

Public Health Center's Elderly Services: a case study of care manager and care giver of dependent elderly in a Municipality, Thailand

Janjira Inthajit* Chardsumon Prutipinyo**

Received 9 June 2020; Revised 20 December 2020; Accepted 22 January 2021

Abstract

This study is a qualitative research with the objective to survey and analyze public health center's services. This is a case study of care managers and care givers of dependent elderly, in a municipality. Samples were 81 public health personnel, or care managers and care givers. Data collection was conducted through questionnaire and interview. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

Results indicated that public health personnel, or care managers and care givers, should receive continuing education at least once a year. Annual financial support should facilitate personnel to obtain necessary materials such as adult diapers, and various physical rehabilitation equipment, in order to be able to work with dependent elderly. There should be cooperation from various stakeholders, in order to achieve integrated teamwork, to increase efficiencies in elderly care services.

Keywords: Public health care managers; care givers for dependent elderly

* Student in M.Sc. (Public Health) Major in Public Health of Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University, Corresponding author: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีศึกษาผู้จัดการระบบและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งของประเทศไทย

จันจิรา อินทจิตร* ฉัตรสมัน พงษ์นิญโญ**

วันที่รับบทความ 9 มิถุนายน 2563; วันแก้ไขบทความ 20 ธค. 2563 ; วันที่ตอบรับบทความ 22 มค.2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข “กรณีศึกษาผู้จัดการระบบและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนทั้งสิ้น 81 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งพบว่ากลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขและกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการฟื้นฟูความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การสนับสนุนงบประมาณที่เอื้อต่อการจัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์ เช่น ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ แผนรองขับ กายอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมต่อการดำเนินงานผู้สูงอายุและการได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการทำงานเป็นทีม จะส่งผลให้ผลในการดำเนินงานผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

คำสำคัญ : ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข; ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้รับผิดชอบบทความ ติดต่อ chardsumon.pru@mahidol.ac.th

บทนำ

ในสหราชอาณาจักร สัดส่วนผู้สูงอายุได้มากขึ้นตามลำดับ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวได้เปลี่ยนจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชนและบ้านพักอาศัย มีการเสนอความร่วมมือซึ่งรวมถึงผู้ปฏิบัติงานทั่วไปผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อ่อนแอ (Clive Bowman, et al 1999) ทางเลือกหนึ่งในการจัดการกับภาระงานในชุมชนที่เพิ่มขึ้นคือการว่าจ้างผู้ปฏิบัติงานทั่วไป (หรือหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพหลัก) เพื่อสร้างความร่วมมือการดูแลระหว่างผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สิ่งนี้จะให้การดูแลทางการแพทย์ที่ครอบคลุมซึ่งรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพการจัดการโรคเรื้อรังการดูแลคนชราที่เพิ่มขึ้น และ “ การรอคอยอย่างระมัดระวัง ” (Robinson R, et al 1998)

ประสบการณ์ของชาวอเมริกันในการดูแลเชิงรุก สำหรับผู้อยู่อาศัยในระบบการดูแลสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิตลง ชี้ให้เห็นว่า การใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลลดลง จะช่วยให้การพัฒนาพยาบาลผู้สูงอายุ เส้นทางการดูแลและปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ผ่านการตรวจหาปัญหาและการจัดการที่บ้านก่อนสามารถทำได้ (Kane, 1998)

ในประเทศญี่ปุ่น สถานการณ์ของ “ผู้จัดการการดูแล” เกิดขึ้นในปี 2000 จากรายงานของรัฐบาลเรื่อง Japan in the Year 2000 และมีความเห็นว่าจะต้องทบทวนนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 3 เรื่องคือ (1) เรื่องระบบประกันสุขภาพ (2) โครงการบำนาญ (3) การปรับปรุงสถานพยาบาลและสุขภาพอนามัย (ฉัตรสุนัน พงษ์นิญโญ, 2558: 152) มีการนำระบบประกันการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่นมาใช้ ภายใต้ระบบนี้บทบาทของผู้จัดการการดูแลคือการช่วยลูกค้าผู้สูงอายุแต่ละรายครอบครัวและผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในการปรับตัวและรับมือกับความท้าทายของการสูงอายุหรือความพิการโดยดำเนินการประเมินการวางแผนการดูแลเพื่อระบุความต้องการปัญหาและคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับความช่วยเหลือ การคัดกรองประสานงานและติดตามบริการดูแลที่บ้าน การให้การศึกษาและการสนับสนุนลูกค้าและครอบครัว ให้คำปรึกษาและสนับสนุน การดูแลต้องมีความรู้อย่างกว้างขวางเกี่ยวกับต้นทุน คุณภาพ และความพร้อมในการให้บริการในชุมชนของตน นอกจากนี้ผู้จัดการดูแลยังต้องรับผิดชอบในการไกล่เกลี่ยทางการแพทย์และร่วมมือกับผู้ให้บริการรายอื่นรวมทั้งแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลแบบบูรณาการในชุมชน (Hirakawa, Yoshihisa, 2016)

ในประเทศฝรั่งเศส บางครั้ง อาจเรียกผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขว่า “นักสังคมสงเคราะห์” และบทบาทที่ถูกหลอมรวมเข้ากับหน้าที่นั้น สามารถอธิบายได้จากมุมมองสามมิติของผู้ที่เข้ามาช่วยในบ้าน เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางกายภาพ

หรือทางการแพทย์ ซึ่งบางครั้งสามารถช่วยเรียกแพทย์ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลให้มาเยี่ยมที่บ้านได้อย่างง่ายดาย บางครั้งก็มีบทบาทซ้อนกับผู้ช่วยของพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็น “แม่บ้าน” ซึ่งเป็นผู้ดูแลและผู้ประกอบอาชีพอื่น ๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการดูแลทำความสะอาด สุดท้ายมีบทบาทเป็น “นักสังคมสงเคราะห์” คือคนที่เข้าไปช่วยเหลือในบ้าน และเป็นผู้ที่ “ดูแลเอกสารทั้งหมด” ยิ่งไปกว่านั้น เป็นผู้ “จัดการปัญหา” และค้นหาวิธีจัดการกับปัญหา รวมทั้งมีส่วนช่วยให้คลี่คลายสถานการณ์และไม่รู้สึกโดดเดี่ยวอีกต่อไป เมื่อต้องเผชิญกับความยากลำบาก (Frédéric Balard et al, 2016; 6)

ในประเทศไทย มีความจำเป็นที่จะต้องวางแผนจัดการการดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน ด้วยว่าประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) ในปีพ.ศ. 2551 และจะเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2573 (ฉัตรสมุน พฤทธิญาณ, 2558; 151) เทศบาลนครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีภารกิจหน้าที่ต่างๆ ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยเทศบาลนครที่ผู้วิจัยจะศึกษานี้มีศูนย์บริการสาธารณสุข 4 แห่ง เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนในพื้นที่และตอบสนองต่อภารกิจงานที่ได้รับการถ่ายโอนมาจากกระทรวงสาธารณสุข และมีการดำเนินงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับตำบลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัน ดังนั้นการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 4 แห่ง ในกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียง จากภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนจึงทำให้เทศบาลนครแห่งหนึ่งมีการเปิดรับสมัครจิตอาสาภาคประชาชนที่อยู่ในรูปแบบของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver, CG) ที่ได้รับค่าตอบแทน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager, CM) เป็นผู้ดูแลระบบ กำกับ ติดตามการดำเนินงานผู้สูงอายุของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG)

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 เพื่อให้การบริการสาธารณสุขบรรลุเป้าหมาย จึงต้องมีการสำรวจข้อมูลและจำแนกผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อให้สะดวกต่อการดำเนินงานผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มของผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน มักจะเป็นผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ในบางเรื่อง ต้องการการช่วยเหลือ

บางส่วน อาจมีโรคเรื้อรัง และโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่วนกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียง มักจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคประจำตัวหลายโรค มีโรคแทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager, CM)

โดยที่การประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุแต่ละราย และประเมินความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุข และจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น จากนั้นจะทำการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) เช่น ทำการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สังเกตพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การทำแผลเบื้องต้น การแนะนำการดูแลสุขภาพให้แก่ญาติผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมไปถึงการส่งต่อผู้สูงอายุกรณีพบว่ามีความเสี่ยง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2559: 8)

จากการศึกษา ทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นสำคัญที่มีความสอดคล้องกันในการจัดบริการและการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข ตลอดจนความร่วมมือในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานพยาบาลต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาผลการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการบริหารงานในศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงานผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ (In-depth Interview) เป็นเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์มีจำนวน 2 ชุด โดยแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 ใช้สัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานผู้สูงอายุและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และแบบสัมภาษณ์

ชุดที่ 2 ใช้สัมภาษณ์ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) โดยจะแตกต่างกันออกไปทั้ง 2 กลุ่ม เนื่องจากบทบาทหน้าที่ ขอบเขตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ใบรับรอง COA. NO. MUPH 2018-159

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ศึกษาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขกับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง

ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานประสบการณ์ทำงาน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 24 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-54 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมามีอายุระหว่าง 45-49 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมาระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 95.8 รองลงมาตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 20-24 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมา 6-9 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8

ผลการศึกษาระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุ จากการศึกษาการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่า การจัดโครงการ/กิจกรรม ที่ส่งเสริมความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสนับสนุน สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ การให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การให้บริการรักษาพยาบาล จ่ายยา/เวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ การสนับสนุน จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามจำเป็น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 2.87$) และการให้คำปรึกษาทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.20$)

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข ในส่วนบุคลากรสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข (Care manager, CM) (n=24)

รายการสัมภาษณ์	ผลการดำเนินงาน			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	การแปลผล
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ				
1. โครงการ/กิจกรรม ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ	-	20.8	79.2	สูง
2. การจัดโครงการ/กิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	-	12.5	87.5	สูง
3. ผู้สูงอายุได้รับให้คำปรึกษาทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต	29.2	20.8	50.0	สูง
4. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต	16.7	20.8	62.5	สูง
5. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	-	29.2	70.8	สูง
6. ส่งเสริม สนับสนุน สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน	-	12.5	87.5	สูง
ด้านการป้องกันโรค				
7. การสนับสนุนวัคซีนจำเป็นขั้นพื้นฐาน	8.3	16.7	75.0	สูง
ด้านการรักษาพยาบาล				
8. ระบบส่งต่อผู้สูงอายุกรณีฉุกเฉิน	4.2	16.7	79.2	สูง
9. การให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	-	12.5	87.5	สูง
10. การให้บริการรักษาพยาบาล จ่ายยา/เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็น	-	12.5	87.5	สูง
ด้านการฟื้นฟูสภาพ				
11. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เพื่อชะลอความเสี่ยงของร่างกายผู้สูงอายุ	-	25.0	75.0	สูง
12. การสนับสนุน จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามจำเป็น	-	12.5	87.5	สูง

รายการสัมภาษณ์	ผลการดำเนินงาน			การแปลผล
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
13. การปรับปรุงสภาพบ้านให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ	12.5	16.7	70.8	สูง
14. การจัดตั้งและดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	-	25.0	75.0	สูง

จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมแบบเจาะจง จำนวน 7 คน ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข สรุปได้ดังต่อไปนี้

ด้านการวางแผนงานผู้สูงอายุ พบว่ามีการจัดตั้งคณะทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร โดยประกอบด้วยคณะผู้บริหาร คณะทำงานผู้สูงอายุ ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และภาคเครือข่าย มีการจัดประชุมประชาคม เพื่อข้อมูลที่สำรวจข้อมูล ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาวางแผนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของประชาชน ซึ่งการวางแผนจะสามารถบ่งบอกได้ถึงผลการดำเนินงาน โดยการวางแผนในแต่ละครั้งจะมีการรวบรวมปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานในครั้งที่ผ่านมา เพื่อนำมาปรับให้เหมาะสม และจัดทำโครงการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ โครงการสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง โดยเริ่มจากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง เพื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมิน ADL TAI และจัดกลุ่มบริการ จำแนกตามความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แล้วนำมาจัดทำแผนการดูแลสุขภาพ คือ Care plan และต้องสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ตามความเหมาะสม อีกทั้งควรมีการพัฒนาความรู้ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การจัดการองค์กร พบว่า มีการกำหนดโครงสร้าง แบ่งงาน และกำหนดขอบเขตหน้าที่ในการดำเนินงานอย่างชัดเจน ตามความรู้ความสามารถที่มีอยู่ โดยแต่ละศูนย์บริการจะมี Care manager และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในการดำเนินงานผู้สูงอายุให้สำเร็จคล่องตามแผนที่วางไว้ รวมถึงมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานหรือการส่งมอบงานที่ค่อนข้างเป็นระบบ ในขณะที่เจ้าของงานไม่สามารถปฏิบัติงานได้ เจ้าหน้าที่อื่นสามารถปฏิบัติงานต่อเนื่องได้เลย และมีการแต่งตั้งภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ศูนย์เพื่อกำหนดขอบเขตการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ได้รับการดูแลอย่าง

ครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถติดตามผลการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และเบิกจ่ายงบประมาณให้แก่ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ศูนย์ผ่านคุณชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ศูนย์ภายใต้หลักเกณฑ์และกฎหมายที่ได้จัดทำไว้

การบังคับบัญชา พบว่า การบังคับบัญชาจะอยู่ในรูปแบบของการสั่งงาน โดยที่ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานตามคำสั่งให้สำเร็จลุล่วง หากพบปัญหาอุปสรรค ผู้ใต้บังคับบัญชาก็จะรายงานต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อแก้ไข ปรับปรุงต่อไป

การประสานงาน พบว่า มีการประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุสำเร็จลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น และได้รับการติดต่อประสานงานจากภาคประชาชนและภาคเอกชนในการรับมอบหมายของบริจาค เช่น Walker 3 ขา ไม้เท้า แพนเพิส และอื่นๆ เพื่อส่งมอบให้กับคนไข้ติดบ้านติดเตียงที่ยากไร้ไม่มีญาติดูแล

การควบคุมการดำเนินงานผู้สูงอายุ พบว่า มีการกำหนดตัวชี้วัด ระเบียบ ข้อบังคับ กฎเกณฑ์ต่างๆ ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ และการติดตามผลการดำเนินงานผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เพื่อปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่มากที่สุด

ส่วนที่ 2 ศึกษาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) กับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง

ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติการและอาชีพหลักกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 57 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0 และเพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.0 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 45-49 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 ตามลำดับ ระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับปริญญาตรี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 22.8 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-4 ปี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และอาชีพหลักของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) ได้แก่ รับจ้างทั่วไป จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 และ อื่นๆ เช่น ข้าราชการบำนาญ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1

ผลการศึกษา จากการวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ในเขตเทศบาลนคร ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาแยก

ข้อ พบว่าการสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งรายงานให้ญาติและเจ้าหน้าที่ทราบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.00$) รองลงมาคือการส่งต่อผู้สูงอายุที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉินการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบส่งต่อที่ถูกต้องและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x} = 2.98$) การแนะนำการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุในการเตรียม ปูรงอาหาร ประกอบอาหาร พร้อมทั้งการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.50$)

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินงานผู้สูงอายุของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) ในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง (n=57)

รายการสัมภาษณ์	ผลการดำเนินงาน			การแปลผล
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
1. การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	1.8	5.3	93.0	สูง
2. การสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ	-	-	100.0	สูง
3. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามความเหมาะสม	-	3.5	96.5	สูง
4. การจัดบันทึกการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ	1.8	3.5	94.7	สูง
5. การแนะนำการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุในการเตรียม ปูรงอาหาร ประกอบอาหาร พร้อมทั้งการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ	19.3	3.5	94.7	สูง
6. การจัดเก็บสิ่งปฏิกูลมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุและระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหาร	12.3	10.5	77.2	สูง
7. การส่งต่อผู้สูงอายุที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉินการเจ็บป่วยตามระบบส่งต่อที่ถูกต้อง	-	1.8 (1)	98.2	สูง
8. การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ	-	1.8 (1)	98.2	สูง

ในส่วนของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) เกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข ได้มีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม จำนวน 7 คน สรุปได้ดังนี้

1) บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) เกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จะมีการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบของตนเองแล้วจดรายชื่อ ส่งให้ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ลงพื้นที่ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) การประเมินสภาวะผู้สูงอายุ (Typology of Age with Illustration) และการจัดกลุ่มบริการทั้ง 4 กลุ่ม และลงเยี่ยมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบตามแผนการเยี่ยมผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) กำหนดให้และจดบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มตามที่ได้รับมอบหมาย ในการลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จะเป็นการทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ ทีมสหวิชาชีพ คณะผู้บริหาร รวมถึงองค์กรภายนอก หรือถ้าหากผู้สูงอายุรายใดที่สามารถลงเยี่ยมเองได้ ก็ลงเยี่ยมติดตามอาการตามบทบาทหน้าที่ หากพบปัญหา อุปสรรค ก็ทำการจดบันทึกข้อมูลและรายงานให้บุคลากรสาธารณสุขรับทราบหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ต่อไป ดังผลการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ในแต่ละปีจะมีสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ก็ CG จะได้รับข่าวสารแจ้งจาก อสม. หรือคนในชุมชนว่ามีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นมาในชุมชน เราก็จะเข้าไปพูดคุยสอบถามอาการเบื้องต้น แล้วแจ้งรายละเอียดในเจ้าหน้าที่ที่ศูนย์เพื่อลงเยี่ยมประเมินอาการผู้สูงอายุต่อไป”

“การลงเยี่ยมประเมินผู้สูงอายุในชุมชน บางครั้งเป็นการลงเยี่ยมแบบสหวิชาชีพ และมีผู้บริหาร หน่วยงานภายนอก เช่น โตโยต้า มาลงเยี่ยมเพื่อมอบของให้แก่ญาติและผู้สูงอายุเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ”

“ทุกครั้งทีลงเยี่ยมคนไข้ติดบ้าน ติดเตียง เราก็จะมีการจดบันทึกข้อมูล และประเมินคนไข้เบื้องต้นทุกครั้งว่ามีอาการดีบ้างมั้ย มีอาการผิดปกติอะไรเพิ่มเติมหรือเปล่า เพื่อรายงานให้กับหมอที่เทศบาลต่อไป”

2) การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนทำอะไรบ้าง

การดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารให้เหมาะสม การนอนหลับ การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะ การ

ดูแลแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัวสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง การให้คำแนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง กายภาพบำบัดเบื้องต้น แนะนำการใช้อุปกรณ์ เช่น การใช้ไม้เท้า เป็นต้น การนวดบรรเทาอาการปวดเมื่อย การจัดการสิ่งปฏิกูลมูลฝอย ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและบริเวณบ้านให้เหมาะสมกับตัวผู้สูงอายุ แนะนำด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและวิธีการที่ส่งต่อกรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือการป่วย บาดเจ็บตามระบบการส่งต่อถูกต้อง รวมไปถึงการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ดังผลการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ผู้ป่วยอายุ 72 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันกับเบาหวาน ลื่นล้มในห้องน้ำทำให้แขนขาข้างขวาใช้งานไม่ได้ กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่มีญาติลูกหลานดูแล ทำให้อาการไม่ดีขึ้น เกิดเป็นแผลกดทับเลยไปล้างแผลให้ทุกวันร่วมเดือน พร้อมกับทำกายภาพบำบัดตามข้อมือ ข้อเท้า ตอนนี้แผลกดทับหายดีขึ้น เริ่มขยับปลายมือปลายเท้าได้”

“ผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชนบางคนไม่มีญาติพี่น้องดูแล เวลาที่คนไข้ถึงเวลาที่หมอนัดหรือรับยา เราก็จะเป็นคนพาไป แต่ถ้าแค่รับยาอย่างเดียวเราก็จะไปปรับให้ตลอด”

“คนไข้บางคนเป็นอัมพฤกษ์ เราก็จะแนะนำการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือตัวเอง แนะนำการกายภาพบำบัด เวลาเราไปแกก็จะชอบในรณวดให้ นวดไปด้วยพูดคุยกันไปด้วย ตอนนี้เริ่มลุกขึ้นนั่งได้บ้างแล้ว แต่ยังใช้อุปกรณ์ช่วยอยู่”

“ถ้าผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีญาติดูแลอยู่ เราก็จะช่วยแนะนำญาติ ในการพลิกตะแคงตัวป้องกันแผลกดทับทุก 2 ชั่วโมง การจัดการเช็ดทำความสะอาดกรณีมีแผลกดทับ แนะนำเรื่องการกินยาตามแพทย์สั่ง การรับประทานอาหารให้เหมาะสมตามโรคประจำตัว ช่วยกันกับญาติทำกายภาพบำบัดการยกแขนยกขา”

“การดูแลสภาพแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ รวมถึงการพูดให้กำลังใจคนไข้และญาติไม่ให้ท้อแท้”

3) การได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่และหน่วยงานภายนอก

มีการได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่และชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมถึงมีระบบการส่งต่อระหว่างชุมชนและโรงพยาบาลที่ดีด้วย หากเกิดปัญหาระหว่างการปฏิบัติหน้าสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้โดยตรงและปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้รวดเร็ว ดังผลสัมภาษณ์ดังนี้

“ถ้าคนไข้ในชุมชนอาการไม่ดี เราก็จะรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เทศบาลให้รับทราบ ถ้าหากด่วนเราก็จะโทร 1669 ให้รถโรงพยาบาลมารับเลย”

4) ความภาคภูมิใจในการทำงาน

นอกจากการปฏิบัติตามนโยบายที่ได้รับการถ่ายโอนมาจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ไม่ได้มีเพียงแค่พัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ การร่างกฎหมายให้รองรับกับการดำเนินงานและการดูแลให้ผู้สูงอายุมีอาการหรือสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นเท่านั้น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) ยังได้รับการตอบแทนในรูปของค่าชมและการยอมรับนับถือ ทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) มีขวัญกำลังใจสามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นรางวัลอีกรูปแบบหนึ่งที่สร้างพลังในการทำงานได้ ดังผลสัมภาษณ์ดังนี้

“การคนไข้นอนติดเตียง ลูกไม่ขึ้น เราก็ก้าวเข้าไปดูแล แนะนำญาติคนไข้ว่าต้องทำแบบไหน แล้วก็ดูเขาทำ คอยช่วยเหลือเขา จนอาการคนไข้ดีขึ้นเรื่อยๆ”

“ตอนก่อนที่ทำงานเป็น อสม. ตั้งแต่ยังไม่ได้รับเงินเดือน พอมาสมัครเป็น CG ก็มีค่าตอบแทน เราก็กู้ค่าตอบแทนนั้นเป็นค่าน้ำมันในการออกเยี่ยมคนไข้ติดบ้านติดเตียง แม้ว่าจะไม่มีเรื่องค่าตอบแทนเข้ามาเราก็กินใจจะทำงานนี้ด้วยใจ”

“เราทำตรงนี้ด้วยใจรัก ไม่รังเกียจคนไข้ เช็ดขี้ เช็ดเยี่ยว เช็ดตัวให้”

“ประทับใจคนไข้ติดบ้านคนหนึ่ง แก่ไม่มีกำลังใจในการมีชีวิตต่อ เนื่องจากแกสูญเสียลูกชายที่เป็นเสาหลักของบ้าน เราก็ก้าวมาหาดูแลแกบ่อย หยอกเย้าแกเล่น ให้กำลังใจแกบ่อยๆ ไปวัดความดัน แนะนำการกินข้าว กินยา วันไหนไม่ไปหาแก แกก็จะบ่นกับคนข้างบ้านประจำ ตอนนี้อย่างไรก็กลับมาใช้ชีวิตด้วยตัวเองได้แล้ว”

5) ปัญหา อุปสรรคและประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

การดำเนินงานผู้สูงอายุ มีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง หากมีการแก้ไข ส่งเสริม สนับสนุนอย่างเหมาะสมก็จะส่งผลให้การดำเนินงานผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการได้รับความร่วมมือ การประสานงาน การสนับสนุนงบประมาณ รวมถึงการพัฒนาความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและการสนับสนุนเครื่องมือที่เพียงพอในการทำงาน ดังผลสัมภาษณ์ดังนี้

“บางทีจะติดขัดเรื่องการเบิกอุปกรณ์ทำแผล เพราะเราต้องไปขอตาม PCU. ที่เป็นเจ้าของพื้นที่เวลาไปขอก็ต้องรอนานพอสมควร เวลาเรารีบๆ เราก็กินใจตัวเองสะดวกกว่า”

“ญาติคนไข้บางคนก็ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เวลาที่เราเข้าไปดูแลตรงนั้น เขาก็จะคิดว่ามันเป็นหน้าที่ของเรา ไม่ใช่หน้าที่ญาติ เวลาที่เราแนะนำเขาก็ไม่ค่อยปฏิบัติตามเท่าไรจะรอเราเขาไปเยี่ยมอย่างเดียว”

“คนไข้ยากไร้บางคนก็ไม่มีอันจะกินเลย เวลาที่ไปเยี่ยมเราก็ซื้อของกิน ของใช้เข้าไปให้แกทุกครั้ง พอมีเงินค่าดูแลเข้าตรงนี้ก็พอทุนไปได้บ้าง แต่บางทีก็ไม่เพียงพอเพราะสงสารคนไข้”

การอภิปรายผล

ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง

1. จากผลการวิจัย ความสัมพันธ์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงานกับการดำเนินงานผู้สูงอายุของผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง พบว่า บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50-54 ปี ระดับการศึกษาสูงส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปริญญาตรี ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุขและระยะเวลาการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ที่ 20-24 ปี

ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งจากการสัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) พบว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้และความเข้าใจ รวมถึงบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามแผนงานที่วางไว้ รวมถึงมีการนำข้อมูลที่สำรวจ รวมถึงปัญหา อุปสรรค มาวางแผนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และมีการรายงานผู้บังคับบัญชาและติดตามประเมินผลงานตนเองเพื่อพัฒนางานผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ซึ่งบ่งบอกได้ถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Faye L. Hagerling (2558) ศึกษาเรื่องทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะผิดปกติทางจิต พบว่าประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะทางจิตผิดปกติ ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางจิต ระยะเวลาและการสนับสนุนด้านงบประมาณ เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางจิต และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Elaina r. tate (2557) เรื่องการจัดการการดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ออกแบบเพื่อรับรองกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพควรได้รับการอบรมความรู้และฝึกฝนอย่างพอเพียงในการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมกับมีการวางระบบการบริหารจัดการอย่างมีระบบจึงจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุลดลง และเมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง ได้แก่ การจัดโครงการ/กิจกรรม ที่ส่งเสริมความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ การส่งเสริม สนับสนุน สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ การให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การให้บริการรักษาพยาบาล จ่ายยา/เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ การสนับสนุน จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามจำเป็น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=2.87$) ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลนครแห่งหนึ่งได้รับงบประมาณการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครแห่งหนึ่ง ในการจัดทำโครงการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน และการให้คำปรึกษาทั้งทางด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.20$) เมื่อพิจารณาด้านการให้คำปรึกษาทั้งด้านสุขภาพจิต จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) พบว่า บุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (CG) ยังมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการให้คำปรึกษาในเชิงลึกด้านสุขภาพจิตต่อผู้สูงอายุที่มารับคำปรึกษา รวมไปถึงการให้คำปรึกษาญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ดิดเตียง จึงทำให้ทุกครั้ง ที่มีการลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้าน ดิดเตียง ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตด้วย จึงต้องมีการประสานงานนักจิตวิทยาที่เป็นภาคีเครือข่ายในการลงพื้นที่ทุกครั้ง

2.จากผลการวิจัย ความสัมพันธ์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติการและอาชีพหลัก กับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง พบว่าผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มากกว่าครึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50-59 ปี มีระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด คือ ระดับ ประถมศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยอยู่ที่ 1-4 ปี อาชีพหลักของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) คือ รับจ้างทั่วไป

ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง จากการสัมภาษณ์ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) พบว่า การดำเนินงานผู้สูงอายุมีการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุชุมชนส่งให้ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ลงพื้นที่ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) การประเมินสภาวะผู้สูงอายุ (Typology of Age with Illustration) และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ตามที่กรมอนามัยได้กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์และเพชรฯ ชวนะพันธุ์ (2559) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อประเมินทักษะความรู้พบว่ามิตีด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย สังคมและสิ่งแวดล้อมคะแนนอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80 เมื่อพิจารณาระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง แยกเป็นรายด้านแล้วพบว่า การสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งรายงานให้ญาติและเจ้าหน้าที่ทราบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=3.00$) ซึ่งมีความสัมพันธ์สูงกับคุณลักษณะส่วนบุคคลมากกว่าด้านอื่นๆ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จะมีการสังเกตพฤติกรรมความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบโดยอาศัยความรู้ที่ได้รับการอบรมและมีการรายงานผลต่อผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เพื่อปรับปรุงแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ji Yeon Park and Kyung Ja June (2554) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องสุขภาพเชิงหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชนบท พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของการทำงานเท่ากับ 6.66 ± 3.31 การคำนวณมีค่าเท่ากับ 3.52 ± 1.76 และความเข้าใจเท่ากับ 3.41 ± 2.10 จากกลุ่มตัวอย่าง 39.1% มีคะแนนต่ำกว่าค่ามัธยฐาน ในผลลัพธ์ของการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เรื่องสุขภาพการทำงานคือความรู้พื้นฐานอายุ จำนวนโรคเรื้อรัง สถานะสุขภาพที่รายงานด้วยตนเอง ปัจจัยเหล่านี้คิดเป็น 33.0% ของความรู้เรื่องสุขภาพ ซึ่งทำให้การที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) สามารถสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุได้มากขึ้นส่งผลจากการอาศัยประสบการณ์ในการทำงานและได้จากการฝึกฝน อบรมจากเจ้าหน้าที่ รองลงมาการส่งต่อผู้สูงอายุที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉิน การเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบส่งต่อที่ถูกต้องและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=2.98$) จากการสัมภาษณ์ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) พบว่า การดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชนต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจรวมถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารให้เหมาะสม การนอนหลับ การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะ การดูแลแผลกดทับ การให้คำแนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและบริเวณบ้านให้เหมาะสมกับตัวผู้สูงอายุ และวิธีการที่ส่งต่อกรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือการป่วย บาดเจ็บตามระบบการส่งต่อถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนายประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์ (2559) เรื่องการศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 87.50 แต่เป็นที่สังเกตว่าการแนะนำการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุในการเตรียม

ปรุงอาหาร ประกอบอาหาร พร้อมทั้งการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.50$) เมื่อพิจารณาด้านการแนะนำการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุในการเตรียม ปรุงอาหาร ประกอบอาหาร พร้อมทั้งการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ จากการสัมภาษณ์ผู้ช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มักจะเพียงแนะนำการประกอบอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม ให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงเท่านั้น เพราะด้วยเศรษฐกิจของบ้านแต่ละหลังไม่ เท่ากัน รวมถึงบางครั้ง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะทำงานนอกบ้านมักจะซื้ออาหารเข้ามาให้ ผู้สูงอายุหรือจ้างบุคคลภายนอกเข้ามาดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้ซึ่งไม่สามารถเลือกซื้ออาหารเองได้ รวมถึงการไม่มีความรู้ในการเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของณปัทม์ สิงห์เลื่อน (2561) เรื่องกิจกรรมการดูแล แรงจูงใจในการดูแล และความพึง พอใจในงานของผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.4 ไม่ได้ผ่านการเตรียมความรู้จากหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทางด้านร่างกายประกอบด้วย กิจกรรมด้านกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 8.17 กิจกรรม กิจกรรมการดูแล เฉพาะเฉลี่ย 6.50 กิจกรรม กิจกรรมทางด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านสังคม และสอดคล้องการทฤษฎี ของ A. Eertmans, et al (2001) กล่าวว่า พฤติกรรมการกินของมนุษย์ การเลือกอาหารเพื่อการ บริโภค ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในบุคคล เช่น ความชอบอาหาร ประสาทสัมผัส และ ปัจจัยภายนอก เช่น บริบททางสังคม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลให้เกิด การบริโภคอาหารเกิดขึ้นและมีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการกำหนดนโยบาย การพัฒนาศักยภาพของผู้ ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ด้านการทำงานผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการสร้างความพร้อมใน ด้านการปฏิบัติงานและความเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านดูแลสุขภาพ ตลอดจนการสร้าง confianza และความเชื่อมั่นให้ประชาชนมีต่อผู้ช่วยเหลือนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ให้มากขึ้น เพื่อเป็นขวัญ และกำลังใจให้ผู้ช่วยเหลือนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- ฉัตรสมน พุฒินิธิโย. (2558) การทบทวนกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุ สู่การจัดการสุขภาพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 1(2) พฤษภาคม-สิงหาคม: 151
- ณปัทม์ สิงห์เลื่อน. (2561). ศึกษาเรื่องกิจกรรมการดูแล แรงจูงใจในการดูแล และความพึงพอใจในงานของ ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง: วารสารสมาการพยาบาล ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน หน้า 99.

- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์และเพชร ชวนะพันธุ์. (2559). ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, หน้า 30-37.
- ประสิทธิ์ พิริยะไพฑูรย์. (2559). การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุน และส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ พ.ศ. 2560
- Clive Bowman, Malcolm Johnson, David Venables, Chris Foote, Robert L Kane. Geriatric care in the United Kingdom: aligning services to needs. *BMJ*. 1999 Oct 23; 319(7217): 1119–1122. doi: 10.1136/bmj.319.7217.1119)
- Elaina Tate. (2014). How Does Geriatric Care Management Affect Health Outcomes of Geriatric Patients in Hospitals. *Pace University, Dyson College of Arts and Sciences*, p. 3-4.
- Faye L. Hagerling. (2015). Nurse attitudes toward caring for older patients with delirium. *Colorado State University*, p.2.
- Frédéric Balard, Marie-Christine Gely-Nargeot, Aline Corvol, Olivier Saint-Jean and Dominique. (2016) Somme Case management for the elderly with complex needs: cross-linking the views of their role held by elderly people, their informal caregivers and the case managers. *BMC Health Services Research*, 16:635. DOI 10.1186/s12913-016-1892-6
- Hirakawa, Yoshihisa. (2016). Care manager as a medical information source for elderly people. *Medical Research Archives*, [S.L.], v. 4, n. 5, sep. 2016. ISSN 2375-1924. Available at: <<https://esmed.org/MRA/mra/article/view/674>>.
- Ji Yeon Park and Kyung Ja June. (2011). Influencing Factors on Functional Health Literacy among the Rural Elderly. *J Korean Acad Community Health Nurs* Vol. 22 (1), 75-85; 75
- Kane RL. Managed care as a vehicle for delivering more effective chronic care for older persons. *J Am Ger Soc*. 1998;46:1034–1039. [PubMed]]
- Robinson R, Steiner A. Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service. Milton Keynes: Open University Press; 1998