

สถานการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการมีผู้ดูแลในขณะพักฟื้นของผู้สูงอายุ ในประเทศไทย

คุณากร เอี้ยวสุวรรณ*

กัญจนา ติชยาริคม[†]

สุพล ลิมวัฒนานนท์^{‡,§}

ธนรรจ์ รัตปโชติพานิช[†]

วลัยพร พิษณุกุล[‡]

จุฬารักษ์ ลิมวัฒนานนท์[§]

ผู้รับผิดชอบบทความ: คุณากร เอี้ยวสุวรรณ

บทคัดย่อ

สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ เฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษายาบาลนั้น เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการมีผู้ดูแลในขณะพักฟื้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยพิจารณาทั้งด้านสิทธิการรักษา เศรษฐฐานะ และขนาดครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 โดยการถ่วงน้ำหนักตามระเบียบวิธีทางสถิติ เพื่อเป็นตัวแทนประชากรทั้งประเทศ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 706,183 คน (ร้อยละ 7 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด) เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในช่วง 1 ปีก่อนหน้าและมีสัดส่วนการเข้ารับการรักษามากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ (วัยเด็กร้อยละ 3.5 และวัยรุ่น/ผู้ใหญ่ร้อยละ 4.5) โดยภาพรวม กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.98 วันต่อคน และจำนวนวันนอนพักฟื้นที่ที่พักอาศัย 13.06 วันต่อคน

ในจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในทั้งหมด พบว่าเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพร้อยละ 81.4 ในขณะที่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีร้อยละ 17.2 กลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เข้ารับการรักษายาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มระดับเศรษฐฐานะต่ำที่สุด แตกต่างจากผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งมีการเข้ารับการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยในมากที่สุด คือ กลุ่มที่มีระดับเศรษฐฐานะสูงที่สุด ในสิทธิการรักษายาบาลทุกประเภท พบว่าจำนวนวันนอนพักฟื้นที่ที่พักอาศัยเฉลี่ยต่อคนของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับเศรษฐฐานะต่ำถึงต่ำสุด มีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับเศรษฐฐานะที่สูงกว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลในระหว่างพักฟื้นที่ที่พักอาศัยมีร้อยละ 17.7 ของผู้ป่วยสูงอายุแบบผู้ป่วยในทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีระดับเศรษฐฐานะต่ำสุดและมีครัวเรือนขนาดเล็ก (1-2 คน) ร้อยละ 76 ของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมดระบุว่ามีคนในครอบครัวดูแล แต่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะต่ำสุด และมีสัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มที่มีครัวเรือนขนาดเล็กมากที่สุด ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ภาครัฐควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในขณะพักฟื้นที่ที่พักอาศัยเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวมีสุขภาพะในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ผู้ดูแล, พักฟื้น, เศรษฐฐานะ, สิทธิการรักษา

*สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

[†]คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[‡]สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

[§]คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract Situation of Hospitalization and Having Carers during Recovery Period at Home among Elderly People in Thailand

Kunakorn leawsuwan*, Thananan Rattanachodpanich[†], Kanjana Tisayaticom[‡], Walaiporn Patcharanarumol[‡], Supon Limwattananon^{*,§}, Chulaporn Limwattananon[§]

*National Health Security Office, [†]Faculty of Pharmacy, Maharakham University, [‡]International Health Policy Program, [§]Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

Corresponding author: Kunakorn leawsuwan, kunakorn.i@nhso.go.th

The proportion of elderly in Thailand is 16% of population. At hospital discharge, most of elderly patients still need helps for their daily living activities. This study aims to explore situation of hospitalization and having carers during the recovery period at home among elderly people. Study samples were elderly people (age ≥ 60 years). Data analyses were based on Health and Welfare Survey 2015 conducted by National Statistical Office (NSO). Sample weight was applied using appropriate statistics to represent total population. The results showed that total number of hospitalized elders in the year before was 706,183 persons (7% of all elderly people) higher than other age groups (children 3.5%, and adult 4.5%). Overall, average length of hospital stay was 5.98 days and average number of days needed care during recovery period at home was 13.06 days. Of all hospitalized elders, patients under Universal Coverage (UC) scheme were the largest group, whereby those under Civil Servant Medical Benefit (CS) scheme accounted for 17.2%. Majority of elderly patients under UC scheme were in very poor quintile. While majority of elderly patients under CS scheme were in very rich quintile. Average numbers of days needed care during recovery period among elderly patients in poor and very poor quintiles were higher than those in other quintiles across all schemes. Approximately 17.7% of elderly patients did not have caregiver during their recovery period at home and most of them were in very poor quintile and with small household size (1-2 living persons). Although, 76% of elderly patients were taken care by someone in their family, most of these patients were in very poor quintiles and had small household size. The government should realize the importance of continuity of care after hospitalization in order to provide a better living for elderly patients and their families.

Keywords: elderly, carer, recovery, socioeconomic status, health insurance scheme

ภูมิหลังและเหตุผล

จากการที่ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 กล่าวคือ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดตามคำจำกัดความของสหประชาชาติ⁽¹⁾ และคาดว่าจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ซึ่งเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564⁽²⁾ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าภาระโรคของประชากรไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อ (noncommunicable disease: NCD)⁽³⁾ โรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) ข้อ

เข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 1)⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 20,298 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2550 เป็น 25,287 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2557⁽⁵⁾ โดยกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด (ประมาณ 80,000 ต่อแสนประชากร) และสูงกว่าประชากรวัยทำงานประมาณ 4 เท่า โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในอัตราที่สูงกว่าปัจจัยจากภายนอก โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักคือ ความดันโลหิตสูง (1,561 ต่อแสนประชากร) เบาหวาน (1,033 ต่อแสนประชากร) และไตวาย (814 ต่อแสนประชากร) และสาเหตุภายนอก

2 ลำดับแรก คือ การพลัดตกหกล้ม (443 ต่อประชากร 100,000 คน) บาดเจ็บจากการถูกรุกตอกโลกที่ไม่มีชีวิต (70 ต่อแสนประชากร)⁽⁵⁾

ทั้งนี้พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนวันนอนที่สั้นกว่าสิทธิสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการ (4.15 วัน และ 5.75 วัน)⁽⁵⁾ ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่นานกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า พบว่าร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและยังฟื้นฟูได้ไม่เท่ากับสภาพปกติเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล^(6,7) รวมถึงระหว่างพักฟื้นผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และอาจมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และสิ้นหวัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาระยะยาว เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม และอายุที่มากกว่า 80 ปี⁽⁸⁾ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้องมีผลลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังจำหน่าย 30 วัน และ 90 วันได้ร้อยละ 20 และร้อยละ 33 และช่วยเพิ่มระยะห่างของเวลาที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้^(9,10) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่า ความต้องการบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีสถานพยาบาลที่เพียงพอ รวมถึงการดูแลเป็นพิเศษโดยครอบครัวระหว่างที่ผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่รับภาระดูแลคนในครอบครัวซึ่งต้องประกอบอาชีพ ผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวมีขนาดเล็ก เศรษฐฐานะต่ำ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรมีความต่อเนื่องจนถึงการดูแลสุขภาพที่บ้าน ตั้งแต่การดูแลในระยะเฉียบพลัน การดูแลระยะกลาง (intermediate care) เพื่อการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระยะยาว (long term care) ที่บ้านและในชุมชน เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ

และสังคม ทั้งต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน/สังคม และภาครัฐ งานวิจัยของประเทศไทย มีข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวและระยะกลางมากพอสมควร⁽¹¹⁻¹⁶⁾ แต่งานวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังมีจำกัด⁽¹⁷⁾ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการมีผู้ดูแลในขณะพักฟื้นของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยพิจารณาทั้งด้านสิทธิการรักษา เศรษฐฐานะและขนาดครัวเรือน

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในเดือนมีนาคมและเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ใช้วิธีสัมภาษณ์สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ในทุกจังหวัด การสุ่มครัวเรือนตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบสองขั้นตอน (stratified two stage sampling) ข้อมูลจากการสำรวจนี้สามารถนำมาคำนวณและประมาณค่าเพื่อเป็นตัวแทน โดยการถ่วงน้ำหนักตามระเบียบวิธีทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ลักษณะประชากร อายุ โรคประจำตัว สิทธิประกันสุขภาพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และเศรษฐฐานะ การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวนวันนอนพักฟื้นที่ที่พักอาศัย และการมีผู้ดูแลหลักระหว่างพักฟื้นที่ที่พักอาศัย โดยค่านิยมของการนอนพักรักษาในสถานพยาบาล คือ การนอนรักษาอาการเจ็บป่วยขณะอยู่ที่สถานพยาบาล ซึ่งจะมีบุคลากรทางการแพทย์ดูแล จนกระทั่งผู้เจ็บป่วยออกจากสถานพยาบาลเพื่อกลับไปนอนพักฟื้นที่ที่พักอาศัย และค่านิยมของ การพักฟื้นที่



ที่พักอาศัย คือ การนอนพักรักษาต่อจากอาการเจ็บป่วย หลังจากที่ได้รับการรักษาระยะหนึ่งแล้วในสถานพยาบาล ที่ที่พักอาศัยของผู้เจ็บป่วยเอง ซึ่งผู้เจ็บป่วยจะต้องดูแลตนเอง หรือมีญาติเป็นผู้ดูแล หรือว่าจ้างพยาบาลไปดูแล ต่อที่ที่พักอาศัย ทั้งนี้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่กลับมาพัก ที่ที่พักอาศัย เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือผู้พักฟื้น อยู่อาศัยท่านเดียวหรือมีขนาดครอบครัวเพียง 2 ท่านซึ่ง คาดว่ามีความลำบากในการดำรงชีวิตค่อนข้างสูง กลุ่ม ที่ 2 คือ กลุ่มที่มีขนาดครอบครัว 3-7 ท่าน ซึ่งคาดว่าจะมี บุคคลที่สามารถดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตให้กับผู้ พักฟื้นได้ในบางเวลาหรือสามารถดูแลผู้พักฟื้นได้ และ กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่มีขนาดครอบครัวตั้งแต่ 8 ท่านขึ้นไป ซึ่งคาดว่าผู้พักฟื้นกลุ่มนี้จะมีผู้ดูแลได้อย่างใกล้ชิดและมี ปัญหาในการดำรงชีวิตค่อนข้างน้อย ข้อคำถามที่ใช้ใน การวิเคราะห์ ดังแสดงด้านล่าง

ข้อ 8 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

HW1_1-HW1_2 “ปัจจุบัน...ชื่อ...มีสวัสดิการค่า รักษาพยาบาลหรือไม่?” “ถ้ามี เป็นประเภทใด”

HW10_1-HW10_5 มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว อะไรบ้าง?”

HW29 “ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)...ป่วยหรือ ได้รับอุบัติเหตุหรือคลอติดบุตร หรือสาเหตุอื่นๆ จนต้อง นอนในสถานพยาบาลหรือไม่?”

HW30 “ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)...เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลกี่ครั้ง?”

HW34 “การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้ง สุดท้าย...(ชื่อ)...นอนในสถานพยาบาลกี่วัน?”

HW35 “หลังจากออกจากกรเข้าพักรักษาในสถาน พยาบาลครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...ต้องนอนพักรักษาตัวต่อที่ บ้านกี่วัน?”

HW36 “หลังจากออกจากกรเข้าพักรักษาในสถาน พยาบาลครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...ต้องนอนพักรักษาตัวต่อที่ บ้าน มีใครเป็นผู้ดูแลหลัก?”

การแบ่งระดับเศรษฐกิจฐานะของครัวเรือน ใช้ดัชนี

สินทรัพย์หรือ asset index หรือ wealth index ซึ่ง ประกอบด้วย ลักษณะโครงสร้างที่อยู่อาศัย การมีไฟฟ้า การมีส้วมใช้ และข้อมูลการครอบครองสินทรัพย์ถาวร ที่สำคัญ 30 รายการ เช่น รถยนต์ เครื่องปรับอากาศ เครื่องซักผ้า เครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ แล้วนำมา คำนวณทางคณิตศาสตร์เพื่อกำหนดค่าดัชนีสำหรับบ่งชี้ เศรษฐฐานะของครัวเรือนแทนการใช้ข้อมูลรายรับหรือ รายจ่าย แบ่งประชากรเป็น 5 กลุ่ม โดยให้ประชากรใน แต่ละกลุ่มมีจำนวนเท่าๆ กัน ได้แก่ ต่ำสุด ต่ำ ปานกลาง สูง และสูงสุด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จากจำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2558 ทั้งสิ้น 64.9 ล้านคน พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 10.1 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรค ประจำตัวพบในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 49.2) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า โดยโรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 38.7) เบาหวาน (ร้อยละ 18.6) ไชมันในเลือดสูง (ร้อยละ 9.6) ข้อ เ่าเสื่อม (ร้อยละ 5.1) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 5.0) กลุ่มผู้ สูงอายุมีสัดส่วนของการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสูง ที่สุด (ร้อยละ 7 หรือ 7 แสนคน) รวมถึงมีจำนวนวันนอน รักษาที่สถานพยาบาลสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ โดยมีจำนวน วันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 5.98 วันต่อคน จำนวนวันนอนพัก ฟื้นที่ที่พักอาศัยของกลุ่มผู้สูงอายุเฉลี่ยเท่ากับ 13.06 วัน ต่อคน และมีค่าสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อัตราส่วนจำนวนวัน นอนพักฟื้นที่ที่พักอาศัยต่อจำนวนวันนอนรักษาที่สถาน พยาบาล คิดเป็น 2.18 เท่า (ตารางที่ 1)

เมื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามสิทธิหลักประกัน สุขภาพ (ตารางที่ 2) พบว่า ร้อยละ 81 ของประชากร ผู้สูงอายุ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 57) ในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยใน จำนวนวันนอนรักษาตัวที่สถานพยาบาล และจำนวนวันนอนพักฟื้น จำแนกตามกลุ่มอายุ

	ทั้งประเทศ	เด็ก (0-14 ปี)	วัยรุ่น/ผู้ใหญ่ (15-59 ปี)	ผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)
ประชากร (คน/ร้อยละ)	64,971,864	11,606,908 (17.90)	43,223,534 (66.50)	10,141,422 (15.60)
มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว (คน/ร้อยละ)	11,508,564	361,574 (3.14)	5,484,770 (47.66)	5,662,220 (49.20)
จำนวนผู้ป่วยใน (คน/ร้อยละ)	3,053,784 (4.70)	403,134 (3.50)	1,944,467 (4.50)	706,183 (7.00)
จำนวนวันนอนรวมที่ รพ. (วัน)	15,277,166	1,616,086	9,437,763	4,223,317
จำนวนวันนอนที่ รพ.โดยเฉลี่ย (จำนวนวันต่อผู้ป่วย 1 ราย)	5.00	4.01	4.85	5.98
จำนวนวันพักฟื้นรวม (วัน)	32,739,961	1,653,329	21,866,060	9,220,572
จำนวนวันพักฟื้นโดยเฉลี่ย (จำนวนวันต่อผู้ป่วย 1 ราย)	10.72	4.10	11.25	13.06
อัตราส่วนจำนวนวันพักฟื้นต่อจำนวนวันนอนที่ รพ.	2.14	1.02	2.32	2.18

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยใน จำนวนวันนอนรักษาตัวที่สถานพยาบาล และจำนวนวันนอนพักฟื้น ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ

	ผู้สูงอายุ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)			ประกันสังคม (SS)			สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ (CS)		
		60-69 ปี	70-79 ปี	≥ 80 ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	≥ 80 ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	≥ 80 ปี
ประชากร (คน/ร้อยละ)	10,141,422	4,657,075 (45.90)	2,463,129 (24.30)	1,111,889 (11.00)	898,232 (8.90)	548,650 (5.40)	2,301 (0.00)	173,763 (1.70)	20,050 (0.20)	266,333 (2.60)
มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว (คน/ร้อยละ)	5,662,220	2,186,451 (38.60)	1,517,321 (26.80)	710,115 (12.50)	85,944 (1.50)	14,112 (0.20)	1,317 (0.00)	530,910 (9.40)	407,853 (7.20)	208,197 (3.70)
จำนวนผู้ป่วยใน (คน/ร้อยละ)	706,183	276,641 (39.20)	188,199 (26.70)	110,135 (15.60)	8,989 (1.30)	787 (0.10)	0 (0.00)	47,367 (6.70)	43,538 (6.20)	30,527 (4.30)
จำนวนวันนอนรวมที่ รพ. (วัน)	4,223,317	1,519,051 (36.00)	991,014 (23.50)	863,352 (20.40)	33,250 (0.80)	8,266 (0.20)	0 (0.00)	262,105 (6.20)	342,329 (8.10)	203,950 (4.80)
จำนวนวันนอนที่ รพ.โดยเฉลี่ย (จำนวนวันต่อผู้ป่วย 1 ราย)	5.98	5.49	5.27	7.84	3.70	10.50		5.53	7.86	6.68
จำนวนวันพักฟื้นรวม (วัน)	9,220,572	3,596,171 (39.00)	2,325,944 (25.20)	1,237,400 (13.40)	70,826 (0.80)	10,402 (0.10)		688,817 (7.50)	585,404 (6.30)	705,608 (7.70)
จำนวนวันพักฟื้นโดยเฉลี่ย (จำนวนวันต่อผู้ป่วย 1 ราย)	13.06	13.00	12.36	11.24	7.88	13.22		14.54	13.45	23.11
อัตราส่วนจำนวนวันพักฟื้น ต่อจำนวนวันนอนที่ รพ.	2.18	2.37	2.35	1.43	2.13	1.26		2.63	1.71	3.46

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสัดส่วนของผู้ที่อายุ ≥ 80 ปี สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ กลุ่มผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวสูงที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิอื่นๆ (ร้อยละ 78) ในกลุ่มผู้สูงอายุประมาณ 7 แสนคน ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่าร้อยละ 81 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 17 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และร้อยละ 1.4 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุสิทธิประกันสังคม กลุ่มผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีทุกสิทธิ์ และผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ช่วง 70-79 ปี มีจำนวนวันนอนรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อรายต่ำกว่าค่าเฉลี่ยรวมของผู้สูงอายุ (5.98 วัน) จำนวนวันนอนพักฟื้นที่พักอาศัยโดยเฉลี่ยของกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทุกช่วงกลุ่มอายุของผู้สูงอายุมีค่าตั้งแต่ 11.24 วัน ถึง 13.00 วัน ส่วนกลุ่มสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าตั้งแต่ 13.45 วัน ถึง 23.11 วัน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 13.06 วัน กลุ่มสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อายุ ≥ 80 ปี มีจำนวนวันนอนพักฟื้นที่พักอาศัยสูงกว่าจำนวนวันนอนรักษาตัวที่สถานพยาบาลถึง 3.46 เท่า ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

เมื่อจำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพและเศรษฐฐานะ (ตารางที่ 3) โดยภาพรวมพบว่า ผู้ที่มีเศรษฐฐานะ

ต่ำที่สุด เข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.36 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนของผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะต่ำที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.03 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งพบว่ากลุ่มที่มีสัดส่วนการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุด คือกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.57 ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีเศรษฐฐานะต่ำถึงต่ำที่สุดในสิทธิการรักษาทั้ง 3 ประเภท พบว่าจำนวนวันนอนพักฟื้นที่พักอาศัย เฉลี่ยต่อคนมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐฐานะที่สูงกว่า

เมื่อพิจารณาการมีผู้ดูแลระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่บ้าน (ตารางที่ 4) โดยภาพรวมพบว่า ร้อยละ 17.7 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระบุว่าไม่มีผู้ดูแล และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 14.68) เมื่อจำแนกตามเศรษฐฐานะ พบว่าผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนของผู้มีเศรษฐฐานะต่ำที่สุดมากกว่าเศรษฐฐานะอื่นๆ และมากกว่าสิทธิการรักษาอื่นๆ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขนาดเล็ก (1-2 คน) (ร้อยละ 20.2) ร้อยละ 1.4 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีการว่าจ้างผู้ดูแล ซึ่งส่วน

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ และเศรษฐฐานะ

สิทธิ ประกัน สุขภาพ	จำนวนผู้สูงอายุ รักษาเป็นผู้ป่วยใน (คน)	ร้อยละผู้ป่วยใน จำแนกตามระดับ ดัชนีสินทรัพย์ครัวเรือน					จำนวนวันพักฟื้นโดยเฉลี่ย (จำนวนวันต่อผู้ป่วย 1 ราย) จำแนกตามระดับดัชนีสินทรัพย์ครัวเรือน				
		ต่ำที่สุด	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงที่สุด	ต่ำที่สุด	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงที่สุด
		รวม	706,183	29.36	21.62	15.50	16.32	15.58	11.16	14.07	12.75
- UC	574,975	34.03	22.92	16.33	14.94	10.21	11.09	27.66	3.05	6.57	1.63
- SS	9,776	30.01	12.66	6.65	16.88	33.80	9.81	22.25	12.00	13.87	17.13
- CS	121,432	7.24	16.17	12.25	22.79	39.57	13.34	15.23	12.59	12.52	15.12

*UC = หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, SS = ประกันสังคม, CS = สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ตารางที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปแล้วกลับไปพักรักษาตัวที่ที่พักอาศัย จำแนกตามผู้ดูแล เศรษฐฐานะ ขนาดครัวเรือน และสิทธิประกันสุขภาพ

เศรษฐฐานะ	ขนาดครัวเรือน	ทั้งหมด	การมีผู้ดูแลระหว่างพักฟื้น											
			ไม่มี			ว่าจ้างผู้ดูแล			คนในครอบครัว			อื่นๆ		
			UC	SS	CS	UC	SS	CS	UC	SS	CS	UC	SS	CS
จำนวนผู้สูงอายุ (คน/ร้อยละ)		706,183	103,697 (14.68)	1,739 (0.25)	19,642 (2.78)	6,483 (0.92)	0 (0)	3,463 (0.49)	434,282 (61.50)	8,037 (1.14)	93,801 (13.28)	30,513 (4.32)	0 (0)	4,526 (0.64)
ต่ำที่สุด	29.4	31.1	14.9	4.4	0.0	0.0	0.0	29.9	33.7	8.7	23.4	0.0	0.0	
	1-2 คน	18.4	20.2	14.9	0.0	0.0	0.0	0.0	14.9	16.0	7.8	13.7	0.0	0.0
	3-7 คน	10.7	10.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	17.3	0.9	6.4	0.0	0.0
	8 คนขึ้นไป	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.3	0.0	0.0
ต่ำ	21.6	21.6	19.7	0.0	18.2	4.8	0.0	0.0	22.2	15.4	17.4	23.8	0.0	4.4
	1-2 คน	9.1	9.3	0.0	9.2	4.8	0.0	0.0	0.0	1.6	9.0	9.2	0.0	0.0
	3-7 คน	12.2	9.5	0.0	9.0	0.0	0.0	0.0	12.9	13.8	8.2	14.6	0.0	4.4
	8 คนขึ้นไป	0.3	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
ปานกลาง	15.5	15.5	11.8	0.0	13.4	0.0	0.0	0.0	17.1	8.1	13.0	8.9	0.0	8.4
	1-2 คน	4.0	5.5	0.0	11.9	0.0	0.0	0.0	3.7	5.7	5.6	3.8	0.0	5.1
	3-7 คน	11.2	5.8	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	13.2	2.4	7.4	5.2	0.0	3.2
	8 คนขึ้นไป	0.3	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
สูง	16.3	16.3	23.0	13.7	36.1	25.3	0.0	72.8	14.9	17.6	19.0	11.4	0.0	14.7
	1-2 คน	3.7	7.6	13.7	18.4	3.6	0.0	10.3	2.9	8.5	5.7	2.4	0.0	14.7
	3-7 คน	12.4	15.3	0.0	17.7	21.8	0.0	62.5	11.8	9.1	12.7	9.0	0.0	0.0
	8 คนขึ้นไป	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0
สูงที่สุด	15.6	15.6	13.2	71.4	28.0	69.8	0.0	27.2	14.0	25.7	41.9	31.5	0.0	72.5
	1-2 คน	4.3	3.9	0.0	4.0	60.5	0.0	23.9	3.5	18.9	9.2	2.1	0.0	3.2
	3-7 คน	11.3	9.3	71.4	24.0	9.3	0.0	3.3	10.5	6.8	32.8	29.5	0.0	69.3
	8 คนขึ้นไป	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

*UC = หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, SS = ประกันสังคม, CS =สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ใหญ่เป็นกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะสูงสุด ร้อยละ 75.7 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระบุว่า มีคนในครอบครัวดูแล ทั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนกระจายตัวอยู่ในกลุ่มเศรษฐฐานะต่ำสุด ถึงร้อยละ 29.9 และมีสัดส่วนที่อาศัยในครัวเรือนขนาดเล็ก (1-2 คน) ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มเศรษฐฐานะอื่นๆ (ร้อยละ 14.9) ในขณะที่ ผู้สูงอายุสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการส่วนใหญ่กระจายตัว

ในกลุ่มเศรษฐฐานะสูงถึงสูงสุด และอาศัยในครัวเรือนขนาดกลาง (3-7 คน)

วิจารณ์

สัดส่วนของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของประชากรสูงอายุที่สูงกว่าประชากรวัยอื่น คาดว่าเกิดจากสัดส่วนการมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวในผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ใหญ่และเด็ก (ร้อยละ 49, 48 และ 3 ตามลำดับ)

ปัญหาการไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พบในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบแนวโน้มผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรลดลง (ร้อยละ 57) ต้องอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสมากขึ้น (ร้อยละ 43)⁽¹⁸⁾ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 70 ไม่มีผู้ดูแลหรือต้องดูแลตนเอง⁽¹¹⁾ ข้อมูลจากการศึกษาของ บุญทิพย์ สิริรังศรี (2553)⁽¹⁹⁾ และประภาพร มโนรัตน์และพรรณพิไล สุทธนะ (2555)⁽²⁰⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง หรือขาดผู้ดูแล มีลักษณะเป็นผู้อาศัยอยู่ลำพังเนื่องจากคู่ชีวิตเสียชีวิต ไม่มีบุตรและการย้ายถิ่นฐานของบุตรเพื่อการประกอบอาชีพ หรือบุตรเสียชีวิตจากการเป็นโรคหรืออุบัติเหตุ นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่หดหู่ ซึมเศร้า ขาดความรัก ความเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว ทำให้ท้อแท้ รู้สึกหมดหวังในชีวิต ต้องการความช่วยเหลือจากสังคมทั้งด้านความเป็นอยู่ สุขภาพอนามัย กำลังใจในชีวิต ภาระหลักในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นเรื่องของครอบครัว ในขณะที่การดูแลอย่างต่อเนื่อง ระบบบริการด้านสุขภาพแบบต่อเนื่องยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ขาดการสนับสนุนจากภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถให้การดูแลได้ และการช่วยเหลือด้านสังคมมักเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว^(12,14) ดังนั้นภาครัฐควรเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในขณะพักฟื้นเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลและรักษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้าง ทั้งนี้ทิศทางการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยเน้นการดูแลในชุมชนเป็นหลัก การศึกษาที่ผ่านมาได้เสนอแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนองค์กรระดับท้องถิ่น และเครือข่ายทางสังคม บูรณาการระหว่างหน่วยงาน ดำเนินการแบบสหสาขาวิชาชีพ เน้นความต่อเนื่อง เชื่อมโยงในการดูแล โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ และความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย ตัวอย่างการดำเนินการ เช่น การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โครงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับครัวเรือน

ที่ยากไร้หรือไม่มีผู้ดูแล หรือจัดสถานที่ที่ออกแบบมาเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักฟื้นอย่างสะดวกสบาย (nursing home) หรือการจัดบริการสังคมแนวใหม่เพื่อเพิ่มทางเลือกในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวมากขึ้น⁽¹¹⁻¹⁶⁾

ข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ การสำรวจไม่มีข้อมูลโรคที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และการศึกษาค้นคว้าไม่ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิ กับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และจำนวนวันพักฟื้น เนื่องจากไม่ได้ทำการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ ที่มีการควบคุมตัวแปรกวน

ในอนาคตควรมีการศึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพต่อเนืองที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือระบบการดูแลระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบ คุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 โดยให้ความอนุเคราะห์สำเนาข้อมูลดิบมาใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้

References

1. United Nations. World population prospects: the 2002 revision: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. United Nations publication; 2002. p. 15.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Elderly situation in Thailand 2004. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2007. p. 2. (in Thai)
3. Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkerd S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. BMC Public Health 2011;53. doi: 10.1186/1471-2458-11-53.
4. Pienriwatchara A. Report of elderly health Thailand 2013 under the health promotion program for the elderly and disabled. Nonthaburi: Elderly Health Group, Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health 2013. (in Thai)



5. Cluster for Health Information, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Report of Illness 2014. Bangkok: Printing office, The War Veterans Organization of Thailand October; 2015. (in Thai)
6. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing* 2006;106(1):58-68.
7. Wakefield BJ, Holman JE. Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. *Western Journal of Nursing Research* 2007;29(2):161-77.
8. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. The effects and caregiving burdens of older persons in long term care based on Thai culture. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. p. 1-198. (in Thai)
9. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52(5):675-84.
10. Naylor MD, Keating SK. Transitional care: movement from one care setting to another. *American Journal of Nursing* 2008;108(S9):58-63.
11. Chandueyvit W. Studying of financing for long term care and palliative care. Final report. Bangkok: Thailand Development Research Institute; 2016. (in Thai)
12. Srithamrongsawats S, Bundhamcharoen K. Synthesis of long-term care system for the elderly in Thailand. Final report. Nonthaburi: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2010. (in Thai)
13. Kanokthet T. Impact of long term care for the elderly in urban area of Thailand. Proceeding of the 19th international Academic Conference, Oct 2015; Florence, Italy. p. 397.
14. Sasat S, Sakulpanich T. Literature review: standard of care for long term care in Thailand. Bangkok: The International Labour Organisation; 2013. (in Thai)
15. Vichathai C, Srithamrongsawats S, Riewpaiboon W, Kong-sawat S, Thammaroj N, lamnoi P, et al. Study of service and cost of rehabilitation for intermediate care under the universal coverage scheme. Final report. Bangkok: National Health Security Office; 2009. (in Thai)
16. Pothiban L, Panuthai S, Khampolsiri T. Development of comprehensive intermediate care center for the elderly. Bangkok: National Research Council of Thailand and Faculty of Nursing, Chiangmai University; 2014. (in Thai)
17. Intarasombat P, Monkong S, Churaitatsanee S, Vongterapak S, Prasanaikom W, Pronsawatchai P. Comprehensive care of hospitalized older adults: transitional care from hospital to home. *Rama Nurse Journal* 2013;19(2):194-205. (in Thai)
18. Prachuapmoa V, Chayowan N, Wongsit M, Siriboon S, Bangkaew B, Milintanggul C. Monitoring and evaluation of implementation of the national elderly plan number 2 (year 2002-2021) phase 2 (year 2007-2011). Bangkok: College of Population Studies, Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
19. Siritrangsri B. Knowledge, understanding and needs of elderly who live alone. Nonthaburi: School of Nursing, Sukothai Thammathirat Open University; 2010. (in Thai)
20. Mahorat P, Suttana P. Pattern of volunteer network to enhance mental health of the elderly who are alone. Bangkok: Boromarajonani College of Nursing; 2012. (in Thai)