



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบรียรัมย์
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏบรียรัมย์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
จังหวัดอุดรดิตถ์"

ของ ปิยนารถ ยะมะโน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล มะโนทน)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไธษ วรรณวิจิตร)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี
ผู้วิจัย	ปิยนารถ ยะมะโน
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริโชค วนรัตน์วิจิตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567
คำสำคัญ	การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมในการใช้ บริการสุขภาพ ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ

บทคัดย่อ บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 370 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.749, 0.890, 0.879 และ 0.736 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 0.76) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ($\beta = .637$, $p < 0.001$) ด้านการให้บริการ ($\beta = .119$, $p < 0.001$) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($\beta = .118$, $p < 0.001$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\beta = .090$, $p = 0.005$) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .088$, $p = 0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 81.9

Title	FACTORS INFLUENCING BEHAVIOR AMONG ACCESS TO HEALTH CARE SERVICES OF THE ELDERLY, UTTARADIT
Author	Piyanart Yamano
Advisor	Assistant Professor Dr.Civilaiz Wanaratwichit, Ph.D.
Academic Paper	Thesis M.P.H. in Public Health, Naresuan University, 2024
Keywords	Social support, Health literacy, Elderly, Health care service behavior, Health care services

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This research is Survey Research aimed to study health care service access behavior of the elderly and factors influencing behavior among access to health care services of the elderly. The sample was 60 years of age in Uttaradit Province in 370 elderly. Data were collected between October 2022 and December 2022. The tools used for data collection were Personal information, Social Support, health literacy, Health service provision, health care service behavior. It had a reliability value of 0.749, 0.890, 0.879 and 0.736, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics frequency, percentage, mean, and standard deviation and stepwise multiple linear regression statistics.

The results showed that Health service behavior of the elderly were at a moderate level ($\bar{x} = 3.39$, S.D. = 0.76). The factors that predicted the health service behavior of the elderly at statistically significant level 0.05 including the perceived benefit of service staff ($\beta = .637$, $p < 0.001$), services ($\beta = .119$, $p < 0.001$), facilities ($\beta = .118$, $p < 0.001$), access to health information and services ($\beta = .090$, $p = 0.005$) social support from family ($\beta = .088$, $p = 0.001$)., predict 81.9 percent at the level of P-value < 0.05

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจาก ผศ.ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อมูล และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาพิจารณารับรองและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ ผศ.ดร.วุฒิชัย จริยา และผศ.ดร.อาทิตยา วัจวนสินธุ์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณ สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ทุกท่าน ที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ครู อาจารย์ และเพื่อนนิสิตทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดียิ่งเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

ปิยนารถ ยะมะโน

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
ประกาศคุณูปการ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ค
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา	1
คำถามของการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
ผู้สูงอายุ	8
สถานการณ์แนวโน้มภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	12
ระบบบริการสาธารณสุขและบริการผู้สูงอายุ.....	15
แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
จริยธรรมการวิจัย.....	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	49
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	50
ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน.....	54
ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	56
ส่วนที่ 4 ข้อมูลลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการให้บริการ.....	61
ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ.....	66
ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (STEPWISE MULTIPLE REGRESSION).....	69
บทที่ 5 บทสรุป.....	73
สรุปผลการวิจัย.....	74
อภิปรายผล.....	76
ข้อเสนอแนะ.....	80
บรรณานุกรม.....	81
ภาคผนวก.....	85
ประวัติผู้วิจัย.....	109

สารบัญตาราง

ตาราง 1	แสดงกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณสัดส่วนของผู้สูงอายุตามจำนวนกลุ่มเป้าหมาย.....	40
ตาราง 2	แสดงจำนวนและร้อยละของของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 370).....	50
ตาราง 3	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน (n = 370).....	54
ตาราง 4	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายข้อ (n = 370).....	54
ตาราง 5	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 370).....	56
ตาราง 6	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รายด้าน (n = 370).....	56
ตาราง 7	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายข้อ (n = 370).....	58
ตาราง 8	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับลักษณะจัดบริการสุขภาพ (n = 370).....	61
ตาราง 9	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะจัดบริการสุขภาพ แยกเป็นรายด้าน (n = 370).....	62
ตาราง 10	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับลักษณะการจัดบริการสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n = 370).....	63
ตาราง 11	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 370).....	66
ตาราง 12	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n = 370).....	67
ตาราง 13	แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 370).....	71

สารบัญภาพ

ภาพ 1	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	37
-------	-----------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบของร่างกายที่เสื่อมถอย การดำเนินชีวิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ผ่านมาเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดโรคและความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ยิ่งอายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดน้อยลง มีความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ควรทำได้อย่างเป็นปกติ

ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีปรากฏการณ์สังคมสูงวัยที่เกิดขึ้นทั่วโลกสะท้อนให้เห็นว่าโลกในปัจจุบันเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นจะแตกต่างกันไปตามสภาวะแวดล้อมของแต่ละประเทศ เช่น นโยบายการคุมกำเนิด นโยบายการดูแลสุขภาพองค์รวม ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและทางการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม ค่านิยม และทัศนคติ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) โดยจะพบว่าปัจจุบันอายุขัยเฉลี่ยของคนสูงขึ้น โดยสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 1,016 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสหประชาชาติคาดว่าจะอีก 20 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะเป็นผู้สูงอายุ และคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุวัยปลาย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 143 ล้านคนในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 305 ล้านคนในปี 2583 ในทวีปเอเชีย มีประชากร 4,601 ล้านคนมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั่วโลก อาเซียนมีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป 586 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 58 ของประชากรสูงอายุรวมหมดทั้งโลก เรียกได้ว่าอาเซียนเป็น“สังคมสูงวัย”แล้ว ซึ่งอาเซียนมีประชากรรวมทั้งหมด 661 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) 71 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2562 ประเทศสมาชิกอาเซียน 4 ประเทศได้กลายเป็นสังคมสูงวัยแล้ว เรียงตามลำดับของอัตราผู้สูงอายุจากมากไปหาน้อย คือสิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 18) เวียดนาม (ร้อยละ 12) มาเลเซีย (ร้อยละ 11) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) ซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นที่เรียบร้อยแล้วและกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ (ศรีล ชุนวิทยา, นุชนาฏ รักษิ, กันนิกา เพิ่มพูนพัฒนา, อีรดา ข่านอง และอริวัฒน์ เจียวิวรรณกุล, 2565)

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่“สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) คือ มีประชากรสูงวัยมากกว่าร้อยละ 14 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 17.5 ในปี 2562 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.8 (ปราชญ์ ประชาทกุล, 2563) และประมาณปี 2574 จะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด”(Super aged society) คือ มีประชากรสูงวัยมากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562)

ผลตามมาของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะส่งผลให้เกิดปัญหาการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุทั้งปัญหาในด้านสุขภาพ ปัญหาด้านการสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย สืบเนื่องจากปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ.2564 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรกจำแนกตามเพศ โดยจำนวนผู้ป่วยสูงอายุชาย จำนวนกว่า 5.1 ล้านคน มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.90 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5.83 โรคข้อเสื่อม ร้อยละ 5.80 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 และโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 2.59 ส่วนผู้ป่วยสูงอายุหญิง จำนวนกว่า 6.4 ล้านคนป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด เช่นกัน โดยมีสัดส่วนร้อยละ 30.97 รองลงมา คือ โรคข้อเสื่อม ร้อยละ 12.67 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4.12 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.07 และ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 1.68 5 (เกษมณี นบน์อม, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, ภัทรพล โพนไพรสันต์, และสุวิทย์รินทร์ ศรีชัย, 2565) ซึ่งปัญหาสุขภาพและที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ มีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องเข้าถึงบริการและได้รับบริการ การส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี

การบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย ยึดหลักของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ระบุไว้ว่า "รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง การให้บริการสาธารณสุขครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค" (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2560) โดยมีเป้าหมายให้เกิดความครอบคลุมของบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ รัฐบาลกำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานและเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับหัวใจของการบริการสุขภาพ คือการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเป็นหลักที่สำคัญของทุกสังคม กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางในการจัดบริการโดยแยกตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily living: ADL) ดังต่อไปนี้ กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือกลุ่มติดสังคม มีแนวทางการจัดบริการ ในการส่งเสริมสุขภาพ ชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุและส่งเสริมการทำประโยชน์เพื่อสังคม ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างผู้สูงอายุหรือกลุ่มติดบ้าน มีแนวทาง

การจัดบริการ ในการควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน/ความพิการเพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยหรือกลุ่มติดเตียง มีแนวทางการจัดบริการในการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต ลดภาวะทุพพลภาพ ประคับประคองอาการเสียชีวิตอย่างมี ความสุข ซึ่งจะสามารถช่วยชะลอการเจ็บป่วยลงได้มาก (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณ สังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2564)

ปัญหาการใช้บริการผู้สูงอายุ ยังพบข้อจำกัดและการใช้บริการน้อย ดังนั้นประเทศไทยจึงมี นโยบายที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ให้กับประชาชนมากขึ้น แต่ในสถานการณ์จริงยังมี บุคคลบางกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (ศศิวิมล บุรณะเรข, พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา, ไชยนาถ แก้วจันทร์, และมณีนุชพาณิชย์ ขำวงศ์, 2560) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมสามารถเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ภิกขุติ ภาวนานันท์, สุรชาติ ณ หนองคาย, และวิริณีย์ กิตติพิชัย, 2559)

ปัจจัยที่จะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ อาจเกิดจากปัจจัยด้านตัวบุคคลเอง หรือจาก สภาพแวดล้อม ซึ่งบุคคลจะใช้บริการหรือเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข แนวคิดการเข้าถึงบริการ ของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1981) กล่าวว่าพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบ สุขภาพ ประชาชนสามารถที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็น และได้รับการ ดูแลรักษาในระบบสุขภาพ มีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของ Aday & Anderson (1981) ประกอบด้วย นโยบายสาธารณสุข (Health policy) ลักษณะระบบบริการสาธารณสุข (Characteristics of Health Delivery System) ลักษณะประชากรที่รับบริการ (Characteristics of Population-at-Risk) การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพ การศึกษาอาชีพที่สร้างรายได้ รายได้ บุคคลในครอบครัว บุคคลที่ พาไปโรงพยาบาล บุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ความเสื่อมถอยตามวัย และ การช่วยเหลือตนเอง (อาจริย์ เชิดชู, ฉวีวรรณ บุญสุยา, และชนินทร เจริญกุล, 2562; Yanwei Lin, Chengjing Chu, Qin Chen, Junhui Xiao, & Chonghua Wan, 2020; สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญ ทรัพย์, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, และจารุวรรณ หมั่นมี, 2562) 2) การสนับสนุน ทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน (พนิตตรา สิงห์เขียว, 2558; สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์ และคณะ, 2562; ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, และจารุวรรณ หมั่นมี, 2561) 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ (ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม, และยุพาพร หอมสมบัติ, 2563; อำไพรัตน์ อักษรพรหม และกฤษฎา รุ่งโรจน์วณิชย์, 2561; นางณภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑทาศ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอึ้ง, และน้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี, 2563)

4) ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการให้บริการ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำพราว, 2557; อัจฉรีย์ เติตชู และคณะ 2562; ศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ 2560; Alana Maiara Brito Bibionid, Vanessa de Lima Silva and Rafael da Silveira Moreira, 2019)

จังหวัดอุดรดิตถ์ มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด จากรายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าจังหวัดอุดรดิตถ์มีประชากรที่มีชี้อายุในทะเบียนบ้านทั้งหมด 453,103 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 95,380 คน คิดเป็น 21.05 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัด โดยจังหวัดอุดรดิตถ์มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ในเขตสุขภาพที่ 2 (พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัยและอุดรดิตถ์) โดยรองลงมา คือ จังหวัดสุโขทัย คิดเป็นร้อยละ 20.0 จังหวัดพิษณุโลก คิดเป็นร้อยละ 18.5 จังหวัดเพชรบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 17.9 และจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือ จังหวัดตาก คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด (สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์, 2565)

จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี จังหวัดอุดรดิตถ์ มีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2563 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากปี 2558 ร้อยละ 15.63 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี ผู้สูงอายุร้อยละ 95.72 หรือ 91,295 คนป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง และยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดนัดเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 ซึ่งส่งผลให้โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 7 ในกลุ่มผู้สูงอายุและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกเพิ่มมากขึ้นจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากข้อมูลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่ามีแนวโน้มผิดปกติเพิ่มสูงขึ้น ปี 2562 ร้อยละ 0.95 ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.12 ผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 33.39 และยังพบว่าการฆ่าตัวตายสูงขึ้นร้อยละ 12.5 (คลังข้อมูลสุขภาพ, 2564)

ในปี 2564 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 82,666 คน คิดเป็นร้อยละ 90.70 โดยเมื่อทำการจำแนกผู้สูงอายุตามคะแนน ADL พบกลุ่มติดสังคมมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 87.60, กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.61 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ

0.49 จากการสำรวจสาเหตุของการมีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในจังหวัดอุดรดิตริต์นั้น เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสูงถึงร้อยละ 35.32 สอดคล้องกับข้อมูลคุณภาพบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความครอบคลุมของการเข้ารับบริการ (2 Visit) ร้อยละ 73.06 ซึ่งลดลงจากปี 2563 รองลงมาคือการหกล้ม ร้อยละ 26.85 สอดคล้องกับสถิติในระดับประเทศว่า ผู้สูงอายุเสียชีวิตจากสาเหตุการพลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 13 และเป็นสาเหตุหลักในการรับไว้เป็นผู้ป่วยในของกลุ่มสูงอายุ อัตรา 530 ต่อแสนประชากร จึงมีการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (คลังข้อมูลสุขภาพ, 2564) จากข้อมูลจังหวัดอุดรดิตริต์ สังเกตได้ว่า แนวโน้มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น และมีปัญหาสุขภาพ ที่ควรได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข จึงน่าสนใจในการศึกษาการเข้าถึงบริการ

นักวิจัยสามารถสังเคราะห์ข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นได้ว่า แนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องเข้าถึงบริการและได้รับบริการ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นนักวิจัยจึงสนใจในการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรดิตริต์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผน พัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ของผู้สูงอายุต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตริต์อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตริต์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตริต์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตริต์

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพที่สามารถสร้างรายได้ รายได้ การอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว บุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย บุคคลที่พาไปโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพความเสื่อมถอยตามวัย โรคประจำตัวและการช่วยเหลือตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตริต์

2. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

4. ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านการให้บริการ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา ศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตด้านพื้นที่ พื้นที่ที่ผู้วิจัยทำการศึกษาวีจยครั้งนี้ คือ จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตด้านประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี

ความเสื่อมถอยตามวัย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลงไปในทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสภาพจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏเด่นและมีผลกระทบกับชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้ไม่เหมือนเดิม ซึ่งความแตกต่างจะขึ้นอยู่กับบุคคล

การช่วยเหลือตนเอง หมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมดหรือกลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรได้เลยหรือกลุ่มติดเตียง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ การรับรู้ เข้าใจ และตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึก การให้ข้อมูล วัตถุประสงค์ของ

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางการรับรู้และทักษะทางสังคม การสื่อสารมีปฏิสัมพันธ์ร่วมในการทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดหรือเรียนรู้ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การจัดการสุขภาพ การกระทำอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ที่เป็นการใช้เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อเพื่อสร้างเสริม ป้องกัน ดูแลสุขภาพ และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ หมายถึง ระดับความคิดเห็น ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อลักษณะการจัดบริการ 5 ด้าน คือ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการให้บริการ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การใช้บริการด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ทบทวนและรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบวิจัย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
2. สถานการณ์แนวโน้มภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ระบบบริการสาธารณสุขและบริการผู้สูงอายุ
 - 3.1 ระบบบริการสาธารณสุข
 - 3.2 การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
4. การสนับสนุนทางสังคม
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
6. แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ (Older หรือ Elderly Person) มีผู้กำหนดความหมายไว้หลายองค์กร เช่น องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้ผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้ใช้มาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (Nations, 2007) ขณะที่องค์การอนามัยโลกกำหนดความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีด้วยการนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุ (World Health Organization, 2010) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ระบบการทำงานของร่างกายที่เสื่อมถอย มีความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ควรทำได้อย่างเป็นปกติ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตนเองลดน้อยลง (สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์, 2561)

การจัดประเภทผู้สูงอายุมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มจะมีความต้องการบริการที่แตกต่างกัน ความเข้าใจต่อบริการสวัสดิการผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาจึงถูกจำกัดด้วยการจัดบริการซึ่งไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุที่แท้จริง การกำหนดว่าผู้สูงอายุเริ่มเมื่ออายุเท่าใดนั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม สำหรับสังคมไทยนั้นกำหนดว่าผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

1. วัยสูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้
2. วัยสูงอายุตอนกลาง มีอายุระหว่าง 70-79 ปี เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
3. วัยสูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป อวัยวะเสื่อมสภาพ เจ็บป่วยบ่อยขึ้นจนอาจถึงมีภาวะทุพพลภาพ

การแบ่งผู้สูงอายุตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) แสดงสัญลักษณ์ที่บอถึงสภาพร่างกาย และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559)

1. กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี(ดีดสังคม) สุขภาพทั่วไปดี ช่วยเหลือตนเองได้ อาจมีโรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยเหลือคนอื่นได้(คะแนน ADL = 12 คะแนนขึ้นไป)
2. กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง(ดีที่บ้าน) ช่วยตนเองได้ในบางเรื่อง ต้องการการช่วยเหลือบางส่วน อาจมีโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว มีความจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (คะแนน ADL = 5-11 คะแนน)
3. กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้(ดีแต่เตียง) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาจมีโรคประจำตัวหลายโรค หรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (คะแนน ADL = 0-4 คะแนน)

2. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

โดยธรรมชาติของมนุษย์นับตั้งแต่เริ่มอยู่ในครรภ์ ทารก วัยเด็ก จนถึง วัยผู้ใหญ่ ในช่วงเวลาเหล่านี้เซลล์จะเปลี่ยนแปลงไปในรูปแบบของการเสริมสร้าง ทำให้มีเจริญเติบโต แต่เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย เซลล์จะมีการเสื่อมสลายมากกว่าการเสริมสร้าง การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทำให้สมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะ

ต่าง ๆ ลดลง ถ้าหากผู้สูงอายุดูแล รักษาสุขภาพร่างกาย และปฏิบัติตนอย่างถูกต้องแล้วก็จะสามารถลดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้ โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1. ตา สายตาวายเป็นอาการที่พบได้มากในผู้สูงอายุ นอกจากนั้น อาการกระจกตาขุ่น ต้อกระจก การปรับสายตาช่วงกลางความไวในการมองภาพลดลงก็มีโอกาสพบได้ในผู้สูงอายุ
2. หู มักมีอาการสูญเสียความสามารถในการได้ยิน การได้ยินเสียงโทนสูงลดลง แต่ได้ยินเสียงโทนต่ำชัดกว่าเสียงพูดธรรมดา
3. ผมและขน เส้นผมเปลี่ยนเป็นสีขาวจะสังเกตได้ง่ายในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงมีขนาดเล็กลง บาง หลุดร่วงง่าย
4. ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะมีลักษณะแห้ง บางเหี่ยวย่น ขาดความมันและความยืดหยุ่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหนาวได้ง่าย เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง พบมีรอยเหี่ยวซ้ำเกิดขึ้นได้ง่ายเนื่องจากเส้นเลือดเปราะ
5. ระบบกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะมีขนาดเล็กลง กำลังกล้ามเนื้อลดลง ล้าเร็ว และไม่สามารถออกแรงในการทำงานได้มาก
6. ระบบทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะจะมีความจุลดลง มีการคั่งค้างปัสสาวะเพิ่มขึ้นหลังการถ่ายส่งผลทำให้ปัสสาวะบ่อยและอาจมีปัสสาวะราดได้
7. ระบบทางเดินหายใจ การทำงานของปอดจะมีประสิทธิภาพลดลง มีอาการเหนื่อยง่าย กล้ามเนื้อทรวงอกทำงานได้ลดลง
8. ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจมีการอ่อนแรงไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้นและทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ความยืดหยุ่นลดลงมีผลทำให้ความดันโลหิตจะสูงขึ้น
9. ระบบประสาทและสมอง เนื่องจากเซลล์ประสาทมีจำนวนที่ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ความรู้สึกลึกซึ้ง การเคลื่อนไหวช้าความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสมอง กล้ามเนื้อ และข้อต่อ ผิดปกติไป การทรงตัวแย่ลง มีอาการสั่นตามร่างกาย บางรายอาจมีภาวะหลงลืมได้ง่าย
10. ระบบต่อมไร้ท่อ ฮอร์โมนเพศลดลงและมีการเปลี่ยนแปลงของพาราไทรอยด์ฮอร์โมน ทำให้การสร้างเซลล์จากกระดูกลดลง เกิดภาวะกระดูกพรุน เปราะหักง่าย โดยเฉพาะกระดูกสันหลัง สะโพกกระดูกต้นขาและข้อมือทำให้เกิดอาการปวดหลังและข้อได้ง่าย

นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่สามารถสังเกตได้จากภายนอกคือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมอีกด้วย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ

1. ภาวะทางอารมณ์ อาจจะมีการซึมเศร้า หงุดหงิด ซึมเศร้า วิดกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง รวมไปถึงนอนไม่ค่อยหลับเวลากลางคืน
2. ภาวะทางความคิด มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่นเรื่องของตัวเอง ทั้งเรื่องในอดีตและรวมถึงปัจจุบัน กลัวถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน
3. ภาวะทางความจำ มักจำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้หลง ๆ ลืม ๆ และชอบย้ำคำถามบ่อย ๆ
4. ภาวะทางพฤติกรรม มักเอาแต่ใจตัวเอง จู้จี้ ขี้บ่น ชอบยุ่งเรื่องคนอื่นแต่บางคนก็อาจจะเก็บตัวไม่ชอบเข้าสังคม เพราะคิดว่าตัวเองแก่แล้ว

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

1. ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคม ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุถูกมองข้ามไปจากสังคม
2. คนส่วนใหญ่มักมองว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง และมีความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญ
3. สูญเสียบทบาทจากการเคยเป็นผู้นำครอบครัวแต่ต้องกลายเป็นเพียงผู้อาศัยในสมาชิกของครอบครัวเท่านั้น

เมื่อสมรรถภาพร่างกายลดลง ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือกิจวัตรประจำวันเป็นไปได้ยากลำบาก ส่งผลกระทบทางจิตใจ เกิดความไม่มั่นใจในตัวเอง อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้ามีสังคมหรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นผลเชื่อมโยงกัน ดังนั้น ในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงทุก ๆ ด้าน ครอบครัวควรให้กำลังใจและเอาใจใส่ ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมทางด้านร่างกาย กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้ถึงคุณค่าในตัวเอง เมื่อผู้สูงอายุมีศักยภาพทางร่างกายที่ดี ความมั่นใจในการทำกิจกรรม และการเข้าสังคมจะตามมา

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของร่างกายที่เสื่อมถอย ผู้สูงอายุไม่ได้มีลักษณะเหมือนกันหมดแต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ผู้สูงอายุยิ่งอายุมาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองจะลดน้อยลง มีความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ควรทำได้อย่างเป็นปกติ

ดังนั้น ผู้สูงอายุในความหมายของการวิจัยนี้หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่สามารถพูด ตอบข้อคำถามได้หรือมีผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลได้

สถานการณ์แนวโน้มภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการอยู่ดีมีสุขของประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่มีคุณภาพ นอกจากจะไม่มีปัญหาทางการเงินแล้ว ต้องมีทั้งสุขภาพกายและใจที่ดี แม้ระบบสุขภาพจะมีการดำเนินงานก้าวหน้าไปมากกว่าด้านอื่น ๆ แต่ก็ยังไม่ทันกับการเปลี่ยนไปเป็นสังคมผู้สูงอายุ เพราะคนยังอยู่นานยิ่งเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพเพิ่มขึ้น (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชัยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, วรเวชม์ สุวรรณระดา, วิราภรณ์ โพธิศิริ, 2556)

การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น ทำให้มีแนวโน้มของการเกิดโรคภัยได้ง่าย มีภาวะเสี่ยงและเกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม วิถีดำเนินชีวิต และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดโรคและเกิดความเจ็บป่วย (World Health Organization, 2002) ทั้งนี้ นอกจากโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุของไทย คือ โรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุ โรคที่มีผลต่อประสาทสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน และนอกจากนั้นโรคเรื้อรังต่าง ๆ กลุ่มอาการโรคสมองเสื่อม เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญเช่นเดียวกันทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต

สถานการณ์ในประเทศไทย จากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดีเท่าที่ควร มีอาการทางกายที่ยังไม่ได้รับการรักษาและในด้านสุขภาพกายประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และอาจต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ธนันต์ ศุภศิริ และอานนท์ วรียังยง, 2562) จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2560 โดยกรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่าย ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนมากเป็นการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 โรคเบาหวานร้อยละ 10 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 เป็นผู้พิการ ร้อยละ 6 โรคซึมเศร้าร้อยละ 1 และผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 3.8 มีเพียงร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว และจากรายงานการการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 พบว่า ภาวะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นโรคสำคัญในผู้สูงอายุ จำแนกเป็นโรคทางกายและจิต โรคทางกาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 60.7 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 23.8 เบาหวานร้อยละ 20.4 โรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 4.0 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 3.9 เส้นเลือดในสมองแตกร้อยละ 2.9 โรคมะเร็งอวัยวะต่าง ๆ ร้อยละ 1.5 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 1.2 โรคเหล่านี้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักเป็นหลายโรคพร้อมกัน ทำให้มีปัญหาซับซ้อนในการรักษาและควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่อการอยู่ดีเป็นปกติของผู้สูงอายุ สำหรับสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

ซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นกัน พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการสำรวจครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชาชนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 2.3 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 3.1 และร้อยละ 1.3 ตามลำดับ) ทุกโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผู้สูงอายุ เป็นช่วงวัยซึ่งมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องของการเคลื่อนไหวที่ช้าลง การรับรู้ของประสาทสัมผัสที่ด้อยลง การมองเห็น การได้ยิน รวมถึงการใช้ความคิดและการตัดสินใจ นำมาซึ่ง ความเสี่ยงและความเปราะบางต่อการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ประสบอุบัติเหตุ และเรียกใช้บริการสายด่วน 1669 จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุจำนวนมากถึง 141,895 ราย ลักษณะอุบัติเหตุที่พบมากที่สุดคือ การหกล้ม ซึ่งส่งผลให้กระดูกสะโพกแตก/หัก และลำดับถัดมาคือ การที่ศีรษะได้รับบาดเจ็บหรือได้รับความกระทบกระเทือน ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลกระทบจนถึงเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ รวมถึงสูญเสียความสามารถ ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และยอมส่งผลกระทบต่อสถานะจิตใจของผู้สูงอายุ และสมาชิกครอบครัวรวมถึงผู้ดูแล

เมื่อพิจารณารูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อายุยืน ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในขณะที่ครอบครัวไทยกำลังมีขนาดเล็กลงเรื่อย ๆ นั้น พบว่าสถิติการใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุกำลังสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากเพียงร้อยละ 3.7 ในปี พ.ศ. 2513 ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.4 ในปีพ.ศ. 2560 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ตามลำพัง ก็มีแนวโน้มจะอยู่อาศัยกับคู่สมรสที่สูงอายุด้วยกันสูงถึง ร้อยละ 21.5 นั้นหมายความว่า คู่สมรสสูงวัยต่างก็ต้องพึ่งพาอาศัยกันเอง ต้องดูแลซึ่งกันและกัน ทั้ง ๆ ที่เป็นช่วงเวลาที่อยู่ในวัยที่ต้องการการดูแลจากบุตรหลาน ญาติ รวมถึงบุคคลรอบข้าง ปัญหาสุขภาพยังคงเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ โรคที่มักจะเกิดกับผู้สูงอายุล้วนเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการเยียวยารักษาอย่างต่อเนื่อง โรคเหล่านี้มักจะมาพร้อมกับความเสื่อมในระบบอื่น ๆ ของร่างกายของผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ยังพบว่ามีความเสี่ยงมากขึ้นในผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง ที่มักจะมีความเหงา ความว้าเหว่ ความเครียด ความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นมาจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเอง รวมกับภาระค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2561)

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคซึมเศร้า พบว่า มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 29.11 มีแนวโน้มสงสัยเป็นภาวะซึมเศร้าอาจเนื่องจากการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายจิตใจ การเกิดโรคทางกายที่จะส่งผลมายังด้านจิตใจและสังคมที่เป็นไปในทางที่เสื่อมถอยลง และจะเกิดขึ้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (สมิตรพร จอมจันทร์, จินตวิธพร แป้นแก้ว, และพิมพ์ใจ อุ่นบ้าน, 2559) สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558) การเพิ่มขึ้นของความต้องการจำเป็นในการได้รับการดูแลด้านสุขภาพ (Health Care Needs)

ท่ามกลางการขยายตัวของสังคมสูงอายุ มีข้อเท็จจริงที่น่าห่วงใยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ จากข้อมูลการฆ่าตัวตายโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุ มีอัตราที่สูงขึ้นเป็นลำดับที่สอง รองจากวัยทำงาน โดยระบุว่าในผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสูงถึง ร้อยละ 22.1 ซึ่งเหตุผลสำคัญของการตัดสินใจฆ่าตัวตาย เกี่ยวข้องกับเรื่องความสัมพันธ์ ขาดคนดูแลเอาใจใส่ มีโรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีภาวะซึมเศร้า ที่น่าจะนำไปสู่การตัดสินใจฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยเรื่อง “ การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ซึ่งมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่หลากหลายในสังคมไทย ” พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว และผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส คือผู้สูงอายุกลุ่มแรก ๆ ที่จะต้องเฝ้าระวังเรื่องการได้รับการดูแล มากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ยังคงมีลูกหลาน ญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วยกัน รูปแบบการอยู่อาศัยตามลำพังคนเดียวในสังคม ย่อมเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อาจนำมาซึ่งความเหงา ความว้าเหว่ ความวิตกกังวลใจ อาจหมกมุ่นใช้ความคิดกับปัญหา ซึ่งส่งผลทำให้จิตใจเศร้าหมอง ขาดความสุข และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ยังมีความวิตกกังวลในเรื่องการเกิดอุบัติเหตุในบ้านโดยไม่มีใครรู้ อีกทั้ง “ ปัญหาการฆ่าตัวตายตามลำพังคนเดียว ” ก็เป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความห่วงกังวล (ศุทธิดา ขวนวัน, 2560)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว “ การสนับสนุนทางสังคม ” (Social Support) หรือการที่ผู้สูงอายุมีเพื่อนบ้าน มีผู้แวะเวียน หมั่นมาเยี่ยมเยียน จะเป็นการช่วยสร้างความสุขทางใจ สร้างความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อให้กำลังใจ สอดส่องดูแลทุกข์ สุขล้วนก่อให้เกิดความสุขใจให้กับผู้สูงอายุ

ผลกระทบของการเป็นสังคมสูงวัยไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบในระดับบุคคลหรือในระดับครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบในวงกว้างไปยังระดับประเทศด้วย เมื่อประเทศต่าง ๆ ในอาเซียน กำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ โดยจำนวนเกิดมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่วัยคนก็มีอายุยืนยาวขึ้น นอกจากนี้แล้วการมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาครัฐจำต้องรับมือกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ ในมิติต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ สำหรับประเทศไทย ได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวและมีการเตรียมการรองรับการเป็นสังคมสูงวัยโดยสร้างมาตรการความมั่นคงทางด้านต่าง ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

สรุปได้ว่า สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีสาเหตุจากความเสื่อมของร่างกายด้วยอายุที่มากขึ้น จึงส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living: ADL) วิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้

ผู้สูงอายุเกิดโรคและเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงผู้สูงอายุสมควรได้รับการดูแลรักษาที่เป็นเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุจึงจะถือว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุ ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงทุก ๆ ด้าน

ระบบบริการสาธารณสุขและบริการผู้สูงอายุ

1. ระบบบริการสาธารณสุข

บริการสาธารณสุข ความหมายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 หมายความว่า บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ระบบสาธารณสุข (Public Health System) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบของการจัดการเกี่ยวกับการป้องกัน การบำบัดโรค การรักษาและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน (ภูษิต ประคองสาย และคณะ, 2561) และระบบบริการสาธารณสุขมีความหมายว่าการบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2559) ระบบบริการสาธารณสุข เป็นการจัดการองค์กรและทรัพยากรเพื่อระบบบริการในภาพรวมและการพัฒนาเพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ มุ่งให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชากร มีเป้าหมายในการจัดให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ

ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์จะมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง แวดล้อมด้วยกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมฟื้นฟู และธำรงสุขภาพของประชาชน กิจกรรมเหล่านี้ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพ

ระบบบริการสาธารณสุข มีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุอยู่ 4 ประการ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในการได้รับการและการมีสุขภาวะที่ดี
2. เพื่อทำให้มั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้นได้ตอบสนองความต้องการของประชาชนในระดับที่น่าพอใจ
3. เพื่อให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมและการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
4. เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการในด้านการจัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยี

การบรรลุเป้าหมายทั้ง 4 ประการนี้จำเป็นต้องคำนึงถึง การเข้าถึงบริการและความครอบคลุมของบริการสาธารณสุข และบริการต่าง ๆ ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย ระบบบริการสาธารณสุขของไทยนับได้ว่าพัฒนาไปในทุกมิติ โดยการจัดบริการด้านสุขภาพนั้น ได้ขยายบริการออกไปทุกระดับครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีระบบการส่งต่อที่ดี ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคที่จำเป็นอย่างทั่วถึง แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีบริการที่ความครอบคลุมต่ำ คือ การตรวจคัดกรองโรค เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งหากพบในระยะเริ่มแรก จะทำให้ได้รับการรักษาแต่เริ่มต้น

นอกจากนี้ คุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการด้านสาธารณสุข เป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตประชาชน เพราะความผิดพลาดของการบริการมีผลต่อชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจึงเป็นมาตรการสำคัญที่ควรจัดบริการในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

เป้าหมายสำคัญของการจัดบริการสาธารณสุขซึ่งทุกประเทศให้ความสำคัญ มีเป้าหมายในการจัดบริการสาธารณสุขดังต่อไปนี้

1. การให้บริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ (Quality)
2. การจัดบริการให้ทั่วถึงทุกคนในประเทศสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยสะดวก (Access) ซึ่งหมายรวมถึง การจัดบริการให้เสมอภาคและเป็นธรรม
3. การจัดบริการโดยใช้ทรัพยากรที่สมเหตุผล มีประสิทธิภาพ (Cost)
4. การจัดบริการให้บรรลุประสิทธิผลของการจัดบริการสาธารณสุขจุดมุ่งหมาย 3 ข้อแรก เป็นจุดมุ่งหมายหลักของการจัดบริการ ("Iron Triangle": Access, Cost, Quality) ซึ่งต้องบรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ข้ออย่างสมดุล จึงจะเกิดผลดีต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

2. การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดบริการสาธารณสุข หมายความว่า การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม
3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาลเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม

4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ / โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชนมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูด้านสุขภาพ

ประเทศไทยได้ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการ โดยการมีแผนแม่บทด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525-2544) และแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2552 รวมถึงการมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ฉบับปรับปรุงพ.ศ. 2553 เพื่อทำหน้าที่เป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติในการกำหนดทิศทางการพัฒนาและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในภาพรวม และเป็นการสะท้อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับนโยบายของประเทศไทย แม้ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว ตั้งแต่ปี 2548 แต่การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ผ่านมาถือว่าไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของดัชนีในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติยังไม่บรรลุเป้าหมาย และพบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุยังก้าวไกลไม่ทันกับจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นอกจากการสนับสนุนจากชุมชนและสังคมรอบข้างแล้ว การมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันของตนเองได้อย่างอิสระ รวมถึงโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพต่าง ๆ สิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุภายในอาคารสถานที่สาธารณะที่มีการออกแบบและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางออกจากบ้านได้ด้วยตนเอง และมีความมั่นใจในการดำรงชีวิตประจำวัน สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ด้วยตนเอง

แนวคิด “พฒณพล้ง” (Active Ageing) ขององค์การอนามัยโลก คือเป้าหมายสำคัญในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพ (Wellness) ของผู้สูงอายุให้ยาวนานที่สุด องค์ประกอบของแนวคิดให้ความสำคัญในเรื่อง การมีสุขภาพดี (Health) ความมั่นคง (Security) และการมีส่วนร่วม (Participation) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ประเด็นนี้ เป็นเป้าหมายร่วมในระดับนานาชาติ ที่ประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย ได้ร่วมกันขับเคลื่อนและพัฒนาทิศทางนโยบายคู่ขนานไปกับการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุ สู่เป้าหมาย ทั้งในเรื่องของการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแล

รักษาพยาบาล การจัดบริการและกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับชุมชนและสังคม รวมทั้งได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลวัยอื่น (ยมนา ชนะนิล, พรชัย จุลเมตต์, และนัยนา พิพัฒน์วนิชชา, 2563)

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน เป้าหมายระยะยาวของผู้สูงอายุ คือการทำให้เป็นผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม โดยมีสุขภาพที่ดี มีความรู้ ความสามารถ และโอกาสในการทำงานต่าง ๆ และมีเงินสำหรับการใช้จ่ายใช้สอย เพื่อสิ่งจำเป็นในชีวิต

ประเทศไทยตื่นตัวกับปรากฏการณ์เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเป็นสังคมสูงวัย โดยได้เข้าไปมีส่วนร่วมทั้งในเวทีระดับโลกและระดับภูมิภาค ก่อให้เกิดแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย และขึ้นนำทิศทางการดำเนินงานทางด้านผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายหลักในการพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559)

1. ผู้สูงอายุกับการพัฒนา
2. สูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ
3. การสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม

กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไทยตามกลุ่มของผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองโดยลักษณะของผู้สูงอายุที่พบได้ทั่วไปมักแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มต่างมีความต้องการด้านวิธีปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตแตกต่างกันออกไป (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2564) ดังต่อไปนี้

1. หลักการจัดบริการโดยแยกเป็นกลุ่มตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางในการจัดบริการโดยแยกตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily living: ADL) ดังนี้

- 1.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือกลุ่มติดสังคม

แนวทางการจัดบริการ การส่งเสริมสุขภาพ ชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุ และส่งเสริมการทำประโยชน์เพื่อสังคม

การดูแล การตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) โดยการเสริมทักษะ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค การการร่วมเป็นจิตอาสา การเข้าร่วมกิจกรรมร่วมเยี่ยมบ้าน (Home Visit) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 1.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างผู้สูงอายุหรือกลุ่มติดบ้าน

แนวทางการจัดบริการ การควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน/ความพิการเพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง

การดูแล การตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพประจำปี การส่งเสริมการออกกำลังกาย พหุติกรรมการบริโภค การร่วมเป็นจิตอาสา การเข้าร่วมกิจกรรมร่วมเยี่ยมบ้าน (Home Visit) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยเหลือการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

1.3 กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยหรือกลุ่มติดเตียง

แนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต ลดภาวะทุพพลภาพ ประคับประคองอาการเสียชีวิตอย่างมีความสุข

การดูแล การตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิตจากปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ ลดทอนภาวะทุพพลภาพ ประคับประคองอาการ มีการพยาบาลที่บ้าน การช่วยเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ เปลี่ยนสายอาหาร ทำแผลที่บ้าน

2. หลักการจัดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ (Preventive Geriatrics) โดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ

2.1 การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่สภาพ โดยคงระยะเวลาที่มีสุขภาพทางกาย (Physical well-being) สุขภาวะทางจิต (Mental well-being) สุขภาวะทางสังคม (Social well-being) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค ดังต่อไปนี้

2.1.1 การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

2.1.2 การออกกำลังกายสม่ำเสมอ

2.1.3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม

2.1.4 การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ

2.1.5 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรคที่สำคัญ

2.1.6 การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม

2.1.7 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ

2.2 การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้วแต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพลุกลามขึ้น ด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะเพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก

2.3 การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

การจัดการความพร้อมด้านมาตรการเชิงระบบ ด้านสุขภาพอนามัย (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

1. พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยจัดบริการที่ครอบคลุมบริการด้านการดูแลระยะกลาง ระยะยาว และระยะสุดท้ายภายใต้ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่เป็นบริการทั้งในสถานพยาบาล เชื่อมต่อถึงการให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุและการให้บริการในชุมชน

2. การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ เพื่อบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบ จึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ขณะเดียวกันควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการร่วมทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม

3. การจัดทำและรับรองมาตรฐานสถานดูแล และบุคลากรด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่ใช้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุทั้งในเรื่องบริการที่ได้รับ บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้การดูแล อาคาร สถานที่ ความปลอดภัย รวมทั้งระบบส่งต่อผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นต้องไปใช้บริการที่โรงพยาบาล

4. การจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุและคนทุกวัย โดยส่งเสริมรณรงค์และสร้างมาตรการจูงใจให้มีการนำแนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design) มาปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมอย่างครอบคลุมทั่วถึงโดยเฉพาะในพื้นที่สาธารณะ เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ทั้งนี้ ภาครัฐเป็นต้นแบบ เริ่มจากจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทุกคนในสถานที่ราชการและพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคเอกชนร่วมดำเนินการ

5. การพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ด้วยการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและมีความละเอียด เป็นการเฉพาะโดยมีการแยกแยะกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับอายุหรือระดับการพึ่งพา (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนรองรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม อาทิ การแบ่งผู้สูงอายุตามระดับกลุ่มอายุ เพศ สถานะ การศึกษา สุขภาพ สภาพครอบครัว บุคลากรผู้ดูแลศักยภาพ และความรู้ ความสนใจ เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและการวางแผน

6. ส่งเสริมการวิจัยและการพัฒนาเพื่อบริการสังคมสูงวัย โดยการส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการศึกษา วิจัย ค้นคว้า พัฒนานวัตกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องสุขภาพอนามัย และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์เพื่อบริการอำนวยความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ อุปกรณ์เพื่อการใช้สอยในชีวิตประจำวัน อุปกรณ์ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกที่เข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม มีสุขภาพที่ดี มีความรู้ ความสามารถและโอกาสในการทำงาน มีแนวทางการจัดบริการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไทยตามกลุ่มของผู้สูงอายุ โดยแยกตาม

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily living: ADL) ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือกลุ่มติดสังคม

การจัดบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุและส่งเสริมการทำประโยชน์เพื่อสังคม การดูแล การตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) โดยการเสริมทักษะ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างผู้สูงอายุหรือกลุ่มติดบ้าน

การจัดบริการ ด้านการควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน/ความพิการ เพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง การดูแล การตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพประจำปี การส่งเสริมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค การร่วมเป็นจิตอาสา การเข้าร่วมกิจกรรมร่วมเยี่ยมบ้าน (Home Visit) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยเหลือการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยหรือกลุ่มติดเตียง

การจัดบริการ ด้านฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต ลดภาวะทุพพลภาพ ประคับประคองอาการเสียชีวิตอย่างมีความสุข การดูแล การตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิตจากปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ ลดภาวะทุพพลภาพ และการประคับประคองอาการ

จากการให้ความหมายของการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้นค่อนข้างใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค จึงสามารถสรุปได้ว่า การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ คือ จัดบริการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามกลุ่มของผู้สูงอายุ โดยแยกตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือกลุ่มติดสังคม มุ่งเน้นการจัดบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างผู้สูงอายุหรือกลุ่มติดบ้าน มุ่งเน้นการจัดบริการ ด้านการควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน/ความพิการ เพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยหรือกลุ่มติดเตียง มุ่งเน้นการจัดบริการ ด้านฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต ลดภาวะทุพพลภาพ ประคับประคองอาการเสียชีวิตอย่างมีความสุข

ในการศึกษาครั้งนี้ บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมุ่งเน้นไปที่การจัดบริการหรือกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาผู้สูงอายุ ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและดูแล

ตนเองเบื้องต้น รวมทั้งด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพ เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะทุพพลภาพ/การเสียชีวิต

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (House, 1985) หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและส่งผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง จากชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่

การสนับสนุนทางสังคม ในความหมายของเฮาส์ ได้แบ่ง ไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนโดยการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย การรับฟัง การยกย่อง และการเห็นคุณค่า
2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ในตัวเองหรือการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการประเมินตนเอง นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้ข้อมูลตอบกลับหรือการเปรียบเทียบข้อมูลต่างๆ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการสนับสนุนในการให้คำแนะนำ หรือการให้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการสนับสนุนโดยการให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่าง ๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของต่าง ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยมุ่งเน้นไปที่การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก กล่าวคือ การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน รวมถึงการได้รับความเคารพนับถือ ดูแลเอาใจใส่ ให้คุณค่า ทั้งในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ วัตถุประสงค์ของ การให้ข้อมูลข่าวสาร หรือการชี้แนะต่าง ๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน การถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ การรับรู้ เข้าใจ และตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึก

ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วน

บุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

วัชรพร เชยสุวรรณ (2560) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ

กองสุศึกษา แบ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งพบว่าคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับประชาชนที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัว เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) หมายถึงการใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลวิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive skill) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ
3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดอ่านเขียนรวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
4. ทักษะการจัดการตนเอง (self - management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายวางแผนและปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง
5. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำเสนอและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่นรวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม
6. การตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการหลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ทักษะทางการรับรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคล ในการการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ร่วมในการทำความเข้าใจ ประเมินและตัดสินใจ

บริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดหรือเรียนรู้ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การจัดการสุขภาพ ที่เป็นการใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม การบอกต่อเพื่อสร้างเสริม ป้องกัน ดูแลสุขภาพ และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ให้ดียิ่งขึ้น ในการศึกษานี้ หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพเพียงพอ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
3. การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเลือกวิธีการปฏิบัติ และปฏิเสธหลีกเลี่ยง โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสียเพื่อการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
5. การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
6. การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการชี้แนะแนวทางให้กับผู้อื่น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิธีการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นความสามารถของประชาชนในการแสวงหาและได้รับบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถที่จะเข้าถึงบริการได้อย่างมีคุณภาพ และได้มาตรฐานในการใช้บริการทางสุขภาพ

ตามนิยามขององค์อนามัยโลก การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง การที่ประชาชนได้รับการดูแลในแบบปฐมภูมิโดยพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านภูมิศาสตร์ ซึ่งเป็นการพิจารณาถึงระยะทาง ค่าเฉลี่ยของการเดินทางและระยะเวลาในการเดินทาง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องไม่เป็นอุปสรรคในการไปใช้บริการ
2. ด้านการเงิน หมายถึง ความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการเข้ารับบริการสุขภาพ
3. ด้านวัฒนธรรม หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการรับบริการสุขภาพที่เป็นรูปธรรมของชุมชน
4. ด้านหน้าที่ หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพต่อผู้ใช้บริการตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างพอเพียงและธรรมชาติของการเข้าถึงบริการ

ตามนิยามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1975) หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ ได้เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ 2 ส่วน คือ

1. ศักยภาพการเข้าถึง (Potential Access) โดยกล่าวถึงโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพว่าเป็นความพอเพียงของบริการ (Availability of services)
2. การเข้าถึงที่แท้จริง (Realised Access) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความพอเพียงของบริการและการใช้บริการที่แท้จริง ซึ่งการเข้าถึงบริการที่แท้จริงนั้นเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

นอกจากนี้ อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1975) ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ไว้ว่านโยบายสุขภาพจะมีจุดหมายที่จะดึงดูดลักษณะของระบบการให้บริการสุขภาพโดยตรง คุณสมบัติของประชากรสามารถมีการเปลี่ยนแปลงโดยนโยบายสุขภาพการเปลี่ยนแปลงในระบบการให้บริการอาจจะมีผลโดยตรงกับรูปแบบการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และลักษณะของประชากรก็มีผลโดยตรงกับการใช้บริการและความพึงพอใจการใช้บริการของผู้รับบริการนั้นมีแนวโน้มว่าจะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ และประสบการณ์ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพที่ตามมาเช่นเดียวกัน

โดยปัจจัยเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์ต่อกัน และมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพที่ตามมา ปัจจัยเหล่านี้ได้ใช้ 2 แนวความคิดหลัก คือ

1. การเข้าถึงบริการเป็นลักษณะเฉพาะของประชากร รายได้ครอบครัว ทักษะต่อการรับการดูแลสุขภาพทางการแพทย์หรือลักษณะเฉพาะของระบบบริการ
2. การเข้าถึงบริการ ประเมินได้ดีที่สุดจากตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ของแต่ละบุคคลที่ได้ผ่านระบบนั้น ๆ อัตราการใช้บริการหรือระดับความพึงพอใจ

ตามนิยามแบบจำลองการใช้บริการสุขภาพ (Andersen, 1995) ได้พัฒนาแบบจำลองการใช้บริการสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแบบจำลองทางความคิดที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่นำไปสู่การใช้บริการสุขภาพ กล่าวไว้ว่าบุคคลจะตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ 3 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยประชาชน (Population Characteristics) ประกอบด้วย
 - 1.1 ปัจจัยทางด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ซึ่งเป็นคุณสมบัติในการกำหนดความจำเป็นทางสุขภาพ ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมประกอบด้วยลักษณะโครงสร้างทางสังคม ซึ่งจะสะท้อนความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพของตน เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ และปัจจัยความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่ประชาชนมีต่อการบริการสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ
 - 1.2 ปัจจัยสนับสนุนทำให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้ ประกอบด้วย แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การมีสถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการอย่างพอเพียงและทั่วถึง รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้บริการสุขภาพ
 - 1.3 ปัจจัยความต้องการทางด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดการเข้าใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความต้องการการใช้บริการสุขภาพในระดับบุคคล สังคม และการประเมินทางคลินิกจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ
2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ที่ส่งผลต่อการใช้บริการ เช่น ปัจจัยเศรษฐกิจที่ตกต่ำอาจทำให้ประชาชนออมเงินมากกว่าที่จะมาใช้บริการหรือเลือกใช้บริการที่เสียค่าบริการต่ำกว่าบริการที่เสียค่าบริการสูง
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากสภาวะสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมของประชาชน ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงมีผลต่อการเข้าใช้บริการในอีกทางหนึ่งด้วย โดยที่พฤติกรรมของประชาชน เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรักษาตนเองเบื้องต้น เป็นปัจจัยที่กำหนดการเข้าใช้บริการอีกประเภทหนึ่งด้วย

แนวคิดของ Aday & Anderson (1981) ได้พัฒนาและปรับปรุงแบบการให้บริการสุขภาพใหม่ จากแนวคิดเดิมที่เน้นเฉพาะผู้ใช้บริการ มีการพัฒนาแนวคิดใหม่ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการสุขภาพ (Characteristics of Health Delivery System) กับประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วย (Characteristics of Population-at-Risk) และเรียกรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นใหม่ว่า Equity of Access to Care Model (EACM.) เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาการให้บริการสุขภาพทั้งระบบ โดยเริ่มที่ระบบการให้บริการสาธารณสุขประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง แต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อกันอย่างไร ท้ายที่สุดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลไปถึงพฤติกรรมการใช้บริการระบบสาธารณสุขของประชาชนอย่างไร การจัดองค์กรสาธารณสุขมีผลต่อลักษณะระบบการให้บริการสาธารณสุข และลักษณะผู้ใช้บริการ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ดังต่อไปนี้

1. นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่ มักมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ จุดประสงค์ของแนวคิดนโยบายนี้จะเน้นทางด้านงบประมาณ การศึกษา อัตรากำลังและโครงการการจัดการสุขภาพใหม่

2. ลักษณะระบบบริการสาธารณสุข (Characteristics of Health Delivery System) คือ องค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องต่อลักษณะระบบบริการสาธารณสุข โดยคำนึงถึงผลที่ผู้รับบริการจะได้รับเป็นสำคัญ

3. ลักษณะประชาชนผู้รับบริการ (Characteristics of Population-at-Risk) ประกอบด้วย

3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคลของผู้ใช้บริการ ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

3.2 ปัจจัยที่เกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ประกอบด้วย รายได้ของครอบครัว ความครอบคลุมด้านการประกันสุขภาพ สวัสดิการรัฐ ตลอดจนการกระจายของแหล่งบริการในชุมชน ซึ่งก็คือระยะทางที่จะเกื้อกูลในการใช้บริการ

3.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่า เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นจำเป็นต้องใช้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการประเมินการเจ็บป่วย

ปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังกล่าว จะส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนผู้ใช้บริการ (Consumer Satisfaction) ในด้านต่าง ๆ

4. การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์และเวลาที่ใช้บริการ

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction) เป็นความรู้สึที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง

นอกจากนี้ ลักษณะของผู้รับบริการ หรือประชากรยังส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพตามชนิดของสถานบริการ ที่ตั้งของสถานบริการ วัตถุประสงค์ของการใช้บริการและช่วงเวลาของการใช้บริการ ขณะเดียวกันความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับการใช้บริการสุขภาพด้วยการใช้บริการสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่ปรากฏให้เห็น หรือการเข้าถึงบริการได้ (Realized Access) และมีดัชนีบ่งชี้ที่แน่ชัดเชิงปริมาณ (Objective Indicators) Aday & Anderson พยายามที่จะผสมผสานคุณลักษณะส่วนบุคคลเข้ากับคุณลักษณะระบบการให้บริการสุขภาพภายใต้นโยบายสาธารณสุขที่มีอยู่ซึ่งเรียกว่า Potential ACCESS หรือศักยภาพที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงการใช้บริการสุขภาพได้ทั่วถึง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ ความพึงพอใจในการใช้บริการ ซึ่งถือเป็นผลผลิตที่ได้จากการใช้บริการของประชาชน ความพึงพอใจนี้เป็นดัชนีบ่งชี้ที่มีลักษณะเชิงอัตนัย (Subjective Indicators) กล่าวคือ ผู้ใช้บริการแต่ละคนอาจจะรับรู้ในสิ่งที่ปรากฏขึ้นขณะรับบริการแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในบริการที่ใช้ ณ สถานบริการแห่งเดียวกันแตกต่างกัน ผลการวิจัยมีรายงานว่าความพึงพอใจนี้สามารถจะใช้เป็นตัวทำนายความต่อเนื่องของการใช้บริการ หรือการเลิกใช้บริการ ได้ดีกว่าปัจจัยอื่น ๆ

ในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาด้านบริการและบุคลากรในสถานบริการ และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหรือในครอบครัว หากประเทศไทยขาดการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน จะมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต (สุภาดา คำสุชาติ, 2560) ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงหรือใช้บริการด้านสุขภาพยังพบได้ในหลายประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่แตกต่างกันไปตามประเภทของบริการที่ใช้ การขยายความครอบคลุมของบริการสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม (Higuchi, Suzuki, Ashida, Kondo, & Kondo, 2018) จึงควรให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างเป็นปกติสุขทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา เร่งสร้างระบบการดูแลที่เหมาะสม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563) ให้ได้ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุ และเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจะช่วยเหลือการเจ็บป่วยลงได้มาก การส่งเสริมกลุ่มผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง ภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ได้รับการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

จากการทบทวนแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ในปัจจุบันยังไม่ได้มีการสรุปไว้เป็นความรู้ทางทฤษฎีอย่างชัดเจน มีเพียงแนวคิดโดยได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย เช่น หมายถึง การเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแล เป็นลักษณะที่กล่าวถึงศักยภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แท้จริงของระบบการให้บริการกลุ่มประชาชน เป็นบริการที่มีความเพียงพอทุกเวลา ทุกสถานที่ เมื่อผู้ป่วยมีความต้องการ การใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความเป็นจริงทุกสิ่งจะต้องมีความสะดวกต่อการให้บริการของบุคคลนั้นและมีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ เป็นการบริการรักษาในระบบสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนบุคคล เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุด ซึ่งรวมถึงความสามารถของบุคคลที่จะได้เข้าถึงบริการสุขภาพของตนเองและเป็นการได้รับประโยชน์ ความเหมาะสมและความน่าจะเป็นในการได้รับบริการสุขภาพที่ตนเองต้องการ คือ การที่ผู้ป่วยสามารถไปถึงการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสมตามความจำเป็นเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการ และบริการนั้นจะต้องมีพอเหมาะ พอเพียงทุกเวลาทุกสถานที่

สรุปได้ว่า แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ ประชาชนสามารถที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็น และได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ มีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ (Aday & Anderson ,1981) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของ Aday & Anderson (1981) ประกอบด้วย นโยบายสาธารณสุข (Health policy) ลักษณะระบบบริการสาธารณสุข (Characteristics of Health Delivery System) ลักษณะประชาชนผู้รับบริการ (Characteristics of Population-at-Risk) การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction)

การศึกษานี้ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ หมายถึง ลักษณะการใช้บริการด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ ในการรับบริการสุขภาพตามความจำเป็นพื้นฐาน การได้รับการตอบสนองด้านสุขภาพ และความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ โดยการศึกษาการใช้บริการของผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพร่วมกับได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการศึกษาของ Aday & Anderson (1981) ที่ได้กล่าวถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ดังต่อไปนี้ 1) ด้านนโยบายสาธารณสุข 2) ลักษณะระบบบริการสาธารณสุข 3) ลักษณะประชาชนผู้รับบริการ 4) การใช้บริการสุขภาพ และ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

พิชสุตา เดชบุญ และคณะ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใหญ่ อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว และการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขณะที่การศึกษาของ ศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การมีคู่สมรสและการมีบุตรหลานดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย

อาจรีย์ เชิดชู และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดครอบครัว และสถานภาพสมรส 2) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ 3) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ฐานะและรายได้ สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่ สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์ และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม

Alana Maiara Brito Bibionid, Vanessa de Lima Silva and Rafael da Silveira Moreira (2019) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของชายสูงอายุในบราซิล เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของชายสูงอายุชาวบราซิลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ที่ไม่รู้หนังสือ และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแต่ยากจนมาก สิ่งที่จะใช้บริการด้านสุขภาพ หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประเด็นทางสังคมที่ไม่เอื้ออำนวยส่งผลกระทบต่อรูปแบบการใช้บริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพของชายสูงอายุชาวบราซิล โดยมุ่งเน้นไปที่การรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

Yanwei Lin, Chengjing Chu, Qin Chen, Junhui Xiao, & Chonghua Wan (2020) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขมูลฐานของผู้ย้ายถิ่นในจีน: บทบาทของการติดต่อทางสังคม เพื่อศึกษาในผู้สูงอายุที่มีการย้ายถิ่น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้บริการสุขภาพขั้นต้นที่มากขึ้นในหมู่ผู้ย้ายถิ่นภายในของผู้สูงอายุในประเทศจีน ได้แก่ อายุ และการติดต่อทางสังคม และ Du, Cheng, Li, & Yang (2020) ศึกษาเกี่ยวกับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรูปแบบการเดินทางของผู้สูงอายุในเขตเมืองสำหรับกิจกรรมการรักษาพยาบาล: การเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่หลักและพื้นที่ชานเมือง พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีผลต่อการเข้าถึงและการเดินทางด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

2. การสนับสนุนทางสังคม

พันธิตรา สิงห์เขียว (2558) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่ปฏิบัติพฤติกรรมในทางที่ถูกต้องสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสุขภาพ การใส่ใจ การต้องการดูแลหรือได้รับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุขที่มากขึ้นด้วย และเช่นเดียวกันในผู้สูงอายุที่มีสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความดูแลใส่ใจหรือให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความใส่ใจต้องการการดูแลหรือได้รับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุขมากด้วย เหมือนว่าเป็นช่วงวัยที่ต้องเน้นด้านให้ความดูแลด้านสุขภาพจากหลาย ๆ ด้าน ทั้งตนเองครอบครัว รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขด้วย

การศึกษาของ ศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ Lin, Chu, Chen, Xiao, & Wan (2020) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขมูลฐานของผู้ย้ายถิ่นในจีน: บทบาทของการติดต่อทางสังคม เพื่อศึกษาในผู้สูงอายุที่มีการย้ายถิ่น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้บริการสุขภาพขั้นต้นที่มากขึ้นในหมู่ผู้ย้ายถิ่นภายในของผู้สูงอายุในประเทศจีน ได้แก่ การติดต่อทางสังคม

สุรลักษ์ณ ขวัญเจริญทรัพย์ และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Adj. OR = 2.36; 95% CI 1.24 - 4.51) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า (Adj. OR = 2.10; 95% CI 1.19 - 3.70) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Adj. OR = 1.91; 95% CI 1.01 - 3.60) มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ขณะที่ นงนภัทร รุ่งเนย และคณะ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับศึกษาเกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองและการปรึกษาสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านก่อนการแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบอื่น

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

พันธิตรา สิงห์เขียว (2558) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและยา พฤติกรรมการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับ ศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนด้านการประเมินผลและด้านข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนาเข้ารับบริการสุขภาพได้ดีขึ้น ขณะที่ อำไพรัตน์ อักษรพรหม และภุชญา รุ่งโรจน์วิชัย (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการได้รับและการเข้าถึงสวัสดิการสังคมสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ยังรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากก็ยิ่งรู้ช่องทางในการเข้าถึง ทำให้สามารถเข้าถึงสวัสดิการด้านต่าง ๆ ได้ง่ายกว่า ในทางตรงข้าม หากไม่รับรู้หรือรับรู้้น้อย จะมีช่องทางในการเข้าถึงน้อย จึงเข้าถึงสวัสดิการด้านต่าง ๆ ได้ยากกว่า เนื่องจากข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการความต้องการ

นงนภัทร รุ่งเนย และคณะ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ เช่น การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการสื่อสารและแสวงหาข้อมูล ประสบการณ์การรักษา การได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคม ประกอบกับการศึกษาของ สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์ และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ในขณะที่ อภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข และการใช้บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม, และยุพาพร หอมสมบัติ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมีปัญหาเมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายมิติพบว่าค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรียงจากมากไปน้อยคือมิติการดูแลสุขภาพ ($\bar{x} = 32.50$, $SD =$

7.07) มิติการป้องกันโรค ($\bar{x} = 32.26$, $SE = 6.96$) และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{x} = 30.78$, $SD = 8.49$) โดยทั้งสามด้านแปลผลอยู่ในระดับมีปัญหาเมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสมรรถนะในกระบวนการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้แก่ 1) การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 32.65$, $SD = 7.54$), 2) การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ($\bar{x} = 31.79$, $SD = 7.86$), 3) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 31.60$, $SD = 7.44$), และ 4) การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 31.58$, $SD = 7.15$) โดยการแปลผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกขั้นตอนในกระบวนการที่ผู้สูงอายุจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับเป็นปัญหา

4. ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ

จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำพราว (2557) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า รูปแบบบริการที่ใส่ใจผู้สูงอายุ บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มีทักษะและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ เข้าถึงได้และเอาใจใส่ทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ ในชุมชนและที่บ้าน ก่อให้เกิดพลังความเข้มแข็งของชุมชน และเป็นรากฐานสำคัญสำหรับสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและยั่งยืน นอกจากนี้ ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ (2559) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมสามารถเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.56) โดยการเข้าถึงมากที่สุดคือด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (ค่าเฉลี่ย 3.82) ส่วนด้านการเข้าถึงที่ต่ำที่สุดคือด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (ค่าเฉลี่ย 3.27) การใช้บริการสุขภาพส่วนมากตัดสินใจที่จะไม่ใช้บริการสุขภาพตามสิทธิหากมีความเจ็บป่วย (ร้อยละ 68.3) และเหตุผลที่ไม่ใช้คือเดินทางไม่สะดวก

นอกจากนั้น ศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาได้ง่ายและสะดวก (ร้อยละ 91.19) แต่มองว่าการเข้ารับบริการสุขภาพเป็นภาระ (ร้อยละ 45.67) ประกอบกับ ศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ คุณภาพบริการด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ การจัดระบบบริการให้ดีและคุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ ด้านการยอมรับคุณภาพบริการทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 68.10 โดยพบว่า การจัดระบบ

บริการให้ดีมากขึ้น ด้วยการจัดบริการให้มีขั้นตอนการให้บริการที่สะดวก เข้าใจง่าย มีเจ้าหน้าที่พร้อมให้คำปรึกษา มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพสูงขึ้น

อาจารย์ เชิดชู และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก การใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุใช้บริการน้อย 3 อันดับ คือ การใช้บริการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด การใช้บริการให้ความรู้และคัดกรองมะเร็งเต้านม และการใช้บริการคัดกรองภาวะหกล้ม เช่นเดียวกับ นางณภัทร รุ่งเนย และคณะ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเป็นเบาหวาน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ปาจารย์ เนียมจันทร์, อังสนา บุญธรรม, ชรินทร์ เจริญกุล และอัจฉรา วรารักษ์ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร พบว่าการดำเนินงานโครงการผู้สูงอายุ และโครงการที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการจัดบริการตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ การตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ กิจกรรมบางกิจกรรมตอบสนองได้ค่อนข้างน้อย การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้รับบริการไม่ครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์ รวมทั้งการสื่อสารเชิงรุก และระบบการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ

Alana Maiara Brito Bibionid, Vanessa de Lima Silva and Rafael da Silveira Moreira (2019) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของชายสูงอายุในบราซิล เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของชายสูงอายุชาวบราซิลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแต่ยากจนมาก สิ่งเลวที่จะใช้บริการด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนปานกลางและสูง หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประเด็นทางสังคมที่ไม่เอื้ออำนวยส่งผลกระทบต่อรูปแบบการใช้บริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพของชายสูงอายุชาวบราซิล โดยมุ่งเน้นไปที่การรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ นโยบายและการดำเนินการภายในและระหว่างภาคส่วนควรส่งเสริมการติดต่อกับบริการสุขภาพของประชากรชายสูงอายุตั้งแต่เริ่มต้น โดยเฉพาะบริการปฐมภูมิ นอกจากนั้น Zhou, Zhao, Kong, Campy, Qu, & Wang (2019)) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางไกลของผู้สูงอายุชาวจีน พบว่า ความพึงพอใจในบริการทางการแพทย์ ($t = 6.770$, $\beta = 0.332$), ความง่ายในการใช้งาน ($t = 5.200$, $\beta = 0.179$), คุณภาพของข้อมูล ($t = 12.540$, $\beta = 0.639$) มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อผู้ป่วยสูงอายุ การยอมรับต่อ telehealth และการยอมรับมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 14.356$, $\beta = 0.697$) ต่อความตั้งใจพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุต่อ telehealth และ Mingyang Du,

Lin Cheng, Xuefeng Li and Jingzong Yang (2020) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรูปแบบการเดินทางของผู้สูงอายุในเขตเมืองในกิจกรรมการกีฬาพยาบาล: การเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่หลักและพื้นที่ชานเมือง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรูปแบบการเดินทางสำหรับกิจกรรมการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในพื้นที่หลักและชานเมือง พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสำคัญมาก

5. การเข้าถึงบริการ

ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ (2559) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอนาทม จังหวัดสกลนคร พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมสามารถเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง ในขณะที่ ศิริพร งามคำ และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนาในภาพรวมมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ประกอบกับ สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพย์มงคลกุล และจารุวรรณ หมั่นมี (2562) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอนาทม จังหวัดสระบุรี พบว่า ความต้องการบริการด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ อาจริย์ เชิดชู และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพ การศึกษา อาชีพที่สร้างรายได้ รายได้ บุคคลในครอบครัว บุคคลที่พาไปโรงพยาบาล บุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ความเสื่อมถอยตามวัย และการช่วยเหลือตนเอง 2) การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ 4) ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการให้บริการ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการศึกษาของ Aday & Anderson (1981) ได้กล่าวถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ดังต่อไปนี้

1) ด้านนโยบายสาธารณสุข 2) ลักษณะระบบบริการสาธารณสุข 3) ลักษณะประชาชนผู้รับบริการ 4) การใช้บริการสุขภาพ และ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ จึงนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ประกอบกับได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ปัจจัยทั้งหมด 4 ปัจจัย 26 ตัวแปร นำมาเป็นตัวแปรต้นในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส การศึกษา อาชีพที่สร้างรายได้ รายได้ การอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว บุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย บุคคลที่พาไปโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพ ความเสื่อมถอยตามวัย โรคประจำตัว และการช่วยเหลือตนเอง

2. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ

4. ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการให้บริการ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ





ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

วิธีดำเนินงานวิจัยแสดงรายละเอียดตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. จริยธรรมการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 95,380 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์, 2565)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 373 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร Finite Population Mean (อาจริย์ เขิดชู และคณะ 2562) มีสูตรดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2_{1-\alpha/2}}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z^2_{1-\alpha/2}}$$

เมื่อกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 95,380 คน

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของภัทรพร ยูลพันธ์ (2558) พบว่า มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$) สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Confidence coefficient) ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด ($1-\alpha = 95\%$, $\alpha = 0.05$, $Z^2_{1-\alpha/2} = 1.96$)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น = 0.05

แทนค่าในสูตรสมการ

$$n = \frac{95,380 (0.47^2) (1.96^2)}{(0.05^2)(95,380-1) + (0.47^2)(1.96^2)}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร จำนวน 339 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหาการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 373 คน

หลังจากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาครั้งนี้ โดยกำหนดขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำการสุ่มอำเภอด้วยเทคนิคการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ด้วยการจับฉลากเพื่อเป็นตัวแทนในเขตจังหวัดอุดรดิตถ์ ร้อยละ 15 ของจำนวนอำเภอทั้งหมด (อภิชัย คุณิพงษ์, 2562) โดยพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์มีอำเภอทั้งหมด 9 อำเภอ สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) สุ่มได้จำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอ ฟากท่าและอำเภอ หนอง

2. ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยคิดแบบมีสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุ เทียบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอำเภอเพื่อเป็นตัวแทนในเขตจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 2 อำเภอ หลังจากนั้นคิดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 373 คน รวมทั้ง 2 อำเภอ

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณสัดส่วนของผู้สูงอายุตามจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

อำเภอ	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ปากท่า	3,395	119
ตรอน	7,257	254
รวม	10,652	373

3. หลังจากนั้น ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยนำรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดในแต่ละอำเภอ ในการเลือกสุ่มผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ โดยการกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling Interval) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

คำนวณช่วงการสุ่มดังนี้

$$\text{วิธีการ } I = \frac{N}{n}$$

เมื่อ I = ช่วงของการเลือกตัวอย่างในการสุ่ม

N = จำนวนผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลแต่ละแห่งในแต่ละอำเภอ (คน)

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ต้องการ (คน)

จะได้ระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยกำหนดเลขตั้งต้นการสุ่ม ได้แก่ เลข 1 เพื่อกำหนดตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรก จากนั้นบวกด้วยระยะห่างในการสุ่มจากตำแหน่งเริ่มต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อำเภอปากท่า จำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด 3,395 คน ช่วงของการเลือกตัวอย่างในการสุ่มเท่ากับ 28.53 ดังนั้นคิดเป็นช่วงการสุ่มในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 29 คน ตำแหน่งเริ่มต้นของกลุ่มตัวอย่างคือคนที่ 1 ดำเนินการสุ่มขนาดตัวอย่างจนครบจำนวน 119 คน

2. อำเภอตรอน จำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด 7,257 คน ช่วงของการเลือกตัวอย่างในการสุ่มเท่ากับ 28.57 ดังนั้นคิดเป็นช่วงการสุ่มในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 29 คน ตำแหน่งเริ่มต้นของกลุ่มตัวอย่างคือคนที่ 1 ดำเนินการสุ่มขนาดตัวอย่างจนครบจำนวน 254 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารหรือมีผู้ดูแลที่ให้อำนาจข้อมูลเพื่อตอบคำถามได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา
2. กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยศึกษาและทบทวนจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรัชญาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาโดยประยุกต์จากแบบสอบถามของปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ (2558) และอังศินันท์ อินทรกำแหง (2561) ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพที่สร้างรายได้ รายได้ บุคคลในครอบครัว บุคคลดูแลยามเจ็บป่วย บุคคลที่พาไปโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพ ความเสื่อมถอยตามวัย โรคประจำตัว และการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 6 ข้อ
2. การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน จำนวน 3 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert, 1932) ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

น้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อย

ปานกลาง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนปานกลาง

มาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนมาก

มากที่สุด หมายถึง ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1997) โดยมีสูตรในการวิจัยนี้ คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด คือ $5 - 1 = 4$ ซึ่งผู้ศึกษาแบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ ได้ช่วงคะแนนแต่ละระดับเท่ากับ 1.33 ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่ต้องการ}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

ช่วงคะแนน ระดับการสนับสนุน

1.00 – 2.33 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

2.34 – 3.67 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ดังต่อไปนี้

- | | |
|--|-------------|
| 1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | จำนวน 4 ข้อ |
| 2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ | จำนวน 5 ข้อ |
| 3. การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ | จำนวน 3 ข้อ |
| 4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ | จำนวน 3 ข้อ |
| 5. การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง | จำนวน 5 ข้อ |
| 6. การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ | จำนวน 4 ข้อ |

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert, 1932) ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

- | | |
|------------|--|
| น้อยที่สุด | หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยปฏิบัติเลย |
| น้อย | หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาปฏิบัติ 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| ปานกลาง | หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาปฏิบัติ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| มาก | หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาปฏิบัติ 5 - 6 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| มากที่สุด | หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาปฏิบัติทุกวัน |

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1997) โดยมีสูตร ในการวิจัยนี้ คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด คือ $5 - 1 = 4$ ซึ่งผู้ศึกษาแบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ ได้ช่วงคะแนน แต่ละระดับเท่ากับ 1.33 ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่ต้องการ}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

ช่วงคะแนน ระดับความรู้

1.00 – 2.33 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับน้อย

2.34 – 3.67 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม
จำนวน 37 ข้อ ดังต่อไปนี้

- | | |
|--|--------------|
| 1. ด้านขั้นตอนการให้บริการ | จำนวน 3 ข้อ |
| 2. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ | จำนวน 4 ข้อ |
| 3. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | จำนวน 10 ข้อ |
| 4. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก | จำนวน 10 ข้อ |
| 5. ด้านการให้บริการ | จำนวน 10 ข้อ |

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ
ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert, 1932) ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่านน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่านปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์
การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1997) โดยมีสูตร ในการวิจัยนี้
คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด คือ $5 - 1 = 4$ ซึ่งผู้ศึกษาแบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ ได้ช่วงคะแนน แต่
ละระดับเท่ากับ 1.33 ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่ต้องการ}} \\
 &= \frac{5 - 1}{3} \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

ช่วงคะแนน ระดับความคิดเห็น

1.00 – 2.33 เห็นด้วยระดับน้อย

2.34 – 3.67 เห็นด้วยระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 เห็นด้วยระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ดังต่อไปนี้

- | | |
|------------------------|-------------|
| 1. การส่งเสริมสุขภาพ | จำนวน 4 ข้อ |
| 2. การป้องกันควบคุมโรค | จำนวน 4 ข้อ |
| 3. การรักษาพยาบาล | จำนวน 3 ข้อ |
| 4. การฟื้นฟูสภาพ | จำนวน 4 ข้อ |

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert, 1932) ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

- | | |
|------------|--|
| น้อยที่สุด | หมายถึง ท่านใช้บริการน้อยที่สุดหรือไม่ได้ใช้บริการ |
| น้อย | หมายถึง ท่านใช้บริการน้อย |
| ปานกลาง | หมายถึง ท่านใช้บริการปานกลาง |
| มาก | หมายถึง ท่านใช้บริการมาก |
| มากที่สุด | หมายถึง ท่านใช้บริการเป็นประจำ |

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1997) โดยมีสูตร ในการวิจัยนี้ คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด คือ $5 - 1 = 4$ ซึ่งผู้ศึกษาแบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ ได้ช่วงคะแนนแต่ละระดับเท่ากับ 1.33 ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่ต้องการ}} \\
 &= \frac{5 - 1}{3} \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

ช่วงคะแนน ระดับการปฏิบัติ

- | | |
|-------------|---|
| 1.00 – 2.33 | การเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุระดับน้อย |
| 2.34 – 3.67 | การเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุระดับปานกลาง |
| 3.68 – 5.00 | การเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุระดับมาก |

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิธีดำเนินการสร้างแบบเครื่องมือมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การกำหนดกรอบเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยศึกษาจาก

1.1 ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือจากเอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์และตำราที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

- 1.2 พฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพ ตามแนวคิดของ Aday & Anderson 1981

2. สร้างเครื่องมือและพัฒนาแบบสอบถามที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องของเนื้อหา (Content validity) โดย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังต่อไปนี้

1. ทดสอบเบื้องต้นทั่วไปของเครื่องมือ โดยผู้ศึกษาอ่านแบบสอบถามตามลำดับ แล้วพิจารณาแต่ละข้อคำถามในด้านความชัดเจน ความหมายตรงวัตถุประสงค์ ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม เข้าใจง่าย และการจัดเรียงข้อคำถาม

2. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาการใช้ภาษา แล้วนำกลับไปแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น จากนั้นนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Content Validity) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (นิทรา กิจธีระวุฒิ วงษ์, 2561)

ให้ + 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้อง

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากสูตรคำนวณ ดังนี้ (Rovinelli & Hambleton, 1977)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

พิจารณาแก้ไขข้อคำถามและความเหมาะสมของเนื้อหาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อคำถาม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item- objective Consistency: IOC) โดยมีเกณฑ์กำหนด

มากกว่า 0.5 ขึ้นไป (นิทรา กิจธีระวุฒินงษ์, 2561) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 รวมทั้งฉบับได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86

3. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดอุดรธานีที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยนำแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาไปทดลอง (Try out) กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน แล้วนำมาทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อถือได้ของความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ 0.749 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้เท่ากับ 0.890 ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.879 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้เท่ากับ 0.736 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าแบบสอบถามทุกชุดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.7

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งได้มีการอบรมทำความเข้าใจก่อนลงเก็บข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์ตรงกัน และดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการดำเนินการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะกรรมการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยนเรศวรขอความอนุเคราะห์ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากท่อและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประสานงานในการขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่

1.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เป็นผู้รับผิดชอบงานและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่การศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2. ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เป็นผู้รับผิดชอบงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่การศึกษาวิจัย คัดเลือกและนัดหมายอาสาสมัครที่เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ชี้แจงแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงแผนการศึกษาและการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษา เพื่อดำเนินการตามระยะของการศึกษา

ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครที่เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุชื่อ เป็นเพียงการลงรหัสเป็นตัวเลขเท่านั้นและการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาและเป็นแนวทางในการพัฒนางาน ซึ่งไม่สามารถสืบค้นได้ว่าใครเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

2.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครที่เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล ลงพื้นที่ในหมู่บ้าน เพื่อดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามแผนปฏิบัติการศึกษาเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามจน ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลของแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป โดยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งสิ้น 373 คน แต่จากการตรวจสอบพบว่าความครบถ้วนของแบบสอบถามมีเพียง 370 ราย ดังนั้นคงเหลือตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วนเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไปจำนวน 370 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพโดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
4. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการให้บริการ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
5. วิเคราะห์พฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

6. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในการทดสอบสมมติฐานตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ในการวิเคราะห์การถดถอยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพื่อคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข P2-0009-2565 เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2565 ผู้ศึกษาจัดทำหนังสือถึงประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้ศึกษาจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคลที่ร่วมในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งจะยึดหลัก 3 ประการ คือ การเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย หลักความยุติธรรม เคารพ ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ เผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ไม่ระบุถึงตัวบุคคล ผู้ศึกษามีมาตรการในการป้องกันความลับโดยจะไม่ให้ระบุชื่อสกุล ที่อยู่ ที่จะสามารถถึงตัวบุคคลได้ ผู้ศึกษาจะระบุเพียงชุดของแบบสอบถามเท่านั้น เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการในคน มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการขออนุญาตไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากท่อและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดรอน เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ในการวิจัย จะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตามผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ แล้วให้เซ็นยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิเก็บไว้เป็นหลักฐาน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 370 คน หลังจากนั้นได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และใช้สถิติการวิเคราะห์สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยการนำเสนอแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านการให้บริการ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 6 วิเคราะห์หาตัวแปรที่ศึกษากับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 370)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	163	44.1
หญิง	207	55.9
อายุ		
60 -69 ปี	205	55.4
70 - 79 ปี	129	34.9
80 ปีขึ้นไป	36	9.7
$\bar{X} = 69.61$ S.D. = 6.90 Min = 60 Max = 96		
สถานภาพ		
โสด	16	4.3
คู่ (อยู่ด้วยกัน)	235	63.5
คู่ (ไม่ได้อยู่ด้วยกัน)	-	-
หม้าย	99	26.8
หย่า/ร้าง	20	5.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	35	9.5
ประถมศึกษา	306	82.7
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	12	3.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)/ปวช.	5	1.4
อนุปริญญา/ปวส.	2	0.5
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	9	2.4
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.3

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพที่สร้างรายได้		
ไม่มี	139	37.6
มี	231	62.4
เกษตรกร	154	41.6
ธุรกิจส่วนตัว	11	3.0
ค้าขาย	33	8.9
รับจ้าง	33	8.9
รายได้		
น้อยกว่า 1,000 บาท	136	36.8
1,001 - 5,000 บาท	119	32.2
5,001 - 15,000 บาท	103	27.8
15,001 - 30,000 บาท	11	3.0
มากกว่า 30,001 บาทขึ้นไป	1	0.3
$\bar{X} = 4,490.81$ S.D. = 4947.72 Min = 600 Max = 40,000		
การอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	26	7.0
สามี/ภรรยา	63	17.0
บุตร/หลาน	107	29.0
สามี/ภรรยา + บุตร/หลาน + อยู่ในระแวกเดียวกัน	174	47.0
ตัวแปรนี้ไม่มีในภาคผนวกไม่มี		
จำนวนบุคคลที่อาศัยในครอบครัว		
1 คน	26	7.0
2-3	166	44.9
3 คนขึ้นไป	178	48.1
$\bar{X} = 3.49$ S.D. = 1.51 Min. = 1 Max = 10		

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
ตนเอง	31	8.4
สามี/ภรรยา	110	29.7
บุตร/หลาน	229	61.9
บุคคลที่พาไปโรงพยาบาล		
ตนเอง	58	15.7
สามี/ภรรยา	65	17.6
บุตร/หลาน	247	66.8
ภาวะสุขภาพ		
ดี	153	41.4
ปานกลาง	190	51.4
ไม่ดี	27	7.3
ความเสื่อมถอยตามวัย		
ไม่มี	125	33.8
มี	245	66.2
- อ่อนเพลีย	62	25.31
- ปวดเข่า	152	62.04
- สายตาพร่ามัว	31	12.65
โรคประจำตัว		
ไม่มี	116	31.4
มี	254	68.6
- โรคความดันโลหิตสูง	138	54.3
- โรคเบาหวาน	53	20.9
- โรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน	44	17.3
- โรคหัวใจ	4	1.6
- โรคไทรอยด์	3	1.2
- โรคหลอดเลือดสมอง	2	0.8

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- โรคพาร์กินสัน	1	0.4
- โรคCOPD	3	1.2
- โรคเก๊าท์	5	2.0
- โรครูมาตอยด์	1	0.4
การช่วยเหลือตนเอง		
ทำได้เองทั้งหมด	294	79.5
ต้องให้คนอื่นช่วยเหลือบ้าง	70	18.9
ต้องให้คนอื่นช่วยเหลือมาก	6	1.6

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.9 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 55.4 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.61 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.90 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.4 และส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 36.8 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 4,490.81 บาท ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา บุตรหลาน ร้อยละ 47.0 โดยลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวใหญ่ 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 48.1 ส่วนใหญ่จะมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลยามเจ็บป่วย ร้อยละ 61.9 ส่วนใหญ่บุตร/หลานจะเป็นผู้พาไปโรงพยาบาล ร้อยละ 66.8 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 โดยส่วนใหญ่มีความเสื่อมถอยตามวัย ร้อยละ 66.2 โดยส่วนใหญ่มีอาการปวดเข่า ร้อยละ 41.1 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.6 โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 37.3 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสามารถการช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 79.5 มีเพียงร้อยละ 1.6 ที่ต้องให้คนอื่นมาช่วยเหลือระดับมาก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน (n = 370)

ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	247	66.8
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	116	31.4
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	7	1.9
การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	163	44.1
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	173	46.8
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	37	9.2

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.4 และน้อยที่สุด คือ ระดับน้อย ร้อยละ 1.9 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.8 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 44.1 และน้อยที่สุด คือ ระดับน้อย ร้อยละ 9.2

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายชื่อ (n = 370)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว			
1.สมาชิกในครอบครัว ห่วงใย ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจ			
ท่าน เมื่อท่านไม่สบายใจ	3.90	0.79	มาก
2.สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนท่านให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ			
ของชุมชนหรืองานประเพณีต่าง ๆ	3.64	0.90	ปานกลาง

ตาราง 4 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
3.สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนท่าน เมื่อมีนัดพบแพทย์หรือนัดอื่น ๆ หรือพาท่านมาตรวจเสมอ	3.96	0.76	มาก
4.สมาชิกในครอบครัว ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของท่าน	3.91	0.79	มาก
5.สมาชิกในครอบครัว พร้อมให้การสนับสนุนเวลา สิ่งของ หรือค่าใช้จ่ายให้กับท่าน เพื่อส่งเสริมให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น	3.98	0.75	มาก
6.สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปรักษาเมื่อท่านเจ็บป่วย	4.07	0.68	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	3.91	0.65	มาก
การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน			
7.เพื่อนบ้าน พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านไม่สบายหรือเจ็บป่วย	3.51	0.95	ปานกลาง
8.อาสาสมัครสาธารณสุขสนับสนุนอย่างเข้มแข็ง พร้อมเป็นกำลังใจให้กับท่าน ในการทำกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของท่าน	3.62	0.91	ปานกลาง
9.อาสาสมัครสาธารณสุขให้คำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายของท่าน	3.73	0.92	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	3.62	0.85	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคม	3.81	0.66	มาก

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.81$, S.D.= 0.66) โดยแบ่งเป็นด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 6.สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปรักษาเมื่อท่านเจ็บป่วย ($\bar{x} = 4.07$, S.D.= 0.68) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 2.สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนท่านให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนหรืองานประเพณีต่าง ๆ ($\bar{x} = 3.64$, S.D.= 0.90) การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.62$, S.D.= 0.85) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 9.อาสาสมัครสาธารณสุขให้คำแนะนำหรือข้อมูล

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายของท่าน ($\bar{X} = 3.73$, S.D.= 0.92) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 7. เพื่อนบ้าน พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านไม่สบายหรือเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.51$, S.D.= 0.95)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตาราง 5 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 370)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	131	35.4
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	206	55.7
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	33	8.9

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.7 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 35.4 และน้อยที่สุด คือ ระดับน้อย ร้อยละ 8.9

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รายด้าน (n = 370)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	139	37.6
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	158	42.7
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	73	19.7
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	125	33.8
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	184	49.7
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	61	16.5

ตาราง 6 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	155	41.9
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	179	48.4
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	36	9.7
การตัดสินใจด้านสุขภาพ		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	128	34.6
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	163	44.1
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	79	21.4
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	161	43.5
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	200	54.1
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	9	2.4
การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	135	36.5
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	113	30.5
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	122	33.0

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.7 ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.7 ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.4 ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.1 ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 และด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 36.5

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายข้อ (n = 370)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ			
1.ท่านสามารถหาข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งได้ เช่น จากบุคคลผู้รู้ สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ เป็นต้น	2.92	1.15	ปานกลาง
2.ท่านพร้อมเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอเพื่อท่านจะได้เป็นผู้มีสุขภาพดี	3.17	1.20	ปานกลาง
3.ท่านสามารถไปพบแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข หรือ ผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อ ตามที่ท่านต้องการ	3.32	0.88	ปานกลาง
4.ท่านมั่นใจว่าสถานบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่าน	3.55	0.81	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.24	0.90	ปานกลาง
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ			
5.ท่านสามารถอ่านคำแนะนำในคู่มือ หรือเอกสารแผ่นพับที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้	3.00	1.16	ปานกลาง
6.ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ หรือเอกสารแผ่นพับที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้	3.05	1.10	ปานกลาง
9.ท่านเข้าใจในคำอธิบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องข้อมูลเรื่องโรคอาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้	3.27	0.97	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.21	0.92	ปานกลาง
การตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้			
10.ท่านสามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านให้แพทย์ หรือพยาบาลรับรู้และเข้าใจสุขภาพของท่านได้	3.50	0.81	ปานกลาง
11.ท่านสามารถซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับแพทย์หรือพยาบาล เพื่อการป้องกัน ดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้	3.51	0.87	ปานกลาง
12.ท่านสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้กระจ่างชัดและหายข้อสงสัย	3.44	0.90	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.48	0.79	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การตัดสินใจด้านสุขภาพ			
13.เมื่อมีข้อมูลเรื่องสุขภาพใหม่ ๆ เข้ามา ท่านจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	3.30	1.01	ปานกลาง
14.หากมีบุคคลมาแนะนำ หรือมีโฆษณาเชิญชวนให้ใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพที่มีคนใช้แล้วได้ผล ท่านจะไตร่ตรองถึงเหตุผล คุณค่าตามความเป็นจริง ก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	3.31	0.95	ปานกลาง
15.ท่านตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการสอบถามจากผู้รู้ด้านสุขภาพนั้น ก่อนที่จะนำข้อมูลไปใช้หรือปฏิบัติตาม	3.35	0.83	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.32	0.87	ปานกลาง
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง			
16.ท่านควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น ชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกายเสมอ	3.46	0.97	ปานกลาง
17.ท่านสังเกต การเปลี่ยนแปลงสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง เพื่อหันดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น	3.53	0.69	ปานกลาง
18.ท่านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้อยู่ในสถานที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดี	3.52	0.73	ปานกลาง
19.ท่านสามารถแบ่งเวลาเพื่อการทำกิจกรรมป้องกัน ดูแลสุขภาพของตนเองได้	3.45	0.90	ปานกลาง
20.ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง โดยไม่ปล่อยให้มีอาการเรื้อรังหรือมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น	3.66	0.73	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.53	0.70	ปานกลาง
การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ			
21.ท่านชักชวนให้ผู้อื่นลดการกระทำที่มีผลเสียต่อสุขภาพตนเองได้	3.03	1.09	ปานกลาง
22.ท่านชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่มีผลดีต่อสุขภาพตนเองได้	2.99	1.08	ปานกลาง
23.ท่านสามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้ดีเสมอ	3.07	1.11	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
24.ท่านนำเสนอวิธีการดูแลสุขภาพที่ได้ผลดี ให้กับผู้อื่นหรือคนรอบข้างได้นำไปปฏิบัติตามเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้	3.06	1.12	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.04	1.03	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ยทั้งหมด 6 ด้าน	3.30	0.77	ปานกลาง

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30$, S.D.= 0.77) โดยแบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.24$, S.D.= 0.90) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 4. ท่านมั่นใจว่าสถานบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่าน ($\bar{x} = 3.55$, S.D.= 0.81) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1. ท่านสามารถหาข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งได้ เช่น จากบุคคลผู้รู้ สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ เป็นต้น ($\bar{x} = 2.92$, S.D.= 1.15)

2. ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.21$, S.D.= 0.92) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 8. ท่านเข้าใจถึงเหตุผลของการเตือนภัยด้านสุขภาพจากภาครัฐ เช่น การรณรงค์ไม่กินหวานมันเค็ม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา การฉีดวัคซีน การป้องกันโรคติดเชื้อต่าง ๆ เป็นต้น ($\bar{x} = 3.39$, S.D.= 1.05) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5.ท่านสามารถอ่านคำแนะนำในคู่มือ หรือเอกสารแผ่นพับที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้ ($\bar{x} = 3.00$, S.D.= 1.16)

3. ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.48$, S.D.= 0.79) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 11. ท่านสามารถซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับแพทย์ หรือพยาบาล เพื่อการป้องกัน ดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้ ($\bar{x} = 3.51$, S.D.= 0.87) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 12. ท่านสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้กระจ่างชัดและหายข้อสงสัย ($\bar{x} = 3.44$, S.D.= 0.90)

4. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.32$, S.D.= 0.87) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 15. ท่านตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการสอบถามจากผู้รู้ด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะนำข้อมูลไปใช้หรือปฏิบัติตาม ($\bar{x} = 3.31$, S.D.= 0.95)

และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 13. เมื่อมีข้อมูลเรื่องสุขภาพใหม่ ๆ เข้ามา ท่านจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม ($\bar{x} = 3.31$, S.D.= 0.95)

5. ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.53$, S.D.= 0.70) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 20. ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง โดยไม่ปล่อยให้มีอาการเรื้อรังหรือมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น ($\bar{x} = 3.66$, S.D.= 0.73) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 19.ท่านสามารถแบ่งเวลาเพื่อการทำกิจกรรมป้องกัน ดูแลสุขภาพของตนเองได้ ($\bar{x} = 3.45$, S.D.= 0.90)

6. ด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.04$, S.D.= 1.03) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 23. ท่านสามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะคงดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้ดีเสมอ ($\bar{x} = 3.07$, S.D.= 1.11) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 22. ท่านชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่มีผลดีต่อสุขภาพตนเองได้ ($\bar{x} = 2.99$, S.D.= 1.08)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการให้บริการ

ตาราง 8 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับลักษณะจัดบริการสุขภาพ (n = 370)

ลักษณะจัดบริการสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	200	54.1
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	170	45.9
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	-	-

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับมุมมองความคิดเห็นต่อลักษณะการจัดบริการสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.9

ตาราง 9 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะจัดบริการสุขภาพ แยกเป็นรายด้าน (n = 370)

ลักษณะจัดบริการสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านขั้นตอนการให้บริการ		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	67	18.1
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	176	47.6
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนนเฉลี่ย)	127	34.3
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	148	40.0
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	183	49.5
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	39	10.5
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	204	55.1
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	164	44.3
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	2	0.5
ด้านสิ่งแวดล้อมความสะดวก		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	128	34.6
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	232	62.7
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	10	2.7
ด้านการให้บริการ		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	210	56.8
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	158	42.7
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	2	0.5

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับมุมมองความคิดเห็นต่อลักษณะจัดบริการสุขภาพ โดยรวม เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านขั้นตอนการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.6 ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.5 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.1 ด้านสิ่งแวดล้อมความสะดวก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.7 ด้านการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.8

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับลักษณะการจัดบริการสุขภาพ
จำแนกรายข้อ (n = 370)

ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ด้านขั้นตอนการให้บริการ			
1.ท่านได้รับคำอธิบายถึงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน	2.77	1.18	ปานกลาง
2.ท่านพึงพอใจ ต่อขั้นตอนการรับบริการของสถานพยาบาลที่ใช้ บริการบ่อยที่สุด เช่น การยื่นเอกสาร การกรอกข้อมูล เป็นต้น	2.84	1.29	ปานกลาง
3.ท่านพึงพอใจ ต่อการกำหนดช่วงเวลาแพทย์ทำการตรวจโรค ทั่วไป (8.00 - 16.00 น.)	3.27	0.97	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	2.96	0.88	ปานกลาง
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ			
4.เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ มีความเอื้ออาทรต่อท่าน	3.26	1.23	ปานกลาง
5.ท่านมีความพึงพอใจ ต่อการบริการของเจ้าหน้าที่แผนกต่าง ๆ ในสถานพยาบาลที่ใช้บริการเป็นประจำ	3.04	1.25	ปานกลาง
6.ท่านมีความเชื่อมั่น ต่อการรักษาของเจ้าหน้าที่มีความรู้ความ เชี่ยวชาญในการตรวจและวินิจฉัยอาการของท่าน	3.66	0.73	ปานกลาง
7.ท่านได้รับคำอธิบายในเข้าการรับบริการของสถานพยาบาล อย่างชัดเจน	3.46	0.95	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.36	0.80	ปานกลาง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ			
8.ท่านได้รับคำอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพด้วยภาษาที่ชัดเจนเข้าใจ ง่าย	3.68	1.12	มาก
9.ท่านได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับข้อดีข้อเสีย และความเสี่ยงของแผนการรักษาพยาบาลก่อนให้การ รักษาพยาบาลจากแพทย์ หรือพยาบาล	3.43	1.14	ปานกลาง
10.ท่านได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการ ความจำเป็นและประโยชน์ของการตรวจวินิจฉัย เช่น การส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ/การเอกซเรย์ เป็นต้น	3.56	1.07	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
11.ท่านได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับผลของการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ หรือพยาบาล	3.67	1.06	ปานกลาง
12.ท่านได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของยาสรรพคุณ และอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาพยาบาล	3.70	1.08	มาก
13.ท่านได้รับคำแนะนำและชี้แจงอย่างชัดเจนเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ขณะเข้ารับบริการ	3.89	0.72	มาก
14.ท่านได้รับคำแนะนำชี้แจงอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล	3.96	0.65	มาก
15.ท่านได้รับคำชี้แจงอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	3.99	0.66	มาก
16.ท่านได้รับโอกาสให้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองจากจากแพทย์ หรือพยาบาลอย่างเพียงพอและเข้าใจ	3.45	1.09	ปานกลาง
17.ท่านได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญ หรือสถานพยาบาลแห่งอื่น	3.99	0.74	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	3.73	0.56	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก			
18.ท่านพึงพอใจกับวิธีการกำหนดสถานพยาบาลให้แก่ประชาชน	3.66	1.03	ปานกลาง
19.ท่านมีความสะดวกสบายในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล	3.27	1.16	ปานกลาง
20.ท่านรู้สึกรั้วระยะทางจากบ้าน ถึงสถานพยาบาล มีความห่างไกล	3.30	1.03	ปานกลาง
21.ท่านสามารถเดินทางไปใช้บริการจากสถานพยาบาลได้ง่าย	3.51	0.89	ปานกลาง
22.ท่านต้องเสียเวลาในการเดินทางไปสถานพยาบาลที่ใช้บริการเป็นประจำ	3.23	1.04	ปานกลาง
23.ท่านมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด ต่อสิทธิด้านสุขภาพของท่าน	4.05	0.70	มาก
24.สิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน ทำให้ท่านสะดวกสบายในการใช้สิทธิ	4.03	0.69	มาก

ตาราง 10 (ต่อ)

ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
25.ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล เป็นภาระสำหรับท่าน	2.89	1.09	ปานกลาง
26.ค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ ในการมารับบริการ สุขภาพที่สถานพยาบาลในแต่ละครั้ง เป็นภาระสำหรับท่าน	2.91	1.14	ปานกลาง
27.ค่าใช้จ่ายสำหรับ ในการมารับบริการสุขภาพที่สถานพยาบาลใน แต่ละครั้ง เป็นภาระสำหรับท่าน	2.88	1.11	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.37	0.62	ปานกลาง
ด้านการให้บริการ			
28.ความพึงพอใจของท่านต่อการบริการสุขภาพ ที่ได้รับจาก สถานพยาบาล	3.92	0.78	มาก
29.ความพึงพอใจของท่านต่อการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	3.54	1.04	ปานกลาง
30.ความพึงพอใจของท่านต่อการเยี่ยมบ้าน จากเจ้าหน้าที่ด้าน สุขภาพ	3.56	1.02	ปานกลาง
31.ความพึงพอใจของท่านต่อการตรวจสุขภาพประจำปีใน โรงพยาบาล หรือ ตรวจคัดกรองโรคในชุมชน	3.48	1.06	ปานกลาง
32.ความพึงพอใจของท่านต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การออก กำลังเพื่อช่วยป้องกันข้อยึดติดเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การ นวดเพื่อบำบัด การฟื้นฟูสุขภาพหลังการผ่าตัด การทำ กายภาพบำบัด	3.35	1.14	ปานกลาง
33.ท่านได้รับความสะดวก รวดเร็ว ในการไปรับบริการสุขภาพใน กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	3.89	0.72	มาก
34.ท่านมีความเชื่อมั่นว่าหากใช้สิทธิด้านสุขภาพของท่าน จะได้รับ บริการที่ดีมีคุณภาพเทียบเท่ากับการจ่ายเงินเอง จากสถานพยาบาล	3.79	0.76	มาก
35.ท่านมีความเชื่อมั่นในการรับบริการเมื่อเจ็บป่วยว่าจะได้รับการ รักษาทุกกรณี แม้จะเป็นโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง เช่น โรคไตวาย โรคมะเร็ง	3.95	0.68	มาก
36.ท่านมีความเชื่อมั่นต่อการรักษาโรค ที่ได้รับจากสถานพยาบาลว่า เป็นยาที่ดี และมีคุณภาพ	3.99	0.64	มาก

ตาราง 10 (ต่อ)

ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
37.ท่านมีความเชื่อมั่นว่าหากเจ็บป่วยรุนแรง ท่านจะถูกส่งตัวไปยังสถานบริการที่เชี่ยวชาญมากขึ้น ตามมาตรฐาน	3.92	0.76	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	3.74	0.56	มาก
รวมเฉลี่ยทั้งหมด	3.63	0.50	ปานกลาง

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับมุมมองความคิดเห็นต่อลักษณะการจัดบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.63$, S.D.= 0.50) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 23. ท่านมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใดต่อสิทธิด้านสุขภาพของท่าน ($\bar{x} = 4.05$, S.D.= 0.70) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 1. ท่านได้รับคำอธิบายถึงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน ($\bar{x} = 2.77$, S.D.= 1.18)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

ตาราง 11 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 370)

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	164	44.3
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	173	46.8
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	33	8.9

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.8 รองลงมา คือ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.3

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้บริการ
สุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n = 370)

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การส่งเสริมสุขภาพ			
1.ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปี ละ 1 ครั้ง	3.70	0.82	มาก
2.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย ที่ส่งเสริมให้มีในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	3.23	1.06	ปานกลาง
3.ท่านรับบริการตรวจเลือดคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตในชุมชน	3.66	0.73	ปานกลาง
4.ท่านเข้ารับการตรวจประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน	3.46	0.95	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.51	0.74	ปานกลาง
การป้องกันควบคุมโรค			
5.ท่านไปรับบริการตรวจประเมินค่าดัชนีมวลกายเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หรือไม่ให้เพิ่มขึ้น	3.29	1.03	ปานกลาง
6.ท่านไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามความจำเป็น เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนโควิด 19	4.02	0.74	มาก
7.ท่านไปรับบริการตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ปีละ 1 ครั้ง	3.48	0.85	ปานกลาง
8.ท่านไปรับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า	3.06	1.28	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.46	0.82	ปานกลาง
การรักษาพยาบาล			
9.ท่านไปซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบาย	2.85	1.14	ปานกลาง
10.ท่านจะไปพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ	3.88	0.82	ดี
11.ท่านมาตรวจตามนัดของแพทย์ทุกครั้ง	3.99	0.74	ดี
รวมค่าเฉลี่ย	3.57	0.66	ปานกลาง

ตาราง 12 (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การฟื้นฟูสภาพ			
12.ท่านได้รับการฟื้นฟูและการออกกำลังกายเสริมสร้างกล้ามเนื้อโดยระวังไม่ให้เกิดอาการบาดเจ็บ	3.00	1.17	ปานกลาง
13.ท่านได้รับการตรวจประเมินการทรงตัวและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ	3.12	1.13	ปานกลาง
14.ท่านได้รับการให้คำปรึกษาการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	3.08	1.22	ปานกลาง
15.ท่านได้การฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายเพื่อช่วยป้องกันข้อยึดติดเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การนวดเพื่อบำบัดการฟื้นฟูสุขภาพหลังการผ่าตัด การทำกายภาพบำบัด	3.06	1.27	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.06	1.14	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	3.39	0.76	ปานกลาง

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.39$, S.D. = 0.76) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.57$, S.D. = 0.66) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการฟื้นฟูสภาพ ($\bar{x} = 3.06$, S.D. = 1.14) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 6. ท่านไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามความจำเป็น เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนโควิด 19 ($\bar{x} = 4.02$, S.D. = 0.74) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 9.ท่านไปซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบาย ($\bar{x} = 2.85$, S.D. = 1.14)

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.51$, S.D. = 0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 1. ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ($\bar{x} = 3.70$, S.D. = 0.82) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือข้อ 2. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย ที่ส่งเสริมให้มีในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 3.23$, S.D. = 1.06)

ด้านการป้องกันควบคุมโรค กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการป้องกันควบคุมโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.46$, S.D. = 0.82) เมื่อพิจารณา

เป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 6. ท่านไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามความจำเป็น เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนโควิด 19 ($\bar{x} = 4.02$, S.D.= 0.74) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 8.ท่านไปรับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ($\bar{x} = 3.06$, S.D.= 1.28)

ด้านการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการรักษาพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.57$, SD. = 0.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 11. ท่านมาตรวจตามนัดของแพทย์ทุกครั้ง ($\bar{x} = 3.99$, S.D.= 0.66) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 9. ท่านไปซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบาย ($\bar{x} = 2.85$, S.D.= 1.14)

ด้านการฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการฟื้นฟูสภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.06$, SD. = 1.14) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 13.ท่านได้รับการตรวจประเมินการทรงตัวและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 3.12$, S.D.= 1.13) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 12. ท่านได้รับการฟื้นฟูและการออกกำลังกายเสริมสร้างกล้ามเนื้อโดยระวังไม่ให้เกิดอาการบาดเจ็บ ($\bar{x} = 3.00$, S.D.= 1.17)

ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

1. สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศหญิง

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพโสด

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพคู่ (ไม่ได้อยู่ด้วยกัน)/หม้าย/หย่า

ร้าง

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของไม่ได้รับการศึกษา

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพที่สร้างรายได้

b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว(สามี/ภรรยา/บุตร/หลาน)

b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสามี/ภรรยา เป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของบุตร/หลาน เป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

b_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสามี/ภรรยา ที่พาไปโรงพยาบาล

b_{11} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของบุตร/หลาน ที่พาไปโรงพยาบาล

b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

b_{13} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

b_{14} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความเสื่อมถอยของร่างกาย

b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของโรคประจำตัว

b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน

(ต้องให้คนอื่นช่วยเหลือน้อย/ต้องให้คนอื่นช่วยเหลือนมาก)

b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

b_{18} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพเพียงพอ

b_{19} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้ตอบคำถามแลกเปลี่ยนความรู้

b_{20} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการตัดสินใจด้านสุขภาพ

b_{21} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

b_{22} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ

b_{23} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของด้านขั้นตอนการให้บริการ

b_{24} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

b_{25} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

b_{26} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของด้านการให้บริการ

b_{27} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

2. ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยนี้ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา, และจิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้แก่ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก

ตาราง 13 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 370)

ตัวแปรทำนาย	b	β	t	p
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	.533	.637	19.289	< 0.001
ด้านการให้บริการ	.142	.119	3.712	< 0.001
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	.128	.118	3.571	< 0.001
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.068	.090	2.824	0.005
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.085	.088	3.275	0.001
Constant (a) = 0.154, R = 0.905, R ² = 0.819, Adjusted R ² = 0.816, F = 328.714, p-value < 0.001				

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้ทั้งหมด 5 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ($\beta = .637$, $p < 0.001$) ด้านการให้บริการ ($\beta = .119$, $p < 0.001$) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($\beta = .118$, $p < 0.001$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\beta = .090$, $p = 0.005$) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .088$, $p = 0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้ร้อยละ 81.9 ดังนี้

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ = $0.154 + 0.533$ (เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ) + 0.142 (ด้านการให้บริการ) + 0.128 (ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก) + 0.068 (ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ) + 0.085 (การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว)

จากสมการ แสดงว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.637 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้น 0.637 หน่วย

ด้านการให้บริการ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.119 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนด้านการให้บริการ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้น 0.19 หน่วย

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.118 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้น 0.118 หน่วย

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.090 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้น 0.090 หน่วย

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.088 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้น 0.088 หน่วย

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จังหวัดอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส การศึกษา อาชีพที่สร้างรายได้ รายได้ บุคคลในครอบครัว บุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย บุคคลที่พาไปโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพ ความเสื่อมถอยตามวัย โรคประจำตัว และการช่วยเหลือตนเอง 2) การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ 4) ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการให้บริการ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย เพศหญิง ในจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย เพศหญิง และมีสัญชาติไทย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 370 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.736 - 0.879 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ผู้วิจัยได้จำแนกประเด็นการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.9 มีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 55.4 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.61 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.90 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.4 และอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 41.6 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 36.8 ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวใหญ่ 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 48.1 โดยอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา บุตรหลาน ร้อยละ 47.0 ส่วนใหญ่จะมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลยามเจ็บป่วย ร้อยละ 61.9 ส่วนใหญ่บุตร/หลานจะเป็นผู้พาไปโรงพยาบาล ร้อยละ 66.8 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 ส่วนใหญ่มีความเสื่อมถอยตามวัย ร้อยละ 66.2 โดยส่วนใหญ่มีอาการปวดเข่า ร้อยละ 41.1 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.6 และพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 37.3 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสามารถการช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 79.5 มีเพียงร้อยละ 1.6 ที่ต้องให้คนอื่นมาช่วยเหลือระดับมาก

2. ผลการศึกษากการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.81$, S.D.= 0.66) แบ่งเป็น ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$, S.D.= 0.65) ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, S.D.= 0.85)

3. ผลการศึกษาคำรรับรู้ด้านสุขภาพ

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30$, S.D.= 0.77) แบ่งเป็นรายด้าน พบว่า 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.24$, S.D.= 0.90) 2) ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.21$, S.D.= 0.92) 3) ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$, S.D.= 0.79) 4) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$, S.D.= 0.87) 5) ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.53$, S.D.= 0.70) 6) ด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.04$, S.D.= 1.03)

4. ผลการศึกษาลักษณะการจัดบริการสุขภาพ

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับมุมมองของผู้สูงอายุที่มีต่อการจัดบริการสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการให้บริการ ($\bar{X} = 3.74$, S.D.= 0.56) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการให้บริการ ($\bar{X} = 3.74$, S.D.= 0.56) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 23. ท่านมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใดต่อสัทธิด้านสุขภาพของท่าน ($\bar{X} = 4.05$, S.D.= 0.70) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ1.ท่านได้รับคำอธิบายถึงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน ($\bar{X} = 2.77$, S.D.= 1.18)

5. ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.39$, S.D.= 0.76) โดยแบ่งเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.51$, SD. = 0.74) ด้านที่ 2 ด้านการป้องกันควบคุมโรค กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.46$, SD. = 0.82) ด้านที่ 3 ด้านการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.57$, SD. = 0.66) ด้านที่ 4 ด้านการฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการฟื้นฟูสภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.06$, SD. = 1.14)

6. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

จากผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้ทั้งหมด 5 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ($\beta = .637$, $p < 0.001$) ด้านการให้บริการ ($\beta = .119$, $p < 0.001$) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($\beta = .118$, $p < 0.001$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\beta = .090$, $p = 0.005$) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .088$, $p = 0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้ร้อยละ 81.9 ดังนี้ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ = $0.154 + 0.637$ (เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ) + 0.119 (ด้านการให้บริการ) + 0.118 (ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก) + 0.090 (ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ) + 0.088 (การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.39$, S.D.= 0.76) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ต้องรอบุตรหลานพาไปรับบริการ ประกอบกับจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า บุคคลที่พาไป ร.พ. ส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 66.8 สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ (2559) ซึ่งศึกษาการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมสามารถเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.56) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนาในภาพรวมมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63 อาจเนื่องจากในเขตกรุงเทพมหานคร มีการคมนาคมหลากหลาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความที่สะดวกที่จะไปใช้บริการสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการรักษาพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ การไปตรวจตามนัดของแพทย์ทุกครั้ง อาจเนื่องมาจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความสนใจในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งจากข้อมูลความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.24$, S.D.= 0.90) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด การได้รับบริการฟื้นฟูและการออกกำลังกาย เสริมสร้างกล้ามเนื้อโดยระวังไม่ให้เกิดอาการบาดเจ็บ อาจเนื่องมาจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ถึงร้อยละ 79.5

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์

จากผลการศึกษา พบว่า พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ทั้งหมด 6 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 2) ด้านการให้บริการ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 5) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า

1. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับแนวคิดของแบบจำลองการให้บริการสุขภาพ (Andersen's Behavioral Model of Health Services Utilization) (Andersen, 1995) ซึ่งแนวคิดนี้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพหรือไม่ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับบุคลากรผู้ให้บริการอย่างพอเพียงและทั่วถึง รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้บริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์เชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความรู้ ความชำนาญ และมีความพึงพอใจกับผลการรักษาที่ได้รับ จากข้อมูลด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 4. ท่านมั่นใจว่าสถานบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่าน ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 0.81) ดังนั้น เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจึงมีส่วนสำคัญในการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาจารย์ เชิดชู และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร งามขำ และคณะ (2561) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และให้บริการด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ

2. ด้านการให้บริการ พบว่า ด้านการให้บริการ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) จากข้อมูลด้านการให้บริการ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 36.ท่านมีความเชื่อมั่นต่อยารักษาโรค ที่ได้รับจากสถานพยาบาลว่าเป็นยาที่ดี และมีคุณภาพ ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = 0.64) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับแนวคิดของ Aday & Anderson (1981) ที่กล่าวว่า จุดสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นนั้นได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน การใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความเป็นจริง ทุกสิ่งจะต้องมีความสะดวกต่อการให้บริการของบุคคลนั้น (Andersen, 1995) การเข้าถึงบริการเป็นลักษณะเฉพาะของประชากรหรือลักษณะเฉพาะของระบบบริการ ซึ่งประเมินได้จากผลลัพธ์ของประสบการณ์แต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดระบบบริการให้ดีและคุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ โดยพบว่า การจัดระบบบริการให้ดีขึ้น ด้วยการจัดบริการให้มีขั้นตอนการให้บริการที่สะดวก เข้าใจง่าย มีเจ้าหน้าที่พร้อมให้คำปรึกษา มีการอธิบายขั้นตอนการใช้บริการเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ

สุรลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์ และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ความพึงพอใจในด้านที่มีขั้นตอนการบริการที่เข้าใจง่าย สะดวก และความสะดวกสบายของบริการที่มีอยู่ ของสถานบริการ ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น

3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) จากข้อมูลด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 23. ท่านมีความพึงพอใจต่อสิทธิด้านสุขภาพของท่าน ($\bar{x} = 4.05$, S.D. = 0.70) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของ อะเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1975) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ นโยบายด้านการรู้สิทธิลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ระยะทางจากบ้าน ถึงสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ยานพาหนะในการเดินทาง รายได้ ภาวะเจ็บป่วย และผู้ดูแล ดังนั้น สิ่งอำนวยความสะดวกจึงมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา ณ บางช้าง และ ไพบุลย์ อาชารุ่งโรจน์ (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการ เช่น ขั้นตอนการให้บริการของโรงพยาบาล มีความสะดวก ไม่ซับซ้อน มีผลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพ และ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย คุณนิพนธ์ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.005$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ การจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุและคนทุกวัย โดยส่งเสริมแรงจูงใจและสร้างมาตรการจูงใจให้มีการนำแนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design) มาปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมอย่างครอบคลุมทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่สาธารณะ เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงได้อย่างสะดวกและปลอดภัย รวมถึงการพัฒนากระบวนการข้อมูลผู้สูงอายุ ด้วยการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและมีความละเอียด เป็นการเฉพาะโดยมีการแยกแยะกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับอายุหรือระดับการพึ่งพา (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนรองรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและการวางแผน ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุมีการเข้าถึงข้อมูลและแหล่งบริการสุขภาพได้ดี ก็ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล (2558) ที่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุสามารถเลือกแหล่งข้อมูลในการดูแล

สุขภาพ รู้วิธีการสืบค้นข้อมูล เลือกสรรข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเอง หรือ เข้าถึงการใช้บริการสุขภาพได้มากขึ้น

5. แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$) จากข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 6.สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปรักษาเมื่อท่านเจ็บป่วย ($\bar{x} = 4.07$, S.D.=0.68) และข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 9.อาสาสมัครสาธารณสุขให้คำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายของท่าน ($\bar{x} = 3.73$, S.D.= 0.92) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ และยังมีบุคคลในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุน ทำให้ผู้สูงอายุสะดวกสบายต่อการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร งามขำ และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนด้านการประเมินผลและด้านข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนาเข้ารับบริการสุขภาพได้ระดับดี โดยพบว่าถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลที่สูงขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ไทยแท้, ปริญาภรณ์ ธนะบุญปวง, และทิวา มหาพรหม (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้สูงสุด (Beta = .67, $p < .05$) โดยร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 53.20 ($R^2 = .535$, $p = .003$)

ทั้งนี้ ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านการให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถรวมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้ร้อยละ 81.9

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสาธารณสุข ควรจัดระบบบริการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้น โดยคำนึงถึงมุมมองของผู้สูงอายุที่มีต่อการจัดบริการสุขภาพ โดยประกอบไปด้วย ขั้นตอนการให้บริการ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก การให้บริการ ควบคู่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครอบครัว เนื่องจากพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก และการให้บริการ มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. หน่วยบริการสาธารณสุขและหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ควรจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมกับบุคคลในครอบครัวและผู้สูงอายุ ในการทำกิจกรรมร่วมกัน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. หน่วยบริการสาธารณสุขและหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ควรจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพครบทุกด้าน ในการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ร่วมในการทำความเข้าใจ การประเมินและตัดสินใจ บริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดหรือเรียนรู้ การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยนความรู้ การจัดการสุขภาพ ที่เป็นการใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม การบอกต่อเพื่อสร้างเสริม ป้องกัน ดูแลสุขภาพ และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองให้ได้อยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยถึงทดลองเพื่อศึกษาหารูปแบบในการจัดบริการสุขภาพที่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าใช้บริการสุขภาพได้มากขึ้น
2. ควรมีการนำทฤษฎี PRECEDE Model มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบ ช่วงอายุ เขตพื้นที่เมือง ชนบท และกลุ่มศักยภาพ เพื่อสามารถนำไปสู่การจำแนกรูปแบบการวางระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). *สังคมสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.
- เกษมณี นบน์อม, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, ภัทรพล โพนไพรสันต์ และสุไวยรินทร์ ศรีชัย. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภออุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 65-84.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 1-8.
- คลังข้อมูลสุขภาพ. (17 พฤษภาคม 2564). จำนวนผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ. อุดรดิตย์, ไทย. <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำพราว. (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 123-127.
- ธนันต์ ศุภศิริ, และอานนท์ วรยิ่งยง. (2562). การสำรวจสถานะสุขภาพและมุมมองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสระบุรี. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 72(3), 193-200.
- นงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑทาศ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอิง และน้ำฝน วชิรรัตนพงษ์ เมี. (2563). พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 . *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(2), 201-210.
- นิทรา กิจธีระวุฒินงษ์. (2561). *การวิจัยทางสาธารณสุข: จากหลักการสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: บริษัท พรินเตอร์ จำกัด
- ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ฤทธิ ภาวนานันท์, สุรชาติ ณ หนองคาย, และวิริณธ์ กิตติพิชัย. (2559). การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารการพยาบาล*, 18(2), 42-50.

- พนัธิตรา สิงห์เขียว. (2558). พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร : วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 23(3), 46-59.
- ยมนา ชนะนิล, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2563). ภาวะพลพลั้งของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(2), 83-92.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. (2560). *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 134, ตอนที่ 40ก, หน้า 1-90.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มალიณี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, วรเวศม์ สุวรรณระดา, และวิราภรณ์ โพธิศิริ. (2556). รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรัล ชุนวิทยา, นุชนาฏ รักษ์, กันนิกา เพิ่มพูนพัฒนา, อีรดา ข่านอง และอริวัฒน์ เจียวิวรรณกุล. (2565). สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ: ชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. *วารสารมนุษยกับสังคม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(2), 73-96.
- ศศิวิมล บุณยะเรข, พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา, ไชนภา แก้วจันทรา และมณูชพาณี ขำวงษ์. (2560). ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(2), 54-63.
- ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, และจารุวรรณ หมั่นมี. (2561). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(2), 91-104.
- ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม, และยุพาพร หอมสมบัติ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(33), 88-106.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *สุขภาพคนไทย 2563: สองทศวรรษปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลว และความสำเร็จ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอุดรธานี. (2563). *รายงานสถานการณ์ทางสังคม จังหวัดอุดรธานี ประจำปี 2563*. อุดรธานี: สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอุดรธานี.

- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอุดรธานี. (2565). *รายงานสถานการณ์ทางสังคม จังหวัดอุดรธานี ประจำปี 2565*. อุดรธานี: สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอุดรธานี..
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *รายงานประจำปี 2562*. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ80 พรรษา.
- สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, และจารุวรรณ หมั่นมี. (2562). ความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชนบท อำเภอเวียงเหนือ จังหวัดสระบุรี. *วารสารแพทยนาวิ*, 46(2), 215-230.
- สุพิชญา หวังปิตินาณิชย์. (2561). การจัดการทรัพยากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(2), 111-125.
- สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(6), 1156-1164.
- สมิตพร จอมจันทร์, จินตวิมล เป้นแก้ว และพิมพ์ใจ อุ้นบ้าน. (2559). การสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 22(2), 28-35.
- สุภาพ ไทยแท้, ปริญญารัตน์ ธนะบุญปวง, และทิวา มหาพรหม. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. *วารสารแพทยนาวิ*, 48(2), 393-406.
- อภิชัย คุณิพงษ์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(5), 75-80.
- อาจรีย์ เชิดชู, ฉวีวรรณ บุญสุยา, และชนินทร์ เจริญกุล. (2562). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 12(2), 1-13.
- อำไพรัตน์ อักษรพรหม และกฤษณา รุ่งโรจน์วิชัย. (2561). การได้รับและการเข้าถึงสวัสดิการสังคมสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 26(2), 41-58.
- Fu, X., Sun, N., Xu, F., Li, J., Tang, Q., He, J., . . . Sun, C. (2018). Influencing factors of inequity in health services utilization among the elderly in China. *Int J Equity Health*, 17(1), 144. doi:10.1186/s12939-018-0861-6

- Higuchi, M., Suzuki, K., Ashida, T., Kondo, N., & Kondo, K. (2018). Social Support and Access to Health Care Among Older People in Japan: Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). *Asia Pac J Public Health*, 30(5), 425-436. doi:10.1177/1010539518786516
- Lin, Y., Chu, C., Chen, Q., Xiao, J., & Wan, C. (2020). Factors influencing utilization of primary health care by elderly internal migrants in China: the role of social contacts. *BMC Public Health*, 20(1), 1054. doi:10.1186/s12889-020-09178-3
- in China: the role of social contacts. *BMC Public Health*, 20(1), 1054. doi:10.1186/s12889-020-09178-3





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ศึกษา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ยา วัฒนสินธุ์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



ภาคผนวก ข ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เพศหญิง (หญิง = 1, ชาย = 0)
อายุ (ปี)	อัตราส่วน
สถานภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สถานภาพโสด (อ้างอิง)
ระดับการศึกษา	สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน (คู่อยู่ด้วยกัน = 1, อื่น ๆ = 0)
	สถานภาพคู่ไม่อยู่ด้วยกัน (คู่ไม่อยู่ด้วยกัน = 1, อื่น ๆ = 0)
	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	การศึกษาไม่ได้ศึกษา (อ้างอิง)
อาชีพ	การศึกษามีการศึกษา (มีการศึกษา = 1, อื่น ๆ = 0)
	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	ไม่มีอาชีพ (อ้างอิง)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท/เดือน)	มีอาชีพ (มีอาชีพ = 1, อื่น ๆ = 0)
	อัตราส่วน
	อัตราส่วน
การอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	อยู่คนเดียว (อ้างอิง)
	อยู่กับสามี/ภรรยา (สามี/ภรรยา = 1, อื่น ๆ = 0)
	อยู่กับบุตร/หลาน (บุตร/หลาน = 1, อื่น ๆ = 0)
	สามี/ภรรยา + บุตร/หลาน + อยู่ในระแวกเดียวกัน (สามี/ภรรยา + บุตร/หลาน + อยู่ในระแวกเดียวกัน = 1, อื่น ๆ = 0)
บุคคลที่ดูแลยามเจ็บป่วย	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	อยู่คนเดียว (อ้างอิง)
	อยู่กับสามี/ภรรยา (สามี/ภรรยา = 1, อื่น ๆ = 0)
	อยู่กับบุตร/หลาน (บุตร/หลาน = 1, อื่น ๆ = 0)
บุคคลที่พาไปสถานบริการสาธารณสุข	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	อยู่คนเดียว (อ้างอิง)
	อยู่กับสามี/ภรรยา (สามี/ภรรยา = 1, อื่น ๆ = 0)
	อยู่กับบุตร/หลาน (บุตร/หลาน = 1, อื่น ๆ = 0)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ภาวะสุขภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สุขภาพดี (อ้างอิง) สุขภาพดี (สุขภาพดี = 1, อื่น ๆ = 0) สุขภาพปานกลาง (สุขภาพปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0) สุขภาพไม่ดี (สุขภาพไม่ดี = 1, อื่น ๆ = 0)
ความเสื่อมถอยของร่างกาย	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย (อ้างอิง) ความเสื่อมถอยของร่างกาย (มีความเสื่อมถอยของร่างกาย = 1, อื่น ๆ = 0)
โรคประจำตัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มีโรคประจำตัว (อ้างอิง) มีโรคประจำตัว (มีโรคประจำตัว = 1, อื่น ๆ = 0)
การช่วยเหลือตนเอง	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ทำได้เองทั้งหมด (อ้างอิง) ต้องให้คนอื่นช่วยเหลือบ้าง (ต้องให้คนอื่นช่วยเหลือบ้าง = 1, อื่น ๆ = 0) ต้องให้คนอื่นช่วยเหลือมาก (ต้องให้คนอื่นช่วยเหลือมาก = 1, อื่น ๆ = 0)

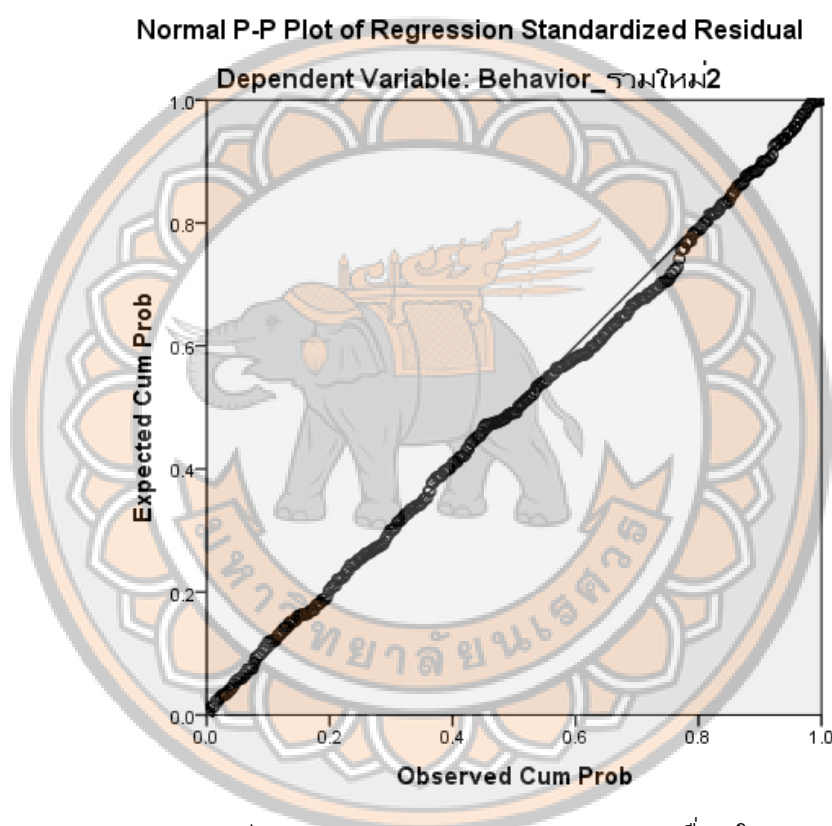
ภาคผนวก ข ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (คะแนน)	อัตราส่วน
แรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน (คะแนน)	อัตราส่วน
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (คะแนน)	อัตราส่วน
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ (คะแนน)	อัตราส่วน
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ (คะแนน)	อัตราส่วน
การตัดสินใจด้านสุขภาพ (คะแนน)	อัตราส่วน
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (คะแนน)	อัตราส่วน
การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ (คะแนน)	อัตราส่วน
ด้านขั้นตอนการให้บริการ (คะแนน)	อัตราส่วน
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (คะแนน)	อัตราส่วน
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (คะแนน)	อัตราส่วน
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	อัตราส่วน
ด้านการให้บริการ	อัตราส่วน
พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	อัตราส่วน

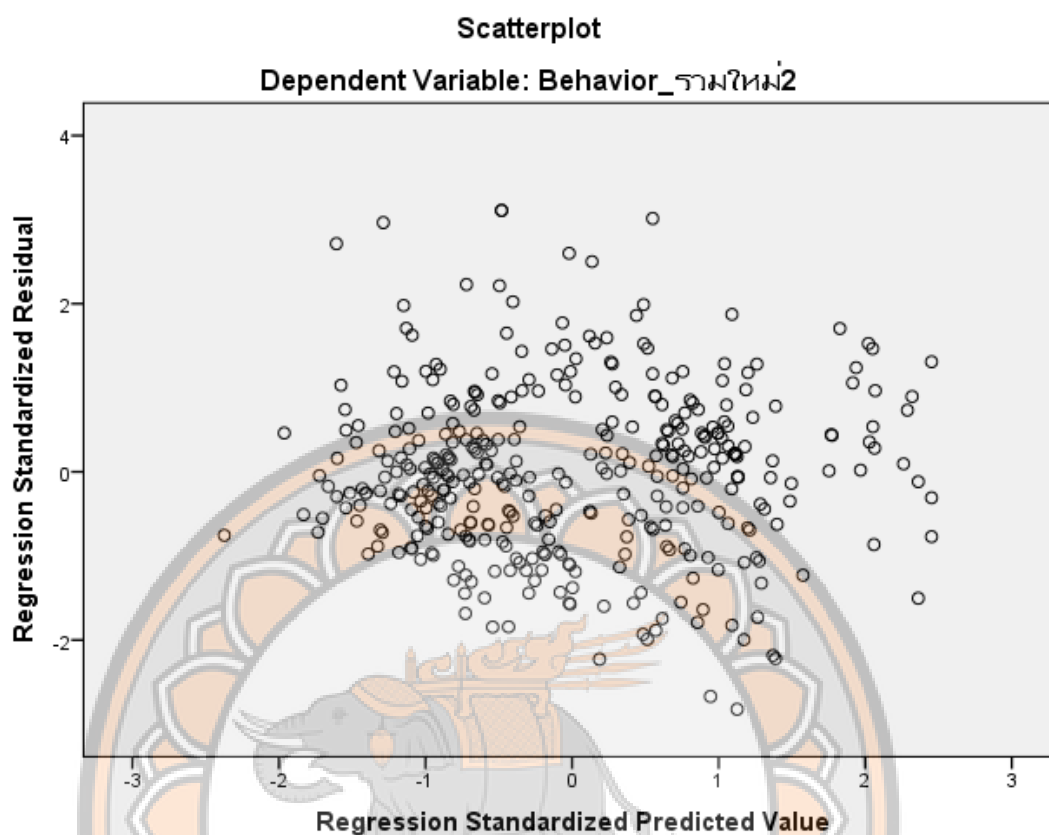
ภาคผนวก ค การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน (Data Distributions) พบว่าการแจกแจงค่าความคลาดเคลื่อนมีการเกาะหรืออยู่ไม่ห่างจากเส้นทแยงมุม หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ



2. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวคือ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



3. ตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.761 ซึ่งมีค่าใกล้ 2 (อยู่ในช่วง 1.5-2.5) หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ มีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

Model Summary^f

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.876 ^a	.768	.767	.32466	.768	1216.972	1	368	.000	1.761
2	.891 ^b	.794	.793	.30608	.026	47.039	1	367	.000	
3	.899 ^c	.808	.807	.29576	.014	27.046	1	366	.000	
4	.903 ^d	.815	.813	.29122	.006	12.519	1	365	.000	
5	.905 ^e	.819	.816	.28847	.004	7.975	1	364	.005	

a. Predictors: (Constant), hs_Staff_รวมใหม่

b. Predictors: (Constant), hs_Staff_รวมใหม่, hs_Service_รวม

c. Predictors: (Constant), hs_Staff_รวมใหม่, hs_Service_รวม, hs_Convenience_รวม

d. Predictors: (Constant), hs_Staff_รวมใหม่, hs_Service_รวม, hs_Convenience_รวม, ss1_รวม

e. Predictors: (Constant), hs_Staff_รวมใหม่, hs_Service_รวม, hs_Convenience_รวม, ss1_รวม, hk_Access_รวม

f. Dependent Variable: Behavior_รวมใหม่2

4. การตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ($E(e) = 0$) หาค่าเฉลี่ยค่า a และ b โดยทำให้ผลบวกกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมีค่าต่ำสุด จะทำให้ $\sum e_i = 0$ ซึ่งค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน $= E(e) = \sum e_i/n = 0$ ดังนั้นเงื่อนไขนี้เป็นจริงเสมอ

ทดสอบโดยใช้สถิติ t-test

H_0 : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน = 0

H_a : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน ไม่เท่ากับ 0

กำหนดระดับนัยสำคัญ (p-value) = 0.05

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Unstandardized Residual	.000	369	1.000	0E-8	-.0292900	.0292900

จากผลการทดสอบพบว่าค่า $p\text{-value} = 1.000$ ซึ่งมากกว่าค่า 0.05 ตามที่กำหนดไว้ จึงยอมรับค่า H_0 : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน (e) = 0 นั่นคือ ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนไม่ต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยดูจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance พบว่า ค่าของตัวแปร VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 2.187 ซึ่งไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 1.000 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.2 แสดงว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	.669	.073		9.228	.000		
	hs_Staff_รวมใหม่	.733	.021	.876	34.885	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	.105	.107		.986	.325		
	hs_Staff_รวมใหม่	.625	.025	.746	24.619	.000	.610	1.639
	hs_Service_รวม	.248	.036	.208	6.858	.000	.610	1.639
3	(Constant)	-.081	.109		-.741	.459		
	hs_Staff_รวมใหม่	.562	.027	.672	20.635	.000	.493	2.027
	hs_Service_รวม	.198	.036	.166	5.453	.000	.567	1.765
	hs_Convenience_รวม	.173	.033	.159	5.201	.000	.559	1.789
4	(Constant)	-.200	.113		-1.777	.076		
	hs_Staff_รวมใหม่	.552	.027	.660	20.454	.000	.488	2.051
	hs_Service_รวม	.147	.038	.123	3.830	.000	.489	2.047
	hs_Convenience_รวม	.171	.033	.158	5.227	.000	.559	1.790
	ss1_รวม	.092	.026	.095	3.538	.000	.702	1.424
5	(Constant)	-.154	.113		-1.365	.173		
	hs_Staff_รวมใหม่	.533	.028	.637	19.289	.000	.457	2.187
	hs_Service_รวม	.142	.038	.119	3.712	.000	.487	2.052
	hs_Convenience_รวม	.128	.036	.118	3.571	.000	.457	2.186
	ss1_รวม	.085	.026	.088	3.275	.001	.695	1.439
	hk_Access_รวม	.068	.024	.090	2.824	.005	.492	2.032

a. Dependent Variable: Behavior_รวมใหม่2

ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม □□□

แบบสอบถามงานวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ตามความเป็นจริงโดยไม่ต้องเขียนชื่อ-สกุล และที่อยู่ของท่าน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการศึกษาเพื่อทำการวิจัยในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ทั้งนี้ข้อมูลที่ท่านตอบจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน แก้ไขและพัฒนาในการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่มากที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากที่สุด อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจต่อไป

โดยเนื้อหาแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 มุมมองของผู้สูงอายุที่มีต่อการจัดบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

โดยขอให้ท่านอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามในแต่ละส่วนก่อนลงมือทำ และโปรดตอบให้ครบทุกข้อตามประเด็นนั้น ๆ ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณอย่างยิ่ง

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ () หรือกรอกรายละเอียดลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุปี (นับจำนวนเต็มปีถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม)
3. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. คู่อยู่ร่วมกัน () 3. คู่ไม่ได้อยู่ร่วมกัน
() 4. หม้าย () 5. หย่า/ร้าง
4. การศึกษา
() 1. ไม่ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.6)/ปวช.
() 5. อนุปริญญา/ ปวส. () 6. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() 7. สูงกว่าปริญญาตรี
5. ท่านมีอาชีพที่สามารถสร้างรายได้
() 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ
6. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท (โปรดระบุ)
7. บุคคลในครอบครัวมีใครบ้าง(ตอบได้หลายข้อ) รวม.....คน
() 1. อยู่คนเดียว () 2. สามี/ภรรยา
() 3. บุตร/หลาน () 4. อื่น ๆ โปรดระบุ ...
8. บุคคลหลักที่ดูแลท่านยามเจ็บป่วย(ตอบเพียงข้อเดียว)
() 1. ตนเอง () 2. สามี/ภรรยา () 3. บุตร/หลาน
() 4. อื่น ๆ โปรดระบุ
9. บุคคลหลักที่พาท่านไปสถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย(ตอบเพียงข้อเดียว)
() 1. ตนเอง () 2. สามี/ภรรยา () 3. บุตร/หลาน
() 4. อื่น ๆ โปรดระบุ
10. ท่านคิดว่าในปีที่ผ่านมาภาวะสุขภาพ โดยรวมท่านเป็นอย่างไร
() 1. ดีมาก () 2. ดี () 3. ปานกลาง () 4. ไม่ดี
() 5. ไม่ดีมาก ๆ
11. ท่านมีความเสื่อมถอยตามวัยหรือสภาพของร่างกายที่ท่านทำงานได้ไม่เหมือนเดิม
() 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ

12. ท่านมีโรคประจำตัว

() 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ

13. ท่านสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน

() 1. ทำได้เองทั้งหมด () 2. ต้องให้คนอื่นช่วยเหลือบ้าง

() 3. ต้องให้คนอื่นช่วยเหลือมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย
น้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนมากที่สุด



ลำดับ	ข้อความ	ระดับการสนับสนุน				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	<u>การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว</u>					
1	สมาชิกในครอบครัว ห่วงใย ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจท่าน เมื่อท่านไม่สบายใจ					
2	สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนท่านให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนหรืองานประเพณีต่าง ๆ					
3	สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนท่าน เมื่อมีนัดพบแพทย์หรือนัดอื่น ๆ หรือพาท่านมาตรวจเสมอ					
4	สมาชิกในครอบครัว ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของท่าน					
5	สมาชิกในครอบครัว พร้อมให้การสนับสนุนเวลาสิ่งของ หรือค่าใช้จ่ายให้กับท่าน เพื่อส่งเสริมให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น					
6	สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปรักษาเมื่อท่านเจ็บป่วย					
	<u>การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน</u>					
7	เพื่อนบ้าน พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อท่าน ไม่สบายหรือเจ็บป่วย					
8	อาสาสมัครสาธารณสุขสนับสนุนอย่างเข้มแข็ง พร้อมเป็นกำลังใจให้กับท่าน ในการทำกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของท่าน					
9	อาสาสมัครสาธารณสุขให้คำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายของท่าน					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับ ความเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ซึ่งในแต่ละข้อให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่เคยปฏิบัติเลย

น้อย หมายถึงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ปฏิบัติ 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์

ปานกลาง หมายถึงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ปฏิบัติ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์

มาก หมายถึงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ปฏิบัติ 5 - 6 ครั้งต่อสัปดาห์

มากที่สุด หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ปฏิบัติทุกวัน

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรู้				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
1	ท่านสามารถหาข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งได้ เช่น จากบุคคลผู้รู้ สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ เป็นต้น					
2	ท่านพร้อมเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอ เพื่อท่านจะได้เป็นผู้มีสุขภาพดี					
3	ท่านสามารถไปพบแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข หรือ ผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อ ตามที่ท่าน ต้องการ					
4	ท่านมั่นใจว่าสถานบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการ ของท่าน					
	ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ					
5	ท่านสามารถอ่านคำแนะนำในคู่มือ หรือเอกสารแผ่น พับที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้					
6	ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ หรือ เอกสารแผ่นพับ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและ ป้องกันโรคได้					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรอบรู้				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7	ท่านรู้และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อสารมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หนังสือ นิตยสาร เป็นต้น					
8	ท่านเข้าใจถึงเหตุผลของการเตือนภัยด้านสุขภาพจากภาครัฐ เช่น การรณรงค์ไม่กินหวานมันเค็ม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา การฉีดวัคซีน การป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ เป็นต้น					
9	ท่านเข้าใจในคำอธิบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องข้อมูลเรื่องโรค อาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้					
	การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้					
10	ท่านสามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านให้แพทย์หรือพยาบาลรับรู้และเข้าใจสุขภาพของท่านได้					
11	ท่านสามารถซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับแพทย์ หรือพยาบาล เพื่อการป้องกัน ดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้					
12	ท่านสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้กระจ่างชัดและหายข้อสงสัย					
	การตัดสินใจด้านสุขภาพ					
13	เมื่อมีข้อมูลเรื่องสุขภาพใหม่ ๆ เข้ามา ท่านจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					
14	หากมีบุคคลมาแนะนำ หรือมีโฆษณาเชิญชวนให้ใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพที่มีคนใช้แล้วได้ผล ท่านจะไตร่ตรองถึงเหตุผล คุณค่าตามความเป็นจริงก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความรอบรู้				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
15	ท่านตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการสอบถามจากผู้รู้ด้านสุขภาพนั้น ก่อนที่จะนำข้อมูลไปใช้หรือปฏิบัติตาม					
	การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง					
16	ท่านควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น ชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกายเสมอ					
17	ท่านสังเกต การเปลี่ยนแปลงสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง เพื่อหมั่นดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น					
18	ท่านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้อยู่ในสถานที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดี					
19	ท่านสามารถแบ่งเวลาเพื่อการทำกิจกรรมป้องกันดูแลสุขภาพของตนเองได้					
20	ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง โดยไม่ปล่อยให้มีอาการเรื้อรังหรือมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น					
	การบอกรับในการป้องกันดูแลสุขภาพ					
21	ท่านชักชวนให้ผู้อื่นลดการกระทำที่มีผลเสียต่อสุขภาพตนเองได้					
22	ท่านชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่มีผลดีต่อสุขภาพตนเองได้					
23	ท่านสามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้ดีเสมอ					
24	ท่านนำเสนอวิธีการดูแลสุขภาพที่ได้ผลดี ให้กับผู้อื่นหรือคนรอบข้างได้นำไปปฏิบัติตามเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้					

ส่วนที่ 4 มุมมองของผู้สูงอายุที่มีต่อการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านการให้บริการ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือ ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่านน้อย
 เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่านปานกลาง
 เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมาก
 เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ด้านขั้นตอนการให้บริการ					
1	ท่านได้รับคำอธิบายถึงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน					
2	ท่านพึงพอใจ ต่อขั้นตอนการรับบริการของสถานพยาบาลที่ใช้บริการบ่อยที่สุด เช่น การยื่นเอกสาร การกรอกข้อมูล เป็นต้น					
3	ท่านพึงพอใจ ต่อการกำหนดเวลาที่แพทย์ทำการตรวจโรคทั่วไป (8.00 - 16.00 น.)					
	ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ					
4	เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ มีความเอื้ออาทรต่อท่าน					
5	ท่านมีความพึงพอใจ ต่อการบริการของเจ้าหน้าที่แผนกต่าง ๆ ในสถานพยาบาลที่ใช้บริการเป็นประจำ					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6	ท่านมีความเชื่อมั่น ต่อการรักษาของเจ้าหน้าที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการการตรวจและวินิจฉัยอาการของท่าน					
7	ท่านได้รับคำอธิบายในเข้าการรับบริการของสถานพยาบาลอย่างชัดเจน					
	ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
8	ท่านได้รับคำอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพด้วยภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย					
9	ท่านได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับข้อดีข้อเสีย และความเสี่ยงของแผนการรักษาพยาบาลก่อนให้การรักษาพยาบาลจากแพทย์ หรือพยาบาล					
10	ท่านได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการ ความจำเป็นและประโยชน์ของการตรวจวินิจฉัย เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเอกซเรย์ เป็นต้น					
11	ท่านได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับผลของการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ หรือพยาบาล					
12	ท่านได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของยา สรรพคุณ และอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาพยาบาล					
13	ท่านได้รับคำแนะนำและชี้แจงอย่างชัดเจนเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ขณะเข้ารับบริการ					
14	ท่านได้รับคำแนะนำชี้แจงอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
15	ท่านได้รับคำชี้แจงอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล					
16	ท่านได้รับโอกาสให้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองจากจากแพทย์ หรือพยาบาลอย่างเพียงพอและเข้าใจ					
17	ท่านได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญ หรือสถานพยาบาลแห่งอื่น					
	ด้านสิ่งแวดล้อมความสะดวก					
18	ท่านพึงพอใจกับวิธีการกำหนดสถานพยาบาลให้แก่ประชาชน					
19	ท่านมีความสะดวกสบายในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล					
20	ท่านรู้สึกระยะทางจากบ้าน ถึงสถานพยาบาลมีความห่างไกล					
21	ท่านสามารถเดินทางไปใช้บริการจากสถานพยาบาลได้ง่าย					
22	ท่านต้องเสียเวลาในการเดินทางไปสถานพยาบาลที่ใช้บริการเป็นประจำ					
23	ท่านมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด ต่อสิทธิด้านสุขภาพของท่าน					
24	สิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน ทำให้ท่านสะดวกสบายในการใช้สิทธิ					
25	ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล เป็นภาระสำหรับท่าน					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
26	ค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ ในการมารับบริการสุขภาพที่สถานพยาบาลในแต่ละครั้ง เป็นภาระสำหรับท่าน					
27	ค่าใช้จ่ายสำหรับ ในการมารับบริการสุขภาพที่สถานพยาบาลในแต่ละครั้ง เป็นภาระสำหรับท่าน					
	ด้านการให้บริการ					
28	ความพึงพอใจของท่านต่อการบริการสุขภาพ ที่ได้รับจากสถานพยาบาล					
29	ความพึงพอใจของท่านต่อการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย					
30	ความพึงพอใจของท่านต่อการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ					
31	ความพึงพอใจของท่านต่อการตรวจสุขภาพประจำปีในโรงพยาบาล หรือ ตรวจคัดกรองโรคในชุมชน					
32	ความพึงพอใจของท่านต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายเพื่อช่วยป้องกันข้อยึดติดเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การนวดเพื่อบำบัด การฟื้นฟูสุขภาพหลังการผ่าตัด การทำกายภาพบำบัด					
33	ท่านได้รับความสะดวก รวดเร็ว ในการไปรับบริการสุขภาพในกรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ					
34	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าหากใช้สิทธิด้านสุขภาพของท่าน จะได้รับการที่มีคุณภาพเทียบเท่ากับการจ่ายเงินเอง จากสถานพยาบาล					
35	ท่านมีความเชื่อมั่นในการรับบริการเมื่อเจ็บป่วยว่าจะได้รับการรักษาทุกกรณี แม้จะเป็นโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง เช่น โรคไตวาย โรคมะเร็ง					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
36	ท่านมีความเชื่อมั่นต่อยารักษาโรค ที่ได้รับจากสถานพยาบาลว่าเป็นยาที่ดี และมีคุณภาพ					
37	ท่านมีความเชื่อมั่นว่าหากเจ็บป่วยรุนแรง ท่านจะถูกส่งตัวไปยังสถานบริการที่เชี่ยวชาญมากขึ้น ตามมาตรฐาน					

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือ ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านใช้บริการน้อยที่สุดหรือไม่ได้ใช้บริการ
 น้อย หมายถึง ท่านใช้บริการน้อย
 ปานกลาง หมายถึง ท่านใช้บริการปานกลาง
 มาก หมายถึง ท่านใช้บริการมาก
 เป็นประจำ หมายถึง ท่านใช้บริการเป็นประจำ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับ				
		ไม่เคยปฏิบัติ	น้อย	ปานกลาง	มาก	เป็นประจำ
	การส่งเสริมสุขภาพ					
1	ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปี ละ 1 ครั้ง					
2	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย ที่ส่งเสริมให้มีในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ					
3	ท่านรับบริการตรวจเลือดคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตในชุมชน					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับ				
		ไม่เคยปฏิบัติ	น้อย	ปานกลาง	มาก	เป็นประจำ
4	ท่านเข้ารับการตรวจประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน					
	การป้องกันควบคุมโรค					
5	ท่านไปรับบริการตรวจประเมินค่าดัชนีมวลกายเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หรือไม่ให้เพิ่มขึ้น					
6	ท่านไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามความจำเป็น เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนโควิด 19					
7	ท่านไปรับบริการตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ปีละ 1 ครั้ง					
8	ท่านไปรับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า					
	การรักษาพยาบาล					
9	ท่านไปซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบาย					
10	ท่านจะไปพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ					
11	ท่านมาตรวจตามนัดของแพทย์ทุกครั้ง					
	การฟื้นฟูสภาพ					
12	ท่านได้รับบริการฟื้นฟูและการออกกำลังกาย เสริมสร้างกล้ามเนื้อโดยระวังไม่ให้เกิดอาการบาดเจ็บ					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับ				
		ไม่เคยปฏิบัติ	น้อย	ปานกลาง	มาก	เป็นประจำ
13	ท่านได้รับการตรวจประเมินการทรงตัวและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ					
14	ท่านได้รับการให้คำปรึกษาการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ					
15	ท่านได้การฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายเพื่อช่วยป้องกันข้อยึดติดเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การนวดเพื่อบำบัด การฟื้นฟูสุขภาพหลังการผ่าตัด การทำกายภาพบำบัด					

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

