

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็งรองรับสังคมสูงวัย

นัชชา ทัดตานนท์ พ.บ., ส.ม.*

กาญจนา วัฒนพิเชษฐวงศ์ พ.บ.***

ฐิติพร กัณวิหค วศ.ม.*****

เพ็ญจันทร์ กุลสิทธิ์ พย.บ.*****

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

** โรงพยาบาลวารินชำราบ

*** โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

**** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสระแก้ว

***** กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

***** สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11

***** โรงพยาบาลเขียงรายประชาชนเคราะห์

***** โรงพยาบาลแม่ทะ

ติดต่อผู้เขียน: นัชชา ทัดตานนท์ Email: cmp.ntcha@gmail.com

นภัก พลอำนาจ ส.ม.**

วิทยา สิทธิประภา ส.บ.****

รุ่งฤดี แก้วชลคราม พย.บ.*****

กระสิน เขียวปิง พ.บ.*****

วันรับ:	19 ธ.ค. 2566
วันแก้ไข:	3 เม.ย. 2567
วันตอบรับ:	18 เม.ย. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้สามารถรองรับสังคมสูงวัยในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุจำนวน 53 คน และบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่จำนวน 12 คน ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ระหว่างวันที่ 7 สิงหาคม ถึง 6 ตุลาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณและคุณภาพ และนำมาอภิปรายกลุ่มร่วมกับคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์หาช่องว่างของระบบบริการปฐมภูมิกับการดูแลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผลลัพธ์จากการศึกษาพบปัญหาดังนี้ (1) การขาดการลงทุนในระบบบริการปฐมภูมิอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (2) ผู้สูงอายุขาดความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) ให้เหมาะสมตามวัย (3) ปัญหาด้านศักยภาพและคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ (4) การจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ครบทุกมิติปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ และ (5) การถ่ายทอดนโยบายและทรัพยากรจากส่วนกลางไปสู่ระดับปฏิบัติการมีความคลาดเคลื่อน ดังนั้น เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ คือการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy aging) กล่าวคือผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีสุขภาพที่ดีสมวัยและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด คณะผู้วิจัยได้สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ดังนี้ (1) เพิ่มการลงทุนในระบบบริการปฐมภูมิเพื่อผู้สูงอายุ (2) ติดตาม กำกับ และถ่ายทอดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุให้ต่อเนื่องจากส่วนกลางไปถึงส่วนภูมิภาคและถึงประชาชน (3) สร้างมาตรฐานและยกระดับขีดความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิ (4) เน้นการบริการเชิงรุกเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชน และ (5) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ชุมชนมีส่วนร่วมบูรณาการงานสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ระบบบริการปฐมภูมิ; สังคมสูงวัย; สูงวัยอย่างมีสุขภาพ

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุโลกขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี ค.ศ.2020 มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 1 พันล้านคนทั่วโลก โดยเพิ่มขึ้น 2.5 เท่าเมื่อเทียบกับปี ค.ศ.1980 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเกือบ 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ.2050⁽¹⁾ เช่นเดียวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2565 พบว่าประเทศไทยมีประชากรรวม 66.8 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาด้วยกัน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะทำให้สังคมไทยเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super-aged society)⁽²⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่จะเพิ่มสูงขึ้น

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายของผู้สูงอายุในการเป็น “Healthy Aging” หรือ “การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ” คือ การเป็นผู้สูงอายุที่รักษาความสามารถในการใช้ร่างกายและจิตใจ ให้สามารถยังทำในสิ่งที่เป็นคุณค่าของชีวิตได้⁽³⁾ ซึ่งองค์ประกอบของการมี healthy ageing มี 3 ข้อ คือ (1) สมรรถภาพการทำงาน (functional ability) คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระและมีประสิทธิภาพ (2) สมรรถนะภายในตัวบุคคลหรือศักยภาพภายใน (intrinsic capacity) คือ ความสามารถในการรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป และ (3) มีสิ่งแวดล้อมที่ดี (environments) คือ ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้กล่าวถึงบทบาทที่สำคัญของระบบบริการปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกประเทศ ที่จะต้องเข้าถึงได้ง่ายและมีการปรับรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ เพราะการแพทย์ปฐมภูมิถือเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่

ใกล้ชิดและเป็นที่พักพิงของประชาชนมากที่สุด^(6,7)

อย่างไรก็ตามยังพบช่องว่างในการจัดระบบบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในประเทศไทย ในการนี้เพื่อยกระดับบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุมากขึ้น คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็งรองรับสังคมสูงวัย ตามเป้าประสงค์สูงสุดของกระทรวงสาธารณสุข คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ระบุปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับสังคมสูงวัย นำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็งรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม สถิติ ทฤษฎี ร่วมกับการลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ณ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ระหว่างวันที่ 7 สิงหาคม 2566 ถึง 6 ตุลาคม 2566

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง ใน 2 พื้นที่ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 10 ตำบลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง กำหนดให้เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตชนบท และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 8 ตำบลบางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ กำหนดให้เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมือง โดยเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวมทั้งสิ้น 53 คน
2. บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลอด ตำบลบางแก้ว อำเภอบางพลี

จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 12 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานธุรการ เป็นต้น รับผิดชอบดูแลประชากร 32,652 คน และเป็นผู้สูงอายุ 8,095 คน

ขั้นตอนการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประเด็นการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อรองรับสังคมสูงวัย แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (integrated care for older people: ICOPE)⁽⁸⁾ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและผู้สูงอายุ สถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทย⁽²⁾ และสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ-ปฐมภูมิกับสังคมผู้สูงอายุ

2. ศึกษาจากการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาการถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติ รวมถึงการสัมภาษณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ในฐานะผู้ให้บริการ และสัมภาษณ์ประสบการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ในฐานะผู้รับบริการ

3. ชุดคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เชิงลึกมีดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานะความเป็นอยู่
- ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว การรักษา ภาวะเสื่อมของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
- การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ได้แก่ สถานบริการที่เข้ารับบริการประจำ การเดินทางไปรับบริการ ความสะดวกสบายเมื่อเข้ารับบริการ
- การจัดบริการที่ผู้สูงอายุต้องการให้มีในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เป็นต้น

4. การอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันตามกรอบแนวคิดการสาธารณสุขเพื่อรองรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (a public-health framework for healthy ageing) ขององค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ และค้นหาช่องว่างของระบบบริการ (gap analysis) เทียบกับมาตรฐานที่หน่วยบริการปฐมภูมิพึงมี และความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย โดยวิเคราะห์ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพบริการ (gap model of service quality)⁽⁹⁾ และกรอบการพัฒนาาระบบสุขภาพ (six building blocks) ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁰⁾

5. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาร่วมอภิปรายกับคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสรุปประเด็นปรับปรุงข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อให้ผู้บริหารสามารถใช้เป็นแนวทางในการยกระดับบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และประเด็นการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ด้านการแพทย์ปฐมภูมิ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ชุมชนบางแก้วและชุมชนวัดสลุด จังหวัดสมุทรปราการ รวม 53 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 15 ราย (ร้อยละ 28.3) เพศหญิง 38 ราย (ร้อยละ 71.7) อายุเฉลี่ย 73 ปี พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังนี้

- ปัญหาข้อเข่าเสื่อม 22 ราย (ร้อยละ 41.5)
- ปัญหาการมองเห็น 8 ราย (ร้อยละ 15.09)
- ปัญหาเรื่องฟันและการบดเคี้ยว 6 ราย (ร้อยละ 11.3)
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 46 ราย (ร้อยละ 86.79)
- ความดันโลหิตสูง 26 ราย (ร้อยละ 50)
- ไชมันโนเลือดสูง 7 ราย (ร้อยละ 13.5)
- เบาหวาน 13 ราย (ร้อยละ 25.0)
- โรคหัวใจ 2 ราย (ร้อยละ 3.8)
- จิตเวช 3 ราย (ร้อยละ 5.8)

คณะผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทางสาธารณสุขเพื่อรองรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มาเป็นแนวทางในการ

วิเคราะห์ช่องว่างของระบบบริการปฐมภูมิในแง่การให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และสอดคล้องกับความต้องการผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง (gap) ระดับนโยบายและส่วนกลาง

1) นโยบายและแนวทางการคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไม่ครอบคลุมทุกมิติ

การคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (activities of daily living, ADL) ซึ่งเน้นการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเพียงด้านเดียว ทำให้ขาดการประเมินปัญหาในด้านอื่นที่สำคัญเช่นกัน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย และการประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นต้น

2) นโยบายมุ่งเป้าไปที่การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงจนอาจทำให้ละเลยผู้สูงอายุกลุ่มอื่น

การคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์ ADL สามารถจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (social-bound) กลุ่มติดบ้าน (home-bound) และกลุ่มติดเตียง (bed ridden) จากการศึกษาในพื้นที่เป้าหมายพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด แต่กลุ่มดังกล่าวมักได้รับความสำคัญเป็นลำดับแรกจากเจ้าหน้าที่ และมีนโยบายการดูแลเป็นพิเศษ เช่น การเยี่ยมบ้าน การทำกายภาพบำบัด การเข้าถึงกองทุนฟื้นฟูประจำตำบล การได้รับสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนทำให้เกิดช่องว่างทางนโยบายกับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า การแบ่งกลุ่มเช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมถูกมองว่าเป็นผู้สูงอายุที่ปกติ จึงไม่ค่อยได้รับบริการส่งเสริมป้องกัน ทั้งที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้กำลังเผชิญ

กับปัญหาความเสื่อมถอยของร่างกายหรือปัญหาโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน

3) ขาดการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรมระหว่างกรม/กอง ในกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานแยกส่วนตามภารกิจของกรมต่างๆ มีข้อดีคือ ทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการงาน แต่อาจทำให้ดูแลปัญหาภาพรวมได้ไม่ครบถ้วน และเกิดความซ้ำซ้อนในการทำงานบางอย่าง ตัวอย่างจากการลงพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการพบว่า ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ต้องคัดกรองและลงข้อมูลผ่าน 3 โปรแกรม ได้แก่ JHCIS, Smart อสม. และ Blue book โดยการคัดกรองในแต่ละโปรแกรมมีเป้าประสงค์ที่คล้ายคลึงกัน แต่มาจาก 3 หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนและเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่

4) นโยบายการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิขาดประเด็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

การพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิเน้นเรื่องการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและให้มีความครอบคลุมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คนต่อประชากร 10,000 คน ซึ่งยังขาดประเด็นด้านคุณภาพที่สำคัญคือการเพิ่มศักยภาพให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน

5) ปัญหาการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานและการให้บริการ ซึ่งจากการลงพื้นที่พบว่า มาตรฐานการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งยังไม่เทียบเท่าการจัดบริการเดิมของกระทรวง-สาธารณสุข เช่น หลังถ่ายโอนขาดบุคลากรในวิชาชีพที่สำคัญ บุคลากรที่มีอยู่ขาดทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาให้บริการลดลง ขาดการกำกับติดตามที่ดีจากผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

2. ผลการวิเคราะห์ช่องว่างระดับเขตสุขภาพและจังหวัด (ส่วนภูมิภาค)

1) ส่วนภูมิภาคไม่ได้นำปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่มาขับเคลื่อนให้เกิดนโยบาย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในพื้นที่พบว่า การดำเนินงานของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและระดับจังหวัด ส่วนใหญ่จะดำเนินงานตามตัวชี้วัดของการตรวจราชการ โดยเฉพาะงานผู้สูงอายุที่เน้นการคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ 9 ด้าน แต่ยังขาดการนำปัญหาที่พบในชุมชนของตนขึ้นมาเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน เช่น ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ปัญหาความครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชน เป็นต้น

2) การถ่ายทอดนโยบายจากเขตสุขภาพและจังหวัดไปสู่หน่วยบริการมีความคลาดเคลื่อน

จากการลงพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการพบว่า ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและตำบลมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนต่อนโยบายต่างๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายทอดลงไป เช่น วิธีการทำงาน กลุ่มเป้าหมายของการทำงาน การวัดผลประเมินผล เป็นต้น ซึ่งผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดควรมีการทำความเข้าใจและสอบถามกับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นระยะเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3) ขาดการกำกับติดตามรวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ

จากบทสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการพบว่า ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่ได้รับบริการพื้นฐานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น วัดซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ บริการทันตกรรม การแพทย์แผนไทย และกายภาพบำบัด เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถเปิดให้บริการได้ทุกวัน เนื่องจากไม่มีบุคลากรประจำ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ

ที่อยู่ไกลออกไป

3. ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) หน่วยบริการ-ปฐมภูมิ

วิเคราะห์ตามกรอบ การพัฒนาระบบสุขภาพ (Six Building Blocks) ขององค์การอนามัยโลกได้ดังนี้

1) ระบบบริการ (Service Delivery)

1.1) ปัญหาการเข้าถึงบริการปฐมภูมิในโรคและปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุ

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งในตำบลบางแก้ว เข้าถึงหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างยากลำบาก เนื่องจากสถานที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของหน่วยบริการห่างไกลจากชุมชน ไม่มีรถโดยสารประจำทางผ่าน และบริการบางประเภท เช่น กายภาพบำบัด และทันตกรรม ต้องเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ

1.2) หน่วยบริการปฐมภูมิมีคุณภาพและศักยภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน

จากการลงพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการพบว่า ศูนย์แพทย์ครอบครัวและชุมชนสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลบางแก้ว ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ไม่สามารถเปิดให้บริการแบบครบวงจรได้ มีเพียงอาคารสถานที่แต่ขาดบุคลากรในสาขาวิชาชีพที่สำคัญ เช่น แพทย์ พยาบาลที่ทำงานประจำ นอกจากนี้ยังสามารถเปิดบริการได้เพียงบางวันที่มีพยาบาลจากหน่วยอื่นเข้ามาช่วย ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าว

2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

2.1) บุคลากรที่มีอยู่กับภาระงานไม่สอดคล้องกัน และขาดผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุโดยตรง

จากการลงพื้นที่พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง มีประมาณ 10 คน มีหน้าที่รับผิดชอบทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตเมือง มีประชากรหนาแน่น ทำให้บุคลากร

มีไม่เพียงพอกับจำนวนงานที่ต้องรับผิดชอบ โดยเฉพาะงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงเพียง 1 คน

2.2) บุคลากรขาดทักษะความรู้ความเข้าใจและองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุดพบว่า ยังมีความสับสนเกี่ยวกับเกณฑ์การคัดกรองและจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่ ซึ่งยังขาดความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดควรกำกับดูแล และจัดกระบวนการพัฒนาทักษะดังกล่าวให้กับผู้รับผิดชอบงานใหม่ เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของตนได้ตามมาตรฐาน

3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)

การไม่ได้นำข้อมูลสารสนเทศที่มีอยู่มาใช้เพื่อพัฒนางานข้อมูลสารสนเทศเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนงานควบคุม กำกับ ติดตามและพัฒนางาน การเก็บข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ใช้ระบบ JHCIS สำหรับข้อมูลของงานผู้สูงอายุที่บันทึกไว้ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลการคัดกรองปัญหาสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวหน่วยบริการได้บันทึกไว้แต่ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อทำโครงการสำหรับแก้ปัญหาสำคัญที่พบในพื้นที่

4) สื่อบริการความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to medical produce and technology)

หน่วยบริการปฐมภูมิยังขาดแคลนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับให้บริการผู้สูงอายุ

จากการลงพื้นที่พบว่า ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการบางชนิดที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุยังไม่มีในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เช่น การตรวจน้ำตาลสะสมในเลือด

(HbA1c) เครื่องมือคัดกรองภาวะต่อกระจก เครื่องมือกายภาพบำบัด เครื่องมือทันตกรรม เป็นต้น จึงทำให้ผู้สูงอายุบางรายเลือกที่จะไปใช้บริการที่คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอมากกว่าจะใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเดินทางหรือไม่มีทุนทรัพย์ก็อาจไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการ

5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)

ขาดงบประมาณในการพัฒนาปรับปรุงสถานที่ให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลได้รับงบประมาณหลักในการปรับปรุงสถานที่มาจากงบลงทุนและงบค่าเสื่อม ซึ่งได้รับจัดสรรมาจากหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการปฐมภูมิกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (CUP) โดยเป็นการบริหารจัดการในภาพอำเภอ กล่าวคือมีโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอเป็นกรรมการในการจัดสรรทรัพยากร ซึ่งมีงบประมาณจำกัด ดังนั้น อาจต้องมีการสนับสนุนเพิ่มเติมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมและสะดวกกับผู้สูงอายุมากขึ้น

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance)

ธรรมาภิบาลประกอบด้วยหลัก 6 ประการ คือ (1) การมีส่วนร่วม (2) นิติธรรม (3) ความโปร่งใส (4) การตอบสนอง (5) การมุ่งเน้นฉันทามติ และ (6) ความเสมอภาค/ความเที่ยงธรรม หลักธรรมาภิบาลทั้งหมดนี้เป็นคุณสมบัติของผู้นำองค์กร เพราะเป็นการสร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ความเป็นธรรม โดยจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลไม่มีประชาชน หรือบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิกล่าวถึงประเด็นข้างต้น

7) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (participation)

ความร่วมมือในการทำงานกับชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่เป็นเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร การทำงานร่วมกับ

ภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอจะดำเนินการผ่านกลไกของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) โดยมี นายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ ซึ่งนโยบายของ กรรมการชุดดังกล่าวในพื้นที่ที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษา ไม่ได้เน้นแก้ไขปัญหาดังกล่าวในทันทีที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษา ไม่ได้เน้นแก้ไขปัญหาดังกล่าวในทันทีที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษา ไม่ได้เน้นแก้ไขปัญหาดังกล่าวในทันทีที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษา ไม่ได้เน้นแก้ไขปัญหาดังกล่าวในทันทีที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษา

4. ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง บุคคล (ผู้สูงอายุ) และ ชุมชน

1) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลขาดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง และการป้องกัน/ชะลอความเสี่ยงของ ร่างกาย

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ถือเป็นปัจจัยสำคัญประการแรกที่จะนำไปสู่การเป็นสังคมสูงอายุที่มีสุขภาพดี ซึ่งตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบ บูรณาการที่เน้นการเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการจัดการปัจจัยแวดล้อม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) เข้าใจสมรรถนะที่ถดถอยตามวัย และป้องกัน/ชะลอการ ถดถอยของสุขภาพให้ได้มากที่สุด โดยจากการลงพื้นที่ เก็บข้อมูลในจังหวัดสมุทรปราการและลำปางพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ทราบว่าปัญหาสุขภาพที่ตนต้อง เผื่อระวังมีอะไรบ้าง ไม่ทราบแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ให้เหมาะสมกับวัยของตน

2) ปัญหาความครอบคลุมของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมีการจัด กิจกรรมสำหรับส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรม ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการรวมตัวทำ กิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุในชุมชน สร้างสัมพันธ์ สร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่พบว่า มีผู้สูงอายุในชุมชนบาง ส่วนเท่านั้นที่มีความพร้อมเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น ซึ่งยัง

ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชน โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีหรือมีภาระทางบ้านที่ ต้องดูแล รวมถึงผู้สูงอายุที่ปัญหาด้านการเดินทาง ซึ่งจะ เป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวได้

3) ปัญหาการเดินทางเข้ารับบริการสาธารณสุขกรณี เจ็บป่วย

ถึงแม้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิจะเป็นหน่วยบริการที่ อยู่ใกล้ชุมชน แต่ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ไม่มียานพาหนะ ไม่มี ผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เช่น ภาวะข้อเข่าเสื่อม ต้องกระเจกชนิดบอด อัมพฤกษ์อัมพาต จะเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปรับบริการสาธารณสุข ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน หรือ จ้างเหมารถเอกชนเพื่อรับส่งเมื่อมีความเจ็บป่วย

4) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่เชื่อมั่นในศักยภาพและคุณภาพ การบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้เหตุผลหลัก ว่าไม่มีแพทย์ประจำ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงไปรับบริการในโรง พยาบาลชุมชนหรือคลินิกเอกชน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุ บางส่วนเชื่อว่าคุณภาพของยาในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ ดีเมื่อเทียบกับยาของโรงพยาบาลชุมชน ทำให้รักษาไม่ หายจึงไม่นิยมไปรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

5. ภาพรวมการวิเคราะห์ช่องว่างของระบบบริการ ปฐมภูมิเพื่อรองรับสังคมสูงวัย (ภาพที่ 1)

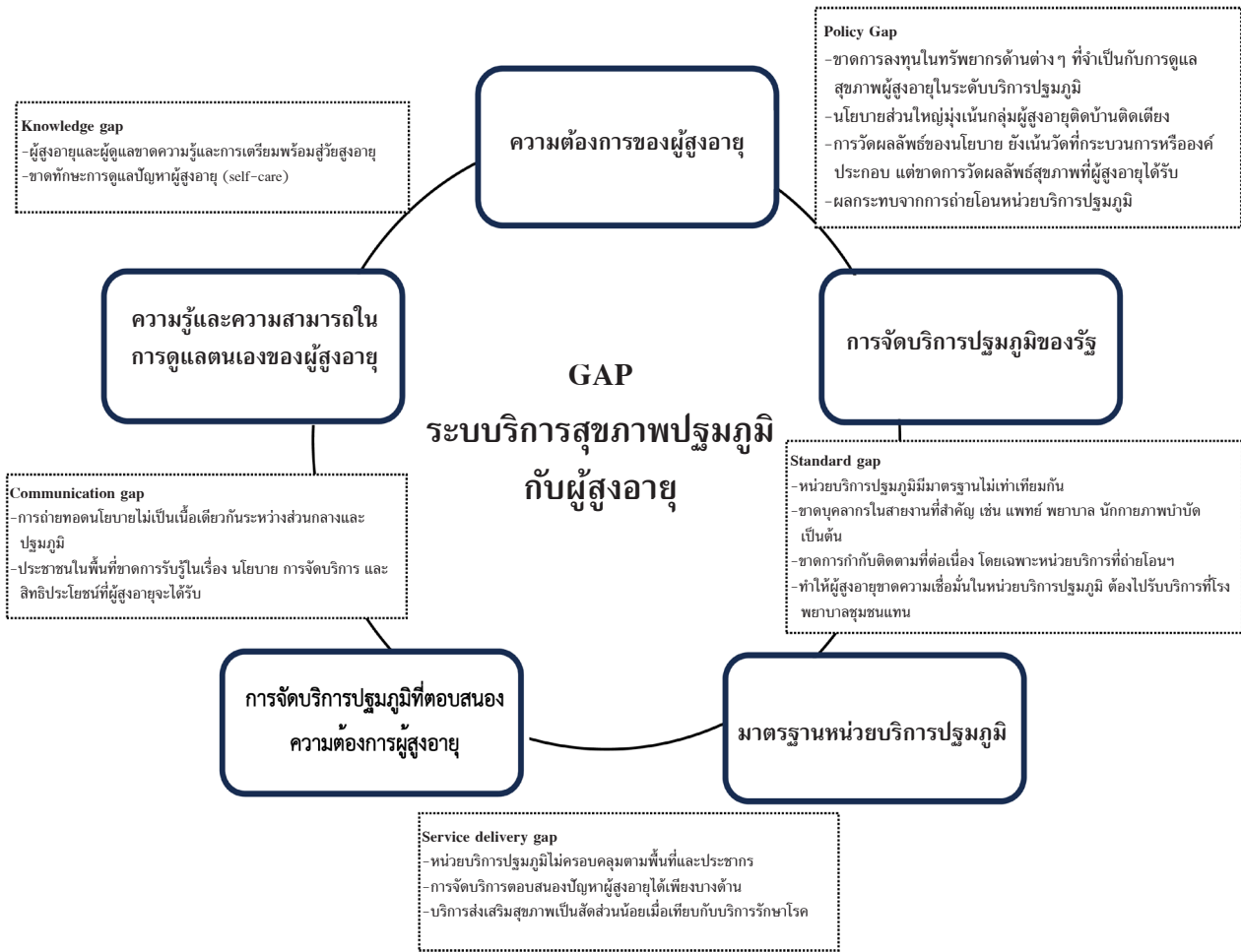
จากการวิเคราะห์ข้างต้น สามารถสรุปปัญหาของ ระบบบริการปฐมภูมิกับการดูแลผู้สูงอายุได้ดังนี้

1) การขาดการลงทุนทรัพยากรด้านต่างๆ ในระบบ บริการปฐมภูมิอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

2) ผู้สูงอายุขาดความรู้ด้านสุขภาพ ขาดทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) ให้ เหมาะสมตามวัย

3) ปัญหาด้านศักยภาพและคุณภาพของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ เช่น ขาดบุคลากร ขาดอุปกรณ์ เป็นต้น

ภาพที่ 1 การวิเคราะห์ช่องว่างของระบบบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับสังคมสูงวัย



4) การจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ครบทุกมิติปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ และยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชน

5) การถ่ายทอดนโยบายและทรัพยากรจากส่วนกลางไปสู่ระดับปฏิบัติการมีความคลาดเคลื่อน

วิจารณ์

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสำคัญและมีขนาดของปัญหามากขึ้นเรื่อย ๆ ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนของผู้สูงอายุในปัจจุบันที่คิดเป็น 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย⁽²⁾ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานของรัฐที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในมิติสุขภาพควรกำหนดวาระการดูแล

สุขภาพของผู้สูงอายุไว้เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของกระทรวง โดยข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษานี้มีเป้าหมายสำคัญ คือ (1) ผู้สูงอายุในประเทศไทยสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (healthy aging) สามารถพึ่งพาตนเองได้เหมาะสมตามวัย (2) ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุ และ (3) เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายตามกรอบ 5 gap model of service quality ดังนี้

1. Policy Gap: เพิ่มการลงทุนในระบบบริการปฐมภูมิเพื่อผู้สูงอายุ

การลงทุนที่ไม่เพียงพอ (underinvestment) ในระบบบริการปฐมภูมิ ทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนทรัพยากร โดย

เฉพาะด้านบุคลากรทางการแพทย์และสหวิชาชีพที่จำเป็น สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรืออายุรแพทย์ด้านผู้สูงอายุ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวกระทบต่อ คุณภาพของหน่วยบริการ ตลอดจนกระทบความเชื่อมั่น ของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลต่อการมารับบริการทางการแพทย์ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล ชุมชนประจำอำเภอ เกิดความแออัดที่โรงพยาบาลชุมชน และเกิดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลทางอ้อมจากค่าเดินทาง อีกด้วย ดังนั้น คณะผู้วิจัยขอเสนอมาตรการแก้ปัญหาข้าง ดังนี้

1) ภาครัฐ – ควรเพิ่มงบประมาณสนับสนุนระบบ บริการปฐมภูมิ จัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นและกระจาย บุคลากรทางการแพทย์ให้ทั่วถึงในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึง บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ง่ายขึ้น มีการบูรณาการความ ร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ โดย เฉพาะความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มี บทบาทช่วยส่งเสริมสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี วาง ระบบขนส่งมวลชนและโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ เพื่อเพิ่ม คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นควรมีมาตรการ ที่จะช่วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ เช่น โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนสูงวัย การให้ความรู้ผ่าน สื่อต่าง ๆ เป็นต้น

2) ภาคเอกชน – เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในภาคเอกชน เช่น การจัดตั้งหน่วยบริการที่มี ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีความพร้อม ผู้สูงอายุที่มีประกันสุขภาพ หรือผู้ประกันตน เป็นต้น

3) ภาคประชาสังคม – ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนัก ถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและการสร้างความ รอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอาจผลักดันให้ภาครัฐสร้าง มาตรการจูงใจชนิดต่าง ๆ เช่น การสะสมแต้มสุขภาพแลก รางวัลหรือของใช้จำเป็น การให้สิทธิประโยชน์เพื่อลด หย่อนภาษี เป็นต้น

2. Communication Gap: ติดตาม กำกับ และ ถ่ายทอดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุให้ต่อเนื่องจาก ส่วนกลางไปถึงส่วนภูมิภาคและถึงประชาชน

การสื่อสารที่ขาดความต่อเนื่องและไม่ทั่วถึงเป็น อุปสรรคต่อการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ คณะ- ผู้วิจัยจึงขอเสนอมาตรการดังนี้

1) กำหนดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไว้ในยุทธศาสตร์ หลัก โดยมีแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวไว้ รองรับ ตลอดจนมีการควบคุมกำกับในเขตสุขภาพทั้ง 13 เขตในเป็นรูปธรรม เช่น บรรจุการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไว้ในประเด็นการตรวจราชการรอบปกติของเขตสุขภาพ และจังหวัด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของงาน วิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ” จัดทำโดยสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการ- แพทย์⁽¹²⁾ ที่ได้แนะนำให้ผู้ตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ เป็นผู้ติดตามและประเมินผลมาตรการต่าง ๆ ในการดูแล ผู้สูงอายุ ตลอดจนให้การสนับสนุนนายแพทย์สาธารณสุข- จังหวัดในการดำเนินงานระดับจังหวัดต่อไป

2) สื่อสารนโยบายและทำความเข้าใจจากระดับ จังหวัดลงไปถึงระดับบริการปฐมภูมิ เช่น การมีคณะ- กรรมการสุขภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัด การนิเทศงาน ระดับจังหวัด หรืออำเภอในประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

3) สร้างการรับรู้ให้กับประชาชนได้ทราบถึงนโยบาย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อ เพิ่มการเข้าถึงในภาคประชาชน และเป็นการกระตุ้น เจ้าหน้าที่ทุกระดับให้มีความตื่นตัวต่อการดำเนินการตาม นโยบาย

3. Standard Gap: สร้างมาตรฐานและยกระดับขีด ความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิ

เพื่อลดช่องว่างด้านมาตรฐานและคุณภาพของหน่วย บริการปฐมภูมิ คณะผู้วิจัยจึงเสนอมาตรการดังนี้

1) กำหนดนโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ ชัดเจนและครอบคลุมทุกมิติ โดยเน้นสร้างมาตรฐาน

หน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความเท่าเทียม รวมถึงการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ให้เหมาะสมและทั่วถึง

2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ เน้นความรู้และทักษะเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขได้เข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ มีทักษะดูแลโรคและปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ เช่น โรคเรื้อรังที่พบบ่อย ความเสื่อมทางร่างกาย ปัญหาสุขภาพจิต การดูแลภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ เป็นต้น

3) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ ระบบเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

4) ส่งเสริมนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อุปกรณ์กายภาพบำบัด อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน รถวีลแชร์อัจฉริยะ เครื่องช่วยฟัง นวัตกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เป็นต้น

5) ปรับปรุงสถานพยาบาลและอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ปรับสภาพแวดล้อมให้มีความสะดวก ปลอดภัย เช่น ทางลาดสำหรับรถเข็น ราวจับทางเดิน ป้ายบอกทาง ไฟส่องสว่าง ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

6) ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยอาศัยการประสานงานการดูแลระหว่างสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคชรา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบครบวงจร

4. Service delivery Gap: เน้นการบริการเชิงรุกเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชน

เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นด่านหน้าควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการให้มีลักษณะเป็นเชิงรุกมากขึ้น คณะผู้วิจัยจึงเสนอมาตรการดังนี้

1) การลงพื้นที่ไปพบผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อนำข้อมูลมาจัดทำ

แผนสุขภาพชุมชนในภาพรวม และแผนสุขภาพรายบุคคล (wellness plan และ care plan) รวมถึงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยงที่สำคัญต่างๆ การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพในรายที่จำเป็น

2) สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม เป็นต้น เพื่อร่วมกันทำงานเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์⁽¹²⁾ ที่สรุปไว้ว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการจัดการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องประสานงานกับหน่วยงานราชการอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยกระทรวงสาธารณสุขอาจทำหน้าที่เป็นแกนกลางเพื่อแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในพื้นที่

3) ประสานงานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม อาจช่วยประสานกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ให้เข้ามาช่วยเหลือ เป็นต้น

5. Knowledge Gap: ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ชุมชนมีส่วนร่วมบูรณาการงานสุขภาพปฐมภูมิ

ปัญหาของสังคมผู้สูงอายุมีหลายมิติ แต่ละมิติมีความเชื่อมโยง กระทับและสนับสนุนซึ่งกันและกัน การจะดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับบริการปฐมภูมิให้สำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เครือข่ายภาคประชาชนสังคม ภาคเอกชน และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้น คณะผู้วิจัยจึงเสนอมาตรการดังนี้

1) สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health literacy in older adults) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยควรเริ่มตั้งแต่ก่อนเข้าวัยสูงอายุ รวมไปถึงการสร้างความรู้ให้กับผู้ดูแล โดยมาตรการต่างๆนั้น ควรใช้วิธีที่

เหมาะสม เข้าถึงง่าย ไม่ซับซ้อน สอดคล้องกับธรรมชาติของผู้สูงอายุและวิถีชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹³⁾ ที่แนะนำให้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบาย แผนงาน งบประมาณสำหรับกระตุ้นความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะการดูแลตนเอง (self-care) ตั้งแต่วัยทำงานตอนกลาง เพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่การสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

2) จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชุมชน (community-based Elderly care center) สนับสนุนการดูแลที่บ้านและชุมชนเป็นฐาน ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความจำเป็นในการดูแลในสถานบริการหรือโรงพยาบาล นอกจากนี้หากมีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชุมชนก็จะเอื้อให้บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการแบบเชิงรุกเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้สูงอายุได้

3) สร้างงานสร้างอาชีพในชุมชนและส่งเสริมการออมเงิน จากการลงพื้นที่พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่มีรายได้ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งบางส่วนมีรายได้เพียงจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือเงินรายเดือนที่ลูกหลานส่งมาให้ อาจไม่เพียงพอต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นหากชุมชนมีการจ้างงานหรือสร้างอาชีพที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ เหมาะสมกับวัย นอกจากจะเป็นการสร้างงานสร้างรายได้แล้ว จะเป็นการให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ชะลอความเสื่อมของสมอง ลดปัญหาซึมเศร้าได้อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240017900>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
- Natetida Bunnag. ก่อนไปสู่ ‘healthy ageing’ ต้องเข้าใจ 10 ความจริงของ ‘การสูงวัย และสุขภาพ’ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.sdgmove.com/2021/02/11/10-facts-of-health-and-aging>.
- World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. 2015 [cited 2023 Sep 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- World Health Organization. Age-friendly primary health care centres [Internet]. 2015 [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://www.emro.who.int/elderly-health/age-friendly-phc-centres>
- รัฐสภา. การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://www.parliament.go.th/ewtcommittee/ewt/drive_health/download/user_genocide508/809.pdf
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2565.
- World Health Organization. Integrated care for older people: guidance for systems and services [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>
- LAPAAS. Gap model of service quality (5 gap model): understand your customer better [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://lapaas.com/gap-model-of-service-quality>.
- World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems [Internet]. 2010 [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

12. กรมการแพทย์. การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
13. ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของเขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิชาการกรม-สนับสนุนบริการสุขภาพ 2564;17(3):56-68.

Strengthening a Primary Health Care System for Encountering an Aging Society in Thailand

Nutcha Tatttanon, M.D., M.P.H.*; Naphak Polamnauy, M.P.H.**; Kanjana Panitpichetvong, M.D.***; Witthaya Sitthiprapha, B.P.H.****; Titiporn Gunvihok, M.Eng.*****; Rungrudee Kaewcholkram, M.N.S.*****; Penjan Kullasit, M.N.S.*****; Krasin Kheowping, M.D.*****

* Songkhla Provincial Health Office; ** Warinchamrab Hospital; *** Vachira Phuket Hospital; **** Sa-Kaeo District Health Office; ***** Strategy And Planning Division, Ministry of Public Health; ***** 11st Regional Health Office; ***** Chiangrai Prachanukroh Hospital; ***** Maetha Hospital, Lampang, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2024;33(Suppl 2):S265-S276.

Corresponding author: Nutcha Tatttanon, Email: cmp.ntcha@gmail.com

Abstract: This study is a descriptive study by analyzing quantitative and qualitative data to make policy recommendations for developing the primary care system to effectively support the aging society in Thailand. It was conducted by reviewing literature and in-depth interviews with 53 elderly people and 12 local medical personnel in Bang Phli District, Samut Prakan Province and Mae Tha District, Lampang Province, between 7 August and 6 October 2023 using quantitative and qualitative questionnaires. It was followed by a group discussion with qualified lecturers from the Ministry of Public Health to analyze gaps in the primary care system and health problems of elderly. The results of the study revealed the following problems: (1) lack of adequate and continuous investment in the primary care system, (2) lack of health literacy and the ability among elderly people to take care of themselves appropriately, (3) problems with the capacity and quality of primary care units, (4) inability of primary care units to provide services that cover all dimensions of elderly's health problems, and (5) inaccurate transfer of policies and resources from the central level to the operational level. Therefore, to be able to achieve the important goal of caring for the elderly, it was important that the elderly were able to rely on themselves, had good health for their age, and had equal access to health care services, especially at the primary care level which was the service unit closest to the elderly. The research team has summarized policy and strategic recommendations as follows: (1) increase investment in the primary care system for the elderly, (2) monitor, supervise, and transfer policies on care for the elderly continuously from the central government to the regional areas and to the people, (3) create standards and upgrading the capacity of primary service units, (4) emphasize proactive services to reach the elderly in the community, and (5) promote health literacy of elderly and connect with communities to participate in primary health care development.

Keywords: elderly; primary health care; aging society; healthy aging