ปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

ปิยพร ธรรมวิริยารักษ์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต
วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต

วันที่ 8 มกราคมพ.ศ. 2558

.....	.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัลลภา ปีติสันต์	ปิยพร ธรรมวิริยารักษ์
Ph.D.	ผู้วิจัย
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	
.....	.....
บุริม โอทกานนท์	วรพรรณ เรืองผกา
M.B.A	Ph.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสารนิพนธ์	ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์
.....	.....
รองศาสตราจารย์อรรณพ ตันละมัย, Ph.D.	สิทธิภาคย์ ธารากุล
คณบดี	Ph.D.
วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการสอบสารนิพนธ์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในหัวข้อ “ปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล” ปีการศึกษา 2557 ได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ซึ่งบุคคลท่านแรกที่ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณคือ อาจารย์พัลลภา ปีติสันต์ อาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัย ที่ได้ให้คำแนะนำ ปรึกษา ตลอดจนตรวจทานแก้ไขงานวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์ ผู้ทำการวิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะบริหารการจัดการการตลาด มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้เขียน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลงได้ นอกจากนี้ต้องขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะบริหารการจัดการการตลาดทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำต่างๆตลอดระยะเวลาการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคุณพ่อ พี่ๆ และเพื่อนๆที่คอยให้ความช่วยเหลือ คอยห่วงใยให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจให้เสมอในการจัดทำงานวิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนการเก็บข้อมูลให้สำเร็จผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อทางมหาวิทยาลัยมหิดล และบุคคลทั่วไปที่สนใจจะนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือเป็นแนวทางในการทำวิจัยครั้งต่อไปในอนาคต

ปิยพร ธรรมวิริยารักษ์

ปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

IMPORTANT FACTOR WHICH ELDER PRIORITISE ON MEDICAL SERVICE IN BANGKOK METROPOLITAN AREA

ปิยพร ธรรมวิริยารักษ์ 5650339

กจ.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัลลภา ปีติสันต์ Ph.D., บุริม โอทกานนท์ M.B.A, รองศาสตราจารย์อรรณพ ตันละมัย Ph.D., วรพรรณ เรืองผกา Ph.D., สิทธิภาคย์ ธารากุล M.B.A

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยทำการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 30 คน เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยมีแบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ความถี่ในการมาโรงพยาบาลของผู้สูงอายุมีผลต่อด้านการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ ด้านต้นทุนของการรับบริการของรัฐ และด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเพิ่มจำนวนให้ผู้สูงอายุไปใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐ ควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ครบครัน ด้านค่าใช้จ่ายที่มีราคาเหมาะสม ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลในการเบิกค่ารักษา และการบริการของของบุคลากรต้องมีอัธยาศัยที่ดี ดังนั้นสิ่งสำคัญ คือ สิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสถานที่ ด้านค่าใช้จ่าย การบริการของบุคลากรที่มีต่อผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มความถี่ในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/การเข้ารับบริการ/สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล/ระบบบริการสุขภาพ

68 หน้า

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	**ข**
บทคัดย่อ	**ค**
สารบัญตาราง	**ฉ**
สารบัญรูปภาพ	**ฌ**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
1.6 สมมติฐานงานวิจัย	5
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	**7**
2.1 ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา	7
2.1.1 ทฤษฎี Demand การรักษาพยาบาลทางการแพทย์	7
2.1.2 ทฤษฎี Supply การรักษาพยาบาลทางการแพทย์	8
2.1.3 ทฤษฎีของคุณภาพการให้บริการ	9
2.1.4 ทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมผู้มารับบริการสุขภาพ	10
2.1.5 ประเภทของสินค้าและบริการทางสุขภาพ	11
2.1.6 องค์ประกอบในการจัดตั้งสถานพยาบาลของผู้สูงอายุ	11
2.1.7 ทฤษฎีคุณภาพของการบริการ	15
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	**20**
3.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	21
3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	21
3.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง	22
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	22
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	23
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	24
บทที่ 4 ผลการศึกษา	**25**
4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	25
4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในรูปตารางค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	29
4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล	34
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ	36
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	**51**
5.1 สรุปผลการศึกษา	51
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	54
5.3 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้	58
5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	59
บรรณานุกรม	**60**
ภาคผนวก	**62**
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	**63**
ประวัติผู้วิจัย	**68**

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ	25
4.2	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ	25
4.3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเขตพื้นที่อยู่อาศัย	26
4.4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ	26
4.5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้เฉลี่ย	27
4.6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ในการมาโรงพยาบาล	27
4.7	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้ง	28
4.8	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล	28
4.9	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน ”ค่าใช้จ่าย“	29
4.10	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน ”สถานที่“	31
4.11	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน ”บุคลากร“	32
4.12	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน ”ระบบการให้บริการ“	33
4.13	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาด้านสถานที่	35

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.14	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาด้านบุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์	35
4.15	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาด้านการบริการ	36
4.16	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านเพศ กับปัจจัยในการให้บริการจากโรงพยาบาลรัฐ	37
4.17	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านเพศ กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการจากโรงพยาบาลรัฐ	38
4.18	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านเพศ กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐ	38
4.19	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านอาชีพ กับปัจจัยด้านการให้บริการจากโรงพยาบาลรัฐ	39
4.20	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านอาชีพ กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ	40
4.21	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านอาชีพ กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการด้านการแพทย์	41
4.22	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านรายได้เฉลี่ย กับปัจจัยในการให้บริการ	42
4.23	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านรายได้เฉลี่ย กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ	43
4.24	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านรายได้เฉลี่ย กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์	44
4.25	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านความถี่ในการมาโรงพยาบาล กับปัจจัยในการให้บริการ	45
4.26	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านความถี่ในการมาโรงพยาบาล กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ	45

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.27	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านความถี่ในการมาโรงพยาบาล กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์	46
4.28	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล กับปัจจัยในการให้บริการ	47
4.29	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ	47
4.30	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์	48
4.31	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านสวัสดิการรักษาพยาบาล กับปัจจัยในการให้บริการ	49
4.32	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านสวัสดิการรักษาพยาบาล กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ	49
4.33	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านสวัสดิการรักษาพยาบาล กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์	50

สารบัญรูปภาพ

ภาพ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	4
3.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	21

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2573 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าในอนาคตระดับความเป็นสังคมสูงวัยจะทวีความเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ.2573 คาดประมาณว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นกว่าหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด สาเหตุสำคัญของการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสูงวัยประการแรก ได้แก่ แนวโน้มของอัตราภาวะเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate ; TFR) ที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ช่วงหลังแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ที่เน้นการวางแผนครอบครัว ประการที่สอง ประชากรไทยมีอายุยืนเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากดัชนีวัดความยืนยาวของชีวิต (Longevity) (เอกสารประกอบการสัมมนา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรกับอนาคตการพัฒนาประเทศ, 2557)

นอกจากนี้การพัฒนาทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ายังส่งผลให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นจากในช่วง พ.ศ.2508 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ชาย 55 ปี หญิง 62 ปี เพิ่มขึ้นเป็น ชาย 70 ปี และหญิง 77 ปี ในปี พ.ศ.2553 และมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น เป็น ชาย 75 ปี และหญิง 82 ปี ในปี พ.ศ.2573 ทำให้ในอนาคตประเทศไทยก็จะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับประเทศที่มีรายได้สูง แต่ประเทศไทยยังมีรายได้เพียงระดับปานกลางเท่านั้นซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการจัดสวัสดิการทั้งในด้านการสาธารณสุข สวัสดิการสังคม และโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2556)

ปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุไทยประสบ คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ และ 2 ใน 3 มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก โรคเรื้อรังที่มีการรายงานว่าเป็นกันมากในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ อัมพาต/อัมพฤกษ์ หลอดเลือดในสมองตีบ มะเร็ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าสภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุนี้เป็นเหตุผลสำคัญ

ประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอีกด้วย (เจียรนัย ทรงชัยกุล, 2555)

แรกเริ่มเดิมทีนั้นโรงพยาบาลของรัฐไม่ได้มีผู้สูงอายุมาใช้บริการเป็นจำนวนมากเท่ากับในปัจจุบัน เพราะผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมา ไม่ได้มีจำนวนมากพอหากเทียบกับปัจจุบัน และผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานประกอบอาชีพเหมือนตอนสมัยหนุ่มสาว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าจะไปโรงพยาบาลหากมีการเจ็บป่วยอาการหนัก ประกอบกับการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้นมีราคาค่อนข้างแพง ทำให้ในอดีตที่ผ่านมาผู้สูงอายุมักจะหายาทานเอง หรือไปคลินิกแทนการไปโรงพยาบาลเพราะสะดวก ง่ายต่อการเข้าถึงเพื่อรับการรักษา และที่สำคัญมีราคาถูกกว่า แต่หลังจากที่มีโครงการหลักประกันสุขภาพสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2545 ทำให้ผู้สูงอายุ และคนไทยวัยอื่นๆเปลี่ยนแนวคิด และทัศนคติที่มีต่อโรงพยาบาลไปอย่างสิ้นเชิง เพราะเป็นการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆที่โรงพยาบาลรัฐ ทำให้คนไทยทุกคน รวมไปถึงผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างทั่วถึง และทำให้เพิ่มจำนวนเข้ารับบริการจากทางโรงพยาบาลรัฐมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ได้สะท้อนให้เห็นว่า การที่จะให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลของทางโรงพยาบาลได้นั้น คือ การที่พยาบาลเน้นการดูแลที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสุขสบาย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่าในตัวเอง และการดูแลด้วยความเอาใจใส่ จะทำให้การเข้ารับการรักษาของทางโรงพยาบาลนั้นไม่ได้รักษาแต่ทางกายภาพเท่านั้น หากแต่รวมถึงการดูแลรักษาทางจิตใจของผู้สูงอายุควบคู่ไปด้วยก็เป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะเข้าถึงการรักษานั้นได้อย่างแท้จริง อีกทั้งยังทำให้ผู้ศึกษาได้รับทราบว่าปัจจัยใดที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลรัฐ ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการให้บริการ สถานที่ คุณภาพ ที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้สูงอายุที่เข้ามารับการบริการ ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นกุญแจสำคัญที่จะชี้ให้เห็นถึงประเด็นปัญหาต่างๆ เพื่อที่จะได้นำมาปรับแก้ไขในการดำเนินงานในด้านต่างๆของโรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่คนที่มาใช้บริการในสถานพยาบาลโดยทั่วกัน

1.2 คำถามการวิจัย

ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

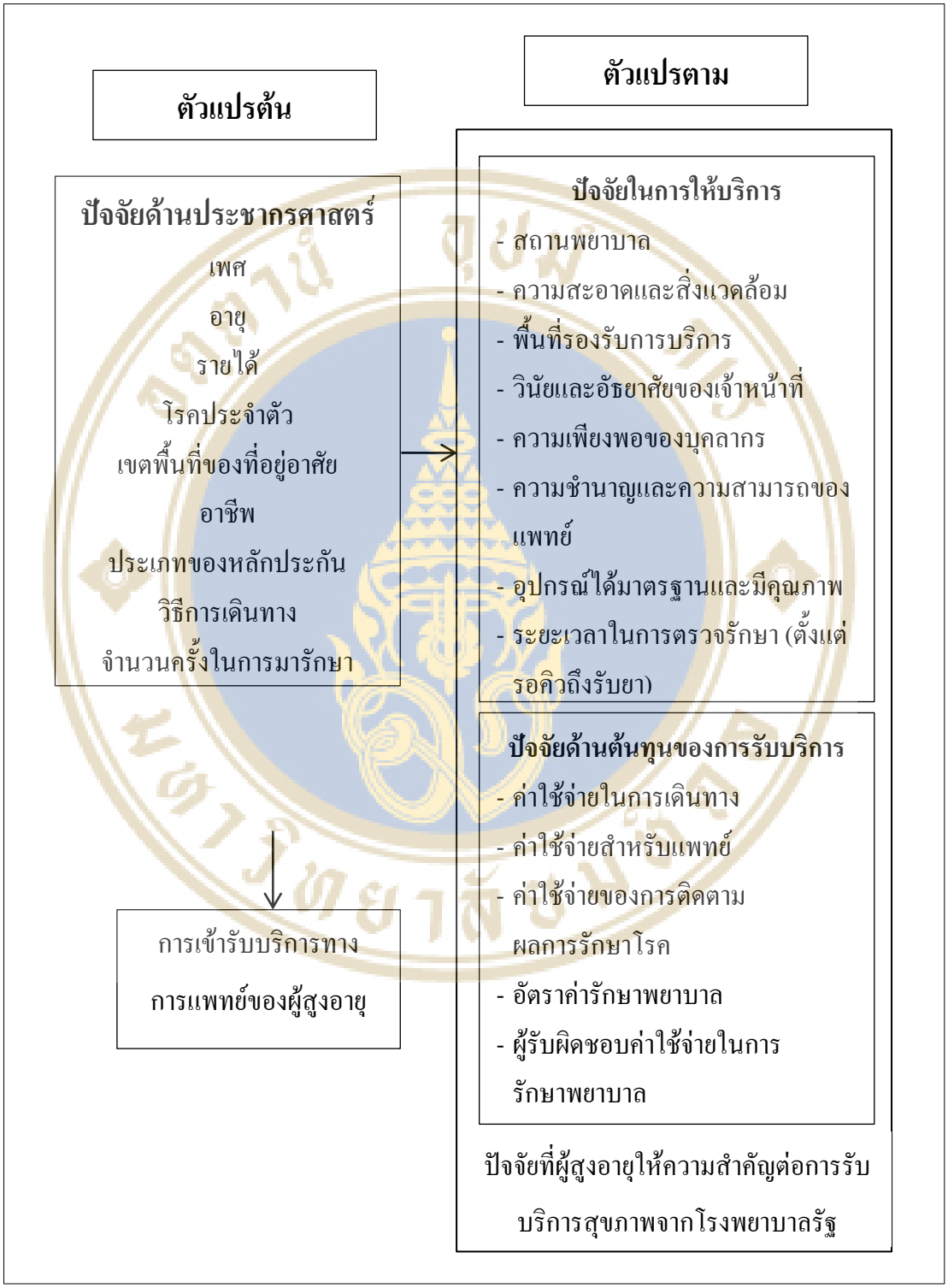
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการการให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ เพื่อศึกษาการให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 สมมติฐานงานวิจัย

1.ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อปัจจัยในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน

2.ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการของรัฐที่แตกต่างกัน

3. .ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในการให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพและประสานความร่วมมือในเครือข่ายด้านอื่นๆในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ และปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพสอดคล้องกับเงื่อนไขและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์สาธารณสุขและอนามัยอันจำเป็นเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอันใดเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการที่จัดขึ้นตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง โครงการรัฐบาลที่ทำเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ โดยคนไทยทุกคนสามารถรับบริการรักษาโรคโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ภาครัฐจะให้ประชาชนลงทะเบียนกับโรงพยาบาล และรัฐจัดสรรงบประมาณลงในโรงพยาบาลตามจำนวนคน และแจกบัตรประจำตัวให้แก่ผู้รับบริการ เรียกกันว่า บัตรทอง โครงการนี้ดำเนินงานโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ความครอบคลุมของกระบวนการให้บริการสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล หมายถึง การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

สถานบริการสุขภาพ หมายถึง สถานที่ให้บริการในระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น ร้านขายยา คลินิกแพทย์ โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานบริการนวดแผนไทย

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิง มากกว่า 10% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีเกิน 7% ของประชากรทั้งหมด

สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือ ประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เพิ่มเป็น 14% ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ

ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุ ที่มาใช้บริการทางการแพทย์ ต่อบริการที่ได้รับ เกี่ยวกับอัธยาศัยของเจ้าหน้าที่ ความสะดวกสบาย การรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ตลอดจนคุณภาพของการรักษา

บทที่ 2
แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

2.1.1 ทฤษฎี Demand การรักษาพยาบาลทางการแพทย์

Demand (อุปสงค์) หมายถึง ปริมาณเสนอซื้อ หรือจำนวนต่างๆของสินค้า หรือบริการชนิดนั้นที่ผู้รับบริการต้องการซื้อในระยะเวลาหนึ่ง (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ในที่นี้ Demand การรักษาพยาบาลทางการแพทย์ จึงหมายถึง Demand การรักษาพยาบาลที่ได้รับจากแพทย์ หรือผู้ที่ประกอบอาชีพในวงการแพทย์ ภายใต้การรับรองของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้หมายถึงการรักษาพยาบาลในทางไสยศาสตร์ ซึ่งลักษณะพิเศษของการบริการทางการแพทย์ มีดังนี้

1. ความไม่แน่นอน

ความต้องการบริการทางสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค เป็นความต้องการที่สามารถบอกได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดและใช้เวลาในการบริการนานเท่าใด ส่วนการรักษาพยาบาล เป็นความต้องการที่ไม่สามารถจะบอกได้แน่ชัดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด และมีความต้องการเป็นจำนวนเท่าใด เพราะความต้องการบริการทางการแพทย์ประเภทนี้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่ไม่สามารถคาดคะเนได้

2. ผลกระทบจากภายนอก

ความต้องการบริการทางสุขภาพและบริการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกและมีผลกระทบต่อปัจจัยภายนอก การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาให้หายจากโรค ผลที่เกิดขึ้นไม่ใช่จะเกิดเฉพาะผู้ป่วยหายจากโรคเท่านั้น แต่จะมีผลต่อสังคมด้วย เพราะทำให้การแพร่ของเชื้อโรคลดลง โอกาสที่ผู้อื่นในสังคมจะติดโรคชนิดนั้นก็จะน้อยลง ละในขณะเดียวกันความต้องการบริการทางการแพทย์ของแต่ละคนขึ้นอยู่กับผลกระทบจากภายนอกเช่นกัน

3. ความไม่รู้ของผู้บริโภค

ผู้ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อผู้บริโภคมากเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษานี้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้บริโภคไม่สามารถที่จะทราบถึงคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ที่จะได้รับ ถึงแม้ว่าผู้บริโภคกำลังใช้บริการอยู่ก็ตาม อีกทั้งผู้บริโภคก็ไม่สามารถที่จะบอก

ได้ว่าการบริการทางการแพทย์ที่ได้รับนั้นดีหรือไม่ดี อย่างไร เพราะการบริการทางการแพทย์เป็นสินค้าที่ไม่ได้ถูกซื้อบ่อยนักจึงทำให้ผู้บริโภคไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจเลือกซื้อ เช่น ผู้ป่วยไปหาแพทย์เพื่อทำการรักษาพยาบาล แพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าควรให้บริการแก่คนไข้ขนาดไหน และความถี่ในการให้มาพบแพทย์ควรจะบ่อยเพียงใด เหนือสิ่งอื่นใดแพทย์จะเป็นผู้ให้คำแนะนำสินค้า และบริการอื่นๆ เช่น ยา ควรจะให้เป็นขนิดใด ยี่ห้อใด และทานบ่อยแค่ไหน และควรจะให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือคลินิก ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ที่ทำการรักษาให้

4. ส่วนผสมระหว่างการบริโภคและการลงทุน

การบริการทางการแพทย์เป็นสินค้าที่มีปัญหาในการตีความว่าควรจะเป็นสินค้าประเภททุน หรือสินค้าเพื่อการบริโภค เช่น การผ่าตัดมดลูก ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดมดลูก ถือเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อทำการรักษาเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยจากการปวดท้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความพอใจจากการผ่าตัด ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดมดลูก อาจจะถูกพิจารณาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภค แต่ถ้าพิจารณาในแง่ของแรงงาน ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดอาจจะทำให้เขาเสียชีวิตหรือทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดมดลูก สามารถพิจารณาว่าเป็นการลงทุนในสุขภาพอย่างหนึ่ง

2.1.2 ทฤษฎี Supply การรักษาพยาบาลทางการแพทย์

Supply (อุปทาน) หมายถึง ปริมาณเสนอขายงานบริการชนิดหนึ่งที่ผู้ผลิตต้องการเสนอขาย ซึ่งผันแปรตรงตามราคาสินค้า (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ซึ่งลักษณะอุปทานทางการแพทย์ มีดังนี้

1. การจัดการด้านสาธารณสุขไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อแสวงหาผลกำไรสูงสุด ดังนั้นจึงมักจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มของสินค้าสาธารณะซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้บริโภคทุกคนพึงได้รับ

2. ความรอบรู้ในสินค้าและบริการแต่เพียงฝ่ายเดียวทำให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Demand side) แบบตัวแทน (Agency Relationship) โดยแพทย์เป็นผู้ให้บริการตัดสินใจแทนว่าจะให้การรักษาแบบไหน รักษาอย่างไร

3. มีการกำจัดการเข้ามาของอุปทาน (Restricted entry of supply) หรือมีการผูกขาดโดยอุปทาน (Supply Monopoly) ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษของการบริการด้านการแพทย์ คือการมีอำนาจในการผูกขาดหรือชี้นำผู้บริโภคได้ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์นั้นเป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละโรคที่ให้บริการ

4. มีการขาดแคลนแบบระยะยาว (Static shortage) ซึ่งกลไกทางราคาไม่สามารถเหนี่ยวนำให้มีการเพิ่มขึ้นของอุปทานได้ คือ ความยืดหยุ่นเข้าใกล้ศูนย์ โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัดและต้องใช้เวลาในการผลิตนาน

5. สินค้าหรือบริการทางการแพทย์มีลักษณะเฉพาะ คือ มีผลกระทบด้านบวกต่อผู้อื่นโดยที่ผู้อื่นไม่ต้องจ่าย เรียกว่า สินค้าคุณธรรม (Merit goods)

2.1.3 ทฤษฎีของคุณภาพการให้บริการ (ชัชวาลย์ ทัตศิวัช, 2554)

แนวคิดพื้นฐานเรื่องคุณภาพการให้บริการ เป็นแนวคิดที่ได้รับการเสนอไว้โดยโครนินและเทเลอร์ (Cronin and Taylor, 1992) ในทัศนะของนักวิชาการทั้งสองท่าน ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เป็นเรื่องของการเปรียบเทียบประสบการณ์ของผู้รับบริการได้รับบริการ กับความคาดหวังที่ผู้รับบริการนั้นมีในช่วงเวลาที่มารับบริการ และเป็นสิ่งที่ช่วยให้สามารถวัดคุณภาพการให้บริการได้ ส่วนคุณภาพการให้บริการในมุมมองเชิงการตลาด คอร์ดับเปิ้ลสกี้ รัสท์ และซาร์ฮอริก (Cordupleski, Rust, and Zahorik, 1993) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นส่วนขยายของบริการ กระบวนการบริการ และองค์กรที่ให้บริการ ที่สามารถตอบสนองหรือทำให้เกิดความพึงพอใจในความคาดหวังของบุคคล แนวคิดพื้นฐานที่มองคุณภาพการให้บริการผ่านกรอบการมองด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการนี้ ได้รับการสนับสนุนจากนักวิชาการอีกท่านหนึ่งคือ บิทเนอร์ (Bitner, 1992) ซึ่งอธิบายจากผลงานวิจัยที่ได้เคยทำการศึกษาไว้ว่า คุณภาพการให้บริการสามารถวัดโดยผ่านความพึงพอใจของผู้รับบริการได้

โดยประการที่ได้กล่าวมาข้างต้น ก่อให้เกิดกรอบการพิจารณาตัวแบบการศึกษาคุณภาพการให้บริการจากแนวคิดพื้นฐาน 3 แนวคิดดังกล่าวได้ในสองนัยยะ กล่าวคือ นัยยะแรก คุณภาพการให้บริการสามารถพิจารณาได้จากทั้งสามองค์ประกอบ หรืออย่างน้อย 2 องค์ประกอบรวมกัน และนัยยะที่สอง คุณภาพการให้บริการ พิจารณาได้จากตัวชี้วัดซึ่งพัฒนาจากแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเป็นหลัก เช่น แนวคิดพื้นฐานเรื่องคุณภาพการให้บริการ (service quality) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้เขียนพบว่า นักวิจัยส่วนใหญ่มักให้ความสนใจทำการศึกษาคุณภาพการให้บริการจากแนวคิดพื้นฐานสองแนวคิดหลัก คือ แนวคิดความพึงพอใจของลูกค้า และแนวคิดคุณภาพการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยแนวคิดแรกมุ่งวัดความพึงพอใจในมิติต่าง ๆ ส่วนแนวคิดที่สอง วัดคุณภาพการให้บริการตามตัวแบบ SERVQUAL ที่เสนอโดยซีแทมล์ พาราซุรามานและคณะ

คำถามที่มักเกิดขึ้นต่อมาก็คือ เราจะใช้การวัดความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้รับบริการที่มีต่อการบริการ หรือจะวัดจากคุณภาพการให้บริการ จึงสามารถตอบได้ในเบื้องต้น

คำตอบก็คือ เราจะวัดโดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานใดก็ได้ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่สำคัญคือ เป้าหมายและวัตถุประสงค์จองการวัด โดยเฉพาะในประเด็นความต้องการนำข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินไปใช้ประโยชน์นั่นเอง เพียงแต่แนวคิดทฤษฎีและข้อสรุปทั่วไปจากการวิจัยเท่าที่ปรากฏ ดูจะรองรับและยอมรับวิธีการวัดคุณภาพการให้บริการในกรอบการมองเรื่องคุณภาพการให้บริการมากกว่ากรอบการมองด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2.1.4 ทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมผู้มารับบริการสุขภาพ (ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, 2553)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และเชาว์ปัญญา

เมื่อเข้าวัย 40 ปี ร่างกายของบุคคลจะเริ่มถดถอย เนื่องมาจากมีการเปลี่ยนแปลงและอาจมีโรคภัยไข้เจ็บ ประสิทธิภาพของอวัยวะด้านต่างๆก็เริ่มเสื่อมถอยลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อตกอยู่ในสภาวะเครียด การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ จะมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะรู้สึกหงุดหงิด เป็นกังวล ทุกข์ใจ เบื่อสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยให้ทำกิจวัตรประจำวันได้สบายเหมือนเมื่อในอดีตที่ผ่านมา ประกอบกับครอบครัวบุตรหลานที่ใกล้ชิดก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านจิตใจ

2. ราคาของบริการทางการแพทย์

การบริการเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลเป็นผู้กำหนดราคาของบริการมากกว่าผู้รับการรักษาพยาบาล ดังนั้นจึงทำให้ราคาของบริการมากกว่าผู้รับการรักษาพยาบาล ดังนั้นจึงทำให้ราคาของบริการในการรักษาพยาบาลคงที่อยู่ในระยะเวลานาน การเปลี่ยนแปลงปริมาณความต้องการรักษาพยาบาลมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงความพอใจของผู้บริโภค

3. รายได้

นอกจากราคาของการบริการแล้วนั้น รายได้ก็นับเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้ามารับบริการทางการแพทย์ เพราะการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคบริการทางการแพทย์จะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มของรายได้ ลักษณะการบริโภคของแต่ละบุคคลจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้สูงมักจะได้รับแต่โภชนาการ และการรักษาสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เป็นต้น

4. การประกันสุขภาพ หรือสิทธิสวัสดิการด้านต่างๆ

การที่ผู้บริโภคมีประเภทของการประกันสุขภาพ หรือสิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาลในด้านต่างๆอยู่ในมือ ทำให้เป็นการลดต้นทุนในการรักษาพยาบาล เพราะเมื่อมีการเจ็บไข้เกิดขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากเวลาปกติมาก เป็นการลดอุปสรรคในการไป

รักษาสุขภาพในยามเจ็บไข้ และเป็นการยกระดับฐานะของผู้บริโภคให้สูงขึ้น จากเดิมที่เป็นผู้ที่ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาลมาเป็นผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น

5. ปัจจัยทั่วไปทางด้านวัฒนธรรมประชากร

มีผลกระทบต่อ Demand ในการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ของผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้ใช้คุณสมบัติของประชากรเป็นตัวชี้นำ เช่น เพศ อายุ ระดับรายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ วิธีการเดินทางมารับการรักษา เป็นต้น การทำความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ เพราะไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความต้องการในการได้รับบริการทางการแพทย์ในทันทีทันใด ควรจะพิจารณาถึงปัจจัยเหล่านี้โดยเฉลี่ยว่ามีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์แค่ไหนอย่างไร

2.1.5 ประเภทของสินค้าและบริการทางสุขภาพ (ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, 2553)

1. สินค้าและบริการที่ใช้ประกอบกัน (Complementary goods)

หมายถึง สินค้าและบริการที่ต้องใช้ร่วมกับสินค้าอื่น เช่น รถยนต์กับน้ำมัน ถ้าราคาน้ำมันเพิ่มขึ้น เราจำเป็นที่จะต้องใช้รถยนต์ตามปกติทุกวัน เพราะสินค้าที่ใช้ควบคู่กัน จึงขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้เลย เสมือนกับแพทย์และพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล จะต้องทำงานร่วมกันตลอดเวลา จะขาดใครไปไม่ได้เช่นกัน

2. สินค้าและบริการทดแทน (Substitute goods)

หมายถึง สินค้าที่ใช้แทนกันด้วยวัตถุประสงค์เดียวกัน และมีความสามารถในการใช้แทนกันได้ เช่น โค้กกับเป๊ปซี่ โออิชิกับอิชิตัน เป็นต้น เช่นเดียวกันกับการที่ผู้บริโภคเลือกที่จะรักษาความเจ็บป่วยโดยจะใช้บริการระหว่างโรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก

3. สินค้าและบริการด้อยคุณภาพ (Inferior goods)

หมายถึง สินค้าที่ผู้บริโภคจะซื้อในปริมาณที่ลดลงเมื่อรายได้ของเขาเพิ่มขึ้น และจะซื้อเพิ่มขึ้นเมื่อรายได้ลดลง เช่น มาม่า ต้นเดือนทานอาหารที่ห้างสรรพสินค้า พอปลายเดือนทานมาม่าที่บ้าน เช่นเดียวกันกับการรักษาพยาบาล หากเรามีรายได้สูงก็เลือกที่จะรักษาในโรงพยาบาล แต่ถ้ามีรายได้ต่ำก็เลือกที่จะซื้อยามาทานเอง

2.1.6 องค์ประกอบในการจัดตั้งสถานพยาบาลของผู้สูงอายุ (ปาณบดี เอกะจัมปกะ และนิธิศ วัฒนมะโน, 2553)

1. สถานที่ตั้ง

ที่ดิน ผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมอยู่ในชุมชมใกล้บ้าน และเดินทางสะดวก ควรมีสถานที่ตั้งแถบชานเมือง มีสภาพแวดล้อมดีอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับวัด โบสถ์ ห้องสมุด โรงละคร โรงพยาบาล เป็นต้น

2. การก่อสร้าง การออกแบบ และการตกแต่งภายใน

การก่อสร้างสถานที่สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีการออกแบบให้เหมาะสมกับกายภาพของผู้สูงอายุ และข้อจำกัดทางด้านร่างกาย พร้อมทั้งพื้นที่ภายใน และภายนอกอาคาร เพื่อใช้ในกิจกรรมต่างๆ ควรมีการออกแบบให้มีบรรยากาศคล้ายบ้านพักอาศัยที่อบอุ่น ซึ่งอาจเป็นบ้านเดี่ยว บ้านกลุ่ม หรืออาคารสูงไม่เกิน 5 ชั้น ควรออกแบบให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกครบครัน เช่น สวนสุขภาพ ห้องสมุด ห้องพระ ห้องออกกำลังกาย ห้องดนตรี ห้องหัตถกรรม สระว่ายน้ำ และพื้นที่เล่นกีฬาในร่ม เป็นต้น การออกแบบและการก่อสร้างที่เหมาะสำหรับการดูแลผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความต้องการของบุคคล และมีองค์ประกอบสำคัญที่ประกอบด้วย

2.1 ความปลอดภัยทางด้านร่างกาย การออกแบบต้องคำนึงถึงข้อจำกัดทางร่างกายที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ไม่ควรจะมีพื้นต่างระดับ หรือบันได และไม่ควรจะมีธรณีประตู พื้นไม่ลื่น หรือควรมีราวจับในบางแห่งที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น พื้นไม่ควรจะมีพรมผืนเล็กๆ หรือพื้นที่ลื่น พรมที่หนานุ่มจะจำกัดการเคลื่อนที่ทั้งคนและล้อเข็น

2.2 สุขภาพอนามัย มีระบบสาธารณูปโภค และสาธารณูปการที่ดี มีการจัดระบบการรักษาความสะอาด การถ่ายเทของอากาศที่ดี และแสงธรรมชาติสามารถเข้าถึงได้

2.3 สุขภาพจิต มีพื้นที่ทำกิจกรรมสันทนาการทั้งภายในและภายนอกอาคารเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี

2.4 การดูแลรักษา สถานดูแลผู้สูงอายุควรจะออกแบบให้ดูแลรักษาง่ายเท่าที่จะเป็นไปได้

2.5 ความเป็นส่วนตัว โดยเฉพาะเวลาพักผ่อนให้มีที่พักเพียงพอแยกเป็นสัดส่วนโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวเป็นสำคัญ

2.6 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ควรมีพื้นที่ที่จะให้แต่ละบุคคล และครอบครัวได้พบปะ และทำกิจกรรมร่วมกันภายในที่อยู่อาศัย และความร่วมมือกันระหว่างเพื่อนบ้าน โดยการออกแบบพื้นที่และวัสดุที่ใช้ต่างๆ มีดังนี้

- อาคาร สถานที่ดูแลผู้สูงอายุควรจะมีชั้นเดียว หรือเป็นอาคารโดยมีลิฟท์ ไม่ควรจะมีพื้นต่างระดับ หรือบันได และไม่ควรจะมีธรณีประตู เพราะสิ่งเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะสกัดกั้นการเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ

- พื้นที่ภายในอาคาร ต้องคำนึงถึงความสะดวกสบาย ควรจัดให้มีห้องรับประทานอาหาร ห้องสมุด ห้องพักผ่อน ห้องอ่านหนังสือ ห้องรับแขก ห้องออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัด ห้องตรวจสุขภาพอย่างเป็นสัดส่วน พื้นที่ทำกิจกรรมร่วมกัน ห้องนอน ควรมีพื้นที่อย่างน้อย 10-12 ตารางเมตรต่อคน ไม่รวมห้องน้ำ และ 16-20 ตารางเมตร สำหรับห้องพักรวม (2 คน) และให้มีการเคลื่อนที่ของรถเข็นได้สะดวก เป็นต้น นอกจากนี้มีการจัดห้องครัว และห้องซักรีดอย่างเป็นสัดส่วน

- ประตู และลูกบิดประตู สถานดูแลผู้สูงอายุควรจะใช้ประตูที่มีขนาดความกว้างเป็นพิเศษ เพื่อให้ล้อเข็นผ่านได้โดยปราศจากสิ่งกีดขวาง ประตูเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ใช้รถล้อเข็นเคลื่อนที่ได้สะดวก และไม่เกิดการเสียดสีระหว่างมือกับประตูเวลาเข็นล้อ อุปกรณ์ประตูควรใช้มือจับเปิดประตู และกลอนประตู มากกว่าลูกบิด เป็นไปได้ยากที่จะเปิดลูกบิดด้วยมือที่อ่อนแอ และประตูควรจะสามารถผลักเปิดได้ง่าย

- ความชันของทางลาด ควรมีอัตราส่วนที่เหมาะสมกับการใช้รถเข็น 1:12

- พื้นผิว จะต้องไม่ลื่น สามารถเดิน หรือเข็นรถเข็นได้สะดวก

- รั้วบ้าน ควรมีความสูงระดับหน้าอก แบบรั้วกึ่งทึบกึ่งโปร่ง

- เก้าอี้สนาม แบบชุดเก้าอี้ไม้ มีพนักพิง มีโต๊ะวางของตรงกลาง และสามารถนั่งได้หลายคน

- สวิทช์ไฟ ระดับของสวิทช์ควรอยู่ที่ระดับ 120 เซนติเมตรจากพื้น สวิทช์ไฟฟ้าไม่ควรสูงเกินไป เพื่อให้ผู้สูงอายุกดได้สะดวกโดยไม่ต้องเอื้อม

- ปลั๊กไฟฟ้า ส่วนระดับของปลั๊กไฟฟ้าควรอยู่ที่ระดับ 90 เซนติเมตรจากพื้น ระดับปลั๊กไฟฟ้าต้องไม่ต่ำเกินไปเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุต้องก้มลงไปมาก

- ก๊อกน้ำ ควรใช้ก๊อกน้ำแบบปัดไปด้านข้าง

- โถส้วม ควรเป็นชนิดนั่งราบ สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 400 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 500 มิลลิเมตร

- ราวจับ ที่ใช้ในพื้นที่ทั่วไปควรเป็นสแตนเลส เส้นผ่านศูนย์กลาง 4.5 เซนติเมตร ความสูงจากพื้นถึงระดับบนสุดของราวจับมีความสูง 80 เซนติเมตร ราวจับด้านที่อยู่ติดผนังให้มีระยะห่างจากผนังไม่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร

- ป้าย การใช้สีสำหรับป้ายต่างๆ ควรใช้สีน้ำเงินบนพื้นสีขาว ซึ่งเป็นตัวอักษรที่ผู้สูงอายุมองเห็นชัดที่สุด

3. อุปกรณ์และเครื่องมือ

การเลือกใช้อุปกรณ์ขึ้นอยู่กับนโยบายของสถานดูแลผู้สูงอายุ เช่น รับดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่านั้น และ/หรือรับดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา อุปกรณ์และเครื่องมือที่เลือกใช้จึงมีความแตกต่างตามความจำเป็น โดยส่วนใหญ่มีการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น เตียง โต๊ะคร่อมเตียง รถเข็น ชุดให้ออกซิเจน เครื่องพ่นยา เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

4. บุคลากร

บุคลากรภายในสถานดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดตั้ง และดำเนินธุรกิจประเภทนี้ ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก ดังนี้

- พยาบาล ในกรณีที่เป็นสถานพยาบาล จำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ ทั้งนี้มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแล เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในทีมการดูแล เมื่อผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ก็จะรายงานให้แก่พยาบาลในทีมรับทราบ และให้ความช่วยเหลือแก้ปัญหาต่อไป สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1 : 15 ถึง 1 : 25
- ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ดูแลที่มีจำนวนมากที่สุดในสถานดูแลผู้สูงอายุ เป็นบุคลากรที่สำคัญซึ่งให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การให้อาหารทั้งการป้อนอาหาร การให้อาหารทางสายยาง การช่วยพยุงเดิน การพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นต้น ผู้ช่วยดูแลส่วนใหญ่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ สัดส่วนของผู้ช่วยดูแลต่อจำนวนผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1 : 3 ถึง 1 : 5
- นักกายภาพบำบัด เป็นบุคลากรที่ช่วยดูแลในเรื่องกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพเป็นหลัก นักกายภาพบำบัดจะร่วมประชุมปรึกษากับบุคลากรในทีมดูแลเพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย โดยในสถานดูแลผู้สูงอายุประจำวันบางแห่งมีห้องสำหรับทำกายภาพบำบัด มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม อย่างไรก็ตามสถานดูแลผู้สูงอายุขนาดเล็กส่วนมากไม่มีนักกายภาพบำบัดอยู่ประจำ
- นักอาชีวบำบัด เป็นบุคลากรที่มีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้มีการฝึกใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น การใช้กล้ามเนื้อมือ การฝึกการกลืน และการฝึกสมอง ในสถานดูแลผู้สูงอายุประจำวันขนาดใหญ่จะประกอบด้วยนักอาชีวบำบัด 1 คน ในขณะที่สถานดูแลผู้สูงอายุขนาดเล็กส่วนมากไม่มีนักอาชีวบำบัดอยู่ประจำ

- นักโภชนาการ เป็นผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดอาหารที่เหมาะกับผู้สูงอายุในแต่ละรายอาหารเฉพาะโรค และอาหารผสม สำหรับให้ทางสายยาง อย่างไรก็ตามสถานดูแลผู้สูงอายุประจำวันส่วนใหญ่ ไม่มีนักโภชนาการประจำ แต่จะเป็นการจัดอาหารตามที่แพทย์ หรือญาติแนะนำ
- พนักงานดูแลธุรการ ดูแลงานธุรการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานดูแลผู้สูงอายุ
- แม่บ้านทำความสะอาด ดูแลความสะอาดและซักรีด
- แม่ครัว ทำอาหาร และเครื่องดื่ม

2.1.7 ทฤษฎีคุณภาพของการบริการ (ปาณบดี เอกะจัมปกะ และนิธิศ วัฒนมะโน, 2553)

ปัจจัยพื้นฐานที่ผู้บริโภคใช้ในการตัดสินคุณภาพของการบริการมี 10 ด้าน โดยการเก็บข้อมูล 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ และด้านการคาดหวัง มีรายละเอียด ดังนี้ (Parasuramanetal, 1985)

1. ความไว้วางใจได้ (Reliability) เกี่ยวข้องกับความถูกต้องในกระบวนการให้บริการ ได้แก่ ความสามารถในการให้บริการแก่ลูกค้าได้อย่างถูกต้องตั้งแต่แรก และสามารถให้บริการแก่ลูกค้าได้ตามที่สัญญาไว้อย่างครบถ้วน

2. การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) คือ ความตั้งใจ และความพร้อมที่จะให้บริการของพนักงาน รวมไปถึงความเหมาะสมของระยะเวลาการให้บริการด้วย เช่น พนักงานจะต้องให้บริการ และแก้ปัญหาของลูกค้าอย่างรวดเร็วตามความต้องการของลูกค้า

3. ความสามารถของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง คุณสมบัติในการมีทักษะและความรู้ ความสามารถในการให้บริการ นั่นคือ พนักงานที่ให้บริการลูกค้าต้องมีความรู้ ความชำนาญ และความสามารถในงานที่ให้บริการ

4. การเข้าถึงการบริการ (Access) หมายถึง ความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร เช่น สามารถโทรศัพท์ติดต่อได้ตลอดเวลา การบริการที่มอบแก่ลูกค้าต้องอำนวยความสะดวกในด้านเวลา และสถานที่ ไม่ให้ลูกค้าต้องคอยนาน ทำเลต้องมีความเหมาะสม สะดวกสบายในการเดินทาง

5. ความมีอัธยาศัย (Courtesy) พนักงานที่ให้บริการลูกค้าต้องมีอัธยาศัยไมตรี มีความสุภาพ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี รวมไปถึงการแต่งกายที่สุภาพและเหมาะสมของพนักงานด้วย

6. การติดต่อสื่อสาร (Communication) ความสามารถในการอธิบายลูกค้าให้เข้าใจอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการ รวมทั้งอัตราค่าบริการและส่วนลด

7. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ได้แก่ ชื่อเสียงขององค์กร ลักษณะที่น่าเชื่อถือของพนักงานที่ติดต่อกับลูกค้า ความซื่อสัตย์ ความไว้วางใจ ความเชื่อถือได้ และการนำเสนอบริการที่ดีที่สุดให้แก่ลูกค้า

8. ความปลอดภัย (Security) การบริการที่ส่งมอบแก่ลูกค้าไม่มีอันตราย ความเสี่ยง และปัญหาต่างๆ ซึ่งได้แก่ ความปลอดภัยของร่างกาย ทรัพย์สิน และความเป็นส่วนตัว

9. การเข้าใจ และการรู้จักลูกค้า (Understanding / Knowing the customer) การเข้าใจความต้องการของลูกค้า และเรียนรู้เกี่ยวกับความต้องการส่วนตัว ให้ความสนใจลูกค้าเฉพาะบุคคล และสามารถจำชื่อลูกค้าได้

10. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพขององค์กร ลักษณะภายนอกของพนักงาน รวมถึงอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการให้บริการต่างๆ

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปิยะชาติ เจริญวัฒนาพานิช (2537) ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ในนิคมอุตสาหกรรม แหลมฉบัง” มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,300 ชุด โดยเทคนิคที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน มักจะมีการแสวงหาการใช้บริการในสถานพยาบาลมากที่สุด เพราะสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นับเป็นสวัสดิการที่มีความสำคัญในการคุ้มครองทางด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้แรงงานของสถานประกอบการ

มาริสา ประทุมมา (2550) ศึกษาเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น บนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่า 1.พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ด้านช่วงอายุ และด้านสภาวะทางเศรษฐกิจ 3.การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุบนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จารุณี มิ่งปรีชา (2553) ศึกษาเรื่อง “ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยาว” มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว จำนวน 11 ราย เทคนิคที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการศึกษามีดังนี้ การดูแลผู้สูงอายุจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะทำให้มีความรู้และความชำนาญจะค่อยๆสะสมขึ้นไปเรื่อยๆ จนพยาบาลรู้สึกถึงความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ ต่อมาจากการสังเกตการณ์ทำงานจากรุ่นพี่ แล้วนำมาประยุกต์ใช้กับการทำงานของพยาบาลเองนั้นช่วยสร้างความมั่นใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น รวมไปถึงการเรียนรู้จากผู้สูงอายุนั้นต้องมีการสังเกต และทำความเข้าใจในความเป็นตัวตนของผู้สูงอายุแต่ละท่านด้วยพื้นฐานทางวัฒนธรรม ฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม และความต้องการที่ล้วนมีความแตกต่างกันออกไปของผู้สูงอายุในแต่ละคน ตลอดจนถึงการเรียนรู้จากการอบรมและศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาตนเองด้วยการศึกษาหาความรู้ใหม่ๆ เช่นการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้มาใช้ในการให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไป

สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ (2545) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต” การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายที่สำคัญของโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพอาจจะเกิดขึ้นได้จากทั้งปัจจัยด้านการเงิน และมิใช่การเงิน ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น และยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในวิถีชีวิต จึงเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดภูเก็ตจำนวน 366 คน เลือกตัวอย่างในวิธีวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน และสถิติวิเคราะห์เส้นทาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ทั้งหมดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยด้านความต้องการดูแลของผู้สูงอายุและจำนวนประเภทของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถอธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ร้อยละ 83.3 การวิเคราะห์เส้นทาง พบว่า รูปแบบตามสมมติฐานนั้นไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รูปแบบที่มีสอดคล้องนั้นต้องเพิ่มเส้นทางอีก 2 เส้นทาง ได้แก่ เส้นทางการรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพมีอิทธิพลร่วมกับทางความพึงพอใจในการใช้บริการไปสู่การเข้าถึงบริการคุณภาพ และเส้นทางการรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพมีอิทธิพลร่วมกับจำนวนประเภทการใช้บริการของผู้สูงอายุไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพ เส้นทางที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการ

สุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ ส่วนเส้นทางที่มีอิ ทธิพลทางอ้อมสูงสุด ได้แก่ เส้นทางที่ปัจจัยด้านความพอเพียงของบริการมีอิทธิพลร่วมกับความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงควรจัดบริการโดยคำนึงถึงความพึงพอใจ มีความพอเพียงและมีประเภทของบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

สุกัญญา ประจุศิลป์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2548) ศึกษาเรื่อง “ระบบบริการสุขภาพด้านการให้บริการ การรับบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร และเสนอประเด็นสำหรับการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประชากรชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร การวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบนโยบายสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประชากรชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการที่สนใจปัญหาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ รวมถึงผู้ให้บริการ ผู้ปฏิบัติงานระดับหัวหน้า หน่วยงานในองค์สุขภาพ ผู้แทนชุมชน และประชาชนผู้ใช้บริการ ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่เห็นว่าที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร มีการคมนาคมสะดวกสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย แต่ยังมีกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพได้ด้วยข้อจำกัดด้านสภาพร่างกาย ลักษณะงานที่ทำหรือการอพยพย้ายถิ่น เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนงานก่อสร้าง กลุ่มด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มแรงงานต่างด้าว

นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2550) ศึกษาเรื่อง “ภาวะสุขภาพ ลักษณะการเจ็บป่วย การมีโรคประจำตัว ความเสื่อมถอยตามวัย” ได้กล่าวถึง หลักการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอีกประการหนึ่ง คือ การปกป้องสุขภาพด้วยการตรวจหาความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่เริ่มแรก ผู้สูงอายุควรตรวจร่างการเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง การสนับสนุนผู้สูงอายุในสังคมให้เป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และด้านสังคม สิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายขั้นตอนต่อเนื่องกันไป เริ่มตั้งแต่การชะลอความเสื่อม สร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันหรือลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การปกป้องภาวะสุขภาพ ตรวจหาความผิดปกติในระยะแรกๆ การควบคุมอาการของโรคเรื้อรัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ

ธฤษณุ แสงจันทร์ (2554) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย” มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อศึกษาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก “โครงการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ.2550” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำหรับประชากรตัวอย่างที่ใช้ใน

การวิเคราะห์ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป (คัดเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเท่านั้น) มีจำนวนประชากรตัวอย่างทั้งสิ้น 2,456 ราย เทคนิคที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด จำแนกตามตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรเพศของผู้สูงอายุ อายุของผู้สูงอายุ สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ อาชีพของผู้สูงอายุ บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน รายได้ของผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัย ความถี่ในการไปโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ การมีเครือข่ายทางสังคม ภาวะทุพพลภาพ จำนวนโรคที่เจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ อายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาเท่านั้น ประกอบกับยังไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม จึงทำให้มีความรู้พื้นฐานด้านโภชนาการ และการจัดการกับการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันเบื้องต้นของผู้สูงอายุไม่เพียงพอ

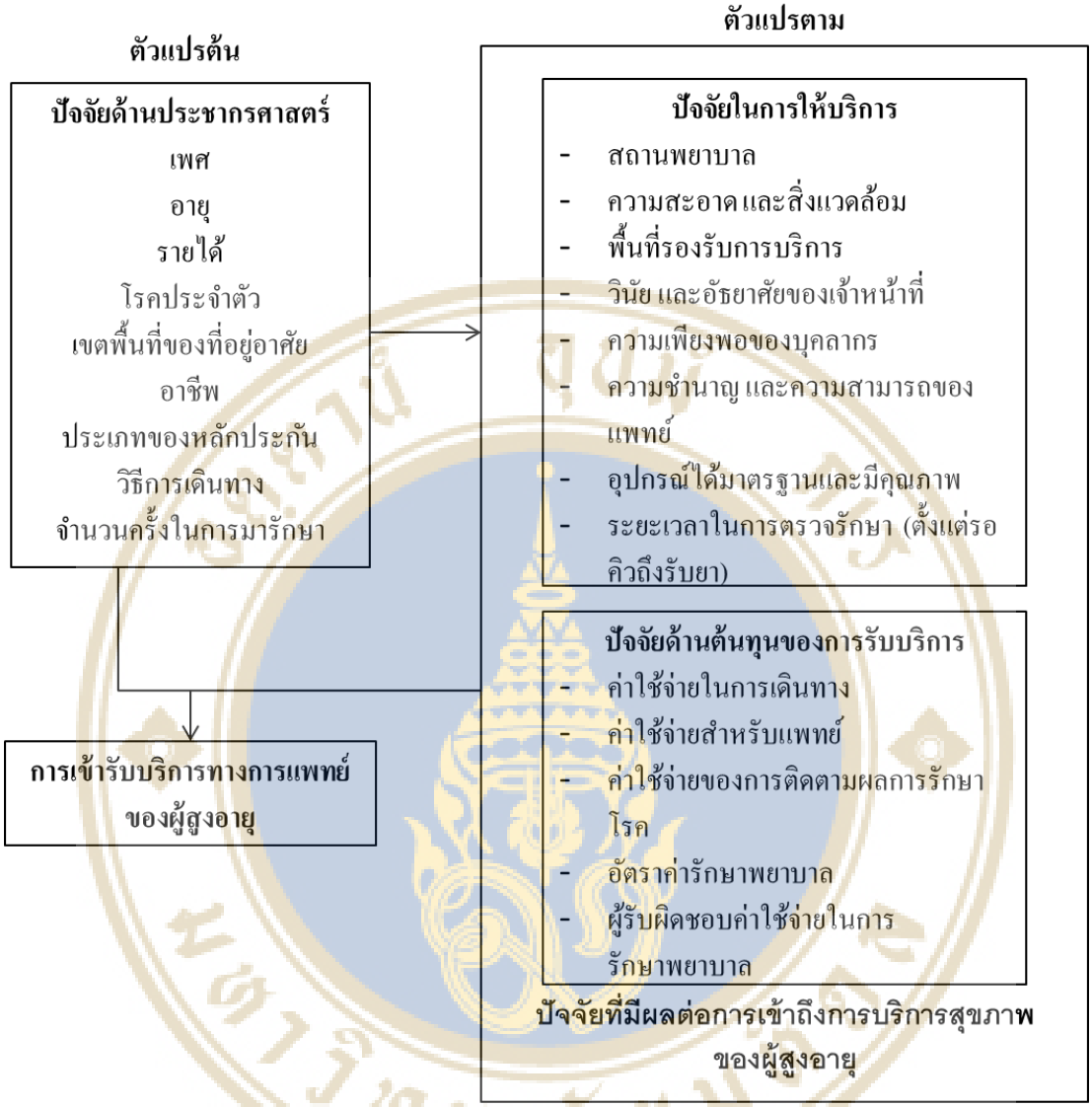
อธิคม กรองทอง (2551) ความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อการให้บริการด้านการจราจรและสถานที่จอดรถภายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา คือ เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อการให้บริการด้านการจราจร และสถานที่จอดรถภายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น ในด้านความเอาใจใส่ ด้านความไว้วางใจ ด้านการตอบสนองลูกค้า ด้านความมั่นใจ และด้านความเป็นรูปธรรม ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อการให้บริการด้านการจราจร และสถานที่จอดรถภายในบริเวณโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก 4 ด้าน คือ ด้านความมั่นใจ ด้านความไว้วางใจ ด้านการตอบสนองลูกค้าและด้านความเอาใจใส่ สำหรับด้านความเป็นรูปธรรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่าลูกค้าที่มีเพศและจำนวนครั้งที่มาใช้บริการด้านการจราจรและสถานที่จอดรถภายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น มีความพึงพอใจในภาพรวมของการบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัย

จากการศึกษา พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์และปัจจัยทางต้นทุนในด้านต่างๆ ผลต่อการเลือกรับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยรูปแบบของการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากกลุ่มผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล การวิจัยดังกล่าวได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว (Cross-Functional) โดยจะใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการการเข้าถึงการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยผู้วิจัยได้มีการกำหนดวิธีดำเนินการวิจัยเป็นส่วนๆ ดังนี้

1. กรอบแนวคิดในการวิจัย
2. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
3. วิธีการสุ่มตัวอย่าง
4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
5. การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล
7. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ สำหรับการทำวิจัยเชิงปริมาณ คือ ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 30 คน

3.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ โดยกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบไม่มีความน่าจะเป็น (Nonprobability Sampling) โดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ซึ่งเป็นการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเพศชาย 15 คน และเพศหญิง 15 คน รวม 30 คน โดยการที่จะสามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างตามสถานที่ที่คาดว่าจะมีกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด คือโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยเป็นวิธีการกระจายแบบสอบถามไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ทั้งหมด 30 ชุด ซึ่งการทำแบบสอบถามในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามจากการศึกษาค้นคว้า จากรายงานวิจัย “ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ” และได้ค้นคว้า ดัดแปลงเพื่อให้เป็นไปตามแนวทาง และวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ รวมทั้งกรอบแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วย โดยจะแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรศาสตร์ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของหลักประกัน วิธีการเดินทาง จำนวนครั้งในการมารักษา

ส่วนที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์ ค่าใช้จ่ายของการติดตามผลการรักษาโรค อัตราค่ารักษาพยาบาล ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบให้ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ซึ่งพิจารณาจากระดับความสำคัญของปัจจัยที่ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาตามลำดับคะแนน ดังนี้

5 : สำคัญระดับมากที่สุด
4 : สำคัญระดับมาก
3 : สำคัญระดับปานกลาง
2 : สำคัญระดับน้อย
1 : สำคัญระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการเข้าถึงการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบไปด้วย

- ด้านสถานที่ของโรงพยาบาล ได้แก่ ตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่อยู่ของผู้สูงอายุมากเกินไป มีความสะอาด มีการจัดสภาพแวดล้อมดี มีพื้นที่รองรับบริการที่เพียงพอ การต้อนรับของเจ้าหน้าที่ และการจัดคิวในการรับบริการ

- ด้านการจัดการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส เต็มใจบริการ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการต่อคนไข้ด้วยความสุภาพอ่อนโยน บุคลากรของโรงพยาบาลมีเพียงพอต่อการให้บริการ แพทย์ผู้ตรวจพยาบาลมีความรู้ ความชำนาญ และแพทย์มีความกระตือรือร้นที่จะบริการ

- ด้านคุณภาพการบริการ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อุปกรณ์ทางการแพทย์มีมาตรฐานและทันสมัย จำนวนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอ คุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์มีมาตรฐาน คุณภาพดี การให้คำแนะนำเรื่องยา และเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบให้ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ซึ่งพิจารณาจากระดับความสำคัญของปัจจัยที่ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาตามลำดับคะแนน ดังนี้

5 : สำคัญระดับมากที่สุด
4 : สำคัญระดับมาก
3 : สำคัญระดับปานกลาง
2 : สำคัญระดับน้อย
1 : สำคัญระดับน้อยที่สุด

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. ข้อมูลปฐมภูมิ โดยการออกแบบสอบถามให้กับผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการสุขภาพทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

2. ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบทความ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และการค้นคว้าอิสระ จากห้องสมุดวิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดล และจากห้องสมุดปรีดี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ และข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต

3. ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ได้จากการตอบคำถามทั้งหมด จำนวน 30 ชุด ได้รับคืน จำนวน 30 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 เพื่อนำไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล วิเคราะห์โดยใช้การหาค่าความถี่ ร้อยละ เป็นค่าสถิติในการวิเคราะห์

2. การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆของผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ปัจจัยต้นทุนที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านสถานที่ให้บริการ ด้านการจัดการ ด้านคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวัดความคิดเห็นแบบ Likert Scale โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

ระดับ 5	:	สำคัญระดับมากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ 5
ระดับ 4	:	สำคัญระดับมาก	ให้คะแนนเท่ากับ 4
ระดับ 3	:	สำคัญระดับปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ 3
ระดับ 2	:	สำคัญระดับน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ 2
ระดับ 1	:	สำคัญระดับน้อยที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ 1

ผลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย โดยการแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยจะยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้

4.21 – 5.00	หมายถึง	สำคัญระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20	หมายถึง	สำคัญระดับมาก
2.61 – 3.40	หมายถึง	สำคัญระดับปานกลาง
1.81 – 2.60	หมายถึง	สำคัญระดับน้อย
1.00 – 1.80	หมายถึง	สำคัญระดับ น้อยที่สุด

บทที่ 4
ผลการศึกษา

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	15	50.00
หญิง	15	50.00
รวม	**30**	**100.00**

จากตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 30 คน พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีสัดส่วนจำนวนที่เท่ากันคือ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

กลุ่มช่วงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ 1 กลุ่มช่วงอายุ)60-65 ปี(	14	46.60
กลุ่มที่ 2 กลุ่มช่วงอายุ)66-70 ปี(	9	30.00
กลุ่มที่ 3 กลุ่มช่วงอายุ) 71 ปีเป็นต้นไป(	7	23.30
รวม	**30**	**100.00**

จากตารางที่ 4.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี โดยจำแนกเป็นช่วง 4 ช่วง คือ ช่วงอายุ 60-65 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.60 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 66-70 จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และช่วงอายุ 71 ปีเป็นต้นไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเขตพื้นที่อยู่อาศัย

เขตพื้นที่อยู่อาศัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กรุงเทพและปริมณฑล	30	100.00
ต่างจังหวัด	0	0.00
รวม	**30**	**100.00**

จากตารางที่ 4.3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีเขตพื้นที่อยู่อาศัยในกรุงเทพและปริมณฑล คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	30.00
เกษียณอายุ	4	13.30
รับราชการ	0	0.00
เกษตรกร	0	0.00
รับจ้าง	2	6.70
ธุรกิจส่วนตัว	10	33.30
พ่อบ้านหรือแม่บ้าน	5	16.70
อื่นๆ	0	0.00
รวม	**30**	**100.00**

จากตารางที่ 4.4 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 พ่อบ้านหรือแม่บ้าน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 เกษียณอายุ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 และอาชีพรับจ้าง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้เฉลี่ย

รายได้เฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีรายได้	0	0.00
ต่ำกว่า 5,000 บาท	0	0.00
5,10 – 000, บาท 000	4	13.30
10,15 – 001,000 บาท	9	30.00
15,001 – 20,000 บาท	8	26.70
มากกว่า 20, บาท 000	9	30.00
รวม	**30**	**100.00**

จากตารางที่ 4.5 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 10,001 – 15,000 บาท และ มากกว่า 20,000 บาท จำนวนเท่ากัน คือ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมา คือ มีรายได้ 15,001 – 20,000 บาท จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 และมีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ในการมาโรงพยาบาล

ความถี่ในการมาโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
เดือนละ ครั้ง 1	8	26.70
มากกว่าเดือนละ ครั้ง 1	1	3.30
ครั้งต่อเดือน 3 – 2	12	40.00
อื่นๆ	9	30.00
รวม	**30**	**100.00**

จากตารางที่ 4.6 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีความถี่ในการมาโรงพยาบาล 2-3 ครั้งต่อเดือน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ อื่นๆ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 และมากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้ง

รายได้เฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 1,บาท 000	7	23.30
1,001 – 3,000 บาท	15	50.00
3,000 บาทขึ้นไป	8	26.70
รวม	**30**	**100.00**

จากตารางที่ 4.7 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้ง ครั้งละ 1,001 – 3,000 บาท จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ ครั้งละ 3,000 บาทขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 และครั้งละ ต่ำกว่า 1,000 บาท จำนวน 7 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล

รายได้เฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล	5	16.70
ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล		
- บำเหน็จปกติ	3	10.00
- บำเหน็จลูกจ้าง	1	3.30
- บำเหน็จตกทอด	0	0.00
- บำเหน็จพิเศษ	0	0.00
- ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)	15	50.00
- จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ประสบภัยเนื่องจากการช่วยเหลือราชการฯ	0	0.00
- อื่นๆ	6	20.00
รวม	**30**	**100.00**

จากตารางที่ 4.8 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 โดยจำแนกเป็น ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ ใช้บำเหน็จปกติ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และบำเหน็จลูกจ้าง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ตามลำดับ นอกจากนี้ยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 ตามลำดับ

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในรูปตารางค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

การแปลความหมายค่าเฉลี่ย มีเกณฑ์ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง มีความสำคัญระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง มีความสำคัญระดับมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง มีความสำคัญระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง มีความสำคัญระดับน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง มีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

ตารางที่ 4.9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน “ค่าใช้จ่าย”

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสำคัญ
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด			
ด้านค่าใช้จ่าย								
1. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	13.30 (4)	33.30 (10)	50.00 (15)	3.30 (1)	0.00 (0)	3.56	773.	มาก
2. ค่ารักษาพยาบาล	13.3 (4)	50.0 (15)	23.3 (7)	10.0 (3)	3.3 (1)	3.60	968.	มาก
3. ค่าเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์	13.3 (4)	56.7 (17)	16.7 (5)	10.0 (3)	3.3 (1)	3.66	958.	มาก

ตารางที่ 4.9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน “ค่าใช้จ่าย” (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)							
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสำคัญ
4. ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์	13.3 (4)	60.0 (18)	13.3 (4)	10.0 (3)	3.3 (1)	3.70	952.	มาก
5. ค่าใช้จ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค	23.3 (7)	53.3 (16)	16.7 (5)	3.3 (1)	3.3 (1)	3.90	922.	มาก

จากตารางที่ 4.9 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน “ค่าใช้จ่าย” ในด้านค่าใช้จ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.90 รองลงมา คือ ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.70 ค่าเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.66 ค่ารักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.60 และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.56 ตามลำดับ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับความคิดเห็นในด้านค่าใช้จ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคมากกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ

ตารางที่ 4.10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน “สถานที่”

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)							
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสำคัญ
ด้านสถานที่								
1. โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่อยู่ของท่านมากเกินไป	33.3 (10)	50.0 (15)	16.7 (5)	0.0 (0)	0.0 (0)	4.16	.698	มาก
2. มีความสะอาดมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดี	20.0 (6)	60.0 (18)	20.0 (6)	0.0 (0)	0.0 (0)	4.00	.643	มาก
3. มีพื้นที่รองรับบริการที่เพียงพอ เช่น เก้าอี้นั่ง	16.7 (5)	40.0 (12)	30.0 (9)	13.3 (4)	0.0 (0)	3.60	9.32	มาก
4. มีแผ่นรองกันลื่นบริเวณทางเดิน	3.3 (1)	30.0 (9)	63.3 (19)	3.3 (1)	0.0 (0)	3.33	.606	มาก
5. มีราวจับบริเวณทางเดิน	0.0 (0)	43.3 (13)	53.3 (16)	3.3 (1)	0.0 (0)	3.40	.563	มาก
6. มีป้ายบอกทางอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย	10.0 (3)	63.3 (19)	23.3 (7)	3.3 (1)	0.0 (0)	3.80	0.664	มาก
7. มีห้องน้ำพิเศษสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ	0.0 (0)	53.3 (16)	30.0 (9)	3.3 (1)	0.0 (0)	3.36	.764	ปานกลาง
8. ห้องบริการต่างๆหาง่าย และมีป้ายระบุชื่อห้องชัดเจน	10.0 (3)	56.7 (17)	30.0 (9)	3.3 (1)	0.0 (0)	3.73	6.91	มาก

จากตารางที่ 4.10 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน “สถานที่” ในด้านโรงพยาบาลตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่อยู่ของผู้สูงอายุมากเกินไป โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่

4.16 รองลงมา คือ มีความสะอาด มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดี ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.00 มีป้ายบอกทางอย่างชัดเจน และเข้าใจ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.80 มีห้องบริการต่างๆหาง่าย และมีป้ายระบุชื่อห้องชัดเจน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.73 มีพื้นที่รองรับบริการที่เพียงพอ เช่น เก้าอี้นั่ง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.60 มีราวจับบริเวณทางเดิน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.40 มีห้องน้ำพิเศษสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.36 และมีแผ่นรองกันลื่นบริเวณทางเดิน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.33 ตามลำดับ ดังนั้น จึงกล่าวได้วา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาให้ความสำคัญในด้านสถานที่ คือ โรงพยาบาลตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่อยู่ของผู้สูงอายุมากเกินไปเป็นจำนวนมากกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ

ตารางที่ 4.11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน “บุคลากร”

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสำคัญ
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด			
ด้านบุคลากร								
1. เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส เต็มใจให้บริการ	20.00 (6)	50.00 (15)	10.00 (3)	20.00 (6)	0.00 (0)	3.70	1.022	มาก
2. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อคนไข้ด้วยความสุภาพอ่อนโยน	16.70 (5)	40.00 (12)	23.30 (7)	20.00 (6)	0.00 (0)	3.53	1.008	มาก
3. บุคลากรของโรงพยาบาลมีเพียงพอต่อการให้บริการ	20.00 (6)	40.00 (12)	20.00 (6)	20.00 (6)	0.00 (0)	3.60	1.037	มาก
4. แพทย์ผู้ตรวจพยาบาลมีความรู้ความชำนาญ	36.70 (11)	40.00 (12)	13.30 (4)	10.0 (3)	0.00 (0)	4.03	0.964	มาก
5. แพทย์มีความกระตือรือร้นที่จะบริการ	23.30 (7)	53.30 (16)	13.30 (4)	10.00 (3)	0.00 (0)	3.90	0.884	มาก

จากตารางที่ 4.11 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน “บุคลากร” ในด้านแพทย์ผู้ตรวจ พยาบาลมีความรู้ ความชำนาญ โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.03 รองลงมา คือ แพทย์มีความกระตือรือร้นที่จะบริการ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.90 เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส เต็มใจให้บริการ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.70 บุคลากรของโรงพยาบาลมีเพียงพอต่อการให้บริการ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.60 และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อคนไข้ด้วยความสุภาพอ่อนโยน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.53 ตามลำดับ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านบุคคลากรคือ แพทย์ผู้ตรวจ พยาบาลมีความรู้ ความชำนาญ มากกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ

ตารางที่ 4.12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน “ระบบการให้บริการ”

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสำคัญ
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด			
ด้านระบบการให้บริการ								
1. มีการจัดลำดับในการบริการอย่างมีมาตรฐาน	23.30 (7)	46.70 (14)	16.70 (5)	13.30 (4)	0.00 (0)	3.80	0.961	มาก
2. อุปกรณ์ทางการแพทย์มีมาตรฐานและทันสมัย	26.70 (8)	53.30 (16)	20.00 (6)	0.00 (0)	0.00 (0)	4.06	.691	มาก
3. จำนวนอุปกรณ์ทางการแพทย์มีเพียงพอต่อการรับบริการ	26.70 (8)	50.00 (15)	20.0 (6)	3.30 (1)	0.00 (0)	4.00	.787	มาก
4. คุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์มีมาตรฐานและมีคุณภาพดี	36.70 (11)	36.70 (11)	26.70 (8)	0.00 (0)	0.00 (0)	4.10	0.803	มาก

ตารางที่ 4.12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน “ระบบการให้บริการ” (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)							
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความสำคัญ
5.การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	23.30 (7)	50.00 (15)	26.70 (8)	0.00 (0)	0.00 (0)	3.96	.718	มาก
6.เวลาที่ใช้ในการรักษา	13.30 (4)	50.00 (15)	23.30 (7)	13.30 (4)	0.00 (0)	3.63	.889	มาก

จากตารางที่ 4.12 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำแนกตามด้าน “ระบบการให้บริการ” ในด้านคุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์มีมาตรฐานและมีคุณภาพดี โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.10 รองลงมา คือ อุปกรณ์ทางการแพทย์มีมาตรฐานและทันสมัย ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.06 จำนวนอุปกรณ์ทางการแพทย์มีเพียงพอต่อการรับบริการ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.00 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.96 มีการจัดลำดับในการบริการอย่างมีมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.80 และเวลาที่ใช้ในการรักษา ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.63 ตามลำดับ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ให้ความสำคัญกับระบบการให้บริการคือ ด้านคุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์มีมาตรฐานและมีคุณภาพดีมากกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ

4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

จากตารางที่ 4.13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านที่จอดรถไม่เพียงพอ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมา คือ ด้านการเดินทางไม่สะดวก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 ด้านสถานที่ไม่สะอาด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และห้องบริการหายาก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาด้านสถานที่

สถานที่	จำนวน	ร้อยละ
การเดินทางไม่สะดวก	10	33.30
ที่จอดรถไม่เพียงพอ	11	36.70
ที่นั่งไม่เพียงพอ	0	0.00
ห้องน้ำมีจำนวนน้อย	0	0.00
สถานที่ไม่สะอาด	6	20.00
ห้องบริการหายาก	3	10.00
อื่นๆ	0	0.00
รวม	**30**	**100.00**

จากตารางที่ 4.14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านบุคลากรไม่เต็มใจในการบริการ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมา คือ บุคลากรพูดจาไม่สุภาพ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 บุคลากรไม่เพียงพอ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 บุคลากรขาดความชำนาญในการให้บริการ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 และเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาด้านบุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
บุคลากรพูดจาไม่สุภาพ	8	26.70
บุคลากรไม่เต็มใจในการบริการ	9	30.00
บุคลากรไม่เพียงพอ	6	20.00
บุคลากรขาดความชำนาญในการให้บริการ	5	16.70
เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ	2	6.70
เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่มีมาตรฐาน	0	0.00
อื่นๆ	0	0.00
รวม	**30**	**100.00**

จากตารางที่ 4.15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านใช้เวลาในการรอรับบริการนาน จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70 รองลงมา คือ การจัดลำดับไม่เป็นระบบ จำนวน 16

คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และใช้เวลาในการรอรับยานาน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาด้านการบริการ

การบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ใช้เวลาในการรอรับบริการนาน	23	76.70
การจัดลำดับไม่เป็นระบบ	16	20.00
ใช้เวลาในการรอรับยานาน	1	3.30
อื่นๆ	0	0.00
รวม	**30**	**100.00**

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

จากสมมติฐานข้อแรกกำหนดว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของหลักประกันวิธีการเดินทาง และความถี่ในการเดินทางมารักษา ที่แตกต่างกันมีผลต่อปัจจัยในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน จึงได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ กับปัจจัยในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

จากสมมติฐานข้อที่สองกำหนดว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของหลักประกันวิธีการเดินทาง และความถี่ในการเดินทางมารักษา ที่แตกต่างกันมีผลต่อปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการของโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน จึงได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการของโรงพยาบาลรัฐ

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

จากสมมติฐานข้อที่สามกำหนดว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของหลักประกัน วิธีการเดินทาง และความถี่ในการเดินทางมารักษา ที่แตกต่างกันมีผลต่อปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน จึงได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐ โดยการทดสอบด้วยค่าสถิติไคว์สแควร์ (Chi-Square) ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 4.16 – 4.33

ตารางที่ 4.16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านเพศ กับปัจจัยในการให้บริการจากโรงพยาบาลรัฐ

เพศ	ระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ชาย	23.3 (2)	60.0 (9)	26.7 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (15)
หญิง	26.7 (4)	53.3 (8)	20.0 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (15)
รวม	**20.0 (6)**	**56.7 (17)**	**23.3 (3)**	**0.0 (0)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = .868, df = 2, Sig = 0.648

จากตารางที่ 4.16 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของเพศและระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ มีค่าเท่ากับ 0.648 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ

ตารางที่ 4.17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านเพศ กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการจากโรงพยาบาลรัฐ

เพศ	ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ชาย	6.7 (1)	53.3 (8)	33.3 (5)	0.0 (0)	6.7 (1)	100.0 (15)
หญิง	20.0 (3)	40.0 (6)	40.0 (6)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (15)
รวม	**13.3 (4)**	**46.7 (14)**	**36.7 (11)**	**0.0 (0)**	**3.3 (1)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 2.377, df = 3, Sig = 0.498

จากตารางที่ 4.17 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของเพศและระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ มีค่าเท่ากับ 0.498 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

ตารางที่ 4.18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านเพศ กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐ

เพศ	ระดับความสำคัญของการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ชาย	20.0(3)	40.0 (6)	33.3 (5)	6.7 (1)	0.0 (0)	100.0 (15)
หญิง	26.7 (4)	40.0 (6)	20.0 (3)	13.3 (2)	0.0 (0)	100.0 (15)
รวม	**23.3 (7)**	**40.0 (12)**	**26.7 (8)**	**10.0 (3)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = .976, df = 3, Sig = 0.807

จากตารางที่ 4.18 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของเพศและระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.807 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการ

ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงต่างมีการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 4.19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านอาชีพ กับปัจจัยด้านการให้บริการจากโรงพยาบาลรัฐ

อาชีพ	ระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0.0 (0)	55.6 (5)	44.4 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (9)
เกษียณอายุ	25.0 (1)	50.0 (2)	25.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (4)
รับราชการ	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
เกษตรกร	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
รับจ้าง	50.0 (1)	50.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (2)
ธุรกิจส่วนตัว	10.0 (1)	80.0 (8)	10.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (10)
พ่อบ้านแม่บ้าน/	60.0 (3)	20.0 (1)	20.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (5)
อื่นๆ	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
รวม	**20.0 (6)**	**56.7 (17)**	**23.3 (7)**	**0.0 (0)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 12.422, df = 8, Sig = 0.133

จากตารางที่ 4.19 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของอาชีพ และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการให้บริการจากโรงพยาบาลรัฐ มีค่าเท่ากับ 0.133 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการให้บริการจากโรงพยาบาลรัฐ กล่าวคือ ไม่ว่าผู้เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลรัฐจะประกอบอาชีพใด ย่อมได้รับการให้บริการที่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านอาชีพ กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

อาชีพ	ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0.0 (0)	66.7 (6)	33.3 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (9)
เกษียณอายุ	0.0 (0)	25.0 (1)	75.0 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (4)
รับราชการ	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
เกษตรกร	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
รับจ้าง	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (2)
ธุรกิจส่วนตัว	30.0 (3)	50.0 (5)	10.0 (1)	0.0 (0)	10.0 (1)	100.0 (10)
พ่อบ้านแม่บ้าน/	20.0 (1)	40.0 (2)	40.0 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (5)
อื่นๆ	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
รวม	**13.3 (4)**	**46.7 (14)**	**36.7 (11)**	**0.0 (0)**	**3.3 (1)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 14.201, df = 12, Sig = 0.288

จากตารางที่ 4.20 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของอาชีพ และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ มีค่าเท่ากับ 0.288 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

ตารางที่ 4.21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านอาชีพ กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการด้านการแพทย์

อาชีพ	ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22.2 (2)	33.3 (3)	44.4 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (9)
เกษียณอายุ	25.0 (1)	50.0 (2)	25.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (4)
รับราชการ	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
เกษตรกร	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
รับจ้าง	50.0 (1)	50.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (2)
ธุรกิจส่วนตัว	20.0 (2)	40.0 (4)	30.0 (3)	10.0 (1)	0.0 (0)	100.0 (10)
พ่อบ้านแม่บ้าน/	20.0 (1)	40.0 (2)	0.0 (0)	40.0 (2)	0.0 (0)	100.0 (5)
อื่นๆ	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
รวม	**23.3 (7)**	**40.0 (12)**	**26.7 (8)**	**10.0 (3)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 9.920, df = 12, Sig = 0.623

จากตารางที่ 21 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของอาชีพ และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ มีค่าเท่ากับ 0.623 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ตารางที่ 4.22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านรายได้เฉลี่ย กับปัจจัยในการให้บริการ

รายได้เฉลี่ยแต่ละเดือน	ระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ไม่มีรายได้	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (0)
ต่ำกว่า 5,000 บาท	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (0)
5,000 – 10,000 บาท	0,0 (0)	75.0 (3)	25.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (4)
10,001 – 15,000 บาท	44.4 (4)	22.2 (2)	33.3 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (9)
15,001 – 20,000 บาท	0.0 (0)	75.0 (6)	25.0 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (8)
มากกว่า 20,000 บาท	22.2 (2)	66.7 (6)	11.1 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (9)
รวม	**20.0 (6)**	**56.7 (17)**	**23.3 (7)**	**0.0 (0)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 8.842, df = 6, Sig = 0.183

จากตารางที่ 22 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของรายได้เฉลี่ย และระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ มีค่าเท่ากับ 0.183 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องรายได้เฉลี่ย ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ

ตารางที่ 4.23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านรายได้เฉลี่ย กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

รายได้เฉลี่ยแต่ละเดือน	ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ไม่มีรายได้	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (0)
ต่ำกว่า 5,000 บาท	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (0)
5,000 – 10,000 บาท	0.0 (0)	50.0 (2)	50.0 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (4)
10,001 – 15,000 บาท	0.0 (0)	55.6 (5)	44.4 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (9)
15,001 – 20,000 บาท	0.0 (0)	50.0 (4)	50.0 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (8)
มากกว่า 20,000 บาท	44.4 (4)	33.3 (3)	11.1 (1)	0.0 (0)	11.1 (1)	100.0 (9)
รวม	**13.3 (4)**	**46.7 (14)**	**36.7 (11)**	**0.0 (0)**	**3.3 (1)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 14.524, df = 9, Sig = 0.105

จากตารางที่ 4.23 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของรายได้เฉลี่ย และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ มีค่าเท่ากับ 0.105 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องรายได้เฉลี่ย ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

ตารางที่ 4.24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านรายได้เฉลี่ย กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์

รายได้เฉลี่ยแต่ละเดือน	ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ไม่มีรายได้	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (0)
ต่ำกว่า 5,000 บาท	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (0)
5,000 – 10,000 บาท	50.0 (2)	0.0 (0)	50.0 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (4)
10,001 – 15,000 บาท	22.2 (2)	44.4 (4)	33.3 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (9)
15,001 – 20,000 บาท	12.5 (1)	62.5 (5)	0.0 (0)	25.0 (2)	0.0 (0)	100.0 (8)
มากกว่า 20,000 บาท	22.2 (2)	33.3 (3)	33.3 (3)	11.1 (1)	0.0 (0)	100.0 (9)
รวม	**23.3 (7)**	**40.0 (12)**	**26.7 (8)**	**10.0 (3)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 10.749, df = 9, Sig = 0.293

จากตารางที่ 4.24 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของรายได้เฉลี่ย และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ มีค่าเท่ากับ 0.293 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องรายได้เฉลี่ย ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ตารางที่ 4.25 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านความถี่ในการมาโรงพยาบาล กับปัจจัยในการให้บริการ

ความถี่ในการมาโรงพยาบาล	ระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
เดือนละ 1 ครั้ง	50.0 (4)	50.0 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (8)
มากกว่าเดือนละ1 ครั้ง	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0(1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (1)
2-3 ครั้งต่อเดือน	0.0 (0)	58.3 (7)	41.7 (5)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (12)
อื่นๆ	22.2 (2)	66.7 (6)	11.1 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (9)
รวม	**20.0 (6)**	**56.7 (17)**	**23.3 (7)**	**0.0 (0)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 13.707, df = 6, Sig = 0.033

จากตารางที่ 4.25 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของความถี่ในการมาโรงพยาบาล และระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ มีค่าเท่ากับ 0.033 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องความถี่ในการมาโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ

ตารางที่ 4.26 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านความถี่ในการมาโรงพยาบาล กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

ความถี่ในการมาโรงพยาบาล	ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
เดือนละ 1 ครั้ง	37.5 (3)	0.0 (0)	62.5 (5)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (8)
มากกว่าเดือนละ 1ครั้ง	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (1)	100.0 (1)
2-3 ครั้งต่อเดือน	8.3 (1)	58.3 (7)	33.3 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (12)
อื่นๆ	0.0 (0)	77.8 (7)	22.2 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (9)
รวม	**13.3 (4)**	**46.7 (14)**	**100.0 (11)**	**0.0 (0)**	**3.3 (1)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 42.850, df = 9, Sig = 0.000

จากตารางที่ 4.26 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของความถี่ในการมาโรงพยาบาล และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ มีค่าเท่ากับ 0.000 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องความถี่ในการมาโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

ตารางที่ 4.27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านความถี่ในการมาโรงพยาบาล กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ความถี่ในการมาโรงพยาบาล	ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
เดือนละ 1 ครั้ง	50.0 (4)	50.0 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (8)
มากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (1)	0.0 (0)	100.0 (1)
2-3 ครั้งต่อเดือน	8.3 (2)	25.0 (3)	58.3 (7)	8.3 (1)	0.0 (0)	100.0 (12)
อื่นๆ	22.2 (2)	55.6 (5)	11.1 (1)	11.1 (1)	0.0 (0)	100.0 (9)
รวม	**23.3 (7)**	**40.0 (12)**	**26.7 (8)**	**10.0 (3)**	**100.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 22.326, df = 9, Sig = 0.008

จากตารางที่ 4.27 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของความถี่ในการมาโรงพยาบาล และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ มีค่าเท่ากับ 0.008 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องความถี่ในการมาโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ตารางที่ 28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล กับปัจจัยในการให้บริการ

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล	ระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ต่ำกว่า 1,000 บาท	28.6 (2)	71.4 (5)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (7)
1,001–3,000 บาท	26.7 (4)	46.7 (7)	26.7 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (15)
3,000 บาทขึ้นไป	0.0 (0)	62.5 (5)	37.5 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (8)
รวม	**20.0 (6)**	**56.7 (17)**	**23.3 (7)**	**0.0 (0)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 5.165, df = 4, Sig = 0.271

จากตารางที่ 4.28 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล และระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ มีค่าเท่ากับ 0.271 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ

ตารางที่ 4.29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล	ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ต่ำกว่า 1,000 บาท	14.3 (1)	14.3 (1)	71.4 (5)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (7)
1,001 – 3,000 บาท	20.0 (3)	40.0 (6)	33.3 (5)	0.0 (0)	6.7 (1)	100.0 (15)
3,000 บาทขึ้นไป	0.0 (0)	87.5 (7)	50.0 (6)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (8)
รวม	**13.3 (4)**	**46.7 (14)**	**36.7 (11)**	**0.0 (0)**	**3.3 (1)**	**100.0 (30)**

หมายดหตุ: Chi-Square = 10.772, df = 6, Sig = 0.096

จากตารางที่ 29 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับ

บริการ มีค่าเท่ากับ 0.096 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

ตารางที่ 4.30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล	**ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์**					**รวม**
	สำคัญมากที่สุด	**สำคัญมาก**	**สำคัญ**	**สำคัญน้อย**	**สำคัญน้อยที่สุด**	
ต่ำกว่า 1,000 บาท	28.6 (2)	42.9 (3)	28.6 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (7)
1,001 – 3,000 บาท	26.7 (4)	33.3 (5)	20.0 (3)	20.0 (3)	0.0 (0)	100.0 (15)
3,000 บาทขึ้นไป	12.5 (1)	50.0 (4)	37.5 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (8)
รวม	**23.3 (7)**	**40.0 (12)**	**26.7 (8)**	**10.0 (3)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 4.549, df = 6, Sig = 0.603

จากตารางที่ 4.30 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ มีค่าเท่ากับ 0.603 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ตารางที่ 4.31 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านสวัสดิการรักษาพยาบาล กับปัจจัยในการให้บริการ

สวัสดิการรักษาพยาบาล	ระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการ	20.0 (1)	80.0 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (5)
ใช้สิทธิสวัสดิการ	20.0 (5)	52.0 (13)	28.0 (7)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (25)
รวม	**20.0 (6)**	**56.7 (17)**	**23.3 (7)**	**0.0 (0)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 1.976,df = 2, Sig = 0.372

จากตารางที่ 4.31 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของสวัสดิการรักษาพยาบาล และระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ มีค่าเท่ากับ 0.372 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องสวัสดิการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยในการให้บริการ

ตารางที่ 4.32 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านสวัสดิการรักษาพยาบาล กับปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

สวัสดิการรักษาพยาบาล	ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการ	40.0 (2)	40.0 (2)	20.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (5)
ใช้สิทธิสวัสดิการ	8.0 (2)	48.0 (12)	40.0 (10)	0.0 (0)	4.0 (1)	100.0 (25)
รวม	**13.3 (4)**	**46.7 (14)**	**36.7 (11)**	**0.0 (0)**	**3.3 (1)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 3.912, df = 3, Sig = 0.271

จากตารางที่ 4.32 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของสวัสดิการรักษาพยาบาล และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ มีค่าเท่ากับ 0.271 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่อง

สวัสดิการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการ

ตารางที่ 4.33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทางด้านสวัสดิการรักษาพยาบาล กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์

สวัสดิการรักษาพยาบาล	ระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์					รวม
	สำคัญมากที่สุด	สำคัญมาก	สำคัญ	สำคัญน้อย	สำคัญน้อยที่สุด	
ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการ	40.0 (2)	40.0 (2)	20.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (5)
ใช้สิทธิสวัสดิการ	20.0 (5)	40.0 (10)	28.0 (7)	12.0 (3)	0.0 (0)	100.0 (25)
รวม	**23.3 (7)**	**40.0 (12)**	**26.7 (8)**	**10.0 (3)**	**0.0 (0)**	**100.0 (30)**

หมายเหตุ: Chi-Square = 1.414, df = 3, Sig = 0.702

จากตารางที่ 4.33 เมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square พบว่า ค่า sig ของสวัสดิการรักษาพยาบาล และระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ มีค่าเท่ากับ 0.702 ซึ่งมีค่ามากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เรื่องสวัสดิการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำคัญของปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์

จากการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า Chi-Square ของตัวแปรแต่ละด้าน พบว่า เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ มีเพียงปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ “ความถี่ในการมาโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ” เพียงปัจจัยเดียว ที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการให้บริการ ด้านต้นทุนของการรับบริการ และด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า ความถี่ในการมาโรงพยาบาลของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการให้บริการ ปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการและปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ หากผู้สูงอายุมีความถี่ในการมาโรงพยาบาลมาก ยิ่งส่งให้มีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยทั้งสามด้านมากขึ้นตามไปด้วยนั่นเอง

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 30 คน

งานวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการการให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยการแจกแบบสอบถามให้แก่ ผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถาม โดยอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยที่ได้จากการทบทวนเอกสาร บทความ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การประมวลผลข้อมูลดำเนินการผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อหาค่าทางสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าไคว์สแควร์ และนำเสนอข้อมูลในรูปตาราง จากการศึกษาสามารถสรุปผลได้ ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล” สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาประกอบด้วย ความถี่ และร้อยละ โดยแบ่งผลวิเคราะห์ออกเป็น ดังนี้

ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีสัดส่วนจำนวนที่เท่ากันคือ เพศชาย ร้อยละ 50 เพศหญิง ร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่มีกลุ่มช่วงอายุ 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.60

มีเขตพื้นที่ที่อยู่อาศัยอยู่ที่กรุงเทพฯและปริมณฑล คิดเป็นร้อยละ 100.00 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 33.30 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 10,001- 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.00 ซึ่งมีความถี่ในการมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ที่ 2-3 เดือนต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40.00 โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทางแพทย์ในแต่ละครั้งอยู่ที่ 1,001-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 และส่วนใหญ่กลุ่มผู้สูงอายุใช้สิทธิจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 50.00

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในรูปตารางค่าเฉลี่ย ( ) และ $\overline{X}$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยแบ่งผลวิเคราะห์ออกเป็น ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล สามารถสรุปผลการศึกษาจากตารางได้ว่า

ด้านค่าใช้จ่าย กลุ่มผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับค่าใช้จ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค และค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.90 และ 3.70 รองลงมา คือค่าเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ และค่ารักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.66, 3.60 ที่น้อยที่สุด คือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.56

ด้านสถานที่ กลุ่มผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่อยู่ของท่านมากเกินไป, มีความสะอาดมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดี และมีป้ายบอกทางอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.16 , 4.00 และ 3.80 รองลงมา คือ ป้ายระบุชื่อห้องชัดเจน มีพื้นที่รองรับบริการที่เพียงพอ เช่น เก้าอี้นั่ง มีราวจับบริเวณทางเดิน มีห้องน้ำพิเศษสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และมีแผ่นรองกันลื่นบริเวณทางเดิน โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.73, 3.60, 3.40, 3.36 และ 3.33 ตามลำดับ

ด้านบุคลากร กลุ่มผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับแพทย์ผู้ตรวจ พยาบาลมีความรู้ ความชำนาญ และแพทย์มีความกระตือรือร้นที่จะบริการ โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.03 และ 3.90 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส เต็มใจให้บริการ บุคลากรของโรงพยาบาลมีเพียงพอต่อการให้บริการ และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อคนไข้ด้วยความสุภาพอ่อนโยน โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.70, 3.60 และ 3.53 ตามลำดับ

ด้านระบบการให้บริการ กลุ่มผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับคุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์มีมาตรฐานและมีคุณภาพดี และอุปกรณ์ทางการแพทย์มีมาตรฐานและทันสมัย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.10 และ 4.06 รองลงมา คือ จำนวนอุปกรณ์ทางการแพทย์มีเพียงพอต่อการรับบริการ การให้

คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา มีการจัดลำดับในการบริการอย่างมีมาตรฐาน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.00, 3.96, 3.80 ที่น้อยที่สุด คือ เวลาที่ใช้ในการรักษา โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.63

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในรูปความถี่ และร้อยละ สามารถสรุปผลการศึกษาจากตารางได้ว่า

ปัญหาด้านสถานที่ กลุ่มผู้สูงอายุจะประสบปัญหากับ ที่จอดรถไม่เพียงพอ การเดินทางไม่สะดวก และสถานที่ไม่สะอาดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70, 33.30 และ 20.00 ที่น้อยที่สุด คือ ห้องบริการหายาก คิดเป็นร้อยละ 10.00

ปัญหาด้านบุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ กลุ่มผู้สูงอายุจะประสบปัญหากับ บุคลากรไม่เต็มใจในการบริการ บุคลากรพูดจาไม่สุภาพมากที่สุดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 26.70 รองลงมา คือ บุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความชำนาญในการให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 16.70 ที่น้อยที่สุด คือ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 6.70

ปัญหาด้านการบริการ กลุ่มผู้สูงอายุจะประสบปัญหากับ ใช้เวลาในการรอรับบริการนานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.70 รองลงมา คือ การจัดลำดับไม่เป็นระบบ คิดเป็นร้อยละ 20.00 และใช้เวลาในการรอรับยานาน คิดเป็นร้อยละ 3.30

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน เพื่อทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ

จากสมมติฐานข้อแรกกำหนดว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของหลักประกัน วิธีการเดินทาง และความถี่ในการเดินทางมารักษา ที่แตกต่างกันมีผลต่อปัจจัยในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน

- จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะของเพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของหลักประกัน และวิธีการเดินทางที่แตกต่างกัน มีผลต่อปัจจัยในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน ยกเว้นความถี่ในการเดินทางมารักษา ที่ไม่มีผลต่อปัจจัยในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน

จากสมมติฐานข้อที่สองกำหนดว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของหลักประกัน วิธีการเดินทาง และความถี่ในการเดินทางมารักษา ที่แตกต่างกันมีผลต่อปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการของโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน

- จากการทดสอบสมมติฐาน ผู้สูงอายุที่มีลักษณะของเพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของหลักประกัน และวิธีการเดินทางที่แตกต่างกัน มีผลต่อปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการของโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน ยกเว้นความถี่ในการเดินทางมารักษาที่ไม่มีผลต่อปัจจัยด้านต้นทุนของการรับบริการของโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน

จากสมมติฐานข้อที่สามกำหนดว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของหลักประกัน วิธีการเดินทาง และความถี่ในการเดินทางมารักษา ที่แตกต่างกันมีผลต่อปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน จึงได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ กับปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐ

- จากการทดสอบสมมติฐาน ผู้สูงอายุที่มีลักษณะของเพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพ ประเภทของหลักประกัน และวิธีการเดินทางที่แตกต่างกัน มีผลต่อปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน ยกเว้นความถี่ในการเดินทางมารักษา ที่ไม่มีผลต่อปัจจัยด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกัน

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาถึงปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล มีประเด็นในการอภิปรายผล ดังนี้

จากผลการวิจัย ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่เท่ากัน มีช่วงอายุ 60-65 ปี มีเขตพื้นที่ที่อยู่อาศัยในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 10,001-15,000 บาท และมากกว่า 20,000 บาท ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับงานวิจัยของธฤษณุ แสงจันทร์ (2554) ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเทคนิคที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด จำแนกตามตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรเพศของผู้สูงอายุ อายุของผู้สูงอายุ เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย อาชีพของผู้สูงอายุ รายได้ของผู้สูงอายุ ความถี่ในการไปโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษาจากทางแพทย์

ด้านปัจจัยมีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล พบว่า

- ด้านค่าใช้จ่าย กลุ่มผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญกับค่าใช้จ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค และค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ (2553) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้มารับบริการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า การที่ผู้บริโภคมีประเภทของการประกันสุขภาพ หรือสิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาลในด้านต่างๆอยู่ในมือ ทำให้เป็นการลดต้นทุนในการรักษาพยาบาล เพราะเมื่อมีการเจ็บไข้เกิดขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากเวลาปกติมาก เป็นการลดอุปสรรคในการไปรักษาสุขภาพในยามเจ็บไข้ และเป็นการยกระดับฐานะของผู้บริโภคให้สูงขึ้น จากเดิมที่เป็นผู้ที่ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาลมาเป็นผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการบริการเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลเป็นผู้กำหนดราคาของบริการมากกว่าผู้รับการรักษาพยาบาล ดังนั้นจึงทำให้ราคาของบริการมากกว่าผู้รับการรักษาพยาบาล ดังนั้นจึงทำให้ราคาของบริการในการรักษาพยาบาลคงที่อยู่ในระยะเวลานาน การเปลี่ยนแปลงปริมาณความต้องการรักษาพยาบาลมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงความพอใจของผู้บริโภค

- ด้านสถานที่ กลุ่มผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่อยู่อาศัยมากเกินไป ความสะอาด มีสภาพแวดล้อมที่ดี และมีป้ายบอกอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปาณบดี เอกะจัมปกะ และนิธิศ วัฒนมะโน (2553) ที่ทำการศึกษาเรื่อง องค์ประกอบในการจัดตั้งสถานพยาบาลของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมอยู่ในชุมชมใกล้บ้าน และเดินทางสะดวก ควรมีสถานที่ตั้งแถบชานเมือง มีสภาพแวดล้อมดีอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับวัด โบสถ์ ห้องสมุด โรงละคร โรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้การก่อสร้างสถานที่สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีการออกแบบให้เหมาะสมกับกายภาพของผู้สูงอายุ และข้อจำกัดทางด้านร่างกาย พร้อมทั้งพื้นที่ภายใน และภายนอกอาคาร เพื่อใช้ในกิจกรรมต่างๆ ควรมีการออกแบบให้มีบรรยากาศคล้ายบ้านพักอาศัยที่อบอุ่น มีระบบสาธารณูปโภค และสาธารณูปการที่ดี มีการจัดระบบการรักษาความความสะอาด การถ่ายเทของอากาศที่ดี และแสงธรรมชาติสามารถเข้าถึงได้ รวมไปถึงป้าย การใช้สีสำหรับป้ายต่างๆ ควรใช้สีน้ำเงินบนพื้นสีขาว ซึ่งเป็นตัวอักษรที่ผู้สูงอายุมองเห็นชัดที่สุด

- ด้านบุคลากร กลุ่มผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญกับแพทย์ผู้ตรวจ พยาบาลมีความรู้ความชำนาญ และแพทย์มีความกระตือรือร้นที่จะบริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปาณบดี เอกะจัมปกะ และนิธิศ วัฒนมะโน (2553) ที่ทำการศึกษาเรื่อง องค์ประกอบในการจัดตั้งสถานพยาบาลของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาล จำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ ทั้งนี้มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแล เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในทีมการดูแล เมื่อผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับ

การดูแลผู้สูงอายุ ก็จะรายงานให้แก่พยาบาลในทีมรับทราบ และให้ความช่วยเหลือแก้ปัญหาต่อไป นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่ที่มีอัธยาศัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส เต็มใจให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Parasuramanetal (1985) ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยพื้นฐานที่ผู้บริโภคใช้ในการตัดสินคุณภาพของการบริการ ผลการวิจัยพบว่า ความมีอัธยาศัย (Courtesy) ของพนักงานที่ให้บริการลูกค้าต้องมีอัธยาศัยไมตรี มีความสุภาพ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี รวมไปถึงการแต่งกายที่สุภาพและเหมาะสมของพนักงานด้วย รวมไปถึงการเข้าใจ และการรู้จักลูกค้า (Understanding / Knowing the customer) การเข้าใจความต้องการของลูกค้า และเรียนรู้เกี่ยวกับความต้องการส่วนตัว ให้ความสนใจลูกค้าเฉพาะบุคคล และสามารถจำชื่อลูกค้าได้ ในที่นี้การมีอัธยาศัยที่ดีแก่ผู้สูงอายุ มีความสุภาพอ่อนโยน เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดี ก่อให้เกิดความประทับใจในตัวผู้ให้บริการ

- ด้านระบบการให้บริการ กลุ่มผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์มีมาตรฐานและมีคุณภาพดี รวมไปถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์มีมาตรฐานและทันสมัย การจัดลำดับในการบริการอย่างมีมาตรฐาน และเวลาที่ใช้ในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปาณบดี เอกะจัมปกะ และนิธิศ วัฒนมะโน (2553) ที่ทำการศึกษาเรื่อง องค์ประกอบในการจัดตั้งสถานพยาบาลของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า การเลือกใช้อุปกรณ์ดูแลผู้สูงอายุ อุปกรณ์และเครื่องมือที่เลือกใช้จึงต้องมีมาตรฐาน มีความแตกต่างตามความจำเป็น โดยส่วนใหญ่มีการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น เตียง โต๊ะคร่อมเตียง รถเข็น ชุดให้ออกซิเจน เครื่องพ่นยา เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) คือ ความตั้งใจและความพร้อมที่จะให้บริการของพนักงาน รวมไปถึงความเหมาะสมของระยะเวลาการให้บริการด้วย เช่น พนักงานจะต้องให้บริการ และแก้ปัญหาของลูกค้าอย่างรวดเร็วตามความต้องการของลูกค้า ความสามารถของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง คุณสมบัติในการมีทักษะ และความรู้ความสามารถในการให้บริการ นั่นคือ พนักงานที่ให้บริการลูกค้าต้องมีความรู้ ความชำนาญ และความสามารถในงานที่ให้บริการ

ด้านปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล พบว่า

- ปัญหาด้านสถานที่ กลุ่มผู้สูงอายุได้ประสบปัญหาด้านที่จอดรถไม่เพียงพอ การเดินทางไม่สะดวก และสถานที่ไม่สะอาด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอธิคม กรองทอง (2551) ที่ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อการให้บริการด้านการจราจรและสถานที่จอดรถภายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการนำรถยนต์มาโรงพยาบาล

ประกอบด้วย ความพอเพียง ความสะดวกสบาย เวลาที่ต้องใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยผู้เดินทางมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่คำนึงถึงความสะดวกสบายเป็นหลัก

- ปัญหาด้านบุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ กลุ่มผู้สูงอายุได้ประสบปัญหาด้านบุคลากรไม่เต็มใจในการบริการ บุคลากรพูดจาไม่สุภาพ บุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปาณบดี เอกะจัมปกะ และนิธิศ วัฒนมะโน (2553) ที่ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพของการบริการ พบว่า ความสามารถของผู้ให้บริการ จะต้องมีทักษะ และความรู้ความสามารถในการให้บริการ รวมไปถึงความชำนาญ และรู้ขอบเขตในงานที่ให้บริการเป็นอย่างดี ตลอดจนการมีอัธยาศัยที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใสในการให้บริการ เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนนำไปสู่การทำให้ผู้สูงอายุเกิดความประทับใจ และพึงพอใจในการมาใช้บริการ

- ปัญหาด้านการบริการ กลุ่มผู้สูงอายุได้ประสบปัญหาด้านการใช้เวลาในการรอรับบริการนาน การจัดลำดับไม่เป็นระบบ และใช้เวลาในการรอรับยานาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปาณบดี เอกะจัมปกะ และนิธิศ วัฒนมะโน (2553) ที่ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพของการบริการ พบว่า ความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร การบริการที่มอบให้แก่ลูกค้าต้องอำนวยความสะดวกในด้านเวลาที่ให้และรับบริการ และสถานที่ ไม่ให้ลูกค้าต้องคอยนาน การอธิบายให้ลูกค้าเข้าใจ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เช่นข้อมูลการจัดลำดับคิวว่าตอนนี้อยู่คิวที่เท่าไร รวมไปถึงการให้คำแนะนำในการใช้ยา แจกแจงอัตราค่าบริการ ส่วนลดว่ามีค่าใช้จ่ายใดบ้าง

จากผลการศึกษาพบว่า ความถี่ในการมาโรงพยาบาลของผู้สูงอายุมีผลต่อด้านการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ ด้านต้นทุนของการรับบริการของรัฐ และด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อเป็นการกระตุ้น หรือเพิ่มจำนวนให้ผู้สูงอายุไปใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐ ทางโรงพยาบาลควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ครบครันเพื่อตอบสนองผู้สูงอายุในการไปใช้บริการ ไม่ว่าจะเป็นการเดินทางที่สะดวก ที่อยู่อาศัยอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล มีราวจับ มีแผ่นกันลื่นบริเวณทางเดิน ด้านค่าใช้จ่ายที่มีราคาเหมาะสม ไม่แพงจนเกินไป สามารถใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลเพื่อใช้ในการเบิกค่ารักษา นับเป็นการลดรายจ่ายอีกทางหนึ่ง ตลอดจนการบริการของของบุคลากรที่ต้องมีอัธยาศัยที่ดี พูดจาสุภาพอ่อนโยน มีความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการให้บริการ ดังนั้นสิ่งสำคัญ คือ สิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสถานที่ ด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ การบริการของบุคลากรที่มีต่อผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มความถี่ในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

5.3 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ที่จอดรถเป็นสิ่งสำคัญที่จะคอยอำนวยความสะดวกให้เพียงพอต่อความต้องการ และการจัดรถรับส่งตามจุดต่างๆให้ผู้ที่ไม่ได้เดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัว หรือจอดรถในบริเวณที่ไกลไปจากจุดให้บริการ ให้ได้รับความสะดวกสบายจึงถือเป็นเรื่องที่ทางโรงพยาบาลควรจัดหามาให้เพื่อความสะดวกสบายแก่ผู้มาใช้บริการ

2. โรงพยาบาลควรพัฒนาการบริการด้านต่างๆ / สิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็น ราวจับ ทางเดินกันลื่น ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ทางโรงพยาบาลควรมีมาตรฐานในด้านของการจัดคิว คุณภาพของยาและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับความพึงพอใจมากที่สุด และตอบสนองได้ครอบคลุมต่อผู้ที่มาใช้บริการ

4. จากผลการวิจัยพบว่า ในอนาคตที่จะเข้าถึงสังคมผู้สูงอายุ การที่ยิ่งมีอายุยืนยาวมากขึ้น ความเสื่อมถอยยิ่งมีมากขึ้นตามลำดับ โอกาสการเผชิญกับภาวการณ์เจ็บป่วย และการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงมีมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ อัตราการเป็นภาระวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น และอัตราส่วนการเป็นภาระวัยเด็กมีแนวโน้มลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยกำลังแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในอนาคตประเทศไทยอาจจะต้องประสบกับปัญหาการขาดแคลนแรงงานได้ ซึ่งระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยส่งผลให้ขาดความสนใจความรู้ในการดูแลสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศ

5. ความต้องการบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันมีมากขึ้นตามภาวะของโรคและการเสื่อมถอยของร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุแสวงหาและการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล การได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เช่น บัตรประกันสุขภาพ บำเหน็จต่างๆ หรือแม้กระทั่งการใช้สิทธิจากการทำประกัน เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการได้มากขึ้น และไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ในอนาคตที่ภาระพึ่งพิงมากขึ้น ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการช่วยเหลือตัวเองน้อยลง อุปสรรคจากสภาพร่างกายผู้สูงอายุ และการขาดผู้ดูแลยามเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ตามที่ต้องการ การให้บริการสุขภาพต้องเปลี่ยนเป็นเชิงรุกมากขึ้น เพื่อให้การเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบาย ผู้สูงอายุจะต้องได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะเรื่องการรักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วยแล้วผู้สูงอายุจะเข้ารับบริการได้หรือไม่ หรือได้รับบริการที่เหมาะสมกับลักษณะการเจ็บป่วยหรือไม่ เช่น การเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆ ซื้อยากินเอง หรือไปรักษาตามคลินิก หรือไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา

5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล โดยมีการร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว จึงควรศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ควรมีการศึกษาถึงการเข้ารับบริการสุขภาพเฉพาะโรคของผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง มะเร็ง เบาหวาน หัวใจ ฯลฯ จะได้ทราบว่าการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลในแต่ละโรคนั้นมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. (2551). *รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกยูร วิศาลเวทย์. (2556). *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.moph.go.th/ops/thp/

นงนวล พูลเกสร. (2545). *"ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร."* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2550). "การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว ความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ." ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2550 สมาคมพฤฒิวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เรื่องการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประทีป ธนกิจเจริญ. (2556). *ทิศทางระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2551 ประเด็นที่น่าสนใจ*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: www.thaicne.com/images/1200462967/pantip_2008.ppt

มนู วาสิสุนทร. (2550). "การพัฒนานโยบายและการจัดบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care)" ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2550 สมาคมพฤฒิวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย: การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2555). *รายงานวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท.* กรุงเทพฯ: สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550). "การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวผู้สูงอายุ." ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2550 สมาคมพฤฒิวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย: การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ศิวัสน์ เหลืองสมบูรณ์ (2556). *ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประสิทธิภาพกับความยั่งยืนทางการคลัง*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nidambe11.net/ekonomiz/2013q3/2013september13p4.htm

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ (2556). *ทิศทางการพัฒนางานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: www.thaihed.com/dbweb/file_attch/24Dec2013-AttachFile

ศูนย์บริการข้อมูลภาครัฐเพื่อประชาชน. *ลงทะเบียนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.gcc.go.th/gcc/index.php

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2557). *รายงานการวิจัย: สถานการณ์การบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท*. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบล็อก.

สมพร ใจสมุทร. (2547). *"พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง."* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547 [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.db.hitap.net/thesises/10

สุกัญญา ประจุศิลปะ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2548). *รายงานวิจัยสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ประชากรชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร*. 2548 [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: http://www.research.chula.sc.th/cu_ออนไลน์/2548/1.htm

สุปราณี เชยชม. (2545). *"การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโครงการกาญจนบุรี."* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์. (2545). *"การเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดภูเก็ต."* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก: แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อการศึกษาปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิตสาขาการตลาดวิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดล ข้อมูลที่ได้รับจากท่านทางผู้จัดทำวิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำไปใช้วางแผนเพื่อประกอบการดำเนินการของมหาวิทยาลัยให้เหมาะสม จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้

โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์

ส่วนที่ 2: ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

ส่วนที่ 3: ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย √ ลงใน ( ) หน้าข้อที่ท่านต้องการเลือก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. เขตพื้นที่อยู่อาศัย
   ( ) กรุงเทพฯ และปริมณฑล ( ) ต่างจังหวัด
4. อาชีพในปัจจุบัน
   ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) เกษียณอายุ ( ) รับราชการ
   ( ) เกษตรกร ( ) รับจ้าง ( ) ธุรกิจส่วนตัว
   ( ) พ่อบ้านหรือแม่บ้าน ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....

5. รายได้เฉลี่ยของท่านในแต่ละเดือน

( ) ไม่เสียค่าใช้จ่าย ( ) ต่ำกว่า 5,000 บาท ( ) 5,000 – 10,000 บาท

( ) 10,001 – 15,000 บาท ( ) 15,001 – 20,000 บาท ( ) มากกว่า 20,000 บาท

6. ท่านมาโรงพยาบาลบ่อยเพียงใด

( ) เดือนละ 1 ครั้ง ( ) มากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง

( ) 2 – 3 เดือนต่อครั้ง ( ) อื่นๆ (ระบุ)

7. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้ง

( ) ต่ำกว่า 1,000 บาท ( ) 1,001 – 3,000 บาท ( ) 3,000 บาทขึ้นไป

8. ท่านใช้สิทธิในสวัสดิการรักษาพยาบาลหรือไม่ หากท่านใช้ ท่านใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลใด

( ) ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล

( ) ใช้สิทธิ คือ

( ) บำเหน็จปกติ

( ) บำเหน็จลูกจ้าง

( ) บำเหน็จตกทอด

( ) บำเหน็จพิเศษ

( ) ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

( ) จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ประสบภัยเนื่องจากการช่วยเหลือราชการฯ

( ) อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

ปัจจัยในการรับบริการ	ระดับความสำคัญของปัจจัย				
	5	4	3	2	1
ด้านค่าใช้จ่าย					
1. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง					
2. ค่ารักษาพยาบาล					
3. ค่าเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์					
4. ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์					
5. ค่าใช้จ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค					
ด้านสถานที่					
1. โรงพยาบาลตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่อยู่ของท่านมากเกินไป					
2. มีความสะอาดมีการจัดสภาพแวดล้อมดี					
3. มีพื้นที่รองรับบริการที่เพียงพอเช่น เก้าอี้นั่ง					
4. มีแผ่นรองกันลื่นบริเวณทางเดิน					
5. มีราวจับบริเวณทางเดิน					
6. มีป้ายบอกทางอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย					
7. มีห้องน้ำพิเศษสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ					
8. ห้องบริการต่างๆหาง่าย และมีป้ายระบุชื่อห้องชัดเจน					
ด้านบุคลากร					
1. เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส เต็มใจบริการ					
2. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อคนไข้ด้วยความสุภาพอ่อนโยน					
3. บุคลากรของโรงพยาบาลมีเพียงพอต่อการให้บริการ					
4. แพทย์ผู้ตรวจ พยาบาล มีความรู้ ความชำนาญ					
5. แพทย์ความกระตือรือร้นที่จะบริการ					

ปัจจัยในการรับบริการ	ระดับความสำคัญของปัจจัย				
	5	4	3	2	1
ด้านระบบการให้บริการ					
1. มีการจัดลำดับในการบริการอย่างมีมาตรฐาน					
2. อุปกรณ์ทางการแพทย์มีมาตรฐานและทันสมัย					
3. จำนวนอุปกรณ์ทางการแพทย์มีเพียงพอต่อการรับบริการ					
4. คุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์ มีมาตรฐานและคุณภาพดี					
5. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา					
6. เวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา					

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

1. ปัญหา และอุปสรรคจากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกที่พบเจอ

- ด้านสถานที่ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

( ) การเดินทางไม่สะดวก ( ) ที่จอดรถไม่เพียงพอ ( ) ที่นั่งเพียงพอ

( ) ห้องน้ำมีจำนวนน้อย ( ) สถานที่ไม่สะอาด ( ) ห้องบริการหายาก

( ) อื่นๆ (ระบุ) .....

- ด้านบุคลากรทางการแพทย์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

( ) บุคลากรพูดจาไม่สุภาพ ( ) บุคลากรไม่เต็มใจในการบริการ

( ) บุคลากรไม่เพียงพอ ( ) บุคลากรขาดความชำนาญในการให้บริการ

( ) เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

( ) เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่มีมาตรฐาน

( ) อื่นๆ (ระบุ) .....

- ด้านการบริการ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

( ) ใช้เวลาในการรอรับบริการนาน ( ) การจัดลำดับไม่เป็นระบบ

( ) ใช้เวลาในการรอรับยานาน

( ) อื่นๆ (ระบุ) .....

2. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการเข้าถึงการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือค่ะ