

การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาของผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ Accessibility to Medical Care of Elders in a Community

เรียม นมรัักษ์¹ และ พรทิพย์ จอกระจาย²

^{1,2} คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
¹riam999@hotmail.com and ²emshc02@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง จำนวน 53 คน เก็บข้อมูลในตั้งแต่เดือน กันยายน- ธันวาคม 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้บริการสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 71.8 ปีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 45.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.6) รายได้เฉลี่ย 4,920.75 บาท รายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน ซึ่งคอยดูแลยามเจ็บป่วยและจะเป็นบุคคลหลักที่พาไปสถานการณเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79.2) คือเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมีความเสื่อมถอยตามวัย (ร้อยละ 67.9) แต่ส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูงได้

การไปใช้สถานบริการสุขภาพ กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงมะเดื่อ โดยให้เหตุผลว่าระยะทางใกล้ และสามารถไปเองได้กรณีเจ็บป่วยหนักจะไปใช้บริการโรงพยาบาลนครปฐม เนื่องจากสะดวกในการเดินทาง โดยมีลูกหลานพาไป ส่วนอุปสรรคในการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลนครปฐมคือต้องเสียเวลารอนาน การเลือกใช้สถานบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน แต่เป็นการเลือกสถานบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่า

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ผู้สูงอายุในชุมชน

Abstract

The descriptive was to explore elders' accessibility to medical care. Fifty- three elders were purposively recruited from Prongmadua Subdistrict, Nakhon Pathom province. The questionnaires which were developed by researchers were used for data collection which was implemented between September to December 2012. Data were analyzed by descriptive statistics and Chi- square. The results revealed that most of the subjects were female, finished elementary school, married, lived with their family especially with their descendants. The average age of the subjects was 71.2 years. Majority of them had chronic illnesses, the common ones were hypertension and diabetes mellitus. Majority of them could still very well perform basic activity daily living and instrumental activities of daily living. In term of medical care utilization in the previous year, the subjects went to the Prongmadua promoting

hospital when they had mild illness because of closed distance and their acquaintance with the hospital personnel. When they had more severe illnesses they went to the Nakhon Pathom hospital where was not far from their house and that they trusted the capability of the Nakhon Pathom hospital and health team in looking after them. The subjects were satisfied with Prongmadua promoting hospital in all aspects. In case of the Nakhon Pathom hospital where many patients attending Out-Patient-Department, the subjects were not satisfied with longer waiting time.

Keywords: accessibility to medical care, elders in community

1. บทนำ

การเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นเป็นแนวคิดที่สำคัญในนโยบายสุขภาพ (Penchansky & Thomas, 1981) การเข้าถึงบริการ (access) ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกในการมาใช้บริการ ระเบียบ ขั้นตอนไม่ซับซ้อนเกินไป บริการนั้นต้องกระจายอย่างทั่วถึง เช่น สถานบริการสุขภาพครอบคลุมกลุ่มประชากร การคมนาคมสะดวก การบริการเป็นระเบียบ รวดเร็วไม่ต้องรอนาน ที่ให้บริการสะดวกสำหรับผู้รับบริการ การบริการเป็นไปอย่างเสมอภาคกับ ผู้รับบริการทุกคนช่องทางที่ให้บริการ ควรคำนึงถึงผู้พิการ เด็กและผู้สูงอายุ และระบบบริการสุขภาพบนพื้นฐานของความต้องการของประชาชน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ มีการจัดระบบบริการส่งต่ออย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544)

การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทำให้มีความต้องการบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย ทั้งนี้เป็นเพราะอายุที่มากขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย เมื่อเจ็บป่วยจะมีความรุนแรง หายช้า มักมีความพิการหรือพยาธิสภาพต่าง ๆ ได้เสมอ (ศรีจิตรา บุณนาค และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) พบว่าร้อยละ 69.3 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปีมีโรคเรื้อรังและเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ทุก 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุไทยจะมีภาวะทุพพลภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากสภาพร่างกาย โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในข่ายต้องได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน อยู่ระหว่างร้อยละ 5-10 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ในเรื่องการดูแลทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ มีความต้องการใช้บริการด้านการตรวจรักษาโรคและการพยาบาลดูแลในระหว่างเจ็บป่วยผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

แต่จากการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุยังประสบปัญหา เนื่องจากผลการสำรวจ ปี พ.ศ. 2550 (วิชัย เอกพลากร, 2553) ยืนยันว่า ผู้สูงอายุมีการตรวจร่างกายในสัดส่วนที่ไม่น่าพอใจ (เพียงร้อยละ 45) ถึงแม้ว่าจะมีการใช้บริการด้านรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก แต่ผู้สูงอายุยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (ชินดา วิชาวุธ และสถิตพงศ์ ธนะวิริยะกุล, 2552) ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อจำกัดในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพได้โดยลำพัง จำเป็นต้องพึ่งพาญาติพี่น้อง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามต้องการ (ทวีศักดิ์ สุททวาทีน, 2544) ต้องพึ่งพิงลูกหลาน หรือเมื่อไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพไม่มีช่องทางเฉพาะใช้เวลาในการรอรับบริการนาน ได้รับบริการที่ไม่ตรงตามความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ตลอดจนความไม่เชื่อถือในการใช้บริการของสถานบริการที่ใกล้บ้านจึงทำให้ต้องไปรับบริการจากสถานบริการที่ไกลออกไป จึงทำให้การรักษาภาวะเจ็บป่วยขาดอย่างต่อเนื่อง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงไม่สามารถดีขึ้นได้ (ศิริอร สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณ ธนะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2552)

เทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ โดยบริบทของตำบลโพรงมะเดื่อ ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล ที่ห่างจากเทศบาลเมืองประมาณ 10 กิโลเมตร มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 8,871 คน (รายงานประจำปี พ.ศ. 2556 เทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ, 2556) มีสถานบริการในระยะใกล้เคียงหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์ ร้านขายยา นอกจากนี้ เทศบาลมีบริการยานพาหนะที่รับส่งผู้ป่วย ในกรณีเจ็บป่วยทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ซึ่งจะมีความพร้อมและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุแต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพดังกล่าว อันเนื่องมาจาก ปัจจัยหลายประการได้แก่ ปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ที่ตั้งของหน่วยบริการ ระบบการจ่ายค่าบริการสุขภาพ และระบบบริการของหน่วยบริการ

ดังนั้นคณะผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ เพื่อให้เห็นถึงการจัดการด้านสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยการบูรณาการด้วยการประสานกับหลายหน่วยงานทั้งในและนอกองค์กร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นส่วนหนึ่งของการวางรากฐานการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพคณาจารย์หรือนักวิจัยใหม่ในการทำงานวิจัยแบบบูรณาการเป็นกิจกรรมหนึ่งในการจัดการศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยมุ่งเน้นความเป็นเลิศทางวิชาการตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความเชี่ยวชาญทางเทคโนโลยี ยึดมั่นคุณธรรมจริยธรรม และสร้างโอกาสทางการศึกษาแก่ประชาชนผลิตผลงานวิจัยพื้นฐานและประยุกต์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ ด้านการพยาบาล และสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับท้องถิ่นและประเทศ ให้บริการวิชาการที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม สร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของชุมชน และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อรักษาความเป็นเอกลักษณ์ของท้องถิ่นได้ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทราบถึงลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางสังคม ครอบครัว การประเมินตนเอง และการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลโพรงมะเดื่อ
2. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาของผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลโพรงมะเดื่อ

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ทำให้ผู้สูงอายุเป็นประชากรที่สำคัญกลุ่มหนึ่งที่ดำรงชีวิตในยุคของความเปลี่ยนแปลง มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนประชากรของประเทศไทยที่รวบรวมจากทะเบียนราษฎรของผู้อยู่ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2556 (1 กรกฎาคม พ.ศ.2556) ประเทศไทยมีผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้นประมาณ 9.5 ล้านคน จากประชากรรวมทั้งประเทศ 64.6 ล้านคน สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยต่อประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2553 และใน ปีพ.ศ.2568 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในไทย จะเพิ่มขึ้นเป็น 14 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 20 ของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

ซึ่งส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยทำงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 15.5 ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 20.9 ในปี พ.ศ. 2558 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) ประกอบกับผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและเป็นปัจจัยของการเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง และอื่น ๆ ซึ่งภาวะโรคนี้อาจส่งผลต่อสุขภาพอนามัยและเศรษฐกิจของประเทศ โดยต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศตามมา นอกจากจะวัดโดยตรงจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มนี้แล้ว ยังมีความสูญเสียจากการลดความสามารถในการทำงานเพราะการเจ็บป่วย ความพิการและการตายจากโรคเหล่านี้

ผลการสำรวจ ปี พ.ศ. 2550 (วิจัย เอกพลากร,2553) ยืนยันว่า ผู้สูงอายุมีการตรวจร่างกายในสัดส่วนที่ไม่น่าพอใจ (เพียงร้อยละ 45) ถึงแม้ว่าจะมีการใช้บริการด้านรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะห้าปีนี้ มีความก้าวหน้าด้านการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก แต่ผู้สูงอายุยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ (ชินตา วิชชาวุธและสถิตพงศ์ ธนะวีริยะกุล, 2552) เนื่องจากการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพต้องพึ่งพิงลูกหลาน หรือเมื่อไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพไม่มีช่องทางเฉพาะใช้เวลาในการรอรับบริการนาน ได้รับบริการที่ไม่ตรงตามความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ตลอดจนความไม่เชื่อถือในการให้บริการของสถานบริการที่ใกล้บ้านจึงทำให้ต้องไปรับบริการจากสถานบริการที่ไกลออกไป จึงทำให้การรักษาภาวะเจ็บป่วยขาดอย่างต่อเนื่อง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงไม่สามารถดีขึ้นได้ (ศิริอร สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณธนะปรกรณ์ เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2552)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

นักวิชาการได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ พอสรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องทางเข้าของบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ (Rosen, Florin & Dixon, 2001) เป็นมิติที่

พรรณนาถึงศักยภาพและทางเข้าที่แท้จริงของระบบการให้บริการกลุ่มประชากร (Aday& Andersen, 1981) และเป็นบริการที่มีความเพียงพอทุกเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยจุดสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นนั้นได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน (Bodenheimer, 1970; Freaborn&Greenlick, 1973) การใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความเป็นจริง ทุกสิ่งจะต้องมีความสะดวกต่อการใช้บริการของบุคคลนั้น มีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ (Penchansky&Thomas, 1981) และความสามารถของผู้ป่วยไปถึงการดูแลทางการแพทย์ ความง่ายของการเข้าถึงบริการประกอบด้วย เช่น ความพอเพียงของบริการทางการแพทย์ ที่ตั้งของแหล่งดูแลสุขภาพ การเดินทาง และความสามารถในการจ่ายการดูแล(Persinger, 2000)

แนวคิดพื้นฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพขององค์กรและแอนเดอร์เซน กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับ Model Study of Access to Health Service (AHS.) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ คือ

1. นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ จุดประสงค์ของแนวคิดนโยบายนี้จะเน้นทางด้านงบประมาณ การศึกษา อัตราค่า ล้างและโครงการจัดการสุขภาพใหม่
2. ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristics of health delivery system) ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร และความครอบคลุมของการให้บริการ
3. ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of population) ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุนได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชนและระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะ สุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย
4. การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์และเวลาที่ใช้บริการ
5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาตั้งแต่เดือน กันยายน – ธันวาคม 2556

ประชากร และ กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและครอบครัว ที่สามารถให้ข้อมูล สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยอาศัยอยู่ใน ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเนื่องจากเป็นการบูรณาการร่วมกับการบริการวิชาการ จำนวน 53 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลในครอบครัว บุคคลที่ดูแลยามเจ็บป่วย บุคคลหลักที่พาไปสถานบริการ ภาวะสุขภาพปีที่ผ่านมา โรคประจำตัว ความเสื่อมถอยตามวัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูงของกรมอนามัย

แบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจำนวน 10 ข้อ ระดับคะแนน 0-3 เกณฑ์ การให้คะแนนเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADLตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADLอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน กลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

แบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 6 ข้อ ระดับคะแนน 0-2 เกณฑ์ การให้คะแนนเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่เป็นภาระพึ่งพา คะแนน 9 คะแนนขึ้นไป กลุ่มภาระพึ่งพากลาง 6-8 คะแนน กลุ่มภาระพึ่งพารุนแรง 3-5 คะแนน กลุ่มพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 0-2 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย สิทธิการรักษา การเจ็บป่วยในรอบปี เหตุการณ์เข้ารับรักษาในสถานบริการ

แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามหลัก ดังนี้

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านไปใช้บริการสุขภาพที่ใดบ้าง ทำไมจึงเลือกไปที่นั่น คุณภาพการบริการเป็นอย่างไร ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ความถี่ ร้อยละ และ ไคสแควร์

5. ผลการศึกษา พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 60-69 ปีอายุมากที่สุดคือ 95 ปีมีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.6) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 62.3)มีรายได้เพียงพอ เฉลี่ย 4920.75 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเก็บ (ร้อยละ 39.2)ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

	ตัวแปร	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	9 (17.0)
	หญิง	44 (83.0)
กลุ่มอายุ	60-69 ปี	30 (56.6)
	70-79ปี	12 (22.6)
	80-89 ปี	7 (13.2)
	90 ปีขึ้นไป	4 (7.5)
สถานภาพสมรส	โสด	6 (11.3)
	สมรส	24 (45.3)
	หม้าย	23 (43.5)
ระดับการศึกษา	ไม่ได้ศึกษา	8 (15.1)
	ประถมศึกษา	39 (73.6)
	มัธยมศึกษา	5 (9.4)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1 (1.9)
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	33 (62.3)
	รับจ้าง	3 (5.7)
	เกษตรกรกรรม	1 (1.9)
	อื่น ๆ	16 (30.2)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวนคน (ร้อยละ)
รายได้	
ต่ำกว่า 1,000 บาท	9 (17.0)
1,001-5,000 บาท	16 (30.2)
5,001-10,000 บาท	7 (13.2)
10,001 -20,000บาท	4 (7.5)
มากกว่า 20,000 บาท	1 (1.9)
ความพอเพียงของรายได้	
- ไม่พอ	14 (26.4)
- พอเพียงไม่มีเก็บ	22 (41.5)
- พอเพียงและมีเก็บ	17 (32.1)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวโดยอาศัยอยู่ร่วมกับลูก/หลาน (ร้อยละ 49.1) และบุคคลหลักที่ดูแลยามเจ็บป่วย และพาไปสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย คือ ลูก หลานดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัวบุคคลผู้ดูแลหลัก

ตัวแปร	จำนวนคน (ร้อยละ)
บุคคลในครอบครัว	
- อยู่กับลูก/ หลาน	26 (49.1)
- อื่น ๆ เช่น ญาติ พี่น้อง	11 (20.8)
- สามเณร/ภรรยา	9 (17.0)
- อยู่คนเดียว	7 (13.2)
บุคคลหลักที่ดูแลยามเจ็บป่วย	
- ลูก/หลาน	31 (58.5)
- ตนเอง	9 (17.0)
- อื่น ๆเช่น ญาติ พี่น้อง	7 (13.2)
- สามเณร/ภรรยา	6 (11.3)
บุคคลหลักที่พาไปสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	
- ลูก/หลาน	36 (67.9)
- ตนเอง	9 (17.0)
- อื่น ๆเช่น ญาติ พี่น้อง	5 (9.4)
- สามเณร/ภรรยา	3 (5.7)

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.6 มีสวัสดิการอื่น ๆ ได้แก่ เบิกต้นสังกัด/ข้าราชการ บำนาญ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 43.4

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพด้วยตนเองว่ามีภาวะสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 42.3 รับรู้ตนเองว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 30.8 ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.2 มีความเสื่อมถอยตามวัย ร้อยละ 67.9 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง	จำนวนคน (ร้อยละ)
ดีมาก	3 (5.6)
ดี	16 (30.2)
ปานกลาง	23 (43.4)
ไม่ดี	11 (20.8)
โรคประจำตัว	
มี	43(81.1)
ไม่มี	10 (18.9)
ความเสื่อมถอยตามวัย	
มี	37(69.8)
ไม่มี	16 (30.2)

ด้านการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน พบว่าผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น สังคมและชุมชนได้ (ร้อยละ 81.1) สำหรับการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่เป็นภาระพึ่งพา (ร้อยละ 77.8) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน

การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	คะแนนเต็ม 20 คะแนน	จำนวนคน (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้	(12 คะแนนขึ้นไป)	43 (81.1)
ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	(5-11 คะแนน)	4 (7.5)
ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	(ไม่เกิน 4 คะแนน)	6 (11.3)
การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูง	คะแนนเต็ม 12 คะแนน	
ไม่เป็นภาระพึ่งพา	(9 คะแนนขึ้นไป)	42 (79.2)
ภาระพึ่งพานกลาง	(6-8 คะแนน)	0 (0.0)
ภาระพึ่งพารุนแรง	(3-5 คะแนน)	2 (3.8)
ภาระพึ่งพาสมบูรณ์	(0-2 คะแนน)	9 (17.0)

2. ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

ภาวะสุขภาพในรอบ 1 ปีผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 45.3 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปี

การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวนคน (ร้อยละ)
ไม่ป่วย	16 (30.2)
ป่วยเล็กน้อย	24 (45.3)
ป่วยปานกลาง/เรื้อรัง	7 (13.2)
ป่วยหนัก/ป่วยฉุกเฉิน	3 (5.7)
ผ่าตัด	3 (5.7)

การใช้สถานบริการสุขภาพกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โปร่งมะเตือ โดยให้เหตุผลว่าระยะทางใกล้ และสามารถไปเองได้

กรณีการเจ็บป่วยหนัก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการใช้บริการจากโรงพยาบาลนครปฐม ให้เหตุผลว่ามีลูกหลานพาไป และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้สูงอายุทั้งหมดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนอุปสรรคในการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลนครปฐม คือ เสียเวลารอนาน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การใช้บริการสุขภาพ

เหตุผล	สถานบริการ				
	ร้านยา จำนวนคน (ร้อยละ)	คลินิก จำนวนคน (ร้อยละ)	รพ.สต. จำนวนคน (ร้อยละ)	รพ.เอกชน จำนวนคน (ร้อยละ)	รพ.นครปฐม จำนวนคน (ร้อยละ)
1. ซื่อยยา	5 (9.4)	3 (5.7)	18 (34.0)	1 (1.9)	26 (49.1)
2. ตรวจสุขภาพ		3 (5.7)	21 (39.6)	1 (1.9)	27 (50.9)
3. ป่วยเล็กน้อย	6 (11.3)	2 (3.8)	29 (54.7)	1 (1.9)	15 (28.3)
4. ตรวจตามนัด	-	1(1.9)	15 (28.3)	2 (3.8)	35 (66.0)
5. ป่วยมาก	-	-	8 (15.1)	1 (1.9)	44 (83.0)
6. ผ่าตัด	-	-	3 (5.7)	1 (1.9)	49 (92.5)
7. ขอใบรับรองแพทย์	-	1 (1.9)	6 (11.3)	2 (3.8)	44 (83.0)

การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันกับการใช้บริการสถานบริการสุขภาพ กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้สูงอายุที่มีการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน มีการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กรณีเจ็บป่วยมาก ผู้สูงอายุที่มีการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน ที่แตกต่างกัน มีการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 7 และตารางที่ 8

ตารางที่ 7 การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันกับการใช้บริการสถานบริการสุขภาพกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย

การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน(ADL)	เจ็บป่วยเล็กน้อย		Total	χ^2	sig
	รพสต	นครปฐม			
ช่วยเหลือตนเองได้ดี	22(64.7)	12(35.3)	34	2.030	.362
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	1(33.3)	2(66.7)	3		
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	3(42.9)	4(57.1)	7		
รวม	26	18	44		

* P<0.05

ตารางที่ 8 การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันกับการใช้บริการสถานบริการสุขภาพกรณีเจ็บป่วยมาก

การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน(ADL)	เจ็บป่วยมาก		Total	χ^2	sig
	รพสต	นครปฐม			
ช่วยเหลือตนเองได้ดี	4(10.0)	36(90.0)	40	1.087	.581
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	0(0.0)	3(100)	3		
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	0(0.0)	7(100)	7		
รวม	4	46	50		

* P<0.05

6. อภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นไปตามลักษณะประชากรผู้สูงอายุของประเทศที่มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ (2548) พบว่า เพศหญิงมีความเปราะบางมากกว่าเพศชาย จึงควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบบูรณาการทั้ง 4 มิติ คือส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุอายุเฉลี่ย 71.8 อายุที่มากขึ้นก็จะมีอาการเสื่อมและความชรา สุขภาพจะเสื่อมลง จึงควรเตรียมผู้ช่วยกลุ่มนี้ให้มีภาวะสุขภาพ ที่ดีส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพและผู้สูงอายุบางคนลูกหลานให้มีแค่พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์(2545)ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน รายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลานให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว การอยู่ร่วมกันในครอบครัวโดยอาศัยอยู่ร่วมกับลูก/หลาน เป็นบุคคลหลักที่ดูแลยามเจ็บป่วย และพาไปสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย คือ ลูก/หลาน สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ(2549) และสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ (2545)

2. ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

ในการใช้สถานบริการสุขภาพ กรณีการเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้สูงอายุใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพรงมะเดื่อ ร้อยละ 55.6 โดยระบุเหตุผลว่ามีความสะดวกเนื่องจากกระยะทางใกล้ และไปเองได้สะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540) พบว่ากระยะทางไปสถานบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และจากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ใช้บริการมักจะเลือกใช้สถานบริการสุขภาพที่ใกล้ตัวก่อนเสมอ และสอดคล้องกับสุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2540) พบว่า จากการเลือกประเภทสถานบริการของผู้สูงอายุที่จะเลือก ขึ้นอยู่กับเขตที่อยู่อาศัยและอาการที่ป่วย ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) บริการที่ผู้สูงอายุไปรับบริการมากที่สุด คือบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นบริการด้านการป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุโดยที่สถานบริการที่ไปรับการรักษาจะเริ่มจากสถานอนามัยในชุมชนไปจนถึงสถานพยาบาลในตัวจังหวัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของโรคและความสามารถในการเดินทางดังนั้นกระยะทางและระยะเวลาการเดินทางจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการและการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ

กรณีการเจ็บป่วยหนัก ผู้สูงอายุไปใช้บริการจากโรงพยาบาลนครปฐม ร้อยละ 83.3 โดยผู้สูงอายุให้เหตุผลว่ามีความสะดวกในการเดินทาง เนื่องจากมีลูกหลานพาไป เพราะผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลานเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อยามเจ็บป่วยผู้สูงอายุทั้งหมดไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใด ๆ เนื่องจาก มีบัตรประกันสุขภาพผู้สูงอายุ และเบิกต้นสังกัด/ข้าราชการร้อยละ บำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ

แต่สำหรับการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลนครปฐม ก็ยังมีอุปสรรคในด้านการรอคอยซึ่งต้องเสียเวลารอนาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า จากการที่โรงพยาบาลไม่มีห้องตรวจพิเศษสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ต้องตรวจร่วมกับประชาชนทั่วไป และยังพบความไม่ครอบคลุมของบริการในสถานพยาบาลของรัฐ ปีพ.ศ. 2541 ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้นที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เหตุผล คือ บุคลากรไม่เพียงพอซึ่งผู้สูงอายุไม่ต้องการขั้นตอนที่ซับซ้อน การรอคอยที่นานย่อมก่อให้เกิดปัญหาต่อการรับบริการของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับปัญหาในด้านมาตรฐานการรักษาพยาบาลและคุณภาพบริการของรัฐที่พบว่าสิ่งที่ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ คือ ความรวดเร็ว (สุวิทย์ วิบูลย์ ผลประเสริฐ, 2542) ผู้มารับบริการของรัฐมักพบกับปัญหาการรอคอย ซึ่ง Aday&Andersen(1981) พบว่าการรอคอยในสถานบริการมีอิทธิพลต่อการเลือกสถานบริการสำหรับความไม่สะดวกเรื่องยานพาหนะ ร้อยละ 32.1 เนื่องจากในชุมชนไม่มีรถประจำทางวิ่งผ่าน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องมีลูกหลานพาไป มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่สามารถเดินทางไปเองได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันกับการใช้บริการสถานบริการสุขภาพ จากตารางที่ 7 และ 8 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่มีแนวโน้มว่า กรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่าโรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งเป็นไปตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยทั่วไปควรรับการดูแลที่สถานบริการใกล้บ้านก่อน และเข้าสู่ระบบทุติยภูมิหรือตติยภูมิจากระบบส่งต่อเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้นในขณะที่เจ็บป่วยมากทั้งที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีและไม่ดีส่วนมากไปใช้บริการที่โรงพยาบาลนครปฐม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิจะให้ใช้บริการคลินิกเฉพาะโรคมามากขึ้นและจะให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

7. ข้อเสนอแนะ

1. นอกจากการศึกษาการเข้าถึงบริการในผู้สูงอายุแล้ว ยังมีอีกหลายกลุ่มที่ต้องศึกษา เช่น เด็ก ผู้มีรายได้น้อย ผู้พิการ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้เป็นที่น่าศึกษาว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพจะเป็นอย่างไร
2. ควรมีการวางแผนร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อกำหนดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น
3. ควรมีการรณรงค์ร่วมกับเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ตระหนักในการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ
4. เทศบาลควรประชาสัมพันธ์ให้ผู้อายุทราบว่ามิบริการยานพาหนะรับส่งไปสถานบริการเมื่อเจ็บป่วย

8. เอกสารอ้างอิง

- ชื่นตา วิชชาวุธ และสถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล. (2552). **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ทวีศักดิ์ สุททกวาทิน. (2544). **การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ที พี เอ็น เพรส.
- นภาพร ชโยวรรณ . (2548). **รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผานิตา พงษ์เสวต. (2551).**การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี**. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. (2540). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย เอกพลากร .(2553). **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552**.นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนะวิชัย และ ธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชน ชนบทไทย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ทักนา ชูวรรณะ ปกรณ์ เตือนใจภักดี พรหมเพ็ญ จันทร์เลิศรัตน์ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552).**การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ทักนา ชูวรรณะ ปกรณ์เพ็ญจันทร์เลิศรัตน์. (2552). **รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศรีจิตรา บุณนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). **สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพ ภาวะพึ่งพิงและแนวนโยบายทางการแพทย์และสาธารณสุข ในคณะกรรมการการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุด้านวิชาการ**.บทความประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). **ผู้สูงอายุกับการทำงาน**. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). **ตัวชี้วัดที่สำคัญของประเทศไทยปีพ.ศ. 2556**. กรุงเทพมหานคร.สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549).**การสำรวจและศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย**.กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์. (2545).การเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต การวิจัยและพัฒนาาระบบสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุบโยธิน, วิภา ศิริสุข และมัลลิกา มัติโก. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. รายงานการวิจัย โครงการการศึกษาครอบครัว เรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.
- สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2543). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 – 2541. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อรรรรณ พุ่มพวง. (2541). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่.การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1981). Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. *Medical Care*, 19(12), 4-27.
- Bodenheimer, T.S. (1970). *Patterns of America ambulatory care*. *Inquiry* 8 (September 1970), 26.
- Freaborn, D.K. and Greenlick., M.R. (1973). “Evaluation of performance of ambulatory care systems : Research requirements and opportunities”, *Medical Care*. 11(March – April 1973), 68.
- Penchamsky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Persinger, G. (2000). *Pharmaceutical Beafits under State Medical Assistance Programs*.
available URL <http://www.npcnow.org/pdf/assistpro/appendixe.pdf>
- Rosen, R., Florin, D. and Dixon, J. (2001).*Access to Health Care–Taking Forward the Findings from the Scoping Exercise*.Report of a rapid appraisal of stakeholder views and review of existing literature for the Management Board of the National Co-ordinating Centre for NHS service Delivery and Organisation, London.