

ภาวะสุขภาพและความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ
ของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
HEALTH STATUS AND HEALTH SERVICE NEEDS OF PEOPLE IN THE SUPERVISION
OF PANYANANTHAPHIKKHU MEDICAL CENTER, CHONPRATHAN,
SRINAKHARINWIROT UNIVERSITY

วิลาวัลย์ เต็มกลิ่นจันทร์^{1*}, ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์², ผดุงศิลป์ เฟื่องชะอุ่ม³

Vilaval Termklinchan^{1*}, Pankarin Hoyrat², Padungsin Pengchaum³

¹สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹Department of Family Medicine, Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center, Srinakharinwirot University.

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

²Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University.

³งานวิจัย ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³Division of Research Services, Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center, Srinakharinwirot University.

*Corresponding author, e-mail: drple22@gmail.com

Received: 23 February 2023; **Revised:** 14 November 2023; **Accepted:** 29 November 2023

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงของประชากรโลกทั้งในเชิงโครงสร้างและพฤติกรรมมีส่วนแตกต่างกันไปจากเดิม ประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มมากขึ้นและวัยแรงงานมีจำนวนลดลง ส่งผลต่อความต้องการใช้ระบบบริการสุขภาพที่อาจเปลี่ยนแปลงไป การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงสำรวจเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตการดูแลรับผิดชอบของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จำนวน 1,537 คน สุ่มเลือกโดยใช้วิธี Multistage Random Sampling จากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 7 แห่งในเขตรับผิดชอบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระยะเวลา 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า จำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 34.1 โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุในอำเภอปากเกร็ดและจังหวัดนนทบุรี คิดเป็นร้อยละ 47 และ 45 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 51.1 อาชีพรับจ้างทั่วไปและไม่ได้ประกอบอาชีพ รวมร้อยละ 45.3 และมีรายได้มากกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 10.6 มีภาระในการเลี้ยงดูสวัสดิการผู้สูงอายุและสวัสดิการทางสังคมอื่น ๆ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ส่งผลกระทบสุขภาพของวัยแรงงาน มีสัดส่วนของการไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 23.1 แต่มีอาหารที่รับประทานมีประโยชน์เป็นประจำหมวดปลา/เนื้อสัตว์/ไขมัน/ถั่ว ร้อยละ 72.9 และผักผลไม้ ร้อยละ 80.5 ภาพรวมทั้งวัยแรงงานและวัยสูงอายุเป็นโรคไม่ติดต่อมากที่สุด ร้อยละ 92.3 โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 65.8 ประชาชนไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 31.3 และไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 51

และร้อยละ 48 ตามลำดับ และไม่เคยรับการตรวจฟัน ร้อยละ 42.4 สิทธิการรักษาที่ใช้มากที่สุด คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 57.2 และเลือกสถานบริการสุขภาพของรัฐ ร้อยละ 82.3 เพราะการเดินทางสะดวก แต่ยังพบมีปัญหาการใช้บริการสุขภาพ ร้อยละ 16.4 เนื่องจากจากระบบให้บริการล่าช้าและรอคิวนาน ร้อยละ 56.6 และบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ ร้อยละ 31.1 ในกลุ่มที่ไม่ใช้สถานบริการสุขภาพจะเลือกการซื้อยามารับประทานเองมากที่สุด ร้อยละ 57.1 และพบว่าประชาชนในอำเภอปากเกร็ดเข้าสู่ระยะสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) เรียบร้อยแล้ว โดยประชาชน ร้อยละ 10.6 มีภาระในการเลี้ยงดูสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ การเดินทางที่สะดวกเป็นปัจจัยสำคัญในความต้องการใช้บริการสุขภาพ ประชาชนมีความต้องการใช้บริการสุขภาพในหน่วยบริการของรัฐจำนวนมากส่งผลต่อระบบบริการล่าช้าและจำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอ

คำสำคัญ: ความต้องการข้อมูลของผู้รับบริการสุขภาพ; สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า; การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ; การขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข; สังคมสูงวัยระดับสุดยอด

Abstract

Both structural and behavioral of the global population dynamics are different proportions. The aging population is increasing and the number of working age is declining that affecting the health service needs which may change. The purpose was to survey research about the health status and health service needs of 1,537 people in the area of responsibility of Panyananthaphikkhu Chonprathan Medical Center. They randomly selected by multistage random sampling from 7 primary care units. Data were collected using a 3-month questionnaire. Descriptive statistical analysis included frequency and percentage. The results showed that the number of elderly in the sample, Pakkret District and Nonthaburi Province were 34.1%, 47%, and 45% respectively. Most of the average monthly income was less than 10,000 baht (51.1%). They were general workers, did not have a total occupation (45.3%), had an income of more than 25,000 baht (10.6%) had the burden of raising the welfare of the elderly and other social welfare such as the elderly allowance, Universal Health Coverage Rights affected the health of the working-age population. There was a proportion of physical inactivity (23.1%) and a healthy diet regularly in the categories of fish/lean meat/nuts (72.9%) and fruits and vegetables (80.5%). Non-communicable disease was the most common (92.3%). Hypertension was the most common disease (65.8%) People did not receive annual health check-ups (31.3%). Cervical cancer screening and breast self-examination were not performed 51% and 48% respectively and never had a dental examination (42.4%). Universal coverage health insurance privileges (57.2%) when they were sick, they went to a health facility (88.8%) and chose a public health facility (82.3%) because it was convenient to access (74.4%), but still had problems using health services (16.4%) due to a delayed service system (56.6%) and insufficient health care personnel (31.1%). In the group that did not use a health facility, they chose to buy their medicine over the counter (57.1%). People in Pakkret District have already entered the super-aged society. People (10.6%) had the burden of raising various social welfare benefits. Convenient transportation was an important factor in the health service needs. People had a high demand for public health care services resulting in delayed service systems and an insufficient number of personnel.

Keywords: Information Needs of Health Service Users; Universal Health Coverage; Access to Healthcare Service; Shortage of Healthcare Personnel; Super Aged Society

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์ในโลกปัจจุบันนับว่ามีอิทธิพลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประชาคมโลก นอกจากนั้นยังส่งผลต่อบัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของประชากรโลกทั้งในเชิงโครงสร้างและพฤติกรรม ประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มมากขึ้นและวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลงโดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรมและความเป็นเมืองที่แผ่ขยายมากขึ้นรวมทั้งปัญหา สิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลง บัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม ประชาชนเกิดความเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันปัญหาสุขภาพอันดับต้นของสังคมไทย คือ โรคจากพฤติกรรมทางสุขภาพจากการสำรวจภาวะสุขภาพพบว่า โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนเกิดอุบัติการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 12,519,926 คน หรือร้อยละ 18.94 ของประชากร แบ่งเป็นชาย 5,512,223 คน หญิง 7,007,703 คน เนื่องจากอัตราเกิดลดลง สัดส่วนวัยแรงงานลดลง การพัฒนาคนดูแลในทุกช่วงวัยจึงเป็นเรื่องสำคัญ [1] จากข้อมูลในไตรมาสแรกของปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุที่ต้องมีคนดูแลมากถึง 1.6 ล้านคนและผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ 4.5 แสนคน มียอดการเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังรวม 1.41 แสนคน เพิ่มขึ้นจากไตรมาสเดียวกันของปี 2565 ถึงร้อยละ 124.5 โรคเฝ้าระวังส่วนใหญ่มาจากโรคติดเชื้อ เช่น โรคโควิด-19 มือเท้าปาก ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ นอกจากนี้พบโรคเกี่ยวกับมลพิษทางอากาศสูงถึง 3.11 ล้านราย โดยส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กและผู้สูงอายุ เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันน้อยจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย สำหรับโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง มีข้อมูลวัยแรงงานในปี พ.ศ. 2566 มีการจ้างงานปรับตัวดีขึ้น ชั่วโมงการทำงานและการทำงานล่วงเวลาปรับตัวดีขึ้น อัตราการว่างงานลดลงเทียบเท่ากับภาวะปกติ โดยมีผู้มีงานทำจำนวนทั้งสิ้น 39.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 2.4 จากสถานการณ์โควิด-19 ที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น แรงงานมีการทำงานล่วงเวลามากขึ้น และได้รับค่าจ้างเพิ่ม ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยของภาคเอกชนอยู่ 44.3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5 จากช่วงเดียวกันของปีก่อน โดยมีผู้ทำงานล่วงเวลาหรือทำงานมากกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวนกว่า 6.4 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 และผู้เสมือนว่างงานมีจำนวน 3.4 ล้านคน ลดลงร้อยละ 11.3 อัตราการว่างงานลดลง ค่าจ้างแรงงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่ 15,118 บาทต่อคนต่อเดือน [2] จากปัญหาเศรษฐกิจดังกล่าวส่งผลโดยตรงกับการดูแลสุขภาพ รวมถึงการเข้ารับบริการและความต้องการใช้บริการสุขภาพ มีปัญหาค่าใช้จ่าย การเดินทาง และบริบทของชุมชนโดยเฉพาะชุมชนแออัดในเขตเมืองที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เนื่องมาจากจำนวนประชากรที่อยู่กันอย่างหนาแน่น มีความแตกต่างของการใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน อาจสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการได้ในระดับหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร (กทม.) มีสัดส่วนโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 66.9 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น ๆ ร้อยละ 12.1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 9.7 สังกัดราชการส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 7.3 และรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 4 เป็นต้น [3] บริบทแตกต่างกับในต่างจังหวัดที่มีสัดส่วนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสูงถึงร้อยละ 60-80 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการสถานบริการของรัฐนั้นเพิ่มสูงขึ้นทั้งในรพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ฉะนั้นการเข้าถึงและความครอบคลุมของการบริการเป็น 1 ใน 10 ตัวชี้วัดสุขภาพของคนไทย [4] เพื่อให้มั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้นได้ตอบสนองความต้องการของประชาชนในระดับที่น่าพอใจแต่การเข้ารับบริการสุขภาพยังเป็นภาระเนื่องมาจากการลังงานและการขาดรายได้

ในส่วนของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน (ศปช) ตั้งอยู่ในเขตชุมชนเมือง พื้นที่เขตปริมณฑลติดกับกรุงเทพมหานคร ซึ่งเมื่อเมืองหลวงมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วทำให้มีประชากรย้ายถิ่นเข้ามาในพื้นที่ให้บริการเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 พบว่า จังหวัดนนทบุรีมีจำนวนประชากรรวม 1,300,610 คน

แบ่งเป็นประชากรวัยแรงงาน (อายุ 18-60 ปี) 644,391 คน ผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป) 623,053 คน มีบุคลากรทางการแพทย์ 6,630 คน อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) 4,297 คน และอำเภอปากเกร็ดมีบริบทคล้ายกัน คือ จำนวนประชากรรวม 241,743 คน แบ่งเป็นประชากรวัยแรงงาน (อายุ 18-60 ปี) 103,640 คน ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) 110,033 คน มีบุคลากรทางการแพทย์ 1,246 คน อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) 483 คน มีสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์: ประชากร เท่ากับ 1:196 คน, 1:194 คน ตามลำดับ [5]

ทางสพข มียุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชนและสังคมในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชน ผู้วิจัยต้องการศึกษาภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการและความต้องการบริการสุขภาพของวัยแรงงานและผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานและมีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. เพื่อศึกษาความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) และผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในเขตการดูแลรับผิดชอบของสพข [6] โดยการสุ่มเลือกวิธี Multistage Random Sampling จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 5 แห่ง และศูนย์เทศบาลปากเกร็ด 2 ศูนย์ และได้รับความยินยอมเข้าร่วมโครงการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วน [7] จำนวน 1,537 คน เก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 1,420 คน โครงการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 13.1/2562

เครื่องมือการวิจัย

ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ศาสนาที่นับถือ 4) สถานภาพสมรส 5) ระดับการศึกษาสูงสุด 6) อาชีพหลัก 7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8) สถานภาพในครอบครัว 9) สถานภาพในชุมชน 10) ประเภทที่อยู่อาศัยปัจจุบัน และ 11) จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย 1) น้ำหนัก 2) ส่วนสูง 3) ความดันโลหิตครั้งล่าสุด 4) รอบเอว 5) โรคประจำตัว 6) การเคยออกกำลังกาย 7) วิธีการออกกำลังกายที่ทำเป็นปกติ 8) ระยะเวลาที่ใช้ในการนอนตอนกลางคืนโดยเฉลี่ยต่อวัน 9) ประเภทอาหารที่รับประทานเป็นประจำ 10) การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 11) การสูบบุหรี่ 13) วิธีการผ่อนคลายเมื่อมีความเครียด และ 13) การตรวจสุขภาพร่างกายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 3 การเข้าใช้บริการด้านสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา 2) การเข้ารับการรักษาสถานบริการสุขภาพ 3) ตัวเลือกแรกในการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ 4) สาเหตุที่เข้ารับการรักษาสถานบริการที่เลือก 5) ปัญหาการใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพที่เลือก และ 6) สิทธิการรักษาจากสถานบริการที่เลือกใช้

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) จำนวน 5 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 2 คน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป [8] จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในการใช้ภาษาของแบบสอบถามและทำการปรับปรุงแก้ไขจนกลุ่มคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือติดต่อประสานงานเพื่อขอความร่วมมือกับชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ในชุมชนติดต่อกลุ่มตัวอย่างและในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการอธิบายลักษณะโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยลงลายมือชื่อ และตอบข้อซักถามหากกลุ่มตัวอย่างมีความสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ทำการเก็บข้อมูลโดยให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 1 ชั่วโมงโดยประมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ จึงใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ โดยมีเพียงข้อมูลพื้นฐานที่สามารถคิดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.3 เพศชาย ร้อยละ 28.7 อายุ 41-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 38.6 ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 25.8 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 25.2 อาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 24.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 27.2 รายได้มากกว่า 25,000 บาท มีเพียงร้อยละ 10.6 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของประชากร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.1 เพศ (n=1,420)		
1) หญิง	1,012	71.3
2) ชาย	408	28.7
1.2 อายุ (n=1,340)		
1) 15-20 ปี	72	5.4
2) 21-40 ปี	294	21.9
3) 41-59 ปี	517	38.6
4) มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	457	34.1
1.3 ศาสนาที่นับถือ (n=1,407)		
1) พุทธ	1,324	94.1
2) อิสลาม	68	4.8
3) คริสต์	15	1.1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.4 สถานภาพสมรส (n=1,420)		
1) สมรสและคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน	768	54.1
2) โสด	374	26.3
3) หย่า/แยก	69	4.9
4) อื่น ๆ	52	3.7
1.5 ระดับการศึกษาสูงสุด (n=1,415)		
1) ประถมศึกษา	365	25.8
2) ปริญญาตรี	356	25.2
3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	281	19.9
4) มัธยมศึกษาตอนต้น	233	16.5
5) อนุปริญญา/ปวส.	125	8.8
6) สูงกว่าปริญญาตรี	27	1.9
7) ไม่ได้เรียนหนังสือ	25	1.8
8) อื่น ๆ	3	0.2
1.6 อาชีพหลัก (n=1,417)		
1) รับจ้างทั่วไป	348	24.6
2) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	321	22.7
3) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	294	20.7
4) พนักงานโรงแรม/บริษัทเอกชน	186	13.1
5) รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	159	11.2
6) นักเรียน/นักศึกษา	74	5.2
7) อื่น ๆ	35	2.5
1.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n=1,377)		
1) ต่ำกว่า 5,000 บาท	374	27.2
2) 5,001-10,000 บาท	329	23.9
3) 10,001-15,000 บาท	222	16.1
4) 15,001-20,000 บาท	152	11.0
5) 20,001-25,000 บาท	154	11.2
6) มากกว่า 25,000 บาท	146	10.6

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ

พบว่าโรคประจำตัว ร้อยละ 42.7 โรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.8 และไม่เคยออกกำลังกายร้อยละ 23.1 วิธีที่ออกกำลังกายมากที่สุด คือการวิ่ง ร้อยละ 57.8 การรับประทานอาหารส่วนมาก 3 อย่างหลัก ๆ ได้แก่ 1) ข้าว/แป้ง/ถั่วเขียว 2) ผัก/ผลไม้ และ 3) ปลา/เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ร้อยละ 90.5, 80.5 และ 72.9 ตามลำดับ ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าไม่ดื่ม ร้อยละ 76.6 ขณะที่การสูบบุหรี่ไม่เคยสูบเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.1 ส่วนการผ่อนคลายความเครียด พบว่าวิธีที่ใช้มากที่สุด คือ การดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง ร้อยละ 60.6 และการตรวจสุขภาพร่างกายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าไม่เคยตรวจร้อยละ 31.3 ไม่เคยตรวจฟันและขูดหินปูน ร้อยละ 42.4 ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 51 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 48 แสดงดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลภาวะสุขภาพ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
2.1 น้ำหนัก (n=1,407)		
1) 40.0-50.0 กิโลกรัม	176	12.5
2) 50.1-60.0 กิโลกรัม	483	34.5
3) 60.1-70.0 กิโลกรัม	473	33.6
4) มากกว่า 70.0 กิโลกรัม	275	19.5
2.2 ส่วนสูง (n=1,410)		
1) น้อยกว่า 155 เซนติเมตร	258	18.3
2) 155-165 เซนติเมตร	802	56.9
3) 166-175 เซนติเมตร	314	22.3
4) มากกว่า 175 เซนติเมตร	36	2.6
2.3 ความดันโลหิตครั้งล่าสุด		
1) Systolic Blood Pressure (n=1,135)		
1.1) มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท	55	4.8
1.2) 140-159 มิลลิเมตรปรอท	295	26.1
1.3) 121-139 มิลลิเมตรปรอท	493	43.4
1.4) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 มิลลิเมตรปรอท	292	25.7
2) Diastolic Blood Pressure (n=1,049)		
2.1) มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท	18	1.7
2.2) 90-99 มิลลิเมตรปรอท	185	17.6
2.3) 80-89 มิลลิเมตรปรอท	276	26.3
2.4) น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท	570	54.3
2.4 การมีโรคประจำตัว (n=1,404)		
1) ไม่มี	805	57.3
2) มี	599	42.7
โรคประจำตัว (กรณีโรคร่วมนับแยกโรค) มีดังนี้		
2.1) ความดันโลหิตสูง	394	65.8
2.2) ไขมันในเลือดสูง	187	31.2
2.3) เบาหวาน	164	27.4
2.4) โรคระบบเลือดและภูมิคุ้มกัน	50	8.3
2.5) โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ	37	6.2
2.6) โรคระบบข้อและกระดูก	31	5.2
2.7) โรคระบบต่อมไร้ท่อ	26	4.3
2.8) โรคระบบทางเดินอาหาร	19	3.2
2.9) โรคระบบทางเดินหายใจ	14	2.3
2.10) ไตวายเรื้อรัง	13	2.2
2.11) โรคอื่น ๆ	32	5.3
2.5 การเคยออกกำลังกาย (n=1,405)		
1) เคยออกกำลังกาย	1,081	76.9
2) ไม่เคยออกกำลังกาย	324	23.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
2.6 วิธีการออกกำลังกายที่ทำเป็นประจำ (n=1,405)		
1) วิ่ง	812	57.8
2) เดิน	326	23.2
3) เต้นแอโรบิค	90	6.4
4) ถีบจักรยานอยู่กับที่	81	5.8
5) เล่นกีฬา	70	4.9
6) อื่น ๆ	26	1.9
2.7 ประเภทอาหารที่รับประทานเป็นประจำ		
1) ข้าว/แป้ง/ก๋วยเตี๋ยว (n=1,413)	1,279	90.5
2) ผัก/ผลไม้ (n=1,413)	1,138	80.5
3) ปลา/เนื้อสัตว์ไขมัน/ถั่ว (n=1,413)	1,029	72.9
4) ขนมขบเคี้ยว/ของหวาน (n=1,413)	472	33.4
5) อาหารทอด/อาหารมัน/กะทิ/เนย (n=1,413)	471	33.3
6) อาหารฟาสต์ฟู้ด (n=1,413)	159	11.3
7) อาหารจำพวกกะหล่ำปลีสำเร็จรูป (n=1,413)	154	10.9
8) อื่น ๆ (n=1,413)	18	1.3
2.8 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=1,419)		
1) ไม่เคยดื่ม	1,087	76.6
2) เคยดื่มแต่หยุดแล้ว	209	14.7
3) ยังคงดื่มอยู่	123	8.7
2.9 การสูบบุหรี่ (n=1,415)		
1) ไม่เคยสูบ	1,233	87.1
2) เคยสูบแต่หยุดแล้ว	97	6.9
3) ยังคงสูบบุหรี่	85	6.0
2.10 วิธีการผ่อนคลายเมื่อมีความเครียด (n=1,411)		
1) ดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง	855	60.6
2) ออกกำลังกาย	472	33.5
3) สวดมนต์/นั่งสมาธิไหว้พระ	343	24.3
4) ปรึกษาพูดคุยกับเพื่อน ๆ หรือสมาชิกในครอบครัว	317	22.5
5) ปลุกต้นไม้	316	22.4
6) ไม่มีความเครียดเลย	224	15.9
7) อื่น ๆ (ทำงานบ้าน, ขับรถเล่น, Shopping, นอน)	62	4.4
8) สูบบุหรี่	43	3.0
9) ใช้นอนหลับ/ยาระงับประสาท	38	2.7
10) ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	24	1.7

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการตรวจสุขภาพร่างกายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ประเภทการตรวจ	เคย		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) การชั่งน้ำหนัก (n=1,394)	1,332	95.6	62	4.4
2) วัดส่วนสูง (n=1,386)	1,300	93.8	86	6.2
3) การตรวจวัดความดันโลหิต (n=1,388)	1,249	90.0	138	10.0
4) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (n=1,383)	1,067	77.1	316	22.9
5) การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี (n=1,378)	946	68.7	432	31.3
6) การตรวจฟันและขูดหินปูน (n=1,360)	783	57.6	576	42.4
7) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n=1,011)	526	52	485	48
8) การตรวจมะเร็งปากมดลูก (n=1,012)	496	49.0	516	51.0

ส่วนที่ 3 ความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพ

ความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เจ็บป่วยเพียงร้อยละ 27.9 และเข้ารับบริการสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 88.8 สาเหตุที่ไม่ไปสถานบริการเนื่องจากชื่อยามารับประทานเองมากที่สุด ร้อยละ 57.1 สถานบริการสุขภาพที่เลือกใช้เป็นอันดับแรก คือ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทานมากที่สุดร้อยละ 52.4 รองลงมา คือ โรงพยาบาลรัฐ และรพ.สต. ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการสุขภาพของรัฐ สิทธิการรักษาที่ใช้มากที่สุด คือ บัตรทอง ร้อยละ 57.2 รองลงมา คือ สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ บัณฑิตที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพเพราะสิทธิการรักษา ไม่กังวลในค่าใช้จ่าย บัตรทองในเขตรับผิดชอบทำให้เดินทางสะดวก และไม่เคยมีปัญหาจากการใช้บริการสุขภาพ ปัญหาจากการใช้บริการสถานบริการสุขภาพเนื่องจากระบบให้บริการล่าช้า รอคิวนานมากที่สุดร้อยละ 56.6 บุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอร้อยละ 31.1 และรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพ

ความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
3.1 การเคยป่วยหรือเจ็บไข้จนต้องรับการรักษาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (n=1,384)		
1) ไม่เคย	998	72.1
2) เคย	386	27.9
3.2 การไปสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (n=1,380)		
1) ไป	1,226	88.8
2) ไม่ไป	154	11.2
เหตุผลหลักที่ไม่ไปสถานบริการสุขภาพ (n=154)		
2.1) ชื่อยามารับประทานเอง	88	57.1
2.2) รอให้การป่วยบรรเทาหรือหายไปเอง	50	32.5
2.3) อื่น ๆ (เปิดเปิดเป็นเวลา, การแพทย์ทางเลือก)	16	10.4
2.4) เป็นอุปสรรคต่อการทำงานเนื่องจากลา/ขาดงาน	5	3.2

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
3.3 สถานบริการสุขภาพที่เลือกใช้เป็นอันดับแรก เมื่อต้องเข้ารับการรักษา (n=1,405)		
1) ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน	736	52.4
2) โรงพยาบาลรัฐแห่งอื่น ๆ	187	13.3
3) สถานีอนามัย/รพ.สต.	186	13.2
4) โรงพยาบาลเอกชน	133	9.5
5) คลินิกเอกชน	98	7
6) ศูนย์สุขภาพเทศบาล/ชุมชน	48	3.4
7) อื่น ๆ (ใช้ รพ. ตามสิทธิ, ไม่เคยป่วย)	17	1.2
3.4 สาเหตุหลักที่ไปรับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ (n=1,398)		
1) เดินทางสะดวก	1,040	74.4
2) บริการที่ดี มีความรวดเร็ว ไม่รอนาน	620	44.4
3) มีความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์	572	41.0
4) มีประวัติการรักษา	552	39.5
5) มียาและเครื่องแพทย์ที่ทันสมัย	434	31.1
6) ค่ารักษาพยาบาลเหมาะสม	213	15.3
7) สถานบริการมีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ	141	10.1
8) นายจ้าง/คนอื่น จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้	50	3.6
9) อื่น ๆ (สิทธิประกันสังคม, แพทย์ส่วนตัว)	41	3.1
3.5 การเคยมีปัญหาการใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ (n=1,393)		
1) ไม่เคย	1,165	83.6
2) เคย	228	16.4
ปัญหาสำคัญในการใช้บริการในสถานพยาบาล (n=228)		
2.1) ระบบการให้บริการยังล่าช้า รอคิวนาน	129	56.6
2.2) แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ	71	31.1
2.3) อุปกรณ์ทางการแพทย์ยังขาดแคลน	46	20.2
2.4) ไม่ประทับใจการบริการของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล	37	16.2
2.5) ปัญหาเรื่องการเดินทาง ระยะทางไกล	29	12.3
2.6) สถานที่ให้บริการไม่สะดวก สบาย	24	10.5
2.7) ค่ารักษาพยาบาลแพง	19	8.3
2.8) อื่น ๆ (ไม่ได้พบแพทย์ที่นัดตรวจ, ลัดคิว)	14	6.1
3.6 รูปแบบสิทธิการรักษาพยาบาล เมื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพ (n=1,413)		
1) บัตรทอง	808	57.2
2) ประกันสังคม	277	19.6
3) ใช้สิทธิข้าราชการ	201	14.2
4) จ่ายเงินเอง	86	6.1
5) ใช้ประกันชีวิต/ประกันสุขภาพ	23	1.6
6) ใช้สิทธิรัฐวิสาหกิจ	12	0.8
7) อื่น ๆ (สวัสดิการของบริษัท, ไม่มีสิทธิ)	6	0.4

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาวะสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชนพบผู้สูงอายุถึงร้อยละ 34.1 สอดคล้องกับข้อมูลจังหวัดนนทบุรี และอำเภอปากเกร็ด สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรรวม เท่ากับร้อยละ 47 และร้อยละ 45 ตามลำดับ [5] สะท้อนให้เห็นประชาชนในเขตปริมณฑลเข้าสู่ระยะสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งมาจากประชากรที่ย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเมืองหลวงเมื่อ 20-30 ปีก่อน เมื่อเข้าสู่วัยเกษียณไม่ได้กลับไปภูมิลำเนาเดิม อาจย้ายจากกรุงเทพฯ มาในเขตปริมณฑลเพิ่มมากขึ้น ด้วยอัตราค่าครองชีพที่ถูกกว่า ถ้าเปรียบเทียบสัดส่วนวัยแรงงานต่อวัยผู้สูงอายุของจังหวัดนนทบุรีและอำเภอปากเกร็ด เท่ากับ 1:0.96 และ 1:1.06 ตามลำดับ แสดงถึงมีวัยแรงงานทำงานหาเลี้ยงชีพจ่ายภาษีให้กับผู้สูงอายุ อยู่ในสัดส่วนที่น้อย และเมื่อดูที่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 51.1) ซึ่งรายได้ต่อปีไม่ถึงอัตราจ่ายภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา (น้อยกว่า 150,000 บาท/ปี) ถ้าพิจารณาจากรายได้งานประจำทางเดียวแสดงว่าภาษีที่รัฐบาลได้รับมาจากกลุ่มคนเพียงร้อยละ 10.6 (รายได้มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน) หมายถึง ประชากรอำเภอปากเกร็ดประมาณร้อยละ 10 มีภาระในการเลี้ยงดูสวัสดิการผู้สูงอายุและสวัสดิการทางสังคมอื่น ๆ เช่น เด็กเรียนฟรี (0-15 ปี; ร้อยละ 11.61) ในอนาคตมีจำนวนเด็กเกิดน้อยลง เมื่อพิจารณาเรื่องสัดส่วนจำนวนประชากรเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีที่จะกลายเป็นวัยแรงงานต้องรับผิดชอบสวัสดิการทางสังคมต่อจำนวนแรงงานที่จะกลายเป็นวัยสูงอายุมีสัดส่วนน้อยกว่า 1:1 เป็นตัวเลขที่น่าเป็นห่วง ยิ่งเมื่อคำนวณอ้างอิงจากข้อมูลวิจัยนี้ที่มีจำนวนประชากรเสียภาษีราวร้อยละ 10.6 จากวัยแรงงาน และถ้านาคตจำนวนประชากรวัยแรงงานลดลง (จากประชากรเด็ก ณ วันที่ ร้อยละ 11.61) ฐานรายได้ประชากรยังคงเท่าเดิม ทำให้จำนวนผู้เสียภาษียังอยู่ในอัตราเดิมประมาณร้อยละ 10 จะมีจำนวนผู้เสียภาษีในสวัสดิการของรัฐทั้งหมดลดลง อาจส่งผลให้สวัสดิการทางสังคมลดลง ซึ่งอาจสวนทางกับความเป็นจริงที่รัฐพยายามเพิ่มรัฐสวัสดิการต่าง ๆ มากขึ้นอีก ทำให้รัฐอาจต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาล อาจไปเพิ่มมาตรการการเรียกเก็บภาษีจากกลุ่มน้อยที่จ่ายภาษีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความสำคัญมากส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของวัยแรงงานในคนกลุ่มน้อยที่จ่ายภาษี การกระจุกตัวของจำนวนผู้เสียภาษีที่มีจำนวนน้อยไม่กระจายตัว ทำให้ผู้เสียภาษีรับภาระทางสุขภาพเสื่อมทางอ้อมเกิดความเครียดทางกายและทางใจ ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 25,000 บาท (ร้อยละ 89.4) อาจไม่ได้มีสุขภาพที่ดีกว่า เพราะรายได้ต่ำอาจมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อสุขภาพที่ไม่ดี ความเครียดของวัยแรงงานบ่งบอกทั้งทางกายและทางใจ วัยแรงงานเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตมากที่สุดโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-29 ปี รองลงมาอายุ 30-49 ปี [9] เกิดความเครียดทางจิตใจทั้งซึมเศร้าและโรควิตกกังวล สำหรับวัยผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในเขตปริมณฑล จะมีวัยพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ทำให้บางครอบครัววัยแรงงานกลับมาอาศัยอยู่ร่วมกันและมีหน้าที่ดูแลบุตร หรือบางครอบครัววัยแรงงานไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุของตน ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุไปพบแพทย์ด้วยโรคเรื้อรังตามนัดเพียงลำพังมากกว่า [10] ส่งผลต่อเนื่องถึงสุขภาพจิตใจและกายของผู้สูงอายุ เช่น ลูกไม่มีเวลาที่จะลงงานเพื่อพาบุพการีไปพบแพทย์หรือให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพัง เป็นต้น หรือถ้าลูกหยุดงานบ่อยจะกระทบกระเทือนส่งผลต่องานและรายได้ตลอดจนถึงต่อการพัฒนาประเทศโดยรวม ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบเป็นเหตุและผลต่อเนื่องกันมา สามารถกำหนดภาวะสุขภาพได้ทั้งสุขภาพ การเงิน และครอบครัว รัฐบาลควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้ความสามารถในการหารายได้ให้วัยแรงงานเพื่อให้มีรายได้เพิ่มมากขึ้น มากกว่าการเพิ่มค่าแรงขั้นต่ำหรือนโยบายแจกเงิน ซึ่งไม่ช่วยเพิ่มฐานรายได้ที่ยั่งยืน เพื่อให้เกิดการกระจายตัวของกลุ่มคนที่เสียภาษีให้กว้างขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระสวัสดิการทางสังคมร่วมกัน อาจทำให้รัฐบาลได้รับงบประมาณที่เพิ่มมากขึ้นก็เป็นได้ และเมื่อรายได้เพิ่มขึ้นจากความสามารถตนเองทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น อาจช่วยลดภาระงบประมาณของการใช้บริการบัตรทองให้น้อยลงได้

ส่วนระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 25.8 รองลงมา คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 25.2 อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้างทั่วไปและไม่ได้ประกอบอาชีพรวมกัน ร้อยละ 45.3 สอดคล้องกับการศึกษาการเข้าถึงระบบ

บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จำนวน 14,267 คน [10] ระดับประถมศึกษา พบมากที่สุด ร้อยละ 61.4 ส่วนใหญ่ไม่ทำงาน ร้อยละ 62.1 แสดงถึง รายได้ส่วนใหญ่มาจากลูกและเงินไม่พอเหลือเก็บ ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเองระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 48.6 มีภาวะสุขภาพดีเพียงร้อยละ 24.6 มีผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีมาก ร้อยละ 25.2 หมายถึง ผู้สูงอายุ มีภาวะพึ่งพิงถึงหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุทั้งหมด ตรงกับสัดส่วนของการไม่ออกกำลังกายเท่ากับหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 23.1) แต่อาหารที่รับประทานเป็นประจำมีประโยชน์ เช่น หมวตปลา/เนื้อสัตว์ไขมัน/ถั่ว (ร้อยละ 72.9) และผักผลไม้ (ร้อยละ 80.5) มีข้อมูลวัยแรงงานมีการออกกำลังกายเท่ากับร้อยละ 69.6 ซึ่งอยู่ในระดับใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ คือ ร้อยละ 76.9 แสดงถึงประชาชนสามในสี่ ให้ความสำคัญในเรื่องอาหารและการออกกำลังกายมากขึ้น ทำให้สอดคล้องกับการเกิดผลลัพธ์ระยะยาวในวัยสูงอายุที่เกิดภาวะพึ่งพิงถึงหนึ่งในสี่ อาจสรุปได้ว่าประมาณร้อยละ 25 ของประชาชนที่รับประทานอาหารประโยชน์น้อยและขาดการออกกำลังกายส่งผลต่อเนื่องระยะยาวจนกลายเป็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ปัจจัยทางสังคม เช่น สภาพแวดล้อมครอบครัว สุขภาพจิต การบริโภคอาหารและกิจกรรม ทางกาย ล้วนมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งสิ้น

ภาพรวมประชาชนเป็นโรคไม่ติดต่อมากที่สุด ร้อยละ 92.3 โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 65.8 รองลงมา คือ โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง โรคที่เฝ้าระวัง คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก พบเกือบร้อยละ 50 ที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและตรวจเต้านม ด้วยตนเอง และไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 31.3 ยังมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 10-20 ควรมีการจัดการและให้ความรู้ในส่วนนี้เพิ่มเติม แต่รายงานข้อมูลวัยแรงงานไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 44.4 สะท้อนภาพรวมประชาชนไม่ได้ตรวจสุขภาพถึงหนึ่งในสาม หมายถึง การเอาใจใส่ สุขภาพของคนไทยที่คุ้นเคยกับการมีอาการค่อยไปพบแพทย์ หรือเศรษฐกิจที่มีค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ จึงควรมี การรณรงค์ตรวจสุขภาพประจำปี อาจปรับไปสู่นโยบายกระตุ้นการตรวจสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 3 สิทธิ ความต้องการ ข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์พฤติกรรมบริโภคสื่อออนไลน์ สามารถนำมาปรับใช้ในการรณรงค์โรคทางสื่อออนไลน์ ในประชาชนได้ วิธีผ่อนคลายความเครียด วัยแรงงานใช้ดูหนัง ฟังเพลงในรูปออนไลน์มากที่สุด รองลงมาคือ ออกกำลังกาย แต่ในผู้สูงอายุเลือกการสวดมนต์ นั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้มากกว่า ควรเสนอมาตรการจัดการปัญหา ในชุมชน เช่น จัดมีแผนสุขภาพดีในโรงงาน จัดการออกกำลังกายในชุมชนและโรงงาน จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ โรคไม่ติดต่อทางสื่อออนไลน์ เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพดี (Healthy public Policy) ชุมชนสุขภาพดี (Healthy Community) สิ่งแวดล้อมดี พลังงานสะอาด (Green Community) [11]

2. ความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพ

ความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพมองได้หลายมุมหมายรวมถึงปัจจัยวิถีชีวิตแต่ละบุคคล อาชีพ การศึกษา เศรษฐฐานะ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการ ความต้องการบริการสุขภาพ ของในผู้สูงอายุ เช่น อยากให้มีตรวจสุขภาพ ตรวจน้ำตาล อยากให้มีแพทย์บรรยายความรู้สุขภาพผู้สูงอายุ [12] ผู้รับบริการอยากได้ข้อมูลด้านสุขภาวะอนามัยมากที่สุด รองลงมาคือ ข้อมูลค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและข้อมูลสถานที่ และกฎระเบียบของโรงพยาบาล [13] เพราะส่วนใหญ่ประชาชนยังขาดความรู้ด้านสุขภาพหรืออยากได้รับความรู้เพิ่ม เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ [14] สะท้อนตรงกับพฤติกรรมของคนที่ไม่ไปสถานบริการสุขภาพ พบว่าชื่อยา มารับประทานเองมากที่สุด เพราะมองว่าเป็นการเจ็บป่วยที่น่าจะรักษาหายได้เองและยังขาดความรู้ด้านสุขภาพรวมถึง อุปนิสัยการใช้จ่ายในคนไทยที่มีอาการเจ็บป่วยทั่วไปจะเลือกซื้อยาจากร้านขายยามากกว่าไปรักษาที่สถานพยาบาล [15]

การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของไทยยังคงพบปัญหาของความเหลื่อมล้ำในกลุ่มเปราะบางหลายประการ เช่น ปัญหาความแตกต่างทางด้านสถานภาพของแต่ละบุคคล (สถานภาพทางสังคม ทุนทางสังคม และทุนมนุษย์) ปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ ความซ้ำซ้อนของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ บัตรทอง สิทธิข้าราชการ และประกันสังคม ปัญหาการเลือกสถานพยาบาล ปัญหาเชิงโครงสร้างของการบริหารงานสาธารณสุข การขาดแคลน

แพทย์ การส่งต่อผู้ป่วย [16] มีการศึกษาในเขตเมืองความต้องการบริการสาธารณสุขที่มามากที่สุด จังหวัดระยอง พบว่า การเดินทางมาสะดวกและใช้สิทธิบัตรทองมากที่สุด [17] ในทางตรงกันข้ามความต้องการบริการสุขภาพทางทันตกรรม ในผู้อาศัยอยู่ในเขต กทม. กลับไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Health Need) [18] ซึ่งตรงกับผลวิจัยนี้พบว่า ไม่เคยรับการตรวจฟันถึงร้อยละ 42.4 ปัญหาทางเศรษฐกิจรายได้น้อยเป็นส่วนใหญ่ทำให้ประชาชนเลือกใช้สิทธิบัตรทอง ในการรักษามากที่สุด รวมถึงประชาชนร้อยละ 82.3 มาใช้บริการสถานบริการสุขภาพของรัฐ (ศปช, โรงพยาบาลรัฐ, รพ.สต., ศูนย์สุขภาพเทศบาล) ส่งผลต่อการใช้บริการระบบสุขภาพทำให้มีความล่าช้ารอคิวนานมากที่สุด ร้อยละ 56.6 เมื่อมีผู้รับบริการจำนวนมากเกิดปัญหาหอรองลงมา คือ บุคลากรทางการแพทย์มีไม่เพียงพอต่อการให้บริการร้อยละ 31.1 สะท้อนหลายประเด็น คือ จำนวนประชาชนที่จ่ายภาษีมีจำนวนน้อย แต่มีผู้รับบริการสิทธิการรักษาฟรีจำนวนมาก เพราะประชาชนใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขั้นพื้นฐาน หน่วยบริการภาครัฐพิจารณาเรื่องงบประมาณ รายได้ค่าใช้จ่ายที่ไม่สมดุลกันทำให้ประสบปัญหาขาดทุนมาโดยตลอด อีกประเด็น คือ บริบทของชุมชนเมืองและชุมชนชนบทสะท้อนเรื่องเดียวกัน คือ ขาดบุคลากรทางการแพทย์ ต่างกันที่จำนวนบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนชนบท โดยรวมมีจำนวนน้อยแตกต่างจากชุมชนเมืองที่มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอแต่ทำงานในภาครัฐน้อย ด้วยค่าครองชีพในเมืองสูงกว่า ทำให้บุคลากรย้ายไปอยู่ในภาคเอกชน แต่มีข้อมูลในจังหวัดนนทบุรี และอำเภอปากเกร็ดมีสัดส่วนของบุคลากรทางสาธารณสุขต่อประชากรอยู่ในเกณฑ์ดี [5] อาจหมายถึง ความต้องการของผู้รับบริการที่มีมากขึ้นตามความเจริญก้าวหน้าของสังคมไทยที่เน้นให้ผู้รับบริการหรือลูกค้าเป็นศูนย์กลางมากเกินไปหรือไม่ มีการประชาสัมพันธ์ถึงสิทธิบัตรทองมากเกินไปจริงหรือไม่ โดยที่ยังไม่ได้มีการประเมินตนเอง (ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ) มีความพร้อมมากน้อยแค่ไหนหรืออาจเกิดจากระบบการจัดการบริการของหน่วยบริการเอง ส่งผลให้มีบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล) ลาออกเป็นจำนวนมาก เกิดผลกระทบตามมาในปัจจุบัน [19] อาจแตกต่างกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติในประเทศไทยที่อยู่ในเขตกทม. และปริมณฑล พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89 สถานบริการสุขภาพที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ โรงพยาบาลเอกชน แต่มีปัญหาอยู่กับการประสานงานและการให้ข้อมูล จะเป็นโอกาสของโรงพยาบาลรัฐในการปรับตัวเพื่อการเข้าถึงผู้รับบริการชาวต่างชาติในเขตนนทบุรีมากขึ้น

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้กล่าวไว้ในแผนยุทธศาสตร์ประจำปี พ.ศ. 2565-2569 [20] ในเรื่องพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ จากการวิจัยนี้สะท้อนออกมาในหลายด้าน เพื่อเสนอปรับระบบการบริหารจัดการสุขภาพในรูปแบบจ่ายร่วม (Co-Pay) การจัดตั้งกองทุนสุขภาพของตนเองและที่ทำการเก็บภาษีอย่างเป็นธรรมเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ในพฤติกรรมสุขภาพตนเอง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปิงปประมาณ พ.ศ. 2562

เอกสารอ้างอิง

- [1] Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2023). *Thai population 2023*. Retrieved May 5, 2023, from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Gazett2023TH.pdf> (In Thai).
- [2] Office of the National Economic and Social Development Council. (2023). *Social situation and outlook*. Retrieved May 22, 2023, from https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5491 (In Thai).

- [3] Ministry of Public Health. (2018). *10 Thai health indicators*. Retrieved January 10, 2019, from http://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-08--465.pdf (In Thai).
- [4] Department of Health Service Support. (n.d.). *10 Indicators of Thai people's health*. Retrieved October 9, 2023, from http://www.hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-08--465.pdf (In Thai).
- [5] Nonthaburi Provincial Public Health Office. (2023). *Number of elderly and working-age people in pak kret district*. Retrieved July 7, 2023, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php (In Thai).
- [6] Ketmai, W., and Suesat, T. (n.d.). *A Study of employee health promotion in 3 workplaces*. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health. (In Thai).
- [7] Chirawatkul, A. (2014). *Statistics in research appropriate selection*. Bangkok: Witthayaphat. (In Thai).
- [8] Kitreerautiwong, N. (2017). *Public health research: From principle to practice*. Phitsanulok: Rattanasuwan. (In Thai).
- [9] Institute for Population and Social Research. (2023). *Thai people's health 2023*. Thailand's promise in "COP" (Conference of parties) and dealing with "world chaos". Nakhon Pathom: Amarin. (In Thai).
- [10] Institute of Geriatric Medicine. (2020). *Research report on the study and development of access to health care systems for the Thai elderly*. Retrieved July 7, 2023 from <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/education-report> (In Thai).
- [11] Department of Disease Control. (2021). *Survey of the need for information on diseases and health hazards, including consumption habits*. Retrieved July 7, 2023 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1167520210816134948.pdf> (In Thai).
- [12] Health Service Needs and Health Service Patterns of the Elderly at Health Promotion and Rehabilitation Center, Faculty of Nursing. (2013). *PSU Knowledge bank*. Retrieved July 7, 2023 from <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9213> (In Thai).
- [13] Somkumlung, P., Khunmoke, P., Senka, P., Cheuytameon, K., and Noulfha, K. (2013). The Information needs of clients in the Nakhon Phanom Hospital. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 21(2), 85-93. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/4877/4206> (In Thai).
- [14] Cho, Y. I., Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., and Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809-1816. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.003>
- [15] Pithayanukul, S., and Chara-um, S. (2017). The Decision making of thai consumers to wards pharmacies using. *Journal of Business Administration the Association of Private Higher Education Institutions of Thailand*, 6(2), 135-145. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/apheitvu/article/view/110960> (In Thai).
- [16] Mongkhonsuebsakul, W. (2022). Thailand's access to healthcare services: The reflection and inequality of vulnerable group. *SAU Journal of Social Sciences & Humanities*, 6(1), 55-69. Retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/saujournalssh/article/view/257255> (In Thai).
- [17] Auyyanonta, P. (2014). *Health care service provision and demand for health service in the Map Ta Phut, Rayong*. Retrieved February 12, 2021, from <http://libdoc.dpu.ac.th/research/153541.pdf> (In Thai).

- [18] Wanwong, Y., Viriyathorn, S., Lapthikultham, S., Panichkriangkri, W., Tisayaticom, K., and Patcharanarumol, W. (2017). Unmet health need: Outpatient, inpatient and dental services in Thai population by 2015. *Journal of Health Systems Research*, 11(2), 182-194. (In Thai).
- [19] Health System of Research Institute. (2023). *Launching research to treat public health personnel solve the problem of doctor resignation*. Retrieved June 7, 2023, from <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27875> (In Thai).
- [20] Health Systems Research Institute. (n.d.). *Strategic plan of health systems research institute in 2022-2026*. Retrieved June 7, 2023, from https://www.hsri.or.th/sites/default/files/sta_plan2565-2569_rev65.pdf (In Thai).