ้างให้แก่ผู้สูงอายุ” ข้อมูลที่ได้พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ (85.7%) 2) กิจกรรมนันทนาการพบปะสังสรรค์ (62.5%) 3) ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม (32.1%) นอกเหนือจากนี้ก็จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต (25.0) (ดูตาราง ที่ 14) จะสังเกตเห็นได้ว่า กิจกรรมที่จัดเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องและเสริมวัตถุประสงค์ของแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่ได้หมายความว่าต้องส่งเสริมให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายแต่อย่างใด การประเมินแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนี้ก็เหมือนกับการประเมินแผนงานส่งเสริมสุขภาพตรงที่ผู้วิจัยไม่สามารถประเมินผลกระทบบ้างว่ามีผลต่อการป้องกันและลดความเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้สูงอายุได้มากน้อยเพียงใด

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้กระทำในชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลและประเภทของกิจกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

รายการที่ต้องจ่าย	ประเภทโรงพยาบาล					
	รพ.ชุมชน		รพ.ศูนย์/ทั่วไป		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ส่งเสริมสุขภาพ	27	84.4	21	87.5	48	85.7
บริการสวัสดิการสังคมและกิจกรรมสาธารณประโยชน์	5	15.6	6	25.0	11	19.6
นันทนาการทัศนศึกษาและพบปะสังสรรค์	17	53.1	18	75.0	35	62.5
ส่งเสริมสุขภาพจิต	9	28.1	5	20.8	14	25.0
สวัสดิการให้กับสมาชิก	12	37.5	5	20.8	17	30.4
ทำนุ บำรุง ศิลป วัฒนธรรม	10	31.3	8	33.3	18	32.1

สำหรับจำนวนสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไประหว่างโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 726 และ 460 คน ตามลำดับ (ดูตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ประเภทของโรงพยาบาล	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	23	726	400
โรงพยาบาลชุมชน)	30	460	396
รวม	53	576	403

และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเหล่านี้ในทุกโรงพยาบาลได้จัดกิจกรรมในเรื่องการให้สุขศึกษาสำหรับสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ วิธีการในการให้สุขศึกษาไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลระดับใดต่างก็มีวิธีการในการให้การสุขศึกษาไม่แตกต่างกันโดยพบว่า ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการให้สุขศึกษาโดยการบรรยาย สาธิต อบรมเชิงปฏิบัติการ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีวิธีการให้สุขศึกษาแบบการแสดงบทบาทสมมติ (ดูตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 จำนวนตามวิธีการให้สุศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ)

วิธีการจัด	ประเภทโรงพยาบาล					
	รพ.ชุมชน		รพ.ศูนย์/ทั่วไป		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บรรยาย	28	87.5	22	91.7	50	89.3
สาริต	17	53.1	13	54.2	30	53.0
อบรมเชิงปฏิบัติการ (สาริต)	10	31.3	10	41.7	20	35.7
การแสดงบทบาทสมมติ	3	9.4	5	20.8	8	14.3

เมื่อพิจารณาความถี่ในการจัดกิจกรรมให้สุศึกษาแก่สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จากข้อมูลที่ได้จะพบว่า โรงพยาบาลทั้งหมดส่วนใหญ่จะมีการจัดกิจกรรมให้สุศึกษาเดือนละครั้ง ที่มีการจัดบ่อยมากกว่าเดือนละครั้ง มีจำนวนที่น้อยมาก (ดูตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 ความถี่ในการจัดกิจกรรมทางด้านสุศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ความถี่ในการจัด	ประเภทโรงพยาบาล					
	รพ.ชุมชน		รพ.ศูนย์/ทั่วไป		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 ครั้ง/สัปดาห์	3	9.4	1	4.2	4	7.1
2 สัปดาห์/ครั้ง	1	3.1	1	4.2	2	3.6
1 เดือน/ครั้ง	15	46.9	14	58.3	29	51.8
ไม่แน่นอน	13	40.6	8	33.3	21	37.5
รวม	32	100	24	100	56	100

สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ นอกจากโรงพยาบาลจะจัดกิจกรรมในการให้สุศึกษาแก่สมาชิกแล้ว ทางโรงพยาบาลยังได้ให้สิทธิพิเศษแก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุด้วย คำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่วมกับหัวหน้างานส่งเสริมโรคไม่ติดต่อหรือหัวหน้างานเวชกรรมสังคม ทำให้ได้ข้อมูลว่า มีจำนวนโรงพยาบาลถึง

25 แห่ง (44.6%) ที่มีการให้สิทธิพิเศษแก่สมาชิกในชมรมโดยจำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 13 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง (ดูตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ได้ให้สิทธิพิเศษแก่สมาชิกชมรม

ประเภทของ รพ.	จำนวน	ร้อยละ
รพ.ชุมชน (N = 45)	12	37.5
รพ.ศูนย์/ทั่วไป (N = 24)	13	54.2
รวม	25	44.6

สิทธิพิเศษที่โรงพยาบาลได้ให้กับสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น การลดค่าห้องพัก การให้บริการสุขภาพโดยการถักทอหรือเร่งด่วน 2) บริการดูแลรักษาเป็นพิเศษ เช่น มีการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่าใด ๆ 3) บริการด้านการดูแลช่วยเหลือ เช่น บริการยานพาหนะเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ให้บริการให้คำปรึกษานอกเวลาราชการ 4) บริการสวัสดิการสังคม เช่น ฌาปนกิจสงเคราะห์ 5) บริการส่งเสริมสุขภาพ เช่น จัดกิจกรรมนันทนาการ เพื่อพบปะสังสรรค์ผู้สูงอายุ และมีการบันทึกสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวของผู้สูงอายุ (ดูตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 สิทธิพิเศษที่โรงพยาบาลให้แก่สมาชิกในชมรม จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล(ตอบได้มากกว่า 1)

ความถี่ในการจัด	ประเภทโรงพยาบาล					
	รพ.ชุมชน		รพ.ศูนย์/ทั่วไป		รวม	
	จำนวน/ร้อยละ		จำนวน/ร้อยละ		จำนวน/ร้อยละ	
บริการดูแลรักษาเป็นพิเศษ	9	37.5	9	64.3	18	47.4
บริการส่งเสริมสุขภาพ	9	0	1	7.1	1	2.6
บริการสวัสดิการสังคม	1	4.2	1	7.1	2	5.3
บริการด้านการดูแลช่วยเหลือ	2	8.3	2	14.3	4	10.5
อำนวยความสะดวกและให้สิทธิพิเศษ	10	41.7	11	78.6	21	55.3

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ นอกจากโรงพยาบาลจะมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกในชมรมมีความรู้ ความเข้าใจ และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจแล้ว สมาชิกในชมรมยังจะต้องเป็นผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับนี้สู่ชุมชน โดยถือว่าสมาชิกในชมรมและตัวของชมรมผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับทางโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด้วยคำถามที่ว่า “โรงพยาบาลได้ใช้ชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่ในการร่วมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่” ข้อมูลที่ได้พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) มีการใช้ชมรมผู้สูงอายุในการร่วมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยในจำนวน (79.2%) ทั้งหมด 44 แห่งนี้เป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 19 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 43.2 ของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และเป็นโรงพยาบาลชุมชน 25 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 55.6 ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบภายในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล จะพบว่า โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป (82.6%) มีการใช้ชมรมผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วม ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นสัดส่วนที่มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน (ดูตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ได้ใช้ชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

ประเภทของโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
รพ.ชุมชน (N=45)	25	55.6
รพ.ศูนย์/ทั่วไป (N=24)	19	79.2
รวม (N=56)	44	78.6

เมื่อสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด้วยคำถามที่ว่า “โรงพยาบาลได้ใช้ชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่ในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร” คำตอบที่ได้ทำให้สรุปได้ว่าโรงพยาบาลใช้ชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยวิธีดังต่อไปนี้

- 1) การส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เช่น สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุใช้ความรู้ที่ได้รับจากโรงพยาบาลไปเผยแพร่ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน และชักชวนผู้สูงอายุในชุมชนเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ และเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
- 2) เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น รวมกลุ่มออกกำลังกายโดยสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้

นำกลุ่ม และเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ในชุมชน 3) เป็นแกนนำในการส่งเสริมจริยธรรมแก่ประชาชนในชุมชน 4) จัดอบรมผู้สูงอายุในชุมชนให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (ดูตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 ลักษณะการใช้ชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ลักษณะการมีส่วนร่วม	ประเภทโรงพยาบาล				รวม	
	รพ.ชุมชน		รพ.ศูนย์/ทั่วไป			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้	12	48.0	7	36.8	19	43.2
ร่วมกิจกรรมสังคม	13	52.0	8	42.1	21	47.7
แกนนำในการส่งเสริมจริยธรรม	2	8.0	0	0	2	4.5
แกนนำในการจัดหาทุนเพื่อพัฒนาชุมชน	1	4.0	1	5.3	2	4.5
จัดอบรมผู้สูงอายุให้ดูแลซึ่งกันและกัน	5	20.0	4	21.1	9	20.5

การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุหากดำเนินการไปด้วยตัวสมาชิกผู้สูงอายุโดยลำพัง ย่อมไม่ก่อให้เกิดประสิทธิผลมากนัก การดำเนินการของชมรมผู้สูงอายุควรจะได้รับ การสนับสนุนจากโรงพยาบาลด้วยอีกทางหนึ่ง เพื่อวิเคราะห์ในประเด็นนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้างานเวชกรรมสังคม ทำให้ทราบว่า มีโรงพยาบาลจำนวนมากกว่าสามในสี่ของโรงพยาบาลทั้งหมด (92.8%) ที่ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลชุมชน ผลปรากฏว่า โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เป็นจำนวนที่มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน (ดูตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ได้ให้การสนับสนุน การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ (N=56)

ประเภทของ รพ.	จำนวน	ร้อยละ
รพ.ชุมชน (N=45)	30	66.7
รพ.ศูนย์/ทั่วไป (N=24)	22	91.7
รวม	52	92.8

การสนับสนุนที่โรงพยาบาลได้ให้แก่ชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นการสนับสนุนในเรื่องการติดต่อประสานงานในเรื่องสถานที่และวิทยากร สนับสนุนบุคลากรในการจัด กิจกรรมสำหรับสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และมีบางส่วนที่สนับสนุนในเรื่องของงบประมาณ (ดูตารางที่ 23)

ตารางที่ 23 การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

เรื่องที่ทำให้การสนับสนุน	ประเภทของโรงพยาบาล				รวม	
	รพ.ชุมชน (N=30)		รพ.ศูนย์/ทั่วไป (N=22)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วัสดุ-อุปกรณ์	23	76.6	15	68.2	38	73.1
การติดต่อประสานงาน	27	89.9	19	86.4	46	88.6
งบประมาณ	20	66.7	12	54.5	32	61.5
บุคลากร	26	86.7	19	86.4	45	86.5
สถานที่	6	19.9	6	27.2	12	23.1

จากการประเมินแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม ได้ข้อค้นพบหลักว่า กลยุทธ์ที่สำคัญในการดำเนินการตามแผนงานนี้คือ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ครบทุกพื้นที่ แต่ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินการที่ผ่านมายังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ อัตราความครอบคลุมของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่โรงพยาบาลต่างๆ รับผิดชอบ มีเพียงร้อยละ 80 เท่านั้น นอกเหนือจากนี้ในส่วนของกิจกรรมต่างๆ ที่ชมรมผู้สูงอายุได้ดำเนินการก็จะเน้นไปในเรื่องการให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพของตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถที่จะประเมินผลกระทบจากการดำเนินการตามแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุหรือไม่และยังไปกว่านั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถประเมินได้ว่า การดำเนินการตามแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อการลดอัตราการเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้สูงอายุได้มากน้อยเพียงใด

บทที่ 4

บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การประเมินแผนงานและการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุคงได้กล่าวไปแล้วในบทที่ 3 เป็นการประเมินที่มุ่งไปที่หน่วยงานผู้ให้บริการ ซึ่งได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โดยมีจุดเน้นอยู่ที่กระบวนการหรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในบทที่ 4 นี้จะประเมินผลการดำเนินการตามนโยบายทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาศัยมุมมองและใช้ข้อมูลผู้สูงอายุเป็นหลัก ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ใช้ข้อมูลจากผู้สูงอายุเป็นหลัก ซึ่งได้มาจาก 1) การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชน 2) การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3) การเฝ้าสังเกตและจับเวลาที่ใช้ในการรับบริการของผู้สูงอายุในแต่ละขั้นตอนของการรับบริการในโรงพยาบาล

ลักษณะของตัวอย่าง

ก่อนที่จะกล่าวถึงเนื้อหาสาระหลักในบทนี้ และเพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจในผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลได้ชัดเจน จึงจำเป็นต้องกล่าวถึงลักษณะของผู้สูงอายุในทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชน และผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุในชุมชน

ตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนทั้งสิ้น 2,533 คน อาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 11.4 ส่วนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทร้อยละ 88.6 ประมาณสองในสามเป็นเพศหญิง ทางด้านอายุพบว่า ร้อยละ 50.3 หรือประมาณครึ่งหนึ่งของตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี อายุโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุมีค่าเท่ากับ 70.6 ปี ผู้สูงอายุที่ไม่เคยผ่านการสมรสหรือมีสถานภาพเป็นโสด มีอยู่ประมาณร้อยละ 3 ส่วนผู้ที่เคยสมรสและแยกกันอยู่กับคู่สมรส หรือเป็นหม้าย หรือหย่าร้าง รวมกันเป็นจำนวนร้อยละ 46.1 ทำให้จำนวนผู้สูงอายุที่ยังอาศัยอยู่ด้วยกันกับคู่สมรสมีอยู่เท่ากับ ร้อยละ 51.0

เมื่อพิจารณาถึงจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุที่ผ่านการสมรส ประมาณร้อยละ 87 มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของผู้สูงอายุในอดีตอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุ 1 คน จะมีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ 5.6 คน

เมื่อพิจารณาทางการศึกษา พบว่า เกือบทั้งหมด (91.2%) ที่มีการศึกษต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประมาณหนึ่งในห้าของผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ส่วนในเรื่องการประกอบอาชีพนั้น มีถึงร้อยละ 60 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่นั้น มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมสูงที่สุด และเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้มาจากบุตรหลาน (79.3%) หรือญาติพี่น้อง (2.1%) ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ มีเพียงร้อยละ 27 เท่านั้น

ในบรรดาผู้สูงอายุที่ตกเป็นตัวอย่าง ร้อยละ 89 อาศัยอยู่ในเขตชนบท โดยมีการกระจายตามภูมิภาคต่างๆ ดังนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 38 ภาคเหนือ ร้อยละ 22 ภาคกลาง ร้อยละ 26 และภาคใต้ ร้อยละ 14 ซึ่งการกระจายของตัวอย่างจะสอดคล้องกับการกระจายของประชากรในระดับประเทศ ทั้งนี้เพราะการสุ่มตัวอย่างได้ออกแบบไว้ให้เป็นตัวอย่างที่ไม่ต้องถ่วงน้ำหนักดังกล่าวแล้วในบทที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของตัวอย่าง ตามลักษณะต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า ผู้หญิงโดยเฉลี่ยมีอายุสูงกว่าผู้ชาย ทั้งนี้เป็นเพราะ อายุขัยโดยเฉลี่ยของหญิงจะสูงกว่าอายุขัยโดยเฉลี่ยของชาย ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ตัวอย่างของหญิงที่เป็นหม้าย (50.3%) มีสัดส่วนสูงกว่าชายที่เป็นหม้าย (20.7%) ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่ยังอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส (74.6%) มี (38.3%) สัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงที่ยังอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส (38.3%)

ในส่วนของจำนวนบุตรนั้น พบว่า ทั้งตัวอย่างหญิงและชายต่างก็มีจำนวนบุตรที่ใกล้เคียงกัน แต่ทางการศึกษาพบว่า ตัวอย่างชายมีการศึกษาสูงกว่าตัวอย่างหญิงเพียงเล็กน้อย ในด้านการประกอบอาชีพ ตัวอย่างหญิงจะมีแนวโน้มของการไม่ประกอบอาชีพเป็นจำนวนที่มากกว่าตัวอย่างชาย แต่ทั้งหญิงและชายส่วนใหญ่มีรายได้จากบุตรหลานเช่นกัน การกระจายของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามรายภาค จะพบว่า มีการกระจายที่คล้ายคลึงกันทั้งในเพศหญิงและเพศชาย (ดูตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม

ลักษณะ	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
60 – 69 ปี	459	51.6	816	49.6	1,275	50.3
70 – 79 ปี	308	34.6	589	35.8	897	35.4
80 ปีขึ้นไป	122	13.7	239	14.5	361	14.3
อายุเฉลี่ย 70.61 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.72 ปี						
สถานภาพสมรส						
โสด ยังไม่แต่งงาน	16	1.8	56	3.4	72	2.9
สมรสอยู่ด้วยกัน	663	74.6	630	38.3	1,293	51.0
สมรสแยกกันอยู่	20	2.2	66	4.0	86	3.4
หย่า	184	20.7	872	53.0	1,056	41.7
หย่า	6	0.7	20	1.2	26	1.0
จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต						
ไม่มี	22	2.5	45	2.8	67	2.7
1 คน	19	2.2	52	3.3	71	2.9
2 คน	64	7.3	132	8.3	196	8.0
3 คนขึ้นไป	768	88.0	1,359	85.6	2,127	86.4
ค่าเฉลี่ย 5.58 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.04 คน						
การศึกษา						
ไม่เคยเรียน และอ่านเขียนไม่ได้	98	11.0	474	28.8	572	22.6
ไม่เคยเรียน แต่อ่านออกเขียนได้	29	3.3	44	2.7	73	2.9
ป. 1 – ป. 4	628	70.6	1,061	64.5	1,689	66.7
ป. 6	15	1.7	5	0.3	20	0.8
ม. 6	37	4.2	8	0.5	45	1.8
อื่น ๆ (ปริญญาตรี, นักธรรม)	82	9.2	52	3.2	134	5.3

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม (ต่อ)

ลักษณะ	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพในปัจจุบัน						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	427	48.0	1,105	67.2	427	60.5
เกษตรกรรม	326	36.7	35	21.4	326	26.7
ค้าขาย	59	6.6	117	7.1	176	6.9
รับจ้าง	42	4.7	64	3.9	106	4.2
ข้าราชการบำนาญ	35	3.9	7	0.4	42	1.7
แหล่งที่มาของรายได้(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)						
จากการประกอบอาชีพ	307	34.5	376	22.9	683	27.0
บุตรหลาน	654	73.6	1,355	82.4	2,009	79.3
ญาติพี่น้อง	15	1.7	38	2.3	153	2.1
ค่าเช่า	18	2.0	13	0.8	31	1.2
เบี้ยยังชีพ	15	1.7	29	1.8	44	1.7
เงินออม (ดอกเบี้ยเงินฝาก)	33	3.7	55	3.3	88	3.5
บำนาญ	42	4.7	20	1.2	62	2.4
ดอกเบี้ยเงินให้กู้	4	0.4	4	0.2	8	0.3
เขตที่อยู่อาศัย						
เมือง	100	11.2	190	11.6	290	11.4
ชนบท	789	88.8	1,454	88.4	2,243	88.6
ภูมิภาค						
ภาคเหนือ	204	22.9	351	21.4	555	21.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	314	35.3	639	38.9	953	37.6
ภาคกลาง	244	27.4	421	25.6	665	26.3
ภาคใต้	127	14.3	233	14.2	360	14.2
รวม	889	35.1	1,644	64.9	2,533	100.0

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจำแนกตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม (N = 355)

ลักษณะ	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
60 – 69 ปี	70	50.7	124	57.1	194	54.6
70 – 79 ปี	61	44.2	77	35.5	138	38.9
80 ปีขึ้นไป	7	5.1	16	7.4	23	6.5
อายุเฉลี่ย 69.01 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 64.43 ปี						
สถานภาพสมรส						
โสด ยังไม่แต่งงาน	0	0	5	2.3	5	1.4
สมรสอยู่ด้วยกัน	105	76.1	91	41.9	196	55.2
สมรสแยกกันอยู่	2	1.4	12	5.5	14	3.9
หม้าย	30	21.7	107	49.3	137	38.6
หย่า	1	0.7	2	0.9	3	0.8
จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต						
ไม่มี	3	2.2	3	1.4	5	1.7
1 คน	4	2.9	12	5.7	16	4.6
2 คน	12	8.7	15	7.1	27	7.7
3 คนขึ้นไป	119	86.2	182	85.8	301	86.0
ค่าเฉลี่ย 5.28 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.53 คน						
การศึกษา						
ไม่เคยเรียน และอ่านเขียนไม่ได้	8	5.8	51	23.8	59	16.6
ไม่เคยเรียน แต่อ่านออกเขียนได้	5	3.6	6	2.8	14	3.7
ป. 1 – ป. 4	103	73.9	141	65.9	244	68.7
ป. 6	3	2.2	2	0.9	5	1.4
ม. 6	5	3.6	2	0.9	7	2.0
อื่น ๆ (ปริญญาตรี, นักธรรม)	15	10.9	12	5.6	27	7.6

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจำแนกตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม (N = 355) (ต่อ)

ลักษณะ	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพในปัจจุบัน						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	63	45.7	134	61.8	197	55.5
เกษตรกรกรรม	48	34.8	54	24.9	102	28.7
ค้าขาย	5	3.6	13	6.0	18	5.1
รับจ้าง	8	5.8	10	4.6	18	5.1
ข้าราชการบำนาญ	12	8.7	2	0.9	14	3.9
อื่น ๆ	2	1.4	4	1.8	6	1.7
แหล่งที่มาของรายได้(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)						
จากการประกอบอาชีพ	42	30.4	73	33.6	115	32.4
บุตรหลาน	95	68.8	164	75.6	259	73.0
ญาติพี่น้อง	2	1.4	8	3.7	10	2.8
ค่าเช่า	1	0.7	2	0.9	3	0.8
เบี้ยยังชีพ	3	2.2	2	0.9	5	1.4
เงินออม (ดอกเบี้ยเงินฝาก)	7	5.1	15	6.9	22	6.2
บำนาญ	15	10.9	4	1.8	19	5.4
ดอกเบี้ยเงินให้กู้	1	0.7	1	0.5	2	0.6
รวม	138	39.9	217	61.1	355	100

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

ตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งที่จำเป็นต้องนำมาวิเคราะห์ลักษณะของตัวอย่าง เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดีขึ้น ได้แก่ กลุ่มของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จากข้อมูลที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 25 ซึ่งให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 355 คน ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นหญิง (61.1%) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (54.6%) และมีอายุเฉลี่ย 69 ปี ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งที่มีคู่สมรสที่ยังมีชีวิตและอาศัยอยู่ด้วยกัน (55.2%) ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ทั้งหมดมีบุตรโดยเฉลี่ย 5.3 คน ส่วนใหญ่มีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ มากกว่า 3 คนขึ้นไป (86.0%) และเช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่มีการศึกษา

ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 4 (89%) เป็นผู้ที่ไม่มีอาชีพ (55.5%) อาศัยเงินจากการที่บุตรหลานส่งเสียให้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ (73%)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบตามเพศ ได้ข้อสรุปที่ชี้ให้เห็นว่า สักส่วนของผู้สูงอายุชายที่อยู่กับคู่สมรสมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นหม้ายจะมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้สูงอายุชายที่เป็นหม้ายมักจะทำการสมรสใหม่เมื่อคู่สมรสเสียชีวิตลงหรือเมื่อมีการหย่าร้าง ผู้สูงอายุชายมีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงเพียงเล็กน้อย ผู้สูงอายุชายและหญิงไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของจำนวนบุตร อาชีพ และแหล่งที่มาของรายได้

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพนับเป็นปัญหาหลักที่ผู้สูงอายุประสบ ทั้งนี้เพราะอายุมีความแปรผันโดยตรงกับความเสื่อมของร่างกาย กล่าวคือ เมื่อมีอายุมากขึ้น โอกาสหรือความชุกของการเกิดโรคก็จะเพิ่มขึ้น ดังผลงานวิจัยในอดีตที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการทางด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเริ่มต้นด้วยการสอบถามผู้สูงอายุถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง วิธีการนี้เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยวิธีอัตวิสัย ข้อมูลจากตารางที่ 26 ชี้ให้เห็นว่า มีเพียงหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุในชุมชนที่ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพดี (25.4%) ข้อค้นพบนี้พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย แต่เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า เพศชายมีสัดส่วนของการประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีสูงกว่าในกลุ่มของเพศหญิง

ตารางที่ 26 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เขตเมือง			เขตชนบท			รวม
	หญิง	ชาย	รวม	หญิง	ชาย	รวม	
สุขภาพดี	21.6	33.0	25.5	20.6	34.3	25.4	25.4
สุขภาพดีปานกลาง บ้างบ้าง บางครั้ง	50.5	51.0	50.7	55.0	46.8	52.1	51.9
สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย	27.9	16.0	23.8	24.5	18.9	22.5	22.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวนผู้สูงอายุ	190	100	290	1,454	798	2,243	2,533

เมื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการถามว่า “ขณะนี้ท่านมีอาการหรือปัญหาสุขภาพต่อไปนี้หรือไม่” คำตอบที่ได้ชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุเพียงประมาณร้อยละ 14 เท่านั้น ที่มีสุขภาพดี กล่าวคือ ไม่มีอาการป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ในวันที่ทำการสัมภาษณ์ ที่เหลือร้อยละ 86 จะมีอาการหรือปัญหาสุขภาพในอาการใดอาการหนึ่งใน 7 รายการต่อไปนี้ 1) ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง 2) ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตามัว ต้อกระจก 3) โรคความดันโลหิตสูง 4) โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจขาดเลือด 5) โรคเบาหวาน 6) เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง 7) ปวดศีรษะ ซึ่งอาการป่วยส่วนใหญ่เป็นการป่วย ในลักษณะเรื้อรัง โดยอาการหรือโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง คิดเป็นร้อยละ 67 รองลงมาคือ ปัญหาเกี่ยวกับตา คิดเป็นร้อยละ 48 โรคความดันโลหิตสูง (20%) โรคเบาหวาน (8.5%) และโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (8.4%) ซึ่งลักษณะอาการหรือความเจ็บป่วยที่พบในการศึกษานี้ คล้ายกับการศึกษาโดย จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (2538 : 41) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบันระหว่างเพศแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการรายงานอาการเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชายในเกือบทุกอาการโรค ยกเว้นโรคความดันโลหิตสูง (ดูตารางที่ 27)

ตารางที่ 27 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยเพศ และ
อาการหรือปัญหาสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ปัญหาสุขภาพ	เขตเมือง			เขตชนบท			รวม
	หญิง	ชาย	รวม	หญิง	ชาย	รวม	
ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง	71.1	54.0	65.2	70.2	62.4	67.5	67.2
ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตามัว ต้อกระจก	46.3	42.0	44.8	51.2	42.1	48.0	47.7
โรคความดันโลหิตสูง	27.9	22.0	25.9	21.0	16.9	19.5	20.3
โรคเบาหวาน	19.5	11.0	16.6	8.8	4.9	7.4	8.5
โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจขาดเลือด	13.2	13.0	13.1	8.9	5.8	7.8	8.4
ปวดศีรษะ	2.1	1.0	1.7	3.9	3.4	3.7	3.5
เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	5.3	1.0	3.8	1.3	2.3	1.6	1.9
ไม่มีอาการ	11.1	16.0	12.8	14.8	14.2	14.4	14.2
จำนวนผู้สูงอายุ	190	100	290	1,454	789	2,243	2,533

ตารางที่ 28 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตามเพศและ
อาการหรือปัญหาสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพ	เพศ		รวม
	หญิง	ชาย	
ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง	58.7	72.8	67.3
ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตามัว ต้อกระจก	47.1	54.4	51.5
โรคความดันโลหิตสูง	28.3	30.0	29.3
โรคเบาหวาน	12.3	27.2	21.4
โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจขาดเลือด	13.8	11.5	12.4
จำนวนผู้สูงอายุ	217	138	355

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ด้วยคำถามที่ว่า “ขณะนี้ (ที่ท่านมาโรงพยาบาล) ท่านมีอาการหรือปัญหาสุขภาพอย่างไร” คำตอบที่ได้เมื่อมา
จำแนกตามอาการหรือปัญหาสุขภาพ เช่นเดียวกับคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุใน

ชุมชนมีความสอดคล้องกัน กล่าวคือ ปัญหาที่ผู้สูงอายุได้มาพบแพทย์มากที่สุดได้แก่ ปัญหาในเรื่องของการปวดข้อ ปวดเข่า หรือปวดหลัง คิดเป็นร้อยละ 67 เช่นกัน รองลงมาคือ ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตาฝ้า ต้อกระจก คิดเป็นร้อยละ 51 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 29 และ 12 ลำดับ (ดูตารางที่ 28)

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลไม่สามารถวิเคราะห์ จำแนกความแตกต่างตามเขตที่อาศัยว่าอยู่ในเมืองหรือชนบท การวิเคราะห์ความแตกต่างในเรื่องที่อยู่อาศัยจึงต้องใช้ข้อมูลจากผู้สูงอายุในชุมชนเท่านั้น ซึ่งผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4 ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองเป็นโรคเบาหวาน โรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท แต่เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของปัญหาสุขภาพ ตามตัวแปรเพศ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงเป็นโรคปวดข้อ ปวดเข่า หรือปวดหลังมากกว่าผู้สูงอายุชาย ผลที่ได้นี้เป็นจริงทั้งในทุกเขตที่อยู่อาศัย และทั้งตัวอย่างของผู้สูงอายุสองกลุ่ม อันได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน และผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 29 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุและประเภทของอุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ประเภทของอุปกรณ์/ กายอุปกรณ์	อายุ			
	60-69	70-79	80 ปี ขึ้นไป	รวม
แว่นตา	32.4	28.1	19.9	29.1
ฟันปลอม	15.1	14.7	18.0	15.6
ไม้เท้า	3.2	8.1	25.2	8.1
ไม้ค้ำรักแร้	0.7	0.4	1.1	0.7
เครื่องช่วยฟัง	0.4	0.7	0.8	0.6
โครงเหล็กจับเดิน	0.5	0.7	0.8	0.6
รถเข็นนั่ง	0.5	0.2	0.0	0.4
แขน/ขาเทียม	0.2	0.4	0.0	0.2
อื่น ๆ (ใส่เลนส์ตาเทียม)	2.4	1.9	1.7	2.1
จำนวนผู้สูงอายุ	1,275	974	361	2,610

สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอาจประเมินเพิ่มเติมได้โดยการพิจารณาว่า ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์อะไรบ้างในชีวิตประจำวัน ในตารางที่ 6 อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุใช้มากที่สุดคือ แว่นตา (29%) รองลงมาคือ ฟันปลอม (16%) เมื่อเปรียบเทียบตามกลุ่มอายุ พบว่า แว่นตา มากที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ทั้งนี้เนื่องจากเป็นกลุ่มอายุที่มีการศึกษาหรือสามารถอ่านเขียนได้สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 69 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะใช้กายอุปกรณ์ประเภทไม้เท้าเพิ่มขึ้น

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุนับว่ามีประโยชน์ต่อการที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพ งานวิจัยในอดีตยังให้ข้อมูลไม่ชัดเจนในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ ขาดข้อมูลที่จะชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใดที่ขาดผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญในประเด็นของการดูแลผู้สูงอายุ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ข้อมูลในตารางที่ 29 สะท้อนให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน แต่ตัวเลขในตารางที่ 29 นี้ไม่สามารถสะท้อนให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากน้อยเพียงใดที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

แต่ก่อนที่จะกล่าวถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้จะเริ่มต้นด้วยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกับผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลดังกล่าวจะเป็นผู้ที่มิพบปะเกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตามประเด็นที่น่าสนใจและมีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ที่ว่า ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องอาศัยอยู่คนเดียว ถึงแม้ข้อมูลจากงานวิจัยในอดีตเช่น ของนภาพร ชัยวรรณ และจอห์น โนเดล (2539) จะชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุจำนวนไม่มากนักที่อาศัยอยู่คนเดียวและในการศึกษานี้ก็เช่นเดียวกัน พบว่า มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 5 ที่อาศัยอยู่คนเดียว ตัวเลขในตารางที่ 30 ชี้ให้เห็นว่าทั้งตัวเลข ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนและจากผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังใกล้เคียงกัน (5.2% และ 4.9 ตามลำดับ) ถึงแม้ว่าข้อมูลในตารางที่ 30 ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีสัดส่วนไม่สูงมากนัก แต่สัดส่วนนี้อาจ

จะต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากในตารางนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำเอาผู้สูงอายุที่เป็นโสดมาร่วมพิจารณาด้วย ทั้งนี้เป็นเพราะผู้วิจัยเชื่อว่า ผู้สูงอายุที่เคยผ่านการสมรสแล้วควรจะได้รับ การดูแลจากสถาบันครอบครัวหากคนกลุ่มนี้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การวิเคราะห์เฉพาะผู้สูงอายุที่ผ่านการสมรสแล้วจึงเป็นการวิเคราะห์ภายใต้บริบทของระบบสถาบันครอบครัวไทยที่เข้มแข็ง หากพบว่าปัญหานี้รุนแรงในหมู่ผู้สูงอายุที่ทำการสมรสแล้วก็จะสะท้อนให้เห็นว่าสถาบันหรือสมาชิกในครอบครัวลดบทบาทและความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุลง แต่อย่างไรก็ตามตัวเลขในตารางที่ 30 เพียงแต่เป็นจุดเริ่มต้นของการวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น หากใช้เป็นข้อมูลที่ประเมินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรงแต่อย่างใด

ตัวเลขในตารางที่ 30 ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีบุตรอยู่ร่วมด้วย เกือบร้อยละ 54 ของผู้สูงอายุในชุมชนจะมีบุตรอาศัยอยู่ด้วย รองลงมาเกือบร้อยละ 39 อาศัยอยู่กับคู่สมรส รูปแบบของการอาศัยอยู่กับบุตรหรือคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่พบว่าเป็นจริงเมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเช่นกัน กล่าวคือประมาณร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจะอาศัยอยู่กับบุตร และประมาณร้อยละ 44 จะอาศัยอยู่กับคู่สมรส นอกจากนี้ตัวเลขในตารางที่ 7 ชี้ให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรโดยปราศจากคู่สมรส จะมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ทั้งนี้เป็นเพราะมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้างกับคู่ครองและไม่ได้แต่งงานใหม่จึงทำให้รูปแบบของการอาศัยอยู่กับบุตรเป็นลักษณะเด่นกว่ารูปแบบของการอาศัยอยู่กันตามลำพังกับคู่สมรส ถ้าพิจารณาจากประเด็นของบุคคลที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงอย่างเดียวอาจจะตีความหมายไปในภาพรวมว่าบุตรน่าจะเป็นบุคคลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการตีความเช่นนี้เป็นการตีความตามบริบทของวัฒนธรรมไทยที่เน้นให้บุตรต้องมีความกตัญญูต่อบิดามารดาและต้องดูแลบิดามารดาเมื่อยามแก่ชรา

ตัวเลขในตารางที่ 30 ได้รวมหรือนำเอาผู้สูงอายุทั้งที่มีบุตรและไม่มีบุตรมาพิจารณาดังนั้นจึงให้ภาพความสำคัญและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรไม่ชัดเจน เพื่อให้ภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้นจึงได้มีการนำเอาเฉพาะจำนวนผู้สูงอายุที่มีบุตรมาพิจารณาว่า ในหมู่ผู้สูงอายุที่มีบุตรมีผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนเท่าใดที่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยหรืออาศัยอยู่กับบุตร ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมชี้ให้เห็นว่า ในหมู่ผู้สูงอายุที่มีบุตรจะมีบุตรอาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือนเดียวกันสูงถึงกว่าร้อยละ 70 ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และทั้งจากตัวอย่างของผู้สูงอายุ

ในชุมชนและตัวอย่างผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ตัวเลขเหล่านี้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของบุตรในการดูแลผู้สูงอายุได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ตารางที่ 30 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการอยู่ร่วมกับคนอื่นและเขตที่อยู่อาศัย

การอยู่ร่วมกับคนอื่น	ผู้สูงอายุในชุมชน		รวม	ผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล
	เขตเมือง	เขตชนบท		
อาศัยอยู่คนเดียว	5.3	5.1	5.2	4.9
คู่สมรส	12.4	10.8	10.9	12.9
บุตร	25.1	26.1	25.9	24.3
คู่สมรส+บุตร	28.9	27.5	27.6	31.4
ญาติ+คนอื่น	0	0.3	0.3	0.3
คนใดคนหนึ่งอย่างน้อย 1 คน	94.7	94.9	94.8	95.1
จำนวนผู้สูงอายุ	283	2178	2461	350

ความสำคัญของบุตรนี้สามารถเห็นได้เช่นกันแม้ว่าบุตรจะไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ ตัวเลขในตารางที่ 31 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า มากกว่าร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่บุตรไม่ได้อาศัยอยู่ด้วย ได้รับการเยี่ยมเยียนหรือพบกับบุตรของตนเองทุกวัน กว่าร้อยละ 45 ของผู้สูงอายุมีบุตรมาเยี่ยมเยียนดูแลไม่น้อยกว่าอาทิตย์ละครั้ง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้สูงอายุไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตรแต่ได้พบกับบุตรบ่อย ๆ คือ ไม่น้อยกว่าอาทิตย์ละครั้ง เป็นผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตเช่นของ Knodel, et al (1999) (ดูตารางที่ 31)

ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนในเรื่องของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่คนปกติทุกคนควรกระทำได้ ตารางที่ 32 แสดงให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในบางกิจกรรม กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่ที่สุดไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้แก่ เรื่องการเตรียมอาหารด้วยตนเองเพื่อรับประทาน กล่าวคือ มีผู้สูงอายุถึงประมาณร้อยละ 18 ที่ระบุว่า ไม่สามารถจัดเตรียมและปรุงอาหารด้วยตนเองเพื่อรับประทาน ปัญหานี้นับว่ามีผลกระทบไปถึงปัญหาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้หากขาดผู้ดูแลในการเตรียมอาหารและปรุงอาหารให้กับผู้สูงอายุ ส่วนในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว

ของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลในตารางเดียวกันนี้ชี้ให้เห็นว่ามีความรุนแรงของปัญหาน้อยกว่าปัญหาทางด้านการเตรียมและรับประทานอาหาร

ตารางที่ 31 ร้อยละของความถี่ที่ผู้สูงอายุได้พบกับบุตร (กรณีกับผู้สูงอายุมีบุตรแต่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร) จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและกลุ่มตัวอย่าง

ความถี่ในการพบบุตร	ผู้สูงอายุในชุมชน		รวม	ผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล
	เขตเมือง	เขตชนบท		
ทุกวัน	34.2	36.4	36.1	34.3
อาทิตย์ละครั้ง	12.3	9.3	9.7	17.1
2 อาทิตย์/ครั้ง	11.0	3.2	4.2	2.8
เดือนละครั้ง	23.3	17.9	18.6	15.7
3 เดือน/ครั้ง	2.7	8.7	8.0	2.8
มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง	16.4	24.5	23.4	27.1
จำนวนผู้สูงอายุ	73	503	576	70

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
จำแนกตามประเภทของกิจกรรม

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
เตรียมอาหาร	453	17.9
ดักอาหารเข้าปาก	14	0.6
ล้างหน้า/หวีผม แปรงฟัน/โกนหนวด	15	0.6
ลุก/นั่ง	31	1.2
นั่ง/ลงจากโถส้วม/กระโถน	38	1.5
เดิน/เคลื่อนที่ (กรณีนั่งรถเข็น)	41	1.6
สวมใส่เสื้อผ้า	24	0.9
ขึ้น-ลงบันได	85	3.4

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จำแนกตามผู้ดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 คน)

กิจกรรม	ไม่มีคนดูแล		คู่สมรส		บุตร		หลาน		ญาติ		จ้างผู้ดูแล		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เตรียมอาหาร	0	0	56	12.4	124	31.9	57	12.6	19	4.2	2	0.4	453	100.0
กิจวัตรประจำวัน	3	3.0	8	8.1	64	64.6	17	17.2	7	7.1	0	0	99	100.0

ตัวเลขจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวันใน ตารางที่ 32 มีจำนวนที่ซ้ำซ้อนกันบ้างในหลายๆ กิจกรรม อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุ 1 คน อาจจะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวหลายกิจกรรม ดังนั้น จึงได้มีการจัดกิจกรรมออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือตนเองทางด้านอาหารหรือโภชนาการ กลุ่มที่ 2 เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอวัยวะของร่างกายในการทำกิจวัตรอื่น ๆ อันจะทำให้ง่ายต่อการที่จะวิเคราะห์ต่อไปว่าใครเป็นผู้ดูแลในกิจวัตรหลัก ๆ เหล่านี้ ตัวเลขในตารางที่ 33 ซึ่งให้ เห็นว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 453 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 17.9 ของผู้สูงอายุในตัวอย่างที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองทางด้านการเตรียมอาหารได้ และมีผู้สูงอายุเป็นจำนวน 99 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 3.9 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรอื่นได้ ซึ่งในทั้งสองกลุ่ม กิจวัตรที่จัดใหม่นี้ผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นหลักใหญ่ ได้แก่ บุตร ข้อมูลที่ได้นี้ชี้ให้เห็นในทางอ้อมว่า บุตรนั้นไม่ใช่เป็นบุคคลที่เพียงแต่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ เท่านั้นแต่ยังได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุอีกด้วย ดังนั้นบุตรจึงคาดว่าจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งจะได้พิจารณาในหัวข้อต่อไป

ความครอบคลุมของบริการทางด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตร แต่การดูแลที่บุตรให้ นั้นจะเป็นการดูแลทั่วๆ ไปในกิจวัตรประจำวัน เช่น การเตรียมและจัดหาอาหารให้ ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐาน 4 อย่าง นอกเหนือไปจากในเรื่องของที่อยู่อาศัย ปัจจัยพื้นฐานอีกปัจจัยหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องการได้แก่ด้านสุขภาพ ดังนั้นตัวเลขในตารางที่ 34 จึงวิเคราะห์ถึงความครอบคลุม

ของสวัสดิการด้านการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุจะได้รับ ตัวเลขในตารางชี้ให้เห็นว่าในภาพรวมร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีบัตรผู้สูงอายุ โดยมีการกระจายที่ใกล้เคียงกันเมื่อพิจารณาตามเพศ กลุ่มอายุ และจำนวนบุตรที่มีชีวิต แต่การกระจายค่อนข้างแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค เขตที่อยู่อาศัย หรือระดับการศึกษา กล่าวคือ ภาคเหนือมีการครอบคลุมของบัตรผู้สูงอายุสูงที่สุด (89%) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (86%) สำหรับภาคใต้มีความครอบคลุมต่ำสุด (66%) ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีอัตราส่วนของการมีบัตรผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท และอาจมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นอีกก็ได้ เมื่อวิเคราะห์การมีบัตรผู้สูงอายุตามระดับการศึกษาจะพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูง มีบัตรผู้สูงอายุเป็นจำนวนต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทั้งนี้จะสามารถอธิบายได้ในลักษณะเดียวกันกับผู้ที่อยู่ในเขตเมืองที่มีทางเลือกมากกว่าเนื่องจากฐานะดีกว่า หรือมีอัตราส่วนของการเคยเป็นข้าราชการสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งข้าราชการบำนาญเหล่านี้ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมีบัตรผู้สูงอายุแต่อย่างใด

ตารางที่ 34 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามการมีความคุ้มครองด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาล จำแนกตามคุณลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม

ลักษณะ	%ผู้สูงอายุที่มีบัตรผู้สูงอายุ	%ผู้สูงอายุที่ไม่มีบัตรผู้สูงอายุ แต่มีสวัสดิการด้านการรักษาอื่น ๆ			%ของผู้สูงอายุที่ไม่มีการคุ้มครองด้านสวัสดิการการรักษาใด ๆ
		ข้าราชการบำนาญ	บุตรเป็นข้าราชการ	บัตรประกันสุขภาพ	
เพศ					
หญิง	81.0	0.5	2.0	7.1	9.4
ชาย	78.7	3.0	2.1	7.0	9.3
อายุ					
60-69 ปี	76.5	1.7	3.6	7.8	10.4
70-79 ปี	85.1	1.2	0.6	6.1	7.0
80+	81.2	0.6	0.3	6.1	11.9
จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต					
0 คน	83.6	1.5	3.0	0.0	11.9
1 คน	87.1	1.4	4.2	2.8	4.8
2 คน	84.4	2.0	1.0	4.6	8.3
3 คนขึ้นไป	79.5	1.3	2.0	7.8	9.4

ตารางที่ 34 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามการมีความคุ้มครองด้านสวัสดิการรักษายาบาล จำแนกตามคุณลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม (ต่อ)

ลักษณะ	%ผู้สูงอายุที่มีบัตรผู้สูงอายุ	%ผู้สูงอายุที่ไม่มีบัตรผู้สูงอายุ แต่มีสวัสดิการด้านการรักษาอื่น ๆ			%ของผู้สูงอายุที่ไม่มีการคุ้มครองด้านสวัสดิการการรักษาใด ๆ
		ข้าราชการบำนาญ	บุตรเป็นข้าราชการ	บัตรประกันสุขภาพ	
ภาค					
ภาคเหนือ	88.6	0.7	1.6	4.7	4.3
ภาคอีสาน	85.5	1.2	2.2	4.4	6.8
ภาคกลาง	73.2	2.0	0.5	8.7	15.6
ภาคใต้	66.1	1.9	5.3	14.2	12.5
เขตที่อาศัย					
เขตเมือง	64.1	4.8	1.7	15.2	14.1
เขตชนบท	82.3	0.9	2.1	5.9	8.8
ระดับการศึกษา					
ไม่เคยเข้าโรงเรียน	80.6	0.2	1.6	5.4	12.1
ประถมศึกษา	81.5	0.7	2.1	7.5	8.2
มัธยมศึกษา+	66.5	12.3	3.4	7.3	10.6
รวม	80.2	1.4	2.1	7.0	9.4

สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีบัตรผู้สูงอายุ แต่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่น ๆ โดยเฉพาะการมีบัตรประกันสุขภาพ บัตรข้าราชการบำนาญ และการมีบุตรรับราชการนั้นได้แสดงไว้ในตารางที่ 34 เช่นกัน ในการทำความเข้าใจกับผลการวิเคราะห์ในเรื่องสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่ได้รับนอกเหนือจากบัตรผู้สูงอายุ ผู้อ่านต้องทำความเข้าใจก่อนว่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญจะได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลไม่ว่าบุตรจะเป็นข้าราชการหรือไม่ก็ตาม และในแนวทางปฏิบัติ ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญแม้ว่าจะมีบุตรเป็นข้าราชการก็ต้องเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสวัสดิการข้าราชการบำนาญ จะเบิกจากสิทธิของบุตรที่เป็นข้าราชการไม่ได้ เพราะจะผิดระเบียบปฏิบัติของกระทรวงการคลัง ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นข้าราชการบำนาญ ก็จะเบิกจากสิทธิการรักษาพยาบาลฟรีของบุตรได้ ส่วนในกรณีผู้สูงอายุที่มีได้เป็นข้าราชการบำนาญ และไม่ได้มีบุตรเป็นข้าราชการจึงจำเป็นต้องซื้อหรือใช้สิทธิจากบัตรประกันสุขภาพ และในทางปฏิบัติจริงสถานบริการรักษาพยาบาลของรัฐก็ต้องการให้ผู้สูงอายุที่มี

บัตรประกันสุขภาพ แต่เป็นข้าราชการบำนาญใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีจากสวัสดิการข้าราชการบำนาญ และในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีบุตรเป็นข้าราชการ ถึงแม้ว่าจะมีบัตรประกันสุขภาพก็จะให้เบิกจากสิทธิจากบุตร เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติและระเบียบของกระทรวงการคลัง เช่นกัน ผู้วิจัยจึงได้จัดลำดับความสำคัญของสวัสดิการทั้ง 3 ประเภทดังนี้ 1). ข้าราชการบำนาญ 2). ผู้ที่มีบุตรเป็นข้าราชการ 3). ผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพ ดังนั้น หากผู้สูงอายุผู้ใดที่ตอบว่า มีบุตรหรือแหล่งสวัสดิการรักษาพยาบาลฟรีมากกว่า 1 บัตรหรือ 1 แหล่ง ผู้วิจัยก็จะถือว่ามีบัตรหรือสวัสดิการรักษาพยาบาลฟรีเพียง 1 บัตรหรือ 1 สวัสดิการเท่านั้น โดยจะกำหนดตามลำดับความสำคัญของบัตรหรือประเภทสวัสดิการ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญขณะเดียวกันก็มีบุตรเป็นข้าราชการ และผู้สูงอายุมีบัตรประกันสุขภาพด้วย ผู้วิจัยจะถือว่า ผู้สูงอายุมีสวัสดิการเพียงแหล่งเดียวเท่านั้นคือ จากสวัสดิการข้าราชการบำนาญ หรืออีกกรณีหนึ่งผู้สูงอายุที่มีบุตรเป็นข้าราชการและมีบัตรประกันสุขภาพ ผู้วิจัยก็จะถือว่า ผู้สูงอายุมีสวัสดิการจากการใช้สิทธิบุตรที่เป็นข้าราชการเท่านั้น

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ พบว่า ในภาพรวมทั้งประเทศแล้ว มีผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญเพียงไม่ถึงร้อยละ 2 ส่วนผู้ใช้สวัสดิการจากการที่บุตรเป็นข้าราชการมีประมาณร้อยละ 2 ผู้สูงอายุที่ต้องใช้สวัสดิการจากบัตรประกันสุขภาพมีเพียงร้อยละ 7 ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายมีสัดส่วนของการเป็นข้าราชการบำนาญสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง เมื่อพิจารณาจำแนกรายภาคพบว่า ภาคใต้มีผู้ใช้สวัสดิการจากบัตรประกันสุขภาพสูงที่สุด (14.2 %) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ทดแทนการที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีบัตรผู้สูงอายุต่ำที่สุดในประเทศไทย ในทำนองเดียวกัน ภาคกลางเป็นภาคที่มีผู้สูงอายุที่ใช้บัตรประกันสุขภาพเป็นสัดส่วนที่รองลงมา (8.7 %) ด้วยเหตุผลเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งมีสัดส่วนของการมีบัตรผู้สูงอายุต่ำกว่าในเขตชนบท ได้ทดแทนส่วนต่างนั้นด้วยการใช้บัตรประกันสุขภาพ และสวัสดิการข้าราชการบำนาญ

ข้อค้นพบที่น่าสนใจในเชิงนโยบายของตัวเลขในตารางที่ 34 ชี้ให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุอยู่ถึงเกือบร้อยละ 10 ที่ไม่ได้รับสวัสดิการหรือการคุ้มครองทางด้านการบริการด้านสุขภาพของรัฐ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านโยบายทางด้านการให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายได้เต็มที่

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ไปรับการรักษาปัญหาสุขภาพครั้งสุดท้ายใน
1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามแหล่ง

แหล่ง	จำนวน	ร้อยละ ของผู้สูงอายุ	ร้อยละ ของผู้ป่วย
ไม่มีอาการ	685	27.0	-
ไม่ทำอะไร ปล่อยให้หายเอง	158	6.2	8.5
ปรึกษา/ขอยาจากญาติหรือเพื่อนบ้าน	18	0.7	1.0
ซื้อยากินเองจากร้านขายยาทั่วไป	170	6.7	9.2
ไปปรึกษากับหมอแผนโบราณ(หมอสมุนไพร หมอนวด หมอจับเส้น)	18	0.7	1.0
ไปปรึกษาโดยไสยศาสตร์ (หมอผี หมอพระ)	2	0.1	0.1
รักษาโดยหมอฉีดยา/ อสม.	36	1.4	2.0
ไปรักษาที่คลินิกเอกชน/ ร.พ.เอกชน	264	10.4	14.3
ไปรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ (ร.พ.ชุมชน)	678	26.8	36.7
ไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด (ร.พ.ทั่วไป/ ร.พ.ศูนย์)	450	17.8	24.4
ไปรักษาที่สถานีนอนมัย	54	2.1	2.9
รวม	2533	100	100

การเข้าถึงบริการเมื่อมีการเจ็บไข้ได้ป่วยสามารถสะท้อนถึงความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้ทางหนึ่ง จากการถามว่า “ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านไปรับการรักษาปัญหาสุขภาพครั้งสุดท้ายที่ไหน” พบว่ามีผู้สูงอายุอยู่ถึงร้อยละ 27 ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษายาบาล แต่ในหมู่ผู้ที่เจ็บไข้ได้ป่วยมีอยู่ประมาณร้อยละ 64 ที่เข้ารับการรักษายาบาลที่สถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข (ดูตารางที่ 35) ที่เหลือส่วนใหญ่ไปรับการรักษาตัวที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน

ในการศึกษาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้ศึกษาถึงวิธีการเดินทางและค่าใช้จ่ายไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ในหมู่ผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลตัวเลขในตารางที่ 36 พบว่า ผู้สูงอายุที่เดินทางไปรับบริการตามสถานบริการต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่เดินทางโดยรถส่วนตัวและรถโดยสาร ผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้สถานบริการและสามารถเดินทางไปรับบริการได้มีสัดส่วนไม่สูงนัก แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่สามารถเดินทางไปรับบริการที่สถานีนอนมัย (15%) จะมีสัดส่วนสูงกว่าแหล่งบริการอื่นๆ ทั้งนี้เป็นเพราะสถานีนอนมัยต่าง ๆ นั้นมักตั้งอยู่ใกล้บ้านเรือนของผู้สูงอายุมากกว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ

ด้วยเหตุผลอื่นเนื่องมาจากระยะทางระหว่างบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและสถานบริการ จึงพบว่าผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่สถานีนามัยใช้เวลาในการเดินทางน้อยกว่าที่ โรงพยาบาล และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลด้วยกันพบว่า โรงพยาบาลชุมชนใช้เวลาไปรับบริการน้อยกว่าโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางอยู่ในช่วงตั้งแต่ 12 นาทีโดยเฉลี่ยสำหรับสถานีนามัยไปจนถึง 34 นาทีสำหรับโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางที่กล่าวมานี้เมื่อพิจารณาผิวเผินอาจทำให้เข้าใจได้ว่าผู้สูงอายุที่ไปรับบริการยังสถานบริการไม่มีอุปสรรคในเรื่องการเข้าถึงบริการ แต่เมื่อพิจารณาจากระยะทางที่ห่างจากบ้านถึงสถานบริการโดยเฉลี่ย ดังตัวเลขใน ตารางที่ 36 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตั้งบ้านเรือนอยู่ในรัศมีห่างจากสถานบริการไม่เกิน 41 กิโลเมตร แต่เมื่อใช้ระยะทาง 5 กิโลเมตรเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการวัดการเข้าถึงบริการ พบว่า ประมาณร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชน ตั้งบ้านเรือนห่างจากสถานบริการในระดับโรงพยาบาลไม่เกิน 5 กิโลเมตร แต่เมื่อนำเอาจำนวนผู้สูงอายุในชุมชนที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมาคำนวณพบว่า มีถึงประมาณร้อยละ 50 ของผู้มารับบริการที่มีบ้านเรือนห่างจากโรงพยาบาลในรัศมีไม่เกิน 5 กิโลเมตร ในทำนองเดียวกันถ้าใช้ตัวเลขจากผู้สูงอายุที่ถูกสัมภาษณ์ขณะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพบว่า มีถึงประมาณร้อยละ 39 ที่มีบ้านเรือนห่างจากโรงพยาบาลไม่เกิน 5 กิโลเมตร ตัวเลขในทั้งสองกรณีนี้ชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหาในการเข้าถึงบริการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการสุขภาพตามสถานบริการต่างๆ เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ใกล้ๆ กับสถานบริการนั้นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสะดวก เดินทางง่าย และเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางน้อย แต่ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการมีโอกาสน้อยที่จะมาใช้บริการจากโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากความไม่สะดวกในการเดินทาง และต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ทำให้มาใช้บริการน้อย ผลที่ปรากฏคือ การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีความไม่เป็นธรรมด้านการกระจายบริการ บริการสุขภาพอนามัยส่วนใหญ่จะเอื้อสำหรับคนที่อาศัยอยู่ใกล้สถานบริการ ซึ่งส่วนมากนั้นตั้งอยู่ในชุมชนหรือเขตเมือง

ตารางที่ 36 วิธีการและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ

วิธีการเดินทาง	%ผู้สูงอายุ	เวลาในการเดินทาง(นาที)	ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ		ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
			ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	
ผู้สูงอายุในชุมชน					
รพ.อำเภอ(N=678)					
เดิน	9.9	15	12	1	10
รถโดยสาร	41.9	26	10	7	27
รถส่วนตัว	41.3	18	11	4	17
อื่น ๆ	6.9	18	4	6	32
รวม	100	21	10	4	22
รพ.จังหวัด/รพ.ศูนย์ (N=450)					
เดิน	6.9	15	18	2	9
รถโดยสาร	50.4	37	28	14	53
รถส่วนตัว	36.9	34	24	9	28
อื่นๆ	5.8	32	15	7	101
รวม	100	34	25	9	44
สถานีอนามัย (N=54)					
เดิน	14.8	6	1	1	13
รถโดยสาร	24.1	15	4	3	5
รถส่วนตัว	40.7	10	4	2	15
อื่นๆ	20.4	17	3	3	18
รวม	100	12	3	2	13
ผู้สูงอายุในสถานบริการ					
รพ.อำเภอ (N=233)					
เดิน	3.0	11	1	1	0
รถโดยสาร	42.3	32	14	17	29
รถส่วนตัว	48.9	15	18	10	18
อื่น ๆ	5.2	22	41	20	41
รวม	100	23	24	15	24

ตารางที่ 36 วิธีการและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ(ต่อ)

วิธีการเดินทาง	%ผู้สูงอายุ	เวลาในการเดินทาง(นาที)	ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ		ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
			ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	
รพ.จังหวัด/รพ.ศูนย์ (N=122)					
เดิน	1.6	13	1	1	0
รถโดยสาร	56.6	38	22	16	27
รถส่วนตัว	35.2	21	14	9	21
อื่นๆ	6.6	25	14	25	41
รวม	100	31	18	15	25

ตัวเลขในตารางที่ 35 ซึ่งได้เสนอไปแล้วข้างต้นชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนเท่าใดที่รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนในตารางที่ 36 ต้องการวิเคราะห์ดูว่าผู้สูงอายุมีอุปสรรคทางด้านการเดินทางอันเนื่องมาจากยานพาหนะ ระยะทางและค่าใช้จ่ายหรือไม่ ซึ่งตัวเลขที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 36 สะท้อนให้เห็นว่าอุปสรรคหรือความสะดวกในเรื่องการเดินทาง เมื่อพิจารณาจากเวลาในการเดินทาง ระยะทาง และประเภทของยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางสามารถจะอธิบายการเข้าถึงบริการได้เพียงส่วนหนึ่ง ความสามารถหรือความคล่องตัวในการเดินทางของผู้สูงอายุน่าจะเป็นตัวอธิบายเพิ่มเติม แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้มิได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความคล่องตัวหรือความสามารถในการเดินทางของผู้สูงอายุแต่อย่างใด ดังนั้น การพิจารณาในประเด็นความคล่องตัวจึงจำเป็นต้องพิจารณาจากข้อมูลทางด้านผู้ที่เดินทางร่วมหรือผู้ที่พาผู้สูงอายุไปรับบริการที่สถานบริการ ข้อมูลจากตารางที่ 37 ชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยที่สามารถเดินทางไปรับบริการตามลำพัง ประมาณร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุ ไปรับบริการที่สถานอนามัยที่อยู่ใกล้บ้าน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไปรับบริการด้วยตนเองตามลำพังที่สถานอนามัยนับว่าสูงที่สุด กล่าวคือ สูงกว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไปรับบริการด้วยตนเองตามลำพังที่โรงพยาบาล ทั้งที่พิจารณาจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนและที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมีความสอดคล้องกันมาก กล่าวคือ ต่างก็ชี้ให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุเพียงประมาณร้อยละ 30 เท่านั้นที่สามารถไปรับบริการด้วยตนเองได้ อีกประมาณร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุ ต้องมีผู้พาหรือร่วมเดินทางไปด้วย บุคคลที่มีบทบาทสำคัญหรือเป็นบุคคลหลักในการพาผู้สูงอายุไปรับบริการได้แก่ บุตร กว่าครึ่งหนึ่ง

ของผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้พาไปรับบริการที่สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีบุตรเป็นผู้พาไป ส่วนหลานเป็นบุคคลที่มีบทบาทรองลงไปในเรื่องการพาผู้สูงอายุไปรับบริการ

ตารางที่ 37 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการสุขภาพตามประเภทของโรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้องเดินทางไปกับผู้สูงอายุ

ผู้ร่วมเดินทาง	ผู้สูงอายุในชุมชน			รวม	ผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล		
	ประเภทของโรงพยาบาล				ประเภทของโรงพยาบาล		
	รพ.ชุมชน	รพ.ศูนย์/ ทั่วไป	สถานี อนามัย		รพ.ชุมชน	รพ.ศูนย์/ ทั่วไป	
บุตร	45.3	51.6	35.2	47.2	41.2	42.6	41.7
ไปคนเดียว	31.3	28.7	40.7	30.7	31.3	32.8	31.8
หลาน	9.7	6.0	16.7	8.6	11.6	11.5	11.5
คู่สมรส	6.3	8.2	1.9	6.9	9.4	7.4	8.7
ญาติ	3.5	2.7	3.7	3.2	2.6	1.6	2.3
เพื่อนบ้าน	3.8	2.9	1.9	3.4	3.9	4.1	3.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวนผู้สูงอายุ	678	450	54	1182	233	122	355

ข้อมูลในตารางที่ 37 สะท้อนให้เห็นว่า โอกาสที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีบุคคลพาไปรับบริการนั้นเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับระยะทางห่างระหว่างบ้านที่พักอยู่อาศัยกับสถานบริการ เมื่อดูค่ามัธยฐานระยะทางห่างระหว่างบ้านกับสถานบริการ จะเห็นได้ชัดเจนว่า ระยะทางระหว่างบ้านที่พักอยู่อาศัยกับสถานบริการในหมู่ผู้สูงอายุที่สามารถไปรับบริการได้เองตามลำพัง จะใกล้หรือสั้นกว่าระยะทางของผู้สูงอายุที่มีผู้พาไปรับบริการ (ดูตารางที่ 38)

ตารางที่ 38 แสดงระยะทางที่ผู้สูงอายุใช้ในการเดินทางไปรับการรักษาในสถานบริการสุขภาพของรัฐ (หน่วย : กิโลเมตร) จำแนกตามบุคคลที่ร่วมเดินทางไปกับผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่าง

บุคคลที่ร่วมเดินทาง	ผู้สูงอายุในชุมชน		ผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล	
	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน
คู่สมรส	14.8	10.0	15.7	8.0
บุตร	20.3	6.0	13.0	10.0
หลาน	9.4	3.5	13.5	8.0
มาคนเดียว	11.3	3.0	11.0	6.0
ญาติ	11.5	5.5	13.0	11.5
เพื่อนบ้าน	11.6	4.5	14.5	17.5
รวม	16.2	5.0	12.7	8.0

ลักษณะของการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ได้กล่าวมาแล้วว่า ความครอบคลุมของการมีบัตรสุขภาพผู้สูงอายุยังมีความครอบคลุมไม่เต็มที่ คือมีเพียงร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุเท่านั้นที่มีบัตรสุขภาพผู้สูงอายุ ยังมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการคุ้มครองทางด้านสวัสดิการการรักษายาพยาบาลจากบัตรสุขภาพใด ๆ เลยทั้งสิ้น ถึงประมาณร้อยละ 10 ซึ่งหมายความว่าต้องมีผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 ที่ต้องจ่ายหรือเสียค่ารักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บไข้ได้ป่วย ตัวเลขในตารางที่ 39 ยืนยันข้อสมมุติฐานนี้ กล่าวคือจำนวนผู้สูงอายุหรือคู่สมรสของผู้สูงอายุหรือบุตรของผู้สูงอายุที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง ไม่ว่าจะวิเคราะห์จากตัวอย่างผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนหรือผู้สูงอายุที่มารับบริการที่สถานบริการต่างก็ชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าร้อยละ 10 กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองสูงที่สุด (กว่า 20%) ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษา ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะกลุ่มนี้มีรายได้สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ประกอบกับทางโรงพยาบาลมักจะต้องการให้ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีเพียงพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้จ่ายค่ารักษาพยาบาล จึงได้เก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากผู้สูงอายุหรือจากบุตรของผู้สูงอายุ ที่พาผู้สูงอายุไปด้วย ซึ่งการกระทำเช่นนี้ไม่สอดคล้องกับนโยบายด้านการให้การรักษายาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 39 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ ตามลักษณะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามลักษณะเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ

ลักษณะ	ลักษณะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล							รวม
	ผู้สูงอายุ/ คู่สมรส (จ่ายเอง)	บุตร (จ่ายเอง)	บุตร (เบิกรัฐ)	ญาติ	บัตรผู้สูง อายุ	บัตร ประกัน สุขภาพ	อื่นๆ	
	ผู้สูงอายุในชุมชน							
ประเภทของรพ.								
รพ.ชุมชน	4.7	4.7	8.3	0	78.6	2.7	1.0	100
รพ.ศูนย์/ทั่วไป	10.7	6.0	16.7	0.2	60.2	4.7	1.6	100
เพศ								
หญิง	5.6	5.2	10.0	0.1	74.2	3.8	1.2	100
ชาย	9.2	4.6	13.3	0.0	68.9	2.4	1.7	100
เขตที่อาศัย								
เขตเมือง	4.0	4.7	21.7	0.0	54.3	3.1	2.3	100
เขตชนบท	5.9	5.0	9.9	0.1	74.5	3.3	1.2	100
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้รับการศึกษา	3.4	6.8	9.1	0.0	76.0	2.7	2.0	100
ประถมศึกษา	6.0	4.0	11.5	0.1	73.4	3.9	1.1	100
สูงกว่าประถมศึกษา	25.6	8.1	15.1	0.0	50.3	0.0	1.2	100
อายุ								
60-69 ปี	8.6	4.6	11.5	0.0	68.5	5.4	1.5	100
70-79 ปี	4.7	4.2	11.4	0.2	77.2	1.2	1.0	100
80 ปีขึ้นไป	4.9	8.5	11.4	0.0	75.0	0.6	1.8	100
จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต								
0 คน	9.1	0.0	0.0	0.0	90.9	0.0	0.0	100
1 คน	5.6	0.0	0.0	5.6	77.8	11.1	0.0	100
2 คน	8.3	2.1	9.4	0.0	71.9	5.2	3.1	100
3 คนขึ้นไป	6.7	5.6	12.1	0.0	71.3	3.1	1.2	100
รวม	6.9	5.1	11.5	0.1	71.8	3.1	1.3	100
จำนวนผู้สูงอายุ	79	59	132	1	826	38	15	1150

ตารางที่ 39 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ ตามลักษณะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามลักษณะเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ(ต่อ)

ลักษณะ	ลักษณะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล							รวม
	ผู้สูงอายุ/ คู่สมรส (จ่ายเอง)	บุตร (จ่ายเอง)	บุตร (เบิกรัฐ)	ญาติ	บัตรผู้สูง อายุ	บัตร ประกัน สุขภาพ	อื่นๆ	
	ผู้สูงอายุในสถานบริการ							
ประเภทของรพ.								
รพ.ชุมชน	7.3	3.9	12.9	1	65.7	7.7	2.1	100
รพ.ศูนย์/ทั่วไป	4.9	2.5	16.4	0	55.7	17.2	3.3	100
เพศ								
หญิง	6.5	1.8	18.4	0	62.2	9.2	1.8	100
ชาย	6.5	5.8	7.2	0.7	62.3	13.8	3.6	100
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้รับการศึกษา	2.8	2.8	13.9	0	76.4	2.8	1.4	100
ประถมศึกษา	5.7	3.7	13.4	0.4	60.2	14.6	2.0	100
สูงกว่าประถมศึกษา	18.9	2.7	18.9	0	48.6	2.7	8.1	100
อายุ								
60-69 ปี	6.7	3.6	11.9	0.5	60.3	15.5	1.5	100
70-79 ปี	6.5	3.6	15.2	0	64.5	6.5	3.6	100
80 ปีขึ้นไป	4.3	0	26.1	0	65.2	0	4.3	100
จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต								
0 คน	16.7	0	0	0	66.7	16.7	0	100
1 คน	6.3	0	6.3	0	62.5	25.0	0	100
2 คน	7.4	3.7	7.4	0	70.4	7.4	3.7	100
3 คนขึ้นไป	6.3	3.7	15.6	0.3	60.8	10.6	2.7	100
รวม	6.5	3.4	14.1	0.3	62.3	11.0	2.5	100

การที่ผู้สูงอายุหรือครอบครัวของผู้สูงอายุต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนผู้สูงอายุในตัวอย่างสะท้อนให้เห็นว่า จะต้องมีการผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีบัตรสวัสดิการใด ๆ ก็ตามแต่ก็ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความสนใจในเรื่องนี้จะดูที่ผู้สูงอายุที่มีบัตรผู้สูงอายุ ซึ่งได้กล่าวแล้วว่ามียุ้ยร้อยละ 80 หากหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขไม่ปฏิบัติตามนโยบายด้านการให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข จะพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิของบัตรสุขภาพผู้สูงอายุในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะต้องต่ำกว่าร้อยละ 80 ซึ่งตัวเลขในตารางที่ 39 ก็ยืนยันว่าเป็นเช่นนั้น กล่าวคือ มีเพียงประมาณร้อยละ 72 ของผู้สูงอายุในชุมชนทั้งหมดที่ใช้บัตรผู้สูงอายุในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองมีการใช้บัตรสุขภาพผู้สูงอายุต่ำกว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษามีการใช้บัตรสุขภาพผู้สูงอายุน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาคต่ำกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปมีการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีโดยใช้บัตรสุขภาพผู้สูงอายุต่ำกว่าในโรงพยาบาลชุมชน ผลที่ได้นี้เป็นจริงหรือสอดคล้องกันทั้งที่พิจารณาจากตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนและตัวอย่างผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล อันได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ใช้บัตรสุขภาพผู้สูงอายุตามตัวแปรเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า มีความแตกต่างกันไม่มากนักในเรื่องสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิของบัตรสุขภาพในการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใดในทุกกรณีต่างก็ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคือ ร้อยละ 80 ยกเว้นเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรซึ่งทำให้โรงพยาบาลส่วนหนึ่งไม่สามารถผลักภาระค่าใช้จ่ายไปให้บุตรของผู้สูงอายุแต่อย่างใด

ผู้สูงอายุอาจจะได้รับการรักษาพยาบาลฟรีหากมีบัตรประกันสุขภาพจากโครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่าความจริงแล้วโครงการนี้จะไม่ได้มุ่งที่ผู้สูงอายุโดยตรงก็ตาม แต่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วในตารางที่ 34 ว่า มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 7 ที่มีบัตรประกันสุขภาพ ด้วยแนวความคิดและตรรกะเดียวกันกับการวิเคราะห์บัตรสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรมีผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 7 ที่ใช้บัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลฟรี ข้อสมมุติฐานนี้จะต้องได้รับการยืนยันจากตัวเลขในตารางที่ 39 ทั้งนี้เพราะเราได้เห็นแล้วว่า มีผู้สูงอายุที่ใช้บัตรผู้สูงอายุต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคือ ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุทั้งหมด หากพบว่า การใช้บัตรประกันสุขภาพมีสัดส่วนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคือ ร้อยละ 7 ก็จะสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาของสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลฟรีของผู้สูงอายุ กล่าวคือ สถานบริการ

ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้คำนึงนโยบายด้านนี้ แต่มุ่งแต่จะหางบประมาณจากรายได้การรักษาพยาบาลเป็นใหญ่ ตัวเลขจากตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุเพียงประมาณร้อยละ 3 เท่านั้น ที่ใช้บัตรประกันสุขภาพเพื่อขอใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี ถึงแม้ว่าในตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่สถานบริการจะมีสัดส่วนของการใช้บัตรประกันสุขภาพสูงกว่าของผู้สูงอายุในชุมชนถึงเกือบ 4 เท่าตัว (11%) ความแตกต่างนี้สามารถอธิบายได้โดยโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุไปรับบริการพยายามที่จะถามว่าผู้สูงอายุมีบัตรประกันสุขภาพหรือไม่ หากมีทางโรงพยาบาลก็จะแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้บัตรประกันสุขภาพแทนบัตรผู้สูงอายุ ความแตกต่างในเรื่องอัตราส่วนผู้ใช้บัตรผู้สูงอายุระหว่างตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนและผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่สถานบริการเกือบจะเท่ากับสัดส่วนผู้สูงอายุที่ใช้บัตรประกันสุขภาพในตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

ผลงานวิจัยในอดีตต่าง ๆ ได้ยืนยันอย่างสอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุนอกจากจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพแล้วยังมีปัญหาทางเศรษฐกิจอีกด้านหนึ่ง ด้วยเหตุผลเช่นนี้การที่ทราบแต่เพียงว่า มีผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนมากน้อยเพียงใดที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลจึงเป็นการมองข้ามหรือไม่นำเอาข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมาพิจารณา เพื่อเป็นการไม่มองข้ามความสำคัญของปัญหาทางเศรษฐกิจ และเป็นการทำความเข้าใจถึงการนำนโยบายทางด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุไปปฏิบัติได้ชัดเจนยิ่งขึ้น จึงจะทำการวิเคราะห์ว่า ในหมู่ผู้สูงอายุที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลนั้นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงใด

ตารางที่ 40 แสดงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในหมู่ผู้ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรผู้สูงอายุ ตามที่ควรจะเป็นแล้วตารางนี้ควรจะแสดงตัวเลขเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุทุกคนที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล แต่เนื่องจากเมื่อตอนสร้างแบบสอบถามผู้วิจัยมิได้คิดว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนที่มีบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรผู้สูงอายุจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ที่ไม่มีบัตรผู้สูงอายุหรือบัตรประกันสุขภาพผู้วิจัยจึงได้ให้พนักงานสัมภาษณ์เก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉพาะผู้ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรผู้สูงอายุ แต่ถึงกระนั้นก็ตาม เนื่องจากทางโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มิได้มีแนวทางปฏิบัติหรือนโยบายที่จะเก็บค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่แตกต่างกันไปตามกลุ่มต่างๆ ของผู้สูงอายุ ดังนั้น ตัวเลขในตารางที่ 40 จึงจะอนุมานครอบคลุมไปถึงค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่มีบัตรผู้สูงอายุหรือบัตรประกันสุขภาพได้เช่นกัน

ก่อนที่จะทำความเข้าใจถึงค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุซึ่งแยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุในชุมชนและผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ผู้อ่านต้องตระหนักคือ ตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้น โดยทั่ว ๆ ไปไม่ว่าจะเก็บที่ใดหรือกลุ่มประชากรวัยใดก็ตามจะมีความแปรปรวนสูง ทั้งนี้เพราะ ค่าใช้จ่ายนั้นอยู่กับอาการความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยของผู้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล การใช้ค่าเฉลี่ยจึงต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง และควรใช้เมื่อต้องการทดสอบความแตกต่าง เมื่อต้องทดสอบตามนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากว่าถ้าต้องการมองภาพรวมหรือทำความเข้าใจว่าค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไรแล้ว ควรที่จะใช้ค่ามัธยฐานมากกว่าค่าที่จะใช้ค่าเฉลี่ย

เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้งของผู้สูงอายุในทั้งสองกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเช่นนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพราะผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปมักจะมีอาการป่วยที่หนักหรือรุนแรงกว่าผู้สูงอายุที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้งสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบท ส่วนความแตกต่างกันตามตัวแปรอื่นๆ เช่น เพศ ระดับการศึกษา และอายุ จะมีไม่มากนัก

ตัวเลขในภาพรวมจะเห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนจะรายงานว่าตัวเองเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าค่ารักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ถูกสัมภาษณ์ในขณะที่กำลังรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้จากตัวเลขในตารางที่ 40 ว่า ค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในชุมชนเท่ากับ 300 บาท และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,491 บาท ในขณะที่ค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเท่ากับ 245 บาท และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 827 บาท ความแตกต่างนี้ไม่น่าจะเป็นความแตกต่างที่แท้จริง แต่เป็นความแตกต่างอันเนื่องมาจากความรุนแรงของการเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ที่โรงพยาบาลมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไม่มากนัก ในรายที่มีอาการรุนแรงและได้เข้ารับการรักษาเป็นคนไข้ในจะไม่ถูกสัมภาษณ์แต่อย่างใด ซึ่งต่างจากตัวอย่างของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รวมเอาผู้สูงอายุที่เคยเข้ารับการรักษาเป็นคนไข้ในไว้ด้วย ค่าใช้จ่ายที่รายงานโดยตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนจึงสูงกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาที่รายงานโดยผู้สูงอายุที่ถูกสัมภาษณ์ขณะที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 40 แสดงค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้บัตรผู้สูงอายุหรือบัตรประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม และกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	ผู้สูงอายุในชุมชน		ผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล	
	ค่ามัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย
ประเภทของรพ.				
รพ.ชุมชน	200	484	200	803
รพ.ศูนย์/ทั่วไป	339	1716	535	875
เพศ				
หญิง	262	1091	250	882
ชาย	200	1277	230	717
เขตที่อยู่อาศัย				
เขตเมือง	325	870	-	-
เขตชนบท	225	1238	-	-
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	250	845	200	332
ประถมศึกษา	250	1271	300	1038
สูงกว่าประถมศึกษา	325	1179	200	1179
อายุ				
60-69 ปี	250	1110	235	1064
70-79 ปี	265	1203	300	388
80 ปีขึ้นไป	250	1325	215	1890
รวม	300	1491	245	827

คุณภาพบริการ

การศึกษาถึงความครอบคลุมของนโยบายด้านคุณภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนการเข้าถึงบริการและการกระจายของบริการสุขภาพที่กล่าวมาแล้วในบทนี้ เป็นประเด็นที่มุ่งเน้นไปในด้านปริมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นที่ความครอบคลุมของบัตรสุขภาพผู้สูงอายุ ในประเด็นต่อไปนี้จะมองไปถึงคุณภาพของบริการ ทั้งนี้เพราะเป็นที่ประจักษ์กันโดยทั่วไปแล้วว่าในกระบวนการทัศน์ใหม่ของการดำเนินการสาธารณสุขต่าง ๆ ของรัฐจะคำนึงถึงเฉพาะปริมาณหรือมองที่ความครอบคลุมของบริการเพียงอย่างเดียวไม่ได้ จะต้องมีการพิจารณาถึงมิติทางด้าน

คุณภาพของบริการอีกด้วย มิติทางด้านคุณภาพของบริการที่จะพิจารณาคือ มิติด้านเวลา การให้บริการที่มีคุณภาพนั้นต้องดำเนินการไปด้วยความรวดเร็ว โดยที่ผู้มารับบริการไม่ต้องเสียเวลาในการรับบริการนานเกินความจำเป็น ข้อมูลในตารางที่ 41 ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยคำถามที่ว่า “ท่านใช้เวลาในการรับบริการทั้งหมดนานเท่าใด ซึ่งรวมทั้งเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการด้วย” คำตอบที่ได้พบว่า โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุต้องเสียเวลาอยู่ในสถานบริการเป็นเวลา 2.2 ชั่วโมง เพื่อการรอรับบริการด้านการรักษา ซึ่งเวลานี้ไม่รวมเวลาที่ใช้ในการเดินทาง (โดยเฉลี่ย 31 นาที) ผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ อันได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จะใช้เวลาในการรับบริการนานกว่าโรงพยาบาลชุมชน (2.6 ชั่วโมง และ 2.2 ชั่วโมง ตามลำดับ) ที่เป็นเช่นนี้เพราะโรงพยาบาลประเภทแรกจะต้องเสียเวลาในการรอคอยเพื่อเข้ารับบริการนานกว่าโรงพยาบาลประเภทหลัง เมื่อพิจารณาเวลาที่ใช้ในการรับบริการจำแนกตามเพศหรือกลุ่มอายุต่างๆ ผลที่ได้พบว่า เวลาที่ใช้ในการรับบริการของผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยที่ได้มากนัก ยกเว้นกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป (ดูตารางที่ 41) มีจำนวนเพียง 23 คน เท่านั้น ซึ่งอาจจะทำให้ค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการรับบริการมีความคลาดเคลื่อนสูง ในการสรุปผลจึงไม่อาจสรุปได้ว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 41 ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุใช้ในการรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ จำแนกตามลักษณะของผู้สูงอายุ (หน่วย : ชั่วโมง)

ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคม	ค่าเฉลี่ย
ประเภทของ รพ.	
รพ.ชุมชน	2.1
รพ.ศูนย์/ทั่วไป	2.6
เพศ	
หญิง	2.4
ชาย	2.1
อายุ	
60-69 ปี	2.3
70-79 ปี	2.3
80 ปีขึ้นไป	1.7
รวม	2.2

มิติของคุณภาพบริการอีกมิติหนึ่ง ได้แก่ ภาพพจน์และความเชื่อมั่นในเทคนิคการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแยกออกเป็นประเด็นหลัก ๆ ได้ 2 ประเด็น คือ 1) ทศนคติหรือความเชื่อว่า บริการที่ผู้สูงอายุไปรักษาน่าจะบริการดีกว่าสถานบริการแห่งอื่น 2) สถานบริการนั้นมีบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุเคยไปรับการรักษาจากที่อื่นมาแล้วแต่ไม่หาย จึงได้รับการส่งต่อหรือเลือกที่จะมาด้วยตนเอง เพราะคิดว่าสถานที่ใหม่น่าจะมีความชำนาญเฉพาะทางที่สอดคล้องกับโรคหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าสถานบริการเดิมที่เคยไปรับการรักษา

ตัวเลขในตารางที่ 42 ซึ่งให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ถูกสัมภาษณ์ในขณะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ มีอยู่ประมาณร้อยละ 25 ที่มารับบริการสุขภาพเนื่องจากมีทัศนคติหรือความเชื่อที่ว่า โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเป็นสถานบริการที่มีคุณภาพของบริการดีกว่าสถาน บริการสุขภาพแหล่งอื่น ประมาณร้อยละ 26 มารับบริการเพราะคิดว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปมีบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับโรคหรืออาการที่ผู้สูงอายุประสบเกือบร้อยละ 50 ตัดสินใจมารับบริการเพราะมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการ อันเนื่องมาจากมีบ้านพักหรือมี บ้านเรือนที่อยู่อาศัยตั้งอยู่ไม่ห่างไกลโรงพยาบาลนัก ส่วนผู้สูงอายุที่ถูกสัมภาษณ์ขณะที่มารับ บริการที่โรงพยาบาลชุมชนนั้น ประมาณร้อยละ 21 มารับบริการด้วยความเชื่อที่ว่า โรงพยาบาลชุมชนนั้นให้บริการสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพ ประมาณร้อยละ 23 มองว่า โรงพยาบาลชุมชนรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ได้ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน (56.2%) มีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไปรักษาสุขภาพที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป (49.2 %) ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 42 สะท้อนให้เห็น ว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ไม่สามารถสร้างภาพพจน์ว่าเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพหรือสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้ดีกว่าโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเลือกที่จะไปรับบริการสุขภาพบนพื้นฐานของการเข้าถึงบริการได้ง่าย อันเนื่องมาจากสถานบริการเหล่านั้นอยู่ใกล้บ้าน

ตารางที่ 42 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามประเภทของโรงพยาบาลและระดับการศึกษา
จำแนกตามเหตุผลที่ผู้สูงอายุตัดสินใจมาโรงพยาบาล

เหตุผล	ประเภทของโรงพยาบาล		รวม
	รพ.ศูนย์/ทั่วไป	รพ.ชุมชน	
ทัศนคติหรือความเชื่อ	24.6	21.0	22.3
สถานบริการนั้น ๆ มีบริการที่สอดคล้องกับโรค หรือปัญหาของผู้สูงอายุ	26.2	22.7	23.9
ใกล้บ้าน	49.2	56.2	53.8
จำนวนผู้สูงอายุ	122	233	355

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้มารับบริการเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งของคุณภาพบริการ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลทางด้านความรู้ที่ผู้สูงอายุ ได้รับขณะเข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล ตัวเลขในตารางที่ 43

ตารางที่ 43 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามประเภทของโรงพยาบาล จำแนกตามความรู้ที่ได้รับในเรื่องต่าง ๆ ระหว่างมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

ความรู้	ประเภทของโรงพยาบาล		รวม
	รพ.ชุมชน	รพ.ศูนย์/ทั่วไป	
โรคหรือความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	39.5	36.1	38.3
วิธีปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายใจหรือเกิดความเครียด	26.6	23.0	25.4
การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	43.3	40.2	42.3
การปฏิบัติตนทางด้านโภชนาการ	45.5	45.1	45.4
การพักผ่อนหลับนอน	43.8	41.8	43.1
การมีงานอดิเรกหรือนันทนาการต่าง ๆ / การใช้ เวลาว่างให้เกิดประโยชน์	25.8	30.3	27.3
การปฏิบัติตนเมื่อเกิดความเจ็บป่วย	58.8	54.9	57.5
การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดกับตนเอง	53.2	49.2	51.8
วิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	64.4	55.7	61.2
การกลับมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษา	62.7	63.9	63.1
จำนวนด้านโดยเฉลี่ย	4.7	4.5	4.6

ตารางที่ 43 แสดงการได้รับข้อมูลหรือความรู้ทางด้านสุขศึกษาต่าง ๆ ขณะที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ตัวเลขในตารางชี้ให้เห็นว่า โดยทั่วไปแล้วการได้รับความรู้ทางด้านสุขศึกษาและการปฏิบัติตนไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล ความรู้ที่เกินกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุได้รับ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการนัดกลับมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษา การใช้ยาและสังเกตอาการแทรกซ้อน การปฏิบัติตนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และการสังเกตอาการผิดปกติสำหรับการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้นว่าเรื่องการออกกำลังกาย โภชนาการ การพักผ่อนและการคลายเครียด มีการให้ความรู้น้อย ดังจะเห็นได้ว่ามีผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งที่มารับการรักษา แล้วได้รับ ความรู้เหล่านี้

เมื่อวิเคราะห์ถึงการให้ความรู้และสุขศึกษาขณะมารับบริการของโรงพยาบาลแต่ละประเภทในภาพรวม พบว่าทั้งโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป มีการให้บริการที่มีคุณภาพไม่ดีไปกว่าโรงพยาบาลชุมชน ดังจะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉลี่ยได้รับการให้ความรู้หรือสุขศึกษาเพียง 4.5 ด้าน ซึ่งแทบจะไม่มี ความแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนที่โดยเฉลี่ยได้รับความรู้หรือคำแนะนำทางด้านสุขศึกษาในเรื่องเดียวกัน โดยเฉลี่ย 4.7 ด้าน

ตารางที่ 44 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับยาเพื่อการรักษาและการได้รับคำแนะนำในการใช้ยา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ข้อความ	ประเภทของโรงพยาบาล		รวม
	รพ.ชุมชน	รพ.ศูนย์/ทั่วไป	
ผู้สูงอายุได้รับยาเมื่อมาโรงพยาบาล (N = 355)			
ได้	96.6	97.5	96.9
ไม่ได้	3.4	2.5	3.1
กรณีที่ผู้สูงอายุได้รับยา			
ท่านทราบหรือไม่ว่ายาที่ได้ แก่โรคอะไร (N = 344)			
ทราบ	90.7	88.2	89.8
ไม่ทราบ	9.3	11.8	10.2
ท่านทราบวิธีใช้ยาหรือไม่ (N = 344)			
ทราบ	94.2	94.1	94.2
ไม่ทราบ	5.8	5.9	5.8

การมองข้ามความสำคัญของการให้คำปรึกษาหรือให้สุขศึกษา มักจะแปรผกผันกับการเน้นการรักษาด้วยการสั่งยา ดังจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเกือบทุกคน หรือมีสูงถึงร้อยละ 97 จะได้รับยากลับไปที่บ้าน (ตารางที่ 44) จากการวิจัยที่ผ่านมา ยืนยันว่าผู้ที่มา โรงพยาบาลไม่ใช่ทุกคนที่ต้องการการรักษาโดยยา มีเพียงประมาณ ร้อยละ 40 เท่านั้นที่แพทย์สามารถให้การรักษที่ตรงกับปัญหาสุขภาพโดยการสั่งยา ส่วนที่เหลือนั้น จำเป็นต้องให้การดูแลอื่น ๆ เป็นต้นว่าการให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อผู้สูงอายุจะได้นำไปปฏิบัติ การให้ยาแก่ผู้ป่วยอาจเป็นเรื่องปฏิบัติง่ายและใช้เวลาไม่มาก แต่การให้คำปรึกษา แนะนำ อาจใช้เวลานาน ซึ่งแพทย์อาจมีข้อจำกัดในหลายประการ โดยเฉพาะเรื่องเวลา ซึ่งโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่จะมีผู้มาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุไม่ได้รับความสำคัญเท่าที่ควรจะเป็น และเมื่อพิจารณาตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการเน้นการรักษาด้วยยาไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 45 การนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อรับการตรวจรักษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ข้อความ	ประเภทของโรงพยาบาล		รวม
	รพ.ชุมชน	รพ.ศูนย์ทั่วไป	
ท่านมีการนัดหมายพบแพทย์หรือไม่ (N = 355)			
มี	92.7	93.4	93.0
ไม่มี	7.3	6.6	7.0
ถ้ามีการนัดหมาย			
ผู้สูงอายุทราบการนัดหรือไม่ (N = 330)			
ทราบ	63.2	56.0	58.4
ไม่ทราบ	36.8	44.0	41.6

ส่วนตัวสะท้อนคุณภาพของบริการอีกตัวคือ การรู้วันนัดหมาย ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด (93 %) ระบุว่ามีการนัดหมายให้มาพบแพทย์อีก แต่มีเพียงประมาณร้อยละ 58.4 ที่สามารถระบุวันที่แพทย์นัดได้ (ดูตารางที่ 45) จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการให้คำปรึกษา และความเข้าใจในเรื่องความสำคัญและวันเวลาของการนัดหมายอีก

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มว่าจะจำวันที่นัดหมายได้น้อยกว่า ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน

กระบวนการในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้วในบทนี้สะท้อนให้เห็นว่า อัตราความครอบคลุมของสถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในทั้ง 3 ระดับ อันได้แก่ สถานีอนามัยในระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ และโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด ยังมีอัตราความครอบคลุมต่ำ หน่วยงานทั้ง 3 ระดับที่ได้กล่าวมานี้ สามารถให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน ก่อนหน้าวันสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนเพียงประมาณร้อยละ 61 เท่านั้น เมื่อประเมินคุณภาพบริการของผู้สูงอายุเหล่านี้ที่ไปรับบริการ ได้ข้อสรุปว่า ยังต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการในด้านต่างๆ เช่น ในเรื่องที่ต้องใช้เวลานานในการรับบริการ การขาดการเน้นหรือให้ความสำคัญทางด้านการให้คำแนะนำ หรือสุขศึกษา แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุเน้นหรือให้ความสำคัญทางด้านการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ยังไม่ให้ความสำคัญแก่การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้ว่า ร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุที่ต้องมารักษาอย่างต่อเนื่องไม่ทราบวันนัดหมายครั้งต่อไปที่ต้องมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัย ที่กล่าวมานี้เมื่อพิจารณาร่วมกับความจริงที่พบว่า กว่าครึ่งของผู้สูงอายุที่ไปรับบริการยังสถานบริการต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเลือกไปรับบริการด้วยเหตุผลว่าเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน แต่ไม่ใช่เพราะเหตุผลที่เกี่ยวข้องเนื่องหรือสะท้อนมาจากความประทับใจในคุณภาพบริการของสถานบริการ เพื่อให้เข้าใจในสถานการณ์ดังกล่าวอย่างชัดเจน จึงควรที่จะมีการศึกษาถึงกระบวนการในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การศึกษาวิเคราะห์กระบวนการในการให้บริการในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่ง ได้แก่ จากการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้จะเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตกระบวนการในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ณ จุดต่างๆ 5 จุด ตามขั้นตอนปกติที่ผู้สูงอายุจะต้องรับบริการ 5 จุดนี้ ได้แก่ จุดที่ 1 เป็นจุดที่ให้คำแนะนำทั่วๆ ไป ของโรงพยาบาล จุดที่ 2 หน้าห้องทำบัตรใหม่หรือค้นบัตรเก่า จุดที่ 3 จุดรอหน้าห้องตรวจ จุดที่ 4 ในห้องตรวจ และจุดที่ 5 หน้าห้องจ่ายยา การสังเกตจะเป็นการสังเกตว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ณ จุด

ต่างๆ ได้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุตามรายการต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ในตารางที่ 45 หรือไม่ โดยจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล ผลที่ได้ปรากฏดังต่อไปนี้

จุดที่ 1 มีผู้สูงอายุเพียงประมาณสามในสี่ที่ได้รับคำแนะนำว่า ในการรับบริการนั้นต้องมีขั้นตอนอะไรบ้าง และแต่ละขั้นตอนจะต้องปฏิบัติอย่างไร ส่วนในเรื่องของการมีเจ้าหน้าที่พาผู้สูงอายุไปยังห้องตรวจต่างๆ นั้น มีการอำนวยความสะดวกให้น้อยมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องไปหาห้องตรวจด้วยตนเอง เพียงประมาณร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปได้รับความสะดวกในเรื่องนี้ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเพียงประมาณร้อยละ 11 เท่านั้น ที่ได้รับความสะดวกในเรื่องดังกล่าว

จุดที่ 2 เป็นจุดที่ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลต้องผ่านคือ จุดทำบัตรใหม่สำหรับคนไข้ใหม่หรือจุดค้นหาประวัติสำหรับคนไข้เก่า มีผู้สูงอายุประมาณกว่าร้อยละ 90 ที่ได้รับบริการ ณ จุดที่ 2 ตามลำดับก่อน-หลังโดยไม่มีความแตกต่างกันมากนักในทั้ง 2 ประเภทของโรงพยาบาล ในจุดนี้ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปประมาณร้อยละ 64 ที่ได้รับการแนะนำว่าในขั้นตอนต่อไปจะต้องไปรับบริการ ณ จุดใด และอย่างไร ส่วนผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนมีเพียงประมาณร้อยละ 60 เท่านั้นที่ได้รับคำแนะนำดังกล่าว

จุดที่ 3 เมื่อผู้สูงอายุได้มารอคอยเพื่อตรวจรักษานั้น พบว่า เกือบทั้งหมดได้รับการประเมินสุขภาพเบื้องต้น เช่น การตรวจวัดอุณหภูมิ ความดันโลหิต/ชีพจร ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ส่วนในเรื่องของการได้คำแนะนำ/สื่อสารจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหรือเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจนั้น มีผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเพียงร้อยละ 73 ที่ได้รับบริการในเรื่องนี้ ซึ่งมีจำนวนสูงกว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน (61.9%) ณ จุดที่ 3 นี้ นอกจากผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินสุขภาพเบื้องต้นและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหรือเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจแล้ว ผู้สูงอายุยังอาจได้รับสุขศึกษา ณ จุดนี้ด้วย จากข้อมูลที่ได้พบว่า มีผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเพียงไม่ถึงหนึ่งในสี่ที่ได้รับการสอนสุขศึกษา แต่สัดส่วนนี้ก็ยังมีความสูงกว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการสอนสุขศึกษาถึงเกือบเท่าตัว ณ จุดนี้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่จะได้รับการจัดที่นั่งพักเพื่อรอคอยในขณะรอตรวจ แต่ผลที่ได้ปรากฏว่า ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน ต่างก็มีการคำนึงถึงประเด็นนี้น้อยมาก ไม่ถึงร้อยละ 15 เท่านั้นที่มีที่นั่งพักเพื่อรอคอย

จุดที่ 4 ในห้องตรวจ เมื่อทีมผู้วิจัยได้เฝ้าสังเกตกระบวนการในการรักษาในห้องตรวจ ผลปรากฏว่า มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 70 ในทุกประเภทของโรงพยาบาลได้รับการปฏิบัติใน 4 รายการ ได้แก่ การซักประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย ผู้สูงอายุได้รับโอกาสในการพูดถึงปัญหาสุขภาพหรืออาการต่างๆ ที่ตนเองประสบอยู่ และแพทย์ยังได้รับการบอกถึงวิธีการรักษาแก่ผู้สูงอายุ ส่วนในเรื่องที่ต้องให้ความสนใจเพิ่มเติมได้แก่ การสอบถามผู้สูงอายุในเรื่องความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพกับผู้สูงอายุ การบอกถึงวิธีการรับประทานยา การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามในเรื่องที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจ การบอกถึงปัญหา/โรคที่ผู้สูงอายุประสบ และการบอกผู้สูงอายุถึงขั้นตอนต่อไปในการรับบริการ

จุดที่ 5 เป็นการสังเกตที่ห้องจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก ว่ามีการให้คำแนะนำวิธีการในการใช้ยา ซึ่งจำแนกเป็น 2 ส่วนคือ การให้คำแนะนำโดยการบอกกล่าวหรืออธิบายโดยเจ้าหน้าที่ และการให้คำแนะนำโดยการเขียนรายละเอียดไว้ที่หน้าซองยาหรือขวดยา ข้อมูลที่ได้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หรือแทบทั้งหมดได้รับการแนะนำโดยคำอธิบายที่ปรากฏบนซองยาหรือขวดยามากกว่าการได้รับคำแนะนำโดยตรงจากเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา เป็นที่น่าสังเกตว่าการให้คำแนะนำโดยการอธิบายนั้น โรงพยาบาลชุมชนจะมีการปฏิบัติสูงกว่าในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ตัวเลขที่ได้จากการสังเกต ณ จุดนี้ สอดคล้องกับตัวเลขที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ในตารางที่ 46

ตารางที่ 46 กระบวนการในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ณ จุดต่างๆ ในโรงพยาบาลแต่ละประเภท

ข้อบ่งชี้	ประเภทของโรงพยาบาล		
	รพ.ทั่วไป	รพ.ชุมชน	รวม
จุดที่ 1 การแนะนำ			
มีป้ายบอกจุดหรือห้องที่ต้องให้บริการ	100	100	100
มีการให้คำแนะนำขั้นตอนในการรับบริการ	76.1	75.2	75.5
มีเจ้าหน้าที่พาไปจุดต่อไปหรือห้องตรวจ	22.9	11.1	14.9
จุดที่ 2 ห้องบัตร			
มีการจัดคิวการทำบัตรหรือจัดคิวค้นหาประวัติคนไข้เก่า	90.8	92.5	91.9
มีการแนะนำขั้นตอนต่อไปในการรับบริการแก่ผู้สูงอายุ	64.2	60.2	61.5

ตารางที่ 46 กระบวนการในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ณ จุดต่างๆ ในโรงพยาบาล
แต่ละประเภท (ต่อ)

ข้อบ่งชี้	ประเภทของโรงพยาบาล		
	รพ.ทั่วไป	รพ.ชุมชน	รวม
จุดที่ 3 หน้าห้องตรวจ			
ได้มีการประเมินสุขภาพเบื้องต้น (ตรวจวัดอุณหภูมิ/ ความดันโลหิต/ชีพจร ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง)	94.5	98.2	97.0
มีการแนะนำ/สื่อสารกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปฏิบัติตน หรือเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจรักษา	73.4	61.9	65.7
มีการให้สุศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ	22.0	9.7	13.7
มีการจัดที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ	14.7	8.8	10.7
จุดที่ 4 ในห้องตรวจ			
มีการซักประวัติผู้ป่วย	90.8	87.2	88.4
มีการตรวจร่างกาย	77.1	78.3	77.9
ได้ให้เวลากับผู้สูงอายุในการพูดถึงปัญหา/อาการที่ผู้สูง อายุประสบ	77.1	72.6	74.0
ได้ถามผู้สูงอายุในเรื่องความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ	34.9	35.8	35.5
ได้บอกปัญหา/โรคที่ผู้สูงอายุประสบ	83.5	68.6	73.4
ได้บอกวิธีการรักษากับผู้สูงอายุ	81.7	71.2	74.6
ได้บอกวิธีการรับประทานยากับผู้สูงอายุ	56.0	42.5	46.9
ได้ให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพกับผู้สูงอายุ	47.7	38.9	41.8
ได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามในเรื่องที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจ	54.1	45.1	48.1
ได้บอกขั้นตอนต่อไปในการรับบริการ	59.6	69.5	66.3
จุดที่ 5 ห้องยา			
มีการให้คำแนะนำในการรับประทานยา	58.7	75.7	70.1
มีการเขียนชื่อยาและวิธีการใช้ยาหน้าของยา	94.5	97.8	96.7

ข้อมูลอีกส่วนหนึ่งเป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจในกระบวนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลต่างๆ ข้อมูลนี้แสดงไว้ในตารางที่ 47 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุแทบทั้งหมดมีความรู้สึกว่าได้รับความเป็นกันเองจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข อันสะท้อนมาจากการมีการพูดคุยที่เป็นกันเองระหว่างผู้สูงอายุกับแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ โดยรวมประมาณร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าการแพทย์ไม่ได้ให้เวลาเพียงพอแก่ตน ประมาณร้อยละ 27 มีความรู้สึกว่าการแพทย์ไม่ได้ให้โอกาสในการซักถามปัญหาที่ตนประสบ ประมาณร้อยละ 20 มีความรู้สึกว่าการแพทย์ไม่ได้ตรวจร่างกายตนอย่างละเอียดพอ ซึ่งในประเด็นนี้แพทย์จะต้องพยายามให้ความรู้หรือความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการตรวจอะไรบ้าง และตรวจร่างกายผู้สูงอายุให้ละเอียดตามขั้นตอนที่จำเป็นให้ครบถ้วน เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินระหว่างโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลชุมชน พบว่า โรงพยาบาลกลุ่มแรกมีบริการที่ไม่เป็นที่ประทับใจผู้สูงอายุในอัตราส่วนร้อยละสูงกว่าโรงพยาบาลประเภทหลัง ในทุกประเด็นของการประเมิน

ตารางที่ 47 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ตอบปฏิเสธในคำถามที่เกี่ยวกับการประเมินกระบวนการให้บริการบางด้าน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

คำถาม	ประเภทของโรงพยาบาล		รวม
	รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป	รพ.ชุมชน	
หมอได้ให้เวลาพอเพียง	21.3	9.4	13.5
หมอได้ให้โอกาสในการซักถามปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพท่าน	36.9	21.0	26.5
หมอได้ใช้เวลาในการตรวจร่างกายท่านอย่าง ละเอียด	26.2	16.7	20.0
รู้สึกว่าการหมอ/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ พุดจาเป็นกันเอง	4.9	1.3	2.5
จำนวนผู้สูงอายุ	122	233	355

คลินิกผู้สูงอายุ

การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเป็นมาตรการหนึ่งของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์หลักของการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุมุ่งไปที่การให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลและสนใจเป็นพิเศษ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างจากปัญหาสุขภาพของประชากรในกลุ่มวัยอื่นๆ ในบทที่ 3 ได้กล่าวมาแล้วว่า ในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วทั้งประเทศได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพียงประมาณร้อยละ 44 เท่านั้น ซึ่งถือว่ามาตรการนี้ยังมีการนำไปปฏิบัติได้อย่างไม่ทั่วถึงนัก ตัวเลขที่กล่าวมานี้เป็นตัวเลขที่วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ข้อมูลนี้ไม่สามารถชี้ให้เห็นว่าประชาชนได้รับประโยชน์จากคลินิกผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด หรือแม้กระทั่งไม่สามารถชี้ให้เห็นว่าประชาชนตระหนักถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุที่รัฐจัดหาให้หรือไม่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จึงได้มีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนเกี่ยวกับการตระหนักถึงการแพร่กระจายของการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ โดยใช้คำถามว่า “ท่านเคยได้ยินคำว่า คลินิกผู้สูงอายุหรือไม่” คำตอบที่ได้เมื่อนำมาวิเคราะห์จำแนกตามรายภาคและเขตที่อยู่อาศัย แสดงไว้ในตารางที่ 48 ประเด็นที่น่าสนใจที่ได้จากตารางนี้ได้แก่ ภาพที่สะท้อนให้เห็นว่า ทั่วทั้งประเทศมีผู้สูงอายุไม่ถึงหนึ่งในห้าที่เคยได้ยินหรือตระหนักว่า มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคแล้ว พบว่าผู้สูงอายุที่ภาคใต้มีการตระหนักถึงคลินิกผู้สูงอายุเป็นจำนวนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ แต่ก็มีจำนวนเพียงหนึ่งในห้าคนเท่านั้น เมื่อพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีการตระหนักถึงการตั้งคลินิกผู้สูงอายุสูงกว่าในเขตชนบท ตัวอย่างความแตกต่างตามรายภาคหรือเขตที่อยู่อาศัยน่าจะเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของข้อมูลข่าวสาร หรือการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ไม่เท่าเทียมกันในแต่ละที่

ตารางที่ 48 ร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนที่เคยได้ยินคำว่า “คลินิกผู้สูงอายุ”

ตัวแปร	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เคยได้ยิน
ภาค		
ภาคเหนือ	555	12.4
ภาคอีสาน	953	15.1
ภาคกลาง	665	16.4
ภาคใต้	360	20.0
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	290	26.9
เขตชนบท	2243	14.1
รวม	2533	15.6

การสร้างความตระหนักหรือการประชาสัมพันธ์ในเรื่องคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลต่าง ๆ จะดำเนินการได้ง่ายและมีประสิทธิผล หากสามารถชี้ให้เห็นถึงประโยชน์หรือสิทธิพิเศษต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับจากคลินิกผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้เลือกที่จะเก็บข้อมูลในเรื่องสิทธิพิเศษต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนในเรื่องของสิทธิพิเศษต่าง ๆ ที่ได้รับจะถูกนำมาวิเคราะห์ในมุมมองของผู้รับบริการ ซึ่งได้ผลที่แตกต่างไปจากข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ไปแล้วในบทที่ 3 จากการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 49 พบว่า ในหมู่ผู้สูงอายุที่เคยได้ยินหรือตระหนักถึงการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีผู้ไปรับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุทั่วประเทศค่อนข้างต่ำคือ เพียงประมาณร้อยละ 22 เท่านั้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท (19.9%) มีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุน้อยกว่าในเขตเมือง (30.8%) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคกลาง (18.3%) มีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุน้อยกว่าในภาคอื่น ๆ ในจำนวนผู้ที่ไปใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุนี้อย่างพบว่า กว่าครึ่งไม่ได้รับบริการหรือสิทธิพิเศษแต่อย่างใด ผู้สูงอายุในภาคใต้ (20.8%) มีแนวโน้มว่าจะไม่ได้รับบริการหรือสิทธิพิเศษสูงกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่น ๆ ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้รับสิทธิพิเศษก็จะเป็นสิทธิพิเศษในเรื่องการลดคิวที่ไม่ต้องรอคอยนานเหมือนคนไข้ปกติทั่ว ๆ ไป และการจัดห้องตรวจสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ซึ่งสิทธิพิเศษที่ได้รับนี้นับว่ายังไม่มีความดึงดูดใจหรือประทับใจแก่ผู้สูงอายุมากนัก สิทธิพิเศษที่ผู้สูงอายุมองเห็นจะไม่ตรงกับสิทธิพิเศษที่ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลกล่าวถึงในบทที่ 3 จะมีตรงกันบ้างก็คือ มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งซึ่งเป็นส่วนน้อยมาก เห็นว่าตนได้รับการลัดคิวโดยเร่งด่วน ส่วนสิทธิพิเศษอื่น ๆ นั้นผู้สูงอายุที่ไปรับบริการไม่สามารถมองเห็นหรือตระหนักแต่อย่างใด ดังนั้นการหวังผลที่จะเกิดจากการประชาสัมพันธ์ด้วยสื่อบุคคลแบบปากต่อปากโดยตัวผู้สูงอายุจึงไม่เกิดผล เพราะผู้สูงอายุยังไม่เห็นสิทธิพิเศษที่ตนจะได้รับจากคลินิกผู้สูงอายุแต่อย่างใด

ตารางที่ 49 การไปรับบริการและสิทธิพิเศษที่ได้รับ จำแนกตามภาคและเขตที่อยู่อาศัย

การไปรับบริการและ สิทธิพิเศษที่ได้รับ	ภาค				เขตที่อยู่อาศัย		รวม
	เหนือ	อีสาน	กลาง	ใต้	เขตเมือง	เขตชนบท	
ได้ขึ้นและเคยไปใช้บริการ	26.1	22.2	18.3	23.6	30.8	19.9	22.1
ไม่ได้รับสิทธิพิเศษใดๆ	10.1	15.3	11.9	20.8	11.6	15.1	14.5
ได้รับสิทธิพิเศษ							
มีห้องตรวจเฉพาะผู้สูงอายุ	11.6	4.2	6.4	0	14.1	3.2	5.3
ลัดคิวหรือให้บริการอย่างรวดเร็ว	4.4	2.9	0	2.8	5.1	1.6	2.3
ได้ขึ้นและไม่เคยไปใช้บริการ	73.9	77.8	81.7	76.4	69.2	80.1	77.9
จำนวนที่เคยได้ขึ้นทั้งหมด	69	144	109	72	78	316	394

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไม่ได้มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้มากนัก ดังนั้น กลยุทธ์ที่ต้องดำเนินการเพื่อเสริมการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคือ การเพิ่มการแพร่กระจายของบริการสุขภาพ หนทางหนึ่งที่จะดำเนินการเพิ่มการแพร่กระจายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการสุขภาพให้มากขึ้นได้แก่ การให้บริการสุขภาพนอกสถานที่บริการ (Outreach Services) การจัดบริการในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่ห่างไกลจากสถานบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนว่า “เจ้าหน้าที่สถานบริการสุขภาพต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้เคยออกมาเยี่ยมหรือให้บริการตรวจสุขภาพให้ท่านที่บ้านหรือไม่” คำตอบของผู้สูงอายุในชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่างได้แสดงไว้ในตารางที่ 50 ซึ่งแสดงว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 31 เท่านั้นที่เคยมีเจ้าหน้าที่หรือนุคลากรทางด้านสาธารณสุขมาเยี่ยมเพื่อตรวจหรือให้บริการสุขภาพจากบริการออกหน่วยเคลื่อนที่ ผู้สูงอายุในชนบทจะได้รับบริการจากหน่วยเคลื่อนที่มากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

ซึ่งอยู่ใกล้สถานบริการหรือมีการแพร่กระจายของสถานบริการมากกว่าอยู่แล้ว เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า ผู้สูงอายุในภาคใต้ (40.3%) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (37.7%) ได้รับบริการจากการออกหน่วยเคลื่อนที่หรือการให้บริการนอกสถานที่สูงกว่าผู้สูงอายุในภาคกลาง (26.3%) และภาคเหนือ (20.7%) อย่างไรก็ตามตัวเลขในตารางที่ 50 เป็นเพียงตัวเลขที่สะท้อนให้เห็นถึงอัตราการครอบคลุมของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการจากการออกหน่วยเคลื่อนที่สำหรับกลุ่มเป้าหมายโดยทั่วไป หากใช้เป็นอัตราความครอบคลุมของการบริการสุขภาพแบบออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะแต่อย่างใด ดังนั้น จึงไม่เป็นการผิดความจริงที่จะกล่าวว่า หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มีการออกบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ นับว่ากลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง

ตารางที่ 50 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เคยได้รับการเยี่ยมชมหรือให้บริการสุขภาพที่บ้าน จากเจ้าหน้าที่สถานที่ให้บริการสุขภาพ (สถานีนามัยหรือโรงพยาบาลต่างๆ) จำแนกตามเขตที่อาศัยและภาค (N = 2533)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	80	27.5
เขตชนบท	714	31.7
ภาค		
ภาคเหนือ	115	20.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	359	37.7
ภาคกลาง	175	26.3
ภาคใต้	145	40.3
รวม	794	31.1

กระบวนการในการให้บริการสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น เป็นกระบวนการให้บริการที่เน้นการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้บริการสุขภาพนอกจากจะต้องประกอบด้วย การรักษาสุขภาพแล้ว ยังต้องประกอบด้วยการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ จึงจะถือว่าเป็น

บริการที่สมบูรณ์ ชุมรมผู้สูงอายุเป็นมาตรการหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มจัดทำกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ จากการสำรวจพบว่า มีเพียงร้อยละ 26 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะถูกจัดตั้งในเขตชนบท มากกว่าเขตเมือง และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าภาคอื่นๆ (ดูตารางที่ 51) แต่อย่างไรก็ตามตัวเลขที่ได้นี้ น่าจะสูงเกินความเป็นจริง เนื่องจากเมื่อทีมวิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการจัดตั้งชมรม ผู้สูงอายุในชุมชนกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ได้ข้อเท็จจริงว่า ชมรมที่ผู้สูงอายุบางส่วนตอบนั้นเกิดจากความเข้าใจผิด เพราะผู้สูงอายุบางส่วนเข้าใจว่ารวมหมายถึงไปถึงกลุ่ม ผู้สูงอายุที่จัดตั้งโดยกระทรวงอื่นๆ เช่น กรมพัฒนาชุมชน ของกระทรวงมหาดไทยด้วย คาดว่าผลที่ได้ในตารางที่ 51 นี้ น่าจะสูงกว่าความเป็นจริงถึงประมาณ ร้อยละ 40 ซึ่งหมายถึงว่า จริงๆ แล้วทั่วทั้งประเทศน่าจะมีผู้สูงอายุที่ได้อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงประมาณร้อยละ 16 เท่านั้น และพื้นที่เหล่านี้มักจะเป็นพื้นที่ที่ใกล้กับโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยเท่านั้น ซึ่งตัวเลขนี้ สอดคล้องกับตัวเลขในตารางที่ 52 ที่พบว่า ประมาณร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ตอบว่าสถานที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุนั้นตั้งอยู่ที่สถานอนามัย โรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน ขณะเดียวกันก็มีผู้ตอบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการเป็นกิจกรรมทางด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายอยู่ประมาณร้อยละ 55 ที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 45 เป็นกิจกรรมด้านอื่น เช่น กิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์สาธารณะ ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมอะไรก็ตาม จะมีผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดำเนินการอยู่ประมาณร้อยละ 52

ตารางที่ 51 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ในชุมชนที่อาศัย จำแนกตามเขต ที่อยู่อาศัยและภาค (N = 2533)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	106	4.2
เขตชนบท	559	22.1
ภาค		
ภาคเหนือ	134	5.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	283	11.2
ภาคกลาง	121	4.8
ภาคใต้	127	5.0
รวม	665	26.2

ตารางที่ 52 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่มีชมรมผู้สูงอายุที่ตอบคำถามเกี่ยวกับสถานที่ตั้ง กิจกรรมที่ดำเนินการ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ (N = 665)

คำถาม	จำนวน	ร้อยละ
ชมรมผู้สูงอายุในชุมชนท่านตั้งอยู่ที่ไหน		
วัด	209	31.4
โรงเรียน	23	3.5
ศาลาประชาคม	42	6.3
ศูนย์สาธารณสุข สถานีอนามัย รพ.ต่างๆ	491	58.8
กิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุทำ		
ส่งเสริมการออกกำลังกาย	365	54.9
กิจกรรมอื่นๆ	370	45.1
ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือไม่		
ได้	345	51.9
ไม่ได้	320	48.1

ระบบสนับสนุน

การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติจะบรรลุผลการดำเนินการมากน้อยเพียงใด หรือส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับบริการในอัตราครอบคลุมและคุณภาพอย่างไร ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งหรือความพร้อมของระบบสนับสนุนการให้บริการ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริหารจัดการของผู้บริหารที่รับผิดชอบ หากระบบสนับสนุนไม่เข้มแข็ง ผู้บริหารก็ย่อมจะไม่สามารถบริหารจัดการให้เกิดการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้เต็มที่ ทฤษฎีการบริหารแนวใหม่ในปัจจุบันมองว่า ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการเป็นหัวใจของการบริหาร หากไม่มีฐานข้อมูลที่มีความเป็นปัจจุบัน สมบูรณ์และถูกต้อง ผู้บริหารก็จะไม่สามารถบริหารโครงการหรือการดำเนินการต่างๆ ให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้

ระบบสารสนเทศจะทำให้ผู้บริหารทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งโดยปกติจะสะท้อนมาจากอัตราการครอบคลุมของบริการและคุณภาพของบริการ การทราบปัญหาทำให้กระบวนการหรือระบบการวางแผนสามารถดำเนินการไปได้อย่างสอดคล้องตามจุดมุ่งหมายของนโยบายผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นแนวทางหรือกลยุทธ์ในการดำเนินการต่อไป

ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่อยู่ในจังหวัดตัวอย่าง 24 จังหวัด ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและหัวหน้าฝ่ายนโยบายและแผน พบว่า ทุกจังหวัดต่างก็ตอบว่ามีระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการที่เกี่ยวกับการดำเนินการตามนโยบายทางด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข แต่เมื่อศึกษาให้ลึกซึ้งต่อไปพบว่า ที่มีอยู่เป็นเพียงข้อมูลที่ยังไม่ได้มีการแปลงหรือวิเคราะห์เป็นตัวชี้วัดที่จะสะท้อนให้เห็นถึงการตั้งเป้าหมายหรือความก้าวหน้าของการดำเนินการตามนโยบายแต่อย่างใด ข้อมูลดิบที่แต่ละจังหวัดมีอยู่จำแนกเป็นข้อมูลดิบที่เกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุในเขตจังหวัด ซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้น 13 จังหวัด หรือเท่ากับร้อยละ 54.2 ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนชมรมผู้สูงอายุและจำนวนสมาชิกชมรม มีอยู่ 5 จังหวัด หรือประมาณเกือบร้อยละ 21 ของจังหวัดทั้งหมดที่ตกเป็นตัวอย่าง นอกจากนี้เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องสถิติการมารับสวัสดิการการรักษาพยาบาล (16.4%) และผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา (8.4%) การที่จังหวัดต่าง ๆ เก็บข้อมูลในลักษณะของข้อมูลดิบนี้ทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ในการบริหารจัดการได้เต็มที่นัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถกล่าวได้ว่าข้อมูลที่มี ไม่อยู่ในลักษณะที่จะถูกนำมาใช้ในการวางแผนหรือจัดทำโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการหรือสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุได้มากนัก กล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ ข้อมูลที่มีอยู่ไม่มีลักษณะเอื้อต่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ทั้งนี้เพราะข้อมูลที่

กล่าวมาข้างต้นไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาและความต้องการทางด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุแต่อย่างใด

การที่หน่วยงานผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดยังขาดระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการการดำเนินงานตามโครงการผู้สูงอายุ เป็นเพราะยังขาดการพัฒนาาระบบสารสนเทศจุดอ่อนที่ประสบอยู่ในปัจจุบันเกิดจากการเน้นการทราบจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าการทราบปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การเน้นการทราบจำนวนผู้สูงอายุแต่เพียงอย่างเดียวมีสาเหตุมาจากการคำนวณงบประมาณและเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุเป็นอัตรารายหัวลักษณะเหมาจ่ายคงที่ไว้ที่ 273 บาท ต่อผู้สูงอายุหนึ่งรายที่มารับบริการ ในระบบการวางแผนงบประมาณ ซึ่งเน้นทางด้านการให้บริการรักษาพยาบาลจึงไม่จำเป็นต้องสอดคล้องหรือถูกกำหนดโดยงบประมาณโดยกิจกรรมในแต่ละแผนงานแต่อย่างใด ผลที่ตามมาคือ แต่ละจังหวัดไม่มีแรงจูงใจหรือมีความจำเป็นที่จะต้องจัดทำโครงการหรือกิจกรรมอะไรใหม่ ๆ ซึ่งหากทำอาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านงบประมาณก็เป็นไปได้

ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดแต่ละจังหวัดจะได้มาจากการรายงานของระดับล่างว่าในแต่ละพื้นที่เขตรับผิดชอบมีจำนวนผู้สูงอายุเท่าใด ทางจังหวัดจะนำเอามารวบรวมผสมเป็นภาพรวมของจังหวัด รูปแบบที่ใช้มากที่สุดคือการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ทำการสำรวจว่า ในหมู่บ้านของตนมีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ที่คน อาสาสมัครสาธารณสุขจากทุกหมู่บ้านก็จะรายงานผลไปยังสถานีอนามัยในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบ สถานีอนามัยต่าง ๆ ก็ส่งรายงานไปที่อำเภอ และแต่ละอำเภอก็จะรายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่จะดำเนินการปีละครั้ง ข้อมูลที่รายงานมาทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้ยากหากข้อมูลที่ส่งมาเป็นข้อมูลรวบรวม (Aggregate) ในระดับอำเภอ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่มักจะแจ้งข้อมูลเป็นรายสถานีอนามัย หากไม่มีสถานีอนามัยใดที่ส่งข้อมูลที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากหรือน้อยผิดปกติเมื่อเทียบกับที่ประมาณได้จากโครงสร้างอายุของประชากร ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็จะมีเหตุผลที่จะบอกว่าข้อมูลที่ส่งมาไม่มีความน่าเชื่อถือ ดังนั้นจึงไม่มีเหตุผลในการต้องตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูล แต่ในกรณีที่มีความสงสัยในความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่ (75.0%) ก็จะตรวจสอบโดยการส่งเจ้าหน้าที่ออกไปนิเทศ ซึ่งการนิเทศในที่นี้หมายถึง การส่งเจ้าหน้าที่ออกไปตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในพื้นที่ที่มีข้อมูลผิดปกติ มิได้หมายถึงกระบวนการนิเทศ ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Supervision แต่ อย่างไรก็ดี วิธีการตรวจสอบอีกทางหนึ่งซึ่งดำเนินการกันเป็น

ส่วนน้อย (25.0%) คือ ใช้วิธีการให้เจ้าหน้าที่สุ่มพื้นที่ตัวอย่าง แล้วออกไปตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในพื้นที่ที่สุ่มได้

ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า ข้อมูลที่จัดเก็บโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้นไม่อยู่ในสภาพของสารสนเทศที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุได้คืบหน้า เพื่อเป็นการประเมินการนำข้อมูลไปใช้ในอีกมุมมองหนึ่ง ผู้วิจัยได้ถามหัวหน้าฝ่ายแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่า “ได้เคยมีการนำข้อมูลผู้สูงอายุไปพิจารณาในการประชุมประจำเดือนหรือไม่” พบว่า ครั้งหนึ่งของจำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่างตอบว่า “ไม่เคยนำไปพิจารณาในการประชุมประจำเดือนแต่อย่างใด” คำตอบที่ได้ยืนยันนี้ได้ อีกทางหนึ่งว่า ข้อมูลผู้สูงอายุที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดเก็บนั้น มีการนำไปใช้ในการบริหารยังไม่เต็มที่นัก ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสนใจในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ โครงการและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น

การดำเนินการตามนโยบายผู้สูงอายุจะดำเนินการไปให้บรรลุผลตามนโยบายได้ไม่เต็มที่ หากขาดการสนับสนุนที่พอเพียงทางด้านงบประมาณ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องประเมินความพร้อมของการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลงบประมาณที่ทางสำนักงานสาธารณสุขได้รับจัดสรรทั้งหมด และจำนวนงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับการสนับสนุนในการดำเนินการในงานผู้สูงอายุ เมื่อนำเอาข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์พบว่า สัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อการดำเนินงานตามนโยบายผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในสัดส่วนที่น้อยมาก เพียงร้อยละ 0.05 ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรทั้งหมดเท่านั้น ตัวเลขสัดส่วนของงบประมาณที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจะได้รับอยู่ที่ร้อยละ 8 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมด ซึ่งเป็นตัวเลขที่ได้จากการประมาณอย่างหายากจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอยู่ทั้งหมดในประเทศไทย ในความเป็นจริงแล้ว สัดส่วนของงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุควรจะสูงกว่าร้อยละ 8 เนื่องจากประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ และประชากรกลุ่มนี้ได้เคยอยู่ในวัยแรงงานที่เสียภาษีให้กับรัฐเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาประเทศมาแล้ว

เมื่อวิเคราะห์เรื่องการจัดสรรงบประมาณในระดับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่า งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อให้บริการหรือจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุนั้น ได้รับการจัดสรรใน 2 ลักษณะคือ จัดสรรรวมอยู่ในงบสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย (ส.ป.ร.) และบางส่วนอยู่ในงบที่ผ่าน แผนงานบริการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ เมื่อถามว่า “ในส่วนของงบประมาณที่ได้รับการ

จัดสรรนี้ เพียงพอต่อการดำเนินการให้บริการหรือจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุหรือไม่” คำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม หรือ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เกินกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่ ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ตอบว่า “ไม่เพียงพอ” ซึ่งโรงพยาบาลทั้งหมดแก้ไข ปัญหาโดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลชดเชยหรือสนับสนุนส่วนที่ขาดหายไป หมายความว่า รัฐพลักภาระส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆที่อยู่ในวัยแรงงาน หาก ทางโรงพยาบาลมีงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพียงพอ ก็อาจจะนำเงินในส่วนที่ ต้องชดเชยนี้ไปพัฒนาคุณภาพบริการหรือพิจารณาลดค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ได้ อีก

นอกจากจะพิจารณาจากความพอเพียงของงบประมาณแล้ว การจะประเมินความ สำเร็จของนโยบายอาจจะพิจารณาหรือวิเคราะห์ได้จากความพอเพียงของเวชภัณฑ์ที่จัดสรร หรือใช้ในโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้อีกทางหนึ่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดกล่าวว่า เวชภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ทางโรงพยาบาลหรือจังหวัดจะเป็นผู้จัดซื้อเอง และเนื่องจากบางส่วนใช้เงินบำรุงจึง ทำให้สามารถแก้ปัญหาความไม่พอเพียงของเวชภัณฑ์ไปได้ แต่อย่างไรก็ตาม จะมีบางส่วนที่ ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง และในส่วนที่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางนั้นมีเพียง ส่วนน้อยและไม่พอเพียง อีกทั้งยังมีปัญหาการมาไม่ตรงหรือไม่ทันต่อเหตุการณ์หรือความ ต้องการอีก เมื่อเป็นเช่นนี้จึงสรุปได้ว่า นอกจากงบประมาณจะไม่เพียงพอแล้วยังไม่ได้รับการ สนับสนุนทางด้านเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสม การจะดำเนินการตามนโยบายสุขภาพผู้สูงอายุจึง เป็นภาระหนักและยากที่หน่วยงานที่จะต้องแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จะสามารถดำเนินการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยนำเข้าที่ใช้ในการสนับสนุนการดำเนินการนอกจากงบประมาณและเวชภัณฑ์ แล้ว ยังประกอบด้วยเวลาที่ให้บริการ ซึ่งโดยเฉลี่ยจะใช้เวลาเท่ากับสัปดาห์ละ 6 ชั่วโมง หรือ หนึ่งวันทำการ สำหรับบุคลากรที่ให้บริการจะใช้บุคลากรที่ให้บริการหรือปฏิบัติงานโดยปกติ มิได้มีการบรรจุหรือเพิ่มบุคลากรเป็นพิเศษแต่อย่างใด

เนื่องจากการให้บริการและการดำเนินงานตามนโยบายของผู้สูงอายุใช้บุคลากรปกติที่ ทำงาน โดยไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องแนวทางและเทคนิคในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นระบบสนับสนุนของการให้บริการจึงต้องรวมไปถึงการให้การฝึกอบรมเพื่อสร้างความ พร้อมของบุคลากรทางด้านการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ในการศึกษาค้นคว้าได้ประเมินการฝึก

อบรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ตกเป็นตัวอย่าง จากการสอบถามหัวหน้าฝ่ายแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่า มีการจัดฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่รับผิดชอบหรือให้บริการแก่ผู้สูงอายุหรือไม่ ทำให้ทราบว่า มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอยู่ 20 จังหวัดจาก 24 จังหวัด หรือคิดเป็นร้อยละ 83.3 ที่ได้จัดให้มีการฝึกอบรม ซึ่งเนื้อหาสาระที่ฝึกอบรม ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย ซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุควรมีการออกกำลังกายอย่างน้อยเพียงใด และอย่างไร โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เทคนิคการจัดบริการผู้สูงอายุในชุมชน และแนวทางการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดฝึกอบรมนี้มีการดำเนินการปีละครั้ง วิธีการฝึกอบรมส่วนใหญ่จะเป็นการบรรยาย และอาจมีการฝึกปฏิบัติบ้างในบางหัวข้อ โดยสรุป สามารถกล่าวได้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้เล็งเห็นความสำคัญของการฝึกอบรม และมองว่าการฝึกอบรมเป็นมาตรการหนึ่งในการเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมและทักษะในการดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวง

นอกจากจะศึกษาถึงการเตรียมความพร้อมของบุคลากรโดยใช้คำตอบหรือข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้ว ผู้วิจัยยังได้สัมภาษณ์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลที่ตกเป็นตัวอย่างอีกด้วย ทำให้ทราบว่า มีโรงพยาบาลเพียงส่วนน้อย (24.6%) ที่เห็นความสำคัญของการจัดฝึกอบรมให้แก่บุคลากรผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ในหมู่โรงพยาบาลที่มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ส่วนมาก (56%) จะเน้นเฉพาะเรื่องการให้ศึกษา ส่วนโรงพยาบาลอีกส่วนที่เหลือซึ่งเป็นส่วนน้อย เน้นในเรื่องของการเพิ่มพูนทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บไข้ได้ป่วย หรือมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบข้อค้นพบในเรื่องการฝึกอบรมที่ได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กับที่ได้จากโรงพยาบาลต่าง ๆ จะเห็นว่า มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่ระดับจังหวัด มากกว่าที่ระดับอำเภอ ซึ่งการเห็นความสำคัญของการฝึกอบรมในระดับจังหวัด และมีการจัดฝึกอบรมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นการเปิดโอกาสให้หน่วยงานระดับล่าง เช่น โรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ส่งบุคลากรมารับการฝึกอบรมด้วย ด้วยเหตุผลเช่นนี้จึงไม่อาจจะอธิบายความครอบคลุมของบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ยังดำด้วยการฝึกอบรมแต่เพียงอย่างเดียว ตัวอธิบายหลักน่าจะมาจากการสนับสนุนทางด้านงบประมาณที่ต่ำ และมองว่าไม่เห็นว่าคุณสูงอายุควรจะมีฐานะเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของบริการสาธารณสุขเหมือนกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มแม่และเด็ก หรือกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์

การฝึกอบรมแต่เพียงอย่างเดียวอาจจะมีผลต่อการสร้างความพร้อม หรือพัฒนา ศักยภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่หรือนุคลากรผู้รับผิดชอบต่อการดำเนินการตามนโยบาย ผู้สูงอายุได้ไม่เต็มที่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการนิเทศงานเพื่อเสริมหรือทำให้บุคลากรที่ได้รับการ ฝึกอบรมสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ ในเรื่องการนิเทศนี้พบว่า ตามโรงพยาบาล ต่าง ๆ ยังมีการนิเทศงาน ซึ่งหมายถึง การหาจุดบกพร่องหรือจุดอ่อน เพื่อพัฒนา ปรับปรุง แก้ไขปัญหาหรือข้อบกพร่องที่ประสบอยู่ค่อนข้างน้อย กล่าวคือเพียงร้อยละ 37 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด แต่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด (44%) มีการนิเทศมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน (34.1%) ในระดับอำเภอ ในจำนวนโรงพยาบาลที่มีการ นิเทศจะออกหรือให้การนิเทศเดือนละครั้ง ครั้งละ 1 วัน เป็นส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลที่กล่าวมานี้ส่วนใหญ่ไม่มีตารางหรือแผนการนิเทศที่ชัดเจน จึงทำให้การนิเทศมี ลักษณะสุ่มมากกว่าเป็นระบบกำหนดวันตายตัว จึงทำให้ทราบปัญหาที่ประสบจริงได้ดีกว่า การนิเทศตามตารางแบบกำหนดวันล่วงหน้า ปัญหาที่พบบ่อยในการนิเทศได้แก่ การขาด ทักษะหรือมีเทคนิควิธีการในการให้บริการยังไม่ถูกต้อง ซึ่งปัญหาเหล่านี้อยู่ในความสนใจ ของผู้นิเทศที่จะปรับปรุงแก้ไข เพื่อพัฒนานุคลากรให้มีศักยภาพและทักษะในการให้บริการ เพิ่มขึ้น

มีข้อน่าสังเกตว่า ระบบการนิเทศที่ดำเนินการนี้มีผลต่อการป้อนข้อมูลสู่ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการหรือการวางแผนน้อยมาก หรือแทบจะไม่มีผลเลย มีจังหวัด เพียงจังหวัดเดียวเท่านั้นที่กล่าวว่า ได้นำเอาข้อมูลจากการนิเทศไปพัฒนาวางแผนระบบการ ให้สุศึกษาให้ดีขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้นิเทศเห็นว่าการให้สุศึกษาแก่ผู้สูงอายุยังต้องดำเนินการ พัฒนาปรับปรุงแก้ไข และได้บรรจุโครงการพัฒนาระบบการให้สุศึกษาให้มีผลต่อการเรียน รู้และนำไปปฏิบัติให้มากขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมักจะลืมง่าย การให้สุศึกษาโดยวิธีดั้งเดิม แบบมุ่งให้ข้อมูลข่าวสารจึงใช้ได้ไม่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุแต่อย่างใด

การนิเทศเป็นส่วนประกอบหนึ่งของการบริหาร ซึ่งถือว่าการนิเทศจะมีผลสมบูรณ์ ยิ่งขึ้นหากได้ดำเนินการในลักษณะที่ประสานให้สอดคล้องกับการติดตามและประเมินผล ขณะกำลังดำเนินการ (Ongoing Evaluation) การติดตามและประเมินผลจะทำให้ทราบความ ก้าวหน้าหรืออัตราความครอบคลุมและปัญหาในขณะดำเนินการ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่พบอาจ จะได้รับการแก้ไขจากการนิเทศ โดยผู้นิเทศร่วมกันแก้ไขปัญหากับผู้ปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นปัญหาทางด้านเทคนิคของการให้บริการ บทบาทในการติดตามและประเมินผล ขณะดำเนินการเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพหรืองานโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเรื่องของการติดตามและประเมินผล โดยใช้คำถามว่า “สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทในการติดตามประเมินผลการดำเนินการในโครงการผู้สูงอายุในจังหวัดหรือไม่” คำตอบที่ได้เป็นไปตามที่คาดคือ แทบทุกจังหวัด (21 จาก 24) ตอบว่า “มี” แต่เมื่อถามให้ลึกซึ้งลงไปถึงกระบวนการและวิธีการติดตามประเมินผลทำให้ทราบว่า ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบของการติดตามประเมินผลที่ระดับอำเภอ แล้วให้อำเภอติดตามประเมินผลตำบลอีกทีหนึ่ง แต่ในการติดตามประเมินผลที่กล่าวถึงนี้มีลักษณะเป็นกิจกรรมสังคม ในลักษณะของการไปเยี่ยมเยียน พบปะ ระหว่างทีมทางจังหวัดกับอำเภอต่าง ๆ มากกว่าเป็นในรูปแบบที่ควรจะเป็นทางวิชาการ กล่าวคือ ทั้งทางจังหวัดและอำเภอต่างก็ไม่มีตัวชี้วัดความก้าวหน้าหรือความสำเร็จของงานแต่อย่างใด ประกอบกับการดำเนินการที่ขาดการตั้งเป้าหมาย (Target) ทำให้ไม่มีเครื่องมือที่จะบอกความสำเร็จของงานแต่อย่างใด และไม่มีการนำเอาความสำเร็จหรือความก้าวหน้าของงานผู้สูงอายุมาประชุมเพื่อพิจารณาวางแผนดำเนินการในการประชุมประจำเดือนแต่อย่างใด ดังนั้น การปรับแผนและกระบวนการในการดำเนินการในแต่ละปี งบประมาณจึงไม่เกิดขึ้น การทำงานให้บริการจึงมีลักษณะเป็นงานประจำเหมือนการให้บริการรักษาพยาบาลทั่ว ๆ ไป ขาดลักษณะของการเป็นพลวัต เมื่อเป็นเช่นนี้ทีมผู้วิจัยจึงมองว่าการติดตามและประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขยังขาดความสัมพันธ์กับการดำเนินการตามกรอบแนวคิดเชิงระบบ ทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ในการช่วยควบคุมกำกับกับการดำเนินการในโครงการผู้สูงอายุได้เต็มที่ ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาระบบการนิเทศติดตามประเมินผลควบคู่กับการพัฒนาระบบสารสนเทศไปด้วย ทั้งนี้เนื่องมาจากการติดตามและประเมินผลจะทำได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่จะต้องอิงสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการที่มีตัวชี้วัด บอกสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง สมบูรณ์ และมีความเป็นปัจจุบัน

บทที่ 5

สรุป

ผลการประเมิน

การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่าง เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2541 ข้อมูลที่เก็บรวบรวมเป็นข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิธีการเก็บข้อมูลประกอบด้วยการสังเกตและบันทึกในแบบ สังเกต การสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลาง ผู้บริหารทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ และ ผู้สูงอายุในชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่างด้วยแบบสัมภาษณ์ นอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการ อ่านวิเคราะห์เอกสารทางราชการ สำหรับการเก็บข้อมูลปฐมภูมิเก็บจากตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดี ผู้อำนวยการ กองแผนงานของกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และกรมอนามัย ผู้อำนวยการโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักนโยบาย และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ ซึ่งได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ที่ตกเป็นตัวอย่าง ส่วน กลุ่มที่ 3 ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

การสุ่มตัวอย่างซึ่งใช้กับการเก็บข้อมูลในกลุ่มที่ 3 เป็นการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ซึ่งมี ทั้งหมด 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสุ่มตัวอย่างใน 12 เขตสาธารณสุข ทำให้ได้ตัวอย่าง จังหวัดทั้งสิ้น 44 จังหวัด ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสุ่มอำเภอในจังหวัดที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 1 โดยการเจาะจงสุ่มอำเภอเมือง และสุ่มอำเภออื่น ๆ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย มาจังหวัดละ 2 อำเภอ ทำให้ได้อำเภอทั้งสิ้น 12 อำเภอ ในขั้นตอนที่ 3 สุ่มตำบลในอำเภอที่สุ่มได้อำเภอละ 2 ตำบล โดยมีข้อแม้หรือเงื่อนไขว่า หากอำเภอใดมีเขตเทศบาล หนึ่งในสองตำบลจะต้องเป็นตำบลใน เขตเทศบาล ขั้นตอนที่ 4 เป็นการสุ่มหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายมาตำบลละ 1 หมู่บ้าน และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มครัวเรือน แบบมีระบบ หากครัวเรือนใดมีผู้สูงอายุที่อยู่ในข่ายที่กำหนด คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในวันสัมภาษณ์ก็จะถูกเลือกมาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายมาครัวเรือนละ 1 คน ทำให้ได้ตัวอย่าง

ทั้งสิ้น 2,533 คน ซึ่งแยกเป็นตัวอย่างในเขตเมือง จำนวน 290 คน และตัวอย่างในชนบท 2,243 คน

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ นอกจากจะประกอบด้วยผู้สูงอายุในชุมชนแล้วยังประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่ถูกเฝ้าสังเกตขณะไปรับบริการที่โรงพยาบาลอีก จำนวน 355 คน

จากข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวม โดยอาศัยวิธีการเก็บและจากตัวอย่างต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อนำมาวิเคราะห์ผลจะทำให้ได้ข้อค้นพบที่สรุปผลได้ดังต่อไปนี้

นโยบายสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารส่วนกลางในระดับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะสนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเน้นทั้งทางด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแต่อย่างใด บริการรักษาพยาบาลนี้จะรวมไปถึงการรักษาโดยตรงและการรักษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย

จุดมุ่งหมายหลักของนโยบายผู้สูงอายุมีอยู่ 3 ข้อ คือ

1. ผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
2. ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด
3. ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ได้รับการส่งเสริมสุขภาพทางด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอนามัย จากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดขึ้นนี้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยทั่ว ๆ ไปผู้สูงอายุจะมีปัญหาหลักอยู่ 3 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นหลัก แต่ก็ได้พิจารณาถึงปัญหาและข้อจำกัดของผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจและสังคมประกอบด้วย กล่าวคือ การให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า เป็นการมุ่งแก้ปัญหาสุขภาพโดยไม่ไปเพิ่มปัญหาเศรษฐกิจในด้านการมีรายได้น้อยหรือไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายขณะเดียวกันการกำหนดมาตรการและกลยุทธ์ในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ นอกจากจะมีผลทั้งทางด้านการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพจิตแล้ว ยังมีผลในการทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่ว่าเหว่ มีสังคมของตนเอง ทำให้ตัว

ผู้สูงอายุสามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกในสังคมที่ยังมีบทบาทสำคัญในสังคม ข้อค้นพบนี้ยืนยันว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ จุดมุ่งหมายของนโยบายที่กล่าวมาทั้ง 3 ข้อ จึงเป็นจุดมุ่งหมายที่ถูกทิศทาง และมีความชัดเจนเป็นอย่างดี

ความชัดเจนของนโยบายและทิศทางไม่ใช่หลักประกันว่าจะไปถึงจุดมุ่งหมายเสมอไป หากขาดกระบวนการในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องก็จะไปไม่ถึงจุดมุ่งหมาย การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติจะต้องเริ่มจากการกำหนดแผนงานหรือมีแผนงานรองรับที่ชัดเจน แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมิได้จัดหรือกำหนดแผนงานเพื่อรองรับนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุแต่อย่างใด การจัดทำโครงการหรือการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามนโยบายจึงต้องไปบรรจุลงไว้ในแผนงาน 4 แผนงาน อันได้แก่ (1) แผนงานบริการสาธารณสุข (2) แผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ (3) แผนงานส่งเสริมสุขภาพ และ (4) แผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ แผนงานทั้ง 4 แผนงานที่กล่าวมานี้เป็นแผนงานที่กำหนดขึ้นเพื่อรองรับนโยบายสาธารณสุขทางด้านอื่นหรือทั่ว ๆ ไป โดยที่แผนงานต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ได้มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนว่าต้องเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ การจัดสรรทรัพยากรสำหรับผู้สูงอายุจึงดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดทางงบประมาณ แต่มีกลุ่มเป้าหมายหลากหลาย นอกจากนี้ยังพบข้อค้นพบอันเกี่ยวเนื่องกับการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญประการหนึ่ง ได้แก่ การที่หน่วยงานที่รับผิดชอบในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติไม่สามารถเห็นความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ของแผนงานในการจัดทำโครงการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายได้อย่างเต็มที่

เนื่องจากการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในระดับจังหวัดต้องอาศัยแผนงานปกติ 4 แผนงาน ที่ไม่ใช่เป็นแผนงานที่รองรับนโยบายด้านผู้สูงอายุโดยตรง จึงได้มีการวิเคราะห์ดูว่าในแต่ละแผนงานมีการดำเนินการอะไรที่สอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ทำให้ทราบว่า ในแผนงานบริการสุขภาพนั้นได้มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 44 ของโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งถือว่ายังต่ำมาก จึงขอยอมส่งผลในเรื่องการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุได้ไม่เต็มที่ อัตราครอบคลุมของบริการในหมู่ผู้สูงอายุจึงไม่สูงมากนัก ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลส่วนหนึ่งจะมีการจัดออกหน่วยเคลื่อนที่ แต่ก็ไม่สามารถให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุได้เต็มที่นัก อันเนื่องมาจากการออกหน่วยเคลื่อนที่มักจะเป็นการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล และถึงแม้ว่าจะออกหน่วยรักษาพยาบาลเคลื่อนที่เป็นครั้งคราว หน่วยเคลื่อนที่

นั้นก็ไม่สามารถทำการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนหรือเป็นโรคเฉพาะของผู้สูงอายุได้ จึงทำให้สรุปได้ว่าแผนงานบริการสุขภาพยังไม่ได้ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการตอบสนองนโยบายสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุได้เต็มที่นัก

ในส่วนของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยผ่านแผนงานสวัสดิการสาธารณสุข และประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ยังมีสถานบริการต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอีกเกือบ 1 ใน 3 ที่ยังไม่สามารถตอบสนองนโยบายด้านการรักษาพยาบาลฟรีให้แก่ผู้สูงอายุ คำอธิบายส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับการที่มีนโยบายจากส่วนกลาง โดยไม่มีการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ ทำให้โรงพยาบาลที่มีเงินรายได้ต่ำไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุได้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับโรงพยาบาล พบว่ามีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 30 ที่ยังมีการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีบัตรผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.5 และผู้สูงอายุที่มีบัตรประกันสุขภาพถึงประมาณร้อยละ 10 ที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ในภาพรวมทั้งประเทศจะพบว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องเสียค่าบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขถึงร้อยละ 15.9 ซึ่งตัวเลขนี้สูงกว่าตัวเลขร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุในชุมชนที่สำรวจพบว่า ไม่มีบัตรสวัสดิการรักษายาพยาบาลหรือไม่ได้รับการคุ้มครองทางด้านใดด้านหนึ่งเลย หากผู้สูงอายุที่มีบัตรผู้สูงอายุทุกคนได้มีการใช้หรือได้รับการคุ้มครองด้านสวัสดิการรักษายาพยาบาลฟรี ตัวเลขผู้สูงอายุที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยผ่านบัตรผู้สูงอายุควรจะเท่ากับร้อยละ 80 ไม่ใช่ร้อยละ 72 ดังที่รายงานมาในบทก่อน ตัวเลขทั้งหมดที่กล่าวมานี้สามารถแปลความหมายได้ว่า แผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพไม่อาจเป็นจักรกลที่สำคัญในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุทุกคนได้มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลฟรี

ในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยผ่านแผนงานส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีการจัดโครงการทางด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์อยู่มากมาย เพื่อมุ่งให้ความรู้ทางด้านสุขศึกษาแก่ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ แต่โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ใช้วิธีการแบบดั้งเดิม และเป็นวิธีการเดียวกับกลุ่มเป้าหมายทั่ว ๆ ไป จึงทำให้ไม่เกิดการส่งเสริมการเรียนรู้แก่ผู้สูงอายุมากนัก เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถจำข้อมูลข่าวสารได้นาน ดังนั้น โครงการต่าง ๆ ในแผนงานนี้จึงไม่สามารถเห็นผลลัพธ์และผลกระทบที่ชัดเจน จึงไม่อาจจะที่จะเห็นได้ว่า มีผลช่วยให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขแต่อย่างใด

การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติตามแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้กระทำโดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น แต่ก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่นัก ข้อมูลที่ได้พบว่า มี

โรงพยาบาลเพียงร้อยละ 81 เท่านั้น ที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็จัดตั้งอยู่ในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐมากกว่าในชุมชนที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย ผลที่เกิดขึ้นทำให้มีความครอบคลุมของพื้นที่ที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุค่อนข้างต่ำ และเมื่อคิดจากจำนวนผู้สูงอายุก็พบว่า มีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 27 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ กล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ มีผู้สูงอายุถึงเกือบร้อยละ 73 ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่ไม่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุแต่อย่างใด

การบรรจุจุดมุ่งหมายของนโยบาย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ประเมินการบรรจุจุดมุ่งหมายของนโยบายทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุใน 3 ประเด็น สามารถสรุปได้ว่า ไม่บรรจุจุดมุ่งหมายใน 2 ข้อแรก ส่วนข้อที่ 3 นั้น บรรจุจุดมุ่งหมายเพียงบางส่วนคือ ในเรื่องของการให้บริการ โดยมีเนื้อหาอย่างสังเขปดังต่อไปนี้

1. มีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 70 ที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านส่งเสริมสุขภาพและการรักษาตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ตัวเลขจากการเฝ้าสังเกตผู้สูงอายุที่ไปรับบริการในโรงพยาบาลชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใช้เวลาในการให้ความรู้หรือสุขศึกษา ตลอดจนการพูดคุยทักทายกับผู้สูงอายุน้อยมาก ในจำนวนส่วนน้อยที่ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุก็จะใช้วิธีการบอกเล่า ซึ่งไม่ใช่วิธีการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุลืมได้ง่าย และเข้าใจได้ไม่ทั้งหมด การให้ความรู้หรือสุขศึกษาควรใช้วิธีการสาธิตและฝึกปฏิบัติให้มากขึ้น

ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 97 ได้รับยาเมื่อมารักษาที่โรงพยาบาล แต่ในจำนวนนี้มีถึงประมาณร้อยละ 10 ที่ไม่ทราบว่ายานั้นแก้โรคอะไร และประมาณร้อยละ 6 ไม่ทราบวิธีการใช้ยาแต่อย่างใด ในจำนวนผู้สูงอายุที่มารับการรักษาพยาบาลมีถึงร้อยละ 7 ที่ทางโรงพยาบาลไม่มีการนัดหมายมาติดตามผลการรักษาหรือตรวจสุขภาพในระยะต่อไปแต่อย่างใด นอกจากนี้ ในจำนวนผู้ที่ได้รับการนัดหมายให้มาติดตามผลหรือรักษารั้งต่อไปก็พบว่าเกือบร้อยละ 42 ของผู้สูงอายุไม่ทราบวันนัด อันเนื่องมาจากไม่มีวันนัดที่เจาะจงแน่นอนส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลไม่ได้บอกวันนัดให้แก่ผู้สูงอายุทราบ ซึ่งผลที่ได้นี้นอกจากจะชี้ให้เห็นว่าไม่บรรจุจุดมุ่งหมายข้อ 1 ของนโยบายแล้วยังสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนาปรับปรุงอีก

2. ในจุดมุ่งหมายข้อที่ 2 นี้ พบว่า จุดมุ่งหมายในด้านการให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลฟรีนั้นยังไม่สามารถบรรลุได้ กระทรวงสาธารณสุขสามารถออกบัตรผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุได้เพียงร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุเท่านั้น ในจำนวนร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่ไม่มีบัตรผู้สูงอายุนี้ พบว่า ประมาณร้อยละ 10 มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากแหล่งอื่น เช่น บัตรประกันสุขภาพ เป็นข้าราชการบำนาญ หรือมีบุตรเป็นข้าราชการ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 10 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการคุ้มครองด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาลฟรีจากกระทรวงสาธารณสุขหรือจากแหล่งใด ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าในจำนวนผู้ที่มีบัตรผู้สูงอายุที่มีอยู่ทั้งหมดร้อยละ 80.2 นี้มิได้หมายความว่า ทุกคนจะได้รับการรักษาพยาบาลฟรี ข้อมูลที่มีอยู่ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 71.8 เท่านั้นที่ได้รับการคุ้มครองด้านสวัสดิการรักษาพยาบาลฟรีจากบัตรผู้สูงอายุ ซึ่งหมายความว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 8.4 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีบัตรผู้สูงอายุและยังต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ซึ่งในกลุ่มนี้ร้อยละ 1.9 จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานบริการของเอกชน ส่วนที่เหลือร้อยละ 6.5 จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานบริการของรัฐ ทั้งหมดนี้เป็นการยืนยันว่า กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้บรรลุจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

3. นโยบายข้อที่ 3 ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพทางด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพอนามัย จากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุนั้น ประสิทธิภาพเพียงบางด้าน กล่าวคือ ในหมู่ผู้สูงอายุที่เจ็บไข้ได้ป่วยภายในระยะเวลา 1 เดือน ก่อนหน้าวันสัมภาษณ์พบว่า มีจำนวนถึงร้อยละ 64 ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตัวเลขนี้รวมไปถึงการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยด้วย ในด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแผนงานส่งเสริมสุขภาพและแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนั้น ข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า บรรลุจุดมุ่งหมายในด้านนี้ ในขณะที่จังหวัดตัวอย่างทั้งหมดมีการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพรวมกันประมาณร้อยละ 58 ของจำนวนโครงการทั้งหมดที่ได้จัดทำขึ้น แต่โครงการเหล่านี้ก็ไม่ได้ครอบคลุมถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายถึงร้อยละ 50 ตามที่ได้กำหนดไว้ในจุดมุ่งหมายข้อที่ 3 ของนโยบาย โดยเฉลี่ยแต่ละโครงการตั้งเป้าหมายไว้โครงการละ 500 คน ผู้สูงอายุของประเทศไทยในจังหวัดตัวอย่างขณะนี้มีความจำนวนประมาณ 160,760 ล้านคน และสมมติว่าแต่ละปีมีโครงการผู้สูงอายุ 14 โครงการ แต่ละปีจะได้กลุ่มเป้าหมายเท่ากับ 7,000 คน ซึ่งเท่ากับเพียง

ประมาณร้อยละ 4 ของประชากรในจังหวัดตัวอย่าง ซึ่งตัวเลขนี้จะต้องหักจำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในแต่ละปีด้วย สมมติว่าไม่นำเอาจำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตและที่จะต้องเพิ่มขึ้นทุกปีมาคำนวณ จังหวัดต่าง ๆ จะต้องใช้เวลาในการดำเนินการอีกประมาณ 12 ปี จึงจะบรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายข้อนี้

อย่างไรก็ตาม จังหวัดต่าง ๆ อาจจะใช้เวลาน้อยกว่า 12 ปี ในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายข้อนี้ หากชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินการทางด้านการให้ความรู้ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างได้ผล แต่ตัวเลขในจังหวัดตัวอย่างทั้งหมดพบว่า มีสมาชิกผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทั้งสิ้นเพียงประมาณ 30,528 คน และสมมติว่ามีการขยายการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุได้ปีละประมาณเท่ากับอีก 7,000 คน ก็จะต้องใช้เวลาอีกเกือบ 5 ปี ถึงจะบรรลุจุดมุ่งหมายทางด้านอัตราการครอบคลุม ซึ่งจะเป็นตัวเลขเชิงปริมาณ แต่จริง ๆ แล้วผู้สูงอายุที่ทางโครงการต่าง ๆ หรือทางชมรมผู้สูงอายุเข้าถึงอาจจะไม่มีความรู้ในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ เพราะวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการเป็นวิธีการบอกเล่าหรือให้สุขศึกษาธรรมดา ซึ่งผู้สูงอายุข้อมลึ้มได้ง่าย หนทางหนึ่งซึ่งเป็นการพัฒนาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และร่นระยะเวลาในการทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายข้อนี้ก็โดยการให้สถานบริการต่าง ๆ มีการให้ความรู้หรือสุขศึกษาที่เกี่ยวกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น ไม่ใช่เน้นเฉพาะการรักษาเพียงอย่างเดียว ซึ่งหมายถึงสถานบริการต่าง ๆ จะต้องมีการใช้เวลาแก่คนไข้ผู้สูงอายุในแต่ละรายนานกว่าและมีคุณภาพดีกว่าที่ทำอยู่ในปัจจุบัน

ระบบสนับสนุนการดำเนินการ

การไม่บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายในหลายด้านตามที่กล่าวมาสามารถอธิบายได้จากระบบสนับสนุนในการดำเนินการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขและความพร้อมของระบบสนับสนุนทางการบริหารจัดการในส่วนของผู้แปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด

ดังสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางการสนับสนุนในส่วนกลาง ได้แก่ การกำหนดนโยบายโดยไม่กำหนดแผนงานมารองรับให้ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัดไม่เห็นว่ามีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญและชัดเจนอีกกลุ่มหนึ่งที่ทางกระทรวงสาธารณสุขจะต้องให้ความสำคัญและดูแลรับผิดชอบในเรื่องการให้บริการทางด้านสาธารณสุข การขาดแผนงานโดยเฉพาะ ทำให้การจัดสรรงบประมาณเพื่อกลุ่มผู้สูงอายุเป็นไปในลักษณะที่ต้อง

แข่งขันหรือปันแบ่งกันกับกลุ่มเป้าหมาย อื่น ๆ ที่มีความสำคัญในอดีต เช่น กลุ่มแม่และเด็ก หรือกลุ่มสตรีในวัยเจริญพันธุ์ ในด้านการจัดสรรงบประมาณนั้นพบว่า งบประมาณค่าใช้จ่ายโดยตรงสำหรับการให้บริการตามนโยบายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นได้รับการจัดสรรต่ำมาก เพียงประมาณร้อยละ 0.05 ของงบประมาณทั้งหมดที่จังหวัดตัวอย่างได้รับจัดสรรเท่านั้น ทั้ง ๆ ที่ต้นทุนในการดำเนินการให้บริการผู้สูงอายุสูงกว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาจริงอยู่มาก อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาถึงต้นทุนของการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐศาสตร์แต่อย่างใด ดังนั้นจึงไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นอีกเป็นสัดส่วนเท่าใดของงบประมาณทั้งหมด แต่หากประมาณอย่างหยาบ ๆ โดยใช้ตัวเลขประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก งบประมาณที่จัดสรรสำหรับให้บริการผู้สูงอายุควรจะใกล้เคียงกับร้อยละ 8 ของงบประมาณที่จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ในภาวะการณปัจจุบันที่เป็นอยู่ โรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องใช้งบประมาณจากเงินได้ของโรงพยาบาลมาสนับสนุนการดำเนินงานสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ กัน ที่สำคัญได้แก่ การจัดซื้อจัดหา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ไม่เพียงพอที่จะให้บริการแก่ผู้สูงอายุ หากส่วนกลางไม่สามารถจัดสรรงบประมาณที่เป็นเงินให้แก่จังหวัดต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ก็ควรจะจัดสรรในรูปแบบของเวชภัณฑ์และเครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

ในส่วนของระบบสนับสนุนในระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบสารสนเทศที่มีความพร้อมที่จะนำมาใช้ในการวางแผนหรือจัดทำโครงการเพื่อบริการผู้สูงอายุ ตลอดจนเพื่อการติดตามและประเมินผลการดำเนินการในโครงการสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลที่จังหวัดส่วนใหญ่มีเป็นเพียงข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จำนวนผู้มารับบริการ และจำนวนสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ผลอันเนื่องมาจากการขาดระบบสารสนเทศที่เหมาะสมมีผลกระทบทำให้การพัฒนาบุคลากรโดยผ่านการฝึกอบรมให้กับบุคลากรที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุมีการดำเนินการเพียงจำนวนที่ไม่มากนัก มีโรงพยาบาลเพียงส่วนน้อยหรือร้อยละ 24.6 ที่เห็นความสำคัญของการจัดฝึกอบรมให้แก่บุคลากรผู้สูงอายุ การขาดการฝึกอบรมอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดข้อมูลทางด้านความรู้และทักษะ ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ของผู้ปฏิบัติงานที่ได้จากการนิเทศงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาการขาดระบบสารสนเทศมีผลทำให้ระบบการติดตามและประเมินผลของโครงการเป็นไปอย่างไร้ทิศทาง กล่าวคือกระทำโดยไม่มีตัวชี้วัดความก้าวหน้าและความสำเร็จของงานแต่อย่างใด

ความไม่พร้อมของระบบสนับสนุนทั้งหมดที่กล่าวไปแล้วข้างต้นเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้นโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขบรรลุ

จุดมุ่งหมายได้ไม่เต็มที่ กระทรวงสาธารณสุขจึงควรจะต้องเร่งพัฒนาระบบการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อหวังผลให้การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัตินอกจากจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังต้องสนองการดำเนินการของนโยบายเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในด้านการให้สวัสดิการรักษายาบาล ฟรี นั้น เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะให้สวัสดิการรักษายาบาล ฟรี แก่ผู้สูงอายุทุกคนอยู่แล้ว ดังนั้นจึงไม่ควรออกบัตรสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการกระทำเช่นนี้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการและบริหารจัดการอยู่เป็นจำนวนมาก ในทางปฏิบัติที่ควรจะเป็นคือ ให้ผู้สูงอายุทุกคนที่มีอายุครบ 60 ปี สามารถเข้ารับการรักษายาบาล ฟรี ได้เลย ไม่เว้นว่าจะเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจหรือข้าราชการ ซึ่งจะช่วยให้ลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการเพื่อเบิกค่ารักษายาบาลของผู้สูงอายุไปได้อีกส่วนหนึ่ง อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจของการกำหนดนโยบายเช่นนี้ว่า การลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการเพื่อเบิกจ่ายและตรวจสอบค่ารักษายาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐจะมีผลทางด้านการลดหรือเพิ่มงบประมาณด้านการรักษายาบาลจากโรงพยาบาลผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร ในปัญหาผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ต้องเสียค่ารักษายาบาลก็จะหมดไป เพราะผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษายาบาลก็จะไปรับการรักษาพยาบาลในสถานบริการเอกชนอยู่แล้ว

ควรเพิ่มและเสริมสมรรถภาพของสถานีนามัยในการดูแลรักษายาบาลผู้สูงอายุ เพราะปัจจุบันสถานีนามัยมีบทบาทในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย การเพิ่มสมรรถภาพนี้จะต้องดำเนินการไปพร้อมๆ กับการจัดสรรงบประมาณที่เด่นชัดและเพิ่มมากขึ้น ส่วนรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุควรที่จะดำเนินการโดยให้สถานีนามัยมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบไปด้วย ทั้งนี้เพราะประเทศไทยยังมีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมและสังคมของแต่ละพื้นที่ค่อนข้างสูง การจัดรูปแบบจากส่วนกลางจึงอาจมิใช่หลักประกันเสมอไปว่าจะประสบความสำเร็จ แต่อย่างไรก็ตาม การพัฒนาศักยภาพของสถานีนามัยจะต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะความจริงแล้วบุคลากรในสถานีนามัยส่วนใหญ่ยังไม่มีความพร้อมในการรักษายาบาลผู้สูงอายุได้เต็มที่นัก

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุควรเป็นการกระทำในระดับชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน มากกว่าที่จะให้โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการเพราะมีขอบเขตจำกัด และเป็นภาพพจน์ของการ

รักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลไม่สามารถที่จะมาร่วมกิจกรรมได้

เมื่อประเมินทางด้านพื้นที่ครอบคลุมแล้ว การดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมีพื้นที่ครอบคลุมต่ำมาก ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ตรงพื้นที่ที่ใกล้โรงพยาบาล หรือที่โรงพยาบาลเท่านั้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมโรงพยาบาลชุมชนให้มีการดำเนินการโครงการบริการผู้สูงอายุออกสู่ชุมชน โดยผสมผสานงานด้านบริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุกับกิจกรรมออกหน่วยเคลื่อนที่อื่น ๆ ที่ดำเนินการอยู่แล้วให้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นการเพิ่มอัตราความครอบคลุมของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการอีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะทางการวิจัย

ในการประเมินครั้งนี้ทำให้ทราบว่าควรจะมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นใหญ่ 2 ประเด็นต่อไปนี้

1. ศึกษาวิธีการที่โรงพยาบาลใช้ในการตรวจสอบความสามารถ ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Mean Testing) และลักษณะของผู้สูงอายุที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐว่าแตกต่างจากสถานบริการที่เป็นคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนหรือไม่ และมีเหตุผลอะไรที่บุคคลที่มีบัตรผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
2. ศึกษาวิเคราะห์ถึงต้นทุนในการดำเนินการเพื่อออกบัตรผู้สูงอายุและการบริหารจัดการในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจากบัตรสวัสดิการทุกประเภท เพื่อนำมาเป็นฐานในการเปรียบเทียบการลดต้นทุนของการบริหารจัดการตามนโยบายของการให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทุกคนที่อายุครบ 60 ปีขึ้นไป โดยไม่คิดค่ารักษาพยาบาล หากต้องการให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุฟรี กระทรวงสาธารณสุขควรจะกำหนดอย่างตายตัวว่า ผู้สูงอายุทุกคนสามารถเข้ารับการรักษายาฟรี โดยไม่ต้องมีบัตรสวัสดิการใด ๆ ทั้งสิ้น แต่เพียงให้มีบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อแสดงว่ามีอายุครบ 60 ปี เท่านั้น ข้อค้นพบนี้จะทำให้ทราบถึงความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์และทางการบริหารของนโยบายการรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่ใช้บัตรใด ๆ ทั้งสิ้น
3. ควรมีการศึกษาถึงบทบาทและศักยภาพของสถานีนามัย ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลที่ได้จากการศึกษาในระดับสถานีนามัยจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนว่า สถานีนามัยควรจะมีบทบาทอย่างไรที่จะตอบสนอง และส่งผลต่อการทำให้บรรลุนโยบายทางด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในด้านผู้ให้บริการ

(Supply Side) ซึ่งจะทำให้ได้ภาพหรือคำอธิบายที่ชัดเจนว่า ทำไมปัจจุบันผู้สูงอายุจึงไม่นิยมที่จะไปรับบริการทางด้านสุขภาพที่สถานีนอนมัย

เอกสารอ้างอิง

- กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2539. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. 2539. รายงานภาวะสุขภาพการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย 2538. รายงานการวิจัย กระทรวงสาธารณสุข.
- นภาพร ชโยวรรณ. และจอห์น โนเคล. 2539. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย 2538. รายงานการวิจัย สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร นโยวรรณ และคณะ. 2532. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. รายงานการวิจัย สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2538. ข้อเท็จจริงและทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานครต่อบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503 ทัวราชอาณาจักร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513 ทัวราชอาณาจักร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533 ทัวราชอาณาจักร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2541. สถานะของประชากรสูงอายุไทยปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆ ของประเทศ. เอกสารรายงานทางวิชาการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ. 2540. การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แอล. ที. เพรส จำกัด
- Knodel, J., Chayovan N., Siriboon S. and Suratdecha, S. 1999. Aging in Thailand: An Overview of Formal and Informal Support. Elderly in Asia report No. 99-53, Population Study Center University of Michigan.
- The Working Group on Population Projections of the Sub-Committee on Population Policy and Planning, NESDB 1986. Population Projection for Thailand 1980-2015.

ภาคผนวก ก

แนวคำสัมภาษณ์
กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย

**โครงการประเมิน
นโยบายและแผนงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
ที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข
(แนวคำสัมภาษณ์ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)**

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์..... ตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อผู้สัมภาษณ์..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.2541

1. กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนรับผิดชอบในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร?
2. ท่านทราบหรือไม่ว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันประสบปัญหาอะไรบ้าง
 - ท่านทราบหรือไม่ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหานี้
 - (นโยบายนี้มีเขียนไว้อย่างทางการหรือไม่? /ที่ไหน)
 - มีกองไหนรับผิดชอบบ้าง
 - กระทรวงมีการติดตาม และประเมินความสำเร็จของนโยบายอย่างไร? ใครเป็นคนดำเนินการ
 - ท่านคิดว่าการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ สามารถทำให้นโยบายของกระทรวงบรรลุจุดมุ่งหมายหรือไม่?
 - ท่านใช้ตัวชี้วัด (indicator) อะไรในการประเมินนโยบาย
3. ท่านคิดว่าน่าจะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง? และควรมีการปรับเปลี่ยนแผนงานให้สอดคล้องกับนโยบายเหล่านี้หรือไม่บ้าง?

**โครงการประเมิน
นโยบายและแผนงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
ที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข
(แนวคำสัมภาษณ์อธิบดีกรมต่าง ๆ)**

ผู้ให้สัมภาษณ์..... ตำแหน่งอธิบดีกรม

ผู้สัมภาษณ์..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.2541

1. หน่วยงานของท่านมีส่วนรับผิดชอบในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร?
2. ท่านทราบหรือไม่ว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันประสบปัญหาอะไรบ้าง
 - ท่านทราบหรือไม่ว่า แล้วในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหานี้
 - (นโยบายนี้มีเขียนไว้อย่างทางการหรือไม่? /ที่ไหน)
 - นโยบายนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร? /ใครกำหนด
 - กรมของท่านมีแผนงานอะไรบ้างที่รองรับนโยบายนี้ และแต่ละแผนงานกองใดรับผิดชอบ
 - กรมมีการติดตาม และประเมินความสำเร็จของแผนงานต่าง ๆ อย่างไร? ใครเป็นคนดำเนินการ
 - ท่านคิดว่าการดำเนินงานของกองงานต่าง ๆ ในกรมของท่านสามารถทำให้นโยบายกรมบรรลุจุดมุ่งหมายหรือไม่?
 - ท่านใช้ตัวชี้วัด (indicator) อะไรในการประเมินความสำเร็จของนโยบาย
3. ท่านคิดว่าน่าจะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง? และควรมีการปรับเปลี่ยนแผนงานให้สอดคล้องกับนโยบายเหล่านี้หรือไม่บ้าง?

**โครงการประเมิน
นโยบายและแผนงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
ที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข
(แนวคำสัมภาษณ์ผู้อำนวยการกองต่าง ๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข)**

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์..... ตำแหน่งผู้อำนวยการกอง.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.2541

1. หน่วยงานของท่านมีส่วนรับผิดชอบในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร?
2. ท่านทราบหรือไม่ว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันประสบปัญหาอะไรบ้าง
 - ท่านทราบหรือไม่ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหานี้
 - (นโยบายนี้มีเขียนไว้อย่างทางการหรือไม่? /ที่ไหน)
 - มีกองไหนรับผิดชอบบ้าง
 - หน่วยงานของท่านจัดทำโครงการอะไรบ้างที่เป็นการปฏิบัติตามนโยบายนี้
 - การทำโครงการและจัดสรรงบประมาณเพื่อรองรับโครงการใครเป็นคนทำ (กองหรือจังหวัด)
 - กระทรวงมีการติดตาม และประเมินความสำเร็จของนโยบายอย่างไร หน่วยงานใดเป็นคนดำเนินการ
 - ท่านคิดว่าการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ผ่านมาสามารถตอบสนองนโยบายของกระทรวงในเรื่องผู้สูงอายุหรือไม่
 - ท่านใช้ตัวชี้วัด (indicator) อะไรในการประเมินความสำเร็จของหน่วยงานระดับจังหวัดในเรื่องเกี่ยวกับโครงการผู้สูงอายุ
3. ท่านคิดว่าจะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง? และควรมีการปรับเปลี่ยนแผนงานให้สอดคล้องกับนโยบายเหล่านี้อย่างไรบ้าง?

**โครงการประเมิน
นโยบายและแผนงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
ที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข
(แนวคำสัมภาษณ์ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม สภากาชาดการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)**

ผู้ให้สัมภาษณ์..... ตำแหน่งอธิบดีกรม

ผู้สัมภาษณ์..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.2541

1. หน่วยงานของท่านมีส่วนรับผิดชอบในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร?
2. ท่านทราบหรือไม่ว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันประสบปัญหาอะไรบ้าง
 - แล้วในส่วนของการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีนโยบายอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหานี้
 - (นโยบายนี้มีเขียนไว้อย่างทางการหรือไม่? / ที่ไหน)
 - นโยบายนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร? / ใครกำหนด
 - นโยบายนี้กระทรวงใดเป็นผู้รับผิดชอบ
 - กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามนโยบายที่ตั้งไว้อย่างไรบ้าง
 - สภากาชาดการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีการติดตาม และประเมินความสำเร็จของนโยบายอย่างไร? ใครเป็นคนดำเนินการ
 - ท่านคิดว่าการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ สามารถทำให้นโยบายในเรื่องผู้สูงอายุแห่งชาติบรรลุผลหรือไม่
 - ท่านใช้ตัวชี้วัด (indicator) อะไรในการประเมินนโยบาย
3. ท่านคิดว่าน่าจะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง? และควรมีการปรับเปลี่ยนแผนงานให้สอดคล้องกับนโยบายเหล่านี้หรือไม่บ้าง?

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
เลขที่แบบสอบถาม.....

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

แบบสอบถาม

โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินนโยบาย/ แผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
(Health policy Evaluation for the elderly persons)

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

วัน เดือน ปีที่สัมภาษณ์.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา..... ถึงเวลา..... รวม..... ชั่วโมง

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 สำหรับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่งานนโยบายและแผน

ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่งานส่งเสริมสุขภาพหรืองานโรคไม่ติดต่อ

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของกระบวนการ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามนโยบายและแผนงานนั้น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้เสนอต่อองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ข้อเท็จจริงที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

แหล่งข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะถือเป็นความลับ และขอให้คำรับรองว่า การให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้จะไม่นำความยุ่งยากใด ๆ มายังผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ส่วนที่ 1 สำหรับสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

1. ในจังหวัดของท่านได้จัดทำแบบแผนงานรองรับนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่

0. ทำ

1. ไม่ทำ

จังหวัดของท่านได้มีกิจกรรมสนองตอบนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร

.....

.....

.....

.....

2. ในจังหวัดของท่านงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้จัดให้บริการเฉพาะกลุ่มหรือไม่

0. ใช่

1. ไม่ใช่

ถ้าไม่ได้ จัดให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ (ระบุเหตุผล)

.....

.....

.....

.....

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างไร

.....

.....

.....

.....

ท่านได้ใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลผู้สูงอายุอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. เวชภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้มาจากแหล่งใด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. ท่านคิดว่า บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ท่านได้ดำเนินการบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

0. ใช่

1. ไม่ใช่

ถ้าจะให้บรรลุตามเป้าหมาย ท่านคิดว่าจะต้องดำเนินการอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่งานนโยบายและแผนงาน

2.1 ระบบฐานข้อมูล

2.2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่มี 1. มี ☒

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุไว้อย่างไร

1. ระเบียบ 2. รายงาน
3. ระบบฐานข้อมูลโดยใช้ไมโครคอมพิวเตอร์

2) ข้อมูลเหล่านั้นได้มาอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

1. สำรวจ 2. รายงาน

ถ้าเป็นรายงาน

1) ความถี่ในการรายงานเป็นอย่างไร

1. เดือนละครั้ง 2. 3 เดือน/ ครั้ง
3. 6 เดือน/ครั้ง 4. ปีละครั้ง

2) ท่านมีระบบตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือไม่

0. ไม่มี 2. มี ☒

ท่านมีระบบตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอย่างไร

1. การนิเทศ 2. การสำรวจด้วยตัวอย่าง
3. อื่น ๆ (ระบุ).....

ถ้าเป็นการสำรวจ

1) ความถี่ในการสำรวจเป็นอย่างไร

1. ปีละครั้ง 2. 2 ปี/ครั้ง 3. มากกว่า 2 ปี/ครั้ง

3) ท่านได้ใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลของผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่ใช่

1. ใช่



3.1 ท่านใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

1. ใช้ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา 2. ใช้ในการวางแผนจัดทำโครงการ

3. ใช้ในการติดตามประเมินผล 4. ใช้ในการกำหนดเป้าหมายในการให้บริการ

5. ใช้ในการคิดเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ

3.2 ท่านได้นำข้อมูลที่มีอยู่ไปพิจารณาในการประชุมประจำเดือนหรือไม่

0. ไม่ใช่

2. ใช่

2.2 ด้านงบประมาณ

2.2.1 ในปีงบประมาณ 2540 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้รับงบประมาณทั้งหมด

จำนวน.....บาท

สำหรับงานผู้สูงอายุได้รับงบประมาณจำนวน.....บาท

2.3 ด้านการบริหารเวชภัณฑ์

2.3.1 รายการเวชภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้มาจากแหล่งใดส่วนใหญ่?

1. จัดซื้อเอง

2. จากการบริจาค

3. ส่วนกลาง

4. อื่น ๆ ระบุ.....

กรณีส่วนกลางส่งเวชภัณฑ์มาให้ ท่านเคยประสบปัญหาเหล่านี้บ้างหรือไม่

1. ความไม่พอเพียง

0. ไม่เคย

1. เคย

2. ความไม่ทันต่อเหตุการณ์

0. ไม่เคย

1. เคย

ท่านแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร

.....

ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่งานส่งเสริมสุขภาพหรืองานโรคไม่ติดต่อ

3.1 ด้านการฝึกอบรม

3.1.1 พนักงานสัมภาษณ์ : ถามในแนวคำถามต่อไปนี้ ใส่คำตอบลงในตาราง

- 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้มีการจัดฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ในการให้บริการสุขภาพ สำหรับบุคลากร.....หรือไม่ ถ้ามีให้วงคำตอบในช่อง A แล้วถามต่อจนครบรายการ
- 2) เรื่องที่เคยจัดอบรม (ใส่คำตอบลงในช่อง B) แล้วถามต่อในแต่ละเรื่องจนครบ
- 3) การจัดฝึกอบรมดังกล่าว ท่านได้ดำเนินการปีละ.....ครั้ง (ใส่จำนวนครั้ง/ปี ในช่อง C)
- 4) การฝึกอบรมที่จัดนั้นมีวิธีการอย่างไร (วงคำตอบในช่อง D) และถามต่อว่า แต่ละวิธี ใช้ระยะเวลา.....วัน
- 5) ท่านได้มีการประเมินความต้องการก่อนสร้างหลักสูตรการฝึกอบรมหรือไม่ (วงคำตอบในช่อง E)
- 6) ท่านได้มีการประเมินผลก่อน-หลัง การฝึกอบรมหรือไม่ (วงคำตอบในช่อง F)

ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่งานส่งเสริมสุขภาพหรืองานโรคไม่ติดต่อ

บุคลากร	การจัดฝึกอบรม มี/ไม่มี (A)	เรื่องที่เคยจัดอบรม (B)	จำนวนครั้ง/ปี (C)	วิธีการฝึกอบรม (D)	การประเมินความ ต้องการ (E)	การประเมินผล ก่อน-หลังการฝึกอบรม (F)
1. บุคลากรที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับงานผู้สูงอายุ	0. มี 1. ไม่มี	1. 2. 3. 4. 5.		1. เจริญปฏิบัติกร.....วัน 2. บรรยาย.....วัน	0. มี 1. ไม่มี	0. มี 1. ไม่มี
2. บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้ บริการผู้สูงอายุ	0. มี 1. ไม่มี	1. 2. 3. 4. 5.		1. เจริญปฏิบัติกร.....วัน 2. บรรยาย.....วัน	0. มี 1. ไม่มี	0. มี 1. ไม่มี

3.2 ในจังหวัดของท่านได้จัดทำแผนงานรองรับนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่ได้ทำ (ให้ข้ามไปข้อ 2)

1. ได้ทำ

1.1 จังหวัดของท่านมีแผนงานอะไรบ้าง

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1. แผนงาน..... | 2. แผนงาน..... |
| 3. แผนงาน..... | 4. อื่น (ระบุ)..... |

ให้ถามรายละเอียดของแต่ละแผนงาน ด้วยแนวคำถามต่อไปนี้ โดยใส่คำตอบ
ในตารางถัดไป

1. ในปีงบประมาณ 2540 มีโครงการอะไรบ้าง
(ถ้ามีมากกว่า 1 โครงการ ให้ถามในรายละเอียดแต่ละโครงการ) ด้วยคำถามต่อไปนี้
2. วัตถุประสงค์ของโครงการ (เขียนรายละเอียดในช่อง A)
3. ความเป็นมาเป็นอย่างไ
4. เป้าหมายของแต่ละโครงการ (จำนวนผู้สูงอายุที่ตั้งเป้าไว้เพื่อให้บริการและ
จำนวนผู้สูงอายุที่ทำได้จริง)
5. งบประมาณของแต่ละโครงการ
6. ปัญหา อุปสรรคของแต่ละโครงการ
7. ฝ่ายหรือกลุ่มงานที่รับผิดชอบ
8. จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบ

แผนงาน.....

โครงการ	A วัตถุประสงค์ของ โครงการ	B ความเป็นมา	เป้าหมาย		งบประมาณ	ปัญหา-อุปสรรค	ฝ่ายกลุ่มงาน ที่รับผิดชอบ	จำนวนบุคลากร รับผิดชอบ
			ที่ตั้งไว้	ที่ได้ทำจริง				

3.3 ในจังหวัดของท่าน ได้มีการจัดบริการให้ผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มหรือไม่

0. ไม่มี (ข้ามไปข้อ 2.2)

1. มี

ให้ถามด้วยคำถามต่อไปนี้ ใส่คำตอบในตารางถัดไป

1. หน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ได้แก่ หน่วยงานใดบ้าง (ให้ถามในแต่ละหน่วยงาน โดยวงคำตอบในช่อง A)
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำงบประมาณ คือ หน่วยงานใด (วงคำตอบในช่อง B)
3. เป้าหมายของแต่ละหน่วยงานในแต่ละปี (จำนวนผู้สูงอายุที่แต่ละหน่วยงานได้ตั้งเป้าไว้เพื่อให้บริการ) ใส่คำตอบเป็นจำนวนคนในช่อง C ถ้าไม่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ให้ใส่คำว่า "ไม่ได้ตั้งเป้าหมาย")

หน่วยงานที่รับผิดชอบ	คำตอบ (A)	หน่วยงานที่จัดทำงบประมาณ (B)	เป้าหมาย (คน) (C)
1. รพ.จังหวัด/ รพ.ศูนย์	0. ใช่ 1. ไม่ใช่	0. รพ.จังหวัด/ รพ.ศูนย์ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
2. รพ.ชุมชน	0. ใช่ 1. ไม่ใช่	0. รพ.ชุมชน 1. สสจ.	
3. สถานีอนามัย	0. ใช่ 1. ไม่ใช่	0. สถานีอนามัย 1. สสจ.	

3.4 ถ้าบริการต่าง ๆ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ได้มีการจัดให้บริการเฉพาะกลุ่ม ให้ถามถึงเหตุผลว่า ทำไมจึงไม่จัดบริการเฉพาะ

.....

.....

.....

.....

3.5 ท่านทราบหรือไม่ว่า ใน 1 เดือน สถานบริการสุขภาพในจังหวัดของท่านได้ให้บริการผู้สูงอายุเป็นจำนวน.....คน

3.6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีบทบาทในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของสถาน
บริการสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่มี

1. มี ☐

1) ในการติดตามและประเมินผลนั้น มีรูปแบบในการติดตามและประเมินผลอย่างไร

1. จังหวัด—อำเภอ — ตำบล

2. จังหวัด—ตำบล

3. ผสมผสานการติดตามและประเมินผลจากหน่วยงานหลายระดับ

2) การติดตามและประเมินผลบ่อยแค่ไหน

1. 1 สัปดาห์/ครั้ง 2. 1 เดือน/ครั้ง

2. 2 เดือน/ครั้ง 4. มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง

- 2 ถ้าจังหวัดของท่านไม่มี โครงการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้ถามถึงเหตุผลว่าทำไม จึงไม่มีโครงการนั้น

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 แนวทางในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

- 3.6 ถ้าจะให้บริการแก่ผู้สูงอายุให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายที่ตั้งไว้ ท่านคิดว่าจะต้องดำเนินการอย่างไร

.....

.....

.....

.....

- 3.7 ท่านคิดว่า การบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ท่านดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

0. ได้

1. ไม่ได้

4.2.1 ถ้าไม่ได้ ท่านคิดว่า เป็นเพราะอะไร

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามโรงพยาบาลจังหวัด/อำเภอ



สำหรับโรงพยาบาลจังหวัด/อำเภอ
เลขที่แบบสอบถาม.....

**มหาวิทยาลัยขอนแก่น
และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข**

แบบสอบถาม

**โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินนโยบาย/ แผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
(Health policy Evaluation for the elderly persons)**

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์

ตำแหน่ง

โรงพยาบาล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

วัน เดือน ปีที่สัมภาษณ์.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา..... ถึงเวลา..... รวม..... ชั่วโมง

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 สำหรับหัวหน้างานเวชกรรมสังคม

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของกระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการตามนโยบายและแผนงานนั้น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้เสนอต่อองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ข้อเท็จจริงที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

แหล่งข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะถือเป็นความลับ และขอให้คำรับรองว่า การให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้จะไม่นำความยุ่งยากใด ๆ มายังผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1. คลินิกผู้สูงอายุ

1.1 โรงพยาบาลของท่านมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 1.2)

1. มี ☐

1.1.1 คลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลของท่านเปิดให้บริการ วัน-เวลาใด

ระบุ..... เวลา.....

1.2 (ถ้าโรงพยาบาลของท่านไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ ให้ถามเหตุผลว่าทำไมจึงไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ และให้ถามต่อว่า ในกรณีที่ผู้สูงอายุมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลท่าน) ท่านได้มีการจัดบริการอะไรเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ ถ้ามีการจัดบริการพิเศษ ให้ถามต่อว่า บริการในเรื่องใดบ้าง ท่านได้ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษหรือไม่ ถ้าดูแลเป็นพิเศษให้ถามต่อว่าดูแลพิเศษอย่างไร

.....

1.3 ในการให้บริการของผู้สูงอายุแต่ละครั้ง ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่

0. ไม่เสีย

1. เสีย

1) ผู้สูงอายุต้องเสียค่าทำบัตร (กรณีที่มา รพ. ครั้งแรก) หรือไม่

0. ไม่เสีย

1. เสีย

2) ผู้สูงอายุต้องเสียค่าบริการ (ค่าหมอ) หรือไม่

0. ไม่เสีย

1. เสีย

3) ผู้สูงอายุต้องเสียค่าเวชภัณฑ์ (ค่ายา, ค่ากายอุปกรณ์ต่าง ๆ) หรือไม่

0. ไม่เสีย

1. เสีย

1.4 ในปีงบประมาณ 2540 โรงพยาบาลของท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่เกี่ยวกับค่า
รักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุจำนวน.....บาท

1.5 เงินงบประมาณที่ท่านได้รับ (ในข้อ 1.4 เพียงพอหรือไม่

0. เพียงพอ

1. ไม่เพียงพอ

ถ้าไม่เพียงพอ ท่านแก้ปัญหาได้อย่างไร

.....

.....

.....

.....

1.6 ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลของท่านมีนโยบายที่จะให้ค่าเวชภัณฑ์ดังกล่าว ฟรี หรือไม่

0. ไม่ฟรี

1. ฟรี

รพ.ของท่านจัดหางบประมาณจากแหล่งไหนมาชดเชย

1. เงินบริจาค จำนวน.....บาท
2. เงินสวัสดิการโรงพยาบาล จำนวน.....บาท
3. เงินรายได้โรงพยาบาล จำนวนบาท

1.7 โรงพยาบาลของท่านได้มีการจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่

0. ไม่มี (ถาม1.8)

1. มี

1) โรงพยาบาลของท่านได้มีการจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนบ่อยแค่ไหน

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1. 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 1. 2 สัปดาห์/ครั้ง |
| 3. 1 เดือน/ครั้ง | 4. มากกว่า 2 เดือน/ครั้ง |

1.8 ถ้าโรงพยาบาลของท่านไม่ได้มีการจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ให้ถามว่า ท่านได้ดำเนินการอย่างไร จึงจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง

.....

.....

.....

1.9 ท่านมีเกณฑ์ในการมอบหมายบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างไร (เช่น มอบหมายให้คนที่สมัครใจ หรือมอบหมายตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ)

.....

.....

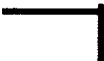
.....

ส่วนที่ 2 สำหรับหัวหน้างานเวชกรรมสังคม

1. คลินิกผู้สูงอายุ

1.1 โรงพยาบาลของท่านมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 1.2)

1. มี 

1.1.1 คลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลของท่านเปิดให้บริการ วัน-เวลาใด

ระบุ..... เวลา.....

1.1.2 ในการจัดคลินิกผู้สูงอายุ ได้มีการเน้นในการให้บริการในด้านใดเป็นพิเศษหรือไม่

0. ไม่มี

1. ถ้ามี เน้นในด้านใด.....

.....

.....

.....

1.1.2.1 บุคลากรผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุประกอบด้วยใครบ้าง และจำนวนเท่าไร

1. แพทย์ จำนวน..... คน

2. พยาบาลวิชาชีพ จำนวนคน

3. พยาบาลเทคนิค จำนวน.....คน

4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน จำนวนคน

5. อื่นๆ (ระบุ)..... จำนวน.....คน

- 1.2 (ถ้าโรงพยาบาลของท่านไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ ให้ถามเหตุผลว่าทำไมจึงไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ และให้ถามต่อว่า ในกรณีที่ผู้สูงอายุมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลท่าน) ท่านได้มีการจัดบริการอะไรเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ ถ้ามีการจัดบริการพิเศษ ให้ถามต่อว่า บริการในเรื่องใดบ้าง ท่านได้ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษหรือไม่ ถ้าดูแลเป็นพิเศษให้ถามต่อว่าดูแลพิเศษอย่างไร

.....

.....

.....

.....

- 1.3 โรงพยาบาลของท่านให้บริการผู้สูงอายุจำนวนกี่คน/เดือน จำแนกตามประเภทของผู้ป่วย

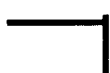
ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยใน	
ผู้ป่วยนอก	
- ในคลินิกผู้สูงอายุ	
- นอกคลินิกผู้สูงอายุ	

- 1.4 โดยถัวเฉลี่ยแล้วใน 1 เดือน โรงพยาบาลของท่านต้องจ่ายค่าเวชภัณฑ์สำหรับผู้สูงอายุ
ดังรายการต่อไปนี้ จำนวนกี่บาท

รายการ	จำนวนเงินที่ต้องจ่ายสำหรับแต่ละกลุ่ม	
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
1. ค่าเวชภัณฑ์ยาสามัญหลักแห่งชาติ		
2. ค่าเวชภัณฑ์ยานอกบัญชีแห่งชาติ		

- 1.5 โรงพยาบาลของท่านได้มีการจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่

0. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 1.9)

1. มี 

- 1) โรงพยาบาลของท่านได้มีการจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน บ่อยแค่ไหน
 1. 1 ครั้ง/สัปดาห์
 2. 2 สัปดาห์/ครั้ง
 3. 1 เดือน/ครั้ง
 4. มากกว่า 2 เดือน/ครั้ง
- 2) บุคลากรที่ให้บริการในการออกหน่วยเคลื่อนที่ของ รพ. คือใครบ้าง จำนวนกี่คน
 1. แพทย์ จำนวน.....คน
 2. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน.....คน
 3. พยาบาลเทคนิค จำนวน.....คน
 4. ทันตแพทย์ จำนวน.....คน
 5. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน จำนวน.....คน
 6. อื่น ๆ (ระบุ)..... จำนวน.....คน
- 3) การออกหน่วยเคลื่อนที่ได้ให้บริการอะไรแก่ผู้สูงอายุบ้าง
 1. การตรวจรักษา
 2. การให้ความรู้/คำแนะนำ
 3. การตรวจสุขภาพ
 4. อื่น ๆ (ระบุ).....

2. ชมรมผู้สูงอายุ

2.1 โรงพยาบาลของท่านมีชมรมผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่มี (ข้ามไปส่วนที่ 3)

1. มี 

2.1.1 ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- 1..... 2.....
- 3..... 4.....

2.1.2 จำนวนสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ..... คน

2.1.3 โรงพยาบาลของท่านได้จัดกิจกรรมในการให้สุศึกษาสำหรับสมาชิกใน
ชมรมผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่ได้

1. ได้

1) รพ.ของท่านได้มีการให้สุศึกษาสำหรับสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ
อย่างไร

1. บรรยาย

2. อบรมเชิงปฏิบัติการ

3. สาธิต

4. จำลองสถานการณ์

2) รพ.ของท่านได้มีการให้สุศึกษาสำหรับสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ
บ่อยแค่ไหน

1. 1 ครั้ง/สัปดาห์

2. 2 สัปดาห์/ครั้ง

3. 1 เดือน/ครั้ง

4. ไม่แน่นอน

2.1.4 โรงพยาบาลของท่านได้ให้สิทธิพิเศษแก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่ได้

1. ได้

สิทธิพิเศษที่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้รับเป็นพิเศษ คืออะไร

.....
.....
.....
.....

2.1.5 โรงพยาบาลได้ใช้ชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่ ในการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพผู้
สูงอายุในชุมชนหรือไม่

0. ไม่ใช่

1. ใช่

รพ.ได้ใช้ชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน
ชุมชนอย่างไร

.....
.....

2.1.6 โรงพยาบาลของท่านได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่ได้

1. ได้

1) รพ.ของท่านได้ให้การสนับสนุนในเรื่องอะไรบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. วัสดุ-อุปกรณ์ | 2. ในการติดต่อประสานงาน |
| 3. งบประมาณ | 3. บุคลากร |
| 5. อื่น ๆ (ระบุ)..... | |

ตอนที่ 3 ระบบสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

3.1 ด้านการบริหารงานบุคคล

3.1.1 บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ มีการใช้เวลาในการทำงานสำหรับผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด (สัปดาห์ละกี่วัน วันละกี่ชั่วโมง)

สัปดาห์ละ.....วัน

วันละ.....ชั่วโมง

3.2 ด้านการนิเทศ

3.2.1 ท่านมีการนิเทศงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่มี (ถามต่อข้อ 3.3)

1. มี

1. ท่านมีการนิเทศงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุบ่อยแค่ไหน

1. 1 สัปดาห์/ครั้ง

2. 1 เดือน/ครั้ง

3. 2 เดือน/ครั้ง

4. มากกว่า 3 เดือน

2. ท่านมีตารางการนิเทศหรือไม่

0. ไม่มี (ถามต่อข้อ 3.3)

1. มี

2.1 ท่านได้ดำเนินการตามตารางการนิเทศหรือไม่

0. ได้ทำ

1. ไม่ได้ทำ

3. ในการนิเทศงานบริการผู้สูงอายุที่ท่านเน้นเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- | | | |
|---|-----------|--------|
| 1. การแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
| 2. การเพิ่มทักษะในการให้บริการ | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
| 3. ความถูกต้องของเทคนิควิธีการให้บริการ | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |

4. วิธีการนิเทศที่ท่านใช้คือวิธีการใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| 1. เป็นการค้นคว้าและแก้ปัญหาร่วมกัน | |
| 2. ตรวจสอบความถูกต้องของการทำงาน | |
| 3. สาธิตและฝึกหัดทำ | 4. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

5. ท่านนำผลการนิเทศมาใช้ในการปรับปรุงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่

- | | |
|-----------|--------|
| 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
|-----------|--------|

ท่านนำผลจากการนิเทศไปปรับปรุงบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร

.....

.....

.....

3.3 ด้านการเงิน

3.3.1 บริการสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดที่ท่านรับผิดชอบได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. กระทรวงสาธารณสุข | 2. เงินประกันสุขภาพ |
| 2. สภาจังหวัด | 4. เทศบาล |
| 5. องค์การเอกชน | 6. สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร |

3.3.2 ท่านทราบหรือไม่ว่า ในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ราย ท่านต้องใช้งบประมาณจำนวนเท่าไร

- | | |
|------------|-----------------------------|
| 0. ไม่ทราบ | 1. ทราบ (ระบุจำนวน).....บาท |
|------------|-----------------------------|

3.4 ด้านการบริหารเวชภัณฑ์

3.4.1 รายการเวชภัณฑ์ส่วนใหญ่ที่ใช้ในโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้มาจากแหล่งใด

1. จัดซื้อเอง
2. จากการบริจาค
3. ส่วนกลาง
4. อื่น ๆ (ระบุ).....

กรณีส่วนกลางส่งเวชภัณฑ์มาให้ ท่านเคยประสบปัญหาเหล่านี้บ้างหรือไม่

- | | | |
|---------------------------|-----------|--------|
| 1. ความไม่พอเพียง | 0. ไม่เคย | 1. เคย |
| 2. ความไม่ทันต่อเหตุการณ์ | 0. ไม่เคย | 1. เคย |
| ท่านแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร | | |

.....

.....

3.5 ด้านการฝึกอบรม

3.5.1 ท่านได้มีการจัดฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ในเรื่องการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุบ้างหรือไม่

0. ไม่จัด (ถามต่อข้อ 3.5.2)
1. จัด

ถ้ามี การจัด ให้ถามต่อว่า เรื่องที่ท่านเคยจัดฝึกอบรม ได้แก่ เรื่องใดบ้าง (ใส่คำตอบลงในช่อง A) แล้วถามต่อด้วยคำถามต่อไปนี้ในแต่ละเรื่อง จนครบ

- 1) เรื่อง.....ท่านจัดเมื่อไหร่ (ให้ระบุ พ.ศ.ที่จัดลงในช่อง B)
- 2) มีวิธีการฝึกอบรมอย่างไร (วงคำตอบในช่อง C)
- 3) เรื่อง..... มีการประเมินความต้องการก่อนสร้างหลักสูตรการฝึกอบรมหรือไม่ (วงคำตอบในช่อง D)
- 4) เรื่อง..... ได้มีการประเมินผลก่อน-หลังการฝึกอบรมหรือไม่ (วงคำตอบในช่อง E)

(A) เรื่อง	(B) ปี พ.ศ.ที่จัด	(C) วิธีการฝึกอบรม	(D) การประเมินความ ต้องการ	(E) การประเมินผลก่อน- หลังการอบรม
1.		1. เติงปฏิบัติการ 2. บรรยาย	0. มี 1. ไม่มี	0. มี 1. ไม่มี
2.		1. เติงปฏิบัติการ 2. บรรยาย	0. มี 1. ไม่มี	0. มี 1. ไม่มี
3.		1. เติงปฏิบัติการ 2. บรรยาย	0. มี 1. ไม่มี	0. มี 1. ไม่มี
4.		1. เติงปฏิบัติการ 2. บรรยาย	0. มี 1. ไม่มี	0. มี 1. ไม่มี
5.		1. เติงปฏิบัติการ 2. บรรยาย	0. มี 1. ไม่มี	0. มี 1. ไม่มี

3.5.2 ในกรณีที่ท่านไม่ได้มีการจัดฝึกอบรม ท่านได้มีการส่งบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุไปฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ในเรื่องการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่มี

1. มี



1) ท่านได้ส่งบุคลากรไปฝึกอบรมในเรื่องอะไรบ้าง จำนวนกี่คน

1. เรื่อง..... จำนวน.....คน
2. เรื่อง..... จำนวน.....คน
3. เรื่อง..... จำนวน.....คน
4. เรื่อง..... จำนวน.....คน

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามผู้สูงอายุ

สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
เลขที่แบบสอบถาม.....

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

แบบสอบถาม

โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินนโยบาย/แผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
(Health policy Evaluation for the elderly persons)

ผู้ให้สัมภาษณ์	1. ผู้สูงอายุ	2. ผู้ดูแล
ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....		
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....		
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....		
ทำเลที่ตั้ง	1. เมือง	2. ชนบท
ผลการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 1. ได้ 2. ไม่ได้ นัดครั้งต่อไปวันที่.....เวลา..... ผลการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2 1. ได้ 2. ไม่ได้ นัดครั้งต่อไปวันที่.....เวลา..... ผลการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 3 1. ได้ 2. ไม่ได้		
ชื่อผู้สัมภาษณ์..... วัน เดือน ปีที่สัมภาษณ์..... เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....ถึงเวลา.....รวม.....ชั่วโมง ชื่อผู้ควบคุมงานสนาม.....		

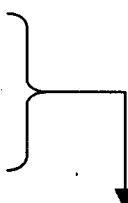
คำชี้แจง

การสนทนาต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจรักษาของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อจะช่วยให้เราเข้าใจและปรับปรุงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อมูลที่ได้รับเราจะเก็บรักษาเป็นอย่างดี และจะไม่เปิดเผยต่อสิทธิที่ท่านจะได้รับแต่ประการใด

สำหรับพนักงานสัมภาษณ์ให้วงกลม ○ ล้อมรอบคำตอบในแต่ละข้อ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ

- 1.1 เพศ 0. ชาย 1. หญิง
- 1.2 ขณะนี้ท่านมีอายุ.....ปี
- 1.3 ขอรบกวนเกี่ยวกับสถานภาพสมรสของท่าน
1. โสด ยังไม่แต่งงาน (ข้ามไปถามข้อ 1.6)
 2. สมรส อยู่ด้วยกัน
 3. สมรส แยกกันอยู่
 4. ม่าย
 5. หย่า
- 

1.3.1 ท่านมีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่หรือไม่

0 ไม่มี (ถามข้อ 1.6)

1. มี เป็นชาย.....คน

เป็นหญิง.....คน

1.3.2 ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

1. อาศัยอยู่คนเดียว

1. ใช่

2. ไม่ใช่

2. คู่สมรส

1. ใช่

2. ไม่ใช่

3.ญาติ

1. ใช่

2. ไม่ใช่

4. บุตร

1. ใช่

2. ไม่ใช่

5. บุคคลอื่น (ระบุ.....)

1. ใช่

2. ไม่ใช่

1. กรณีที่ท่านไม่ได้อาศัยกับบุตร ท่านได้พบกับบุตรของท่านทุกวันหรือไม่

0. ทุกวัน

1. ไม่ทุกวัน



บุตรของท่านมาเยี่ยมท่านบ่อยแค่ไหน

1. อาทิตย์ละครั้ง

2. 2 อาทิตย์/ครั้ง

3. เดือนละครั้ง

4. 3 เดือน/ครั้ง

5. มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง

1.4 ท่านเคยเข้าโรงเรียน (เรียนหนังสือ) หรือไม่

1. ไม่เคย และอ่านเขียนไม่ได้

2. ไม่เคย แต่อ่านออกเขียนได้

3. เคย



1.6.1 ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด

1. ป.1 - ป.4

2. ป.6

3. ม.6

4. อื่น ๆ (ระบุ).....

1.5 ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2. เกษตรกรรม

3. ค้าขาย

4. รับจ้าง

5. ข้าราชการบำนาญ

6. อื่น ๆ (ระบุ).....

1.6 ท่านมีรายได้จากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

1. บุตรหลาน

2. ญาติพี่น้อง

3. ค่าเช่า

4. บำนาญ

5. เบี้ยยังชีพ

6. เงินออม (ดอกเบี้ยเงินฝาก)

7. ดอกเบี้ยเงินกู้

8. จากการประกอบอาชีพ

1.7 รายได้ที่ท่านได้รับเพียงพอหรือไม่

0. ไม่เพียงพอ

2. เพียงพอ

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไร

1. สุขภาพดี

2. สุขภาพดีปานกลาง ป่วยบ้างเป็นบางครั้ง

3. สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย

2.2 ขณะนี้ท่านมีอาการหรือปัญหาสุขภาพต่อไปนี้หรือไม่

- | | | |
|---|-----------|--------|
| 1. โรคความดันโลหิตสูง | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
| 2. โรคเบาหวาน | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
| 3. ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตามัว ต้อกระจก | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
| 4. โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจขาดเลือด | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
| 5. ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
| 6. เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
| 7. ปวดศีรษะ | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
| 8. อื่น ๆ ระบุ | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |
| 9. ไม่เป็นอะไรเลย | 0. ไม่ใช่ | 1. ใช่ |

2.3 ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านไปรับการรักษาสถานที่สุขภาพครั้งสุดท้ายที่ไหน

1. ไม่ทำอะไรเลย ปลอมให้หายเอง
2. ปรีกษา/ขอยาจากญาติหรือเพื่อนบ้าน
3. ซื้อยากินเองจากร้านขายยาทั่วไป
4. ไปรักษากับหมอยาแผนโบราณ (หมอสมุนไพร หมอนวด หมอจับเส้น)
5. ไปรักษาโดยไสยศาสตร์ (หมอผี หมอพระ)
6. รักษาโดยหมอนัตยา/อสม.
7. ไปรักษาที่คลินิกเอกชน/รพ.เอกชน
8. ไปรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ (รพ.ชุมชน)
9. ไปรักษาที่ รพ.จังหวัด (รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์)
10. สถานีนามัย
11. ไม่มีอาการอะไรเลย

พนักงานสัมภาษณ์ : ถามข้อ 2.3.1-2.3.7 เฉพาะผู้ที่ตอบข้อ 8,9,10 ในข้อ 2.3 เท่านั้น

2.3.1 ท่านเดินทางอย่างไร

- | | |
|--------------|----------------------------------|
| 1. เดิน | 2. รถโดยสาร/รถจักรยานยนต์รับจ้าง |
| 3. รถส่วนตัว | 4. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

2.3.2 ท่านใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปถึงสถานบริการสุขภาพ.....นาที

2.3.3 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ.....กิโลเมตร

2.3.4 ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางจำนวน.....บาท

2.3.5 ท่านเดินทางไปกับใคร

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. คู่สมรส | 2. บุตร |
| 3. หลาน | 4. มาคนเดียว |
| 5. ญาติ (ระบุ)..... | 6. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

2.3.6 ใครเป็นคนจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ท่าน

- 1. ตนเอง/คู่สมรส (จ่ายเอง)
- 2. บุตร (จ่ายเอง)
- 3. บุตร (เบิกรัฐ)
- 4. ญาติ
- 5. ใช้บัตรผู้สูงอายุ
- 6. ใช้บัตรประกันสุขภาพ

1) ท่านต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน.....บาท

2.3.6.1 กรณีที่ผู้สูงอายุใช้บัตรผู้สูงอายุหรือบัตรประกันสุขภาพเท่านั้น บัตรผู้สูงอายุ/บัตรประกันสุขภาพ ที่ท่านใช้มีปัญหาหรือไม่

0. ไม่มีปัญหา

1. มีปัญหา

ท่านมีปัญหาในการใช้บัตรผู้สูงอายุ/บัตรประกันสุขภาพอย่างไร

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. ไม่สะดวก เพราะใช้ได้เป็นบางที่ | 2. เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยเอาใจใส่ถ้ารู้ว่ามียบัตร |
| 3. ใช้ได้เฉพาะบางโรคเท่านั้น | 4. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

2.4 ท่านได้ใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

0. ไม่ใช่

1. ใช่



2.4.1 ท่านใช้อุปกรณ์อะไร

ก. แว่นตา	0. ใช่	1. ไม่ใช่
ข. เครื่องช่วยฟัง	0. ใช่	1. ไม่ใช่
ค. ฟันปลอม	0. ใช่	1. ไม่ใช่
ง. ไม้เท้า	0. ใช่	1. ไม่ใช่
จ. โครงจับเดิน	0. ใช่	1. ไม่ใช่
ฉ. ไม้ค้ำรักแร้	0. ใช่	1. ไม่ใช่
ช. รถนั่ง	0. ใช่	1. ไม่ใช่
ซ. แขน/ขาเทียม	0. ใช่	1. ไม่ใช่
ณ. อื่น ๆ (ระบุ).....	0. ใช่	1. ไม่ใช่

2.5 ความพึงพอใจในบริการต่างๆ ที่ท่านได้รับจากสถานบริการสุขภาพเหล่านี้ (สถานีนามัย รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์) ให้ถามในแต่ละสถานบริการสุขภาพให้ครบในแต่ละด้าน

ความพึงพอใจด้านต่าง ๆ	สถานีนามัย	รพ.ชุมชน	รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์
1. หอม/พยาบาล/เจ้าหน้าที่พูดจาเป็นกันเองกับท่านหรือไม่	0. ไม่ดี 1. ดี	0. ไม่ดี 1. ดี	0. ไม่ดี 1. ดี
2. หอมได้อธิบายหรือไม่ว่าท่านเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร	0. ไม่ทำ 1. ทำ	0. ไม่ทำ 1. ทำ	0. ไม่ทำ 1. ทำ
3. หอมได้บอกวิธีการรักษา/วิธีรับประทานยาหรือไม่	0. ไม่บอก 1. บอก	0. ไม่บอก 1. บอก	0. ไม่บอก 1. บอก
4. ค่ารักษาพยาบาล	0. ไม่ฟรี 1. ฟรี	0. ไม่ฟรี 1. ฟรี	0. ไม่ฟรี 1. ฟรี

ตอนที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและผู้ดูแลของผู้สูงอายุ

พนักงานสัมภาษณ์ : ให้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการซักถามจากผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลด้วยแนวคำถามต่อไปนี้ ใส่คำตอบในตาราง

1. กิจกรรมต่อไปนี้ท่านสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือไม่ (วงคำตอบลงในช่อง A) และถ้าคำตอบว่าไม่ได้ ให้ถามต่อว่าใครเป็นคนทำกิจกรรมนี้ให้ท่าน (วงคำตอบลงในช่อง B)

กิจกรรม	(A) ได้/ไม่ได้	(B) ใครเป็นคนทำให้
1. ท่านสามารถเตรียมอาหารได้ด้วยตนเองหรือไม่	0. ไม่ได้ 1. ได้	0. ไม่มีคนดูแล 1. คู่สมรส 2. บุตร 3. หลาน 4. ญาติ (ระบุ)..... 5. เพื่อนบ้าน 6. จ้างผู้ดูแล
2. ท่านสามารถดัดอาหารเข้าปากได้ด้วยตนเองหรือไม่	0. ไม่ได้ 1. ได้	0. ไม่มีคนดูแล 1. คู่สมรส 2. บุตร 3. หลาน 4. ญาติ (ระบุ)..... 5. เพื่อนบ้าน 6. จ้างผู้ดูแล
3. ท่านสามารถล้างหน้า/หวีผม/แปรงฟัน/โกนหนวด (ในระยะเวลา 24-48 ชม.) ได้ด้วยตนเองหรือไม่	0. ไม่ได้ 1. ได้	0. ไม่มีคนดูแล 1. คู่สมรส 2. บุตร 3. หลาน 4. ญาติ (ระบุ)..... 5. เพื่อนบ้าน 6. จ้างผู้ดูแล

กิจกรรม	(A) ได้/ไม่ได้	(B) ใครเป็นคนทำให้
4. ท่านสามารถลุก/นั่ง ได้ด้วยตนเองหรือไม่	0. ไม่ได้ 1. ได้	0. ไม่มีคนดูแล 1. คู่สมรส 2. บุตร 3. หลาน 4. ญาติ (ระบุ)..... 5. เพื่อนบ้าน 6. จ้างผู้ดูแล
5. ท่านสามารถนั่ง/ลงจากโถส้วม/กระโถน ได้ด้วยตนเองหรือไม่	0. ไม่ได้ 1. ได้	0. ไม่มีคนดูแล 1. คู่สมรส 2. บุตร 3. หลาน 4. ญาติ (ระบุ)..... 5. เพื่อนบ้าน 6. จ้างผู้ดูแล
6. ท่านสามารถเดิน/เคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง (กรณีผู้สูงอายุนั่งรถเข็น) ได้ด้วยตนเองหรือไม่	0. ไม่ได้ 1. ได้	0. ไม่มีคนดูแล 1. คู่สมรส 2. บุตร 3. หลาน 4. ญาติ (ระบุ)..... 5. เพื่อนบ้าน 6. จ้างผู้ดูแล
7. ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้า (กัมหัวติด กระดุม ซิป) ได้ด้วยตนเองหรือไม่	0. ไม่ได้ 1. ได้	0. ไม่มีคนดูแล 1. คู่สมรส 2. บุตร 3. หลาน 4. ญาติ (ระบุ)..... 5. เพื่อนบ้าน 6. จ้างผู้ดูแล

กิจกรรม	(A) ได้/ไม่ได้	(B) ใครเป็นคนทำให้
8. ท่านสามารถขึ้น-ลงบันไดได้ด้วยตนเองหรือไม่	0. ไม่ได้ 1. ได้	0. ไม่มีคนดูแล 1. คู่สมรส 2. บุตร 3. หลาน 4. ญาติ (ระบุ)..... 5. เพื่อนบ้าน 6. จ้างผู้ดูแล

ตอนที่ 4 คลินิกผู้สูงอายุ

4.1 ท่านเคยไปรับการรักษาที่ รพ.ชุมชน/รพ.จังหวัดหรือไม่

0. ไม่เคย

1. เคย



ท่านได้รับสิทธิพิเศษลักษณะใด

0. ไม่มีสิทธิพิเศษใดๆ

1. ลัดคิว

2. มีห้องตรวจเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น

3. เจ้าหน้าที่ให้การบริการอย่างรวดเร็ว

4.2 ท่านเคยได้ยินคำว่า “คลินิกผู้สูงอายุ” หรือไม่

0. ไม่เคย

1. เคย



4.2.1 คลินิกผู้สูงอายุที่ท่านเคยได้ยินตั้งอยู่ที่ไหน

0. รพ.ชุมชน

1. รพ.ศูนย์/รพ.จังหวัด

4.2.2 ท่านเคยไปใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่เคย

1. เคย

ตอนที่ 5 การบริการสุขภาพ

5.1 เจ้าหน้าที่สถานที่ให้บริการสุขภาพ (สถานีนามัย, รพ.ต่างๆ) ได้เคยออกมาเยี่ยมหรือให้บริการสุขภาพท่านที่บ้านหรือไม่ (เช่น การตรวจสุขภาพ เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ มาให้การดูแลปัญหาสุขภาพ

0. ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 5.2)

1. เคย 

5.1.1 เจ้าหน้าที่ได้ออกมาให้บริการด้านสุขภาพท่านครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
(ระบุ) เดือน..... ปี.....

5.1.2 เจ้าหน้าที่ได้ออกมาให้บริการด้านสุขภาพท่านบ่อยแค่ไหน

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. สัปดาห์ละครั้ง | 2. 2 สัปดาห์/ครั้ง |
| 3. เดือนละครั้ง | 4. 3 เดือน/ครั้ง |
| 5. ไม่นาน | |

5.1.3 ท่านต้องการให้เจ้าหน้าที่มาให้บริการด้านสุขภาพท่านบ่อยมากกว่านี้หรือไม่

- | | |
|---------------|------------|
| 0. ไม่ต้องการ | 1. ต้องการ |
|---------------|------------|

5.1.4 บริการด้านสุขภาพอะไรบ้างที่เจ้าหน้าที่ได้กระทำแก่ท่านเมื่อมาตรวจหรือดูแลท่านที่บ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| 1. ให้คำแนะนำ | 2. วัดความดันโลหิต, จับชีพจร |
| 3. ให้ยา | 4. ตรวจการได้ยิน |
| 5. ตรวจการมองเห็น | 6. ตรวจฟัน |
| 7. ตรวจหู | 8. ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ |
| 9. อื่นๆ (ระบุ)..... | |

ตอนที่ 6 ชมรมผู้สูงอายุ (หรือกลุ่มผู้สูงอายุ)

6.1 ในหมู่บ้านท่านมีชมรมผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่มี (ถามต่อข้อ 6.2)

1. มี



6.1.1 ชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านท่านตั้งอยู่ที่ไหน

1. วัด

2. โรงเรียน

3. ศาลาประชาคม

4. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน

5. สถานที่อื่น

6.1.2 ชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านของท่านมีกิจกรรมอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

1. ส่งเสริมการออกกำลังกาย

2. ร่วมกิจกรรมตามวันสำคัญ (เช่น วันสงกรานต์ วันขึ้นปีใหม่ วันเข้าพรรษา เป็นต้น)

3. ร่วมบำเพ็ญประโยชน์ (เช่น ทำความสะอาดหมู่บ้าน)

4. ร่วมกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์

5. อื่น ๆ (ระบุ).....

6.1.3 ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่ได้

1. ได้

สำหรับผู้สูงอายุ (Exit interview)
 เลขที่แบบสอบถาม.....

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

แบบสอบถาม
โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินนโยบาย/แผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
(Health policy Evaluation for the elderly persons)

สถานบริการสุขภาพที่สัมภาษณ์

โรงพยาบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

วัน เดือน ปีที่สัมภาษณ์.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....ถึงเวลา.....รวม.....ชั่วโมง

คำชี้แจง

การสนทนาต่อไปนี้ จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจรักษาของผู้สูงอายุ ณ โรงพยาบาล เพื่อจะช่วยให้เราเข้าใจและปรับปรุงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อมูลที่ได้รับเราจะเก็บรักษาเป็นอย่างดี และจะปกปิดเป็นความลับ และจะไม่มีผลต่อสิทธิที่ท่านจะได้รับแต่ประการใด

สำหรับพนักงานสัมภาษณ์ให้วงกลม ☐ ล้อมรอบคำตอบในแต่ละข้อ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ

0.1 หญิง ☐

0.2 ขณะนี้ท่านมีอายุ.....ปี ☐

0.3 ขอทราบเกี่ยวกับสถานภาพสมรสของท่าน ☐

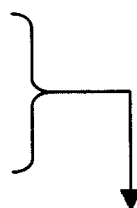
1. โสด ยังไม่แต่งงาน (ข้ามไปถามข้อ 1.6)

2. สมรส อยู่ด้วยกัน

3. สมรส แยกกันอยู่

4. หม้าย

5. หย่า



1.3.3 ท่านมีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่หรือไม่

0 ไม่มี (ถามข้อ 1.6)

1. มี เป็นชาย.....คน

เป็นหญิง.....คน

1.3.4 ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

1. อาศัยอยู่คนเดียว

1. ใช่

2. ไม่ใช่

2. คู่สมรส

1. ใช่

2. ไม่ใช่

3.ญาติ

1. ใช่

2. ไม่ใช่

4. บุตร

1. ใช่

2. ไม่ใช่

5. บุคคลอื่น (ระบุ.....)

1. ใช่

2. ไม่ใช่

1) กรณีที่ท่านไม่ได้อาศัยกับบุตร ท่านได้พบกับบุตรของท่านทุกวันหรือไม่

0. ทุกวัน

1. ไม่ทุกวัน ↓

บุตรของท่านมาเยี่ยมท่านบ่อยแค่ไหน

1. อาทิตย์ละครั้ง

2. 2 อาทิตย์/ครั้ง

3. เดือนละครั้ง

4. 3 เดือน/ครั้ง

5. มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง

1.4 ท่านเคยเข้าโรงเรียน (เรียนหนังสือ) หรือไม่

1. ไม่เคย และอ่านเขียนไม่ได้

2. ไม่เคย แต่อ่านออกเขียนได้

3. เคย →

1.6.1 ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด

1. ป.1 – ป.4

2. ป.6

3. ม.6

4. อื่น ๆ (ระบุ).....

1.5 ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2. เกษตรกรรม

3. ค้าขาย

4. รับจ้าง

5. ข้าราชการบำนาญ

6. อื่น ๆ (ระบุ).....

1.6 ท่านมีรายได้จากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

1. บุตรหลาน

2. ญาติพี่น้อง

3. ค่าเช่า

4. บำนาญ

5. เบี้ยยังชีพ

6. เงินออม (ดอกเบี้ยเงินฝาก)

7. ดอกเบี้ยเงินกู้

8. จากการประกอบอาชีพ

1.7 รายได้ที่ท่านได้รับเพียงพอหรือไม่

0. ไม่เพียงพอ

2. เพียงพอ

6.8 ท่านมีบัตรผู้สูงอายุหรือไม่

0. ไม่มี

1. มี

6.8.1 ให้ถามเหตุผลว่าทำไมท่านจึงไม่มีบัตรผู้สูงอายุ

1. เพราะมีบัตรประกันสุขภาพ

2. เพราะมีบัตรข้าราชการ

3. ใช้สิทธิบุตร

4. ไม่ทราบว่าจะไปทำที่ไหน

5. ไม่รู้จักวิธีทำว่าจะทำอย่างไร

6. เบิกได้, มีบัตรสงเคราะห์

6.8.2 ท่านมีบัตรต่อไปนี้หรือไม่

1. บัตรข้าราชการบำนาญ

0. ไม่มี

1. มี

2. บัตรประกันสุขภาพ

0. ไม่มี

1. มี

3. ใช้สิทธิบุตร

0. ไม่มี

1. มี

ตอนที่ 2 การประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. ขณะนี้ท่านมีอาการหรือปัญหาสุขภาพต่อไปนี้หรือไม่

1. โรคความดันโลหิตสูง

0. ไม่ใช่

1. ใช่

โรคเบาหวาน

0. ไม่ใช่

1. ใช่

ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตามัว ต้อกระจก

0. ไม่ใช่

1. ใช่

โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจขาดเลือด

0. ไม่ใช่

1. ใช่

ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง

0. ไม่ใช่

1. ใช่

เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

0. ไม่ใช่

1. ใช่

ปวดศีรษะ

0. ไม่ใช่

1. ใช่

อื่นๆ ระบุ

0. ไม่ใช่

1. ใช่

2. ท่านมาโรงพยาบาลนี้อย่างไร

1. เดิน

2. รถโดยสาร/รถจักรยานยนต์รับจ้าง

3. รถส่วนตัว

4. อื่นๆ (ระบุ).....

3. เหตุผลที่ท่านเลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ เนื่องจากอะไร
(เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

1. ได้รับการส่งต่อ
2. รักษาจากที่อื่นแล้วไม่หาย (ระบุสถานที่ที่เคยไปรักษา.....)
3. คิดว่าบริการที่ รพ.นี้น่าจะดี
4. ตรงตามปัญหาสุขภาพของตัวเอง
5. รู้จักคุ้นเคยกับบุคลากรที่โรงพยาบาลนี้
6. เพราะว่ามีคลินิกผู้สูงอายุ
7. อื่น ๆ (ระบุ).....

4. ท่านใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปถึงสถานบริการสุขภาพ.....นาที

5. ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ.....กิโลเมตร

6. ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางจำนวน.....บาท

7. ท่านเดินทางมาโรงพยาบาลกับใคร

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. คู่สมรส | 2. บุตร |
| 3. หลาน | 4. มาคนเดียว |
| 5. ญาติ (ระบุ)..... | 6. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

8. ใครเป็นคนจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ท่าน

1. ตนเอง/คู่สมรส (จ่ายเอง)
2. บุตร (จ่ายเอง)
3. บุตร (เบิกรัฐ)
4. ญาติ
5. ใช้บัตรผู้สูงอายุ
6. ใช้บัตรประกันสุขภาพ
7. ข้าราชการบำนาญ, บัตรทหารผ่านศึก ฯ

ท่านต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน.....บาท

8.1 กรณีที่ผู้สูงอายุใช้บัตรผู้สูงอายุหรือบัตรประกันสุขภาพเท่านั้น
บัตรผู้สูงอายุ/บัตรประกันสุขภาพที่ท่านใช้มีปัญหาหรือไม่
0. ไม่มีปัญหา 1. มีปัญหา

ท่านมีปัญหาในการใช้บัตรผู้สูงอายุบัตรประกันสุขภาพอย่างไร

1. ไม่สะดวก เพราะใช้ได้เป็นบางที่
2. เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยเอาใจใส่ถ้ารู้ว่ามียบัตร

3. ใช้ได้เฉพาะบางโรคเท่านั้น

4. อื่น ๆ (ระบุ).....

9. สถานบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านท่านมากที่สุดคือที่ใด

1. คลินิกเอกชน

2. โรงพยาบาลเอกชน

3. สถานีอนามัย

4. โรงพยาบาลอำเภอ

5. โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์

6. อื่น ๆ (ระบุ).....

10. จากการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ท่านได้รับความรู้ในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

1. โรคหรือความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

0. ได้

1. ไม่ได้

2. วิธีปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายใจหรือเมื่อเกิดความเครียด

0. ได้

1. ไม่ได้

3. การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

4. การปฏิบัติตนทางด้านโภชนาการ

5. การพักผ่อนหลับนอน

6. การมีงานอดิเรกหรือนันทนาการต่าง ๆ/การใช้เวลา

ว่างให้เป็นประโยชน์

7. การปฏิบัติตนเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

8. การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดกับตนเอง

9. วิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

10. การกลับมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษา

11. ท่านได้รับยาหรือไม่

0. ไม่ได้

1. ได้

11.1 ท่านทราบหรือไม่ว่า ยาที่ท่านได้รับแก้โรคอะไร

0. ไม่ทราบ

1. ทราบ ระบุ (โรค).....

11.2 ท่านทราบวิธีการใช้ยาหรือไม่

0. ไม่ทราบ

1. ทราบ

12. ท่านทราบวันนัดครั้งต่อไปหรือไม่

0. ไม่ทราบ

1. ทราบ

2. ไม่นัด

13. เวลาในการรอรับบริการทั้งหมด.....ชั่วโมง (ให้พนักงานสัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุมาถึง รพ.นี้เวลาเท่าไร แล้วให้ลบด้วยเวลาที่สัมภาษณ์ จะได้เวลาที่ผู้สูงอายุใช้ในการรับบริการ)
14. ท่านรู้สึกว่าการมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งเป็นเรื่องยุ่งยากหรือไม่
 0. ไม่ใช่ 1. ใช่
15. ท่านคิดว่า หมอได้ให้เวลาแก่ท่านพอเพียงหรือไม่
 0. ไม่ให้ 1. ให้
16. ท่านคิดว่า หมอได้ให้โอกาสท่านในเวลาซักถามปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่านหรือไม่
 0. ไม่ให้ 1. ให้
17. ท่านคิดว่า หมอใช้เวลาในการตรวจร่างกายท่านอย่างละเอียดหรือไม่
 0. ไม่ใช่ 1. ใช่
18. ในการมารับบริการครั้งนี้ ท่านมีความมั่นใจในความสามารถของโรงพยาบาลหรือไม่
 0. ไม่มั่นใจ 1. มั่นใจ
19. ท่านรู้สึกว่าการหมอ/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ พูดยาเป็นกันเองกับท่านหรือไม่
 0. ไม่ดี 1. ดี

ภาคผนวก จ

รายชื่อจังหวัด อำเภอที่เป็นตัวอย่าง

รายชื่อจังหวัดและอำเภอที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษา

เขต	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
1	ปทุมธานี	เมือง หนองเสือ ธัญบุรี	ท.บางปรอก บางคูวัด บึงบา บึงบอน ท.ประชาธิปัตย์ บึงอ้อไถ	เขตเทศบาล บ้านไผ่ล้อม บ้านวังตะเคียน บ้านคลองแก้ว เขตเทศบาล เขตเทศบาล
	อ่างทอง	เมือง ไชโย วิเศษชัยชาญ	ตลาดหลวง บ้านรี ไชโย ตรีณรงค์ บางจัก ไผ่วง	เขตเทศบาล บ้านไผ่ล้อม บ้านสามัคคี บ้านเป่า บ้านบางกะลา บ้านอ้อล้อม
2	สระบุรี	เมือง พระพุทธบาท หนองแซง	ปากเพรียว หนองสน ขุนไชลอน หนองแก หนองแซง เขาคิน	เขตเทศบาล บ้านหนองโนเหนือ เขตเทศบาล บ้านดาลเสี้ยน บ้านโคกแฝก บ้านเขาคิน
	สิงห์บุรี	เมือง ท่าช้าง อินทร์บุรี	ท.เมือง จักรสีห์ พิบูลทอง โพประจักษ์ อินทร์บุรี ห้วยชัน	เขตเทศบาล บ้านพระนอน บ้านหาดยายสัน บ้านโพประจักษ์ บ้านสวนกล้วย บ้านการ้อง
3	ชลบุรี	เมือง บางละมุง พนัสนิคม	แสนสุข สำนักบก บางละมุง หนองปรือ พนัสนิคม หน้าพระธาตุ	เขตเทศบาล บ้านไร่ เขตเทศบาล บ้านมาบยายเลีย เขตเทศบาล บ้านบ่ออิงใต้

เขต	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
3	ปราจีนบุรี	เมือง ประจันตคาม บ้านสร้าง	เทศบาลเมือง รอบเมือง ประจันตคาม คำโดนค บ้านสร้าง กระทุ่มแพ้ว	เขตเทศบาล บ้านคึกปิ่น บ้านเมืองเก่า บ้านคำเลียบ บ้านคลองสอง บ้านกระทุ่มแพ้ว
4	นครปฐม	เมือง บางเลน ดอนตูม	ท.ในเมือง พระประโทน บางเลน บางปลา สามง่าม ห้วยด้วน	เขตเทศบาล บ้านสระแก้ว บ้านบางเลน บ้านตลาดบางปลา บ้านลำอ้ายเสา บ้านห้วยด้วน
	กาญจนบุรี	เมือง ทองผาภูมิ ไทรโยค	ท.ท่ามะขาม ช่องสะเคา ท่าขนุน ลิ้นถีน ลุ่มสุ่ม สิงห์	เขตเทศบาล บ้านทับศิลา เขตเทศบาล บ้านหนองเจริญ บ้านไทรทอง บ้านหนองปรือ
5	นครราชสีมา	เมือง บ้านเหลื่อม พิมาย	ท.หนองไผ่ล้อม โคกสูง บ้านเหลื่อม ช่อระกา ในเมือง โบสถ์	เขตเทศบาล บ้านหัวสระ บ้านคอนเปล้า บ้านขามเวียน บ้านวังหิน บ้านโคกมะขาม
	สุรินทร์	เมือง สนม ลำโรงทาน	ท.เมือง ดั่งใจ สนม หนองระนัง หนองไผ่ล้อม ประดู่	เขตเทศบาล บ้านปะ บ้านสนม บ้านหนองทิดลา บ้านหนองหว้า บ้านหนองพญา

เขต	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
6	ขอนแก่น	เมือง สีชมพู มัญจาคีรี	ในเมือง บ้านทุ่ม วังเพิ่ม นาลาน กุดเค้า นางาม	เขตเทศบาล บ้านกุดนางทุย บ้านโนนสว่าง บ้านนาเจริญ บ้านหัน บ้านเสาเล้า
	กาฬสินธุ์	เมือง สมเด็จ ยางตลาด	ท.กาฬสินธุ์ ท.สมเด็จ มหาไชย ยางตลาด นาเชือก	เขตเทศบาล บ้านแก่งนาขาม ช.ธนาคาร บ้านคงบัง บ้านคอนขุ่ยน้อย บ้านโนนลาน
7	อุบลราชธานี	เมือง ตาลชุม พิบูลมังสาหาร	ท.แจะระแม กุดลาด ตาลชุม จักเทิง ท.พิบูลมังสาหาร ไร่ไผ่	บ้านท่าบ่อ บ้านกุดลาดใต้ บ้านคอยพันชาด บ้านเชียงแก้ว เขตเทศบาล บ้านไร่ไผ่
	มุกดาหาร	เมือง หนองสูง นิคมคำสร้อย	ท.ศรีบุญเรือง บางทรายใหม่ หนองสูง ภูวง นิคมคำสร้อย นาอุดม	เขตเทศบาล บ้านโคกสูง บ้านป่าเม็ก บ้านวังไฮ บ้านเรืองเจริญ บ้านนาเจริญ
8	สุโขทัย	เมือง กงไกรลาศ สวรรคโลก	ในเมือง ปากพระ บ้านกร่าง ไกรใน ท.เมือง คลองกระจง	เขตเทศบาล บ้านจอมสังข์ บ้านกร่าง บ้านบึงบอน สวรรคโลก บ้านคลองกระจง

เขต	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
8	นครสวรรค์	เมือง ไพศาลี ลาดยาว	ปากน้ำโพ กลางแดด โคกเคือ วังข่อย ลาดยาว มาบแก	ถนนหิมพานต์ บ้านบ่อดินสอพอง บ้านโคกเคือ บ้านกระทุ่มทอง บ้านลาดยาว บ้านมาบแก
9	พิษณุโลก	เมือง นครไทย วังทอง	ในเมือง บ้านป่า นครไทย เนินเพิ่ม วังทอง ชัยนาม	เขตเทศบาล บ้านแซ่ บ้านน้ำพาย บ้านเนินขามป้อม บ้านน้ำคั่ว บ้านวังบอน
	อุตรดิตถ์	เมือง ตรอน ลับแล	ท่าอิฐ จี่งาม วังแดง น้ำอ่าง ท.ศรีพนมมาศ น่านกกก	เขตเทศบาล บ้านจี่งาม บ้านห้วยพิกุลทอง บ้านไร่ เขตเทศบาล บ้านน่านกกกเหนือ
10	ลำปาง	เมือง แจ้ห่ม เถิน	เวียงเหนือ บ้านแลง แจ้ห่ม บ้านสา ล้อมแรด เวียงนอก	เขตเทศบาล บ้านศรีปรีดา บ้านม่วงงาม บ้านสาสามัคคี บ้านสบคือ บ้านท่าเวียง
	พะเยา	เมือง แม่ใจ ปง	เวียง บ้านต้า แม่ใจ แม่สุก ปง นาปริง	เขตเทศบาล บ้านน้ำล้อม บ้านป่าตึงใต้ บ้านแม่สุกคอย บ้านดู่ บ้านนาปริง

เขต	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
11	สุราษฎร์ธานี	เมือง	ตลาด ม.ขามเคี้ย ตลาด ทุ่ง พนม คลองสก	เขตเทศบาล บ้านบางใหญ่ บ้านคอนควด บ้านหนองขี้เป็ด บ้านทุ่งเจริญ บ้านสะพานเต่า
	ระนอง	เมือง กะเปอร์ ละอุ่น	เขานิเวศน์ ราชภูค กะเปอร์ บ้านนา ละอุ่นใต้ ปางพระใต้	เขตเทศบาล บ้านเขาหยวก บ้านฝ่ายท่า บ้านแพรกซ้าย บ้านล่าง บ้านบางคทอง
12	สงขลา	เมือง เทพา รัตภูมิ	บ่อยาง ทุ่งหวัง เทพา ท่าไทร กำแพงเพชร ท่าชะมวง	เขตเทศบาล บ้านอ่าทอง บ้านท่าดีหมาก บ้านท่าไทร บ้านทุ่งคา บ้านท่าชะมวง
	ตรัง	เมือง ย่านดาขาว ห้วยยอด	ทับเที่ยง น้ำศุด ย่านดาขาว ในควน ท.ห้วยยอด เขากอบ	เขตเทศบาล บ้านทุ่งนา บ้านนายายหม่อน บ้านช่องหาย เขตเทศบาล บ้านหนองปรือ