

สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ Situations of Inequities in Access to Essential Health Care Services among Older People: A Qualitative Study

อรัญญา นามวงศ์*¹ กฤตพัทธ์ ฝึกฝน¹ เฉลิมพล กำใจ¹ สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล²

Arunya Namwong*¹ Krittapat Fukfon¹ Chalermpon Kajai¹ Sureeporn Lertwacharasakul²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ประเทศไทย 56000

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย 11000

¹Boromarajonani College of Nursing Phayao, Thailand 56000

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand 11000

²นักวิชาการอิสระ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา พะเยา ประเทศไทย 56000

²Independent academician, Phayao Ministry of Public Health, Phayao Thailand 56000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายมุมมองเกี่ยวกับสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนทั้งสิ้น 18 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างแบบเจาะลึกจนข้อมูลอิ่มตัว นำข้อมูลมาถอดคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุให้มุมมอง 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) ลักษณะของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 2) ความหมายและลักษณะของความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และ 4) วิธีการลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ การศึกษาสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุทำให้ทราบถึงปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบริบทในพื้นที่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ และสามารถนำไปใช้เพื่อปรับปรุงแบบการให้บริการสุขภาพเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำดังกล่าวที่เหมาะสมแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ : สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive qualitative research aimed to explain perspectives on the situation of inequities in accessing essential health care services among older people in Phayao Province. The data was collected through in-depth interviews. The participants included older people, elderly caregivers, health personnel, community leaders, public health volunteers, and local government organization. A total of 18 people were selected

*ผู้แต่งหลัก (Corresponding authors) E-mail: arunya.n@bcnpy.ac.th

วันที่รับ (received) 4 มิ.ย 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ส.ค. 2566

by the purposive method. Semi-structured interviews were conducted in depth until the information was saturated. The data were transcribed word for word and analyzed using the thematic analysis method.

The results revealed that the situation of inequalities in accessing essential health services for the elderly provided four main perspectives: 1) the definition and characteristics of access to essential health care services for the elderly; 2) characteristics of inequities; 3) related factors of inequities; and 4) the methods to reduce inequities.

Recommendations: focusing on the situations of inequities in accessing essential health care services for the elderly leads to their problems and both internal and external related factors that are specific to each context, especially ethnic elderly people, and could be used to develop a model of health care services for reducing inequities appropriate to each area.

Keywords: situations of inequities, access to health care services, access to essential health care services among older people, older people

บทนำ

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทำให้แต่ละประเทศต้องดำเนินการเตรียมพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วถึง 12.5 ล้านคน หรือ ร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และอีกประมาณ 20 ปี อัตราการเกิดของประชากรจะมีแนวโน้มลดลงแต่จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปี ขึ้นไปจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยถึง ร้อยละ 7 ต่อปี¹ จากการเพิ่มจำนวนของประชากรผู้สูงอายุย่อมส่งผลกระทบต่อทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมหลายโรค บางรายมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนอาจส่งผลกระทบทำให้การทำการกิจวัตรประจำวันลดลงหรือการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง จนอาจเกิดภาวะทุพพลภาพได้ จึงมีความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมทุกมิติ และมีความจำเป็นในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพมากกว่าวัยอื่น² หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรจัดรูปแบบบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง แม้จะมีการปรับรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้ยังอาจเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพจน

ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสการรักษาที่มีประสิทธิภาพได้ มีการศึกษาทบทวนขอบเขตของงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ การเดินทาง และการสนับสนุนทางสังคมหรือครอบครัว การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการยอมรับในคุณภาพของบริการที่ได้รับ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุ³ และการศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกเนื่องจากการขาดญาติหรือผู้ดูแลพาไปโรงพยาบาล ทำให้ขาดการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องจึงอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้⁴ ซึ่งปัจจัยด้านความยากจนที่อยู่อาศัยห่างไกลสถานพยาบาล และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบททำให้เข้าถึงบริการได้น้อยลง⁵ ทั้งนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นควรมีความเท่าเทียมและเป็นธรรมเช่นเดียวกับกลุ่มประชาชนทั่วไปตามหลักของรัฐธรรมนูญที่ว่าด้วยสิทธิเสรีภาพของประชาชนในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ โดยมาตรา 55 หน้า 15 กล่าวว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วถึงและเท่าเทียมกัน⁶ โดยผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง ไม่เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น

โดยเฉพาะการได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม นอกเหนือจากการคัดกรองโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น การคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะสมองเสื่อม การทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน การพลัดตกหกล้ม การมองเห็น โรคกระดูกพรุน⁷ ซึ่งผู้สูงอายุควรได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นจากหน่วยงานที่ดูแลโดยเน้นให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพดังกล่าวได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเป็นบริการที่เน้นทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นสำคัญ⁸⁻⁹

จังหวัดพะเยาเป็นหนึ่งในจังหวัดที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึง 101,090 คน คิดเป็นร้อยละ 29.04 และเป็น 1 ใน 10 จังหวัดแรกของประเทศไทยที่มีประชากรผู้สูงอายุเกิน ร้อยละ 20¹⁰ การศึกษาสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีประชากรผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ โดยศึกษาจากมุมมองที่สะท้อนถึงสภาพปัญหาทั้งจากผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่เป็นชนเผ่าในพื้นที่สูงของจังหวัด จะทำให้ทราบถึงข้อมูลที่สะท้อนถึงสภาพการณ์ที่แท้จริงของปัญหาความเหลื่อมล้ำดังกล่าว เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบหรือกลไกในการขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อส่งผลให้เกิดการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายมุมมองเกี่ยวกับสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) เพื่ออธิบายสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในมุมมองของผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2566 ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลหนองห่ม อ. ดอกคำใต้ จ. พะเยา

กลุ่มอาสาสมัครในการวิจัย: เลือกลุ่มอาสาสมัคร

ในการวิจัยหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 1 คน ผู้อำนวยการ รพ.สต. 1 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน ผู้นำชุมชน 1 คน และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ 1 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. นักวิจัย นักวิจัยมีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว และได้ผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางคำถามปลายเปิดปรับตามลักษณะของผู้ให้ข้อมูล สร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวอย่างข้อคำถาม “ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ”

3. เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ อุปกรณ์สำหรับบันทึกเสียง และสมุดบันทึกภาคสนาม (field note)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพพะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่อนุมัติ REC 004/65 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2565 โดยยึดหลักการเคารพในตัวตนบุคคล หลักสิทธิประโยชน์ และหลักความยุติธรรม ด้วยการบอกวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ การตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการใช้รหัสแทนการใช้ชื่อจริงในการเผยแพร่และเทปบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บทั้งเมื่อรายงานผลการศึกษาเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตขอเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้บริหารของเทศบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) ใช้เวลาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละประมาณ 45 นาที สัมภาษณ์เสร็จสิ้นเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว และการบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกจากสิ่งที่ได้จากการสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์ และการบันทึกสะท้อนคิด ความรู้สึกของผู้วิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาจัดระเบียบและเรียบเรียงประเด็นเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์เชิงประเด็น (thematic analysis)¹¹⁻¹² ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป 2) สร้างรหัสเริ่มต้น โดยจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ 3) ค้นหาประเด็นที่สำคัญ จากการจัดหมวดหมู่รหัสข้อมูล 4) ทบทวนประเด็นโดยกลั่นกรองประเด็นอีกครั้ง 5) การให้ความหมายและตั้งชื่อประเด็น และ 6) การรายงานประเด็นที่ได้ทั้งหมดที่เชื่อมโยงจากเหตุและผล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางของ Lincoln และ Guba เป็นสำคัญ¹²⁻¹³ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล การพิจารณาเปรียบเทียบผู้ให้ข้อมูลหลายฝ่าย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสร้างแนวคำถามให้ครอบคลุมตามประเด็นที่ศึกษา และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ด้านชุมชน 2 ท่าน ด้านวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และอาจารย์ด้านสาธารณสุข 1 ท่าน รวมทั้งได้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง สถานที่เก็บข้อมูล การสังเกต และการตั้งคำถามในประเด็นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลหลายคน ถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) และตรวจสอบระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล 2) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (dependability) โดยทีมวิจัยร่วมกันสังเกต บันทึกภาคสนามตามสถานการณ์จริง วิเคราะห์ข้อมูล และตีความ และ 3) การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ที่ได้มาจากการค้นพบตามการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจริง และ 4) การนำผลการวิจัยไปใช้ (transferability) ด้วยการเขียนบรรยายเกี่ยวกับบริบทในพื้นที่ศึกษา และวิธีการดำเนินการวิจัย เพื่อปรับไปใช้กับบริบทอื่น ๆ ที่ใกล้เคียง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 18 คน ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน เป็นเพศชาย 4 คน เพศหญิง 1 คน อายุตั้งแต่ 65 ถึง 84 ปี โดยผู้สูงอายุ 2 คน เป็นชาติพันธุ์ม้ง และมีโรคประจำตัวคือหลอดเลือดสมอง นานกว่า 5 ปี 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน เป็นเพศหญิง 3 คน เพศชาย 1 คน (เป็นชาติพันธุ์ม้ง) ประกอบอาชีพเกษตรกรทั้งหมด 3) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care givers: CG) จำนวน 2 คน จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 1 คน 5) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพสต. 1 คน 6) ผู้นำชุมชน 1 คน อายุ 58 ปี อาชีพเกษตรกร 7) ประธานผู้สูงอายุ 1 คน เป็นข้าราชการครูบำนาญ และ 8) นักพัฒนาชุมชน 1 คน และสมาชิกสภาเทศบาล (ส.ท.) 1 คน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทั้ง 2 คน

บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา: พื้นที่ตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มีพื้นที่ประมาณ 227.09 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 141,933 ไร่ อยู่ห่างจากจังหวัดพะเยา ประมาณ 36 กิโลเมตรและอำเภอดอกคำใต้ 22 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเขตป่าสงวน เป็นพื้นที่ราบสูงสลับที่ราบต่ำ ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร เช่น ปลูกลำไย ปลูกข้าว ข้าวโพด และเลี้ยงสัตว์ มีแหล่งน้ำประจำตำบลทั้งการบริโภค และการทำการเกษตร ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ที่เหลือเป็นศาสนาคริสต์ มีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 9 หมู่บ้าน โดยมีหมู่บ้านที่เป็นชาติพันธุ์เผ่าม้ง เมี่ยน เย้า จำนวน 3 หมู่บ้าน ซึ่งตั้งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่มไปประมาณ 10-40 กิโลเมตร มีพื้นที่ห่างกันแต่ละหมู่บ้าน มีชนเผ่าที่มาจากจังหวัดอื่นมาอาศัยเพิ่ม เช่น ม้ง เย้า มูเซอ การเข้าถึงต้องอาศัยผู้นำชุมชนที่เข้าใจภาษาและสื่อสารได้ให้เป็นผู้ประสานและให้บริการในพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุร่วมกัน

ผลการศึกษาศาสนาการณความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สรุปประเด็นหลักทั้งหมด ได้ 4 ประเด็น ดังนี้

1. ลักษณะของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ลักษณะของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มีลักษณะ ดังนี้ 1) การได้รับบริการด้านการคัดกรองโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง 2) เข้าถึงกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) เข้าถึงบริการสุขภาพกรณี

เจ็บป่วยฉุกเฉิน 4) ได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง และระยะประคับประคอง และ 5) บริการการรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ผู้สูงอายุที่หมู่บ้านเรานี้ ปีหนึ่งก็จะได้รับการแจ้งจากหมออนามัยให้ อสม. มาช่วยคัดกรองโรคเบาหวาน ความดัน โดยหนูจะไปแจ้งข่าวให้ผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 2 หมู่บ้านนี้ เตรียมไปเจาะเลือด หมอก็จะมาตรวจทุกปี ตรวจเลือด ตรวจเบาหวาน” CG กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สัมภาษณ์เมื่อ 6 มีนาคม 2566

2. ความหมายและลักษณะของความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้อย่างทั่วถึงเหมือนคนอื่นๆ จากการอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลสถานพยาบาลและการได้รับข่าวสารไม่ทั่วถึง ส่วนลักษณะของความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุสรุปได้ 5 ประเด็น ดังนี้ 1) การได้รับบริการด้านสุขภาพและสังคมไม่ทั่วถึงจากหน่วยงานภาครัฐที่จัดให้ 2) ไม่ได้รับข่าวสารการให้บริการทางสุขภาพที่ครอบคลุมและทั่วถึง 3) ไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเดินทางลำบากอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล 4) ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ภาครัฐจัดไว้ให้เนื่องจากขาดผู้ดูแลพาไปและพื้นที่ห่างไกล และ 5) ไม่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ประทับใจการให้บริการของบุคลากรการแพทย์ เช่น การรอตรวจนาน การสื่อสารที่ไม่เข้าใจระหว่างบุคลากรการแพทย์และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและภาษาของผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“อยากให้หมอมาตรวจที่อนามัย พ่อก็อยากไปใช้บริการอยู่ แต่มันเป็นไปไม่ได้หรอก อยากให้หมอกายภาพบำบัด มาด้วย มาได้ก็ดีนะ มันไกล ลำบาก หมอเขาคงไม่มา พ่อก็ออกกำลังแขนขาตามที่ อสม. แนะนำ” ผู้สูงอายุ คนที่ 4 กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สัมภาษณ์เมื่อ 6 มีนาคม 2566

“พ่อผมเป็นอัมพฤกษ์มาเกือบ 10 ปีแล้ว หมอบอกว่าเป็นเส้นเลือดตีบในสมอง เป็นใหม่ ๆ ก็ได้กินยาอยู่แต่หลังๆ ไม่ได้กินแล้ว ผมไม่ได้พาพ่อไปตามที่หมอนัด ผมว่ากินยาไปก็ไม่ดีขึ้น แกก็เป็นปกติของแก ไม่มีอาการแทรกและผมคิดว่าไม่ต้องทานยาต่อ ทานไปก็ไม่ผลอะไร แหมยาจะไปมีผลต่อกระเพาะ

กับไตอีก ไม่ได้ทำให้โรคหาย แกก็อยู่ปกติของแกนะ แค่นี้ไม่ได้ กินข้าวได้ปกติ” ลูกชายของผู้สูงอายุ คนที่ 5 กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สัมภาษณ์เมื่อ 6 มีนาคม 2566

“ทุกวันนี้การทำบัตรผู้พิการให้ผู้สูงอายุจะมีปัญหา มาก คือผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ เคยมีผู้สูงอายุมีความพิการการมองเห็นไม่มีหมอเข้าไปประเมิน ต้องมาโรงพยาบาลจังหวัดแต่ก็เดินทางลำบาก จะทำบัตรผู้พิการทางสายตาากมากเพราะต้องพบหมอเพื่อตรวจและรับรองความพิการ ใช้เวลานานมากกว่าจะได้” นักพัฒนาชุมชน สัมภาษณ์เมื่อ 5 มกราคม 2566

“หนูเป็น CG และ อสม. ของหมู่บ้านชนเผ่าม้ง เมียน รับผิดชอบ 2 หมู่บ้าน หนูพูดตามตรงนะตามที่หนูเป็นคนชนเผ่า คนเผ่าหลายคนเวลาเป็นไปหาหมอนะ เจ้าหน้าที่ดูใส่เป็น บอกว่าหมอนัดตะวายังบ่มา บ่ฮู้กะ อ่านบ่ออกกะนี้ คนม้งเนี่ยไม่ชอบคำพูดที่แข็งๆ แรงๆ ทำให้เป็นไม่ยอมมาหาหมอนตามนัดแบบนี้เจ้า เหมือนการใช้น้ำเสียงไม่ให้เกียรติเขา เพราะเขาเป็นชนเผ่า เพราะเป็นบ่ฮู้หนังสือ” CG กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สัมภาษณ์เมื่อ 6 มีนาคม 2566

ข้อมูลจากการจดบันทึกภาคสนาม: ขณะที่เล่าไป CG ได้ยกตัวอย่างเมื่อ 10 ปีก่อน ได้ช่วยหญิงตั้งครรภ์ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในพื้นที่ที่สั่นล้มแล้วต้องเสียลูกในท้องไป ถูกเจ้าหน้าที่ออกมาพูดว่า “ไม่อย่างให้มันดิๆ หนอย บ่ต่ายกะดิละ” CG ชาติพันธุ์ม้ง เล่าด้วยความน้อยใจในพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ณ ขณะนั้น

ข้อมูลจากการสังเกต: ขณะเล่าถึงเหตุการณ์เรื่องนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็น CG มีน้ำตาคลอ เสียงเริ่มสั่นเครือ ร้องไห้ นานประมาณ 10 นาที การสนทนาจึงหยุดชั่วคราว

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่อาจเนื่องมาจากการไม่รู้หนังสือ อ่านภาษาไทยไม่ได้จึงไม่เข้าใจภาษา เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์บางคนที่ต้องใช้ล่ามช่วยสื่อสาร และ 2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่ควรหาแนวทางจัดการหลายรูปแบบ ได้แก่ 2.1) ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ โดยผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนจะมีความยากลำบากในการเข้ามารับบริการในสถานพยาบาล

ไม่มีเงินเพียงพอในการเดินทางไปรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง ขาดยานพาหนะในการเดินทาง 2.2) ปัจจัยด้านพื้นที่อยู่อาศัย ห่างไกลจากสถานพยาบาล ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง ต้องใช้เวลาในการเดินทางมากกว่า 1 ชั่วโมง 2.3) ปัจจัยด้านการขาดผู้ดูแลที่จะพาไปรับการรักษาในสถานบริการพยาบาล 2.4) ปัจจัยด้านอุปสรรคของภาษาในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาจไม่เข้าใจภาษาไทย 2.5) ปัจจัยด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากรในสถานพยาบาล 2.6) ปัจจัยด้านการขาดแคลน อสม.ในพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนเผ่าที่ขาดแคลน อสม. ที่เป็นชาติพันธุ์ เพื่อช่วยสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และ 2.7) ปัจจัยด้านการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพไม่ทั่วถึงในหมู่บ้าน มีสาเหตุมาจากเสียงตามสายในหมู่บ้านส่งมาไม่ถึงได้ยินไม่ชัดเจนและสัญญาณโทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ตไม่ดี ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ที่กล่าวถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกรวมกัน

“ปัญหาที่พบผู้สูงอายุที่อยู่พื้นที่สูงและยังป่วยติดเตียงด้วย ไปหาหมออยากมากเจ้า มีการขาดนัด คือเป็นบ่มีความรู้ด้วยเจ้า บ่รู้ว่าหมอนัดเมื่อใด กินยาเมื่อใด วันเวลาที่ไปหาหมอกะบ่ฮู้ ถ้าติดเตียงตึงไปไหนกะบ่ได้ ออกแอ่วจ้กะบ่ได้ จะไปตึงใดกะบ่ได้ แหมบ่บ่บ่ยังมีรถส่วนตัว บางคนเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตใหม่ๆ บ่ขยับ บ่ออกกำลัง ทำให้แขนขาติดเลย บ่ได้ไปหาหมอ เป็นบ่มีไผ่พาไปเจ้า” CG กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สัมภาษณ์เมื่อ 6 มีนาคม 2566

4. วิธีการลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลให้มุมมองวิธีการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุมีดังนี้ 1) การปรับปรุงแบบการให้บริการที่จำเป็นด้านสุขภาพแบบเชิงรุก โดยให้บริการด้านสุขภาพให้เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางและด้อยโอกาสในพื้นที่ ได้แก่ 1.1) มีบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยทีมสุขภาพ อปท. และชุมชน 1.2) จัดบริการให้มีแพทย์ตรวจรักษาอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ในพื้นที่ รพสต. 1.3) มีบริการรับ-ส่ง ยาให้กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ห่างไกลและขาดผู้ดูแล เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ที่อยู่ห่างไกลสถานพยาบาล โดยมี อสม. ในพื้นที่ทำหน้าที่ดูแลและประสานกับทีมรพ.สต. รวมทั้งกรณี

เจ็บป่วยฉุกเฉินร่วมด้วย 1.4) สถานพยาบาลควรให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม การมองเห็น ภาวะหกล้ม สุขภาพจิต และบริการเชิงรุกในผู้สูงอายุชนเผ่าในพื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล และ 1.5) ให้บริการและรณรงค์การฉีดวัคซีนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร่วมกับให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุทุกคน 2) ส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดี โดยให้บริการด้านสุขภาพที่ดีกับผู้ใช้บริการ โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม 3) สนับสนุนให้มีเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควรมีทั้งกลุ่มผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ สถาบันการศึกษาในจังหวัด รพ.สต. อปท. อสม. และผู้นำชุมชน 4) การให้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง โดยผู้สูงอายุและผู้ดูแลควรได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของการรับบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ อย่างทั่วถึง เช่น ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้านและผ่านผู้นำชุมชน อสม. ในพื้นที่ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ปัญหาผู้สูงอายุที่ขาดยา ไม่มาตามนัด มีเยอะในพื้นที่ ยิ่งผู้สูงอายุที่ไม่มีลูก ไม่มีรถมา บางคนติดเตียง มาไม่ได้ขาดยา รักษาเทศบาลอาจจะจัดรถกู้ภัยอีกคันแยกไว้เพื่อบริการรับส่งยา ให้สำรวจจำนวนไว้ โทรบอกก่อนว่าบ้านอยู่ตรงไหน ถ้ามีบริการตรงนี้ก็สบายใจขึ้น” ผู้สูงอายุผู้หญิง คนที่ 2 สัมภาษณ์เมื่อ 5 มกราคม 2566

“ควรมีการเยี่ยมบ้านเป็นทีมเครือข่ายชุมชน เยี่ยมผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกกลุ่ม และควรมีโครงการแพทย์เคลื่อนที่มาให้บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะในพื้นที่ชนเผ่า ที่พบบางคนที่การทางสายตายังไม่ได้บัตรผู้พิการ หากหมอมานในพื้นที่ก็จะสามารถตรวจวินิจฉัยและรับรองความพิการให้ผู้สูงอายุได้ เพื่อเข้าถึงสิทธิประโยชน์อย่างแท้จริง” นักพัฒนาชุมชน สัมภาษณ์เมื่อ 5 มกราคม 2566

การอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ตามมุมมองการรับรู้ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม มีประเด็นสำคัญที่สำคัญ 4 ประเด็นประกอบด้วย

1) ลักษณะของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น

สำหรับผู้สูงอายุ โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การได้รับบริการด้านการคัดกรองโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง การเข้าถึงบริการของโรงเรียนผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ และการเข้าถึงบริการการรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไปใช้บริการการรักษาพยาบาลที่ รพ.สต. ใกล้บ้านมากกว่าโรงพยาบาลอำเภอหรือจังหวัด อธิบายได้ว่าลักษณะการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุนั้นสถานบริการสุขภาพภาครัฐที่ใกล้บ้านมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในตัวอำเภอและจังหวัด และลักษณะการให้บริการสุขภาพนั้นมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยเฉพาะการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ รพ.สต. มีการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมี อสม. ช่วยคัดกรองโรค หากพบมีผู้สูงอายุอยู่ในระยะเจ็บป่วยก็จะนำเข้าสู่ระบบการรักษาของ รพ.สต. ต่อไป และการมีช่องทางช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รพ.สต. มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาลชุมชนและจังหวัดต่อไป รวมทั้งหน่วยงานเทศบาลที่ทำหน้าที่บริการรถรับส่งไปโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ส่วนการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องรักษาต่อเนื่อง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการในคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. สามารถรับยาอย่างต่อเนื่องและตรวจเลือดประจำปี รวมทั้งผู้สูงอายุที่ติดเตียงก็ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพร่วมกับสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุและทีมจากเทศบาล จิตอาสา ในชุมชน ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพที่เป็นพื้นฐานทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีลักษณะการเจ็บป่วยที่มาจากกระบวนการสูงอายุ จึงอาจมีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมหลายโรค การจัดบริการสุขภาพจึงต้องเน้นให้บริการด้านการจัดการโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างทั่วถึงและผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก โดยเฉพาะการบริการการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางด้านจิตเวชร่วมด้วย¹⁴⁻¹⁵

2) ความหมายและลักษณะของความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ความหมายของความเหลื่อมล้ำ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้อย่างทั่วถึง ครอบคลุม เหมือนคนอื่นๆ โดยลักษณะของความเหลื่อมล้ำ ได้แก่ 1) การได้รับบริการด้านสุขภาพไม่ทั่วถึงจากหน่วยงานที่

ให้บริการด้านสุขภาพและสังคม 2) ไม่ได้รับข่าวสารการให้บริการทางสุขภาพที่ครอบคลุมและทั่วถึง 3) ไม่ได้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง 4) ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ภาครัฐจัด และ 5) การไม่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ประทับใจการให้บริการ โดยประเด็นดังกล่าวสะท้อนถึงมุมมอง การรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะในพื้นที่ของตนเอง บางคนแม้สถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้บ้านก็ยังไม่ถึงบริการที่ให้ เพราะขาดผู้ดูแลพาไป เดินทางไม่สะดวก ไม่ต้องการรอคิวนาน และที่สำคัญกลุ่มผู้สูงอายุขาดพันธุ์ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารที่นุ่มนวล สุภาพ ของบุคลากรด้านสุขภาพ และลักษณะของความเหลื่อมล้ำในกลุ่มผู้สูงอายุขาดพันธุ์จะมีความชัดเจนกว่าผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากข้อจำกัดด้านภาษาที่สื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ที่อยู่อาศัยอยู่ห่างไกลสถานพยาบาล รวมถึงขาดผู้ดูแลพาไปรักษาที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือขาดผู้ดูแลพาไปรับการรักษาในสถานพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้¹⁶ รวมถึงการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องความเหลื่อมล้ำการไปใช้บริการด้านสุขภาพปฐมภูมิของประเทศที่มีรายได้ปานกลาง พบว่า รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษาที่ดีของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁷

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อค้นพบจากการวิจัย พบว่าความเหลื่อมล้ำเกิดจาก 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง คือ ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และ 2) ปัจจัยภายนอก โดยเฉพาะปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มีฐานะยากจน ขาดยานพาหนะในการเดินทาง ไม่มีขนส่งสาธารณะ บ้านอยู่ไกลจากสถานพยาบาล ขาดผู้ดูแลพาไป โดยจากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากอาศัยอยู่ด้วยกัน 2 คน ลูกหลานไปทำงานต่างจังหวัด ส่วนกรณีอาศัยอยู่คนเดียวบางครั้งลูกไม่ได้พาไปโรงพยาบาลเนื่องจากต้องไปทำงาน ทำไร่ และรับจ้าง ถ้าไม่เจ็บป่วยรุนแรงจริงๆ ก็จะไม่ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งที่ รพ.สต.ตั้งอยู่ในพื้นที่ก็ไม่ได้ไปใช้บริการ มีความพยายามหาซื้อยามารับประทานก่อนเบื้องต้น นอกจากนี้ปัญหาความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้น ยังพบว่า

ในผู้สูงอายุคนเฒ่าบางคนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและเป็นอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องแต่ยังพบปัญหาผู้สูงอายุขาดการตรวจติดตาม และไม่ไปรับยาที่โรงพยาบาล เนื่องจากทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่ทราบว่าโรคนี้ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ รวมถึงไม่สะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล และผู้ดูแลมีความเชื่อว่าโรคนี้รักษาไม่หาย การรับประทานยาอาจมีผลต่อตับและไต ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น สะท้อนถึงการขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ทั่วถึง สถานการณ์ที่กล่าวมาสอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญคือ ความยากจน ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอในการเดินทางไปใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ การรับรู้สิทธิของการรักษาพยาบาล ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ขาดยานพาหนะในการเดินทาง ภาวะเจ็บป่วย และขาดผู้ดูแล จัดเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁸ รวมทั้งปัจจัยด้าน การขาดบุคลากรที่ดูแลในพื้นที่ ขาดความต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง และทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์¹⁵

4) วิธีการลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุ

การแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ที่สำคัญประกอบด้วย 1) การปรับปรุงแบบการให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นแบบเชิงรุก 2) การส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดี โดยให้บริการด้านสุขภาพที่ดีกับผู้รับบริการ 3) มีเครือข่ายทางสังคมสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และ 4) การให้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สื่อสารผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และอสม. ในพื้นที่ จากสถานการณ์ดังกล่าวอธิบายได้ว่าจากผู้ให้ข้อมูลมีความหลากหลายทั้งจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพ อสม. ประธานผู้สูงอายุ รวมถึงนักพัฒนาชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล จาก อบท. จึงมีมุมมองหลายด้านที่มาจากการเผชิญปัญหาความเหลื่อมล้ำจากประสบการณ์ตรง โดยเฉพาะมุมมองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่มีความยากลำบากในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น ขาดผู้ดูแลพาไปส่งโรงพยาบาล ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ไม่มียานพาหนะ ยังอยู่ในพื้นที่สูงการรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ไม่ทั่วถึง สัญญาณโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ตที่ติดต่อกันไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่สำรวจความต้องการการบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีแพทย์มารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การมีเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาหรือติดเตียงอยากให้พระสงฆ์มาเยี่ยมที่บ้านเพื่อการดูแลด้านจิตใจ⁶ นอกจากนี้วิธีลดความเหลื่อมล้ำที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะตามมุมมองต่าง ๆ ค่อนข้างใกล้เคียงกับรูปแบบการบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุจากหลาย ๆ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุควรประกอบด้วย การคัดกรองโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การคัดกรองการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และกลุ่มอาการสูงอายุที่สำคัญ การให้บริการการดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในพื้นที่ รวมทั้งบริการการรักษาระยะเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบาง และต้องการการช่วยเหลือค่อนข้างมากการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมถึงการให้บริการวัคซีน ที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุควรได้รับอย่างครอบคลุมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁷⁻⁸

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

การลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยภายในจากผู้สูงอายุโดยตรง โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจ การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง และปัจจัยภายนอก เน้นการส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุ การให้บริการสุขภาพเชิงรุกโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ทั้งการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจติดตามโรคเรื้อรัง การจัดให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์หรืออยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ: งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2565

References

1. The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai Older Person 2021. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; Nakhon Pathom. 2022 ISBN: 978-616-443-686-2. (in Thai).
2. Shur NF, Creedon L, Skirrow S, Atherton PJ, MacDonald IA, Lund J, Greenhaff PL. Age-related changes in muscle architecture and metabolism in humans: The likely contribution of physical inactivity to age-related functional decline. *Ageing Research Reviews*. 2021 Jul; 68:101344. doi: 10.1016/j.arr.2021.101344.
3. Mohd Rosnu NS, Singh DKA, Mat Ludin AF, Ishak WS, Abd Rahman MH, Shahar S. Enablers and barriers of accessing health care services among older adults in South-East Asia: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(12):7351. doi: 10.3390/ijerph19127351.
4. Tapasee W, Danpradit P, Rattanawijit, S. Health care service model for elderly by community participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2017; 24(1): 42-54. (in Thai)
5. Banerjee S. Determinants of rural-urban differential in healthcare utilization among the elderly population in India. *BMC Public Health*. 2021; 21(1): 939. doi: 10.1186/s12889-021-10773-1.
6. Constitution drafting commission. The Secretariat of The House of Representatives. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560. Bangkok: The Secretariat of The House of Representatives Printery. (in Thai)
7. Ministry of Public Health. Handbook of screening and health assessment for the elderly 2021. 2021; Nonthaburi, Thailand. (in Thai)
8. Manatwanich P, Keawwilai K. Health maintenance, promotion and prevention in the elderly. In Praditpornsin et al., editors. *Textbook of Geriatric Medicine*. Chulalongkorn Hospital and Faculty of Medicine, Chulalongkorn university. Bangkok, 2018 (in Thai)
9. Duplaga M., Grysztar M., Rodzinka M Kopec A. Scoping review of health promotion and disease prevention interventions addressed to elderly people. *BMC Health Services Research*. 2016, 16(Suppl 5): 278 doi 10.1186/s12913-016-1521-4.
10. Phayao Provincial Public Health Office. Population pyramid by gender, age group, Phayao Province. 2023. Health Data Center. (in Thai).
11. Nowell LS., Norris JM., White DE., Moules NJ. Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 2017; 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
12. Lincoln YS. and Guba EG. (1985) *Naturalistic Inquiry*. SAGE, Thousand Oaks, 289-331. [http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
13. Thowprasert D, Radabutr, M. Perceptions and experiences on wearing removable acrylic denture of elderly in Bangkruai District, Nonthaburi Province: Phenomenological research. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(3): 158-66. (in Thai)

14. Asante D, McLachlan CS, Pickles D, Isaac V. Understanding Unmet Care Needs of Rural Older Adults with Chronic Health Conditions: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(4): 3298. doi: 10.3390/ijerph20043298. PMID: 36833993; PMCID: PMC9960497.
15. Chaisawat P, Phawananan P, Kittipichai W. Utilization of elderly health services, Tambon Viharn Khao, Amphor Tha-Chang, Sing Buri. *Vajira Nursing Journal*. 2016. 18(2); 42-50. (in Thai)
16. Gong CH, Kendig H, He X. Factors predicting health services use among older people in China: An analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. *BMC Health Services Research*. 2016 Feb 18;16:63. doi: 10.1186/s12913-016-1307-8.
17. Gao Q, Prina AM, Ma Y, Aceituno D, Mayston R. Inequalities in older age and primary health care utilization in low-and middle-income countries: A Systematic Review. *International Journal of Health Services*. 2022; 52(1): 99-114. doi: 10.1177/00207314211041234.
18. Andersen RM. (1995). Source revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.