

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

# บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ทศนะจาก ผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพต่อการเข้าถึงและคุณภาพบริการ

เบญจพร สุธรรมชัย ป.พ.ส.\*

ธัญพร ชื่นกลิ่น ปร.ด.\*\*

นภัส แก้ววิเชียร พย.บ., น.บ.\*

วิชาญ เกิดวิชัย พ.บ.\*\*\*

\* สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

\*\* วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

\*\*\* มหาวิทยาลัยบูรพาจังหวัดชลบุรี

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา ตามขั้นตอนของการดูแลแบบบูรณาการ โดยทำการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) ตามพื้นที่จาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เลือกจังหวัดจากแต่ละภูมิภาค และเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละจังหวัดแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 236 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีทั้งการเข้าถึงและคุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการรับผู้ป่วยสูงอายุฉุกเฉินที่บ้านอยู่ในระดับดีแต่คุณภาพอยู่ในระดับพอใช้ การตรวจค้นหาโรค บริการผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสุขภาพ และการดูแลที่บ้านในช่วงสุดท้ายของชีวิต อยู่ในระดับพอใช้ การบริการคลินิกผู้สูงอายุ, intermediate care, long-term care, day care, respite care, hospice care ในสถานพยาบาล และ day care ในชุมชน อยู่ในระดับควรปรับปรุง intermediate care และ long-term care ในชุมชน อยู่ในระดับควรปรับปรุงอย่างยิ่ง

**คำสำคัญ:** บริการสุขภาพผู้สูงอายุ, การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล, การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน, การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน, คุณภาพ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ

## บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุวัย 60 ปี ขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าประเทศไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่าง

สมบูรณ์ (aged society) ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุวัย 60 ปี ขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20.0 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (hyper-aged society) ที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2578<sup>(1)</sup>

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก เริ่มจากประเทศพัฒนาแล้ว ตามมาด้วยประเทศกำลังพัฒนา และกำลังเริ่มต้นในประเทศด้อยพัฒนา โดยมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ตามมาด้วยปัญหาสุขภาพ คุณภาพชีวิต สังคม และเศรษฐกิจ ที่รุนแรงจนกระทั่งนักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้องเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “Silver Tsunami” or “Gray Tsunami” และเตือนให้ทุกประเทศวางแผนรับมือโดยเร็ว<sup>(2,3)</sup>

องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing” ในปี ค.ศ. 2002<sup>(4)</sup> ตามมาด้วย “active ageing: a political framework” ขององค์การอนามัยโลกในปีเดียวกัน<sup>(5)</sup> โดยกำหนดแนวทาง “กระบวนการจัดการที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ” โดยมุ่งเป้าหมายที่ “การทำให้ผู้สูงอายุยังคงเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าสำหรับครอบครัว ชุมชน และเศรษฐกิจ”

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ “World Report on Ageing and Health” เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2015 ประเมินสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปรึชญาแนวคิด จุดมุ่งหมาย และความจำเป็น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยประเมินว่าระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอยู่ทั่วโลกนั้นยังไม่มีคุณภาพ ไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง มีการใช้จ่ายที่ขาดประสิทธิภาพ และได้ให้ข้อสรุปว่า การลงทุนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากเดิมที่เชื่อว่าไม่คุ้มค่าทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม สามารถปรับปรุงระบบการดูแลให้ได้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าทั้งด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สังคมที่มีคุณภาพ มีความสุข และผลตอบแทนทางด้านเศรษฐกิจ โดยการจัระบบการดูแลที่ยึดหลักความเป็นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง จัดให้มีการดูแลที่ต่อเนื่อง บูรณาการกันระหว่างระดับต่าง ๆ ของการดูแล มีการประสานงานที่ดีระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดระบบการดูแลระยะยาวที่ดี<sup>(6)</sup>

รัฐบาลไทยให้ความสำคัญต่อสถานการณ์และแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วน

ของผู้สูงอายุ จัดทำแผนในการจัดการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ คุณภาพชีวิต ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นมา พยายามสร้างระบบและกลไกการบริหารจัดการที่คาดว่าจะสามารถเอื้อให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินการที่ดี และมีโครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่มีการศึกษาพบว่า ผลการดำเนินการด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาสู่ระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีและยั่งยืนยังไม่บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์เท่าที่ควร<sup>(7)</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ประเด็นการขาดบทบัญญัติของกฎหมายที่ครบถ้วนชัดเจน รวมถึงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลต่อการบรรลุผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ<sup>(8)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยการสนับสนุนขององค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) จัดทำแผนบูรณาการการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2557-2566<sup>(9)</sup> โดยวางแผนการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่คือ การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในชุมชนและที่บ้าน จัดบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย เกษัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้ประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุ และจัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการบริการระยะยาว สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ (project on long-term care service development for the frail and other vulnerable people: LTOP) ดำเนินการใน 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย ขอนแก่น นนทบุรี สุราษฎร์ธานี นครราชสีมา และกรุงเทพมหานคร<sup>(10)</sup>

การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เป็นเป้าหมายหลักอย่างหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา และมุ่งแก้ไขปัญหาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างมีระบบ เป็นกระบวนการโดยใช้กลุ่มบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาทำงานร่วมกันเป็นลักษณะทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครบวงจร ครอบคลุมสภาพปัญหาตามความต้องการ รวมทั้งการดำเนินงานที่เน้นบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อให้ระบบการดูแลสุขภาพมีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมาย<sup>(10)</sup> ตลอดจนมุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเสมอภาค<sup>(11)</sup> แต่ยังคงขาดการศึกษาติดตามที่ต่อเนื่อง จึงยังไม่มีข้อมูลบ่งชี้เพียงพอเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ว่าบริการมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด ตลอดจนผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถจะเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงโดยเสมอภาคหรือไม่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดที่ได้พัฒนาระบบแล้ว ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (รายละเอียดดังภาพที่ 1) ด้วยการสอบถามความคิดเห็นผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 4 ภูมิภาค เพื่อให้ทราบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงสามารถนำผลการวิจัยมาปรับปรุงบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยให้มีคุณภาพ บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

### วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการในแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยการสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญและการทดลองใช้ แบบสอบถามมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการ

และคุณภาพของบริการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ประกอบด้วย การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การดูแลต่อเนื่องในสถานพยาบาล การดูแลต่อเนื่องที่สถานบริการในชุมชน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามแผนผังการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ซึ่งกำหนดตามแนวทางการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น มีการนำมาใช้ในหลายโครงการนำร่องของประเทศไทยในหลายพื้นที่ ดังภาพที่ 1

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) จาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ และเลือกจังหวัดในแต่ละภูมิภาคแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกคือ (1) เป็นจังหวัดที่มีผู้ปฏิบัติงานที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล และ (3) เป็นจังหวัดนำร่องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวในปีงบประมาณ 2559 ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น นนทบุรี และนครศรีธรรมราช ประชากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงสหวิชาชีพ ได้แก่ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 189 คน และทีมสหวิชาชีพจำนวน 47 คน รวม 236 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2559 โดยการลงพื้นที่ประชุมชี้แจง แจกแบบสอบถาม ให้ตอบแบบสอบถามและเก็บภายในวันเดียวกัน ได้แบบสอบถามกลับคืนร้อยละ 100.00

แบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ 1 ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง 2 ควรปรับปรุง 3 พอใช้ 4 ดี 5 ดีมาก โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการศึกษา**

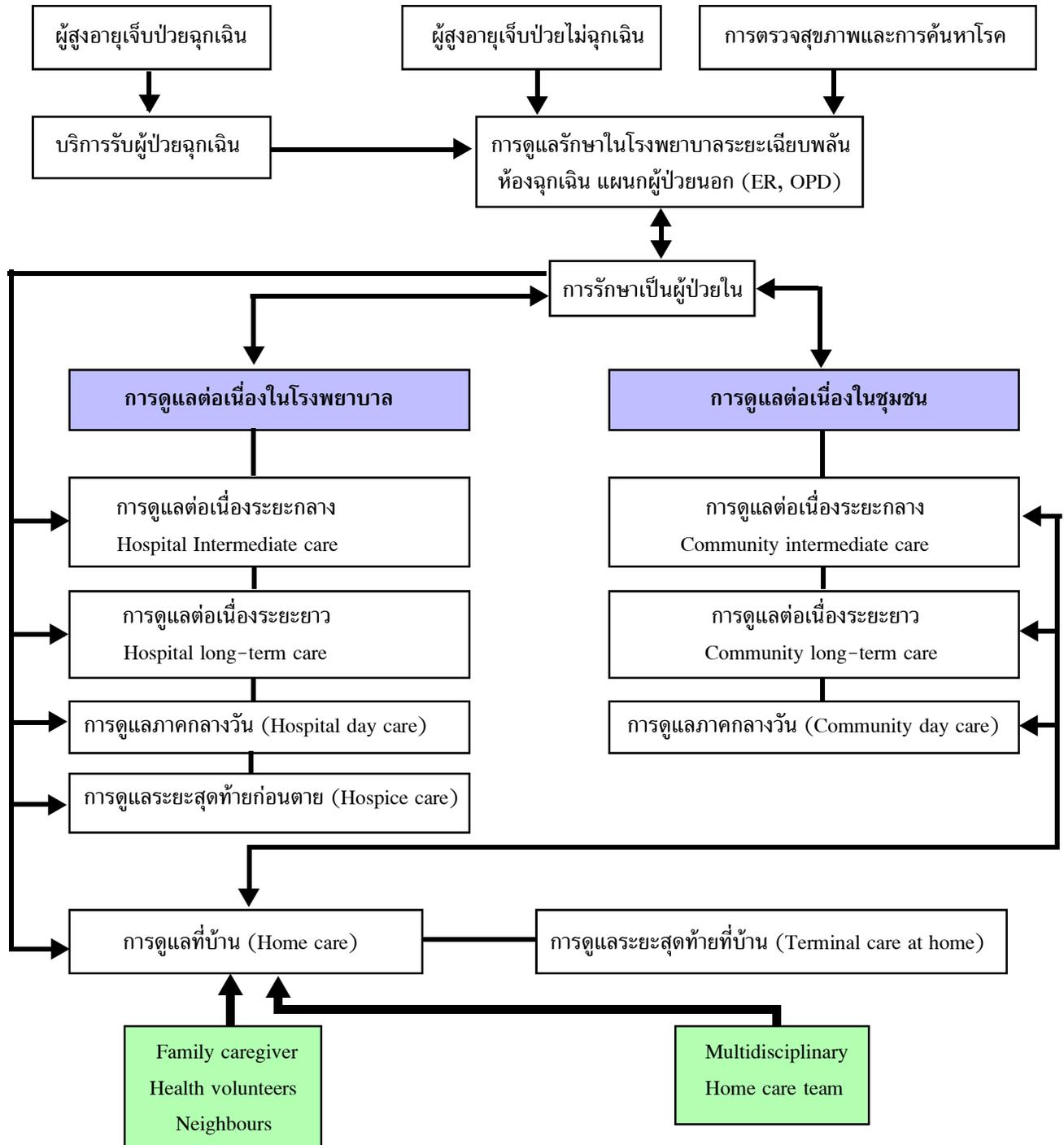
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ การศึกษา อาชีพ และการอยู่อาศัย แยกกลุ่มผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และทีมสหวิชาชีพ โดยยกเว้นทีมสหวิชาชีพ ไม่ต้องตอบข้อมูลเกี่ยวกับการอยู่อาศัย ผลการวิเคราะห์

**แสดงไว้ตามตารางที่ 1**

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพของบริการในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลรักษาผู้สูงอายุ

2.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดย

ภาพที่ 1 แผนผังการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ



รวมพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับควรปรับปรุง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 SD เท่ากับ 0.93) บริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การดูแลต่อเนื้อที่บ้าน บริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การดูแลต่อเนื้อที่สถานบริการในชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 SD เท่ากับ 1.05) บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ โดยบริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การเข้าถึงบริการรับผู้ป่วยสูงอายุฉุกเฉินที่บ้าน บริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ คุณภาพของบริการคลินิกเฉพาะผู้สูงอายุที่ยึดหลักผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

2.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื้อหลังระยะเฉียบพลัน และฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับควรปรับปรุง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.82 SD เท่ากับ 0.99) และการบริการสุขภาพทุกประเด็นมีความคิดเห็นในระดับที่ควรปรับปรุงทั้งด้านการเข้าถึงบริการ และคุณภาพของบริการ ดังแสดงในตารางที่ 4

2.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื้อ และฟื้นฟูสภาพที่สถานบริการในชุมชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับควรปรับปรุง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.61 SD เท่ากับ 0.86) บริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ บริการดูแลภาคกลางวันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนบริการด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับควรปรับปรุงอย่างยิ่ง ทั้งด้านการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการ ดังแสดงใน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

	ข้อมูล	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		ทีมสหวิชาชีพ		รวม	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	34	17.99	9	19.15	43	18.22
	หญิง	155	82.01	38	80.85	193	81.78
	รวม	189		47		236	
การศึกษา	ไม่มีการศึกษา	4	2.12	0	0	4	1.69
	ประถมศึกษา	84	44.44	0	0	84	35.59
	มัธยมศึกษา	88	46.56	0	0	88	37.29
	อนุปริญญา	11	5.82	15	31.91	26	11.02
	ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0	32	68.09	32	13.56
	อื่น ๆ	2	1.06	0	0	2	0.85
อาชีพ	ไม่ประกอบอาชีพ	32	16.93	0	0	32	13.56
	เกษตรกร	71	37.57	0	0	71	30.08
	รับจ้าง	45	23.81	15	31.91	60	25.42
	ธุรกิจค้าขาย	20	10.58	0	0	20	8.47
	รับราชการ	5	2.66	32	68.09	37	15.68
	บำเหน็จบำนาญ	7	3.7	0	0	7	2.97
	อื่น ๆ	9	4.76	0	0	9	3.81
การอยู่อาศัย	อยู่โดยลำพัง	39	20.63	26	55.32	65	27.54
	อยู่กับบุตร	121	64.02	9	19.15	130	55.08
	อยู่กับญาติ	26	13.76	8	17.02	34	14.41
	อื่น ๆ	3	1.59	4	8.51	7	2.00

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม

ประเด็น	ความคิดเห็น						ระดับ
	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		ทีมสหวิชาชีพ		รวม		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
1. การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล	3.05	1.05	3.05	1.03	3.05	1.05	พอใช้
2. การดูแลต่อเนื่องหลังระยะเฉียบพลันและฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล	1.79	0.98	1.95	1.04	1.82	0.99	ควรปรับปรุง
3. การดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพที่สถานบริการในชุมชน	1.67	0.87	1.41	0.76	1.61	0.86	ควรปรับปรุง
4. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	3.47	0.95	3.20	0.96	3.40	0.96	พอใช้
รวม	2.44	0.95	2.39	0.93	2.42	0.93	ควรปรับปรุง

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

ประเด็น	ความคิดเห็น						ระดับ
	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		ทีมสหวิชาชีพ		รวม		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
1. บริการตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อค้นหาโรคตั้งแต่ระดับแรก							
- การเข้าถึงบริการ	3.18	0.99	3.23	0.93	3.20	0.97	พอใช้
- คุณภาพของบริการ	2.92	1.02	3.10	0.93	2.96	1.00	พอใช้
2. บริการรับผู้ป่วยสูงอายุฉุกเฉินที่บ้าน							
- การเข้าถึงบริการ	3.57	0.98	3.52	1.01	3.55	0.98	ดี
- คุณภาพของบริการ	3.34	1.04	3.40	0.97	3.35	1.02	พอใช้
3. บริการคลินิกเฉพาะผู้สูงอายุที่ยืดหลักผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง							
- การเข้าถึงบริการ	2.65	1.08	2.53	1.08	2.62	1.07	พอใช้
- คุณภาพของบริการ	2.44	1.08	2.48	1.10	2.45	1.08	ควรปรับปรุง
4. บริการผู้ป่วยในสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล							
- การเข้าถึงบริการ	3.29	1.05	3.21	1.08	3.27	1.05	พอใช้
- คุณภาพของบริการ	3.06	1.15	3.02	1.15	3.05	1.15	พอใช้
รวม	3.05	1.05	3.05	1.03	3.05	1.05	พอใช้

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื้อหลังระยะเฉียบพลันและฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล

ประเด็น	ความคิดเห็น						ระดับ
	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		ทีมสหวิชาชีพ		รวม		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
1. บริการดูแลสุขภาพแบบค้างคืน ก่อนส่งผู้สูงอายุกลับบ้าน ต่อเนื่องน้อยกว่า 2 เดือน ในสถานพยาบาล							
- การเข้าถึงบริการ	1.62	0.85	1.77	0.89	1.66	0.87	ควรปรับปรุง
- คุณภาพของบริการ	1.54	0.79	1.71	0.91	1.59	0.83	ควรปรับปรุง
2. บริการดูแลสุขภาพแบบค้างคืนสำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่สามารถกลับบ้านได้ ต่อเนื่องมากกว่า 2 เดือน ในสถานพยาบาล							
- การเข้าถึงบริการ	1.60	0.83	1.74	0.87	1.63	0.84	ควรปรับปรุง
- คุณภาพของบริการ	1.51	0.77	1.68	0.88	1.55	0.80	ควรปรับปรุง
3. บริการดูแลสุขภาพ (Day Care) ในสถานพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุ แบบเข้ามา-เย็นกลับ							
- การเข้าถึงบริการ	1.72	0.94	1.76	1.02	1.73	0.96	ควรปรับปรุง
- คุณภาพของบริการ	1.62	0.91	1.78	1.10	1.68	0.96	ควรปรับปรุง
4. บริการรับผู้สูงอายุไว้ในสถานพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสภาพ ระยะสั้น 3 - 7 วัน							
- การเข้าถึงบริการ	1.71	0.91	1.76	0.91	1.73	0.91	ควรปรับปรุง
- คุณภาพของบริการ	1.62	0.87	1.65	0.86	1.63	0.86	ควรปรับปรุง
5. บริการดูแลสุขภาพในสถานพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุในช่วงสุดท้ายของชีวิตก่อนตาย (hospice care)							
- การเข้าถึงบริการ	2.21	1.16	2.38	1.20	2.25	1.17	ควรปรับปรุง
- คุณภาพของบริการ	2.13	1.15	2.34	1.23	2.18	1.17	ควรปรับปรุง
รวม	1.79	0.98	1.95	1.04	1.82	0.99	ควรปรับปรุง

ตารางที่ 5

2.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื้อที่บ้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.40 SD เท่ากับ 0.96) บริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ บริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในช่วงสุดท้ายของชีวิตก่อนตาย ดังแสดงในตารางที่ 6

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ทศนะจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มประชาชนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บริการที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่

ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง ทั้งในด้านการจัดให้มีบริการที่เพียงพอ เข้าถึงได้ง่าย และคุณภาพของบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลต่อเนื้อในสถานพยาบาลหลังพ้นระยะเวลาเจ็บป่วยเฉียบพลัน และการดูแลต่อเนื้อที่สถานบริการในชุมชน อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง และควรปรับปรุงอย่างยิ่ง ทั้งในด้านของการจัดการให้มีบริการที่พอเพียงกับความต้องการและคุณภาพของบริการ

ผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า การเข้าถึงบริการรับผู้ป่วยสูงอายุฉุกเฉินที่บ้านอยู่ในระดับดี เนื่องจากมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS system) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปรับรู้ สามารถเรียกใช้บริการ 1669 ได้โดยสะดวกรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า

ระดับความพึงพอใจต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพบริการอยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้ สอดคล้องกับอยู่ในระดับมาก และมีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการ- ผลการศึกษาดังกล่าวที่พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวัง แพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก<sup>(12)</sup> อย่างไรก็ตาม แม้ว่า และความต้องการบริการที่มีคุณภาพ แต่หน่วยงานทางการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับดี แต่ การแพทย์ฉุกเฉินยังเผชิญปัญหาด้านจำนวนบุคลากรไม่

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพที่สถานบริการในชุมชน

ประเด็น	ความคิดเห็น						ระดับ
	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		ทีมสหวิชาชีพ		รวม		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
1. บริการดูแลภาคกลางวันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน							
- การเข้าถึงบริการ	2.04	1.17	1.59	0.97	1.94	1.14	ควรปรับปรุง
- คุณภาพของบริการ	1.94	1.10	1.53	0.85	1.83	1.07	ควรปรับปรุง
2. บริการดูแลสุขภาพแบบค้างคืน ก่อนส่งผู้สูงอายุกลับบ้าน ต่อเนื่องน้อยกว่า 2 เดือนในชุมชน							
- การเข้าถึงบริการ	1.49	0.76	1.44	0.80	1.47	0.76	ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง
- คุณภาพของบริการ	1.48	0.73	1.42	0.77	1.46	0.74	ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง
3. บริการดูแลสุขภาพแบบค้างคืน สำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่สามารถกลับบ้านได้ ต่อเนื่องมากกว่า 2 เดือนในชุมชน							
- การเข้าถึงบริการ	1.50	0.74	1.31	0.62	1.46	0.72	ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง
- คุณภาพของบริการ	1.46	0.74	1.23	0.56	1.41	0.71	ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง
รวม	1.67	0.87	1.41	0.76	1.61	0.86	ควรปรับปรุง

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ประเด็น	ความคิดเห็น						ระดับ
	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		ทีมสหวิชาชีพ		รวม		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
1. การบริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ							
- การเข้าถึงบริการ	3.40	0.85	3.29	0.93	3.38	0.87	พอใช้
- คุณภาพของบริการ	3.36	0.92	3.25	0.89	3.33	0.91	พอใช้
2. การดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ							
- การเข้าถึงบริการ	3.85	0.80	3.42	0.97	3.75	0.86	ดี /พอใช้
- คุณภาพของบริการ	3.86	0.92	3.31	1.02	3.74	0.97	ดี/พอใช้
3. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในช่วงสุดท้ายของชีวิตก่อนตาย							
- การเข้าถึงบริการ	3.22	1.00	3.02	0.96	3.17	1.07	พอใช้
- คุณภาพของบริการ	3.10	1.12	2.89	1.02	3.05	1.10	พอใช้
รวม	3.47	0.95	3.20	0.96	3.40	0.96	พอใช้

เพียงพอ สมรรถนะบุคลากรไม่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ และยังขาดแคลนระบบการดำเนินงาน ระบบควบคุมคุณภาพมาตรฐาน รวมทั้งอุปกรณ์สำหรับให้บริการในระดับท้องถิ่น ส่วนความคิดเห็นที่มีระดับคะแนนต่ำที่สุดในกลุ่มความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลก็คือ ด้านคุณภาพบริการคลินิก เฉพาะผู้สูงอายุที่ยึดหลักผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง โดยอยู่ในระดับควรปรับปรุง เป็นผลจากแผนบูรณาการพัฒนารูปแบบกลุ่มวัยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2558 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ตัวชี้วัดซึ่งกำหนดให้ รพศ./รพท. มีคลินิกผู้สูงอายุร้อยละ 30.0<sup>(13)</sup> ประกอบกับเมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานจริง พบข้อมูลปัญหาการไม่มีโครงสร้างรองรับที่ชัดเจนในทุกด้าน ทั้งในด้านกำลังคน-งบประมาณ-เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องหลังระยะเฉียบพลันและฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาลอยู่ในระดับควรปรับปรุง ทั้งในด้านการเข้าถึงและคุณภาพบริการ ตลอดถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพที่สถานบริการในชุมชน อยู่ในระดับควรปรับปรุงอย่างยิ่ง ทั้งนี้ เนื่องจากในปัจจุบันยังขาดซึ่งขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลระยะกลาง (intermediate care) และการดูแลภาคกลางวัน (day care)

การขาดขั้นตอนบริการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล หลังพ้นระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และการดูแลต่อเนื่องที่สถานบริการในชุมชนตามนโยบายที่เน้นการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องอยู่ในการดูแลระยะเฉียบพลัน (acute care) ของโรงพยาบาลยาวนานเกินไป และบางส่วนถูกส่งกลับไปดูแลที่บ้านโดยยังไม่มีความพร้อม ทำให้คุณภาพของบริการไม่ดี ผลลัพธ์ของบริการต่ำกว่าที่ควร และส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการจัดบริการเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) ซึ่งเป็นบริการดูแลต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤติหรือระยะเฉียบ-

พลันแล้ว ไม่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล (acute care) และพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังมีภาวะที่ต้องการการพึ่งพาทางการแพทย์และการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งที่บ้านผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะให้การดูแลต่อ<sup>(14)</sup>

ประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุก่อนประเทศไทยได้ประสบปัญหาเหล่านี้มาแล้ว และได้ปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่องแบบบูรณาการ จัดให้มีขั้นตอนการดูแลที่มากขึ้น เพิ่มขั้นตอนการดูแลในระหว่างการรักษาพยาบาลของ acute care ในโรงพยาบาลกับการดูแลที่บ้าน ด้วยการจัดระบบดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลและสถานบริการในชุมชน ประเมินสถานะสุขภาพและสภาพการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และจัดการให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการในขั้นตอนต่างๆ อย่างเหมาะสม และพบว่ามีผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ทั้งการมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติขององค์รวม รวมทั้งมีการใช้จ่ายเงินในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย<sup>(15-18)</sup>

### ข้อเสนอแนะ

กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น ครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ โดยยึดหลักการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ จัดบริการสุขภาพให้มีขั้นตอนต่างๆ ครบถ้วน และต่อเนื่องตามความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและครอบครัว ประเมินผลและรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบ และบริการให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด

1. ควรปรับปรุงพัฒนาบริการที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพและเข้าถึงได้ดีขึ้น ทั้งบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อค้นหาโรคตั้งแต่ระยะแรก บริการรับผู้ป่วยสูงอายุฉุกเฉินที่บ้าน บริการคลินิกเฉพาะผู้สูงอายุ

ที่ยืดหลักผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และบริการผู้ป่วยใน สำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จัดทำแนวทางการจัด บริการและกระบวนการบริการให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ มาตรฐานทั่วประเทศ

2. ควรเพิ่มระบบบริการดูแลต่อเนื่องในสถาน พยาบาล ทั้ง day care, intermediate care, long-term care, respite care และ hospice care ให้เพียงพอและ เหมาะสมกับความต้องการ เพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่าน ผู้ป่วยสูงอายุจาก acute care ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ไปสู่ขั้นตอน การดูแลที่มีความเหมาะสมกับความต้องการและมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า

3. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้มี คุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้สูง-อายุที่บ้านมีคุณภาพ และรองรับผู้สูงอายุที่ส่งกลับมาจาก ระบบการดูแลที่โรงพยาบาลและในชุมชนได้มากขึ้นและ ดีขึ้น

4. ควรจัดให้มีผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (health care coordinator for ageing) เพื่อติดตามประเมิน สถานะสุขภาพ และสถานการณ์เจ็บป่วยของผู้สูงอายุอย่าง ต่อเนื่อง ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน และจัดให้ผู้สูงอายุ เข้ารับบริการในขั้นตอนและสถานที่ที่เหมาะสม ทำให้ ผู้สูงอายุสามารถได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิ-ภาพได้โดยเร็ว

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ นายแพทย์สมศักดิ์ อรรถศิลป์ นายแพทย์ ธีรพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ นายแพทย์ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ นายแพทย์สุกิจ ทศนสุนทรวงศ์ นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย นายแพทย์ธานินทร์ สนธิรักษ์ นายแพทย์ ถาวร สกุลพาณิชย์ อาจารย์สุรศักดิ์ ก้องเกียรติกุล ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุทั้ง 4 จังหวัด (เชียงใหม่ ขอนแก่น นนทบุรี และนครศรีธรรมราช) ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะในการศึกษานี้ เป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, สถาบันวิจัย-ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูง-อายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้ง-แอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
2. The Economist. The silver tsunami [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://www.economist.com/node/15450864>
3. Bartels SJ, Naslund JA. The underside of the silver tsunami – older adults and mental health care. N Engl J Med 2013;368:493–6.
4. United Nations. Political declaration and Madrid inter- national plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002.
5. World Health Organization. Active ageing: a policy frame- work. Geneva: World Health Organization; 2002.
6. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
7. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, นภัส แก้ว-วิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24: 1017–29.
8. เบญจพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, วิชัญ เกิดวิชัย, ศักดิ์ชัย ธีรวิทยาคม. บริการสุขภาพผู้สูงอายุ: ประเด็นทางกฎหมายที่ควรพิจารณา. วารสารวิชาการ-สาธารณสุข 2560;26:18–32.
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โครงการพัฒนารูปแบบ บริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา รวมทั้งกลุ่มอายุ อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (LTOP). ประชุม 2<sup>nd</sup> Policy Discussion Seminar; 24–25 กรกฎาคม 2557; อาคารสุขภาพแห่งชาติ, นนทบุรี.
10. Kamuzora P, Maluka S, Ndawi B, Byskov J, Hurtig AK. Promoting community participation in priority setting in district health systems: experiences from Mbarali dis- trict, Tanzania [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 30]. Available from: [http://www.globalhealthactionnet/index.php/gha/.article/view/22669Mental Health/index.php?option=com\\_content&view=article&id=213:mh-vol3-no1issue01&catid=66:mh-vol3-no1&Itemid=88](http://www.globalhealthactionnet/index.php/gha/.article/view/22669Mental%20Health/index.php?option=com_content&view=article&id=213:mh-vol3-no1issue01&catid=66:mh-vol3-no1&Itemid=88)

11. วิราภรณ์ โพธิศิริ, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, วรเวศม์ สุวรรณระดา, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว, ชเนตติ มลินทางกูร. โครงการศึกษาด้านแบบการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
12. ณัชชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิริณธ์ กิตติพิชัย และอุมาวดี เหลลาทอง. การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. 2559
13. กระทรวงสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ. ยุทธศาสตร์เป้าหมายและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2558: ประเด็นแผนพัฒนาศักยภาพกลุ่มวัยสูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: [hp.anamai.moph.go.th/download/5.ผู้สูงอายุและพิการ.pdf](http://hp.anamai.moph.go.th/download/5.ผู้สูงอายุและพิการ.pdf)
14. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข: การสำรวจแบบวันเดียว. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2555.
15. Herrera A C, Pickard L, Wittenberg R, Malley J, King D. The long-term care system for the elderly in England [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 30]. Available from: [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/Default/files/ENEPRI%20\\_ANGIEN\\_%20RRNo%2074 England.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/Default/files/ENEPRI%20_ANGIEN_%20RRNo%2074%20England.pdf)
16. Fukushima N, Adami J, Palme M. The Long-term care system for the elderly in Sweden: ENEPRI research report No. 89 [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>
17. Ministry of Health, Labour, and Welfare, Japan. Health and welfare services for the elderly [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/10e.pdf>
18. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Reviews of health care quality. Sweden: OECD publishing; 2013.

**Abstract: Health Care Services for the Elderly in Thailand: Views from Caretakers and Multidisciplinary Team on Access and Quality of Care**

**Benjaporn Suthamchai, Dip in Nursing Science\***; **Naphas Kaeowichian, B.N.S., LL.B\***; **Thunyaporn Chuenklin, M.S.N., Ph.D.\*\***; **Wicharn Girdwichai, M.D.\*\*\***

*\* Supreme Patriarch Nyanasanwara Institute for Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health; \*\* Phrachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province; \*\*\* Thai Traditional Medicine Burapha University, Chonburi Province*

*Journal of Health Science 2018;27:268-79.*

The purpose of this study was to investigate the stakeholders' opinions on elderly health care services focusing on the steps of integrated care. It was conducted as a quantitative research during February to March 2016. The population included elderly care-givers and multidisciplinary elderly care stakeholders. The samples were selected using cluster sampling from 4 regions of Thailand: North, Northeast, Central and South; then 4 provinces were selected from each region; and 236 subjects were enrolled using purposive sampling. Data were collected by using questionnaire with the reliability of 0.89; and statistical analyses employed were percentage, mean, and standard deviation. It was found that only home health care by family members or caregiver for elderly was in good level both in accessibility and quality of care. Emergency transportation from home was good in accessibility but was only at fair level in the quality. Disease surveillance, inpatient care, continued home health care by health care team and end-of-life care at home were in fair level. Elderly outpatient clinic, intermediate care, long-term care, day care, respite care, and hospice care were at poor level and needed to be improved both in the hospital and in day care services in the community. Intermediate care and long-term care at community were at very poor level. Altogether this study revealed that elderly health care in Thailand needs improvement in almost every aspect.

**Key words:** elderly health care, ageing health care, hospital elderly health care, elderly health care in community, elderly health care at home, accessibility, quality of health care service