PDF/46/2540-ผศ.ดร. สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
THE THAILAND RESEARCH FUND

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

The Analysis of Expenditure and Utility of the Elderly Health Care Service : Chronic Non-Communicable Disease

โดย

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

กรกฎาคม 2542

สัญญาเลขที่ PDF / 46 / 2540

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ : กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

The Analysis of Expenditure and Utility of the Elderly Health Care Service : Chronic Non-Communicable Disease

คณะผู้วิจัย สังกัด

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

นักวิจัยที่ปรึกษา สังกัด

1. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินงานวิจัยในเรื่องนี้สามารถสำเร็จได้ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา และ นายแพทย์ ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เมธีวิจัยอาวุโส สกว. ปี 2540-2544 จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณารับเป็นนักวิจัยที่ปรึกษา สละเวลาให้คำแนะนำ ในการศึกษาค้นคว้า การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยด้วยความกรุณายิ่งตลอดระยะของการวิจัย รวมทั้งให้ข้อวิจารณ์ผลงานครั้งนี้ด้วย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ให้ความเมตตาต่อผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบพระคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงานเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ทั้ง 6 คน ที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยครั้งนี้ด้วยความตั้งใจและมีรับผิดชอบอย่างสูง

ที่มิอาจลืมได้คือต้องขอขอบพระคุณบุคลากรผู้ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กรุณาตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณอย่างสูงแด่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กุศลกรรมดังกล่าวจงส่งผลให้ท่านทั้งหลายมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ขอขอบพระคุณท่านคณบดี คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลชุมชน และ ดร. เพียงใจ สัตยุดม์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้โอกาส ให้เวลา ให้ความเข้าใจ และช่วยเหลือในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้

คุณความดีและประโยชน์ของงานวิจัยนี้ขออุทิศแด่คุณพ่อซึ่งป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

กรกฎาคม 2542

รหัสโครงการ : PDF / 46 /2540

ชื่อเรื่อง : การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

นักวิจัย : สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ , ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail Address : suwanna@bucc4.buu.ac.th

นักวิจัยที่ปรึกษา : พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ , Ed.D. (Nurs. Org. Executive Role)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร , M.D., Ph.D.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย : 1 สิงหาคม 2540 ถึง 31 กรกฎาคม 2542

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประโยชน์ที่เกิดขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

ระเบียบวิธีการวิจัย : การวิจัยนี้สำรวจผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปีที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและที่บ้าน โรงพยาบาลของรัฐบาลในภาคตะวันออก จำนวน 400 คนสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ และศึกษาบุคลากรจำนวน 157 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย : ค่าใช้จ่ายทางตรงในการให้บริการมีค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 7,040.45 บาท (*S.* = 858.34 บาท) เมื่อประมาณการค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2543 จะเท่ากับ 8,121.64 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 5.2 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมด ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเท่ากับ 84.28 % (*S.* = 27.77 %) ของภาวะสุขภาพที่พึงปรารถนา

อภิปรายผล : ค่าประมาณการการใช้จ่ายทั้งประเทศจะเป็นวงเงินที่สูงมาก ทั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุอาจไปรับบริการที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลเอกชน และ อื่น ๆ

ข้อเสนอแนะ : เนื่องจากค่าใช้จ่ายเป็นงบประมาณจำนวนมาก ดังนั้นการดำเนินงานสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับโครงการป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ เพื่อหลีกเลี่ยงโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อ, โรคเรื้อรัง, คุณภาพชีวิต, ค่าใช้จ่าย

Project Code : PDF / 46 / 2450

Project Title : The Analysis of Expenditure and Utility of the Elderly Health Care Service : Chronic Non - Communicable Disease

Investigator : Suwanna Junprasert , Dr.P.H. (Public Health Nursing)
Nursing Faculty, Burapha University

E-mail Address : suwanna@bucc4.buu.ac.th

Mentors : Puangrat Boonyanurak , Ed.D. (Nurs. Org. Executive Role)
Nursing Faculty, Burapha University

Viroj Tangcharoensathien , M.D., Ph.D.
Health Systems Research Institute

Project Period : August 1, 1997 - July 31, 1999

Objectives : The research purpose was to analyze the direct and indirect expenditure for elderly patient with chronic non communicable diseases of medical charge and others

Methodology : This research surveyed the elderly patients (60-74 years old) with chronic non communicable diseases in the eastern region of Thailand. Samples were out patients and home health care patients of sample government hospitals. The 400 samples, using multistage random sampling, were interviewed and 157 health providers were asked using self administered questionnaire. The data was analyzed by descriptive statistics and compare the difference of means by t-test and one way analysis of variance was significant at $\alpha \leq .05$ level

Result : The average direct expenditure for medical cost was 7,040.45 bahts per year for each elderly patient (*S.* = 858.34 bahts). The estimate medical cost in the year 2000 was 8,121.64 million bahts or 5.2% of the total health budget. The work satisfaction of the health providers were at middle level. The clients satisfaction were in high level. And the quality of life was 84.28 % (S. = 27.77 %).

Discussion Conclusion : The estimate expenditure in health care was very high. Although, exclude the elderly who may be go to the village health centers, private hospitals and others.

Suggestion : Because of the high expenditure of care service so the promotion and prevention programs were necessary for every groups of people to protect the chronic diseases in elderly life.

Keywords : elderly, non communicable disease, chronic disease, quality of life

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
(Executive Summary)

ผลจากการวิจัยมีบทสรุปที่สำคัญในการบริหารงานและกำหนดนโยบาย ดังนี้

ผู้สูงอายุส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคนละมากกว่า 1 โรค โรคที่ถูกระบุว่ามีการเจ็บป่วยมากที่สุด 4 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และ โรคไขมันในหลอดเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 46 38 17 และ 8 ตามลำดับ การเบิกค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 54 ใช้สวัสดิการผู้สูงอายุ รองลงมาคือร้อยละ 33 ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และ ยังมีผู้สูงอายุร้อยละ 6 ที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเอง จะเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ มักเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้องที่ดำเนินมาเป็นเวลานาน และยังส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยหลายโรคประกอบกัน แต่ละโรคต้องใช้การรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่การพยุงและบรรเทาอาการเท่านั้น ซึ่งถือเป็นภาระที่สำคัญของรัฐบาลในการให้บริการและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อปีสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่รวมผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า มีค่าเป็นวงเงินในปี 2541 เท่ากัน 7,040.45 บาท จำนวนดังกล่าวนี้น่าจะเป็นฐานในการประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปีต่าง ๆ ได้ จากฟังก์ชั่นของจำนวนผู้สูงอายุ การประมาณการอัตราป่วย และ อัตราลดของค่าเงินในปีต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนงบประมาณของประเทศ และของหน่วยงานให้บริการในระดับต่าง ๆ ซึ่งรัฐบาลได้มีนโยบายในการจัดสรรงบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุอยู่แล้ว

ในการประมาณการค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุทั้งหมดในปี พ.ศ. 2543 จากค่าเฉลี่ยที่ได้จากการวิจัย คือ 7,040.45 บาทต่อคนต่อปี ถ้าคาดการณ์ว่าจะมีประชากรจำนวน 64.4 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 6.5 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐบาล ร้อยละ 25 จะเป็นงบประมาณในการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น 8,121.64 ล้านบาท ซึ่งเป็นงบประมาณที่สูงมากถึงร้อยละ 5.2 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมดในปีเดียวกัน ดังนั้นเมื่อไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ได้ ไม่สามารควบคุมสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากเทคโนโลยีมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้อายุขัยของคนยืนยาวขึ้น ดังนั้นสิ่งเดียวที่สามารถควบคุมได้ คือ การลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุให้ลดลง การที่จะลดอัตราการ

เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ รัฐบาลต้องให้ความสนใจในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะกิจกรรมเพื่อการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับสารเสพติดและสารพิษต่าง ๆ การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การผ่อนคลายความเครียด และ การตรวจสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้รัฐบาลควรเป็นผู้ที่จัดบริการให้ ไม่เพียงแต่การให้ความรู้ และ คำแนะนำในการปฏิบัติเท่านั้น

ค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มีอัตราค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน ปัจจุบันพบว่าวิทยาการแพทย์ในการรักษาโรคไตวายเรื้อรังมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นด้วยการล้างเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การเปลี่ยนถ่ายน้ำทางผนังหน้าท้อง และการปลูกถ่ายไต อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเหล่านั้นนับเป็นค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาลที่สูงมากทั้งในส่วนของการให้บริการ และ ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการเอง เฉลี่ยแล้วมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่ากับ 278,137.00 บาทต่อปี ถึงแม้ว่าอัตราการป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังซึ่งมีประมาณ 55 ต่อล้านประชากรจะยังไม่สูงมากนัก ทำให้การประมาณการค่าใช้จ่ายเฉพาะโรคในปี พ.ศ.2543 ประมาณเท่ากับ 64.02 ล้านบาท เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงซึ่งอาจมีมูลค่ามากถึง 3,966.64 ล้านบาท มาตรการการควบคุมอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังก็ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในต่อไปในอนาคต

เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้มีภูมิลำเนาในภาคตะวันออก และเป็นพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ดังนั้นค่าเดินทางเพื่อการรับบริการของผู้สูงอายุจึงไม่สูงมาก นักคิดค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 445.98 บาทต่อผู้สูงอายุ 1 คน ค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 75.10 บาท ค่าอาหารสำหรับญาติเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 23.84 บาท การสูญเสียโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 289.49 บาท และการสูญเสียโอกาสในการทำงานของญาติผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 694.02 บาท อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุแต่ละคนจะต้องเสียค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยประมาณ 1528.43 บาทต่อปี อย่างไรก็ตามเมื่อคิดค่าใช้จ่ายการสูญเสียโอกาสในการทำงานของญาติผู้สูงอายุด้วยค่าแรงเฉลี่ยต่อวันในวัยแรงงาน ซึ่งเท่ากับ 150 บาท ผู้สูงอายุจะสูญเสียค่าใช้จ่ายส่วนนี้ถึงปีละ 2,585.76 บาทต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายอย่างสูงต่อผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ และ ต่อผู้สูงอายุและครอบครัวเอง จำเป็นต้องมีการเตรียมการด้านงบประมาณและควบคุมโรค

การรับบริการที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุทำให้ต้องเสียเวลาในการเดินทางเฉลี่ยครั้งละ 24.53 นาที (S. = 19.38 นาที) เสียเวลาที่รอคอยเฉลี่ยครั้งละ 153.02 นาที (S. = 79.48 นาที) และเวลาที่ใช้รับบริการทุกประเภทจะเป็นการเสียเวลาเฉลี่ยครั้งละ 18.61 นาที (S. = 51.19 นาที) จำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายที่ใช้เวลาในการล้างเลือดรวมอยู่ด้วย เมื่อไม่รวมผู้ป่วยที่รับบริการล้างเลือดจะเป็นเวลาที่รับบริการทุกประเภทเฉลี่ยครั้งละ 9.17 นาที (S. = 7.54 นาที) จะเห็นว่าเวลาที่สูญเสียมากที่สุด คือ การรอคอยการรับบริการเฉลี่ยถึง 2 ชั่งโมงครึ่งต่อครั้ง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นโรคที่ต้องมารับบริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงควรมีการจัดเวลาการนัดหมายรับบริการที่เฉพาะเจาะจงให้มากขึ้น อันเป็นการกระจายผู้รับบริการในช่วงเวลาต่าง ๆ หรือการจัดคลินิกเฉพาะโรคให้มีมากขึ้น เพื่อลดเวลาการรอคอยของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยทุกด้านเท่ากับ 3.16 (S. = 0.46) จากระดับคะแนน 1 ถึง 5 โดยเฉพาะกลุ่มผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (aid) มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด และแตกต่างกับกลุ่มแพทย์ และพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ และ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มนี้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการ

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยทุกด้านเท่ากับ 3.96 (S. = 0.35) จากระดับคะแนน 1 ถึง 5 คะแนน เมื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตจากสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่เปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดซึ่งเทียบให้มีคุณภาพชีวิตเป็น 100 % และภาวะสุขภาพที่เลวที่สุดมีคุณภาพชีวิตเป็น 0 % พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีระดับคุณภาพชีวิตมัธยฐานเท่ากับ 100 % (การกระจายเท่ากับ 10 %) แต่เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 84.28 % (S. = 27.77 %) ของภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่พึงปรารถนา (100 %) อย่างไรก็ตาม การประเมินคุณภาพชีวิตในการวิจัยนี้อยู่บนพื้นบานความเสี่ยงต่อการรักษาชนิดใหม่ที่ผู้สูงอายุเลือก จึงทำให้มีค่าคุณภาพชีวิตค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาต่อไปถึงระดับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จากการลงทุนด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจจะใช้เครื่องที่วัดที่แตกต่างกันไปเพื่อเป็นการเปรียบเทียบผล

บทวิจารณ์

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา

.....

การจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเป็นการบริการที่จะมีความสำคัญยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ผลการวิจัยนี้ชี้นำการสร้างสรรค์บริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุไทยทั้งด้านสุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่จำเป็น เพื่อการสร้างคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วยแก่ผู้สูงอายุ ผลการวิจัยนี้ได้ชี้นำบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ ฟื้นฟูสภาพในแนวทางที่สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมให้มากยิ่งขึ้น อันจะมีผลต่อการลดค่าใช้จ่าย และ ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว พร้อมกับการอนุรักษ์วัฒนธรรมไทยอันดีงาม ข้อเสนอแนะของงานวิจัยจะมีคุณค่ายิ่งขึ้น หากได้มีการนำมาจัดให้บริการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุด้วย

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

กรกฎาคม 2542

บทวิจารณ์

โดย

นายแพทย์ ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

เมธีวิจัยอาวุโส สกว.ปี 2540 - 2544

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษานี้ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง สำหรับผู้สูงอายุ ในจังหวัดตัวอย่าง โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ โรคหัวใจ ค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการต่อครั้งเท่ากับ 1,519 บาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่ายาร้อยละ 74 อย่างไรก็ตามถ้าการศึกษานี้ได้วิเคราะห์เพิ่มเติมว่า แบบแผนการใช้ยาเป็นอย่างไร เช่น ยาต้นแบบ (original drug) หรือยาสามัญ (generic) ค่าเฉลี่ยรายการยาในแต่ละใบสั่งยาเป็นอย่างไร จะช่วยให้วิเคราะห์ความสามารถในการประหยัดค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะจากการใช้ยาได้ต่อไป การศึกษาในอนาคตควรจะได้ทำการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้ เช่น ความร่วมมือของผู้รับบริการ (compliance) เป็นอย่างไร สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิต หรือ น้ำตาลในเลือดได้เพียงไร ซึ่งจะบอกถึงต้นทุนประสิทธิผลของระบบบริการภาวะเรื้อรังเหล่านี้ได้

การศึกษาครั้งนี้วัดผลประโยชน์ที่เกิดจากการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นับว่าน่าสนใจมาก อย่างไรก็ตามการศึกษาขั้นต่อไป ควรวัดผลของการให้การบำบัด (clinical outcome) แบบแผนการใช้ยา ประสิทธิผลของยา และ การบำบัดที่ไม่ใช้ยา ซึ่งการศึกษาเหล่านี้จะนำไปสู่การปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริการ เพื่อให้มีต้นทุนต่ำและผลตอบแทนสุขภาพสูง

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการการฟอกเลือด เป็นภาระค่ารักษาพยาบาลในอนาคตอย่างยิ่ง มีปัญหาทั้งด้านประสิทธิภาพของการให้บริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ ระหว่างผู้ป่วยที่มีและไม่มีสวัสดิการสุขภาพ การประกันสุขภาพ ประกันสังคม และ ประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากร ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีและไม่มีผลตอบแทนสุขภาพที่ดี เรื่องไตวายเรื้อรังจึงเป็นประเด็นการศึกษาต่อไปในอนาคต เพื่อกำหนดนโยบายที่เหมาะสม

การศึกษานี้ได้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ชัดเจน โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ยังอยู่ในวัยก่อน 60 ปี เกี่ยวกับการเตรียมตัวสำหรับการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี (healthy aging) การจัดการเกี่ยวกับภาวะโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ เช่น การป้องกันปฐมภูมิ โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันทุติยภูมิ ได้แก่ การคัดกรองโรคตั้งแต่ต้น เพื่อการให้บริการที่เหมาะสมเสียแต่เนิ่น ๆ การให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ที่กำลังจะเป็นผู้สูงอายุได้มีสุขภาพแข็งแรง

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

กรกฎาคม 2542

สารบัญ

ปกใน	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อไทย	ค
บทคัดย่ออังกฤษ	ง
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	จ
บทวิจารณ์ : รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์	ช
บทวิจารณ์ : นายแพทย์ ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	ฌ
สารบัญ	ฐ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ธ
เนื้อหา	**หน้า**
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	23
บทที่ 4 ผลการวิจัย	30
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	31
ตอนที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	42
ตอนที่ 3 ผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	53
ตอนที่ 4 สมการในการกำหนดนโยบายการเตรียมการด้านงบประมาณ	64

บทที่ 5 สรุป และ อภิปราย 69

บทที่ 6 ข้อเสนอแนะ 80

บรรณานุกรม 85

ภาคผนวก ก : หลักฐานการเผยแพร่งานวิจัย 90

ภาคผนวก ข : ตัวอย่างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 92

ภาคผนวก ค : ประวัตินักวิจัย 108

ประวัตินักวิจัยที่ปรึกษา 111

ภาคผนวก ง : พนักงานช่วยเก็บข้อมูล 115

ผู้ประสานงานเก็บข้อมูล

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามที่อยู่อาศัย และโรคที่รายงานว่าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ การสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538	13
2	ค่ารักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และฐานนิยม ของผู้อายุ 50 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การสำรวจในปี พ.ศ.2538	14
3	ค่าเฉลี่ยการรักษาต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่สูงสุด 5 โรค ของข้าราชการบำนาญ	15
4	จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามโรงพยาบาลและที่รับบริการ	25
5	จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะสังคม ประชากร	31
6	จำนวน และ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีรายได้แต่ละเดือนในลักษณะต่าง ๆ กัน	33
7	รายได้ต่ำสุด สูงสุด และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะรายได้	33
8	จำนวน และ ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะการรับรู้ต่อการวินิจฉัยโรค	34
9	ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และ การรับบริการที่หน่วยงานที่ศึกษา	35
10	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	35
11	จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความถี่ของการรับบริการ	36

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
12	จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่รับบริการรักษาพยาบาล	37
13	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีญาติมาดูแลขณะรับบริการ	40
14	จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	41
15	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง และตลอดทั้งปี ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	43
16	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตลอดปีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามโรค	44
17	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่ารักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตวายและโรคอื่น ๆ ตลอดปี ด้วยค่าลอกกาลิซึมฐาน 10	45
18	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตตลอดทั้งปี รายคู่ ด้วยวิธีเชฟเฟ่	46
19	จำนวน และ ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล	47
20	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุ	47
21	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เสียค่าอาหารเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล	48
22	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุต่อครั้งและตลอดทั้งปี	48

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
23	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องเสียค่าจ้างผู้อื่นมาเป็นเพื่อนขณะมารับบริการที่โรงพยาบาล	48
24	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เสียค่าอาหารสำหรับญาติเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล	49
25	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าอาหารสำหรับญาติผู้สูงอายุต่อครั้งและตลอดทั้งปี	49
26	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการเสียโอกาสในการทำงาน	50
27	จำนวนและร้อยละของญาติผู้สูงอายุจำแนกตามการเสียโอกาสในการทำงาน	50
28	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูญเสียโอกาสของผู้สูงอายุและญาติประเมินต่อครั้งและต่อปีคิด	51
29	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสูญเสียเวลาของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล	52
30	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของบุคลากร ต่อการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	53
31	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของบุคลากรเพศชายและหญิง	55
32	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการ	55

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
33	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรด้วยวิธีของเชฟเฟ่	56
34	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการ ผู้สูงอายุ	56
35	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรด้วยวิธีของเชฟเฟ่	57
36	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรบานของระดับความพึงพอใจต่อบริการของผู้สูงอายุ	58
37	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพศชาย และหญิง	58
38	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้บริการระหว่างผู้มีอายุต่างกัน	59
39	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้บริการระหว่างผู้มีลักษณะอาชีพต่างกัน	59
40	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้าน และ ที่โรงพยาบาล	60
41	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำแนกตามภาวะของสุขภาพ	61
42	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิต	62
43	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศชาย และหญิง	62

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
44	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อการให้บริการระหว่างผู้มีลักษณะอาชีพต่างกัน	63
45	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อการให้บริการระหว่างผู้มีอายุต่างกัน	63
46	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้าน และ ที่โรงพยาบาล	64

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	องค์ประกอบของค่าใช้จ่ายและผลที่เกิดขึ้นในการให้บริการตามกรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2	การวัดแบบช่วงเวลาเสียชีวิต (TTO) สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง	21

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมสู่ สังคมอุตสาหกรรมในระยะ10 ปีที่ผ่านมา มีผลให้แบบแผนการเจ็บป่วย (pattern of disease) เปลี่ยนแปลงจากโรคที่มีลักษณะเฉียบพลันจากการติดเชื้อไปสู่โรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อโรคที่ไม่ติดต่อ (non-communicable disease) มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่เกิดจากความมั่งคั่งหรือกลุ่มโรคที่มีความเกี่ยวพันธ์กับความมั่งคั่ง (disease of affluence) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535, หน้า 22) กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเหล่านี้กำลังเป็นสาเหตุการตายมากกว่าร้อยละ 50 ของสาเหตุการตายทั้งหมดในประเทศ (คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2538, หน้า 10) ในปี พ.ศ. 2532 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจในอัตรา 49.5 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 78.9 ต่อแสนประชากร ในปี 2538 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539, หน้า 30) และในปี พ.ศ. 2539 เพิ่มเป็น 79.5 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า 139) และจากการเฝ้าระวังโรคในรอบ 10 ปี (2524 - 2536) พบว่า โรคไม่ติดต่อหลายโรคได้แก่ โรคเบาหวาน โรคกรวยไตอักเสบ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด มีแนวโน้มสูงขึ้น (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539, หน้า 30)

นอกจากนี้โรคที่สำคัญของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลของรัฐบาล ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ (คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2538: 30-35) จากสถิติผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า 156-157) ในปี พ.ศ. 2539 พบว่า

โรค	อัตราต่อแสนประชากรทั่วประเทศ	เฉพาะภาคกลาง
โรคความดันโลหิตสูง	147.34	196.83
โรคเบาหวาน	127.49	158.32
โรคหลอดเลือดสมองใหญ่	69.53	80.70
โรคหัวใจและหลอดเลือด	40.73	64.42
โรคไตวายเรื้อรัง	38.17	28.56

ผู้ป่วยเหล่านี้จัดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และ บางโรคอาจต้องการการรักษาจนตลอดชีวิต ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงพัฒนาไปสู่โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาระแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและแก่รัฐในการรักษาพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2531 พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้จำนวนร้อยละ 37.6 (คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2538, หน้า 56-58) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเหล่านี้มักจะไปรับการรักษาจากแพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นจำนวนมาก สำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่ก็จะสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ (lose of productivity) เพื่อการเดินทางไปรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งของผู้สูงอายุเอง และ ของญาติที่ต้องพาผู้สูงอายุไปรับการรักษา เมื่อไปถึงโรงพยาบาลแล้วก็ต้องเสียเวลารอรับบริการที่ยาวนานเนื่องจากความจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่ ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลส่วนใหญ่จะเป็นสวัสดิการรักษาพยาบาลฟรีในผู้สูงอายุ หรือถ้าต้องเสียค่ารักษาก็จะไม่มากนักก็ตาม แต่ค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจเป็นค่าใช้จ่ายในรูปของตัวเงิน การสูญเสียรายได้และโอกาสต่าง ๆ (opportunity cost) ที่ต้องเดินทางมารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล

สำหรับโรงพยาบาลก็จำเป็นต้องเตรียมการงบประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายที่จะจัดสวัสดิการให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทั้งในส่วนของเวชภัณฑ์ ค่าตอบแทนบุคลากรในการให้บริการในคลินิกพิเศษต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ อย่างไรก็ตามความจำเป็นที่รัฐบาลต้องจัดเตรียมงบประมาณที่เหมาะสมถือเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้สามารถดำเนินการด้านสาธารณสุขของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบของแนวโน้มการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุแบบให้เปล่าโดยรัฐ พ.ศ. 2531 (คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2538, หน้า 58) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยต้องมารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นค่าใช้จ่ายในกรณีผู้ป่วยนอกครั้งละ 83 บาท และผู้ป่วยในครั้งละ 186 บาท สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องไปรักษาโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จะเสียค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยนอกครั้งละ 204 บาท และ 4,082 บาทต่อครั้งกรณีผู้ป่วยใน โดยมีระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 10 วัน จำนวนเงินดังกล่าวดูเหมือนไม่สูงมากนัก อย่างไรก็ตามในการวิจัยเรื่อง ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว และของข้าราชการบำนาญ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2536: 35) พบว่า ค่ายาในการรักษาโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองในกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลต่อรายเท่ากับ 13,595.40 บาท ค่ายาสำหรับโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในเท่ากับ 7,199.90 บาท โรคต้อ

กระจก เท่ากับ 2,651.1 บาท และโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3,838.50 บาท ค่าใช้จ่ายในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้จะเป็นภาระของรัฐต่อไปในการดูแลผู้สูงอายุ ในการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนในการพัฒนาบริการเพื่อรองรับความต้องการทางการแพทย์ของกลุ่มคนเหล่านี้ที่มีอัตราการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539, หน้า 103)

ปัจจุบันการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการให้บริการในโรงพยาบาลและสถานบริการทุกระดับ กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะวิกฤต และ ภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง ผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้จะได้รับบริการอย่างต่อเนื่องที่แผนกบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้จัดให้บริการไว้โดยปกติ รวมทั้งได้จัดให้มีบริการคลินิกเฉพาะโรค เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉพาะโรคด้วย เช่น คลินิกความดันโลหิตสูง คลินิกเบาหวาน หน่วยไตเทียม และคลินิกผู้สูงอายุ ฯลฯ เพื่อให้รองรับจำนวนผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้อย่างเพียงพอ นอกจากนี้เพื่อเป็นการตอบสนองการบริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั่วถึง และ เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุขยังได้เสนอให้มีการขยายบริการดูแลสุขภาพสู่บ้าน เช่น โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน กิจกรรมการเยี่ยมบ้านของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และงานบริการทางการแพทย์และสังคม (ambulatory care) เป็นต้น

การวิจัยเพื่อการวิเคราะห์ ค่าใช้จ่ายและผลประโยชน์ที่เกิดจากการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ ต้องการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการ (internal cost) และผู้รับบริการ (external cost) เพื่อประโยชน์ในการเตรียมการด้านงบประมาณของรัฐในการประมาณรายจ่าย เพื่อจัดระบบบริการดังกล่าวในอนาคต และประโยชน์ในการประมาณค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป ซึ่งจะวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทั้งที่เป็นตัวเงิน (monetary unit) และรายจ่ายทางด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่สามารถวัดได้ในรูปของตัวเงิน ตลอดจนความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผลของการวิจัยจะเป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อการพัฒนาระบบและการจัดสรรงบประมาณในการให้บริการของหน่วยงานต่าง ๆ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาพฤติกรรมการให้บริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุต่อไป

คำถามในการวิจัย

การวิจัยนี้มีประเด็นคำถามที่ต้องการศึกษาดังนี้

1. การให้บริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกและการให้บริการที่บ้าน ของโรงพยาบาลของรัฐบาล ต้องเสียค่าใช้จ่ายทางตรง (direct cost) และ ทางอ้อม (indirect cost) เท่าไร ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจากการรับบริการที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเฉพาะผลที่ไม่สามารถวัดได้ด้วยตัวเงินเป็นอย่างไร

3. ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ โรงพยาบาล และ ที่บ้าน โดยเฉพาะผลที่ไม่สามารถวัดได้ด้วยตัวเงินเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยกำหนดไว้ ดังนี้

1. เพื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐบาลและการให้บริการที่บ้าน ทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายที่วัดทางตรงและที่วัดทางอ้อม ของผู้รับบริการและของผู้ให้บริการ

2. ศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะผลที่ไม่สามารถวัดได้ด้วยตัวเงิน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

3. เพื่อเสนอสมการในการกำหนดนโยบายการเตรียมการด้านงบประมาณของรัฐบาล ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยงานแบบมหภาค และ การประมาณค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุเฉพาะคน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี ซึ่งถือเป็นผู้สูงอายุดอนดัน จัดเป็นคนกลุ่มใหญ่ของผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

2. **ผู้รับบริการ** หมายถึง ผู้สูงอายุ และญาติของผู้สูงอายุ

3. การบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การสอบถามประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่าง ๆ การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การให้กิจกรรมการพยาบาล การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การบำบัดพิเศษ แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อการรักษา หรือการส่งเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค หรือเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้สูงอายุ

4. ผู้ให้บริการ หมายถึง เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่มีส่วนให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์สุขภาพ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และ ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (aid) เป็นต้น

5. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีสาเหตุสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล โรคจากการเสื่อมถอยของสุขภาพในผู้สูงอายุ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพและ/หรือ เฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ได้เมื่อรับการวินิจฉัยโรคจนกระทั่งสูญเสียชีวิต ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดต่าง ๆ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคข้อเสื่อม ทั้งนี้ต้องไม่ใช่โรคที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อโรค และ อุบัติเหตุ

6. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐบาล และ อยู่ในระหว่างการติดตามการรักษา หรือ เฝ้าระวังอาการจากบุคลากรทีมสุขภาพที่โรงพยาบาล หรือ ที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน

7. หน่วยงานให้บริการ หมายถึง องค์กรที่จัดขึ้นในรูปแผนก หรือฝ่าย หรือคลินิก หรือหน่วยเคลื่อนที่ที่โรงพยาบาลของรัฐบาลจัดตั้งขึ้น เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพแก่กลุ่มผู้ป่วยที่รวมผู้สูงอายุอยู่ด้วย โดยไม่รวมถึงการรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อสามารถเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยไม่รุ่นแรงมาก (ambulatory care) ในระดับที่ความรุนแรงที่ใกล้เคียงกันได้แก่ การให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก งานดูแลสุขภาพที่บ้าน คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หรือ ที่เรียกในลักษณะอื่นที่เทียบเคียงได้เช่นเดียวกัน

8. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง จำนวนเงินที่ใช้ในกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการ และ ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ทั้งในส่วนที่สามารถวัดได้เป็นตัวเงิน และ ไม่เป็นตัวเงิน

9. ค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการ หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลที่สามารถคำนวณเป็นจำนวนเงินที่ต้องใช้ในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าชันสูตรโรค ค่าเครื่องมือ ค่าตรวจพิเศษต่าง ๆ ค่าบริการตอบแทนพิเศษแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งประเมินจากเอกสารการคิดค่าใช้จ่ายที่เก็บจริงจากผู้รับบริการ หรือ โดยประมาณการจากรายการ ยา เวชภัณฑ์ การบริการต่าง ๆ ที่ระบุในแผนการรักษา เทียบกับราคาหรือค่าบริการของโรงพยาบาลนั้น ๆ กับผู้ป่วยทั่วไป ทั้งนี้ไม่รวมเงินเดือนประจำที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าราชการพลเรือนหรือลูกจ้างของหน่วยราชการและค่าตอบแทนตำแหน่งการบริหาร ค่าตอบแทนวิชาชีพที่จ่ายให้แก่บุคลากรของหน่วยงานโดยปกติอยู่แล้ว

10. ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ หมายถึง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร และ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่สามารถคำนวณเป็นจำนวนเงินที่ผู้สูงอายุต้องใช้จ่ายในการรับบริการดูแลสุขภาพกรณีที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และไม่ได้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย

10.1 ต้นทุนทางตรงของผู้รับบริการ หมายถึง จำนวนเงินที่จ่ายจริง เพื่อเป็นค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารและ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่มีลักษณะเดียวกัน เมื่อผู้สูงอายุมารับบริการดูแลสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกและที่บ้าน ของโรงพยาบาล

10.2 ต้นทุนทางอ้อมของผู้รับบริการ หมายถึง จำนวนเงินที่จ่ายจริงเป็นค่าที่พัก ค่าอาหารและ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่มีลักษณะเดียวกันของ ญาติเมื่อผู้สูงอายุมารับบริการดูแลสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกและที่บ้าน ของโรงพยาบาล

11. ญาติผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ติดตามเพื่อคอยดูแล หรือช่วยเหลือขณะที่ผู้สูงอายุมารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล รวมทั้งผู้ที่ต้องหยุดปฏิบัติภาระกิจประจำวัน เพื่อคอยดูแล หรือช่วยเหลือผู้สูงอายุขณะที่รับบริการอยู่ที่บ้าน

12. การสูญเสียโอกาส หมายถึง สิ่งที่ผู้สูงอายุและ ญาติผู้สูงอายุต้องสูญเสียไปหรือไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจากต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล และ/หรือ ต้องอยู่รับบริการที่บ้าน ซึ่งตามปกติถ้าไม่รับบริการจะเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุหรือญาติผู้สูงอายุต้องปฏิบัติ อันมีผลต่อรายได้

13. การสูญเสียเวลา หมายถึง เวลานับเป็นหน่วยนาทีที่ผู้ให้บริการ และ ผู้รับบริการต้องใช้ในการเดินทาง การรอคอย และการรับบริการ

14. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับความรู้สึกที่ดี อารมณ์ที่เป็นไปในทางบวกของผู้สูงอายุที่มีต่อการบริการดูแลสุขภาพที่ได้รับ โดยแบ่งการวัดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

15. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ระดับความคิดเห็น ความรู้สึกที่ดี อารมณ์ที่เป็นไปในทางบวกของบุคลากรผู้ให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในลักษณะของงาน และความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมการทำงาน โดยแบ่งการวัดเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

16. คุณภาพชีวิต หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง โดยคิดร้อยละจากระดับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่เมื่อเทียบระดับภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่ผู้สูงอายุพึงปรารถนา ตามแนวคิดการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบยูโรคอล (The EuroQol Instrument) และแบบทดสอบมาตรฐานแกมเบอร์ (Standard Gamble test) (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย และ ผลที่เกิดจากการบริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายที่สามารถวัดได้ด้วยตัวเงิน และ ที่ไม่สามารถวัดได้ด้วยตัวเงิน ทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายที่วัดทางตรง และทางอ้อมของผู้รับบริการ ตลอดจนค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้ให้บริการ เพื่อการบริการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล โดยทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเท่านั้น

พื้นที่ที่ศึกษาเป็นการให้บริการในหน่วยงานของรัฐบาลที่อยู่ในเขตภาคตะวันออก

ระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2541 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2541

ตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. ค่าใช้จ่าย จำแนกเป็น

1.1 ค่าใช้จ่ายทางตรง ประกอบด้วย

1.1.1 ค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้ให้บริการ

1.1.2 ค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้รับบริการ

1.2 ค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้รับบริการ

1.3 การสูญเสียโอกาสของผู้รับบริการ

1.4 การสูญเสียเวลาของผู้รับบริการ

2. **ผลที่เกิดขึ้น** จำแนกเป็น

2.1 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

2.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2.3 คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

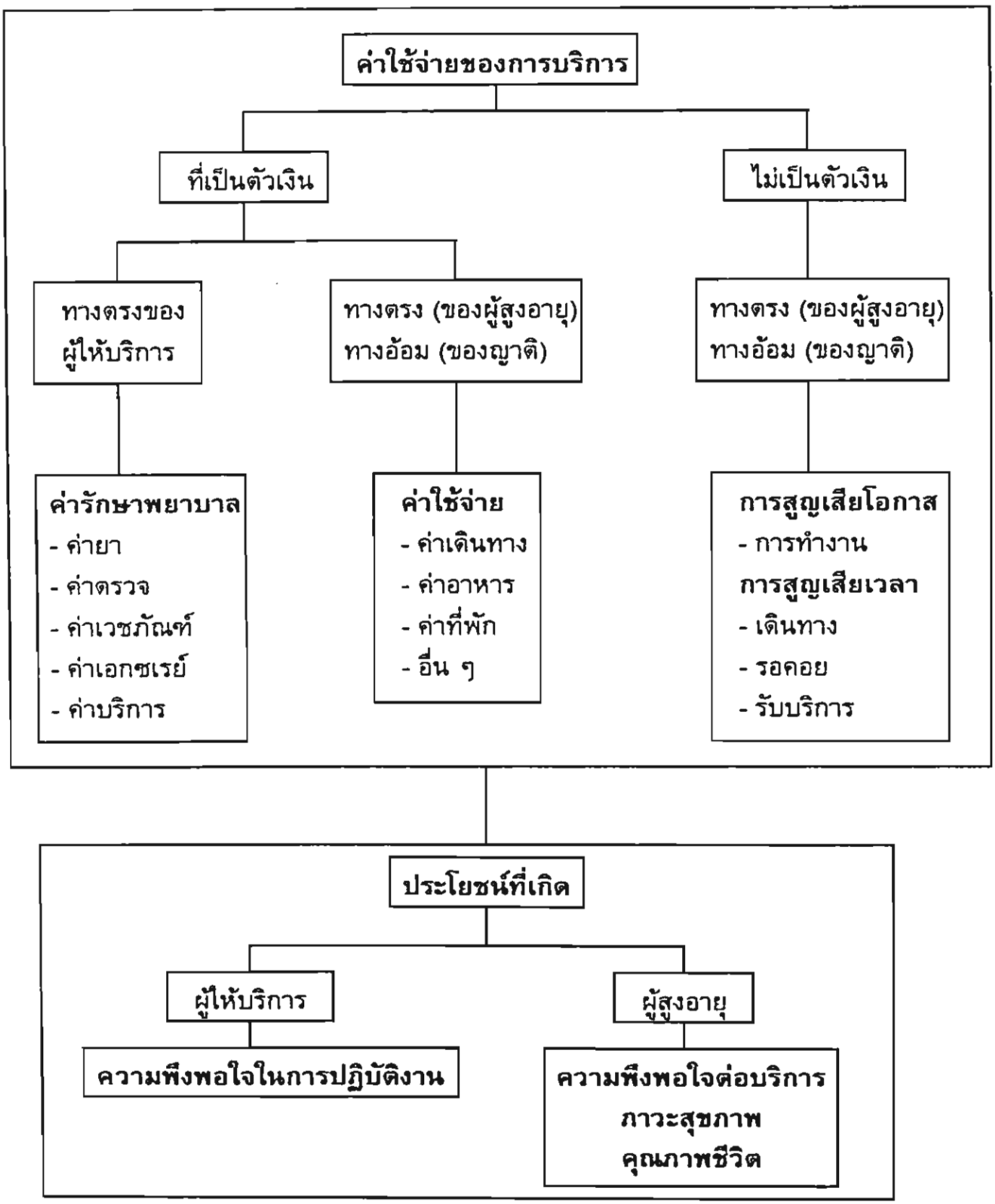
ข้อตกลงเบื้องต้น

การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุบางคนอาจมีหลายโรคประกอบกัน การคิดค่าใช้จ่ายและผลของการให้บริการ ไม่สามารถแยกแจกแจงเฉพาะโรคนั้น ๆ ได้ทุกโรค นอกจากนี้การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุด้วยวิธีการหนึ่งอาจส่งผลต่อการรักษาโรคหลายโรคได้พร้อม ๆ กัน จึงไม่อาจจำแนกการบริการที่ได้รับว่าเฉพาะเจาะจงต่อโรคใดโรคหนึ่งอย่างชัดเจนได้ ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงคิดค่ารักษาประมาณการเป็นภาพรวมของการรักษาโรคในผู้สูงอายุผู้นั้นรวมทุกโรค อย่างไรก็ตามได้พิจารณาแยกค่าใช้จ่ายเฉพาะรายโรคบางโรค ซึ่งในสภาพจริงแล้วจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเฉพาะโรคเดียวค่อนข้างน้อย

การคิดค่าใช้จ่ายของ ผู้ให้บริการนั้นไม่รวมเงินเดือน (salary) ของผู้ให้บริการ เนื่องจากเป็นส่วนที่รัฐจ่ายให้บุคลากรในการปฏิบัติงานให้บริการแก่บุคคลทุกกลุ่มอายุทั่วไปอยู่แล้วไม่เฉพาะเจาะจงกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ได้ศึกษาองค์ประกอบของค่าใช้จ่ายของการบริการที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน และประโยชน์ที่เกิดขึ้นของผู้ให้บริการและของผู้สูงอายุ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของค่าใช้จ่ายและผลที่เกิดขึ้นในการให้บริการตามกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ ได้ค้นคว้าเพื่อครอบคลุมสาระสำคัญและวิธีการวัดปัจจัยต่าง ๆ ในเนื้อหาต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ
2. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาล
   3.1 ค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม
   3.2 ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินและไม่ใช่ตัวเงิน
4. ผลที่ได้จากการบริการดูแลสุขภาพ
   4.1 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ
   4.2 ความพึงพอใจต่อบริการของผู้รับบริการ
   4.3 คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

รายละเอียดของการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2531; บรรลุ ศิริพานิช, 2526)

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งระดับของผู้มีอายุมากเป็น 3 ระดับ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) คือ

1. ผู้สูงอายุ (elderly) คือ ผู้ ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 74 ปี จัดเป็นผู้ที่ยังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังสามารถทำงานได้ถ้ามีสุขภาพที่ดี

2. คนชรา (old) คือ ผู้ที่มีอายุอยู่ ระหว่าง 75 - 90 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้ชราแล้ว

3. คนชรามาก (very old) คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป

ในการวิจัยนี้ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการเสื่อมถอยลง

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การลดลงของกระบวนการสันดาบ (metabolism) ประสิทธิภาพของปอดลดลง มีการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นกับแบบแผนการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลด้วย ระดับสติปัญญาลดลง ความจำต่าง ๆ ลดลง การโต้ตอบต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ความต้องการทางเพศลดลง แต่ไม่หมดไปทีเดียว บางคนอาจมีความไม่สบายกายไม่สบายใจ การเปลี่ยนแปลงเฉพาะส่วนที่ชัดเจน (Williams & Knight, 1995) ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เส้นผม และรูปร่าง ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวหนังมีลักษณะดกกะ ซึ่งพบได้ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุ เส้นผมจะล่วงมากขึ้น พบว่าร้อยละ 45 ของผู้ชายและมีอาการศีรษะล้านเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป รูปร่างเริ่มเปลี่ยนแปลงไป เพศชายจะมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณหน้าอกและท้อง ส่วนเพศหญิงจะมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณสะโพกและต้นขา

2. การเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัสลดลง พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะมีความต้องการการปรุงแต่งรสชาดของอาหารเพิ่มมากเป็น 3 เท่าของคนวัย 30 ปี การรับสัมผัสของอุณหภูมิและการเจ็บปวดลดลง สายตาเริ่มยาวขึ้น การได้ยินเสียงลดลงต้องการระดับเสียงที่ดังกว่าปกติ

3. การลดลงของกระบวนการสันดาบ (metabolism) โดยปกติอัตราการเผาผลาญอาหารเป็นพลังงานจะลดลงประมาณ ร้อยละ 3 เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 10 ปี ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีน้ำหนักตัวมากขึ้น และ อ้วนขึ้นเรื่อย ๆ

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มของการลดลงของการไหลเวียนโลหิต เนื่องจากไขมันและคลอเลสเตอรัล (cholesterol) ในเส้นเลือดมีมากขึ้น จึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและการเป็นลมหมดสติ (stroke) ของผู้สูงอายุ

5. การเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของปอดและระบบหายใจ ความจุของปอดจะมีอัตราลดลง พบว่า เมื่อชายมีอายุ 75 ปีขึ้นไปความจุจะเป็นครึ่งหนึ่งของเมื่ออายุ 17 ปี และ หญิงจะเป็นหนึ่งในสามของเมื่ออายุ 20 ปี ทั้งนี้เป็นเพราะความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอด (elasticity in tissue) และของเส้นเลือดฝอยสูญเสียไป

6. การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ กระดูก และ ข้อต่อ ชายที่มีอายุ 60 ปีจะสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลงร้อยละ 20 ขณะที่เพศหญิงจะสูญเสียมากกว่าร้อยละ

20 ผู้สูงอายุจะสูญเสียแคลเซียมและเกลือแร่ต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดตะคริวและมีภาวะ กระดูกพรุน (osteoporosis) ได้ง่าย ข้อต่อต่าง ๆ เริ่มอ่อนแรงลง และเสี่ยงต่อการทำลายของกระดูกอ่อน ทำให้เกิดภาวะข้อเสื่อมได้ง่าย (arthritis)

7. การเปลี่ยนแปลงของสมอง ความสามารถทางสติปัญญา และ ความจำ เมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป เลือดจะไปเลี้ยงสมองลดลง สมองจะเริ่มเหี่ยวลงคิดเป็นการสูญเสียน้ำหนัก ร้อยละ 10 และมีผลให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพของสมอง (mental loss) ร้อยละ 35 ของผู้มีอายุ 45 - 54 ปี จะเริ่มมีปัญหาของความจำ (เป็นโรคหลงลืม) และจะสูญเสียความจำร้อยละ 6- 8 ทุก 10 ปี จนผู้สูงอายุอาจรู้สึกรำคาญ

8. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท เนื่องจากการตายของเซลล์ประสาท ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ช้า ความต้องการทางเพศลดลง และความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายลดลงด้วย

9. การเปลี่ยนแปลงของจิตใจ และ อารมณ์ ผู้สูงอายุส่วนมากจะมีอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งร้อยละ 80 สามารถรักษาได้ด้วยการให้คำปรึกษา การรักษาด้วยยา และ การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroshock therapy)

จากการเปลี่ยนแปลงโดยธรรมชาติดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น การเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในหลอดเลือด โรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก เป็นต้น นอกจากนี้แบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ประชาชนเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ซึ่งโรคเหล่านั้นจะกลายเป็นปัญหาโรคเรื้อรังในอนาคต อุษณา ลุวีระ (2539) กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2536 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 40,592 คน หรือ 69.9 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 53,829 คน หรือ 92.7 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคไตวายในอนาคตต่อไป

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non-Communicable Disease)

โรคไม่ติดต่อเป็นกลุ่มโรคที่แยกออกจากกลุ่มโรคติดต่อซึ่งเกิดโรคโดยเชื้อโรคที่สามารถตรวจพบได้ชัดเจน แต่โรคไม่ติดต่อเกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่สมดุล เกิดจากพันธุกรรม และบางส่วนเกิดจากการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสภาพทางเศรษฐกิจสังคม และ สิ่งแวดล้อม เนื่องจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่มีลักษณะเรื้อรัง ดังนั้นในบางประเทศจึงแยกโรคกลุ่มนี้เป็น โรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ และให้ความหมายโรคเรื้อรัง ครอบคลุมการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อ และ โรคแห่งความเสื่อม โรคเหล่านี้ทำให้เกิดความพิการและเกิดความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุทำให้ต้องพึ่ง

พิงสังคมเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยมติคณะรัฐมนตรี, ม.ป.ป.)

ในการวิจัยนี้ทำการศึกษาเฉพาะโรคไม่ติดต่อที่เกิดแบบเรื้อรังในผู้สูงอายุซึ่งอาจเกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วยที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน และการเสื่อมวัยเท่านั้น ไม่รวมโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากอุบัติเหตุ การทำร้ายร่างกาย และการถูกทำร้าย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ , 2540) พบว่า โรคเรื้อรังที่พบมากได้แก่ โรคปวดเมื่อยหลัง/เอว โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ/เสื่อม โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคหัวใจและโรคเบาหวาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำแนกตามที่อยู่อาศัย และ โรคที่รายงานว่าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ การสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538

ภาวะการเป็นโรค	เขตเมือง	เขตชนบท	อัตรารวมทุกอายุ
ปวดเมื่อย หลัง/เอว	20.6	18.6	18.1
ความดันโลหิตสูง	26.0	15.3	16.0
ไขข้ออักเสบ / เสื่อม	20.1	15.8	14.9
โรคกระเพาะอาหาร	9.7	14.3	13.0
โรคหัวใจ	12.6	6.6	7.2
เบาหวาน	12.0	3.6	5.4
ต้อกระจกตา	11.2	5.9	5.3
ต้อเนื้อตา	4.3	3.6	3.5
หอบหืด	3.4	3.7	3.0
อัมพาต / อัมพฤกษ์	4.0	1.6	1.7
มะเร็ง	0.4	0.4	0.3

แหล่งที่มา : ปรับปรุงจาก จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540, หน้า 57-58)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงานและดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียเศรษฐกิจเพื่อการดูแลรักษาและการรับบริการด้านการแพทย์และพยาบาลเป็นจำนวนมาก จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540, หน้า 75) ได้สำรวจค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงสุด เฉลี่ย 21,548.00 บาทต่อครั้ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่ารักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และ ฐานนิยม ของผู้อายุ 50 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การสำรวจในปี พ.ศ.2538

ภาวะการเป็นโรค	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.	มัธยฐาน	ฐานนิยม
โรคหัวใจ	80	21,548	38,540	6,750	300
โรคความดันโลหิตสูง	147	7,098	14,770	2,000	500
ไตอักเสบ	29	13,309	23,206	3,500	1,500
อัมพาต	24	11,650	22,654	2,000	2,000
โรคกระเพาะอาหาร	168	5,678	10,339	2,000	300
เบาหวาน	50	10,810	14,063	6,000	6,000

แหล่งที่มา : ปรับปรุงจาก จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540, หน้า 75)

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ (2536 ก, หน้า 21) ได้ศึกษาค่ารักษาต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่สูงสุด 5 โรคของข้าราชการบำนาญ พบว่าค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคหัวใจมีค่ารักษาต่อครั้งสูงสุดเท่ากับ 1,280.16 บาท ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยการรักษาต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่สูงสุด 5 โรค ของข้าราชการบำนาญ

โรค	ค่าเฉลี่ยการรักษาต่อครั้ง
หัวใจ	1,280.16 บาท
ความดันโลหิตสูง	936.54 บาท
เบาหวาน	869.62 บาท
โรคกระดูกและกระดูกอ่อน	476.40 บาท
ไข้หวัดใหญ่	373.60 บาท

แหล่งที่มา : ปรับปรุงจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ (2536 ก, หน้า 21)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงานและดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียเศรษฐกิจเพื่อการดูแลรักษาและการรับบริการด้านการแพทย์และพยาบาลเป็นจำนวนมาก จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540, หน้า 75) ได้สำรวจค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงสุด เฉลี่ย 21,548.00 บาทต่อครั้ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่ารักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และ ฐานนิยม ของผู้อายุ 50 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การสำรวจในปี พ.ศ.2538

ภาวะการเป็นโรค	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.	มัธยฐาน	ฐานนิยม
โรคหัวใจ	80	21,548	38,540	6,750	300
โรคความดันโลหิตสูง	147	7,098	14,770	2,000	500
ไตอักเสบ	29	13,309	23,206	3,500	1,500
อัมพาต	24	11,650	22,654	2,000	2,000
โรคกระเพาะอาหาร	168	5,678	10,339	2,000	300
เบาหวาน	50	10,810	14,063	6,000	6,000

แหล่งที่มา : ปรับปรุงจาก จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540, หน้า 75)

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ (2536 ก, หน้า 21) ได้ศึกษาค่ารักษาต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่สูงสุด 5 โรคของข้าราชการบำนาญ พบว่าค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคหัวใจมีค่ารักษาต่อครั้งสูงสุดเท่ากับ 1,280.16 บาท ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยการรักษาต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่สูงสุด 5 โรค ของข้าราชการบำนาญ

โรค	ค่าเฉลี่ยการรักษาต่อครั้ง
หัวใจ	1,280.16 บาท
ความดันโลหิตสูง	936.54 บาท
เบาหวาน	869.62 บาท
โรคกระดูกและกระดูกอ่อน	476.40 บาท
ไข้หวัดใหญ่	373.60 บาท

แหล่งที่มา : ปรับปรุงจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ (2536 ก, หน้า 21)

อย่างไรก็ตาม อัตราค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวเป็นการศึกษาต่อครั้งการรักษา ซึ่งในสภาพที่เป็นจริงแล้วโรคเรื้อรังดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชั่วอายุ นอกจากนี้ลักษณะของอาการในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกันทำให้ความถี่ของการติดตามการรักษาไม่เท่ากัน ด้วยเหตุนี้เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมต่อปีแล้วค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปอีก ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายในการมให้บริการผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อครั้งแล้ว จะได้ทำการศึกษาค่าบริการรักษาต่อปีด้วย

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การวิเคราะห์ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการบริการต่าง ๆ ถ้าพิจารณาตามผู้รับภาระของค่าใช้จ่ายแล้ว สามารถแบ่งได้ เป็น 2 แหล่ง (สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2536. หน้า 140-141) คือ

1. ต้นทุนภายใน (internal cost) คือ ค่าใช้จ่ายที่องค์การที่จัดให้บริการต้องเป็นผู้รับภาระ

2. ต้นทุนภายนอก (external cost) คือ ค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการหรือชุมชนต้องรับภาระ

ถ้าวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายโดยใช้เกณฑ์กิจกรรมเป็นหลักสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2536, หน้า 141-142) คือ

1. ต้นทุนทางตรง (direct cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาหรือให้การรักษาโรคโดยตรง เช่น ค่ายา ค่าบริการ ค่าเวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ฯลฯ

2. ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเสียโอกาสการเดินทางการจัดกิจกรราเสริมต่าง ๆ เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยงเจ้าหน้าที่ ค่าเดินทาง ค่าล่วงเวลาเจ้าหน้าที่ ฯลฯ

ดอรอที (Dorothy, 1967) ได้ศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ พบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนมากถึงร้อยละ 90 เป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อม ส่วนค่าใช้จ่ายทางตรงหรือค่ารักษาพยาบาลโรคทางเดินหายใจตรง ๆ นั้นมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายทางอ้อมเป็นค่าใช้จ่ายในส่วนที่สำคัญของผู้ป่วย ดังนั้นจึงได้วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและของผู้ให้บริการทั้งที่เป็นค่ารักษาทางตรงและ ที่ไม่ใช่ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการทางตรง

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536 ข, หน้า 19; 33-35) ได้วิเคราะห์ว่า การจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ที่คุ้มครองบุคคลในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อการคลังของรัฐบาลในอนาคตอยู่ไม่น้อย เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมักจะป่วยเป็นโรคของการเสื่อมและชราภาพจะมีแนวโน้มสูงมากขึ้น การเบิกค่ายาในการรักษาโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองในกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลต่อรายเท่ากับ 13,595.40 บาท ค่าห้องและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกเฉลี่ยรวม 10,617.30 บาท ค่ายาสำหรับโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในเท่ากับ 7,199.90 บาท ค่าห้องและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกเฉลี่ยรวม 9,044.90 บาท ค่ายาสำหรับโรคต้อกระจก เท่ากับ 2,651.10 บาท ค่าห้องและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกเฉลี่ยรวม 5,881.00 บาท และค่ายาสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3,838.50 บาท ค่าห้องและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกเฉลี่ยรวม 5,869.10 บาท

เวลช์และลาร์สัน (Welch & Larson, 1989) ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายและประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบการปลูกถ่ายโพรงกระดูก (bone morrow transplantation) และการรักษาแบบเคมีบำบัด(conventional chemotherapy) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 17 และ 19 คนตามลำดับ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยวอชิงตัน เป็นผู้มีอายุอยู่ระหว่าง 17 ถึง 50 ปี ทำการประเมินค่ารักษาพยาบาลจากจำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาล การรักษาในห้องวิกฤต จำนวนครั้งของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเอกซเรย์ ค่ายา และ ค่าผลิตภัณฑ์ของเลือด ทั้งนี้ไม่รวมเงินเดือนและค่าจ้างบุคลากร พบว่า ใน 5 ปีค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายโพรงกระดูกเป็นจำนวนเงิน 193,000 ดอลล่าร์สหรัฐอเมริกาต่อผู้ป่วยหนึ่งคน และ ของผู้ป่วยรักษาแบบเคมีบำบัดเป็นจำนวนเงิน 136,000 ดอลล่าร์สหรัฐอเมริกาต่อผู้ป่วยหนึ่งคน และศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาจากจำนวนปีที่มีชีวิตรอดหลังการรักษา

ดังนั้นในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการวิเคราะห์ค่าบริการรักษาพยาบาลที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงของ ผู้ให้บริการ ครั้งนี้ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจพิเศษต่าง ๆ และ ค่าบริการ โดยไม่รวม เงินเดือน ค่าเบี้ยเลี้ยง และ ค่าล่วงเวลาของบุคลากร การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้รับบริการ ได้แก่ ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าจ้าง และอื่น ๆ ซึ่งเป็นของผู้สูงอายุโดยตรง ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้รับบริการ ได้แก่ ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าเดินทางของญาติ ค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นตัวเงินได้แก่ การเสียเวลาของผู้รับบริการ การเสียโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุ และ ญาติ

ผลที่ได้จากการบริการดูแลสุขภาพ

การบริการด้านสุขภาพอนามัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนจะต้องได้รับ ดังนั้นการลงทุนในระบบบริการด้านสุขภาพอนามัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่รัฐบาลต้องดำเนินการจัดเป็นสวัสดิการให้แก่ประชาชน อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการบริการดูแลสุขภาพจากภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นแต่ประการเดียวอาจไม่เหมาะสมทั้งหมด เพราะจุดมุ่งหมายของการให้บริการดูแลสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การดำรงและการประคับประคองสุขภาพ ตลอดจนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงไม่อาจวิเคราะห์ในเชิงสุขภาพที่ดีขึ้น หรือผลประโยชน์เชิงตัวเงินที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่เสื่อมถอยของสุขภาพโดยธรรมชาติ ดังนั้นในการประเมินประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการรับบริการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุควรพิจารณาจาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่รับบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (job satisfaction) เป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึก ของผู้ปฏิบัติงานต่องานโดยรวม หรือ ต่อด้านต่าง ๆ ในการทำงาน ในการวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอาจเป็นข้อพิจารณาโดยรวมเพียงข้อเดียวว่าพอใจหรือไม่ เพียงใด หรือเป็นข้อพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ในการทำงานหลาย ๆ ข้อร่วมกัน (Scarpello & Campbell , 1983 อ้างใน สมหวัง พิริยานุวัตน์, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์, ธีระพร อุวรรณโณ และ นิรันดร์ แสงสวัสดิ์, 2540, หน้า 2-17) ในการวัดความพึงพอใจเฉพาะด้านนั้นมาตรวัดที่มีการใช้มากที่สุด คือ มาตรดัชนีการพรรณนางาน โดยพิจารณาจาก (1) ลักษณะงาน (work) (2) ค่าจ้าง (pay) (3) การเลื่อนตำแหน่ง (promotion) (4) เพื่อนร่วมงาน (coworkers) (5) การบังคับบัญชา (supervision) โดยใช้มาตรวัด 3 ระดับ คือ ใช่ (yes) ไม่ใช่(no) และ ไม่แน่ใจ (?) (Smith, Kendall, & Hulin, 1969)

เฮิรซ์เบอร์ก และคณะ (Herzberg, et al, 1959 cited in Parahoo, & Barr, 1994) ได้พัฒนาทฤษีความพึงพอใจในการทำงาน (satisfaction) และ ความไม่พึงพอใจในการทำงาน (dissatisfaction) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ปัจจัย คือ (1) ปัจจัยค้ำจุน (hygienic or extrinsic factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมขององค์กรและค่าตอบแทนในการทำงาน ได้แก่ นโยบาย และการบริหารงาน รูปแบบการนิเทศงาน สถานภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เงินค่าตอบแทน และ ความมั่นคงในงาน และ (2) ปัจจัยจูงใจ

(motivating or intrinsic factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับคนและธรรมชาติของงาน ได้แก่ ความสำเร็จในงาน การยอมรับ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความเจริญก้าวหน้าในงานและในตำแหน่ง

พาราโฮ และ บาร์ (Parahoo, & Barr, 1994) ได้ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานกับผู้มีความพิการทางสมองแบบองค์รวม (a holistic approach to job satisfaction) โดยศึกษาจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ (1) ลักษณะของงาน ได้แก่ ความคาดหวังในงาน แรงจูงใจ ค่านิยม บุคลิกภาพ ประสบการณ์ การรับการฝึกอบรม (2) ธรรมชาติของงาน ได้แก่ เนื้อหาของงาน ปฏิบัติกับคน หรือ เพื่อได้ผลผลิต ความซ้ำซากของงาน ความหลากหลายของงาน ประเภทของผู้รับบริการ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ (3) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ ระบบองค์กร การจ่ายค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในงาน ความมั่นคง ความปลอดภัย ผลต่อสุขภาพ และ สถานที่ทำงาน (job location)

ซีและคณะ (Zee, Kramer, Derksen, Kerkstra, & Steven, 1994) ได้ศึกษาองค์ประกอบ (factor analysis) ของความพึงพอใจในการดำเนินงานพยาบาลชุมชนใน เบลเยี่ยม เยอรมัน และ เนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการดำเนินงานพยาบาลชุมชนมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อหน่วยงาน ความพึงพอใจต่อความเป็นวิชาชีพ และความพึงพอใจต่อการยอมรับของสังคมและผู้ร่วมงาน โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ (1) สภาพขององค์กร (2) สภาพการทำงานนอกเวลา (3) การได้พัฒนาความก้าวหน้าในงาน (4) รายได้จากงาน (5) เวลาที่ใช้ในการทำงาน (6) สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน (7) การได้ร่วมประสานงานกับวิชาชีพอื่น (8) โอกาสที่ได้ร่วมพัฒนาคุณภาพของงาน (9) การได้ศึกษาอย่างต่อเนื่อง (10) การมีเอกสิทธิ์ในการให้บริการ (11) การได้รับการนิเทศ (12) การทำงานอย่างอิสระ (13) การได้ศึกษาในระดับปริญญา (14) ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน (15) การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ (16) การยอมรับของสังคม และ (17) การยอมรับของผู้ป่วย ในการศึกษาพบว่า การวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานใน 3 องค์ประกอบมีค่าความเชื่อมั่นในการวัดอยู่ในระดับปานกลาง (Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .68 , .68 และ .49)

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และนิดยา ตากวิริยะนนท์ (Taboonpong & Takviriyanun, 1999) ได้ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลโดยใช้ข้อคำถาม 11 ข้อ เกี่ยวกับ เงินเดือน ประโยชน์ กำหนดการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และ ทีมสุขภาพ ลักษณะผู้นำ สภาพการทำงาน บทบาทและหน้าที่ของพยาบาล การได้รับคำแนะนำ ความ

เป็นเจ้าขององค์กรและการได้รับการยอมรับ ด้วยมาตรวัด 5 ระดับ ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีความเชื่อมั่นระดับสูง (α = .90)

จะพบว่าการประเมินความพึงพอใจส่วนใหญ่ใช้องค์ประกอบจากลักษณะงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความมีเอกสิทธิ์และอิสระในงานและ ผลตอบแทน ดังนั้นในการประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในการวิจัยนี้จะหมายถึง ความรู้สึก นึกคิดของบุคลากรผู้ให้บริการต่อองค์ประกอบของ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน โดยมีเนื้อหาครอบคลุม การยอมรับของผู้บริหาร ผู้ร่วมงาน ผู้รับบริการ การได้รับการนิเทศงาน ปริมาณและลักษณะงาน การมีอิสระภาพ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในงาน โดยใช้มาตรวัด 5 ระดับจาก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

ความพึงพอใจต่อบริการของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คือ ระดับของความสอดคล้องของความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการกับสิ่งที่ผู้รับบริการรับรู้ว่าได้รับจริง ความพึงพอใจต่อบริการเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการ (Cookfair, 1996, p.248; Monica, Oberst , Madea, & Wolf, 1986) และเช่นเดียวกับวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน นั่นคือ ความพึงพอใจในบริการสามารถวัดได้จากคำถามเพียงคำถามเดียวว่าพึงพอใจหรือไม่ มากน้อยเพียงใด หรือวัดจากปรากฏการณ์หลายมิติ (multidimensional phenomenon) (Ware, 1978, cited in Monica, et al, 1986) ริสเสอร์ (Risser, 1975 cited in Monica, et al, 1986) กล่าวว่าองค์ประกอบของการวัดความพึงพอใจในบริการ มี 3 องค์ประกอบ คือ (1) ความสามารถทางวิชาการของผู้ให้บริการ (2) สัมพันธ์ภาพ (3) การได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้

เดือนใจ โรจนารุณ (2541) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่องานบริการฝากครรภ์ห้องคลอดและหลังคลอด ในโรงพยาบาลชลบุรี ด้วยแบบมาตรวัด 5 ระดับ พบว่า ผู้รับบริการจะมีความพึงพอใจในเรื่องความสะอาดของสถานที่มากกว่าเรื่องอื่น ๆ สำหรับการดูแลหลังคลอดจะพอใจในการได้รับสุขศึกษามากที่สุด

ในการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการครั้งนี้วัดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ กิจกรรม ขั้นตอนการให้บริการ และคุณภาพของบริการที่ได้รับ โดยใช้มาตรวัด 5 ระดับจาก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพที่สะท้อนทางนามธรรม (subjective) และรูปธรรม (objective) ของบุคคลที่เป็นอยู่ ซึ่งรวมถึง ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สุนทรีย์และจิตวิญญาณ (Gold, Siegel,Russell, & Weinstein, 1996)

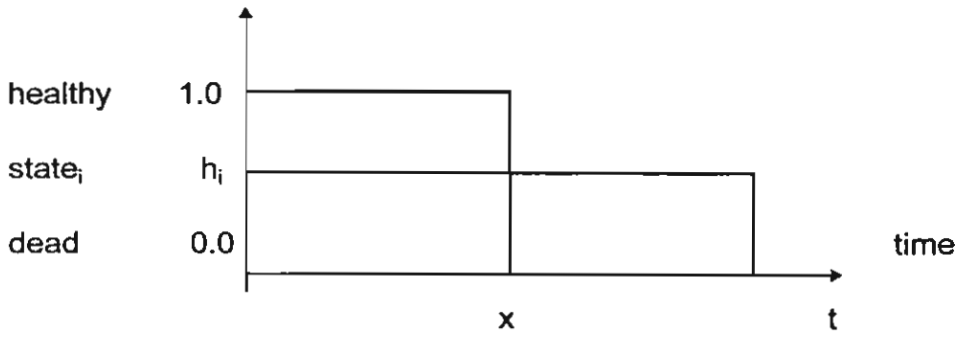
การประเมินด้านรูปธรรมสามารถประเมินได้จาก ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม (พนิษฐา พานิชาชีวะกุล, 2537 ; อารีวรรณ คุณเจตน์, 2541) นอกจากนี้อาจประเมินได้จากระดับการว่างงาน ความยากจน การมีบ้านเป็นของตนเอง ความหนาแน่นของประชากร รายได้ การบริโภคอาหาร การคมนาคม อาชีพ ความเป็นอยู่ (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539)

และการประเมินด้านนามธรรมสามารถประเมินได้จาก สภาพจิต ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิต (อารีวรรณ คุณเจตน์, 2541) สมชาย สุขสิริเสรีกุล (2539) ได้กล่าวว่า ดัชนีวัดคุณภาพชีวิตนามธรรมวัดจาก ความสุขและความพึงพอใจในตนเอง

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ใช้กันแพร่หลายมี 3 วิธีการหลัก (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539; Patrick & Erickson, 1993; Newbold, 1995) คือ

1. **วิธีวัดแบบประเมินจากภาพที่เห็น (visual analogue scale ..VAS)** โดยการใช้เส้นตรงที่มีความยาว ปลายข้างหนึ่งหมายถึงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่นึกได้ มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 และปลายตรงข้ามเป็นภาวะสุขภาพที่เลวที่สุดเท่าที่จะนึกได้ มีคะแนนเป็น 0 ผู้ถูกประเมินจะทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงที่ตำแหน่งคุณภาพสุขภาพของตน

2. วิธีการวัดแบบช่วงเวลาเสียชีวิต (time tradeoff..TTO) ผู้ถูกประเมินจะได้ข้อเสนอทางเลือกสองทางที่แน่นอน และต้องเลือกทางใดทางหนึ่ง เช่น ทางเลือกที่หนึ่งมีสภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรงจะมีชีวิตอยู่ได้ t ปีก็จะเสียชีวิต ทางเลือกที่สอง คือ มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ โดยจะมีชีวิตได้ x ปีก็จะเสียชีวิตเช่นกัน โดย x สั้นกว่า t ค่าของ x จะเปลี่ยนไปจน ผู้ตอบรู้สึกว่าไม่แตกต่างจาก t ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีค่า เท่ากับ x/t ลักษณะการวัดเช่นนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีที่สุดจะเป็น 1 และที่เลวที่สุดจะเป็น 0



ภาพที่ 2 การวัดแบบช่วงเวลาเสียชีวิต (TTO) สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง
(Patrick & Erickson, 1993, p. 168)

3. วิธีการวัดแบบมาตรฐานแกมเบอร์ (Standard Gamble..SG) ผู้ถูกประเมินจะได้รับข้อเสนอ 2 ทาง ทางเลือกที่หนึ่งเป็นสภาพร่างกายปัจจุบันที่แน่นอนอยู่แล้ว อีกทางเลือกหนึ่งเป็นสภาพร่างกายที่ไม่แน่นอน 2 แบบด้วยกัน คือ การมีโอกาสที่ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ (p) และ การมีโอกาสเสียชีวิต (1-p) โอกาสที่ร่างกายแข็งแรงจะถูกเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ จนไม่รู้สึกแตกต่างกันกับระหว่างทางเลือกทั้งสองทาง ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีค่าเป็นค่าโอกาสมีสุขภาพดีค่าสุดท้ายที่เลือก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีที่สุดจะเป็น 100 และที่เลวที่สุด คือ ความตายจะเป็น 0

ในการศึกษาครั้งนี้ให้วิธีการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบมาตรฐานแกมเบอร์ (Standard Gamble..SG) โดยการประเมินสภาพร่างกายปัจจุบันที่แน่นอนด้วยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของยุโรป (The EuroQol Instrument) ซึ่ง สมชาย สุขสิริเสรีกุล (2539) ได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย โดยประเมินจากความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมโดยปกติ ความเจ็บปวด / ไม่สบาย และ ความวิตกกังวล / ความเครียด ในระยะสองสัปดาห์ก่อนเก็บข้อมูล และ ได้เพิ่มเติมการรับรู้สุขภาพของตนเองเปรียบเทียบกับในปีที่ผ่านมา สำหรับในการวิจัยนี้ได้เพิ่มเติมการเปรียบเทียบกับก่อนรับการรักษาที่หน่วยงานที่ศึกษาด้วย เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังอาจมีการเปลี่ยนแปลงสถานที่รักษา หรือ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลก่อน จากภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากปีที่ผ่านมา และที่เปลี่ยนแปลงไปก่อนการรักษากับหน่วยงานนี้ตามที่ได้จากตัวอย่าง จะให้ทางเลือกว่าจะยินดีคงสภาพเช่นนี้ หรือ เลือกทางเลือกใหม่ซึ่งเป็นการรักษาที่มีโอกาสมีสุขภาพดีตามที่ต้องการ (p) ขณะเดียวกันก็เสี่ยงต่อชีวิตด้วย (1-p) โอกาสการมีสุขภาพดีจะลดลงเรื่อย ๆ จาก 90 80 70 .... ขณะที่ความเสี่ยงจะถูกเพิ่มจาก 10 20 30 .... ตามลำดับ จนถึงระดับที่กลุ่มตัวอย่างไม่เลือกทางเลือกใหม่นั้น ซึ่งหมาย

ความว่า พอใจในสุขภาพของตนเองขณะนั้นมากกว่าโอกาสเสี่ยงที่กำหนดให้ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจะเท่ากับโอกาสเสี่ยงที่จะมีสุขภาพดีที่เลือกสุดท้าย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ (applies research) ทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตภาคตะวันออก ตลอดจนผลที่อาจเกิดขึ้นจากการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ **บุคลากรในทีมสุขภาพ** ที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตภาคตะวันออก ซึ่งมีทั้งหมด 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา ระยอง จันทบุรี สระแก้ว ปราจีนบุรี ตราด และ นครนายก

2. **กลุ่มผู้รับบริการ** ได้แก่ **ผู้สูงอายุ** เป็นผู้มีอายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาอยู่กับโรงพยาบาลของรัฐบาล ทั้งผู้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล และ ผู้ที่รับการรักษาที่บ้าน จำนวนประชากรภาคตะวันออกจากการสำรวจของสำนักทะเบียนราษฎร์ ปี พ.ศ. 2537 มีประชากรชายหญิงรวมกัน เท่ากับ 4,075,025 คน ซึ่งในจำนวนนี้สามารถคาดประมาณผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 74 ปี ได้ประมาณร้อยละ 6.4 ซึ่งเป็นอัตราที่สำรวจพบในภาคกลางทั้งหมด (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2537, หน้า 12, 16) คิดเป็นจำนวนผู้สูงอายุ 260,801 คน ในจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าวเมื่อประเมินว่าเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะมีจำนวนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 (คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2538 หน้า 10) จะเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่น้อยกว่า 130,401 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มเช่นกัน คือ

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรในทีมสุขภาพ ที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตภาคตะวันออก ที่สุ่มเป็นตัวอย่างจำนวนอย่างน้อยแห่งละ ร้อยละ 50 ของจำนวนบุคลากรที่ให้บริการ ณ หน่วยงานบริการรักษาพยาบาล

แผนกผู้ป่วยนอกที่ศึกษานั้นและ / หรือหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้าน รวมเป็นกลุ่มบุคลากรที่ศึกษา 157 คน

2. กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาอยู่กับโรงพยาบาลของรัฐบาล ทั้งผู้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล และผู้ที่รับการรักษาที่บ้าน จำนวนรวม 400 คน จำนวนดังกล่าวได้จากการเปิดตารางสำเร็จรูปยามาเน (Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ขนาดประชากรจำนวนอนันต์ (infinity, มากกว่า 100,000 คน)(อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน, 2537 หน้า 31) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

(1) ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรคมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน ขณะเก็บข้อมูลยังคงรับการรักษาด้วยโรคนั้นอยู่

(2) มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 74 ปี

(3) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีอาการเสื่อมทางสมองหรือความจำเสื่อม

(4) สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดีหรือมีญาติที่จะถ่ายทอดข้อความได้

(5) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

ทำการสุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) คือ เลือกโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออก โดยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของภาคตะวันออก และสุ่มเลือกโรงพยาบาลทั่วไปอย่างง่าย (simple random sampling) จากโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคตะวันออกอีก 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลระยอง[1] สุ่มเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในจังหวัดเดียวกับโรงพยาบาลที่เลือกไว้แล้วจังหวัดละ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี และ โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง รวมเป็นโรงพยาบาลในภาคตะวันออกทั้งสิ้น 6 แห่ง

ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และญาติที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้สูงอายุที่ให้บริการรักษาโรคด้วย หรือ มารับบริการในคลินิกเฉพาะโรค โดยเลือกศึกษาผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดทุกรายในวันที่เก็บรวบ

---

[1] ในปี 2542 ยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์

รวมข้อมูล ซึ่งได้ทำการเก็บข้อมูลแห่งละประมาณ 5 วันราชการ (จันทร์ ถึง ศุกร์) ได้ผู้สูงอายุจำนวน 342 คน

และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับบริการจากหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออก 6 แห่ง ที่เลือกไว้แล้ว โดยศึกษาผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนรับบริการและอยู่ในตำบล หรือ พื้นที่ที่เป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทุกคน ศึกษาข้อมูลจากญาติในผู้สูงอายุรายเดียวกันซึ่งปกติจะต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุขณะมีบุคลากรมาให้บริการที่บ้านด้วย ได้จำนวนผู้สูงอายุที่ศึกษาที่บ้านทั้งหมด 58 คน

ดังรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามโรงพยาบาลและที่รับบริการ

จังหวัด/โรงพยาบาล	ผู้สูงอายุรับบริการที่			บุคลากรให้บริการที่		
	โรงพยาบาล	บ้าน	รวม	โรงพยาบาล	บ้าน	รวม
ชลบุรี						
1. โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี	99	1	100	15	9	24
2. โรงพยาบาลพนัสนิคม	25	17	42	5	5	10
ระยอง						
1. โรงพยาบาลระยอง	69	7	76	14	9	23
2. โรงพยาบาลบ้านฉาง	53	18	71	19	7	26
จันทบุรี						
1.โรงพยาบาลพระปกเกล้า	80	10	90	26	10	36
2. โรงพยาบาลคิชฌกูฏ	16	5	21	24	14	38
รวม	**342**	**58**	**400**	**103**	**54**	**157**

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเอง จากการศึกษา ทบทวนเอกสาร รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ[1] ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและตามเนื้อหา เมื่อได้มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน และบุคลากรจำนวน 20 คน ณ โรงพยาบาลพนัสนิคม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยทำการเก็บข้อมูลเช่นเดียวกับที่จะทำการเก็บข้อมูลจริง ตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) ของข้อคำถาม ลำดับของเนื้อหาที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูล และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแต่ละชุด ทำการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามที่เป็นชุดวัดตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ค่าที ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยเทคนิคแบ่งกลุ่มคะแนนสูงและต่ำที่ร้อยละ 30 ข้อความที่มีอำนาจจำแนกอย่างมีนัยสำคัญได้นำมาเป็นแบบวัดตัวแปร โดยทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient ..α) รายละเอียดและคุณภาพเครื่องมือมีดังนี้ คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและที่บ้าน ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิดและปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 18 ข้อ จากแบบสอบถามเดิม 30 ข้อ ข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกได้นำมาใช้เก็บข้อมูลโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ที่ทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้วยวิธีของครอนบาช มีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง (α = .8325, standardized item alpha = .7667)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมในการรักษา การสูญเสียโอกาส การสูญเสียเวลา ความพึงพอใจในการรับบริการที่โรงพยาบาล และการรับบริการที่บ้าน และภาวะสุขภาพในระหว่าง 2 สัปดาห์ก่อนเก็บข้อมูลและคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

---

[1] รองศาสตราจารย์ ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ นายแพทย์ ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ของผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิดประกอบกันจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 การใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เวลาในการเดินทาง การรับบริการ และ การรอคอย ของทั้งผู้สูงอายุเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรับบริการ เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับค่าอาหาร ค่าที่พักและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 การสูญเสียโอกาส เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับปกติ ใช้เวลาปฏิบัติงานอะไร ถ้าไม่มารับบริการทั้งของผู้สูงอายุและของญาติ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและการประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง เนื้อหาของแบบวัดนี้ได้พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของกลุ่มศึกษาคุณภาพชีวิตชาวยุโรปที่เรียกว่าแบบยูโรคอล (EuroQol Instrument) และแบบมาตรฐานแกมเบอร์ (Standard Gamble test) (Newbold, 1995) ซึ่ง สมชาย สุขสิริเสรีกุล (2539) ได้พัฒนานำมาใช้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไทย ผู้วิจัยได้พัฒนาภาษาให้เหมาะสมกับการวัดภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ เป็นคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยใช้เทคนิคภาพหน้า (face scale) เมื่อนำไปทดลองใช้แล้วพบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าอำนาจจำแนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นจำนวน 15 ข้อ เมื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ที่ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้วยวิธีการของครอนบาช มีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง (α = .9048, standardized item alpha = .9060)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำโดยนักวิจัย และ พนักงานช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 6 คน ที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี โดยได้ทดลองเก็บข้อมูลก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง การเก็บข้อมูลทำดังนี้

1. ประสานงานกับโรงพยาบาลและหน่วยบริการที่เป็นตัวอย่างในการขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลเพื่อสะดวกในการดำเนินการในวันเวลาที่ให้บริการแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่าง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล และ ที่บ้าน โดยการขอข้อมูลจำนวนและรายชื่อผู้ให้บริการจากหัวหน้าหน่วยงานบริการที่ศึกษา และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงาน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มอบแบบสอบถามชุดที่ 1 ในซองปิดผนึกทุกคน ให้เวลาในการตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ และขอรับคำตอบกลับในเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ โดยให้ใส่ซองปิดผนึกกลับเช่นกัน โดยมีพยาบาลในฝ่ายวิชาการของแต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในการติดตามแบบสอบถาม

4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุและญาติด้วยแบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 2 ดังนี้

4.1 กลุ่มผู้รับบริการที่โรงพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากผู้สูงอายุที่รอรับบริการตรวจรักษาพยาบาลที่หน่วยให้บริการผู้ป่วยนอกต่าง ๆ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะโรค คลินิกผู้สูงอายุ ฯลฯ โดยได้ชี้แจงรายละเอียดของสาระสำคัญและวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขออนุญาตและขอความร่วมมือในตอบข้อคำถาม เมื่อผู้สูงอายุยินดีให้ความร่วมมือจะทำการสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้น การเดินทาง การเสียโอกาส และหลังจากนั้นจะรอให้กลุ่มตัวอย่างรับบริการรักษาพยาบาลจนแล้วเสร็จ ขณะที่รอรับยาหรือรับยาเรียบร้อยแล้ว พร้อมจะกลับบ้าน จึงขอสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติเพิ่มเติม เพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา การเสียเวลาความพึงพอใจในการรับบริการ และคุณภาพชีวิต พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ ในกรณีที่ทางโรงพยาบาลไม่ได้ให้ใบแสดงราคาค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ ฯลฯ มากับผู้ป่วย หรือ กรณีใช้สวัสดิการผู้สูงอายุแล้วไม่ทราบราคาค่าใช้จ่าย จะทำสัญลักษณ์ในใบสั่งยา เพื่อติดตามขอทราบการประมาณค่าใช้จ่ายตามรายการจากเภสัชกรต่อไป

4.2 กลุ่มผู้รับบริการที่บ้าน จะตรวจสอบรายชื่อผู้รับบริการตามทะเบียนของโรงพยาบาลเฉพาะผู้ที่อยู่ในตำบลหรือเขตที่รับผิดชอบให้บริการของโรงพยาบาล เนื่องจากการให้บริการผู้ป่วยที่บ้านต้องใช้เวลาในการเดินทางมาก ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนให้บริการไม่มากนัก เมื่อคัดเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยแล้ว จะเหลือตัวอย่างจำนวนน้อยมาก ดังนั้นจึงทำการศึกษาผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่บ้านไว้ขณะเก็บข้อมูลทั้งหมด นักวิจัยทำการศึกษาที่ตั้งและแผนที่ของที่พักของกลุ่มตัวอย่าง แล้วเดินทางไปยังบ้านของกลุ่มตัวอย่างโดยคณะของนักวิจัยเอง หรือ ให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนำทางไป เมื่อทำการแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว จึงทำการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง โดยให้

กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามอย่างอิสระโดยปราศจากอิทธิพลของเจ้าหน้าที่ที่นำทางไป อย่างไรก็ตามในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับบริการที่บ้านทุกคน ต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตามที่แพทย์นัดซึ่งจะมีค่าใช่จ่ายในรับริการด้วย ส่วนการบริการที่บ้านเกือบทั้งหมดไม่เสียค่าบริการเลย ยกเว้น กรณีที่ผู้ป่วยขอให้เจ้าหน้าที่เตรียมอุปกรณ์บางอย่างมาให้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะทำการตรวจสอบ (edit) ความสมบูรณ์ ลงรหัสข้อมูล แล้ววิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติทางสังคมศาสตร์ (Statistic Package for Social Science for Windows..SPSS for Win version 7, 1995) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. พรรณนาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ สถิติ ร้อยละ ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และฐานนิยม

2. เปรียบเทียบค่าใช้จ่าย ระดับความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะต่างกันด้วยการทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\leq$ .05

3. เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการที่มีคุณลักษณะต่างกันด้วยการทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\leq$ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การรายงานผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แบ่งเนื้อหาเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่

2.1 ต้นทุนทางตรงของผู้ให้บริการ

2.2 ต้นทุนทางตรงของผู้รับบริการ

2.3 ต้นทุนทางอ้อมของผู้รับบริการ

2.4 การสูญเสียโอกาสของผู้รับบริการ

2.5 การสูญเสียเวลาของผู้รับบริการ

ตอนที่ 3 ผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่

3.1 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

3.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.3 คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

ตอนที่ 4 สมการในการกำหนดนโยบายการเตรียมการด้านงบประมาณ

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ให้บริการ ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้

1.1 **กลุ่มผู้สูงอายุ**

1.1.1 ลักษณะทางสังคม ประชากร ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 400 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 66 มีอายุเฉลี่ย 66.64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.65 ปี ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 97 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออก จังหวัดระยอง ชลบุรี และ จันทบุรี คิดเป็นร้อยละ 37 34 และ 27 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ แล้ว คิดเป็นร้อยละ 75 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะสังคมประชากร

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	134	34
1.2 หญิง	266	66
2. อายุ		
2.1 60 - 64 ปี	148	37
2.2 65 - 69 ปี	123	31
2.3 70 - 74 ปี	129	32
(อายุเฉลี่ย 66.64 ปี , *S.* = 4.65 ปี)		
3. ศาสนา		
3.1 พุทธ	388	97
3.2 คริสต์	11	3
3.3 อิสลาม	1	< 1

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
4. ภูมิลำเนา		
4.1 ระยอง	148	37
4.2 ชลบุรี	134	33
4.3 จันทบุรี	108	27
4.4 อื่น ๆ ในภาคตะวันออก	10	3
5 อาชีพ		
5.1 ไม่ประกอบอาชีพ	299	75
5.2 ข้าราชการบำนาญ	34	9
5.3 ค้าขาย	30	7
5.4 เกษตร	19	5
5.5 รับจ้าง	14	3
5.6 อื่น ๆ	4	1

1.1.2 **ฐานะทางเศรษฐกิจ**

ผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นผู้ที่มีรายได้จากการที่ลูก หลานให้ จากดอกเบี้ยเงินฝาก รวมทั้งจากการให้เช่าทรัพย์สินโดยไม่ต้องลงแรงประกอบอาชีพร้อยละ 70 เป็นผู้ที่มีรายได้จากการประกอบอาชีพและหรือจากบำนาญข้าราชการร้อยละ 20 เป็นผู้ที่มีรายได้จากทั้งสองส่วน คือ จากการประกอบอาชีพเองและจากบุตรหลานให้ หรือ ดอกเบี้ยเงินฝาก และ การให้เช่าทรัพย์สินต่าง ๆ รวมกันร้อยละ 4 และ พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้เลย แต่อาศัยอยู่กินกับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 6 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีรายได้แต่ละเดือนในลักษณะต่าง ๆ กัน

ประเภทรายได้	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่มีรายได้จากแหล่งใด ๆ	23	6
2. จากบุตรหลาน ดอกเบี้ย ค่าเช่าและอื่นๆ	279	70
3. จากการประกอบอาชีพ หรือ บำนาญข้าราชการ	98	20
4. มีรายได้ทั้งจากอาชีพ บุตรหลานให้ ค่าเช่า ดอกเบี้ย ฯลฯ	15	4

จากลักษณะการมีรายได้ดังกล่าวเป็นรายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนเท่ากับ 4420.67 บาท (*S.* = 8483.75 บาท) เมื่อพิจารณารายได้จากการประกอบอาชีพและหรือจากบำนาญข้าราชการเฉลี่ยต่อเดือน 2304.90 บาท (*S.* = 6610.32 บาท) และรายได้ทางอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การประกอบกาชีพ เช่น จากการที่ลูก หลานให้ จากดอกเบี้ยเงินฝากต่าง ๆ จากการให้เช่าทรัพย์สิน และ อื่น ๆ เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 2115.77 บาท (*S.* = 5919.85 บาท) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 รายได้ต่ำสุด สูงสุด และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะรายได้

ประเภท	ต่ำสุด*	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	*S.*
รายได้รวม	55	90,000	4420.67	8483.73
1. รายได้จากอาชีพ และ ข้าราชการบำนาญ	100	58,000	2304.90	6610.32
2. รายได้ทางอื่น ๆ เช่น จากบุตรหลานให้ ดอกเบี้ย ค่าเช่า และ อื่นๆ	55	90,000	2115.77	5919.85

หมายเหตุ * รายได้ต่ำสุดของผู้มีรายได้ในประเภทนั้น ๆ

1.1.3 ภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นผู้ที่รับรู้ว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีการติดเชื้อต่าง ๆ ซึ่งส่วนมากมักมีการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยมากกว่า 1 รายโรค ทั้งนี้ได้ศึกษาแยกประเภทโรคที่รับรู้ว่าป่วยอย่างเดียว กับป่วยร่วมกับโรคอื่น ๆ โรคที่พบมากได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และ โรคไขมันในหลอดเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 46 38 17 และ 8 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะการรับรู้ต่อการวินิจฉัยโรค (N = 400)

การรับรู้การวินิจฉัยโรค	จำนวน	ร้อยละ
1. ความดันโลหิตสูง	**181**	**46**
1.1 ความดันโลหิตสูงอย่างเดียว	94	52
1.2 ความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่น	87	48
2. เบาหวาน	**152**	**38**
2.1 เบาหวานอย่างเดียว	89	59
2.2 เบาหวานร่วมกับโรคอื่น ๆ	63	41
3. โรคหัวใจ	**69**	**17**
3.1 โรคหัวใจอย่างเดียว	27	39
3.2 โรคหัวใจร่วมกับโรคอื่น ๆ	42	61
4. ไขมันในหลอดเลือดสูง	**31**	**8**
4.1 ไขมันในหลอดเลือดสูงอย่างเดียว	12	39
4.2 ไขมันในหลอดเลือดสูงร่วมกับโรคอื่น ๆ	19	61
5. ข้อเสื่อม ปวดข้อ	**26**	**7**
5.1 ข้อเสื่อม ปวดข้ออย่างเดียว	6	23
5.2 ข้อเสื่อม ปวดข้อร่วมกับโรคอื่น ๆ	20	77
6. ไตวาย	**25**	**6**
6.1 ไตวาย อย่างเดียว	18	72
6.2 ไตวาย ร่วมกับโรคอื่น ๆ	7	28
7. ความผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง	**13**	**3**
ความผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง ร่วมกับโรคอื่น ๆ	13	100
8. โรคแผลในกระเพาะอาหาร	**8**	**2**
8.1 โรคแผลในกระเพาะอาหารอย่างเดียว	4	50
8.2 โรคแผลในกระเพาะอาหารร่วมกับโรคอื่น	4	50
9. อื่น ๆ เช่น โรคหอบ ถุงลมโป่งพอง โรคตา โรคผิวหนัง โรคไมเกรน โรคเครียด ฯลฯ	**23**	**6**

ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวมีระยะเวลา ตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 480 เดือน โดยมีระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 86 เดือน หรือประมาณ 7 ปี และการรับการรักษาจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นเวลาเฉลี่ย 61 เดือน หรือประมาณ 5 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และ การรับบริการที่หน่วยงานที่ศึกษา (N=400)

ระยะเวลา (เดือน)	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	S.	ประมาณ (ปี)
1. การวินิจฉัยจากแพทย์	1	480	86.34	74.53	7
2. การรักษากับหน่วยงาน	1	360	61.85	58.88	5

1.1.4 การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่ใช้สวัสดิการผู้สูงอายุในการรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมาคือ ใช้สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 33 และ พบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองร้อยละ 5.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ลักษณะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
1. สวัสดิการผู้สูงอายุ	217	54
2. เบิกต้นสังกัดข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	133	33
3. ผู้สูงอายุจ่ายเอง	23	6
4. บริษัทประกัน	11	3
5. บัตรสุขภาพ (ร่วมกับครอบครัว)	6	2
6. บุตรหลานออกให้	5	1
7. สวัสดิการอื่น ๆ เช่น อสม.	5	1
รวม	**400**	**100**

1.1.5 การติดตามการรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ามีผู้ที่ต้องติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลเดือนละหนึ่งครั้งคิดเป็นร้อยละ 62 อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังมีความจำเป็นต้องไปรับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เพื่อการล้างเลือด (heamodialysis) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง คิดเป็นเดือนละประมาณ 8 ครั้ง ซึ่งมีผู้สูงอายุที่ ต้องมารับบริการดังกล่าว ร้อยละ 3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความถี่ของการรับบริการ

	ความถี่ของการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
1	เดือนละ 8 ครั้ง	11	3
2.	เดือนละ 2 ครั้ง	31	8
3.	เดือนละ 1 ครั้ง	249	62
4.	2 เดือนครั้ง	91	23
5.	3 เดือนครั้ง	11	3
6.	6 เดือนครั้ง	7	2
	รวม	**400**	**100**

1.1.6 สถานที่รับบริการรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มาติดตามรักษาที่โรงพยาบาลร้อยละ 86 และเป็นผู้ที่รับการบริการรักษาพยาบาลที่บ้านคิดเป็นร้อยละ 14 ในจำนวนผู้ที่รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลจะเป็นผู้ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยเฉพาะโรค และ คลินิกผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 44 32 และ 24 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่รับบริการรักษาพยาบาล

สถานที่รับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ที่บ้าน	58	14
2. ที่โรงพยาบาล	342	86
2.1 แผนกผู้ป่วยนอก	152	44
2.2 แผนกผู้ป่วยเฉพาะโรค	109	32
2.3 แผนก หรือ คลินิกเฉพาะโรค	81	24
รวม	**400**	**100**

การรับการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ศึกษา จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ

(1). กรณีที่รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีลักษณะการรับบริการได้ดังนี้

(1.1) แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งที่ศึกษาโดยเฉพาะโรคพยาบาลชุมชนจะให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังร่วมกับการให้บริการกับผู้ป่วยกลุ่มอายุต่าง ๆ ที่แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยไม่ได้แยกกลุ่มโรค

(1.2) แผนกผู้ป่วยนอกเฉพาะโรค พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งก็จะแยกให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ออกเป็นคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคไต เป็นต้น โดยให้บริการสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง อาจเป็นครึ่งวันเช้า หรือ ครึ่งวันบ่าย ทั้งนี้ไม่ได้แยกกลุ่มอายุ อย่างไรก็ตามก็พบว่าบางโรคแยกคลินิกเฉพาะโรคเพียงโรคเดียว หรือ สองโรค ที่มีผู้ป่วยมาก ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ จะต้องรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปทางอายุรกรรม

(1.3) คลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลศูนย์ นอกจากมีการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะโรคแล้ว ยังจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุด้วย แต่ก็พบว่าถ้าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเฉพาะโรค ก็จะถูกส่งต่อไปรับบริการในคลินิก เฉพาะโรค หรือ พบแพทย์ทางอายุรกรรมต่อไป

(2) การรับบริการที่บ้าน ปัจจุบันการให้บริการรักษาพยาบาลที่บ้านมีรูปแบบที่ไม่แน่นอน แล้วแต่โรงพยาบาล จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ามีรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

(2.1) ให้บริการโดยฝ่ายเวชกรรมสังคม ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ภายใต้ โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน อย่างไรก็ตามลักษณะของบริการก็มีรายละเอียดที่แตกต่างกัน เช่น ที่โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ทีมบุคลากรที่ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสังเคราะห์ ฯลฯ จะให้บริการผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีความจำเป็นที่ต้องได้รับบริการต่อเนื่องต่อที่บ้าน และอยู่ในเขต ตำบลมะขามหย่ง ตำบลบ้านโขด ตำบลบางปลาสร้อย ตำบลบ้านสวน และ ตำบลบางทราย หากผู้ป่วยที่รับบริการจำเป็นต้องได้รับยา เพื่อการรักษาต่อเนื่อง หรือ เพื่อบรรเทาอาการแพทย์ในทีมสุขภาพที่ไปให้บริการจะออกใบสั่งยาให้ โดยญาติสามารถนำใบสั่งยานั้นมาซื้อยาที่ห้องยาของโรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องยื่นบัตรผู้ป่วยที่ห้องเวชระเบียนและไม่ต้องพบแพทย์ที่โรงพยาบาลอีก หรือ ในกรณีที่ต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษา ผู้ป่วยสามารถนำใบสั่งการตรวจไปรับการตรวจที่ห้องปฏิบัติการได้เลย แล้วผลการตรวจจะถูกส่งไปที่ฝ่ายเวชกรรมสังคม เพื่อทีมบุคลากรที่ให้บริการที่บ้านสามารถนำผลการตรวจมาใช้ในการให้บริการที่บ้านต่อได้เลย

อย่างไรก็ตามที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปอื่น มีลักษณะการให้บริการที่บ้านคล้ายการไปเยี่ยมติดตามการรับประทานยา และการปฏิบัติตัวที่บ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยไม่มีการสั่งการรักษาหรือการสั่งยา หรือ สั่งการตรวจพิเศษที่บ้าน ผู้ป่วยยังคงต้องมาพบแพทย์เป็นประจำเพื่อรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลตามที่แพทย์นัดหมาย เพียงแต่มีทีมบุคลากรไปให้บริการที่บ้านเพื่อเยี่ยมเยือนสอบถาม และแก้ไขปัญหาการรักษาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

(2.2) การให้บริการที่หน่วยบริการทางการแพทย์และสังคม (Ambulatory Unit) เป็นการจัดบริการที่โรงพยาบาลบ้านฉางให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) โดยมีทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยการประสานข้อมูลกับแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการจะเป็นการประสานงาน ติดตามเยี่ยม และอำนวยความสะดวกในการจัดซื้อยา และ เวชภัณฑ์ให้แก่ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยยังคงต้องมาติดตามการรักษาเป็นประจำที่โรงพยาบาลร่วมด้วย

(2.3) **การให้บริการโดยฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ** เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลชุมชนโดยทั่วไป ซึ่งมักให้บริการกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงหลังคลอดและทารก เด็กวัยก่อนเรียนโดยทั่วไป การบริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและ

ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งมักไม่รวมการรักษาโรค ผู้ป่วยเรื้อรังต้องมารับการรักษาพยาบาลตามปกติที่โรงพยาบาลร่วมด้วย

จากการศึกษาผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้าน พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับบริการที่บ้านทั้งหมดที่โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้บริการอยู่มีจำนวนแห่งละไม่มากนัก ซึ่งรวมเป็นจำนวนที่รับบริการทั้งสิ้นเพียง 58 คนเท่านั้น เนื่องจากในโรงพยาบาลหนึ่ง ๆ มีศักยภาพที่จะติดตามให้บริการผู้ป่วยที่บ้านได้ประมาณ 20-25 คน เท่านั้น ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนครึ่งหนึ่ง นอกนั้นเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยวัยอื่น ๆ ทำให้มีผู้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ทั้งหมดเพียง 58 คนดังกล่าว และในการให้บริการที่บ้านในปัจจุบันพบว่ายังคงเป็นบริการที่ให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุ โดยไม่คิดค่าบริการใด ๆ กรณีที่จำเป็นต้องรับการรักษา หรือการบริการทางการแพทย์ผู้สูงอายุต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้นในการประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่บ้านจึงไม่สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง

1.1.7 การมีญาติดูแลขณะรับบริการ

การที่ญาติมาเป็นเพื่อนหรือช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล และ อยู่เป็นเพื่อนหรือช่วยดูแลผู้สูงอายุขณะรับบริการที่บ้านของผู้สูงอายุนั้น พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีญาติมาด้วย ร้อยละ 47 และเป็นลูกของผู้สูงอายุ ร้อยละ 58 รองละมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 22 นอกนั้นเป็นหลาน เพื่อน หรือคนที่จ้างมาช่วยดูแลขณะมารับบริการ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีญาติมาด้วยในอัตราที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

จำนวนญาติที่มาด้วยส่วนใหญ่มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 96 อย่างไรก็ตามก็มีญาติที่มาด้วย 2 และ 4 คน ด้วย รวมเป็นจำนวนญาติทั้งหมดที่มากับผู้สูงอายุ 196 คน

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีญาติมาดูแลขณะรับบริการ

กลุ่มอายุ / ลักษณะ	60- 64 ปี		65- 69 ปี		70- 74 ปี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การมีญาติมาดูแล (N=400)								
1.1 มี	55	37	51	42	81	63	187	47
1.2 ไม่มี	93	63	72	58	48	37	213	53
2. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (N=187)								
2.1 ลูก	26	47	36	71	46	57	108	58
2.2 คู่สมรส	21	38	6	12	15	19	42	22
2.3 หลานโดยตรง	5	9	6	12	9	11	20	11
2.4 ญาติ	1	2	2	4	2	3	5	3
2.5 เพื่อน / คนรู้จักกัน	2	4	1	2	9	10	11	6

1.2 ผู้ให้บริการ

1.2.1. **ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ** ผู้ให้บริการที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 85 มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 39 ปีร้อยละ 52 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิครวมร้อยละ 51 มีระดับซีอยู่ระหว่าง ซี 3-7 คิดรวมเป็นร้อยละ 73 ส่วนใหญ่ปฏิบัติราชการอยู่ที่โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 68 เป็นผู้ที่ปฏิบัติการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉพาะที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 13 และเป็นผู้ที่ให้บริการผู้สูงอายุที่ป่วยทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 19 ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=157)

	คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1.	เพศ		
	1.1 ชาย	24	15
	1.2 หญิง	133	85
2.	อายุ		
	2.1 20 - 29 ปี	40	25
	2.2 30 - 39 ปี	81	52
	2.3 40 - 49 ปี	28	18
	2.4 50 - 59 ปี	8	5
3.	ตำแหน่ง		
	3.1 แพทย์	20	13
	3.2 พยาบาล	80	51
	3.3 เภสัช เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด	16	10
	3.4 ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (aid)	14	9
	3.5 บุคลากรอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์	27	17
4.	ระดับซี		
	4.1 ซี 0 - 2	32	21
	4.2 ซี 3 - 5	57	36
	4.3 ซี 6 - 7	58	37
	4.4 ซี 8 - 9	10	6

ตารางที่ 14 (ต่อ)

	คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
5.	สถานที่ปฏิบัติงาน		
	5.1 ที่โรงพยาบาล	107	68
	5.2 ที่บ้าน	20	13
	5.3 ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน	30	19

ตอนที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.1 ค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้ให้บริการ

2.1.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมทุกโรค

ค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเอกซเรย์ ค่าเวชภัณฑ์ และค่าบริการ ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ใช้จ่ายเพื่อการตรวจรักษาให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ทั้งที่สามารถเรียกเก็บกับผู้สูงอายุได้ และ ที่ไม่สามารถเรียกเก็บเป็นตัวเงินได้ แต่ต้องใช้จ่ายวัสดุอุปกรณ์ออกไป โดยพบว่าค่าใช้จ่ายรวมในแต่ละครั้งที่ผู้ให้บริการต้องใช้เฉลี่ยต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมีค่าเท่ากับ 1,519.40 บาท (*S.* = 5,653.05 บาท) โดยค่าใช้จ่ายต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 บาท และค่าใช้จ่ายสูงสุดต่อครั้ง ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีค่าเท่ากับ 48,232.00 บาท ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่ายา เฉลี่ยครั้งละเท่ากับ 1,117.68 บาท (*S.* = 3,926.43 บาท)

เมื่อพิจารณาเป็นค่าใช้จ่ายตลอดทั้งปีแล้วมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21,308.70 บาท ต่อราย (*S.* = 74,244.00 บาท) เมื่อพิจารณาตลอดทั้งปีแล้วพบว่าเป็นค่ายาในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 13,520.90 บาทต่อราย (*S.* = 48,614.80 บาท) ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพแต่ละครั้งและตลอดทั้งปีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (หน่วย = บาท , N = 342)

ค่าใช้จ่าย	ค่าสูงสุด*	ค่าเฉลี่ย	S.
เมื่อคิดค่าใช้จ่ายต่อครั้ง			
ค่าใช้จ่ายรวม	**48,232.00**	**1,519.40**	**5653.05**
1. ค่ายา	41,795.00	1,117.68	3,926.43
2. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	690.00	41.41	113.45
3. ค่าเอกซเรย์	150.00	1.26	13.41
4. ค่าเวชภัณฑ์	30,492.00	390.95	2981.36
5. ค่าบริการ	30	9.52	10.01
เมื่อคิดค่าใช้จ่ายต่อปี			
ค่าใช้จ่ายรวม	**585,984.00**	**21,308.70**	**74,244.00**
1. ค่ายา	501,540.00	13,520.90	48,614.80
2. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	8,280.00	479.48	1,475.73
3. ค่าเอกซเรย์	900.00	7.54	80.48
4. ค่าเวชภัณฑ์	365,904.00	7,194.25	42,607.00
5. ค่าบริการ	1920.00	106.58	158.40

*** หมายเหตุ** ค่าต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 บาท

2.1.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำแนกโรค

เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักมีความเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรคประกอบกัน ดังนั้นการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจึงวิเคราะห์ในกรณีที่ป่วยด้วยโรคที่พบบ่อยโรคเดียวและร่วมกับโรคอื่น ๆ ทั้งนี้ได้คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตลอดทั้งปีโดยไม่ได้วิเคราะห์ต่อครั้งอีก เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้องรังในบางลักษณะแพทย์ได้นัดตรวจด้วยความถี่ที่แตกต่างกัน การพิจารณาต่อครั้งจึงเป็นค่าที่เบี่ยงเบนจากความเป็นจริงมาก จึงได้วิเคราะห์เฉลี่ยเป็นภาพรวมตลอดทั้งปี โดยประมาณการจากค่าใช้จ่ายที่สุ่มศึกษากับจำนวนครั้งที่แพทย์นัดต่อปี พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยปีสูงที่สุดเท่ากับ 278,137.00 บาท (*S.* = 196,968.00 บาท) และ มีความแตกต่างกันมากกับกลุ่มโรคอื่น ๆ รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดในสมองมีค่าเฉลี่ยปีละ 19,578.00 บาท (*S.* = 36,320.87 บาท) ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตลอดปี จำแนกตามโรค (หน่วย = บาท)

	โรค	จำนวน	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	*S.*
	รวมทุกโรค	**342**	**200.00**	**585,984.00**	**21,308.70**	**74,244.00**
	รวมทุกโรคยกเว้นไตวายเรื้อรัง	**324**	**200.00**	**74,040.00**	**7,040.45**	**858.34**
1.	ความดันโลหิตสูง	80	216.00	69,000.00	5,372.78	8,721.66
	ความดันโลหิตสูง+อื่น ๆ	76	200.00	70,920.00	8,525.50	12,882.41
2.	เบาหวาน	80	1,500.00	13,320.00	5,605.00	5,322.08
	เบาหวาน + อื่น ๆ	53	330.00	51,816.00	7,490.94	7,421.75
3.	หัวใจ	25	540.00	45,960.00	7,947.00	9,814.68
	หัวใจ + อื่น ๆ	36	330.00	51,816.00	8,962.00	10,276.52
4.	ไตวายเรื้อรัง	18	1,200.00	585,984.00	278,137.00	196,968.00
	ไตวาย + อื่น ๆ	6	3,360.00	37,200.00	13,015.00	12,901.54
5.	ไขมันในเลือดสูง	11	220.00	43,200.00	10,508.50	12,925.66
	ไขมันในเลือดสูง+ อื่นๆ	19	1,440.00	70,920.00	13,949.80	19,279.34
6.	กระดูกและเสื่อมข้อ	5	1,500.00	13,320.00	4,992.80	4,869.88
	กระดูกและเสื่อมข้อ+อื่นๆ	20	330.00	51,816.00	9,906.00	13,296.01
7.	แผลในกระเพาะอาหาร	4	200.00	7,644.00	4,004.00	4,144.81
	แผลในกระเพาะ+อื่น ๆ	4	766.00	6,930.00	3,445.00	2,830.77
8.	หลอดเลือดในสมอง	4	360.00	74,040.00	19,578.00	36,320.87
9.	อื่น ๆ	15	720.00	16,416.00	6,107.20	5,173.92

อย่างไรก็ตามได้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายกรณีป่วย 3 ลักษณะ คือ ป่วยด้วยโรคที่พบบ่อยอย่างเดียว โรคที่พบบ่อยร่วมกับโรคอื่น ๆ และกรณีป่วยด้วยโรคอื่น ๆ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one way ANOVA) พบว่า ส่วนมากไม่แตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ยกเว้น กรณีป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังจะมีความแตกต่างกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไตร่วมกับโรคอื่น ๆ และ โรคอื่นๆ อย่างไรก็ตามเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มมีความแปรปรวนมาก ซึ่งทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน (test of homogeneity of variances) แล้ว พบว่าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Levene Statistic = 294.93 , p < .001) จึงดำเนินการปรับข้อมูลโดยการใช้ค่าลอกกาลิซึมฐาน 10 (log 10) ของค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพตลอดปี แล้วนำมาเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Levene Statistic = 2.61 , p = .075) แสดงว่า ความแปรปรวนของค่าลอกกาลิซึมฐาน 10 ของค่าใช้จ่ายไม่แตกต่างกัน

ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าลอกกาลิซึมฐาน 10 ของค่าใช้จ่าย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F = 86.177, p < .001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตวายและโรคอื่น ๆ ตลอดปี ด้วยค่าลอกกาลิซึมฐาน 10

กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ยของลอกกาลิซึม	*S.*
1. โรคไตวาย	18	5.1644	0.7569
2. โรคไตวาย + อื่นๆ	6	3.9498	0.4090
3. โรคอื่น ๆ	317	3.5853	0.4829
รวมทุกโรค	**341**	**3.6751**	**0.6115**

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*P-value*
ระหว่างกลุ่ม	42.932	2	21.466	86.177	<.001
ภายในกลุ่ม	84.193	338	0.249		
รวม	127.125	340			

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่า กลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไตเสียหน้าที่มากกว่าร้อยละ 95 (อุษณา ลุวีระ, 2539) เป็นผู้ที่แพทย์ได้ให้การรักษาด้วยวิธีการล้างเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (heamodialysis) หรือ ด้วยการล้างถ่ายน้ำทางหน้าท้องถาวร (continuous ambulatory peritoneal dialysis..CAPD) หรือ ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคไตร่วมกับโรคอื่น ซึ่งมักเป็นไตวายระยะแรก ๆ การสูญเสียหน้าที่ของไตไม่ถึงร้อยละ 95 และเป็นค่าใช้จ่ายที่มากกว่าผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่ไม่มีภาวะไตวายร่วมด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตร่วมกับโรคอื่น ๆ หรือ ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ นั้นมีค่ารักษาพยาบาลไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตตลอดทั้งปี รายคู่ ด้วยวิธีเชฟเฟ่ (Scheffe ′)

กลุ่มที่	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
1. โรคไตวายเรื้อรัง	18	278,137.00	-	265,122.00*	271,209.28*
2. โรคไต+โรคอื่น	6	13,015.00		-	6,087.28 ns
3. โรคอื่น ๆ	318	6,927.72			-

หมายเหตุ : * มีความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

NS ไม่มีความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2.2 ต้นทุนทางตรงของผู้รับบริการ

ต้นทุนทางตรงของผู้รับบริการ ประกอบด้วย ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ผลจากการศึกษา มีดังนี้

2.2.1 การเดินทาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มารับบริการที่โรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว ซึ่งได้แก่ รถยนต์นั่งส่วนบุคคล รถจักรยานยนต์ รถบรรทุกเล็ก ในจำนวนใกล้เคียงกับการมารับบริการที่โรงพยาบาลโดยรถโดยสารประจำทาง คิดเป็นร้อยละ 46 และ 44 ตามลำดับ ตามรายละเอียดในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวน และ ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล

	วิธีการเดินทางมารับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
1	รถสวนตัว	156	46
2	รถโดยสาร	150	44
3.	รถรับจ้างเหมา	26	7
4.	เดินมา	10	3
	รวม	**342**	**100**

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ต่ำสุดเท่ากับ 0 บาทเนื่องจากบ้านใกล้โรงพยาบาลใช้วิธีการเดินมาจึงไม่เสียค่ารถ และ ค่าใช้จ่ายที่สูงสุดคือ 400.00 บาท ซึ่งเป็นการจ้างเหมารับมาโดยเฉพาะ สำหรับการเดินทางมาโดยรถส่วนตัวนั้นประเมินค่าน้ำมันเชื้อเพลิงในอัตรา 1 กิโลเมตรล ะ 1 บาท โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุจะเสียค่าเดินทางมารับการรักษาพยาบาลเฉลี่ยครั้งละ 33.90 บาท (*S.* = 40.58 บาท) เมื่อพิจารณาค่าเดินทางทุกครั้งที่มาติดตามการรักษาตลอดทั้งปีมีค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายการเดินทางเท่ากับ 445.98 บาท โดยค่าใช้จ่ายที่สูงสุดมีค่าเท่ากับ 5760.00 บาท ดังรายละเอียดในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุ

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ (บาท)	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	*S.*
1. ต่อครั้ง	0.00	400.00	33.90	40.58
2. รวมตลอดทั้งปี	0.00	5760.00	445.98	725.70

2.2.2 ค่าอาหาร

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเสียค่าอาหารเฉพาะผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ผู้ที่รับบริการที่บ้านไม่เสียค่าอาหารเพิ่มจากรายจ่ายปกติ เมื่อมารับบริการจะมีผู้สูงอายุที่ต้องเสียค่าอาหารเพียงร้อยละ 32 ดังรายละเอียดในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เสียค่าอาหารเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล

การจ่ายค่าอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่เสียค่าอาหาร	242	68
2. เสียค่าอาหาร	111	32
รวม	**342**	**100**

ค่าอาหารที่ผู้สูงอายุเสียในการมารับบริการแต่ละครั้งเฉพาะผู้ที่เสียค่าอาหารจะมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 12 บาท และสูงสุดเท่ากับ 50 บาท เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยต่อครั้งเท่ากับ 6.88 บาท (*S.* = 10.58 บาท) เมื่อคิดเป็นค่าอาหารของผู้สูงอายุต่อปีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.10 บาท (*S.* = 146.30 บาท) ดังรายละเอียดในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุต่อครั้งและตลอดทั้งปี

ค่าอาหารผู้สูงอายุ (บาท)	ต่ำสุดของผู้ที่เสีย	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	*S.*
ต่อครั้ง	12.00	50	6.88	10.68
ต่อปี	72.00	1440.00	75.10	146.30

2.2.3 ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุเกี่ยวกับที่พักและอื่น ๆ

พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมดไม่เสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับที่พัก และมีผู้ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพียง 8 คนเท่านั้น เพื่อเป็นค่าจ้างให้คนอื่น มาเป็นเพื่อนและหรือเพื่อดูแลผู้สูงอายุขณะมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยเป็นเงิน 100 ถึง 400 บาท ดังรายละเอียดในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละ ของผู้สูงอายุที่ต้องเสียค่าจ้างผู้อื่นมาดูแลขณะรับบริการที่โรงพยาบาล

ค่าจ้างผู้อื่นมาดูแลขณะรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ต้องจ่ายค่าจ้าง	334	98
ต้องจ่ายค่าจ้าง	8	2
ค่าจ้าง 100 บาท	3	38
ค่าจ้าง 200 บาท	4	50
ค่าจ้าง 400 บาท	1	12
รวม	**342**	**100**

2.3 ต้นทุนทางอ้อมของผู้รับบริการ

ต้นทุนทางอ้อมของผู้รับบริการ วิเคราะห์จากค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายอื่น ของญาติที่มากับผู้สูงอายุ ดังนี้

2.3.1 ค่าเดินทาง

ญาติที่เดินทางมากับผู้สูงอายุไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการเดินทาง เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุต้องใช้อยู่แล้วถึงแม้จะไม่มีญาติมาด้วยก็ตาม

2.3.2 ค่าอาหารสำหรับญาติ

ญาติของผู้สูงอายุเฉพาะผู้ที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล จะเสียค่าอาหารเพียงร้อยละ 18 ของจำนวนญาติที่มาด้วย ดังรายละเอียดในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เสียค่าอาหารสำหรับญาติเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

การจ่ายค่าอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่เสียค่าอาหาร	154	82
2. เสียค่าอาหาร	33	18
รวมผู้สูงอายุเฉพาะที่มีญาติมาด้วย	187	100

ค่าอาหารสำหรับญาติผู้สูงอายุในการมารับบริการแต่ละครั้งมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 บาท ถ้าคิดเฉพาะผู้ที่เสียค่าอาหารจะมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 13 บาท และสูงสุดเท่ากับ 50 บาท มีค่าเฉลี่ยต่อครั้งเท่ากับ 23.24 บาท (*S.* = 7.03 บาท) เมื่อคิดเป็นค่าอาหารสำหรับญาติผู้สูงอายุต่อปีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.84 บาท (*S.* = 86.61 บาท) ดังรายละเอียดในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าอาหารสำหรับญาติผู้สูงอายุต่อครั้ง และตลอดทั้งปี (หน่วย = บาท)

ค่าอาหารญาติผู้สูงอายุ	จำนวน	ต่ำสุดของผู้ที่เสีย	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	*S.*
ต่อครั้ง (ต่อญาติที่มา)	187	13.00	50.00	23.24	7.03
ต่อครั้ง (ต่อผู้สูงอายุ)	342	13.00	50.00	2.15	7.50
ต่อปี (ต่อผู้สูงอายุ)	342	52.00	600.00	23.84	86.61

2.3.3 ค่าที่พักและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของญาติ

ญาติที่มาเป็นเพื่อนกับผู้สูงอายุทั้งหมดไม่เสียค่าที่พัก และมีเพียง 2 คนเท่านั้นที่เสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพื่อซื้อขนมเป็นของฝากให้คนที่บ้าน โดยเสียค่าใช้จ่าย 100 บาท และ 200 บาท

2.4 การสูญเสียโอกาสของผู้รับบริการ

ในการรับบริการของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลนั้น พบว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องเสียโอกาสในการไปทำงาน เพียงร้อยละ 14 แต่เป็นผู้ที่อยู่บ้านเฉย ๆ ร้อยละ 86 ดังรายละเอียดในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการเสียโอกาสในการทำงาน

กิจกรรมที่เสียไปในวันที่มารับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
เสียโอกาสในการทำงาน	54	14
ไม่เสียโอกาสเพราะจะอยู่บ้านเฉย ๆ	346	86
รวม	**400**	**100**

สำหรับการเสียโอกาสทำงานของญาติผู้สูงอายุนั้น พบว่า จำนวนญาติทั้งหมดที่ต้องมากับผู้สูงอายุ 196 คน เป็นผู้ที่เสียโอกาสในการทำงาน 79 คนคิดเป็นร้อยละ 40 ของญาติที่มาด้วย หรือ คิดเป็นญาติที่ต้องเสียโอกาสทำงานต่อจำนวนผู้สูงอายุ 1 ต่อ 5 หรือร้อยละ 20 ดังรายละเอียดในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของญาติผู้สูงอายุ จำแนกตามการเสียโอกาสในการทำงาน

กิจกรรมที่ญาติผู้สูงอายุเสียไปในวันที่มารับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
เสียโอกาสในการทำงาน	79	40
ไม่เสียโอกาสเพราะจะอยู่บ้านเฉย ๆ	117	60
(จำนวนญาติที่เสียโอกาส : ผู้สูงอายุ = 79 : 400 ~ 1 : 5)		
(จำนวนญาติที่เสียโอกาส : ญาติที่มา = 79 : 196 ~ 2 : 5)		
รวม	**196**	**100**

จากการศึกษาผู้สูงอายุที่สูญเสียโอกาสในการทำงานทั้งหมดจะเป็นผู้ที่สูญเสียรายได้ต่ำสุด 15 บาท ถึงสูงสุด 1000 บาทในเวลาที่รับบริการรักษาพยาบาล คิดเฉลี่ยต่อผู้สูงอายุทั้งหมดเท่ากับ 24.53 บาทต่อครั้ง (*S.* = 90.70 บาท) คิดเป็นค่าเสียโอกาสต่อปี ต่ำสุด 90 บาท สูงสุด 12,000 บาท ค่าเฉลี่ยต่อผู้สูงอายุทั้งหมด 289.49 บาท (*S.* = 1,160.86 บาท)

ญาติของผู้สูงอายุที่สูญเสียโอกาสในการทำงานทั้งหมดจะเป็นผู้ที่สูญเสียรายได้ต่ำสุด 50 บาท ถึงสูงสุด 980 บาทในเวลาที่รับบริการรักษาพยาบาล เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยรายได้ที่สูญเสียเท่ากับ 24.5340.26 บาทต่อผู้สูงอายุต่อครั้ง (*S.* = 111.41 บาท) เมื่อพิจารณาค่าเสียโอกาสต่อปี ญาติที่ต้องเสียรายได้ต่ำสุด 280 บาท สูงสุด 52,800 บาท เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยต่อผู้สูงอายุทั้งหมด 694.02 บาท (*S.* = 3,796.16 บาท) ดังรายละเอียดในตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูญเสียโอกาสของผู้สูงอายุ และญาติประเมินต่อครั้งและต่อปีคิด (หน่วย = บาท)

รายการ	ต่ำสุดของผู้ที่เสีย	สูงสุด	ค่าเฉลี่ยต่อผู้สูงอายุ	*S.*
การสูญเสียรายได้ต่อครั้ง				
1. ของผู้สูงอายุ	15.00	1000.00	24.53	90.70
2. ของญาติ	50.00	980.00	40.26	111.41
การสูญเสียรายได้ต่อปี				
1. ของผู้สูงอายุ	90.00	12,000.00	289.49	1,160.86
2. ของญาติ	280.00	52,800.00	694.02	3,796.16

2.5 การสูญเสียเวลาของผู้รับบริการ

การรับบริการของผู้สูงอายุที่บ้านจะไม่รับรู้ว่าเสียเวลาในการรอคอย หรือ เสียเวลาเดินทาง เพราะเจ้าหน้าที่จะไม่ได้นัดหมายเวลากับผู้รับบริการไว้ก่อน เมื่อเจ้าหน้าที่พร้อมที่จะให้บริการก็เดินทางไปที่บ้านผู้รับบริการจึงไม่รู้สึกเสียเวลารอคอย ดังนั้นในการวิเคราะห์การสูญเสียเวลา จึงวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเท่านั้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

การสูญเสียเวลาในผู้สูงอายุที่มารับบริการ พบว่า ผู้สูงอายุต้องเสียเวลาในการเดินทางมารับบริการเฉลี่ยคนละ 24.53 นาทีต่อครั้ง (*S.* = 19.38) เสียเวลารอคอยเพื่อการรับบริการต่าง ๆ เฉลี่ย 153.02 นาที หรือ ประมาณ 2 ชั่วโมงครึ่งต่อครั้ง (*S.* = 72.48 นาที) และ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการใช้เวลาเพื่อการรับบริการจากแพทย์และบุคลากรต่าง ๆ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน ยกเว้น กลุ่มโรคไตวายเรื้อรังที่มาทำการล้างเลือด (heamodialysis) ที่โรงพยาบาล พบว่าใช้เวลาในการรับบริการนานประมาณ 2 - 3 ชั่วโมงต่อครั้ง ดังนั้นจึงได้แยกผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างเลือดและล้างถ่ายน้ำทางหน้าท้องออกจากการวิเคราะห์การใช้เวลาเพื่อการรับบริการจากแพทย์และบุคลากรต่าง ๆ ผลการวิเคราะห์พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยการรับบริการครั้งละเพียง 9.17 นาที (*S.* = 7.54 นาที) ดังรายละเอียดในตารางที่ 29

เมื่อประเมินระยะเวลาเป็นปี พบว่า ผู้สูงอายุใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการเฉลี่ยปีละ 5.52 ชั่วโมง เป็นเวลาที่ต้องรอคอยการรับบริการ 28.33 ชั่วโมง และเป็นเวลาที่เข้ารับบริการจากบุคลากรต่าง ๆ ประมาณ 16.85 ชั่วโมง แต่เมื่อไม่รวมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะเป็นเวลารับบริการเพียงปีละ 1.65 ชั่วโมง ดังรายละเอียดในตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสูญเสียเวลาของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (หน่วย = นาที) (N = 342)

การเสียเวลาเพื่อ	ต่อครั้ง				ต่อปี		
	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	*S.*	ค่าเฉลี่ย	*S.*	~ ชั่วโมง
การเดินทาง	5	120	24.53	19.38	331.52	571.97	5.52
การรอคอยทั้งหมด	0	630	153.02	79.48	1,700.96	1,097.37	28.33
การรับบริการต่าง ๆ	1	300	18.61	51.19	1,011.72	4,988.46	16.85
การรับบริการต่าง ๆ*	1	60	9.17	7.54	98.94	89.07	1.65

หมายเหตุ * ไม่รวม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังซึ่งมีระยะเวลาการรับบริการที่นานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

ตอนที่ 3 ผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.1 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

3.1.1 **ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ** โดยพิจารณาจากความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อม การได้รับการยอมรับจากผู้บริหาร ผู้ร่วมงาน และ ความคิดเห็นต่อลักษณะงานที่ทำ จากการประเมินตามระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ พบว่า โดยภาพรวมผู้ให้บริการพึงพอใจในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยรายข้อของคะแนนรวมเท่ากับ 3.16 (*S.*= 0.46)

เมื่อพิจารณาในองค์ประกอบที่ศึกษา พบว่า มีความพึงพอใจในระดับปานกลางต่อสภาพสิ่งแวดล้อมและการได้รับการยอมรับ โดยเห็นว่าบุคลากรในหน่วยงานมีความร่วมมือกันดีในระดับค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50, *S.* = 0.74) ผู้บริหารให้ความสำคัญต่องานบริการผู้สูงอายุในระดับค่อนข้างมากเช่นกัน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48, *S.* = 0.71) แต่มีความคิดเห็นว่า ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนในระดับค่อนข้างน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42, *S.* = 1.09)

ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น เห็นด้วยในระดับน้อยว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องรับผิดชอบมีจำนวนไม่มากเกินกว่าที่จะทำงานให้มีคุณภาพได้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.10, *S.* = 0.89) ดังรายละเอียดในตารางที่ 30

ตารางที่ 30 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

	ข้อความประเมินความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย	*S.*
	ความคิดเห็นต่อสภาพสิ่งแวดล้อมและการยอมรับ		
1.	ผู้บริหาร**ให้ความสำคัญ**ต่องานผู้สูงอายุของหน่วยงานที่ปฏิบัติ	3.48	0.71
2	การ**ได้รับการพัฒนา**ความรู้ความสามารถในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	2.90	0.75
3	การ**ได้รับการนิเทศ** หรือ เตรียมความพร้อมที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติงานให้บริการผู้สูงอายุ	2.50	0.81
4.	บุคลากรในหน่วยงานมี**ความร่วมมือกัน**	3.50	0.74
5.	การมี**ส่วนร่วม**ในการกำหนดนโยบายในการให้บริการผู้สูงอายุในหน่วยงาน	2.55	1.02

ตารางที่ 30 (ต่อ)

	ข้อความประเมินความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย	*S.*
6.	การมี**ส่วนร่วม**จัดทำแผนการให้บริการผู้สูงอายุ	2.42	1.09
7.	ความสามารถ**ตัดสินใจ**แก้ไขปัญหาการให้บริการกับผู้สูงอายุได้เอง	3.17	0.89
8.	การมี**อำนาจสั่งการ**ตามตำแหน่งหน้าที่	2.62	1.13
9.	การ**มีส่วน**ในการประเมินผลการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	2.57	1.13
10.	การ**มีอิสระ**(Autonomy) ในการตัดสินใจปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้สูงอายุตามตำแหน่งหน้าที่	3.13	1.09
	ความคิดเห็นต่อสภาพการทำงาน		
11.	ผู้สูงอายุให้ความ**ร่วมมือ**กับการให้บริการ	3.46	0.70
12.	ผู้สูงอายุ**ได้ปฏิบัติตาม**คำแนะนำที่ให้	3.24	0.65
13.	ไม่รู้สึก**คับข้องใจ**เมื่อต้องให้บริการกับผู้สูงอายุและญาติ	2.92	0.86
14	ไม่รู้สึก**เบื่อหน่าย**ที่ผู้สูงอายุมักลืม หรือ ไม่สามารถทำตามที่แนะนำไว้ได้	2.88	0.80
15.	ไม่รู้สึก**อยากเปลี่ยน**ไปปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้ป่วยประเภทอื่น	2.85	0.77
16.	**ความพอใจ**ที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	3.48	0.74
17.	จำนวนวันที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุต่อสัปดาห์ของหน่วยงานมีความ**เหมาะสม**	3.04	0.81
18.	จำนวนผู้สูงอายุที่รับผิดชอบมี**จำนวนไม่มาก**เกินกำลังที่จะทำงานให้มีคุณภาพ	2.10	0.89
	ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม (จากคะแนน 18 - 90)	**56.80**	**8.26**
	ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมรายข้อ (จากคะแนน 1 - 5)	**3.16**	**0.46**

3.1.2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

3.1.2.1 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่มีเพศต่างกัน พบว่า ผู้ให้บริการเพศชายมีระดับความพึงพอใจมากกว่าผู้ให้บริการเพศหญิง (ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจมีค่าเท่ากับ 58.04 และ 56.57 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าทีแล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t = 0.86 , p = .393) ดังรายละเอียดในตารางที่ 31

ตารางที่ 31 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของบุคลากรเพศชายและหญิง

กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*	*df*	*t*	*p (1-tailed)*
ชาย	24	58.04	7.52	34.20	0.86	.199
หญิง	133	56.57	8.39			

3.1.2.2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่มีลักษณะสถานที่ ปฏิบัติงานต่างกัน พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่บ้าน มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมาคือผู้ปฏิบัติงานทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล และผู้ที่มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ผู้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอย่างเดียว เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแล้วพบว่าค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อย่างน้อยหนึ่งคู่ (F = 5.00, p = .008) ดังรายละเอียดในตารางที่ 32

ตารางที่ 32 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

สถานที่ปฏิบัติงาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*
โรงพยาบาล	107	55.57	8.00
ที่บ้าน	20	61.50	9.62
ที่โรงพยาบาลและที่บ้าน	30	59.03	8.26

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
ระหว่างกลุ่ม	649.29	2	324.64	5.00	.008
ภายในกลุ่ม	9994.19	154	64.90		
รวม	**10643.48**	**156**			

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่แล้วพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่บ้านและมีความแตกต่างกับผู้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .05) ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรด้วยวิธีของเชฟเฟ่

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ที่บ้าน	ที่โรงพยาบาลและบ้าน	ที่โรงพยาบาล
ที่บ้าน	61.50	-	3.47 ns	5.93 *
ที่โรงพยาบาลและบ้าน	58.03		-	2.46 ns
ที่โรงพยาบาล	55.57			-

หมายเหตุ : * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.1.2.3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่มีตำแหน่งต่างกัน พบว่า แพทย์มีระดับความพึงพอใจในการให้บริการผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือ พยาบาล บุคลากรสายข้างเคียงการแพทย์ (ได้แก่ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด) และ บุคลากรกลุ่มอื่น ๆ ส่วนบุคลากรที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (aid) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแล้วพบว่าค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อยหนึ่งคู่ ($F = 4.85$, $p = .001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 34

ตารางที่ 34 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการ ผู้สูงอายุ

กลุ่มที่	ตำแหน่ง	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*
1	แพทย์	20	58.45	6.54
2	พยาบาล	80	58.18	8.66
3	บุคลากรข้างเคียงการแพทย์	19	56.00	4.37
4	ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (aid)	14	48.43	6.94
5	อื่น ๆ	24	56.33	7.01

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
ระหว่างกลุ่ม	1204.22	4	301.05	4.85	.001
ภายในกลุ่ม	9439.26	152	62.10		
รวม	**10643.48**	**156**			

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่แล้วพบว่าแพทย์ และ พยาบาล มีระดับความ พึงพอใจมากกว่ากลุ่มผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (p = .05) ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 35

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรด้วยวิธีของเชฟเฟ่

กลุ่ม	กลุ่มที่	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มที่ 1	2	5	3	4
แพทย์	1	58.45	-	0.27^{ns}	2.12^{ns}	2.45^{ns}	10.02*
พยาบาล	2	58.18		-	1.84^{ns}	2.18^{ns}	9.75*
บุคลากรอื่นๆ	5	56.33			-	0.33^{ns}	7.90^{ns}
บุคลากรข้างเคียงแพทย์	3	56.00				-	7.57^{ns}
ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (aid)	4	48.43					

หมายเหตุ : * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.2.1 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 3.96, $S.$ = 0.35) ความพึงพอใจที่มีมากที่สุดได้แก่ ขั้นตอนการจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือ การใช้สวัสดิการรักษาพยาบาล แต่ความพึงพอต่อการใช้เวลาในการรอคอยอยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรบานของระดับความพึงพอใจต่อบริการของผู้สูงอายุ (N = 400)

ข้อที่	ประเด็นความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	$S.$
1.	อัชฌาสัยของเจ้าหน้าที่ให้บริการ	4.05	0.56
2.	ความสะดวกในการรับบริการ	4.00	0.53
3.	วิธีการตรวจร่างกายที่ได้รับ	3.94	0.52
4.	การตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การเจาะเลือด การส่งตัวอย่างปัสสาวะ อุจจาระ ฯลฯ	3.76	0.59

ตารางที่ 36 (ต่อ)

ข้อที่	ประเด็นความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	*S.*
5.	คุณภาพการบริการที่ได้รับ	3.99	0.49
6.	ปริมาณและชนิดของยาที่ได้รับยา	3.95	0.59
7.	ขั้นตอนการรับยา	3.79	0.64
8.	ขั้นตอนการจ่ายค่ารักษาหรือ ขั้นตอนการใช้สวัสดิการ (ถ้าไม่ต้องจ่ายเงิน)	4.20	0.69
9.	การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว	3.98	0.56
10.	การนัดหมายในการรับบริการครั้งต่อไป	3.91	0.56
11.	การพูดจาของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อท่าน	4.09	0.55
12.	การแสดงออกหรือท่าทีของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อท่าน	4.07	0.54
13.	การรอคอย เพื่อรอรับบริการ	3.44	0.75
14	สถานที่ให้บริการ	4.08	2.05
15.	ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสีย	4.14	0.70
	ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม (จากคะแนน 15 - 75)	**59.64**	**5.23**
	ค่าเฉลี่ยรวมรายข้อ (จากคะแนน 1 - 5)	**3.96**	**0.35**

3.2.2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

3.2.2.1 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน

พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายจะมีความพึงพอใจมากกว่าเพศหญิง (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 59.70 และ 59.33 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยการทดสอบค่าที พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 0.65$, $p = 0.51$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 37

ตารางที่ 37 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพศชาย และหญิง

กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*	*df*	*t*	*p (1-tailed)*
ชาย	136	59.70	5.24	398	0.65	.513
หญิง	266	59.33	5.24			

3.2.2.2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปีมีความพึงพอใจมากกว่า กลุ่ม อายุ 65-69 ปี และกลุ่ม อายุ 70-74 ปี (โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.60 59.53 และ 59.23 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแล้ว พบว่า ไม่มีแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญสถิติ .05 ($F = 0.19, p = .831$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 38

ตารางที่ 38 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้บริการระหว่างผู้มีอายุต่างกัน

กลุ่มที่	อายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*
1	60-64 ปี	148	59.60	4.36
2	65-69 ปี	123	59.53	6.10
3	70-74 ปี	129	59.23	5.29

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
ระหว่างกลุ่ม	10.21	2	5.10	0.19	.831
ภายในกลุ่ม	10921.20	397	27.51		
รวม	**10931.40**	**399**			

3.2.2.3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีลักษณะอาชีพต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพจะมีระดับความพึงพอใจมากกว่า กลุ่มข้าราชการบำนาญ และกลุ่มผู้ไม่มีอาชีพ (โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.24 59.62 และ 59.24 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแล้ว พบว่า ไม่มีแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญสถิติ .05 ($F = 1.22, p = .295$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 39

ตารางที่ 39 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้บริการระหว่างผู้มีลักษณะอาชีพต่างกัน

กลุ่มที่	ลักษณะอาชีพ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*
1	ไม่มีอาชีพ	299	59.24	5.47
2	ข้าราชการบำนาญ	34	59.62	3.83
3	มีอาชีพ	67	60.34	4.70

ตารางที่ 39 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
ระหว่างกลุ่ม	67.05	2	33.52	1.22	.295
ภายในกลุ่ม	10864.35	397	27.37		
รวม	**10931.40**	**399**			

3.2.2.4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่รับบริการสถานที่ต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้านมีความพึงพอใจมากกว่าผู้รับบริการที่โรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 62.29 แล ะ58.98 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยการทดสอบค่าที พบว่า มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 4.57$, $p < .001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 40

ตารางที่ 40 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้านและ ที่โรงพยาบาล

สถานที่รับบริการ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*	*df*	*t*	*p (1-tailed)*
บ้าน	58	62.29	5.31	398	4.57	<.001
โรงพยาบาล	342	58.98	5.07			

3.3 คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

3.3.1 ภาวะสุขภาพในรอบ 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากไม่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไป คิดเป็นร้อยละ 50 91 และ 70 ตามลำดับ แต่พบว่าในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีปัญหาในความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือ รู้สึกว่ามีความเจ็บป่วย และมีความรู้สึกวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย คิดเป็นร้อยละ 63 และ 53 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพในปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุร้อยละ 41 รู้สึกว่าไม่แตกต่างกัน และร้อยละ 35 ที่รู้สึกว่าสุขภาพเลวลง มีเพียงร้อยละ 24 ที่รู้สึกว่าภาวะสุขภาพดีขึ้น อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 60 ที่รู้สึกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนการมารับการรักษาพยาบาล ดังรายละเอียดในตารางที่ 41

ตารางที่ 41 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำแนกตามภาวะของสุขภาพในรอบ2 สัปดาห์

ภาวะสุขภาพ	ไม่มีปัญหา	มีปัญหาบ้าง	มีปัญหามาก
1. การเคลื่อนไหว	50	44	6
2 การดูแลตนเอง	91	3	6
3 การทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไป	70	21	9
4. ความไม่สุขสบาย / เจ็บปวด	34	63	3
5. ความวิตกกังวล/เครียด/เบื่อหน่าย	38	53	9
ภาวะสุขภาพ	**ดีขึ้น**	**ไม่แตกต่าง**	**เลวลง**
6. เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา	24	41	35
7. เปรียบเทียบกับก่อนรักษา	60	32	8

3.3.2 การรับรู้ระดับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ร้อยละ 62 ที่รับรู้ว่ามีระดับคุณภาพชีวิต 100 % รองลงมาคือร้อยละ 13 ที่รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิต 90% นอกนั้นรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตกระจายในความถี่ใกล้เคียงกันว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า 90 % ถึง 0 % ทั้งนี้พบว่า ร้อยละ 2 ที่รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณภาพเลย (คุณภาพชีวิตเท่ากับ 0%) โดยผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต เท่ากับ 84.25 % (*S.* = 27.77 %) ดังรายละเอียดในตารางที่ 42

ตารางที่ 42 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละในกลุ่มอายุ		
			60-64 ปี	65-69 ปี	70-74 ปี
100 %	246	62	56	66	63
90 %	50	13	14	13	11
80 %	13	3	3	2	4
70 %	13	3	4	2	3
60 %	23	6	6	6	5
50 %	18	4	5	3	5
40 %	3	1	2	0	0
30 %	0	0	0	0	0

ตารางที่ 42 (ต่อ)

ระดับคุณภาพชีวิต		จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละในกลุ่มอายุ		
				60-64 ปี	65-69 ปี	70-74 ปี
20	%	0	0	0	0	0
10	%	25	6	8	6	5
0	%	9	2	1	2	4
รวม		**400**	**100**	**100**	**100**	**100**
ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต		84.25%		82.09%	86.83%	84.26%
S.		27.77%		28.79%	25.94%	28.28%

3.2.3 การเปรียบเทียบการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.2.3.1 การเปรียบเทียบการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต เท่ากับ 76.64 % เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต เท่ากับ 88.08 % เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตระหว่างเพศชาย และ เพศหญิงด้วยการทดสอบค่าทีแล้ว พบว่า เพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตน้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.58, p = < .001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 43

ตารางที่ 43 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศชาย และหญิง

กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*	*df*	*t*	*p (1-tailed)*
ชาย	136	76.64 %	32.81 %	206.94	-3.58	<.001
หญิง	266	88.08 %	24.02 %			

3.2.3.2 เปรียบเทียบการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 65-69 ปีมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุด เท่ากับ 86.83 % (*S.* = 25.94 %) รองลงมาคือผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 70-74 ปีมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตเท่ากับ 84.26 % (*S.* = 28.28 %) และผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 60-64 ปีมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด เท่ากับ 82.09 % (*S.* = 28.79 %) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุที่มีลักษณะอาชีพต่างกันด้วยการทดสอบความแปรปรวนแล้ว พบว่า มีระดับ

คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (F = 0.98 , p = .38) ดังรายละเอียดในตารางที่ 44

ตารางที่ 44 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อการให้บริการระหว่างผู้มีลักษณะอาชีพต่างกัน

กลุ่มที่	อายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*
1	60-64 ปี	148	82.09 %	28.79 %
2	65-69 ปี	123	86.83 %	25.94 %
3	70-74 ปี	129	84.26 %	28.28%

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
ระหว่างกลุ่ม	1505.87	2	752.94	0.98	.38
ภายในกลุ่ม	306269.00	397	771.46		
รวม	**307774.76**	**399**			

82.3 **เปรียบเทียบการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีลักษณะอาชีพต่างกัน** พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุด เท่ากับ 89.12 % (*S.* = 23.97 %) รองลงมาคือผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต เท่ากับ 84.17 % (*S.* = 28.17 %) และผู้สูงอายุที่ต้องประกอบอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด เท่ากับ 82.09 % (*S.* = 27.94 %) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุที่มีลักษณะอาชีพต่างกันด้วยการทดสอบความแปรปรวนแล้ว พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (F = 0.72 , p = .48) ดังรายละเอียดในตารางที่ 45

ตารางที่ 45 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อการให้บริการระหว่างผู้มีลักษณะอาชีพต่างกัน

กลุ่มที่	ลักษณะอาชีพ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*
1	ไม่มีอาชีพ	299	84.17 %	28.17 %
2	ข้าราชการบำนาญ	34	89.12 %	23.79 %
3	มีอาชีพ	67	82.09 %	27.94%

ตารางที่ 45 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
ระหว่างกลุ่ม	1119.76	2	559.88	0.72	.48
ภายในกลุ่ม	306655.00	397	772.43		
รวม	**307774.76**	**399**			

3.2.3.4 เปรียบเทียบการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงที่รับบริการรักษาพยาบาลสถานที่ต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่รับการรักษาพยาบาลที่บ้านมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต เท่ากับ 75.17 % (*S.* = 32.83 %) ส่วนผู้สูงอายุที่รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต เท่ากับ 85.79 % (*S.* = 26.57 %) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุที่รับการรักษาพยาบาลที่บ้านและที่โรงพยาบาลแล้วด้วยการทดสอบค่าทีแล้ว พบว่า ผู้รับการรักษาพยาบาลที่บ้านมีระดับคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -2.34, p = .02) ดังรายละเอียดในตารางที่ 46

ตารางที่ 46 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้าน และ ที่โรงพยาบาล

สถานที่บริการ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	*S.*	*df*	*t*	*p (1-tailed)*
บ้าน	58	75.17 %	32.83 %	70.21	-2.34	.02
โรงพยาบาล	342	85.79 %	26.57 %			

ตอนที่ 4 สมการในการกำหนดนโยบายการเตรียมการด้านงบประมาณ

4.1 การประมาณการค่าใช้จ่ายในปีอื่น ๆ จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหนึ่งคนมีค่าเฉลี่ย 7,040.45 บาทต่อปี โดยไม่รวมผู้ป่วยโรควายไดเรื้อรัง (ตารางที่ 16 ,หน้า 44) ค่าใช้จ่ายนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามอัตราการลดลงของมูลค่าเงินในแต่ละปีตามสมการที่ 1 (สมคิด แก้วสนธิ, 2536, หน้า 154, 186)

สมการที่ 1 $C_o = C_n / (1+r)^n$

เมื่อ C_o = มูลค่าเงินปีปัจจุบัน

C_n = มูลค่าเงินปีที่ n

r = อัตราลดของมูลค่าเงิน

n = จำนวนปีที่เปลี่ยนไป

การประมาณค่าเงิน เมื่อประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) จะเป็นค่าใช้จ่าย 7,762.10 บาท

C_o = มูลค่าเงินปีปัจจุบัน = 7,040.45 บาท

r = อัตราลดของมูลค่าเงิน = 5 %

n = จำนวนปีที่เปลี่ยนไป = 2 ปี

มูลค่าบริการปี พ.ศ. 2543 = $7,040.45 \times (1+5/100)^2$

= 7,762.10 บาทต่อผู้สูงอายุที่ป่วยหนึ่งคน

การประมาณค่าเงิน เมื่อประมาณค่าใช้จ่ายใน พ.ศ. 2545 (เริ่มดันแผน ฯ 9) จะเท่ากับ 8,557.71 บาท

แทนค่าในสมการ = $7,040.45 \times (1+5/100)^4$

= 8,557.71 บาทต่อผู้สูงอายุที่ป่วยหนึ่งคน

4.2 การเตรียมการด้านงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งประเทศ รัฐบาลต้องเตรียมงบประมาณทั้งหมดจากฟังก์ชันดังนี้

$C_{total} = f\{ N, P_{elderly}, Pr, MC, r, n\}$

เมื่อ C_{total} = ค่าใช้จ่ายทั้งหมด

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

$P_{elderly}$ = สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด

Pr = อัตราผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาล

MC = ค่ารักษาพยาบาล (medical cost)

r = อัตราลดของค่าเงิน

n = จำนวนปีที่เปลี่ยนไป

สมการที่ 2 $C_{total} = N . P_{elderly} . Pr . MC . (1+r)^{n}$

ซึ่งอัตราและจำนวนที่จะมาแทนในสมการจะเปลี่ยนไปตามการแปลงเปลี่ยนของภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศด้วย

ตัวอย่าง : เมื่อประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) จะเป็นค่าใช้จ่าย 8,121.64 ล้านบาท

เมื่อ MC = 7,040.45 บาท

ถ้า N = ประมาณ 64,389,000 คน (SEAMIC, 1996 , p.15)

$P_{elderly}$ = ประมาณ 6.5 % (SEAMIC, 1996 , p.16)

Pr = ประมาณ 25 % [1]

r = 5 % (ประมาณการจากปี 2541)

n = 2 ปี

แทนค่า C_{total} = 64,389,000 x 6.5/100 x 25/100 x 7040.45 x $(1+5/100)^{2}$

= 8,121.64 ล้านบาท

จากจำนวนงบประมาณดังกล่าวเมื่อเทียบกับงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่ประมาณการไว้ คือ 156,017.96 ล้านบาท (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539, หน้า 72) จะเป็นจำนวนงบประมาณร้อยละ 5.2 ของงบสาธารณสุขทั้งประเทศ เมื่อเทียบกับงบประมาณของแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งมีจำนวนงบประมาณ 36,596.30 ล้านบาท (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539, หน้า 71) จะเป็นจำนวนงบประมาณร้อยละ 22.2 ของงบประมาณสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ ซึ่งไม่รวมค่าบริการในกลุ่มโรคติดเชื้อ หรือการรักษาพยาบาลที่รับไว้ในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด จะไม่ได้ใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐบาลด้วยสวัสดิการรักษาพยาบาลฟรีทั้งหมด บางส่วนอาจรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน บางส่วนรับบริการที่สถานีอนามัย บางส่วนอาจจ่ายค่าบริการเอง บางส่วนเบิกค่ารักษา

---

[1] การสำรวจโรค / อาการ ของผู้สูงอายุปี 2538 มีอัตรารวม ร้อยละ 76 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540, หน้า 119) อย่างไรก็ตามอัตราดังกล่าวอาจเกิดซ้ำโรคในคนเดียวกัน รวมทั้งผู้ป่วยอาจไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน และหรืออาการไม่รุนแรง อาจรับบริการที่สถานีอนามัย จึงคาดประมาณว่าจะเป็นผู้ที่ไปรับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลรัฐบาลร้อยละ 25

พยาบาลจากราชการ และ/หรือ รัฐวิสาหกิจ หรือ บางส่วนเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันสุขภาพ เป็นต้น จำนวนค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นเพียงการประมาณการตามเงื่อนไข ที่กำหนดขึ้นซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

4.3 การประมาณค่าใช้จ่ายในการบริการดูแลสุขภาพเฉพาะโรค ในทำนองเดียวกันย่อมเกิดจากฟังก์ชัน ดังนี้

$C_{disease} = f\{ N, P_{elderly}, Pr, MC_S, r, n\}$

เมื่อ $C_{disease}$ = ค่าใช้จ่ายเฉพาะโรคทั้งหมด

ถ้า N = จำนวนประชากรทั้งหมด

$P_{elderly}$ = สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด

Pr, Pr_S = อัตราผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเฉพาะโรคที่รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาล

MC_S = ค่ารักษาพยาบาลเฉพาะโรค (specific medical cost)

r = อัตราลดของค่าเงิน

n = จำนวนปีที่เปลี่ยนไป

สมการที่ 3 $C_{disease} = N \cdot P_{elderly} \cdot Pr_S \cdot MC_S \cdot (1+r)^n$

ตัวอย่าง การประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) จะเป็นงบประมาณ 3,966.64 ล้านบาท

เมื่อ $MC_{S\,(ht)}$ = 5,372.78 บาท (ตารางที่ 16, หน้า 44)

แทนค่า N = ประมาณ 64,389,000 คน (SEAMIC, 1996 , p.15)

$P_{elderly}$ = ประมาณ 6.5 % (SEAMIC, 1996 , p.16)

$Pr_{s(ht)}$ = อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงใน ผู้สูงอายุ ประมาณ 16 % (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540, หน้า 57)

r = 5 %

n = 2 ปี

$C_{ht} = 64,389,000 \times 6.5/100 \times 16/100 \times 5,372.78 \times (1+5/100)^2$

$= 3,966.64$ ล้านบาท

ตัวอย่าง การประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) จะเป็นงบประมาณ 64.02 ล้านบาท

เมื่อ $MC_{S(renal\ failure)}$ = 278,137.00 บาท

แทนค่า $Pr_{S(renal\ failure)}$ = อัตราการเกิดโรคโรคไตวายเรื้อรัง ประมาณ 55 ต่อล้านประชากร (อุษณา ลุวีระ, 2539, หน้า 131)

r = 5 %

n = 2 ปี

$$C_{(renal\ failure)} = 64,389,000 \times 6.5/100 \times 55/1,000,000 \times 278,137.00 \times (1+5/100)^{2}$$

= 64.02 ล้านบาท

บทที่ 5

สรุป และ อภิปรายผล

สรุปการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบประยุกต์โดยการสำรวจเพื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางตรง และ ทางอ้อมในการบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตลอดจนประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจต่อบริการ ภาวะสุขภาพ และ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่เป็นมาอย่างเรื้อรัง จำนวนรวมทั้งสิน 400 คน และ บุคลากรที่ให้บริการจำนวน 157 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออก จำนวน 6 แห่ง และผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก และ ผู้ที่รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลที่เลือกนั้นทุกคนในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล และ สุ่มเลือกบุคลากรโดยการสุ่มแบบง่ายจากบุคลากรที่ให้บริการทั้งหมดไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 โดยให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมที่ละไม่น้อยกว่า 20 คน ในกรณีที่มีบุคลากรผู้ให้บริการดังกล่าวรวมน้อยกว่า 20 คนจะศึกษาทั้งหมด การเก็บข้อมูลกับบุคลากรผู้ให้บริการใช้แบบสอบถามโดยมีบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในการแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และทำการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุและญาติด้วยแบบสัมภาษณ์ หลังจากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุได้รับกับการประเมินราคา ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ และ ค่าบริการของแผนกเภสัชกรรม หรือ ของงานการเงิน การเก็บข้อมูลกระทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยอีก 6 คนที่ผ่านการฝึกฝนการเก็บข้อมูลอย่างดีแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าใช้จ่ายและผลประโยชน์ที่ได้รับด้วยการวิเคราะห์ค่าที และ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ผลการวิจัยมีดังนี้

1. **ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง**

1.1 **ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ**

1.1.1 **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 66 เพศชายร้อยละ 34 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 97 มีภูมิลำเนา อยู่ในจังหวัดระยอง ชลบุรี จันทบุรี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 เป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ

และ ร้อยละ 9 เป็นข้าราชการบำนาญ มีรายได้จากแหล่งต่าง ๆ เฉลี่ยเดือนละ 4,420.67 บาท และพบว่าร้อยละ 6 ไม่มีรายได้จากแหล่งใดเลย

1.1.2 **ข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยและการรับบริการ** ผู้สูงอายุส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคนละมากกว่า 1 โรค โรคที่ถูกระบุว่าเจ็บป่วยมากที่สุด 4 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และ โรคไขมันในหลอดเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 46 38 17 และ 8 ตามลำดับ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคดังกล่าวมาแล้วประมาณ 7 ปี (86.34 เดือน) และรับการรักษากับหน่วยงานของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเฉลี่ย 5 ปี (61.88 เดือน) ส่วนใหญ่ต้องมาติดตามการรักษาเดือนละ 1 ครั้งจำนวนร้อยละ 62 เป็นผู้สูงอายุที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยละ 86 ที่เหลือเป็นผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้าน การเบิกค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 54 ใช้สวัสดิการผู้สูงอายุ รองลงมาคือร้อยละ 33 ใช้สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และยังมีผู้สูงอายุร้อยละ 6 ที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเอง

1.1.3 **การมีญาติมาดูแลขณะรับบริการ** พบว่า ร้อยละ 47 ของผู้สูงอายุที่รับบริการมีญาติมาเป็นเพื่อน จำนวนญาติที่มาด้วยส่วนมากมีจำนวน 1 คน และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58) เป็นบุตรของผู้สูงอายุเอง

1.2 **ผู้ให้บริการ**

บุคลากรผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 85 เป็นผู้ทำงานในกลุ่มงานพยาบาลร้อยละ 51 ส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 68

2. **ค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ**

2.1 **ค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการในการรักษาพยาบาล** ประกอบด้วยค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติ ค่าเอ็กซเรย์ ค่าเวชภัณฑ์ และค่าบริการต่าง ๆ เฉลี่ยแต่ละครั้งเท่ากับ 1,519.40 บาท (*S.* = 5,653.05 บาท) ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่ายาเฉลี่ยครั้งละ 1,117.68 บาท (*S.* = 3,926.43 บาท)

เมื่อเฉลี่ยต่อปีมีค่าใช้จ่ายรวมเท่ากับ 21,308.70 บาทต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหนึ่งคน (*S.* = 74,244.00 บาท) เมื่อยกเว้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังจะมีค่าเฉลี่ยต่อปีเหลือเท่ากับ 7,040.45 บาทต่อผู้สูงอายุที่ป่วยโดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหนึ่งคน (*S.* = 858.34 บาท)

เมื่อพิจารณาค่ารักษาพยาบาลเฉพาะโรคเรียงลำดับจากมากที่สุดพบว่า โรคไตวายเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยต่อปีสูงที่สุดเท่ากับ 278,137.00 บาท (*S.* = 196,968.00 บาท)รองลงมา

คือโรคหลอดเลือดในสมองมีค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 19,578.00 บาท (*S.* = 36,320.87 บาท) โรคไขมันในหลอดเลือดสูงมีค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 10,508.50 บาท (*S.* = 12,925.66 บาท) โรคหัวใจเท่ากับ 7,947.00 บาท (*S.* = 9,814.68 บาท) โรคความดันโลหิตสูงค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 5,372.78 บาท (*S.* = 8,721.66 บาท) โรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 5,605.00 บาท (*S.* = 5,322.08 บาท) โรคเกี่ยวกับข้อและกระดูกมีค่าเฉลี่ยต่อปี 4,992.80 บาท (*S.* = 4,869.88 บาท) และ โรคแผลในกระเพาะอาหารมีค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 4,004.00 บาท (*S.* = 4,144.81 บาท) และ โรคเรื้อรังอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 6,107.20 บาท (*S.* = 5,173.92 บาท)

2.2 **ค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้รับบริการ** ประกอบด้วย

2.2.1 **ค่าเดินทาง** เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้มีภูมิลำเนาในจังหวัดในภาคตะวันออกและเป็นพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ดังนั้นค่าเดินทางเพื่อรับบริการของผู้สูงอายุจึงไม่สูงมากนักเฉลี่ยครั้งละ 33.90 บาท (*S.* = 40.58 บาท) เมื่อคิดต่อปีจะเป็นค่าเดินทางเฉลี่ย 445.98 บาทต่อผู้สูงอายุ 1 คน (*S.* = 725.70 บาท)

2.2.2 **ค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุ** ในจำนวนผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลจะเสียค่าอาหารเพียงร้อยละ 32 เมื่อคิดเฉลี่ยเป็นค่าอาหารของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยต่อครั้งเท่ากับ 6.88 บาท (*S.* = 10.68 บาท) เมื่อคิดต่อปีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.10 บาทต่อผู้สูงอายุที่ป่วยหนึ่งคน (*S.* = 146.30 บาท)

2.2.3 **ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับที่พักและอื่น ๆ** พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดไม่เสียค่าที่พักเนื่องจากส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในจังหวัดที่ตั้งโรงพยาบาล และมีเพียง 8 คน (น้อยกว่าร้อยละ 2) ที่เสียค่าใช้จ่ายในการจ้างคนมาเป็นเพื่อนกับผู้สูงอายุ โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายครั้งละ 100 บาท ถึง 400 บาท

2.3 **ค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้รับบริการ** ประกอบด้วย

2.3.1 **ค่าอาหารสำหรับญาติ** มีผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเพียงร้อยละ 18 ที่ต้องเสียค่าอาหารสำหรับญาติที่มาด้วย เฉลี่ยเป็นค่าอาหารครั้งละ 23.24 บาทต่อญาติหนึ่งคน (*S.* = 7.03 บาท) หรือ เฉลี่ยค่าอาหารสำหรับญาติเท่ากับ 2.15 บาทต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน (*S.* = 7.05 บาท) เมื่อคิดต่อปีเป็นค่าอาหารสำหรับญาติเท่ากับ 23.84 บาทต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนที่ป่วย (*S.* = 86.61 บาท)

2.3.2 **ค่าที่พักและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ** สำหรับญาติ พบว่าไม่มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่พักและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ สำหรับญาติ ยกเว้นมีผู้ที่ใช้จ่ายเป็นค่าซื้อของฝากคนที่บ้านเพียง 2 คนเท่านั้น เป็นเงิน 100 และ 200 บาท

2.4 **การสูญเสียโอกาสของผู้รับบริการ**

2.4.1 **การสูญเสียโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ** พบว่าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลมีผู้สูงอายุเสียโอกาสในการทำงานที่มีรายได้เพียงร้อยละ 14 เมื่อประมาณเป็นตัวเงินที่เสียจริงตามการประเมินของผู้สูงอายุเฉลี่ยค่าครั้งเท่ากับ 24.53 บาท (*S.* = 90.70 บาท) เฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 289.49 บาทต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน (*S.* = 1,160.86 บาท)

2.4.2 **การสูญเสียโอกาสในการทำงานของญาติผู้สูงอายุ** พบว่า ในการมารับบริการที่โรงพยาบาลมีญาติผู้สูงอายุที่เสียโอกาสในการทำงานที่มีรายได้ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ประมาณเป็นตัวเงินที่เสียจริงตามการประเมินของญาติผู้สูงอายุเฉลี่ยค่าครั้งเท่ากับ 40.26 บาท (*S.* = 111.41 บาท) เมื่อเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 694.02 บาทต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน (*S.* = 3,796.16 บาท)

ในการประเมินค่าแรงจากค่าแรงเฉลี่ยทุกเพศทุกวัยทั่วประเทศ มีค่าเท่ากับ 5,252 บาทต่อเดือน หรือ 175 บาทต่อวัน (ธีระ พิทักษ์ประเวช, 2540, หน้า 188) อย่างไรก็ตามเมื่อประเมินจากค่าแรงต่อวันในปี 2541 ใช้ค่าประมาณเท่ากับ 150 บาทต่อวัน สำหรับญาติที่มากับผู้สูงอายุ กับจำนวนครั้งที่ต้องมาพบแพทย์ต่อปี จะเป็นค่าเสียโอกาสของญาติที่เป็นวัยแรงงานเฉลี่ยปีละ 2,585.76 บาทต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน

2.5 **การสูญเสียเวลา** ในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุทำให้ต้องเสียเวลาในการเดินทางเฉลี่ยครั้งละ 24.53 นาที (*S.* = 19.38 นาที) เป็นเวลาที่รอคอยเฉลี่ยครั้งละ 153.02 นาที (*S.* = 79.48 นาที) และเวลาที่ใช้รับบริการทุกประเภทจะเป็นการเสียเวลาเฉลี่ยครั้งละ 18.61 นาที (*S.* = 51.19 นาที) อย่างไรก็ตามในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายที่ใช้เวลาในการล้างเลือดรวมอยู่ด้วย เมื่อไม่รวมผู้ป่วยที่รับบริการล้างเลือดจะเป็นเวลาที่รับบริการทุกประเภทเฉลี่ยครั้งละ 9.17 นาที (*S.* = 7.54 นาที)

เมื่อประมาณต่อปีจะเป็นเวลาในการเดินทางเฉลี่ย 5.52 ชั่วโมง เวลาที่รอคอยรวม 28.33 ชั่วโมง เวลารับบริการรวมโรคไตวายเป็นเวลา 16.85 ชั่วโมง เมื่อไม่รวมโรคไตวายจะเป็นเวลาที่รับบริการเฉลี่ยปีละ 1.65 ชั่วโมงต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน

3. **ผลประโยชน์ที่เกิดจากการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ**

3.1 **ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ** พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยทุกด้านเท่ากับ 3.16 (*S.* = 0.46) จากระดับคะแนน 1 ถึง 5

3.2 **ความพึงพอใจของผู้รับบริการ** พบว่า ผู้สูงอายุที่มาป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยทุกด้านเท่ากับ 3.96 (*S.* = 0.35) จากระดับคะแนน 1 ถึง 5 คะแนน

3.3 **สภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** พบว่า ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ไปไหนมาไหน ไม่มีปัญหาการดูแลตนเองและไม่มีปัญหาการทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไป คิดเป็นร้อยละ 50 91 และ 70 ตามลำดับ แต่จะมีปัญหาบ้างด้านความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สุขสบาย และ มีความวิตกกังวล เบื่อหน่าย คิดเป็นร้อยละ 63 และ 53

เมื่อให้ผู้สูงอายุประเมินเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับเมื่อปีที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 41 คิดว่าภาวะสุขภาพเหมือนเดิม ร้อยละ 35 คิดว่าเลวกว่าเดิม และมีเพียงร้อยละ 24 ตอบว่ามีสุขภาพดีกว่าปีที่ผ่านมา และส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 60 ที่คิดว่ามีสุขภาพดีกว่าก่อนการรักษาที่หน่วยงานที่ศึกษา

เมื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตจากภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่เปรียบเทียบ กับภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดซึ่งเทียบให้มีคุณภาพชีวิตเป็น 100 % และภาวะสุขภาพที่เลวที่สุดมีคุณภาพชีวิตเป็น 0 % พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีระดับคุณภาพชีวิตมัธยฐานเท่ากับ 100 % (การกระจายเท่ากับ 10 %) แต่เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 84.28 % (*S.* = 27.77 %) ของภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่พึงปรารถนา (100 %)

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลที่เกิดจากการให้บริการ

4.1 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ พบว่า

4.1.1 บุคลากรผู้ให้บริการเพศชายมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกับบุคลากรเพศหญิงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 0.86$, $p = .199$)

4.1.2 บุคลากรผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่บ้านอย่างเดียวมีความพึงพอใจในการปฏิบัติมากกว่าผู้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอย่างเดียวที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($F = 5.00$, $p = .008$) แต่จะไม่แตกต่างกับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล

4.1.3 กลุ่มแพทย์และพยาบาลจะมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานมากกว่ากลุ่มผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (aid) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($F = 4.85$, $p = .001$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง กลุ่มแพทย์ พยาบาล บุคลากรสายข้างเคียงแพทย์ และ กลุ่มอื่น ๆ

4.2 **ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้สูงอายุ**

4.2.1 ผู้สูงอายุเพศชายมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับไม่แตกต่างกับ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t = 0.65 , p = .513)

4.2.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี 65-69 ปี และ 70-74 ปี มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (F = 0.19, p = .831)

4.2.3 ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ และ ผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (F = 1.22, p = .295)

4.2.4 ผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ มากกว่าผู้สูงอายุซึ่งรับบริการที่โรงพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t = 4.57, p <.001)

4.3 **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**

4.3.1 ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t = 3.85 , p < .001)

4.3.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี 64-69 ปี และ 70-74 ปี มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (F = 0.98, p = .38)

4.3.3 ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ และ ผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (F = 0.72, p = .48)

4.3.4 ผู้สูงอายุที่รับบริการที่โรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้านที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t = 2.34, p = .02)

5. สมการในการกำหนดนโยบายการเตรียมการด้านงบประมาณ

จากค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยไม่ติดต่อเรื้อรังโดยภาพรวม และ เฉพาะโรค จำนวนค่าใช้จ่ายดังกล่าวสามารถนำมาประมาณการค่าใช้จ่ายในปีอื่น ๆ ได้ดังนี้

5.1 การประมาณค่าเงินในปีอื่น ๆ สามารถประมาณจาก

สมการที่ 1 $C_o = C_n / (1+r)^n$

5.2 การประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปีอื่น ๆ สามารถประมาณจาก

สมการที่ 2 $C_{total} = N \cdot P_{elderly} \cdot Pr \cdot MC \cdot (1+r)^{n}$

5.3 การประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉพาะโรคในปีอื่น ๆ สามารถประมาณจาก

สมการที่ 3 $C_{disease} = N \cdot P_{elderly} \cdot Pr_S \cdot MC_S \cdot (1+r)^{n}$

เมื่อ $C_{total,disease}$ = ค่าใช้จ่ายทั้งหมด, ค่าใช้จ่ายเฉพาะโรค

ถ้า N = จำนวนประชากรทั้งหมด

$P_{elderly}$ = สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด

Pr_S = อัตราผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉพาะโรค ที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาล

MC = ค่ารักษาพยาบาล (medical cost)

MC_S = ค่ารักษาพยาบาลเฉพาะโรค (specific medical cost)

r = อัตราลดของค่าเงิน

n = จำนวนปีที่เปลี่ยนไป

การอภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่รับบริการรักษาพยาบาลด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ศึกษาเป็นเพศหญิงร้อยละ 66 ขณะที่เป็นเพศชายร้อยละ 34 หรือเป็นสัดส่วน หญิง : ชาย เท่ากับ 3 : 1 ทั้งนี้เนื่องจากมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย จึงพบผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่า และเพศหญิงมีความสนใจในภาวะสุขภาพของตน เมื่อเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติก็จะไปรับการรักษาและ ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าเพศชาย ลักษณะดังกล่าวนี้ใกล้เคียงสอดคล้องกับการศึกษาค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ (2536 ก, หน้า 12) ศึกษาพบว่า ข้าราชการบำนาญ หรือ ผู้สูงอายุที่เคยรับราชการนั้น จะป่วยรับการรักษาพยาบาลและเบิกค่ารักษาพยาบาลในอัตราเพศหญิงร้อยละ 62 เพศชายร้อยละ 38 และเป็นอัตราที่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อรวมป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลจากสวัสดิการข้าราชการทั้งหมด จะมีอัตราเพศหญิงร้อยละ 66 และ เพศชายร้อยละ 34 เช่นกัน

2. การเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้เสียค่าบริการเอง เนื่องจากใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 54 เบิกจากสิทธิข้าราชการร้อยละ 33 จากบริษัทประกันชีวิตร้อยละ 3 และ ซื้อบัตรสุขภาพร้อยละ 2 มีเพียงร้อยละ 6 ที่ผู้สูงอายุต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเอง ทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้สูงอายุ และได้จัดสวัสดิการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุทุกคน ยกเว้นกรณีมีสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลอยู่แล้ว ซึ่งผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ), 2540, หน้า 69) ที่พบว่า ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้สวัสดิการผู้สูงอายุร้อยละ 67 เบิกสิทธิข้าราชการของตนเองและของคู่สมรส หรือ ของบุตรร้อยละ 25 ซื้อบัตรสุขภาพร้อยละ 2 และประกันชีวิตประมาณร้อยละ 1

3. อัตราป่วยด้วยโรคที่พบมากในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ โรคหัวใจ คิดเป็นอัตราร้อยละ 46 38 และ 17 ตามลำดับ ขณะที่คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยอนุมัติคณะรัฐมนตรี (ม.ป.ป., หน้า 58) พบว่า โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่รักษาตัวที่แผนกผู้ป่วยนอก คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ และ โรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536 ก) ที่พบว่า ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยโรคมาก 3 ลำดับแรก คือ โรคหัวใจร้อยละ 27 โรคเบาหวานร้อยละ 19 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 18 ถึงแม้นว่าลำดับของโรคทั้งสามจะไม่ตรงกันเสียทีเดียว แต่ก็พบว่า โรคทั้งสามยังคงเป็นโรคในลำดับแรก ถึงแม้อัตราที่พบในกลุ่มตัวอย่างจะแตกต่างกันเนื่องจากความครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่มีวัยต่างกันก็ตาม การที่โรคทั้งสามเป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เพราะเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตในปัจจุบัน ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยจึงปรากฏมากขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2535 ; คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยอนุมัติคณะรัฐมนตรี, ม.ป.ป.) กอร์ปกับโรคดังกล่าวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการให้สงบไม่รุนแรงจนเกิดเป็นอันตราย ด้วยวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุให้มีการสะสมของจำนวนผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่มากขึ้น

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เฉลี่ยรายละ 7,040.45 บาทต่อปี และเมื่อเฉลี่ยต่อครั้งจะมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 1,515.40 บาทต่อครั้ง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยต่อครั้งในผู้สูงอายุจะมีค่ามากกว่าที่ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536

ก, หน้า 24) ศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาของข้าราชการบำนาญ ในปี พ.ศ. 2536 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่อครั้งเท่ากับ 854.10 บาท เมื่อพิจารณาอัตราเงินเฟ้อในอัตราปีละร้อยละ 5 จะมีค่าใช้จ่ายในปีปัจจุบันประมาณ 1144.58 บาท (คิด 6 ปี) ซึ่งจัดว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่างกันเล็กน้อย

5. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคที่สำคัญเฉลี่ยต่อปี พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยโรคไขมันในหลอดเลือดสูง ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยนอกที่เป็นข้าราชการบำนาญในปี 2536 โรคที่มีความสิ้นเปลืองมากที่สุดคือ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ , 2536 ก, หน้า 21) จากลักษณะการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคไตวาย และโรคไขมันในหลอดเลือดสูงกลับเป็นภาระที่มากขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาโรคไตวายมีประสิทธิภาพ ความสะดวก และ ปลอดภัยมากขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยสูงอายุสามารถรับการรักษาได้ต่อเนื่องเป็นเวลานานมากขึ้น สำหรับโรคไขมันในหลอดเลือดสูงนั้นได้มีวิวัฒนาการในการใช้ยาและสารอาหาร เพื่อขจัดไขมันในหลอดเลือดในรูปแบบต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตยืดยาวขึ้นแทนที่จะเสียชีวิตโดยง่ายจากภาวะการอุดตันของเส้นเลือดในสมองและเส้นเลือดหัวใจเช่นแต่ก่อน

6. ค่าใช้จ่ายในเดินทางมารับบริการรักษาพยาบาลรวมทั้งของผู้สูงอายุและญาติที่มา เฉลี่ยครั้งละ 33.90 บาท เมื่อพิจารณาต่อปีเป็นค่าเฉลี่ย 445.98 บาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงมากนัก เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในจังหวัดเดียวกับโรงพยาบาลที่ศึกษา

7. ค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการเฉลี่ยครั้งละ 6.88 บาท ต่อปีเฉลี่ย 37.00 บาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ต่ำมาก เหตุผลเนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีภูมิลำเนา ในจังหวัดเดียวกับที่ตั้งโรงพยาบาลจึงรับประทานอาหารก่อนไปโรงพยาบาล เมื่อรับบริการเสร็จแล้วก็จะกลับไปรับประทานอาหารที่บ้าน จึงมีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ต้องเสียค่าอาหารที่โรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นผู้ที่ต้องไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย จึงต้องงดอาหารก่อนไปโรงพยาบาล เมื่อเจาะเลือดเรียบร้อยแล้วก็จะไปรับประทานอาหารเช้าที่โรงพยาบาล

8. ค่าอาหารสำหรับญาติผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เฉลี่ยครั้งละ 2.15 บาท เมื่อเฉลี่ยต่อปีมีค่าเท่ากับ 23.84 บาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ต่ำมาก ทั้งนี้เพราะส่วนใหญ่

จะรับประทานอาหารก่อนนำผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล และเมื่อรับบริการเรียบร้อยและก็กลับไปรับประทานอาหารที่บ้าน เนื่องจากส่วนใหญ่มีบ้านไม่ไกลจากโรงพยาบาล

9. ส่วนค่าที่พักและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ไม่มี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบ้านใกล้โรงพยาบาลเมื่อรับบริการรักษาพยาบาลเสร็จก็สามารถเดินทางกลับบ้านได้โดยไม่ต้องพักค้างและไม่เสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ยกเว้น มีผู้สูงอายุเพียง 6 ราย ที่ต้องเสียค่าจ้างผู้อื่นมาเป็นเพื่อนนำมาโรงพยาบาล จำนวนดังกล่าวถือว่าไม่มากนัก เนื่องจากความผูกพันธ์และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุในสังคมไทยยังมีมากอยู่ ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งจึงมีญาติมาเป็นเพื่อน

10. การเสียเวลาในการรับบริการ ผู้สูงอายุต้องเสียเวลาที่รับบริการทุกประเภท ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่าง ๆ การรักษา และการได้รับคำแนะนำต่าง ๆ รวมเฉลี่ยเพียงครั้งละ 9.17 นาที ไม่รวมผู้ป่วยโรคไตที่ต้องใช้เวลาล้างเลือด แต่ผู้สูงอายุต้องเสียเวลาในการรอคอยเพื่อรับบริการเฉลี่ยครั้งละ 153.02 นาที หรือประมาณ 2.5 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเวลาที่นานมาก และต้องใช้เวลาในการเดินทางเฉลี่ยครั้งละ 24.53 นาที ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ที่รับบริการที่โรงพยาบาลในแต่ละวันมีจำนวนมาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องรอรับบริการเป็นเวลานาน ขณะที่ใช้เวลาในการรับบริการครั้งละสั้น ๆ เนื่องจากบุคลากรต้องแบ่งเวลารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยอื่น

11. บุคลากรผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง โดยที่แพทย์ และ พยาบาลจะมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (aid) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างบุคลากรงานอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะผู้ปฏิบัติงานจะมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต่อเมื่อมีสภาพที่ทำงานที่ดี มีการยอมรับทางสังคมในการปฏิบัติงาน และมีเอกสิทธิ์ในงานตามสภาพวิชาชีพ (Zee, et al, 1994) ซึ่งในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐบาล พบว่า แพทย์จะได้รับการยอมรับจากผู้บริหาร ผู้ร่วมงาน และ ผู้รับบริการมากที่สุด ตลอดจนสถานที่ทำงาน สวัสดิการ และเงินเดือนต่าง ๆ ดีที่สุด เช่นเดียวกับพยาบาลและบุคลากรสายข้างเคียงแพทย์จะรองลงมา แต่ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยที่ต้องทำงานร่วมให้บริการด้วย จะเป็นเพียงลูกจ้างชั่วคราวที่ไม่มีความมั่นคงในการทำงาน ตลอดจนไม่มีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงาน จึงมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานน้อยกว่าแพทย์และพยาบาล

12. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับมาก และพบว่า ผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้านมีความพึงพอใจมากกว่าผู้สูงอายุที่รับบริการที่โรงพยาบาล แต่ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุที่มีอาชีพและที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมี

ความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะการบริการที่บ้านย่อมเป็นการบริการที่ช่วยลดความไม่สะดวก และ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากกว่า

13. ผู้สูงอายุรู้สึกว่าในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง ทำกิจกรรมตามปกติได้ และสามารถเคลื่อนไหวได้ พบว่า ร้อยละ 41 รู้สึกว่าสุขภาพเหมือนเดิมเมื่อปีที่ผ่านมา แต่รับรู้ว่ามีสุขภาพดีกว่าก่อนการรักษาถึงร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องกับ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540, หน้า 91) ที่พบว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 40 ไม่สามารถทำกิจกรรมในครัวเรือนได้ตามปกติ ยกเว้นสามารถช่วยเฝ้าบ้านร้อยละ 90

14. ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตซึ่งวัดด้วยการประเมินสภาวะสุขภาพปัจจุบัน เทียบกับภาวะสุขภาพดีที่สุด 100 % พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 84.28 % โดยพบว่า ชายจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศหญิง และ ผู้ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่รับการรักษาที่บ้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิงจะมีการดูแลเอาใจใส่ตนเองมากกว่าเพศชาย และ เป็นเพศที่มีความพึงพอใจในสภาพตนเอง มากกว่าเพศชายที่มีความอดทนต่อสภาพต่าง ๆ (threshold) น้อยกว่าเพศหญิง เพศชายจึงเป็นเพศที่มีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดน้อยกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศชายจึงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศหญิง ผลการศึกษาต่างกับการศึกษาของอารีวรรณ คุณเจตน์ (2541) ที่ศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชาย และหญิง ในจังหวัดจันทบุรีไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ผู้สูงอายุเพศชายจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 6

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และเตรียมการเพื่อการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนี้

1. **การลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ** จากจำนวนวงเงินงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลดังกล่าวนับว่าเป็นจำนวนเงินที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งจากค่าเงินที่ลดลงและจากอัตราการเกิดโรคที่มีมากขึ้น ถ้าอัตราการเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าวยังคงมีอัตราการเพิ่มขึ้นจำนวนเงินงบประมาณย่อมมากขึ้นจนหาที่สิ้นสุดไม่ได้ ดังนั้นในการดำเนินงานสาธารณสุขของประเทศควรเน้นงานด้านการป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังมากกว่าการเน้นให้การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว การดำเนินงานป้องกันโรค และ ส่งเสริมสุขภาพควรดำเนินงานในทุกกลุ่มอายุไม่เพียงแต่ในกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น เพราะโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้เกิดขึ้นจากการมีแบบแผนการดำเนินชีวิต (life style) ที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน การดำเนินงานดังกล่าวควรประกอบด้วย

1.1 **การมีโครงสร้างที่แน่นอน** นั่นคือ ต้องมีหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และ ดำเนินงานให้ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ ปัจจุบันหน่วยงานของรัฐบาลจะให้บริการทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกัน และ การส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ประชาชนคุ้นเคย และ มักจะใช้บริการเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ขาดการดำเนินงานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ อันเป็นพื้นฐานของสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด ฯลฯ ที่เป็นการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ มิใช่เพียงเพื่อการสาธิต หรือฝึกอบรมให้ประชาชน หรืออาสาสมัครเท่านั้น

1.2 **กิจกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ** ควรเน้นกิจกรรมที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ การพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การงดบุหรี่และสุรา การควบคุมความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี กิจกรรมดังกล่าวบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรมีบทบาทที่สำคัญในการให้ดำเนินงาน

การออกมาตรการทางกฎหมายที่ให้ประชาชนต้องรับผิดชอบตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณในบริการนี้อย่างชัดเจน ปัจจุบันพบว่าการตรวจสุขภาพประจำปี ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างมากด้วยตนเอง สำหรับข้าราชการสามารถเบิกจากต้นสังกัดได้ปีละ 1 ครั้งโดยไม่ครอบคลุมบุคคลในครอบครัว ส่วนคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่ทำงานเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจะต้องมีการตรวจสุขภาพพิเศษทุกปี โดยค่าใช้จ่ายในการตรวจร่างกายนี้คนงาน หรือ เจ้าของสถานประกอบการต้องจ่ายเอง ซึ่งเป็นภาระที่สำคัญของประชาชน จนทำให้ไม่เกิดแรงจูงใจที่จะตรวจสุขภาพประจำปี

การจัดสถานบริการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการโภชนาการ การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ควรเป็นกิจกรรมที่รัฐบาลควรดำเนินการมากขึ้น ปัจจุบันมีแต่หน่วยงานของเอกชนที่จัดบริการเกี่ยวกับ อาหารเพื่อสุขภาพ สถานบริการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ (fitness / health club) การนวดคลายเครียด การฝึกสมาธิ ต่าง ๆ หน่วยงานของรัฐบาลโดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขมักมีหน้าที่ในเชิงวิชาการเท่านั้น แต่ไม่ได้จัดให้บริการอย่างแท้จริง ยกเว้นกิจกรรมการรักษาพยาบาลเท่านั้นที่มีบริการอย่างชัดเจน แต่ก็ใช้วงเงินงบประมาณจำนวนมากและเป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุ

2. ผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลต้องเสียเวลาในการรอคอยการรับบริการต่าง ๆ โดยเฉลี่ยคนละ 2 ชั่วโมง 30 นาทีต่อครั้งที่มารับบริการ ซึ่งเป็นการใช้เวลาที่ยาวนานมาก ซึ่งในกรณีที่มีญาติมาด้วยก็ต้องเป็นการเสียเวลาของญาติที่นานด้วย โรงพยาบาลควรปรับระบบการนัดหมายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องมาติดตามการรับบริการแน่นอนทุก 1 หรือ 2 เดือน ให้เสียเวลารอคอยน้อยที่สุด เช่น นัดเวลารับบริการ 8.00 น. 9.00 น. และ 10.00 น. เพื่อเป็นการแบ่งเวลาการรับบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นอกจากนี้อาจจัดหน่วยงานให้บริการผู้สูงอายุทั้งที่เจ็บป่วยแล้ว และที่ยังมีสุขภาพดีอยู่ให้ทั่วถึง ในรูปแบบการกระจายในทุกพื้นที่ด้วยหลักการเดียวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน แต่เป็นการตั้งหน่วยบริการที่ชุมชน เช่นเดียวกับที่เคยมีโครงการ Extended OPD. ทั้งนี้อาจจัดหมุนเวียนการให้บริการในพื้นที่ต่าง ๆ ด้วย เพื่อลดเวลาการมารับบริการที่ยาวนาน อย่างไรตามปัญหาเรื่อง บุคลากร และ ศักยภาพในการให้บริการก็ยังเป็นเรื่องที่ต้องปรับปรุง

3. ค่าใช้จ่ายที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ น่าจะเป็นแนวทางในการประมาณการค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับบริการใน

โรงพยาบาลของรัฐบาลทั้งประเทศ และน่าจะเป็นแนวทางในการประมาณการค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกที่เป็นพื้นฐานที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

จากผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะเพื่อการให้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม การปฏิบัติตนที่เหมาะสมนอกจากจะช่วยลดความรุนแรงของโรคแล้ว ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการรับบริการ ลดการเสียเวลาไม่ต้องไปรับบริการถี่ครั้ง และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้สูงอายุในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคด้วย

2. การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นเหตุของการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มาก และ ต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีสวัสดิการการรักษาพยาบาล แต่ครอบครัวรวมทั้งผู้สูงอายุเองก็ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการเดินทางเฉลี่ยครั้งละ 33.90 บาท ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหารที่ต้องเพิ่มขึ้นทั้งของผู้สูงอายุและญาติเฉลี่ยครั้งละ 9-10 บาท ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวและผู้สูงอายุต้องรับภาระตลอดไป

3. ผลจากการศึกษาพบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 47 เท่านั้นที่มีญาติติดตามมาด้วยขณะรับบริการ และพบว่าผู้สูงอายุบางคน (8 คน) ต้องว่าจ้างคนอื่นมาเป็นเพื่อนขณะรับบริการ ซึ่งแสดงถึงสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีไม่มากนัก การที่ครอบครัวไม่ได้มารับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แผนการรักษา และข้อปฏิบัติของผู้สูงอายุดังกล่าว ย่อมทำให้ครอบครัวขาดข้อมูลในการสนับสนุนการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นในการติดตามการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุแต่ละครั้งควรมีญาติมาด้วย กรณีที่ไม่สามารถทำได้ควรจัดหน่วยให้บริการที่บ้าน เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำแก่สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ที่รับบริการที่บ้าน อย่างไรก็ตามลักษณะการจัดหน่วยบริการของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน การศึกษาโดยภาพรวมทุกโรคย่อมอาจเกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการไม่ครอบคลุมทุกโรค เนื่องจากไปรับบริการในหน่วยงานเฉพาะโรค ซึ่งบางโรงพยาบาลอาจจัดไว้ที่หอผู้ป่วยต่าง ๆ หรือ หน่วยไตเทียม หรือ จัดไว้ที่หน่วยกายภาพบำบัด ฯลฯ แม้จะเป็นผู้ป่วยนอกก็ตาม ซึ่งอาจจะทำให้ไม่ได้ตัวอย่างครอบคลุมประชากรทั้งหมดจริง ดังนั้นในการวิจัยต่อไปควรศึกษาค่าใช้จ่ายเฉพาะโรคซึ่งจะกำหนดความแน่ชัดของกลุ่มประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ดียิ่งขึ้น

2. ในการวิจัยผลการบริการดูแลสุขภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวางโดยไม่ได้ศึกษาติดตามผลการรักษาในระยะยาว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากการรักษาพยาบาล ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไปจากการรับบริการดูแลสุขภาพ (the health - related quality of life) จะเป็นการแสดงถึงผลที่ดีขึ้นของการลงทุนด้านสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวอาจเป็นในทางตรงข้ามว่าผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่เสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บ แต่ต้องทนทุกข์ทรมานจากคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเท่าที่ควร หรืออาจมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย สภาพดังกล่าวมีความคุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่เพียงใด

3. เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบยูโรคอล (EuroQol instrument) ในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อใช้เป็นสภาพพื้นฐานให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกทางเลือกใหม่ของภาวะสุขภาพที่ดีกว่า ด้วยแนวทางการวัดแบบมาตรฐานแกมเบอร์ (Standard Gamble test) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความเสี่ยงที่จะมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่ปรารถนา และ โอกาสล้มเหลว การวัดเช่นนี้อาจมีจุดอ่อนที่ผลการประเมินจะขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นผู้ชอบความเสี่ยง หรือ ชอบการทดลองสิ่งใหม่ ๆ หรือไม่ ผู้ที่ชอบเสี่ยงอาจจะยอมเลือกแม้โอกาสมีสุขภาพที่ดีจะลดต่ำลงมากก็ตาม แต่ผู้ ที่ไม่ชอบความเสี่ยง ไม่ชอบทดลองสิ่งใหม่ ๆ ที่ไม่แน่นอน แม้จะไม่พอใจในสุขภาพปัจจุบันก็อาจจะพอใจที่จะทนกับสภาพที่เป็นอยู่มากกว่าความเสี่ยง ดังนั้นควรจะได้มีการศึกษาถึงวิธีการวัดคุณภาพชีวิตด้วยรูปแบบต่าง ๆ ว่ามีความเหมาะสมกับบุคลิภาพและวัฒนธรรมแต่ละพื้นที่เพียงใด รวมทั้งศึกษาว่าแบบวัดต่าง ๆ เหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันอย่าง ไร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ที่รับบริการที่บ้าน อย่างไรก็ตามลักษณะการจัดหน่วยบริการของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน การศึกษาโดยภาพรวมทุกโรคย่อมอาจเกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการไม่ครอบคลุมทุกโรค เนื่องจากไปรับบริการในหน่วยงานเฉพาะโรค ซึ่งบางโรงพยาบาลอาจจัดไว้ที่หอผู้ป่วยต่าง ๆ หรือ หน่วยไตเทียม หรือ จัดไว้ที่หน่วยกายภาพบำบัด ฯลฯ แม้จะเป็นผู้ป่วยนอกก็ตาม ซึ่งอาจจะทำให้ไม่ได้ตัวอย่างครอบคลุมประชากรทั้งหมดจริง ดังนั้นในการวิจัยต่อไปควรศึกษาค่าใช้จ่ายเฉพาะโรคซึ่งจะกำหนดความแน่ชัดของกลุ่มประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ดียิ่งขึ้น

2. ในการวิจัยผลการบริการดูแลสุขภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง โดยไม่ได้ศึกษาติดตามผลการรักษาในระยะยาว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากการรักษาพยาบาล ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไปจากการรับบริการดูแลสุขภาพ (the health - related quality of life) จะเป็นการแสดงถึงผลที่ดีขึ้นของการลงทุนด้านสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวอาจเป็นในทางตรงข้ามว่าผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่เสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บ แต่ต้องทนทุกข์ทรมานจากคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเท่าที่ควร หรืออาจมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย สภาพดังกล่าวมีความคุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่เพียงใด

3. เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบยูโรคอล (EuroQol instrument) ในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อใช้เป็นสภาพพื้นฐานให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกทางเลือกใหม่ของภาวะสุขภาพที่ดีกว่า ด้วยแนวทางการวัดแบบมาตรฐานแกมเบอร์ (Standard Gamble test) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความเสี่ยงที่จะมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่ปรารถนา และ โอกาสล้มเหลว การวัดเช่นนี้อาจมีจุดอ่อนที่ผลการประเมินจะขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นผู้ชอบความเสี่ยง หรือ ชอบการทดลองสิ่งใหม่ ๆ หรือไม่ ผู้ที่ชอบเสี่ยงอาจจะยอมเลือกแม้โอกาสมีสุขภาพที่ดีจะลดต่ำลงมากก็ตาม แต่ผู้ ที่ไม่ชอบความเสี่ยง ไม่ชอบทดลองสิ่งใหม่ ๆ ที่ไม่แน่นอน แม้จะไม่พอใจในสุขภาพปัจจุบันก็อาจจะพอใจที่จะทนกับสภาพที่เป็นอยู่มากกว่าความเสี่ยง ดังนั้นควรจะได้มีการศึกษาถึงวิธีการวัดคุณภาพชีวิตด้วยรูปแบบต่าง ๆ ว่ามีความเหมาะสมกับบุคลิภาพและวัฒนธรรมแต่ละพื้นที่เพียงใด รวมทั้งศึกษาว่าแบบวัดต่าง ๆ เหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันอย่าง ไร

4. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาเจตนาจะศึกษาค่าใช้จ่ายเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล ในภาคตะวันออกเท่านั้น ซึ่งการประมาณการงบประมาณของประเทศ หรือ การให้บริการทั้งหมดจะยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ค่าใช้จ่ายที่เป็นจำนวนเงินที่สูงกว่าผู้ป่วยนอก ไม่รวมถึงผู้สูงอายุที่รับบริการที่สถานีอนามัย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าที่ประมาณไว้ ไม่รวมค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลของเอกชนที่อาจมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐบาลมาก นอกจากนี้การศึกษากลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกอย่างเดียว อาจมีค่าใช้จ่าย ลักษณะการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่แตกต่างผู้ป่วยจากภาคอื่น ๆ ของประเทศได้ ดังนั้น การศึกษาเพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายให้ชัดเจนยิ่งขึ้น อาจต้องรวมสถานพยาบาลอื่น ๆ และ การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และ การศึกษาในภูมิภาคอื่น ๆ ร่วมด้วย

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2538). ***การประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อ ครั้งที่ 2.*** 6-8 ธันวาคม 2538, ณ โรงแรมเวลคัม จอมเทียนบีช พัทยา จังหวัดชลบุรี.

กระทรวงสาธารณสุข. (2540). ***สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539.*** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยอนุมัติคณะรัฐมนตรี. (ม.ป.ป.). ***สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ.2538 และแนวโน้มมาตรการการแก้ไข.*** กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข. (2535). ***แผนพัฒนาการสาธารณสุข:ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539).*** กรุงเทพ ฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). ***แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544).*** กรุงเทพ ฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538). ***สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ.*** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ศุภวนิชการพิมพ์.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ.บรรณาธิการ. (2539). ***รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535.*** นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ.บรรณาธิการ. (2540). ***การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538.*** นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ธีระ พิทักษ์ประเวช. (2540). การสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง. ***วารสารวิชาการสาธารณสุข.*** 6(2), หน้า 185-193.

เดือนเพ็ญ โรจนารุณ. (2541). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่องานบริการฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด ในโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารสมาคมพยาบาล ฯ สาขาภาคตะวันออก*. 20 (2), หน้า 26-31.

ทรงพรรณ สิงห์แก้ว, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, และ สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2538). *การศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินของคลินิก / โพลิคลินิกเอกชนเป็นเครือข่ายการจัดบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานในระบบประกันสังคม : กรณีศึกษาเครือข่ายของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี*. นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.

พรรัชต์ อินทรโกเศศ. (ม.ป.ป.). *ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยต่าง ๆ ทางครอบครัว*. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเลิศสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). *การนิเทศและการสอนการพยาบาลในคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ม.ป.ท.

วิราภรณ์ ระดาวิริยะกุล. (2537). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, Sara Bennett, นวลอนันต์ ตันติเกตุ, ดวงกมล วิมลกิจ, สุกัลยา คงสวัสดิ์, รำไพ ศรีนวล, และ พินทุสร เหมพิสุทธิ์. (2536 ก). ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ. *รายงานการวิจัย*. กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, Sara Bennett, นวลอนันต์ ตันติเกตุ, ดวงกมล วิมลกิจ, สุกัลยา คงสวัสดิ์, และ รำไพ ศรีนวล. (2536 ข) ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ. *รายงานการวิจัย*. กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล. (2536). *เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เดือนเพ็ญ โรจนารุณ. (2541). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่องานบริการฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด ในโรงพยาบาลชลบุรี. ***วารสารสมาคมพยาบาล ฯ สาขาภาคตะวันออก.*** 20 (2), หน้า 26-31.

ทรงพรรณ สิงห์แก้ว, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, และ สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2538). ***การศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินของคลินิก / โพลิคลินิกเอกชนเป็นเครือข่ายการจัดบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานในระบบประกันสังคม : กรณีศึกษาเครือข่ายของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.*** นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.

พรรัชต์ อินทรโกเศศ. (ม.ป.ป.). ***ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยต่าง ๆ ทางครอบครัว.*** กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเลิศสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). ***การนิเทศและการสอนการพยาบาลในคลินิก.*** (พิมพ์ครั้งที่ 2). ม.ป.ท.

วิราภรณ์ ระดาวิริยะกุล. (2537). ***ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.*** วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, Sara Bennett, นวลอนันต์ ตันติเกตุ, ดวงกมล วิมลกิจ, สุกัลยา คงสวัสดิ์, รำไพ ศรีนวล, และ พินทุสร เหมพิสุทธิ์. (2536 ก). ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ. ***รายงานการวิจัย.*** กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, Sara Bennett, นวลอนันต์ ตันติเกตุ, ดวงกมล วิมลกิจ, สุกัลยา คงสวัสดิ์, และ รำไพ ศรีนวล. (2536 ข) ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ. ***รายงานการวิจัย.*** กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล. (2536). ***เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข.*** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมชาย สุขสิริเสรีกุล. (2539). หลักการและการประยุกต์ใช้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข*. 4 (3), หน้า 213 - 223.

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์, ธีระพร อุวรรณโณ และ นิรันดร์ แสงสวัสดิ์. (2540). ***คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการพลเรือน.*** ศูนย์วิจัยปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาการศึกษาและสังคม คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2537***). สถิติสาธารณสุข พ.ศ .2537.*** ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2539***). สรุปสาระสำคัญ แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544).*** กรุงเทพ ฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุคนธา คงศีล, ศุภชัย ฤกษ์งาม, ลักษ สืบแสง, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, ศิริเพ็ญ การะภาพ, และ ประภา คงปัญญา. (2536). ด้นทุนในการดูแลรักษาผู้ที่ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ***วารสารวิชาการสาธารณสุข.*** 2 (2), หน้า 126 - 136.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2540). ***ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ครั้งที่ 1.*** ม.ป.ท.

อารีวรรณ คุณเจตน์. (2541). ***คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี.*** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. (2537). ***การวิจัยเชิงสำรวจ.*** ม.ป.ท.

อุษณา ลุวีระ. (2539). การพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายในประเทศไทย. ***วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.*** 4 (2), หน้า 133-137.

Cookfair, J.M. (1996). ***Nursing care in the community.*** **(2nd ed.).** St.Louis: Mosby - Year Book.

Dorothy, P.R.. (1967). Estimating the cost of illness. ***American Journal of Public Health.*** 57 (3) , March. P. 437.

Folland, S., Goodman, A.C., & Stano, M. (1997). ***The economics of health and health care.*** **(2nd ed.).** New Jersey: Prentice-Hall.

Gold, M.R., Siegel, J.E., Russell, L.B., & Weinstein, M.C. (1996*).* ***Cost - effectiveness in health and medicine.*** New York: Oxford University Press.

Herzberg, F. (1966). ***Work and nature of man.*** New York: World Publishing.

Moyer, N. (1986). Public policy, politics and home health care. ***Home Health Care Nurse.*** 4 (5), pp. 7-10.

Newbold, D. (1995). A brief description of the methods of economic appraisal and the valuation of heallth states. ***Journal of Advanced Nursing.*** 21, pp. 325-333.

Parahoo, K. & Barr, O. (1994). Job satisfaction of community nurses working with people with a mental handicap. ***Journal of Advance Nursing***. 20, pp. 1046-1055.

Patrich, D.L. & Erickson, P. (1993). ***Health status and health policy : Quality of life in health care evaluation and resource allocation.*** New York: Oxford University Press.

Scarpello, V. & Campvell, V.P. (1983). Job satisfaction : Are all the parts there ? . ***Personnel Psychology.*** 36, pp. 577-600.

SEAMIC Health Statistics. (1996).Tokyo: International Medical Foundation of Japan.

Smith, P.C., Kendall, L.M., & Hulin, C.I. (1969*).* ***The measurement of satisfaction in work and retirement***. Chicago : Rand Mc Nally.

Taboonpong, S.&Takviriyanun, N. (1999). Impact of shift work on nurses sleep, symptoms experienced and job satisfaction. ***Thai J. Nurs Res.*** 3(1), pp.1-10.

Welch, H.G. & Larson, E.B. (1989). Cost effectiveness of bone marrow transplantation in acute non lymphocytic leukemia. ***The New England Journal of Medicine.*** 321(12), pp. 807-812.

William, B.K. & Knight, S.M. (1995). ***Health for life.*** Pacific Grove, CA: Brooks Cole .

Zee,J.van der, Kramer, K., Derksen, A., Kerkstra, A. & Steven, F.A.J. (1994). Community nursing in Belgium, Germany and the Netherland. ***Journal of Advanced Nursing,*** 20, pp.791-801.

ภาคผนวก ก

หลักฐานการเผยแพร่ผลงานวิจัย

การเผยแพร่ผลงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำเผยแพร่ ณ โอกาสต่าง ๆ ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2542 ดังนี้

1. การเสนอผลงานวิจัยในงานสัปดาห์วิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา เนื่องในโอกาสวันสถาปนามหาวิทยาลัยบูรพา 8 กรกฎาคม 2542 ณ หอประชุมชำรง บัวศรี ระหว่างวันที่ 5-9 กรกฎาคม 2542 โดยการนำเสนอแบบบรรยาย และ ภาพโปสเตอร์ ตามสำเนาเอกสารกำหนด ฯ และ สำเนาใบเกียรติบัตรที่แนบมาด้วยแล้วนี้

2. นำเสนอต่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เพื่อพิจารณานำเสนอในการจัดประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 11 เรื่อง การพยาบาลไทยในระยะเปลี่ยนสู่สตวรรษที่ 21 ระหว่างวันที่ 1 - 6 พฤศจิกายน 2542 ณ บางกอกคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลพลาซ่า กรุงเทพมหานคร ตามลำเนาหนังสือตอบรับของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ ที่ สพท. (วิชาการ) 69 / 2542 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2542

การเผยแพร่ผลงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำเผยแพร่ ณ โอกาสต่าง ๆ ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2542 ดังนี้

1. การเสนอผลงานวิจัยในงานสัปดาห์วิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา เนื่องในโอกาสวันสถาปนามหาวิทยาลัยบูรพา 8 กรกฎาคม 2542 ณ หอประชุมธำรง บัวศรี ระหว่างวันที่ 5-9 กรกฎาคม 2542 โดยการนำเสนอแบบบรรยาย และ ภาพโปสเตอร์ ตามสำเนาเอกสารกำหนด ฯ และ สำเนาใบเกียรติบัตรที่แนบมาด้วยแล้วนี้

2. นำเสนอต่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เพื่อพิจารณานำเสนอในการจัดประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 11 เรื่อง การพยาบาลไทยในระยะเปลี่ยนสู่สตวรรษที่ 21 ระหว่างวันที่ 1 - 6 พฤศจิกายน 2542 ณ บางกอกคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลพลาซ่า กรุงเทพมหานคร ตามลำเนาหนังสือตอบรับของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ ที่ สพท. (วิชาการ) 69 / 2542 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2542

มหาวิทยาลัยบูรพา

ขอมอบเกียรติบัตรฉบับนี้ แด่

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

ผู้นำเสนอผลงานวิจัยแบบบรรยาย

ขอให้มีความสุขความเจริญเทอญ

ให้ไว้ ณ วันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๔๒

(นายผาสุข กุลละวณิชย์)

อธิการบดี

0025

กำหนดการงานสัปดาห์วิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา
เนื่องในโอกาสวันสถาปนามหาวิทยาลัยบูรพา
8 กรกฎาคม 2542
ณ หอประชุมธำรง บัวศรี
5-9 กรกฎาคม 2542

---

5 – 9 กรกฎาคม 2542

ประธาน : ผศ.วิไล สถิตย์เลเยียร
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
คณะสาธารณสุขศาสตร์

ผู้ดำเนินงาน : ฝ่ายวิชาการหรือฝ่ายวิจัย
ทุกคณะ และหน่วยงาน

9.00 – 15.00 น. นิทรรศการกิจกรรมการวิจัย
ของหน่วยงานต่าง และแสดง
ผลงานวิจัย และ ความก้าวหน้า
งานวิจัยแบบโปสเตอร์ 3 สาขา
1. สาขาวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยี
2. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. สาขามนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์
นิทรรศการหนังสือ ตำรา
และ software จากบริษัท
ห้างร้านต่าง ๆ

6 กรกฎาคม 2542

ประธานการประชุม : รศ.ฉลอง ทับศรี
(ภาคบ่าย) คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

ผู้ดำเนินงาน : ดร.สมหัดดี สิตา
รองคณบดีฝ่ายวางแผน
และพัฒนา
คณะศึกษาศาสตร์

13.00 - 17.00 น. เสวนาทางวิชาการ เรื่อง
"การวิจัยทางการศึกษา
ในอนาคต"
วิทยากร
1. ศ.ดร.เอมอร
พิธิยานุรักษ์
2. ดร.อำรุง จันทะสีโน
3. ศ.ดร.เสริมศักดิ์
วิศาลาภรณ์

7 กรกฎาคม 2542

ประธานการประชุม ศ.ดร.สุชาติ อุปลัมภ์
(ภาคเช้า) คณบดีคณะวิทยาศาสตร์

9.15 - 10.30 น. บรรยาย เรื่อง แนวทาง
และยุทธวิธีในการวิจัย
วิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยีเพื่อแก้ปัญหา
โรคพยาธิใบไม้ตับ
โดย ศาสตราจารย์
ดร.วิจิน บุญมงคล
รองผู้อำนวยการ สกว.
พิธีรับประทานอาหารว่าง

10.30 - 10.45 น.

บรรยาย เรื่อง วิธีและ
เทคนิคโครงการวิจัยเชิง
ลงพื้นที่ชุมชนสัมพันธ์กับ
การวิจัยจากห้องปฏิบัติการ
ของชุมชนสัมพันธ์กับการวิจัย
โดย ศาสตราจารย์ดร.
วิจิน บุญมงคล
รองผู้อำนวยการ สกว.

10.45 - 12.00 น.

ประธานการประชุม : รศ.ดร.เรณา
พรหมเรืองพันธุ์
(ภาคบ่าย) ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่าย
วิชาการ

ผู้ดำเนินงาน : ศ.ดร.สมหัดดี พันธุวัฒนา
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและ
พัฒนา คณะวิทยาศาสตร์

1 [illegible] 16.00 น. [illegible]
วิทยาศาสตร์สุขภาพ
และสาขาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ (13 เรื่อง)

1. [illegible]
[illegible] Hilsa ilisha Linnaeus
[illegible]
2. [illegible]
[illegible] (Gongronema Butterflyfish Chelmon rostratus)
[illegible]
3. [illegible]
[illegible]
4. [illegible]
[illegible]
5. [illegible]
[illegible]
6. [illegible]
[illegible]
ศ.ดร.วิศิษฐ์ มี. บรรเทิง

7. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนิสิต นักศึกษา
   รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และคณะ
8. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
   สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
9. การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของเกษตรกรที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดชลบุรีและจังหวัดจันทบุรี
   จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ และคณะ
10. ตัวแปรทำนายการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมภาคตะวันออก
    รศ.ดร.ภุหลาบ รัตนสัจธรรม
11. ทัศนคติต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักศึกษาพยาบาลปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
    นางวราภรณ์ จรเจริญ และคณะ
12. ความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินการด้านกิจการนักศึกษาและด้านสภาพแวดล้อมของวิทยาลัยกับความสุขสมบูรณ์ของนักศึกษาพยาบาล
    รัชชนก กลิ่นชาติ

13. ผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของนักศึกษาพยาบาล
    นางสาวธัสมน นามวงษ์

8 กรกฎาคม 2542

(ภาคเช้า) พิธีการเปิดการประชุมวิชาการ

ประธานการประชุม รศ.ดร.ผ่องศรี บุญญานุรักษ์

(ภาคบ่าย) รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนา และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ดำเนินรายการ : ผศ.ดร.สมหมาย ศิริโยธิน

รศ.ดร.ภุหลาบ รัตนสัจธรรม

ผศ.ดร.ประยงค์ ปิ่นประยงค์

ผศ.ดร.ประยงค์ ปิ่นประยงค์

13.30 - 15.00 น. บรรยาย เรื่อง ทำอย่างไรจะทำวิจัยได้อย่างมีคุณภาพ
โดย ศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ วีไลรัตน์
มหาวิทยาลัยศิลปากร

15.00 - 15.10 น. พักรับประทานน้ำว่าง

15.10 - 17.00 น. บรรยาย เรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ
โดย ศาสตราจารย์ ดร. เกษม วัฒนชัย

9 กรกฎาคม 2542

ประธานการประชุม : รศ.สมชาย เตชะพรมพันธุ์
คณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

(ภาคเช้า)

9.00 - 11.30 ผู้ดำเนินรายการ ดร.สมหมาย ศิริโยธิน
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนา
คณะศึกษาศาสตร์
มหาสารคามมหาวิทยาลัย
มนุษยศาสตร์
และสังคมศาสตร์

1. การพัฒนาแบบทดสอบวัดระดับคุณธรรมจริยธรรมนักศึกษาไทยตามหลักจริยประโยค สุทธิลักษณ์

11.30 น. ปิดการประชุมวิชาการ
มหาวิทยาลัยบูรพา

มาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
21/12 ถนนรางน้ำ พญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทร. 245-0148, 247-4463-4 โทรสาร : 247-4470

THE NURSES' ASSOCIATION OF THAILAND
UNDER THE ROYAL PATRONAGE OF HER ROYAL HIGHNESS THE PRINCESS MOTHER
21/12 RANG NAM ROAD, BANGKOK 10400 THAILAND.
TEL 245-0148, 247-4463-4 FAX : (662) 247-4470

ที่ สพท.(วิชาการ) 69/2542

12 กรกฎาคม 2542

เรื่อง ตอบรับผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

ตามที่ ท่านได้ส่งบทคัดย่อรายงานการวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
มายังคณะกรรมการแผนกวิชาการ เพื่อพิจารณานำเสนอในการจัดประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 11 เรื่อง การพยาบาลไทยในระยะเปลี่ยนสู่ศตวรรษที่ 21 ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ระหว่างวันที่ 1 - 6 พฤศจิกายน 2542 ณ บางกอกคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลพลาซ่า กรุงเทพฯ

บัดนี้ คณะกรรมการแผนกวิชาการ ขอแจ้งให้ท่านทราบว่าได้รับต้นฉบับบทคัดย่อพร้อม Diskette แล้วเรียบร้อย จะได้ดำเนินการพิจารณา และแจ้งผลการพิจารณาให้ท่านทราบในโอกาสต่อไป ขอขอบคุณที่ท่านให้ความสนใจส่งผลงานทางวิชาการมาร่วมในการจัดประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งนี้ และหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ด้วยดีในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์)
ประธานคณะกรรมการแผนกวิชาการ
การประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 11

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร 411-0264, 419-7470
โทรสาร 412-8415

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม ชุดที่ 1

id [ ][ ] [ ]

เรื่อง การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

สำหรับนักวิจัย

ส่วนนำ ข้อมูลหน่วยงาน

1. โรงพยาบาล phos[ ]
   - (1) ชลบุรี
   - (2) ระยอง
   - (3) พระปกเกล้า
   - (4) รพช พนัสนิคม...
   - (5) รพช บ้านฉาง
   - (6) รพช คิชฌกูฏ.....
2. ให้ข้อมูลในฐานะกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่..... pst[ ]
   - (1) โรงพยาบาล
   - (2) บ้าน

โปรดให้ข้อมูลตามแบบสอบถามนี้ที่เป็นความจริงที่สุดตามความรู้ และหรือตามความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบ

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย / ทับตัวเลขใน ( ) ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง psex [ ]
2. อายุ ..... ปี page[ ][ ]
3. ตำแหน่ง (1) แพทย์ (3) เภสัชกร หรือ ผู้ช่วยเภสัชกร psta [ ]
   (2) พยาบาล (4) เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์
   (8) อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับ ซี ..... pc [ ]
5. สถานที่ปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) ppl [ ]
   (1) ในโรงพยาบาล (2) ที่บ้าน

แบบสอบถาม ชุดที่ 1

id [ ][ ] [ ]

เรื่อง การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

สำหรับนักวิจัย

ส่วนนำ ข้อมูลหน่วยงาน

1. โรงพยาบาล phos[ ]

(1) ชลบุรี (4) รพช พนัสนิคม...

(2) ระยอง (5) รพช บ้านฉาง

(3) พระปกเกล้า (6) รพช คิชฌกูฏ.....

2. ให้ข้อมูลในฐานะกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่..... pst[ ]

(1) โรงพยาบาล (2) บ้าน

โปรดให้ข้อมูลตามแบบสอบถามนี้ที่เป็นความจริงที่สุดตามความรู้ และหรือตามความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบ

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย / ทับตัวเลขใน ( ) ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง psex [ ]
2. อายุ ..... ปี page[ ][ ]
3. ตำแหน่ง (1) แพทย์ (3) เภสัชกร หรือ ผู้ช่วยเภสัชกร psta [ ]

(2) พยาบาล (4) เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์

(8) อื่น ๆ ระบุ.....

4. ระดับ ซี ..... pc [ ]
5. สถานที่ปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) ppl [ ]

(1) ในโรงพยาบาล (2) ที่บ้าน

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ **ในหน่วยงาน** ที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันนี้

ความหมาย

1. **งานบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง การให้การ ตรวจ รักษา การให้การพยาบาล การตรวจพิเศษ รวมทั้งการให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษา แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคปวดข้อปวดกระดูก ฯลฯ
2. **หน่วยงาน"** หมายถึง
   (1) แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป (โดยคำนึงถึงเฉพาะการบริการผู้สูงอายุ)
   (2) คลินิกผู้สูงอายุ
   (3) คลินิกเฉพาะโรค (โดยคำนึงถึงเฉพาะการบริการผู้สูงอายุ)
   (4) บริการที่บ้าน (โดยคำนึงถึงเฉพาะการบริการผู้สูงอายุ)
   (5) อื่น ๆ ระบุ .....

	ระดับความเห็นด้วยกับข้อความประเมิน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ผู้บริหาร**ให้ความสำคัญ**ต่องานผู้สูงอายุของหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติอยู่					
2	ท่าน**ได้รับการพัฒนา**ความรู้ความสามารถในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ					
3.	ท่าน**ได้รับการนิเทศ**หรือเตรียมความพร้อมที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติงานให้บริการผู้สูงอายุ					
4.	ผู้สูงอายุให้ความ**ร่วมมือ**กับการให้บริการ					
5.	ผู้สูงอายุ**ได้ปฏิบัติตาม**คำแนะนำที่ท่านให้					
6.	ท่านรู้สึก**คับข้องใจ**เมื่อต้องให้บริการกับผู้สูงอายุและญาติ					

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ **ในหน่วยงาน** ที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันนี้

ความหมาย

1. **งานบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง การให้การ ตรวจ รักษา การให้การพยาบาล การตรวจพิเศษ รวมทั้งการให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษา แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคปวดข้อปวดกระดูก ฯลฯ
2. **หน่วยงาน"** หมายถึง
   (1) แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป (โดยคำนึงถึงเฉพาะการบริการผู้สูงอายุ)
   (2) คลินิกผู้สูงอายุ
   (3) คลินิกเฉพาะโรค (โดยคำนึงถึงเฉพาะการบริการผู้สูงอายุ)
   (4) บริการที่บ้าน (โดยคำนึงถึงเฉพาะการบริการผู้สูงอายุ)
   (5) อื่น ๆ ระบุ .....

	ระดับความเห็นด้วยกับข้อความประเมิน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ผู้บริหาร**ให้ความสำคัญ**ต่องานผู้สูงอายุของหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติอยู่					
2	ท่าน**ได้รับการพัฒนา**ความรู้ความสามารถในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ					
3.	ท่าน**ได้รับการนิเทศ**หรือเตรียมความพร้อมที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติงานให้บริการผู้สูงอายุ					
4.	ผู้สูงอายุให้ความ**ร่วมมือ**กับการให้บริการ					
5.	ผู้สูงอายุ**ได้ปฏิบัติ**ตามคำแนะนำที่ท่านให้					
6.	ท่านรู้สึก**คับข้องใจ**เมื่อต้องให้บริการกับผู้สูงอายุและญาติ					

	ระดับความเห็นด้วยกับข้อความประเมิน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7.	ท่านรู้สึก**เบื่อหน่าย**ที่ผู้สูงอายุมักลืม หรือ ไม่สามารถทำตามที่แนะนำไว้ได้					
8.	ท่าน**อยากเปลี่ยน**ไปปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยประเภทอื่น					
9.	ท่าน**พอใจ**ที่ได้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้ บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ					
10.	บุคลากรในหน่วยงานมีความ**ร่วมมือ**กัน					
11.	ท่านคิดว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ท่านรับผิดชอบมีจำนวนมากเกินกว่ากำลังที่จะทำงานให้มีคุณภาพ					
12.	จำนวนวันที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุต่อสัปดาห์ของหน่วยงานมีความ**เหมาะสม**					
13	ท่านมี**ส่วนร่วม**ในการกำหนดนโยบายในการให้บริการผู้สูงอายุในหน่วยงาน					
14.	ท่านมี**ส่วนร่วม**จัดทำแผนการให้บริการผู้สูงอายุ					
15.	เมื่อมีปัญหาในการให้บริการกับผู้สูงอายุท่านสามารถ**ตัดสินใจ**แก้ไขปัญหาได้เอง					
16.	ท่านมี**อำนาจสั่งการ**ตามตำแหน่งหน้าที่เมื่อให้บริการในหน่วยงานบริการผู้สูงอายุ					
17.	ท่าน**มีส่วน**ในการประเมินผลการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ					
18.	ท่าน**มีอิสระ**(Autonomy) ในการตัดสินใจปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้สูงอายุตามตำแหน่งหน้าที่ของท่าน					

ขอความกรุณา **โปรดตรวจสอบอีกครั้ง** ว่า **ตอบคำถามครบทุกข้อ** เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลในการวิจัย และขอขอบพระคุณอย่างสูงในความร่วมมือตอบแบบสอบถามนี้

แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 2

ID [ ][ ][ ]

เรื่อง การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1 สำหรับญาติ และ/หรือ ผู้สูงอายุ

ส่วนนำ ส่วนนี้ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลเอง

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์..... เวลา.....น.

โรงพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ HOS[ ]

(1) ชลบุรี (4) รพช.พนัสนิคม..... .....

(2) ระยอง (5) รพช.บ้านฉาง

(3) พระปกเกล้า (6) รพช. คิชฌกูฏ..... .....

สถานที่สัมภาษณ์ DEP[ ]

(1) ที่บ้าน

(2) แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป

(3) คลินิกผู้สูงอายุ

(4) คลินิกเฉพาะโรค ระบุ.....

(5) อื่น ๆ ระบุ .....

ผู้ให้ข้อมูล (1) ผู้สูงอายุ (ผู้มีอายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง) CLI[ ]

(2) ญาติ

(3) ผู้สูงอายุและญาติ

ชื่อผู้ป่วย..... H.N.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง SEX [ ]
2. อายุ ..... ปี AGE [ ] [ ]
3. พักอยู่ในจังหวัด PROV [ ]
   (1) ชลบุรี (5) ปราจีนบุรี
   (2) ฉะเชิงเทรา (6) ตราด
   (3) ระยอง (7) สระแก้ว
   (4) จันทบุรี
   (8) อื่น ๆ ระบุ.....
4. นับถือศาสนาอะไร REL [ ]
   (1) พุทธ (3) คริสต์
   (2) อิสลาม (4) อื่น ๆ ระบุ.....
5. ปัจจุบันประกอบอาชีพอะไรหรือไม่ OCC [ ]
   (1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ข้ามไปถามข้อ 7
   (2) ข้าราชการบำนาญ
   (3) ค้าขาย
   (4) เกษตรกร
   (5) ประมง
   (6) รับจ้าง
   (7) อื่น ๆ
6. รายได้จากการประกอบอาชีพหรือบำนาญเฉลี่ยเดือนละ เท่าไร .....บาท SALA1 [ ][ ][ ][ ][ ]
7. รายได้ที่ไม่ใช่จากการประกอบอาชีพ เช่น บุตรหลานให้ ค่าเช่าทรัพย์สิ้น ต่างๆ มีหรือไม่ SALA2 [ ][ ][ ][ ][ ]
   (1) ไม่มี
   (1) มี เฉลี่ยเดือนละเท่าไร .....บาท

8. แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 โรค) dis [ ][ ]

(1) ความดันโลหิตสูง (2) เบาหวาน

(4) หัวใจ (8) ข้อเสื่อม/ ข้ออักเสบ

(16) ไตวาย (32) กระเพาอาหาร

(64) อื่น ๆ ระบุ.....

9. ทราบว่าป่วยเป็นโรคดังกล่าวตั้งแต่เมื่อไร กี่ปีมาแล้ว ? dxy [ ][ ]

(ถ้าหลายโรคบันทึกระยะเวลาของโรคที่เป็นก่อน) .....ปี .....เดือน dxm[ ][ ]

10. ทำการรักษาโรคที่หน่วยงานนี้เป็นเวลา นานเท่าไร ...ปี.....เดือน pxy [ ][ ]pxm[ ][ ]

11. ปกติมาพบแพทย์หรือรับการบริการบ่อยเพียงใด folo[ ]

(1) เดือนละ 2 ครั้งหรือมากกว่า

(2) เดือนละ 1 ครั้ง

(3) 2 เดือนครั้ง

(4) 3 เดือนครั้ง

(5) ปีละประมาณ 2 ครั้ง

12 . การมารับบริการมีญาติมาด้วยหรือไม่ care [ ]

(1) ไม่มี ncare[ ]

(2) มี กี่คน.....คน (นับเฉพาะผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป) เกี่ยวข้องเป็น

(2.1) ลูก who[ ]

(2.2) สามี/ภรรยา

(2.3) หลานโดยตรง (ลูกของลูก)

(2.4) ญาติ พี่น้อง

(2.5) เพื่อนบ้าน หรือ คนรู้จักกัน

ส่วนที่ 2 การใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

13. บ้านห่างจากโรงพยาบาลกี่กิโลเมตร km [ ][ ]

14. การเดินทางมาโรงพยาบาลใช้รถส่วนตัว หรือ รถเช่า รถรับจ้าง tr [ ]
เสียค่าใช้จ่ายเท่าไร trcost[ ][ ][ ]

(1) รถส่วนตัว เสียค่าน้ำมันไปกลับ ประมาณเท่าไร (ก.ม.ละ 1 บาท).....บาท

(2) รถโดยสารประจำทาง ค่าโดยสารไป-กลับ ประมาณเท่าไร..... บาท

(3) รถรับจ้างเหมา ค่าจ้าง ไป-กลับ ครั้งละเท่าไร ..... บาท

(4) อื่น ๆ ระบุ.....ค่าใช้จ่าย ไปกลับ เท่าไร .....บาท

(5) เดินมา ไม่เสียค่าใช้จ่าย

16. ระยะเวลาเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลใช้เวลานานเท่าไร .....นาที ttime [ ][ ][ ]

17. ระยะเวลาที่เข้ารับบริการจากแพทย์ หรือ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่น stime[ ][ ][ ]
ประมาณรวมกี่นาที ? ..... นาที

18. ระยะเวลาที่รอคอยการรับบริการทั้งหมด เป็นเวลา ประมาณ ชั่วโมง ...นาที hr[ ]min[ ][ ]

ส่วนที่ 3 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรับบริการ

19. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งใครออก pay [ ]

(1) ไม่เสีย ใช้สวัสดิการผู้สูงอายุ (3) เบิกจากต้นสังกัดราชการ

(2) ผู้สูงอายุออกเอง (4) ลูกหลานออกให้

(5) สิทธิพิเศษ อสม. (8) อื่น ๆ ระบุ

21. การมารับบริการนี้ต้องเสียค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุเองและญาติหรือไม่ เท่าไร food[ ]

(1) ไม่เสีย ข้ามไปข้อ 22

(2) เสีย

(1) ของผู้สูงอายุ ประมาณ .....บาท ofood [ ][ ][ ]

(2) ของญาติประมาณ .....บาท cfood [ ][ ][ ]

22. การเดินทางมาต้องเสียค่าที่พักหรือไม่ rest [ ]

(1) ไม่เสีย ข้ามไปข้อ 23

(2) เสีย

(2.1) ของผู้สูงอายุเสีย .....บาท orest[ ][ ][ ]

(2.2) ของญาติเสียคนละ.....บาท crest[ ][ ][ ]

23. ค่าใช้จ่าย อื่น ๆ อีกมีหรือไม่ other [ ]

(1) ไม่มี ข้ามไปข้อ 24

(2) มีระบุ เป็นค่า .....

(1) เป็นค่าใช้จ่าย เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ....บาท oother[ ][ ][ ]

(2) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับญาติโดยเฉพาะ ..... บาท cother[ ][ ][ ]

ส่วนที่ 4 การสูญเสียโอกาส

24. ถ้าวันนี้ไม่ได้มารับบริการ ผู้สูงอายุจะทำอะไร wk1[ ]

(1) อยู่บ้าน / ไม่ได้ทำงานที่เป็นอาชีพใด ๆ

(2) ทำงาน ระบุ.....

ถ้าสามารถประเมินงานที่จะทำได้ในวันนี้คาดว่าจะเป็นเงินจำนวนเท่าไร ..... บาท

owk1[ ][ ][ ]

กรณีไม่มีญาติมาด้วย ข้ามไปถาม ส่วนที่ 5

25. ถ้าไม่มากับผู้สูงอายุ ญาติ จะต้องทำอะไร

26. **คนที่ 1** : (1) อยู่บ้าน / ไม่ได้ทำงานที่เป็นอาชีพใด ๆ wk2[ ]

(2) ทำงาน ระบุ..... ถ้าสามารถประเมินงานที่จะทำได้ในวันนี้

เป็นตัวเงินคาดว่าจะเป็นเงินจำนวนเท่าไร owk2 [ ][ ][ ]

คนที่ 2 : (1) อยู่บ้าน / ไม่ได้ทำงานที่เป็นอาชีพใด ๆ wk3[ ]

(2) ทำงาน ระบุ.....ถ้าสามารถประเมินงานที่จะทำได้ในวันนี้

เป็นตัวเงินคาดว่าจะเป็นเงินจำนวนเท่าไร owk3 [ ][ ][ ]

ส่วนที่ 5. คุณภาพชีวิต

ภาวะสุขภาพของท่านในหัวข้อต่อไปนี้ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมานี้เป็นอย่างไรบ้าง

1. การเคลื่อนไหว : ท่านสามารถเดินได้ตามปกติหรือมีปัญหาในการเดิน Q1 [ ]

(1) ไม่มีปัญหาในการเดิน

(2) มีปัญหาในการเดินบ้าง

(3) เดินไม่ได้เลยต้องนอนพักเป็นส่วนใหญ่

2. การดูแลตนเอง : ท่านสามารถอาบน้ำ แต่งตัวตนเองได้หรือไม่ Q2 [ ]

(1) สามารถอาบน้ำ แต่งตัวเองไม่มีปัญหา

(2) มีปัญหาการอาบน้ำ แต่งตัวบ้าง

(3) ไม่สามารถอาบน้ำ แต่งตัวตนเองได้

3. กิจกรรมทั่ว ๆ ไป : ท่านสามารถทำงาน ไปไหนมาไหน ได้ตามปกติหรือไม่ Q3 [ ]

(1) สามารถทำงาน ไปไหนมาไหนได้ตามปกติไม่มีปัญหา

(2) มีปัญหาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือไปไหนมาไหนบ้าง

(3) ไม่สามารถทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไปได้เป็นส่วนใหญ่

4. ความเจ็บปวด / ความไม่สบาย : ท่านมีความเจ็บปวด หรือ ความไม่สบายบ้างหรือไม่ Q4 [ ]

(1) ไม่มี

(2) มีความเจ็บปวด หรือไม่สบายบ้างปานกลาง

(3) มีความเจ็บปวดหรือไม่สบายอย่างมาก

5. ความวิตกกังวล /ความเครียด / ความเบื่อหน่าย : ท่านมีความรู้สึกเครียด หรือ เบื่อหน่าย บ้างหรือไม่ Q5 [ ]

(1) ไม่มี

(2) มีความรู้สึกเครียด เบื่อหน่ายปานกลาง

(3) มีความรู้สึกเครียด เบื่อหน่ายอย่างมาก

6. เมื่อเทียบ กับสุขภาพทั่วไปในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพของท่านขณะนี้ จัดว่าดีหรือเลวกว่าเดิม Q6 [ ]

(1) ดีกว่า (2) เหมือนเดิม (3) เลวลง

7. และเมื่อเทียบกับสุขภาพของท่านก่อนได้รับการรักษา ที่โรงพยาบาล จัดว่าดีหรือเลวกว่าเดิม Q7 [ ]

(1) ดีกว่า (2) เหมือนเดิม (3) เลวลง

(ผู้สัมภาษณ์สรุปข้อมูลคุณภาพชีวิตข้อ 1 -5 แล้วถามคำถามข้อ 8 โดยแสดงแผนภาพทางเลือกให้ดูประกอบไปด้วย)

8. จากสภาวะสุขภาพของท่านดังกล่าวขณะนี้ที่แน่นอน คือ ท่านสามารถ
เดินได้..... อาบน้ำ แต่งตัวได้..... ทำงาน ไปไหนมาไหนได้.....
มีความเจ็บป่วย ไม่สบาย.....ความเครียด วิตกกังวลเบื่อหน่าย.....

ถ้ามีการรักษาอย่างหนึ่งที่ ทำให้สุขภาพของท่าน**หายดีเป็นปกติ** ได้ผล (90 %)
ขณะเดียวกันก็อาจเสี่ยงต่อการ**เสียชีวิตหรือตาย** (10 %) ท่านจะเลือกรักษาแบบนี้
หรือจะยังคงมีภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ขณะนี้

ถ้าไม่เลือกวิธีการรักษา (ทางเลือกที่หนึ่ง) แสดงว่าค่า Standard Gamble Test = 100% ถ้าเลือกวิธีการรักษา ให้เปลี่ยนโอกาสมีสุขภาพดีลดลงมาทีละ 10% แล้วถามเช่นเดิมเรื่อย ๆ จนกว่าจะไม่เลือกวิธีการรักษา ค่า Standard Gamble Test จะมีค่าเท่ากับโอกาสมีสุขภาพดีสุดท้าย ที่เลือกนั้น

ผลสรุป : ระดับคุณภาพชีวิตตามการวัดด้วย Standard Gamble Test เท่ากับ .....%

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจต่อบริการ

ผู้สัมภาษณ์ : แสดงภาพ Face Scale ทั้ง 5 ระดับ และ อธิบายให้ผู้สูงอายุทราบความหมายของภาพ

ไม่พอใจอย่างมาก	ไม่พอใจ	เฉย ๆ	พอใจ	พอใจมาก
1	2	3	4	5

ถามคำถามผู้สูงอายุทีละข้อ แล้วให้ชี้ระดับความพึงพอใจจากภาพที่นำมาประกอบ

ข้อที่	ท่านมีความพึงพอใจต่อ.....เพียงใด	1	2	3	4	5	
1.	อัธยาศัยของเจ้าหน้าที่ให้บริการ						s1....
2.	ความสะดวกในการรับบริการ						s2....
3.	วิธีการตรวจร่างกายที่ได้รับ						s3....
4.	การตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การเจาะเลือด การส่งตัวอย่างปัสสาวะ อุจจาระ ฯลฯ						s4....
5.	คุณภาพการบริการที่ได้รับ						s5....
6.	ปริมาณและชนิดของยาที่ได้รับยา						s6....
7.	ขั้นตอนการรับยา						s7....
8.	ขั้นตอนการจ่ายค่ารักษา หรือ การใช้สวัสดิการ (ถ้าไม่ต้องจ่ายเงิน)						s8....
9.	การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว						s9....
10.	การนัดหมายในการรับบริการครั้งต่อไป						s10.
11.	การพูดจาของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อท่าน						s11.
12.	การแสดงออกหรือท่าทีของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อท่าน						s12.
13.	การรอคอย เพื่อรอรับบริการ						s13.
14	สถานที่ให้บริการ						s14.
15.	ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสีย						s15.

ส่วนที่ 7 ค่ารักษาพยาบาล

1. การมารับบริการแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่าย ประมาณกี่บาท ..บาท lcost [ ][ ][ ][ ][ ]
2. ครั้งนี้เสียค่าใช้จ่ายเท่าไร..... บาท

21.1 เป็นค่ายาเท่าไร..... บาท drug [ ][ ][ ][ ][ ]

21.2 ค่าตรวจเลือด ปัสสาวะเท่าไร..... บาท lab [ ][ ][ ][ ][ ]

21.3 ค่า X-ray เท่าไร..... บาท xray [ ][ ][ ][ ][ ]

21.4 ค่าเครื่องมือเท่าไร..... บาท inst [ ][ ][ ][ ][ ]

21.5 ค่าบริการต่าง ๆ เท่าไร.....บาท serv [ ][ ][ ][ ][ ]

แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 3

ID [ ][ ][ ]

เรื่อง การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. สำหรับญาติ และ/หรือ ผู้สูงอายุ ที่บ้าน

ส่วนนำ ส่วนนี้ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลเอง

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์..... เวลา.....น.

โรงพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ HOS[ ]

(1) ชลบุรี (4) รพช.พนัสนิคม

(2) ระยอง (5) รพช.บ้านฉาง

(3) พระปกเกล้า (6) รพช.ศิชฌกูฏ

สถานที่สัมภาษณ์ DEP[ ]

(1) ที่บ้าน

(2) แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป

(3) คลินิกผู้สูงอายุ

(4) คลินิกเฉพาะโรค ระบุ.....

(5) อื่น ๆ ระบุ .....

ผู้ให้ข้อมูล (1) ผู้สูงอายุ (ผู้มีอายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง) CLI[ ]

(2) ญาติ

(3) ผู้สูงอายุและญาติ

ชื่อผู้ป่วย..... H.N.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง SEX [ ]

2. อายุ ..... ปี AGE [ ] [ ]

.

.

ส่วนที่ 2 การใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการรอรับบริการ

13. บ้านห่างจากโรงพยาบาลกี่กิโลเมตร km [ ][ ]

(tr [8] trcost[8][8][8])

16. ถ้าวัดระยะเวลาเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลใช้เวลานานเท่าไร ...นาที ttime [ ][ ][ ]

17. ระยะเวลาที่รับบริการที่บ้านครั้งละกี่นาที stime[ ][ ][ ]

.

ส่วนที่ 3 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรับบริการ

19. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งใครออกให้ ..... pay [ ]

(1) ไม่เสีย ใช้สวัสดิการผู้สูงอายุ (3) เบิกจากต้นสังกัดราชการ

(2) ผู้สูงอายุออกเอง (4) ลูกหลานออกให้

(5) สิทธิพิเศษ อสม. (8) อื่น ๆ ระบุ

21. การรับบริการนี้ต้องเสียค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุเองและญาติเพิ่มเติมหรือไม่ เท่าไร

food[ ]

(1) ไม่เสีย ข้ามไปข้อ 22

(2) เสีย

(1) ของผู้สูงอายุ ประมาณ .....บาท ofood [ ][ ][ ]

(2) ของญาติประมาณ .....บาท cfood [ ][ ][ ]

(rest [8] orest[8][8][8] crest[8][8][8])

.

.

ส่วนที่ 4 การสูญเสียโอกาส

23. ถ้าไม่ได้รอรับบริการ ผู้สูงอายุจะทำอะไร wk1[ ]

(1) อยู่บ้าน / ไม่ได้ทำงานที่เป็นอาชีพใด ๆ

(2) ทำงาน ระบุ..... ถ้าสามารถประเมินงานที่จะทำได้ในวันนี้ คาดว่าจะเป็นเงินจำนวนเท่าไร ..... บาท owk1[ ][ ][ ]

กรณีไม่มีญาติอยู่รอรับบริการด้วย ข้ามไปถาม ส่วนที่ 5

.

ส่วนที่ 5. คุณภาพชีวิต

ภาวะสุขภาพของท่านในหัวข้อต่อไปนี้ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมานี้เป็นอย่างไรบ้าง

1. การเคลื่อนไหว : ท่านสามารถเดินได้ตามปกติหรือมีปัญหาในการเดิน Q1 [ ]

(1) ไม่มีปัญหาในการเดิน

(2) มีปัญหาในการเดินบ้าง

(3) เดินไม่ได้เลยต้องนอนพักเป็นส่วนใหญ่

2.

.

(ผู้สัมภาษณ์สรุปข้อมูลคุณภาพชีวิตข้อ 1 -5 แล้วถามคำถามข้อ 8 โดยแสดงแผนภาพทางเลือกให้ดูประกอบไปด้วย)

8. จากสภาวะสุขภาพของท่านดังกล่าวขณะนี้ที่แน่นอน คือ ท่านสามารถ
เดินได้..... อาบน้ำ แต่งตัวได้..... ทำงาน ไปไหนมาไหนได้.....
ความเจ็บป่วย ไม่สบาย..... ความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย.....

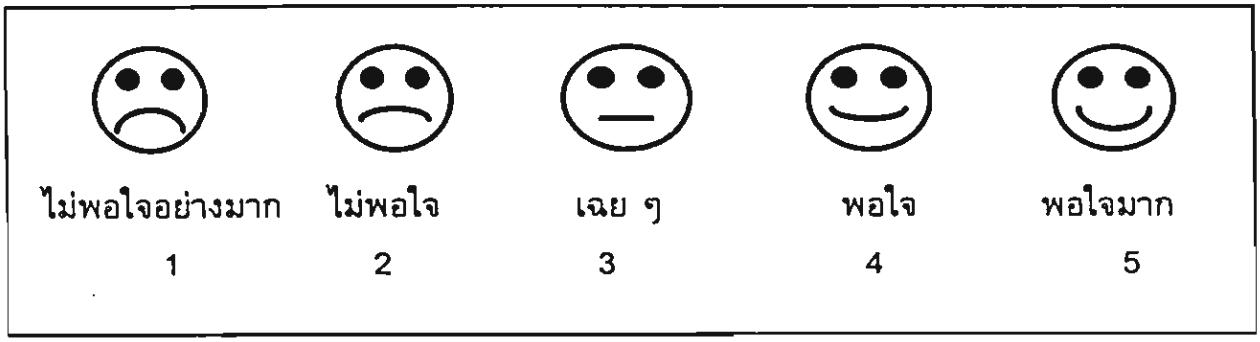
ถ้ามี การรักษาอย่างหนึ่งที่ทำให้สุขภาพของท่าน**หายดีเป็นปกติ** .....

ผลสรุป : ระดับคุณภาพชีวิตตามการวัดด้วย Standard Gamble Test เท่ากับ .....%

q1[ ][ ][ ]

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจต่อบริการ

ผู้สัมภาษณ์ : แสดงภาพ Face Scale ทั้ง 5 ระดับและอธิบายให้ผู้สูงอายุทราบความหมายของภาพ



ถามคำถามผู้สูงอายุทีละข้อ แล้วให้ชี้ระดับความพึงพอใจจากภาพที่นำมาประกอบ

ข้อที่	ท่านมีความพึงพอใจต่อ.....เพียงใด	1	2	3	4	5	
1.	อัชฌาสัยของเจ้าหน้าที่ให้บริการ						s1....
2.	ความสะดวกในการรับบริการ						s2....
3.	วิธีการตรวจร่างกายที่ได้รับ						s3....
4.							

ส่วนที่ 7 ค่ารักษาพยาบาล

1. การรับบริการแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่าย ประมาณกี่บาท .....บาท lcost [ ][ ][ ] [ ][ ]

2. ครั้งนี้ / ครั้งสุดท้ายเสียค่าใช้จ่ายเท่าไร..... บาท

21.1 เป็นค่ายาเท่าไร..... บาท drug [ ][ ][ ][ ][ ]

21.2 ค่าตรวจเลือด ปัสสาวะเท่าไร..... lab [ ][ ][ ][ ][ ]

(กรณีไม่เสียเงิน ให้คิดค่าใช้จ่ายจากการประเมินรายการต่าง ๆ ของการเงิน/เภสัช โดยจดชื่อยา จำนวน ไปก่อน)

ชื่อยา/บริการ	จำนวน	ประเมินราคา	หมายเหตุ

(ตรวจสอบอีกครั้งว่าข้อมูลครบถ้วน) ขอบคุณผู้ให้ข้อมูล

ภาคผนวก ค

ประวัตินักวิจัย

ประวัตินักวิจัยที่ปรึกษา

ประวัตินักวิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นาง สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
เพศ	หญิง
วัน เดือน ปี เกิด	3 ธันวาคม 2498
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งปัจจุบัน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 7 ภาควิชาการพยาบาลชุมชน
ที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131 โทร ฯ : (038) 390060 , 390059 : ต่อ 254 ; 390462 e-mail : suwanna@bucc4.buu.ac.th

ประวัติการศึกษา

1. วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล). 2522 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์. 2523 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). 2528 คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. Certificate in Epidemiology and Health Planning. 1998. Ben-Gurion University, Beer Sheerva, Israel.
5. สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข). 2538 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลงานที่สำคัญ :

1. สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ , กุหลาบ รัตนสัจธรรม , เมธี จันท์จารุภรณ์ และ วินัย แก้วมุณีวงศ์ . (2531). บทบาทครูต่องานสาธารณสุขมูลฐานในโรงเรียนในภาคตะวันออก . งบประมาณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (บางแสน)

2. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, สมศักดิ์ ลิลา, กุหลาบ รัตนสัจจธรรม, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ เมธี จันท์จารุภรณ์ และวินัย แก้วมุณีวงศ์ (2532). ผลกระทบของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานต่อภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง ชลบุรี. งบประมาณสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน. กระทรวงสาธารณสุข
3. สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และคณะ. (2533). ศึกษาการปฏิบัติจริงในวิธีดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในระดับหมู่บ้าน. งบประมาณโครงการอีสานเขียว
4. สมศักดิ์ โสภณพินิจ, สมศักดิ์ ลิลา, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ ฉัน ทนา จันทวงศ์ และรัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์. (2533). การประเมินผลงานเทศกาลพัทยา. ฝ่ายวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน. งบประมาณสำนักงานเทศบาลพัทยา
5. สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2538). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับเจตนาที่จะเลือกสถานพยาบาลของรัฐบาลเป็นคู่สัญญาหลักของผู้ประกันตน ในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา (วิจัยต่อเนื่อง) . ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ทุนอุดหนุนการวิจัยจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สาขาภาคตะวันออก
6. สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2542). การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

ประวัตินักวิจัยที่ปรึกษา

ชื่อ-นามสกุล	นาง พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
เพศ	หญิง
วัน เดือน ปี เกิด	19 มีนาคม 2486
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งปัจจุบัน	- รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 ภาควิจัย ประเมินผล และการบริหารทางการพยาบาล - รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ทำงาน	มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131

ประวัติการศึกษา

1. วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2506
2. ครุศาสตรบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2512
3. วุฒิบัตรการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ปี พ.ศ. 2512
4. M.N.S. (Nursing), Wayne State University ปี พ.ศ. 2514
5. M.Ed. (Nursing Education) Columbia University ปี พ.ศ. 2526
6. Ed.D. (Nursing Organization Executive Role) Columbia University ปี พ.ศ. 2528

ผลงานที่สำคัญ :

1. Boonyanurak, P. (1986). Use of prenatal clinics by pregnant women in Thailand . in Proceeding : Second International Symposium on Public Health in Asia and the Pacific Basin, November , pp.69-73.
2. Boonyanurak, P. (1990). The childbirth perception of primipara vaginal - birth and caesarean section mothers. Proceeding : The 4 th.. Maternity Nurse Researchers' Conference. Taipae Taiwan
3. Boonyanurak, P. (1993).Quality assurance programme implemented in general hospital, Thailand . in Proceeding : ICN 20 th. Quadranial Congress, Madrid Spain..

4. Boonyanurak, P. (1997). The essence of nurse midisfery care, the women story. Proceeding : ICN 21 rt. Quadranial Congress, vancouver Canada.
5. Boonyanurak, P. (1997). Nurse midisfery and HIV infection : A training Program of counseling skills.. Proceeding : ICN 21 rt. Quadranial Congress, vancouver Canada.
6. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2528) การรับรู้และความคาดหวังของพยาบาลไทยต่อเอกสิทธิ์ของวิชาชีพการพยาบาล. ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2529) การรับรู้ของสตรีครรภ์แรกที่มีประสบการณ์การคลอดโดยวิธีธรรมชาติและการคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ
8. เป็นที่ปรึกษาองค์กรระหว่างประเทศหลายองค์กร

ประวัตินักวิจัยที่ปรึกษา

ชื่อ-นามสกุล	นาย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
เพศ	ชาย
ปี เกิด	2498
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งปัจจุบัน	- ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและการวิเคราะห์แผนสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข - เมธีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ปี 2540-2544
ที่ทำงาน	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปากเกร็ด นนทบุรี 11000

ประวัติการศึกษา

1. แพทยศาสตรบัณฑิต. พ.ศ. 2522 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. Doctor of Philosophy. 1990. London School of Hygiene and Tropic Medicine, University of London : Health Planning Financing and Economics.

ผลงานที่สำคัญ :

1. Short term consultant to Save the Children Fund (UK) Vietnam Programme, on Health Care Financing And Revolving Drug Fund Project 1992-1994.
2. Short term consultant to UNICEF, People Democratic Republic of Lao on the MOPH Programming Budgeting, 1993-1994.
3. Short term consultant to SIDA in Lao MOPH Capability Strengthen on Planning and Management, 1993, 1994, 1995.
4. Short term consultant to the World Bank for the preparatory phase of Basic Health Project in Sawannakhet and Sekong Province of Lao PDR, 1994-1995.
5. Consultant to the Dean of ChulalongKorn College of Public Health. Chulalongkorn University, since 1994.
6. Member in the Task Force on Tropical Diseases and Financing, WHO Special Programme on Tropical Diseases Research and Training, 1994-1998.

7. Member of Steering Committee of International Clearinghouse of Health System Reform Inititatives , a project funded by the World Bank , WHO/TDR, Rockefeller Foundation and other donors, since 1996.
8. Member of WHO Staff Pension Committee, appointed by the 48th World Health Assembly, 1996-1998.
9. Alternate member to Dr. Vitura Sangsingkeo, WHO Executive Board Member, May 1994-January 1997.
10. Member : Scientific and Technical Advisory Committee : WHO-TDR, 1998-2000.
11. Member : Editorial Board : Health Policy and Planning Journal, London School of Hygiene and Tropic and Tropical Medicine, since 1991.

รางวัลที่ได้รับ

1. "Best Rural Doctor of the Year" award in 1986 by the Thai Medical Association of Thailand Under The Royal Patronage.
2. "Woodruff Medal 1991" award by London School of Hygiene and Tropic and Tropical Medicine, Community Financing : The Urban Health Card in Chiangmai, Thailand.

ภาคผนวก ง

พนักงานช่วยเก็บข้อมูล
ผู้ประสานงานเก็บข้อมูล

พนักงานช่วยเก็บข้อมูล

พนักงานช่วยเก็บข้อมูล ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ดังรายนามต่อไปนี้

1. นางสาว ปิยะมาศ สังข์สัจจธรรม
2. นางสาว ศศิพิมพ์ มงคลศิริ
3. นางสาว รุ่งทิวา สุลักษณานนท์
4. นางสาว วิรัชนี เอี่ยมรัมย์
5. นางสาว สันทนา แซ่ลิ้ม
6. นางสาว วีรวรรณ ภัทราพรกุล

ผู้ประสานงานเก็บข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลและที่บ้านดังนี้

1. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
2. พยาบาลงานวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล
3. หัวหน้าและพยาบาลฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์
4. หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน