การประมาณการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

Estimates and trends in health workforce to support long-term care for older persons

ศิริพันธุ์ สาสัตย์[1], นงลักษณ์ พะไกยะ[2], วาสินี วิเศษฤทธิ์[1]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

[2]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Siriphan Sasat[1], Nonglak Pagaiya[2], Wasinee Wisesrith[1]

[1]Faculty of Nursing, Chulalongkorn University,

[2]Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received: 5 April 2019
Revised: 25 April 2019
Accepted: 30 April 2019

บทคัดย่อ

การศึกษาการประมาณการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ทบทวนวรรณกรรมการประมาณการณ์กำลังคนด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ 2) วิเคราะห์และสังเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพในด้านประเภทของกำลังคน แนวโน้มกำลังคนและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และ 3) ประมาณการณ์และแนวโน้มความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการสังเคราะห์วรรณกรรมจากรายงานการวิจัย เอกสารทางวิชาการ บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มีน่าเชื่อถือ และสื่อสิ่งพิมพ์อิเล็กโทนิคและออนไลน์ รวมทั้งตำราจากทั้งในและต่างประเทศ

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มเติมจากการดูแลการเจ็บป่วยเฉียบพลัน คือ ต้องการแพทย์ประมาณ 2,042 คน พยาบาลจำนวน 58,841 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 3,649 คน ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 412 คน และผู้ช่วยผู้ดูแลหรือนักบริบาล 82,528 คน ในขณะที่ภาพรวมยังขาดแคลนกำลังคนที่เป็นทางการในระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อต้องเพิ่มความต้องการกำลังคนเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงทำให้เกิดการขาดแคลนกำลังคนที่เป็นทางการมากยิ่งขึ้น ในส่วนของผู้ช่วยดูแลหรือนักบริบาล หลักสูตรมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุทั่วไปทำให้มีข้อจำกัดทางด้านสมรรถนะและทักษะในอาชีพ ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยได้ ส่วนกำลังคนที่เป็นทางการที่เป็นอาสาสมัคร มีประมาณ 23,324 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และจิตอาสาต่างๆ การทำงานของอาสาสมัครเหล่านี้ได้เน้นไปที่การดูแลในด้านกิจวัตรประจำวันและด้านสังคม ไม่ได้มุ่งเน้นด้านสุขภาพ จึงทำให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองลดลงและต้องการการดูแลสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ ควรวางแผนพัฒนากำลังคนทั้งวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในแต่ระดับ จัดทำฐานข้อมูลผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐควรมีนโยบายส่งเสริมการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ มีกลไกการควบคุมคุณภาพการผลิตและพัฒนาบุคลากร รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาระบบการทำงานและการมอบหมายงานอย่างเหมาะสม โดยใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีอุปกรณ์การช่วยดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงาน ส่วนข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ คือ ส่งเสริมสถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานให้ผลิตกำลังคนสำหรับดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรให้มีความเฉพาะกับการดูแลระยะยาว ส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมและโดยสหวิชาชีพรวมทั้งส่งเสริมให้พื้นที่ทดลองนำกำลังคนที่พึงประสงค์ไปทดลองใช้และประเมินผลอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ : การประมาณการณ์ แนวโน้ม กำลังคนด้านสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ผู้รับผิดชอบบทความ
ศิริพันธุ์ สาสัตย์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
E-mail: sisasatmail.com

Corresponding author
Siriphan Sasat
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
E-mail: sisasatmail.com

Abstract

The study on "Estimates and trends in health workforce to support long-term care for older persons" aimed to 1) To review the literature on workforce estimation at nationally and internationally 2) To analyze and synthesize the type, trending and management of health workforce 3) To estimate and trends in the need for health workforce to support long-term care for older persons. The literatures were reviewed from research reports, academic documents, articles from reputable journals, electronic, and online publications, including textbooks from national and international publications.

The results founded that the need for health workforce in long-term care for older persons is an additional need from acute care setting, including the need for Physicians of 2,041 people, Nurses of 58,841 people, Physiotherapist of 3,649 people, Practical nurse of 412 people, and care assistants of 82 528 people. Whist, the overall shortage of health workforce in the field of medical and public health service system have already evidenced. Therefore, the increasing needs of long-term care workforce for older persons would result in the worsen shortage of health workforces. For care assistants, the curriculum focuses on general care for older persons, resulting in limitations in competency and skills in the profession and leading the inability to provide care for ill health older persons. For formal workforce who are a volunteer group, there are 23,324 people, including Village health volunteers *(*VHV*)*, Home care volunteers for elderly *(*HCVE*)*, and others. Their works have focused on taking care of the daily routines and social aspects not on health. Therefore, the performance of volunteers cannot meet the needs of older persons with chronic illnesses, having lower levels of self-care and need long-term health care.

Policy recommendations included strategic planning for workforce development to meet the need of older persons, set up a database of service provider and care receivers, the development of health workforce management, the government should have policies to promote the production of health workforce and develop mechanisms for quality control and regulation on the workforce development. Including supporting the development of work systems and appropriate job assignment by using innovation and technology to assist older persons with proper care, environmental management and safety workplace. Practice recommendations, include promoting educational institutions or agencies to produce a workforce for older person, develop or improve the curriculum to be specific to long-term care, promote holistic care and care by the multidisciplinary team, as well as encourage the experimental area to use the desired workforce to experiment and evaluate systematically.

Keywords : estimation, trends, health workforce, long-term care for older persons

บทนำ

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมาประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัย (Aged society) ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยเป็นอันดับสองของอาเซียน รองจากประเทศสิงคโปร์ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18 ในขณะที่ประเทศไทย มีร้อยละ 16 ของประชากรไทยทั้งหมด โดยมีประชากรสูงวัยประมาณ 10.3 ล้านคน เป็นผู้ชาย 4.6 ล้านคน และผู้หญิง 5.7 ล้านคน และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) โดยมีประชากรสูงอายุ มากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ที่มีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดในปี 2574 และอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 75 ปี จากเมื่อ 50 ปีก่อน คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพียง 59 ปี[1]

โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก นอกจากนี้โรคเรื้อรังไม่ได้แทนที่สาเหตุของโรคและความพิการที่มีอยู่ (โรคติดเชื้อและการบาดเจ็บ) แต่กำลังเพิ่มภาระโรคที่ส่งผลต่อขีดความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพที่เพียงพอและยังเป็นตัวขัดขวางการเพิ่มอายุขัยและกระตุ้นการเติบโตทาง

เศรษฐกิจอีกด้วย[2] สำหรับโรคเรื้อรังที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 3 อันดับแรกได้แก่โรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 22.5) รองลงมาคือ โรคเกาต์ (ร้อยละ 5.4) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 4.6) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 53.2) ภาวะอ้วนลงพุง (ร้อยละ 49.4) โรคเมแทบอลิคซินโดรม (ร้อยละ 46.8) โรคอ้วน (ร้อยละ 35.4) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.1)[3]

ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันไปตามระดับภาวะพึ่งพา และระดับภาวะพึ่งพามักจะประเมินจาก ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากน้อยแค่ไหน เช่น กิจกรรมการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การควบคุมการขับถ่าย โดยทั่วไปสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (Independence) เป็นกลุ่มที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองและยังมีศักยภาพที่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ 2) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง (Moderate dependence) เป็นกลุ่มที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง กลุ่มนี้จะรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางที่อาจไม่มีโรคประจำตัวแต่มีภาวะอ่อนแรง มีความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง ดังนั้นการดูแลจะมุ่งเน้นไปที่การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ป้องกันการติดเชื้อและการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วนตามความจำเป็น 3) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Severe Dependence) เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมากจนถึงไม่ได้เลย มีความต้องการการดูแลในระดับสูงที่ต้องการการดูแลเกือบทั้งหมด ดังนั้นการดูแลจะมุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพ ลดความพิการ ชะลอความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและการดำเนินไปของโรค

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรังจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงตามความรุนแรงและการดำเนินไปของโรคนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพที่มีการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่เคยทำได้ ทำให้อยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพิ่มขึ้น[4] โดยพบความชุกของภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of daily living: ADL) ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.7 โดยพบในผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 24.1 และผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 16.6 ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ และกิจกรรมที่มีข้อจำกัดที่พบมากที่สุด เช่น การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การใช้ห้องน้ำและการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จะนำไปสู่ความต้องการการดูแลระยะยาว (Long-term care) ที่เป็นความต้องการการบริการทางด้านสุขภาพมากกว่าการบริการทางด้านสังคม

ได้มีการประมาณการณ์ว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลระดับมากขึ้นไป จำนวน 1.16 ล้านคนในปี พ.ศ. 2567 หรือเพิ่มขึ้น 21 เท่า จากปี พ.ศ. 2547[5] ดังนั้นในการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น จำเป็นที่ระบบสุขภาพจะต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งด้านปริมาณ คุณภาพและการกระจายที่เหมาะสม ตลอดทั้งมีแรงจูงใจที่จะธำรงรักษากำลังคนอยู่ในระบบได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องเตรียมความพร้อมในด้านการสร้างระบบการดูแล การสนับสนุนการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมบุคลากรเพื่อรองรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวนวรรณกรรมการประมาณการณ์กำลังคนด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ วิเคราะห์และสังเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพในด้านประเภทของกำลังคน แนวโน้มกำลังคนและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และประมาณการณ์และแนวโน้มความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

วิธีการศึกษา

ในการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพผสมผสานระหว่างวิธีการความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health need method) และวิธีการกำหนดสัดส่วนกำลังคนต่อประชากร (Population ratio)[6] โดยจำกัดการคาดการณ์กำลังคนรองรับเฉพาะบริการด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง (Moderate dependence) และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Severe Dependence)

ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิประกอบการคาดการณ์ โดยคณะผู้วิจัยได้ทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมจากรายงานการวิจัย เอกสารทางวิชาการ บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มีน่าเชื่อถือและสื่อสิ่งพิมพ์อิเล็กโทนิคและออนไลน์ รวมทั้งตำราที่เกี่ยวข้องจากทั้งในและต่างประเทศ

กระบวนการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. **คาดการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน** (Community) โดยใช้วิธีความความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health need method) ดำเนินการดังนี้

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุและความต้องการบริการสุขภาพในแต่ละระดับบริการ ในการวิเคราะห์ได้นำข้อมูลการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ[5] ในการจำแนกจำนวนผู้สูงอายุซึ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มพึ่งพิงปานกลาง และกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย จากนั้นได้ทำการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อระบุกิจกรรมและการบริการที่แต่ละกลุ่มผู้สูงอายุต้องการ และบริการต่างๆ ควรจัดในสถานที่ที่ให้บริการ (care setting) ประเภทใด เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ต้องการการดูแลด้านสุขภาพสังคมและกิจวัตรประจำวัน โดยสถานที่บริการอาจจะเป็นชุมชน ในสถานบริบาล (nursing home) หรือ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospital) เป็นต้น ดังตารางที่ 1

1.2 วิเคราะห์ประเภทกำลังคนผู้ให้บริการในแต่ละประเภทบริการ ในขั้นตอนนี้เป็นการกำหนดประเภทกำลังคนที่จะต้องให้บริการนั้นๆ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานกำลังคนที่ให้บริการในระบบปัจจุบัน เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้น้อย กำลังคนที่ต้องเข้าไปดูแลได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัดและนักบริบาล ซึ่งเป็นกำลังคนที่เพิ่มเข้าไปในระบบ ดังตารางที่ 1 อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้มุ่งเน้นการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนสำหรับระบบการบริการด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มกลุ่มพึ่งพิงปานกลาง และกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยเท่านั้น

1.3 ศึกษาผลิตภาพกำลังคนแต่ละประเภท ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาอัตราการทำงานต่อหน่วยเวลาของกำลังคนด้านสุขภาพแต่ละประเภท โดยใช้ข้อมูลการศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ วาสินี วิเศษฤทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา[7] พบว่า แพทย์ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุประเภทช่วยตัวเองไม่ได้ใช้เวลาประมาณ 1.5 ชั่วโมงต่อครั้ง รวมทั้งเวลาที่ใช้ในการเดินทางและความถี่ในการดูแลผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนพยาบาลใช้เวลาในการเยี่ยมแต่ละครั้งรวมเวลาเดินทางใช้เวลา 2.7 ชั่วโมง โดยในกลุ่มช่วยตัวเองไม่ได้เยี่ยมอาทิตย์ละครั้ง ส่วนกลุ่มช่วยตัวเองได้บ้างเยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง หลังจากนั้นนำไปสู่ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 คือ การแปลงปริมาณงานและเวลาในการทำงานในแต่ละครั้งให้เป็นชั่วโมงทำงาน (Man hour) โดยใช้จำนวนผู้สูงอายุคูณด้วยจำนวนครั้งที่รับบริการใน 1 ปี จากนั้นคูณด้วยจำนวนชั่วโมงที่แพทย์ให้บริการต่อครั้งจะได้จำนวนชั่วโมงทำงาน วิชาชีพอื่นๆ ก็ดำเนินการเช่นเดียวกัน (ดังตารางที่ 2)

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดมาตรฐานการทำงานของกำลังคน 1 คน ใช้ข้อมูลตามการกำหนดของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ซึ่งคนทำงาน 1 คน ทำงาน 230 วัน (ไม่รวมวันหยุดและวันลาพักผ่อน) และในแต่ละวันทำงาน 6-8 ชั่วโมง ในการศึกษานี้กำหนดเวลาทำงานเป็น 7 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็น 1,610 ชั่วโมงต่อปี และเนื่องจากบุคลากรแต่ละคนอาจจะต้องมีเวลาไปพัฒนาตนเอง ไปทำงานบริหาร วิชาการ หรืองานอื่นๆ บ้าง ในที่นี้กำหนดเป็นประมาณร้อยละ 20 เมื่อหักออกร้อยละ 20 จึงเหลือเวลาทำงานของคน 1 คน ประมาณ 1,288 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 นำเวลาทำงานมาตรฐานจำนวน 1,288 ชั่วโมงมาหารชั่วโมงทำงาน (Man hour) จึงจะได้คนเสมือน (Full-time Equivalent: FTE) จากนั้นจึงผันกลับเป็นสัดส่วนต่อประชากร เช่น แพทย์ 1 คนให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 70 คน เป็นต้น

ตารางที่ 1 ประเภทการบริการ สถานที่ให้บริการและประเภทกำลังคนด้านสุขภาพ

<table>
<tr><th>กลุ่มเป้าหมาย</th><th>ประเภทบริการ</th><th>Settings</th><th>ประเภทกำลังคน</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1. กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง (Moderate dependence)</td><td rowspan="2">1. การบริการทางด้านสุขภาพ
- การแพทย์ (Medical care)
- การพยาบาล (Nursing)
2. การดูแลส่วนบุคคล (Personal care)
- กิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL)
3. การบริการทางด้านสังคม
- กิจกรรมทางด้านสังคมต่างๆ
- การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
- การดูแลด้านรายได้</td><td>- ที่บ้าน/ ชุมชน</td><td rowspan="2">พยาบาล
นักกายภาพบำบัด
ผู้ช่วยดูแล/นักบริบาล</td></tr>
<tr><td>- สถานดูแลชั่วคราว (Respite care)
- สถานดูแลกลางวัน (Day care)
- บ้านพักคนชรา (Residential home)
- สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted living)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">2. กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย (Severe Dependence)</td><td rowspan="3">1. การบริการทางด้านสุขภาพ
- การแพทย์ (Medical care)
- การพยาบาล (Nursing care)
2. การดูแลส่วนบุคคล (Personal care)
- กิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL)
3. การบริการทางด้านสังคม
- กิจกรรมทางด้านสังคมต่างๆ
- การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
- การดูแลด้านรายได้</td><td>- ที่บ้าน ในชุมชน</td><td rowspan="2">แพทย์
พยาบาล
นักกายภาพบำบัด
ผู้ช่วยดูแล/นักบริบาล</td></tr>
<tr><td>- สถานดูแลชั่วคราว (Respite care)</td></tr>
<tr><td>- สถานบริบาล (Nursing home)
- สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term care hospital)
- สถานดูแลระยะสุดท้าย (Hospice care)</td><td>พยาบาล
นักกายภาพบำบัด
ผู้ช่วยพยาบาล
ผู้ช่วยดูแล/นักบริบาล</td></tr>
</table>

ตารางที่ 2 ผลิตภาพกำลังคนและสัดส่วนกำลังคนต่อประชากรในการดูแลที่บ้านและชุมชน

กำลังคน	ประเภทผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ (คน)	จำนวนบริการ/ปี	เวลา/ครั้ง (ชม)	ชั่วโมงทำงาน*	FTE required	สัดส่วนต่อผู้สูงอายุ
แพทย์	ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Severe dependence)	70	12	1.5	1,260	1.0	1:70
พยาบาล	ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง (Moderate dependence)	20	24	2.7	1,296	1.0	1:20
	ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Severe dependence)	9	52	2.7	1,264	1.0	1:9
นักกายภาพ	ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ปานกลาง (Severe/moderate dependence)	40	12	2.7	1,296	1.0	1:40
นักบริบาล	ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง (Moderate dependence)	14	52	1.73	1,259	1.0	1:14
	ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Severe dependence)	7	104	1.73	1,259	1.0	1:7

* ค่ามาตรฐานการทำงานของ 1 กำลังคนในรอบปี จำนวน 230 วันๆ ละ 7 ชั่วโมง และหักภาระงานอื่นๆ ออก ร้อยละ 20

2. **การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนให้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการ** (Institutions)

สำหรับการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนสำหรับให้บริการที่ บ้านพักคนชรา (residential home) สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting) สถานบริบาล (nursing home) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospital) และสถานดูแลระยะท้าย (hospice care) ใช้ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันจากการสำรวจของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ[8] โดยเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกำลังคนที่มีและผู้สูงอายุที่รับบริการในช่วงเวลาที่สำรวจ ซึ่งพบว่า Residential Home มีสัดส่วนพยาบาลต่อผู้สูงอายุ 1: 87 คน สัดส่วนนักบริบาลต่อผู้สูงอายุ 1:26 คน สัดส่วนพี่เลี้ยงต่อผู้สูงอายุ 1: 16 คน เป็นต้น สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่ LTC hospital และ Nursing home เป็น 1: 6 และที่ Assisted living setting เป็น 1:15 และที่ Residential Home เป็น 1: 87 ดังตารางที่ 3

ประมาณการความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ จากข้อมูลผลิตภาพกำลังคนที่ผันออกมาเป็นสัดส่วนกำลังคนต่อประชากรในแต่ละระดับบริการได้นำมาใช้ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในปี พ.ศ. 2557 โดยใช้ฐานข้อมูลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ตามการคาดการณ์ ของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ[9] โดยสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพที่ให้บริการจะรวมอยู่ในกำลังคนที่ดูแลระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นในการคาดการณ์กำลังคนกลุ่มนี้จะไม่รวมในการศึกษานี้ การศึกษานี้จึงจะคาดการณ์เฉพาะกำลังคนที่จะต้องเพิ่มขึ้นมานอกเหนือจากระบบบริการปกติ

การสังเคราะห์สถานการณ์กำลังคนรองรับ โดยการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์กำลังคน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักบริบาล และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประเด็นที่สังเคราะห์ได้แก่ จำนวน การกระจาย การสูญเสียและการผลิต ตลอดทั้งข้อมูลการบริหารจัดการกำลังคนต่าง ๆ

ตารางที่ 3 ผลิตภาพกำลังคน และสัดส่วนกำลังคนต่อประชากรในการดูแลในสถานบริการ

สถานบริการ	สัดส่วนบุคลากรต่อผู้สูงอายุ									
	พยาบาล	ผู้สูงอายุ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	นักบริบาล	ผู้สูงอายุ	พี่เลี้ยง	ผู้สูงอายุ	นักกายภาพ	ผู้สูงอายุ
บ้านพักคนชรา (Residential Home)	1	87	-	-	1	26	1	16	1	425
สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living setting)	1	15	1	16	1	6	-	-	1	261
สถานบริบาล (Nursing home)	1	6	1	6	1	2	-	-	1	31
สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term care hospital)	1	6	1	6	1	2	-	-	1	61

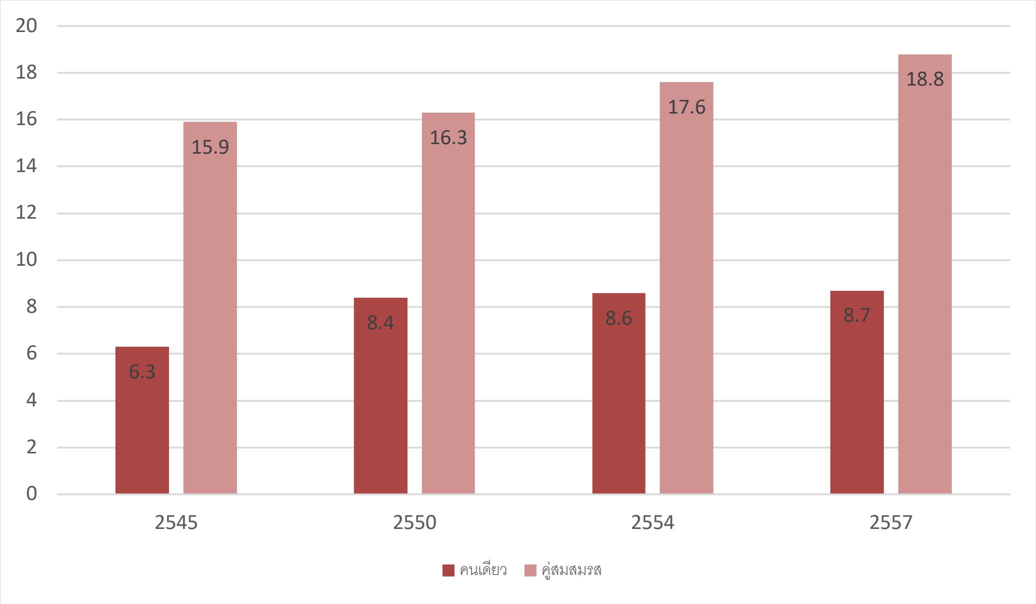
ที่มา: ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ[8]

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 5 ครั้งที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4, 10.7, 12.2 และ 14.9 ในปี พ.ศ. 2545, 2550, 2554, 2557 ตามลำดับ โดยที่ผลการสำรวจครั้งที่ 5 พบว่า จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,705 คน เป็นชาย 4,514,815 คิดเป็นร้อยละ 45.4 และหญิง 5,499,890 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงคือ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จากการสำรวจพบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น ถึงร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด[10]

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางส่วนอยู่ในภาวะเปราะบาง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันอย่างอิสระได้ และต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2556 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[10] พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 78.9 ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในขณะที่ ประมาณร้อยละ 19.6 เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและร้อยละ 1.5 เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และยิ่งสูงอายุมากขึ้น โอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุยิ่งน้อยลง โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป พบว่า ประมาณร้อยละ 2.6 ที่เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในขณะที่เมื่อวิเคราะห์ถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า แนวโน้มผู้สูงอายุจะอยู่เพียงลำพังกับผู้สูงอายุ หรืออยู่เพียงลำพังคนเดียวเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากภาพที่ 1 ชี้ให้เห็นถึงผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.9 ในปี พ.ศ.2545 เป็นร้อยละ 18.8 ในปี พ.ศ. 2557 และผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว เพิ่มจากร้อยละ 6.3 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2557



ภาพที่ 1 แสดงอัตราส่วน (%) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวและอาศัยอยู่กับคู่สมรสเทียบกับประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ระหว่างปี 2545, 2550, 2554 และ 2557

แหล่งที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างใน มส.ผส.[12]

สำหรับระบบการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้ นอกเหนือจากการดูแลที่บ้าน (home care) ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลในระดับสถานบริการ (institutional care) จากการสำรวจของศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ[8] พบว่า มีสถานบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 138 แห่ง ซึ่งแยกประเภทเป็น 5 ประเภท คือ สถานบริบาล (nursing home) บ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา (residential home) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospital) สถานให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) จำนวน 60, 44, 6, 25, 60 และ 3 แห่งตามลำดับ ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ที่กรุงเทพมหานครและภาคกลาง

การประมาณการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการคาดประมาณความต้องการกำลังคนจากข้อมูลพื้นฐานจำแนกตามประเภทของผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2557 ของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ[5] หารด้วยผลิตภาพกำลังคนจากตารางที่ 2 เพื่อคาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวในชุมชนต้องการแพทย์ประมาณ 2,042 คน พยาบาลจำนวน 58,375 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 3,572 คน และผู้ช่วยดูแลหรือนักบริบาล 81,125 คน (ดังตารางที่ 4)

ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ได้แก่ residential home, assisted living, nursing home, long-term hospitals และ hospice care ในสถานการณ์การดูแลในสถานบริการคงเดิม ตามจำนวนสถานบริการและจำนวนเตียงคงเดิม ตลอดทั้งผลิตภาพกำลังคนหรือสัดส่วนกำลังคนต่อจำนวนผู้สูงอายุคงเดิม จะมีความต้องการพยาบาลจำนวน 466 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 77 คน ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 412 คน และผู้ช่วยดูแลหรือนักบริบาล จำนวน 1,403 คน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 จำนวนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในปี พ.ศ. 2557

ประเภทผู้สูงอายุ	จำนวนประชากร	แพทย์	พยาบาล	นักกายภาพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล/นักบริบาล
ช่วยเหลือตัวเองได้ (No restriction)	6,870,000	ร่วมกับระบบบริการสุขภาพ				
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เล็กน้อย (Mild dependence)	1,510,000					
ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง (Moderate dependence)	850,000	0	42,500	0	n/a	60,714
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Severe dependence)	100,000	1,429	11,111	2,500	n/a	14,286
ต้องการช่วยเหลือทั้งหมด (Profound)	42,876	613	4,764	1,072	n/a	6,125
รวม	9,372,876	2,042	58,375	3,572	n/a	81,125

ตารางที่ 5 จำนวนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในปี พ.ศ. 2557

ประเภทสถานบริการ	จำนวน*	เตียง/ผู้สูงอายุ*	ความต้องการกำลังคน			
			พยาบาล	นักกายภาพ	ผู้ช่วยพยาบาล	นักบริบาล
บ้านพักคนชรา(Residential Home)	60	1,698	283	55	283	849
สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living setting)	25	638	106	10	106	319
สถานบริบาล (Nursing home)	40	4,510	52	11	n/a	173
สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term care hospital)	6	369	25	1	23	62
รวม	**131**	**7,215**	**466**	**77**	**412**	**1,403**

* ที่มา ข้อมูลจาก ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ[9]

โดยภาพรวม ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มเติมจากการดูแลการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ดังนี้ ต้องการแพทย์ประมาณ 2,042 คน พยาบาลจำนวน 58,841คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 3,649 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 412 คน และผู้ช่วยดูแล/นักบริบาล 82,528 คน

สถานการณ์และแนวโน้มกำลังคนรองรับกำลังคนที่เป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นั้น พบว่าในภาพรวมยังมีความขาดแคลนสำหรับการบริการในระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ ดังนั้นเมื่อต้องเพิ่มความต้องการกำลังคนสำหรับรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงทำให้เกิดการขาดแคลนมากยิ่งขึ้น[13] ซึ่งในการศึกษานี้จะไม่กล่าวถึงในรายละเอียด

อย่างไรก็ตามในส่วนของผู้ช่วยผู้ดูแลหรือนักบริบาล แม้ว่าจะได้มีสถาบันต่างๆ เช่น ภาคเอกชนเริ่มตื่นตัวในการผลิตนักบริบาลและมีการพัฒนาหลักสูตรขึ้นมา แต่การขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรงบประมาณจากภาครัฐ รวมทั้งหลักสูตรมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป ส่งผลทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านสมรรถนะและ

ทักษะอาชีพ ทำให้ผู้ช่วยดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยได้ จึงไม่สามารถทำงานในโรงพยาบาลได้ ทำให้ความนิยมในการเรียนลดลง และส่งผลทำให้โรงเรียนต่างๆ ทยอยปิดตัวลง เมื่อปี พ.ศ. 2555 มีโรงเรียนที่เปิดดำเนินการเรียนการสอนอยู่จริงประมาณ 30 แห่ง แบ่งเป็นในกรุงเทพฯ 10 แห่ง และต่างจังหวัด 20 แห่ง ผลิตได้บุคลากรได้ประมาณ 1,000-1,500 คนต่อปี ซึ่งลดลงจากที่รายงานไว้ในปี พ.ศ.2549 ที่เปิดดำเนินการเรียนการสอนทั่วประเทศ ประมาณ 76 แห่ง แบ่งเป็นกรุงเทพฯ 24 แห่ง ต่างจังหวัด 52 แห่ง ผลิตได้ประมาณ 4,000 คนต่อปี[14] นอกจากปัญหาจำนวนและคุณภาพของนักบริบาลไม่เพียงพอแล้ว ปัญหาการธำรงอยู่ในระบบเป็นความท้าทายที่สำคัญของการพัฒนานักบริบาล พบว่าอัตราการลาออกและเปลี่ยนงานบ่อยในกรณีที่นักบริบาลมีอายุน้อย ซึ่งพบเหตุผลสำคัญคล้ายคลึงกันกับบุคลากรอื่นๆ เช่น ค่าตอบแทน สวัสดิการ แต่สิ่งที่น่าสนใจคือ ทัศนคติในการดูแล กล่าวคือ การดูแลผู้สูงอายุมีความซับซ้อนน่าเบื่อสำหรับนักบริบาลที่เป็นวัยรุ่น และการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลหรือบ้านเป็นสิ่งที่ไม่น่าภาคภูมิใจและมีเกียรติเท่ากับทำงานในโรงพยาบาลหรือในสถานเสริมความงาม ตลอดจนความก้าวหน้าในอาชีพมีน้อยและไม่ได้รับการส่งเสริมและต้องการการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน[15] สำหรับกำลังคนให้บริการในระดับชุมชนยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องนี้

ส่วนกำลังคนที่เป็นอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ก่อตั้งโดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น กรมกิจการผู้สูงอายุ) ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งอาสาสมัครในโครงการจะเป็นสมาชิกในชุมชนที่มีจิตอาสาและได้รับการฝึกอบรมทักษะและเสริมสร้างทัศนคติเพื่อทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในชุมชนของตนเอง เช่น ช่วยพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์หรือพาแพทย์มาเยี่ยมผู้สูงอายุ ไปทำธุระให้ผู้สูงอายุ พาผู้สูงอายุไปทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น โดยมีการขยายผลโครงการดำเนินการฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ปัจจุบันมีจำนวน อผส.ประมาณ 23,324 คน นอกจากนั้นยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสาต่างๆ อย่างไรก็ตามการทำงานของอาสาสมัครเหล่านี้จะมุ่งเน้นไปที่การดูแลในด้านกิจวัตรประจำวันและด้านสังคมเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมการดูแลด้านสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะช่วยเหลือตัวเองลดลงและต้องการการดูแลสุขภาพและสังคมในระยะยาว

อภิปรายผล

การศึกษาการประมาณการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้มีการทบทวนวรรณกรรมตลอดทั้งข้อมูลพื้นฐานจากแหล่งต่างๆ ใช้ในการคาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพและวิเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การศึกษานี้อาจจะมีข้อจำกัดบางประการ ดังต่อไปนี้ 1) การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการศึกษานี้ เน้นเฉพาะการดูแลระยะยาวในชุมชนและในสถานบริการ เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลางถึงไม่ได้เลย (Moderate to Severe dependence) ดังนั้นผลการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนนี้จึงเป็นส่วนที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากระบบการดูแลการเจ็บป่วยทั่วไป และ 2) ความแม่นยำ เนื่องจากการคาดประมาณความต้องการกำลังคนนั้นใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งหากขาดความแม่นยำจะส่งผลให้ผลการคาดการณ์ขาดความแม่นยำไปด้วย เช่น อัตราส่วนบุคลากรต่อผู้รับบริการ ได้อ้างอิงจากการศึกษาที่ได้จากข้อมูลจริงที่พบในสถานบริการประเภทต่างๆ ในประเทศไทย ด้วยยังไม่มีมาตรฐานบุคลกรในสถานดูแลระยะยาว จึงอาจทำให้ส่งผลให้ผลการคาดการณ์ขาดความแม่นยำไปได้ อย่างไรก็ตามนักวิจัยได้พยายามคัดเลือกวรรณกรรมและแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือทั้งในและต่างประเทศ

ผลการคาดประมาณความต้องการกำลังคนจากข้อมูลพื้นฐานที่มีอยู่พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวในชุมชนและสถานบริการ มีความต้องการกำลังคนเพิ่มเข้ามาจากระบบบริการปกติ ดังนี้ แพทย์ประมาณ 2,042 คน พยาบาลจำนวน 58,841 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 3,649 คน ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 412 คน และผู้ช่วยดูแล/นักบริบาล 82,528 คน

ในขณะที่ภาพรวมยังขาดแคลนกำลังคนที่เป็นทางการในระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อต้องเพิ่มความต้องการกำลังคนเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้เกิดการขาดแคลนกำลังคนที่เป็นทางการมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้การดูแลระยะยาวที่พึงประสงค์เป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทุก

มิติทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมและมีเป้าหมายชัดเจนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

ในส่วนของผู้ช่วยดูแลหรือนักบริบาล แม้ว่าจะมีหน่วยงานต่างๆ พัฒนาหลักสูตรและมีสถาบันต่างๆ เริ่มตื่นตัวในการผลิตผู้ช่วยผู้ดูแลเพิ่มขึ้น แต่พบว่าปัญหาด้านกำลังคนที่สำคัญเป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถมีผู้ช่วยดูแล/นักบริบาลรองรับระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้มีปัญหาการผลิตผู้ช่วยดูแล/นักบริบาลไม่เพียงพอ คุณภาพผู้ช่วยดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน ตลอดทั้งอัตราการลาออกจากงานของผู้ช่วยดูแลสูง ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาและจากผลการศึกษาในประเทศที่ได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวก่อนหน้าประเทศไทย เช่น ประเทศไต้หวัน ที่ศึกษาการคงอยู่ในงานของผู้ที่ได้รับการอบรมไป (care assistant in the long-term care industry) พบว่า ผู้ช่วยดูแลถึงร้อยละ 46.3 ไม่ได้ทำงานอยู่ในระบบการดูแลระยะยาวแล้ว โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความสนใจส่วนตัวที่จะดูแลผู้สูงอายุ ด้วยความเชื่อว่าการได้ช่วยเหลือดูแลผู้อื่นจะโชคดีในอนาคต ซึ่งเป็นความเชื่อในสังคมชาวจีนไต้หวัน ปัจจัยด้านสวัสดิการ ได้แก่ แผนการประกัน ค่าล่วงเวลา อาหารฟรี ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานที่สำคัญที่สุด ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน ความมั่นคงในงาน สัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุและครอบครัว ภาวะผู้นำของผู้บริหารและพบว่าระยะเวลา 1 ปีแรกของการทำงานเป็นระยะเวลาสำคัญที่พนักงานจะตัดสินใจจะลาออกจากงานหรือไม่ หากสามารถปรับตัวเข้ากับการทำงานได้ก็อยากจะทำงานต่อไป[16] เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาข้างต้น คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ควรมีการวางแผนกำลังคนของบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่เป็นวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (paid caregiver) เช่น ผู้ช่วยดูแลหรือนักบริบาล และอาสาสมัคร เป็นต้น

2. ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ให้บริการที่รวมถึงผู้ประกอบการ สถานที่ให้บริการและผู้ให้บริการ และควรจัดทำฐานข้อมูลผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ

3. ควรมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนที่สามารถจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถในการดูแลผู้สูงอายุทำงานอยู่ในระบบได้ในระยะยาว เช่น ค่าตอบแทน สวัสดิการ ความก้าวหน้าในอาชีพ การพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการ

4. รัฐควรมีนโยบายส่งเสริมการผลิตกำลังคนที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการในการดูแลระยะยาว

5. ควรจัดทำกลไกการควบคุมคุณภาพการผลิตและการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งการติดตามผลการปฏิบัติงาน

6. สนับสนุนการพัฒนาระบบการทำงานและการมอบหมายงานอย่างเหมาะสม โดยใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีอุปกรณ์การช่วยดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงาน การจัดสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงาน

7. ควรมีการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ โดยให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย ผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุและครอบครัว) นักวิชาการ สถาบันการศึกษาและผู้ผลิต องค์กรวิชาชีพ NGOs

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ

1. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยกำลังคนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แท้จริง เพื่อความความแม่นยำในการคาดประมาณความต้องการกำลังคน

2. ส่งเสริมสถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานให้ผลิตกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอในทุกระดับ ทั้งที่เป็นวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ

3. ควรมีการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรที่มีความเฉพาะและสอดคล้องกับการดูแลระยะยาวในทุกระดับ

4. ส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมและสหสาขาวิชาชีพ โดยยึดผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

5. ส่งเสริมให้พื้นที่ให้มีการนำรูปแบบกำลังคนที่พึงประสงค์ไปทดลองใช้ และประเมินผลเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มา ณ ที่นี้ด้วย

การผ่านการพิจารณาคณะกรรมการวิจัยในคน

งานวิจัยนี้ใช้ Secondary source of data จึงไม่ได้มีการขอจริยธรรมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

World Medical Association (WHA). WMA Statement of the Global burden of chronic disease, the 62nd WMA General Assembly. Montevideo, Uruguay, October 2011. Available from: https:www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-global-burden-of-chronic/, retrieved on 2 Dec 2018.

วิชัย เอกพลการ. สุขภาพผู้สูงอายุ. ใน : วิชัย เอกพลการ, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557, 265.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. เอกสารคำสอนรายวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 2 (รหัสวิชา 3647530). กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.

Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K, Sasat S, Odton P, Ratkjaroenkhajorn S. Projection of demand and expenditure for institutional long term care in Thailand. Final report. Finance management component, Health care reform project. Nonthaburi:Thai-European Cooperation or Health; 2009.

Hall T. L. (2004). Human resource for health: A tool kit for planning, training and management [Internet]. [cited 2016 March 15]. Available from: http://hrhtoolkit.forumone.com/

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, วาสินี วิเศษฤทธิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. เวลาที่ต้องการสำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สวปก.) และ International Labour Organisation (ILO), United Nation; 2556.

ศิริพันธุ์สาสัตย์, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. การศึกษาสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2552.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2553.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิฯ; 2557.

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. การศึกษาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2560-2569). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2559.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). รายงานความคืบหน้าในการผลักดันมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554 เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2555 ณ ห้องประชุม 3 ชั้น 1 อาคารศูนย์ประชุมสหประชาชาติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช); 2555.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, วาสินี วิเศษฤทธิ์, ถาวร สกุลพาณิชย์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.); 2558.

Hsieh PC, Su HF. Retention and attrition of certified care assistants in the long-term care industry from the Taipei area: an interview survey. Int J Nurs Stud. 2007;44:93-104.