

สถานการณ์ ปัญหาและแนวทางการพัฒนาธุรกิจบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535

Situation, Obstacle problems, and mechanical development of Elderly
Care Services at Home Business According to the Public Health Act B.E.2535

ศิริพร ดวงสวัสดิ์¹ เกษม เวชสุทธานนท์¹ กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์² วรวิทย์ ใจเมือง¹

บทคัดย่อ

“การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามมาตรา 31 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข 2535 แต่ปัจจุบันยังไม่สามารถนำไปสู่การบังคับใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาอุปสรรค (2) พัฒนากลไกการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดนใช้การวิจัยแบบผสมผสาน ในพื้นที่ศึกษากรุงเทพมหานคร โดยสำรวจข้อมูลผู้ประกอบการและผู้รับบริการด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาร่วมกับสนทนากลุ่มผู้ประกอบการและกลุ่มพนักงานดูแลผู้สูงอายุ สัมภาษณ์เจาะลึกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นคืนข้อมูลด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พิทักษ์สิทธิอาสาสมัครโดยขอรับรองจริยธรรมการวิจัย ผลการศึกษาส่วนของผู้ประกอบการพบประเด็น ดังนี้ ด้านคุณสมบัติ ไม่มีผลการตรวจสุขภาพจิต (ร้อยละ 63.3) ด้านการปฏิบัติ รับพนักงานฯ ที่มีคุณวุฒิต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 20) และมีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 20) ไม่ตรวจสุขภาพหรือประเมินสุขภาพกาย (ร้อยละ 50) และสุขภาพจิตพนักงานฯ (ร้อยละ 86.7) ไม่ติดตามรายงานผลการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 23.4) ผลการศึกษาส่วนของพนักงานฯ พบประเด็น ดังนี้ ด้านคุณสมบัติละเอียดต่อการฝึกอบรมให้มีคุณสมบัติตรงตามกฎหมายกำหนด และไม่มีการตรวจสุขภาพกายและสุขภาพจิต ไม่มีการทำสัญญาจ้างระหว่างผู้ประกอบการและผู้รับบริการ (ร้อยละ 44) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เสนอให้มีการพัฒนาหลักสูตรให้เป็นหลักสูตรเดียว และการจดทะเบียนธุรกิจให้ผ่านความเห็นชอบหรือตรวจสอบคุณสมบัติจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อน

¹ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

² วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข้อเสนอแนะทางพัฒนาโลกที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1. พัฒนาสถานประกอบการ (5 กลไก) 2. พัฒนาพนักงานดูแลผู้สูงอายุ (3 กลไก) 3. พัฒนาผู้รับบริการ (3 กลไก) 4. พัฒนาหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (5 กลไก) และ 5. พัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (4 กลไก)

คำสำคัญ: ธุรกิจบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน, พระราชบัญญัติการสาธารณสุข 2535, คำแนะนำคณะกรรมการสาธารณสุขฯ

บทนำ

การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged Society)

เป็นปรากฏการณ์ทางประชากรและสังคมที่กำลังเกิดขึ้นทั่วโลก

โดยจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าหรือประมาณ 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา

มีแนวโน้มขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุในสังคม

สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) ตั้งแต่ปี 2548 โดยมีสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมดหรือราวๆ 11 ล้านคน ซึ่งถือได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)

และจะก้าวกระโดดถึง 14.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 หรือร้อยละ 27 ของพลเมืองทั้งประเทศ²

อย่างไรก็ตามการมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกลับไม่ได้สะท้อนถึงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุเสมอไป

เพราะผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงเผชิญหน้ากับภาวะพึ่งพาและต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ด้วยเหตุนี้ “สถานบริการผู้สูงอายุหรือการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน”

จึงเป็นธุรกิจสุขภาพที่สามารถตอบโจทย์ความต้องการของครอบครัวไทยในปัจจุบันได้เป็นอย่างดี

ในทางกลับกันยังคงพบความผิดพลาดในการให้เหตุผลของพนักงานดูแลผู้สูงอายุ ที่ยังคงปรากฏเห็นได้จากสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศให้

“การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามมาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และได้ออกคำแนะนำจากคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านขึ้นในปี พ.ศ.2553³

เพื่อเป็นประโยชน์แก่ราชการส่วนท้องถิ่นในการออกข้อกำหนดของท้องถิ่นเพื่อควบคุม กำกับ

ดูแลผู้ประกอบการและพนักงานดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ

แต่ในปัจจุบันยังไม่สามารถนำข้อเสนอแนะมาลงสู่การปฏิบัติหรือบังคับใช้ในท้องถิ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม จากช่องว่างของสถานการณ์ดังกล่าว จึงเป็นที่มาของงานวิจัยเพื่อแสวงหาแนวทางพัฒนาโลกธุรกิจผู้สูงอายุที่บ้านในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาอุปสรรค (2) พัฒนากลไกการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีมาตรฐาน ของผู้สูงอายุในสังคมไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ที่บูรณาการระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากกลุ่มประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย (1) ผู้ประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (2) พนักงานดูแลผู้สูงอายุ (3) ผู้รับบริการ (4) เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข EC รหัสโครงการที่ 242

การวิจัยเชิงปริมาณ: เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อสำรวจแบบแผนการดำเนินงานของผู้ประกอบการ (30 ราย) ด้วยการเลือกแบบเจาะจงจากจากฐานข้อมูลและโอกาสการมีส่วนร่วม และประสบการณ์ของผู้รับบริการ (50 ราย) ที่ยินดีตอบแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากทีมวิจัยด้วยความสมัครใจ แบบสอบถามประกอบไปด้วยข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ

การวิจัยเชิงคุณภาพ:

เป็นการเก็บข้อมูลระดับลึกจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากลไกในลำดับต่อไป ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้ประกอบการ (10 ราย) กลุ่มพนักงานดูแลผู้สูงอายุ (จำนวน 50 ราย) และ สัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานราชการที่ควบคุมและกำกับนโยบาย (10 ราย) ข้อมูลที่ได้ถอดเทปและเรียงพิมพ์ จากนั้นจัดลำดับความสำคัญ แล้วจึงเรียบเรียงและวิเคราะห์ (Content analysis) โดยอาศัยคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก และวิเคราะห์ระบบ (System Analysis) ด้วยกระบวนการเชิงคุณภาพ

การจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้:

เป็นขั้นตอนการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกภาคส่วน
ทีมวิจัยได้จัดเวทีประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นที่ได้จากการเก็บข้อมูล
จากนั้นร่วมกันวิพากษ์ผลการศึกษา และแสวงหาแนวทางและมาตรการในเชิงปฏิบัติในการติดตาม
ควบคุมและพัฒนาเครือข่ายการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคในมุมมองของผู้ประกอบการ

1.1 ด้านคุณสมบัติ ผู้ประกอบการธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) โคนส่วนใหญ่นิยมจดทะเบียนในลักษณะนิติบุคคล (ร้อยละ 86.7) และจดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ (ร้อยละ 83.3) ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีประสบการณ์ดำเนินกิจการมากกว่า 3 ปี โดยร้อยละ 96.7 เป็นผู้ดำเนินการหรือปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการเอง ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 60) และในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 6.7 เท่านั้น ที่สำเร็จการศึกษาทางด้านการพยาบาลและผดุงครรภ์ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ประมาณร้อยละ 13.3 ยังไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ มีผลการตรวจสุขภาพกาย ร้อยละ 90 มีผลการตรวจสุขภาพจิต ร้อยละ 36.7

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้ให้รายละเอียดระดับลึกถึงเงื่อนไขที่ส่งผลต่อช่องว่างของการดำเนินงาน อันเป็นผลมาจากการประสานงาน การตรวจสอบ และการส่งต่อข้อมูลของหน่วยงานที่รับผิดชอบตามพันธกิจและหน้าที่หลัก เช่นการขึ้นทะเบียนธุรกิจการค้าจะไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลการศึกษาหรือประสบการณ์ของพนักงานได้ ดังคำกล่าวที่ว่า **“รู้ว่าต้องตรวจสุขภาพนะ แต่ตอนไปยื่นจดทะเบียน เขาไม่ได้ขอตรงนี้นะ มีแค่บัตรประชาชน”** นอกจากนี้ตัวพนักงานให้ความสำคัญกับประสบการณ์มากกว่าหลักฐานทางการศึกษา **“คือพื้นฐานมันไม่พออยู่แล้ว..แต่พื้นฐานคือเรามีประสบการณ์การดูแลมาแล้ว”** อย่างไรก็ตาม การเข้าเรียนเพิ่มเติมเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ถือเป็นความตระหนักในตัวพนักงาน หากแต่เงื่อนไขของการทำงานที่ไม่สอดคล้องกับช่วงเวลาที่เปิดอบรม ทำให้พนักงานส่วนใหญ่ไม่มีเวลาและไม่สามารถเพิ่มพูนความรู้ผ่านระบบได้ **“ก็ไปสมัครเรียนกับโรงเรียนบริหาร หรือถ้ามีเปิดอบรมระยะสั้น 2-3 วัน ก็ไปนะ เพราะเรายังใหม่อยู่”** ขณะที่บางรายระบุว่าจากข้อกำหนดที่มุ่งให้พนักงานผ่านการอบรมนั้น อาจเปรียบไม่ได้กับประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริงที่ผ่านมา หรือไม่มีผลโดยตรงกับทักษะด้านหัตถการหรือความเชี่ยวชาญที่เพิ่มขึ้น

หากแต่เป็นเพียงองค์ประกอบเสริมสร้างโอกาสในการทำงานและเป็นช่องทางในการเพิ่มค่าแรง

“ส่วนใหญ่เป็นคนดูแลอยู่แล้ว แล้วไปเรียนเพื่อที่จะได้ใบตรงนี้มาเป็นเหมือนใบเบิกทาง”

ซึ่งข้อกำหนดนี้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับต้นทุนที่พนักงานต้องลงทุนด้วยตัวเองและการขาดโอกาสในการทำงานเนื่องจากต้องลาไปเรียนหรืออบรม

1.2 ด้านการปฏิบัติ

เมื่อพิจารณากรอบแนวทางการควบคุมการประกอบกิจการตามคำแนะนำจากคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง กิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (พ.ศ.2553) พบว่า

ผู้ประกอบการมีรูปแบบและวิธีการดำเนินการเป็นของตัวเอง

บางส่วนมีความสอดคล้องกับคำแนะนำคณะกรรมการสาธารณสุขฯ เช่น ร้อยละ 96.7

มีระบบการติดตามประเมินและตรวจสอบการปฏิบัติงาน มีการเชื่อมโยงระบบเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุ ในกรณีฉุกเฉิน (ร้อยละ 80) และมีกลไกเสริมสร้างความรู้ให้กับพนักงานผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้ระหว่างปฏิบัติงานร่วมด้วย (ร้อยละ 80) อย่างไรก็ตามประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับทิศทางที่ พระราชบัญญัติกำหนด กล่าวคือ ขาดการตรวจสอบและประเมินสุขภาพจิตของพนักงานดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 86.7)

ขาดการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 50) และ

ขาดระบบรายงานผลการปฏิบัติงานเพื่อติดตามและตรวจสอบการให้บริการของพนักงาน (ร้อยละ 23.4)

นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 6.7 ของสถานประกอบการมีการจ้างผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี

เข้ามาประกอบอาชีพพนักงานดูแลผู้สูงอายุ โดยวุฒิการศึกษาและมีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 1 ปี (ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในตารางที่ 1)

ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ สะท้อนให้เห็นว่า

เงื่อนไขที่สถานประกอบการยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมตามที่พระราชบัญญัติเสนอแนะไว้ คือ

พนักงานมีการหมุนเปลี่ยนตลอดเวลาและยากต่อการควบคุม **“เด็กเขาจะชักชวนกันมาต่อๆ จากรุ่นพี่รุ่นน้อง คนเก่าออกไปคนใหม่เข้ามา”**

อีกทั้งแนวคิดที่เชื่อว่าประสบการณ์เป็นเครื่องพิสูจน์และมีความหมายมากกว่าประกาศนียบัตร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ของเราไม่ได้ดูว่าต้องมีใบอะไร คือมีก็ได้ไม่มีก็ได้ แต่ว่าต้องมาทดสอบให้ผ่านมาตรฐานของที่เรารู้สึกได้ว่า”

หรือบางสถานประกอบการอาจมีกลไกการจัดฝึกอบรมจากสถานประกอบการของตัวเอง

“พนักงานของพี่จะอบรมเองฝึกที่บ้าน ก่อนจะปล่อยเคส” หรือให้คำแนะนำสถานที่ฝึกอบรมให้

แต่พนักงานเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายในการอบรมด้วยตัวเอง **“พี่ไม่ได้ส่ง แต่จะแนะนำให้เด็กเขาไปอบรมเอง**

เพราะเราไม่มีเวลาหาให้”

นอกจากนั้นในกรณีผู้ประกอบการบางรายที่มีความรู้ด้านการพยาบาลจะใช้กระบวนการสังเกตสุขภาพทางกายและ

จิตใจด้วยตัวเอง ทดแทนการส่งตรวจยืนยันจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ **“คือเรามีประสบการณ์”**

มองดูก็รู้แล้ว เบาหวานความดันไม่เอาเลย” “สุขภาพจิตคุยก็รู้ พุดซ้ำๆ ตอบไม่ตรง พุดไม่หยุด จะรู้เลยตอนมาพักกับเราก่อนส่งตัวออก”

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้สถานประกอบการส่วนใหญ่จะยังไม่มีระบบการติดตามผลการปฏิบัติงาน แต่กลไกตามธรรมชาติระหว่างผู้รับบริการและสถานประกอบการจะส่งถึงกันจะถูกรายงานผ่านระบบโทรศัพท์ เพื่อรายงานผลการปฏิบัติงานของพนักงานโดยตรง **“แบบเดี๋ยวนายจ้างเขาก็โทรมาแล้ว ถ้าไม่ดี ทำไมเช็ดกันไม่เป็นเลย แบบนี้ก็มี”** กิจกรรมการติดตามยังคงรวมถึงการเยี่ยมบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดตามด้วยวาจามากกว่าการระบุเป็นเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรม **“พี่มีเยี่ยมติดตาม สามสี่เดือนเยี่ยมที แล้วแต่เส้นทางผ่าน” “รายงานอะไร.. ไม่ได้ให้ทำส่ง ถ้ามีอะไรก็ให้เขาจดไว้ ถือว่าแจ้งแล้วทางโทรศัพท์”**

เหนือสิ่งอื่นใด ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นตัวแทนจากสถานประกอบการ ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการสร้างมาตรฐานทางวิชาชีพ แต่ขาดความเชื่อมั่นต่อหน่วยงานภาครัฐ เนื่องจากไม่มีเจ้าภาพหลักที่เป็นจุดเชื่อมโยงข้อมูลหรือให้คำแนะนำเมื่อผู้ประกอบการประสบปัญหา ตลอดจนการออกข้อกฎหมายที่ละเอียดการมีส่วนร่วม เพราะมีผู้ประกอบการเกินกว่าครึ่งจากการสนทนากลุ่มที่ไม่รู้จักประกาศคำแนะนำจากคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (พ.ศ.2553) นี้

“คนออกกฎหมายเขาไม่ได้มีความรู้ในเรื่องของการจัดส่ง...ก่อนจะออกก็ได้สอบถามความเห็น เรายอมรับไม่ได้”

“โดยธรรมชาติ มันมี Structure ของมันอยู่ โดยไม่ต้องมีการควบคุม วันหนึ่งบอกว่าต้องมาควบคุม คือ มันไปแล้ว ผมว่ามันยากเกินไป ยากจะตอบว่าควรเป็นแบบไหน เราอยากให้มีมันดี แต่ปัญหามันซับซ้อน”

“การขึ้นทะเบียนก็น่าจะโอเคหรือมีระบบส่วนกลางแล้วลูกค้าสามารถเช็คได้ว่าผ่านก็โอเค...แต่เจ้าภาพก็ยังไม่ชัดเจน”

ตารางที่ 1 ผลการประเมินตามกรอบแนวทางควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (พ.ศ.2553)

การประเมินการดำเนินงานในปัจจุบัน ตามกรอบแนวทางควบคุมการประกอบกิจการ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (พ.ศ.2553)	สถานประกอบการ (30 แห่ง)	
	ดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ

				๕
ระบบการประเมินสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ	27	90.0	3	10.0
ทะเบียนรับส่งและประวัติพนักงาน	30	100	0	0
ระบบติดตาม	29	96.7	1	3.3
ตรวจสอบควบคุมกำกับการปฏิบัติงานพนักงานอย่างน้อยทุก 3 เดือน				
ระบบการส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน	24	80.0	6	20.0
ระบบการจัดหาผู้ปฏิบัติงานแทนกรณีพนักงานดูแลหยุดงาน	28	93.3	2	6.7
ระบบรายงานผลการดำเนินงานและสามารถเรียกดูได้ตลอดเวลา	23	76.6	7	23.4
ระบบสัญญาจ้างกับผู้รับบริการที่ชัดเจน	28	93.3	2	6.7
การอบรมฟื้นฟูพนักงานดูแลผู้สูงอายุระหว่างปฏิบัติงาน อย่างน้อยทุก 2 ปี หรือศึกษาดูงานการดูแลผู้สูงอายุ	24	80.0	6	20.0
พนักงานดูแลผู้สูงอายุ มีอายุมากกว่า 18 ปี	28	93.3	2	6.7
พนักงานดูแลผู้สูงอายุ มีคุณวุฒิตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้น	24	80.0	6	20.0
พนักงานดูแลผู้สูงอายุ มีประสบการณ์การดูแลไม่น้อยกว่า 1 ปี	24	80.0	6	20.0
พนักงานดูแลผู้สูงอายุ มีการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	15	50.0	15	50.0
พนักงานดูแลผู้สูงอายุ มีการตรวจสุขภาพจิต	4	13.3	26	86.7
พนักงานดูแลผู้สูงอายุ มีการตรวจประวัติอาชญากรรม	27	90.0	3	10.0

2. สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคในมุมมองของพนักงานดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่าพนักงานดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสามารถ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) พนักงานดูแลผู้สูงอายุสังกัดศูนย์หรือสถานประกอบการที่มีการจดทะเบียนพาณิชย์ และ (2)

พนักงานดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอิสระ (Freelance) เป็นกลุ่มที่รับงานโดยตรงกับผู้ว่าจ้าง

ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการทำงานสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ในมุมมองของพนักงาน

ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์และการทำด้วยจิตบริสุทธิ์ที่จะทำงานด้านผู้สูงอายุมากกว่าการพยายามดันตัวเองเข้ารับอบรมตามหลักสูตรเพื่อให้ได้มาตรฐานตามที่ พระราชบัญญัติกำหนด

อย่างไรก็ตามทางศูนย์หรือสถานประกอบการที่สังกัดจะให้การอบรมความรู้พื้นฐาน

การดูแลทั่วไปให้โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ 3 และ 7 วัน ก่อนเสมอ บางศูนย์ฯ มีการฝึกปฏิบัติ เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม

การให้อาหารทางสายยาง เมื่อเข้าสู่อาชีพแล้วมีบ้างที่เข้ารับการอบรมตามหลักสูตร

แต่ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ เนื่องจากไม่มีเวลาและการสูญเสียรายได้

และถือว่าตนเองมีประสบการณ์ทำงานแล้ว

ส่วนผู้ที่ผ่านการอบรมตามประกาศกระทรวงกำหนดพบน้อยมากจากการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนั้น

เสียงสะท้อนของพนักงานยังแสดงให้เห็นภาพได้ว่า นายจ้างให้ความสำคัญกับประสบการณ์

หน้าตาและบุคลิกภาพของพนักงานที่จะมีผลด้านจิตวิทยาและความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุ มากกว่าวุฒิบัตร

ใบรับรองแพทย์ ผลตรวจสุขภาพ และผลตรวจสุขภาพจิต

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า พนักงานดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอิสระ (Freelance)

มีความเป็นอิสระและมีโอกาสต่อรองในการเลือกทำงานมากกว่าพนักงานที่สังกัดศูนย์ฯ

โดยสามารถประเมินความเป็นไปได้ในการให้บริการและปฏิเสธการจ้างงานได้อย่างเป็นอิสระ แต่พนักงานที่สังกัดศูนย์ฯ

จะมีสัญญาครอบคลุม มีความปลอดภัยและได้รับการคุ้มครองแต่จะถูกหักค่าดำเนินการจากสังกัด

ขณะที่พนักงานอิสระต้องเผชิญหน้าและจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคในการทำงานเองโดยลำพังกับผู้สูงอายุและครอบครัวในกรณีที่เกิดปัญหา

การจัดการกับปัญหาพนักงานในกรณีต้องการคำปรึกษาเร่งด่วน พนักงานดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอิสระ

(Freelance) จะมีกลุ่มไลน์เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสารและเป็นพื้นที่ให้สมาชิกปรึกษาหารือวิธีการดูแลผู้สูงอายุ

ซึ่งในกลุ่มจะมีพยาบาลคอยให้คำปรึกษาแนะนำแก่สมาชิกในกลุ่มได้ ส่วนพนักงานที่สังกัดศูนย์ฯ

การขอคำแนะนำการดูแลได้จากหัวหน้าศูนย์ฯ

ด้านการอบรมทวนทวนซ้ำ พนักงานดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องมีการดำเนินการ

และเมื่อไรถึงเวลาที่ต้องอบรม หน่วยงานใดเป็นเจ้าของหลักในการอบรม ระยะเวลาในการอบรมเป็นเท่าใด

และค่าใช้จ่ายใครรับผิดชอบ นอกจากนี้ยังมีมุมมองว่าการทำงานถือเป็นการทบทวนอยู่ทุกวัน

และเป็นประสบการณ์ที่ได้รับที่ดีกว่าการอบรมซ้ำ

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะอื่นๆ การอบรมตามหลักสูตรใช้เวลาเนิ่นนานเกินไป

ทำให้ส่วนใหญ่ขาดโอกาสที่จะเข้ารับการอบรมและหลักสูตรอบรมฟรีที่ภาครัฐจัดให้เปิดจำนวนไม่กี่ครั้งต่อปี

นอกจากนี้ยังมีมุมมองว่าเนื้อหาการอบรมเป็นภาคทฤษฎีมาก ภาคปฏิบัติมีน้อยไม่สามารถปฏิบัติได้จริง

ส่วนหนังสือรับรองประสบการณ์จากสถานประกอบการ นายจ้างมักไม่ออกให้

เป็นข้อจำกัดสำหรับผู้ผ่านการทำงานแล้ว และเสนอให้เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสภาพจิตใจพนักงานดูแลผู้สูงอายุ

ซึ่งต้องการมีที่ปรึกษาเพื่อระบายความเครียดจากการทำงาน และให้มีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลักดูแลวิชาชีพนี้

มีการขึ้นทะเบียน มีฐานข้อมูลที่นายจ้างสามารถเข้ามาตรวจสอบได้

นอกจากนี้ยังอยากได้รับการคุ้มครองความปลอดภัยจากการทำงาน และการประกันสุขภาพ

“เยอะเกินไปบางครั้งต้องทำมาหากิน มันไม่มีเวลา และเน้นแต่ทฤษฎี จบมายังทำไม่ได้ก็เยอะ”

“อบรมฟรี ก็สมัครไม่ทันทุกที ตอนเขาเปิดเราก็ตัดงาน”

“ถามว่าใครเป็นเจ้าของภาพหลัก ถ้ามีการขึ้นทะเบียนไว้ก็จะตีกับเราด้วย ตีกับผู้สูงอายุด้วย”

3 เสียงสะท้อนของผู้รับบริการ:

เป็นการให้คำอธิบายถึงธรรมชาติของผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว ในฐานะผู้รับบริการ พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 76-80 ปี ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลานในลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 40 โดยร้อยละ 50 สามารถเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลในกรณีฉุกเฉินในรัศมีไม่เกิน 5 กิโลเมตร มีสถานะเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 54 มีปัญหาในเรื่องความจำ การกลืนปัสสาวะ สุขภาพจิต การมองเห็น การได้ยิน ในสัดส่วนร้อยละ 64, 60, 46, 30 และ 24 ตามลำดับ ร้อยละ 90 ใช้บริการพนักงานดูแลผู้สูงอายุจากคำแนะนำและการบอกต่อกัน โดยเป็นการจ้างผู้ประกอบการอิสระ (Freelance) ร้อยละ 70 และร้อยละ 56 มีการทำสัญญาจ้างระหว่างผู้ประกอบการและผู้รับบริการ

จากการสำรวจการใช้บริการพนักงานดูแลผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 100 พนักงานดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้มีเชื้อชาติและสัญชาติไทย อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 56 โดยไม่พบว่ามีพนักงานดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ด้านการศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 10 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า (ปวท.) ร้อยละ 40 มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 26) โดยร้อยละ 54 ไม่มีผลตรวจสุขภาพกาย และ ร้อยละ 76 ไม่มีผลตรวจสุขภาพจิต เมื่อถามถึงประเด็นศักยภาพของพนักงานดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 80 เป็นผู้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันได้อย่างถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 96 ระบุว่า มีศักยภาพในการสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 ระบุว่าพนักงานดูแลผู้สูงอายุมีบุคลิกเหมาะสม มีบุคลิก จิตใจ อารมณ์ดี มีความขยัน อดทน อ่อนโยนและมีความเมตตา ร้อยละ 54 ได้เห็นถึงการพัฒนาตัวเองของพนักงานดูแลผู้สูงอายุที่มีการเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง

4. เสียงสะท้อนของหน่วยงานระดับโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง:

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกหน่วยงานหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาสถานประกอบการและพนักงานดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 4 หน่วยงาน พบประเด็นที่เป็นข้อจำกัดในการดำเนินงานและได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนากลไก ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บทบาทหน้าที่และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานระดับ โครงสร้าง	บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา จากหน่วยงาน
สำนักงานส่งเสริม การศึกษาเอกชน (สช.)	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดมาตรฐานและพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ปี 2536 และปรับปรุงใหม่ ปี 2556 จำนวน 420 ชั่วโมง หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุภาวะในพิงพิง ปี 2561 จำนวน 510 ชั่วโมง กำกับดูแลการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน ที่เปิดการสอนตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กำหนดมาตรการช่วยเหลือส่งเสริมสนับสนุน โรงเรียน ครู และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 	<ol style="list-style-type: none"> กฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ต้องนำมาอ้างอิงในการพัฒนาหลักสูตร เก่า ล้าสมัยไม่เอื้อกับสภาพปัจจุบัน การดำเนินงานของหลายหน่วยงานทับซ้อนกัน เช่น หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ มีหลายหลักสูตรจากหลายหน่วยงานจะทำให้ประชาชนสับสนว่าจะใช้หลักสูตรไหนดีควรมีการบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาหลักสูตรให้เป็นหลักสูตรเดียวและใช้ทั่วประเทศ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกลางในการศึกษาและพัฒนาหลักสูตร
กรมพัฒนาฝีมือ แรงงาน	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมและพัฒนาระบบและรูปแบบการพัฒนาฝีมือแรงงาน การฝึกอบรมฝีมือแรงงาน (หลักสูตร 420 ชั่วโมง) ทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงาน สาขาพนักงานดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานความร่วมมือให้ภาครัฐและภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาฝีมือแรงงาน สาขาพนักงานดูแลผู้สูงอายุ 	<ol style="list-style-type: none"> กฎหมายที่เกี่ยวข้องที่นำมาอ้างอิงในการพัฒนาหลักสูตร เก่า ล้าสมัย ไม่เอื้อกับสภาพปัจจุบัน การดำเนินงานของหลายหน่วยงานทับซ้อนกัน เช่น หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ มีหลายหลักสูตรจากหลายหน่วยงานจะทำให้ประชาชนสับสน เสนอให้ภาคเอกชนที่เอาหลักสูตรของพัฒนาฝีมือแรงงานไปใช้

		กำกับดูแลและออกใบวุฒิบัตร เนื่องจากพบปัญหาห้องเรียน
กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	การรับจดทะเบียนพาณิชย์ ในรูปแบบนิติบุคคล	การจดทะเบียนใช้เพียงสำเนาบัตรประชาชน ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่อาจรู้ได้เลยว่ามีคุณสมบัติครบ ตามเกณฑ์หรือมีการนำบุคคลอื่นมาร่วมเป็นก รรมการ เสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากเห็นว่า สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อประชาชน สามารถทำหนังสือขอความร่วมมือให้การขอ จดทะเบียนธุรกิจต้องผ่านความเห็นชอบหรือต รวจสอบคุณสมบัติจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
สถาบันคุณวุฒิวิ ชาชีพ (สคช.)	1. จัดทำมาตรฐานอาชีพพนักงานดูแลผู้สูงอายุ ชั้น 1 ถึง ชั้น 4 2. รับรองสมรรถนะของบุคคลตามมาตรฐานอาชี พพนักงานดูแลผู้สูงอายุ 3. รับรองหน่วยงานให้เป็นหน่วยสอบมาตรฐานอา ชีพพนักงานดูแลผู้สูงอายุ	1. บรรจุเรื่องสมรรถนะตามคุณวุฒิวิชาชีพ ของอาชีพพนักงานดูแลผู้สูงอายุไว้ใน ประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2. ผนวกสมรรถนะวิชาชีพอาชีพพนักงานดูแลสูง อายุในหลักสูตรการเรียน การสอนหรือการอบรม เพื่อให้มีสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ

5. การคืนข้อมูลงานวิจัยสู่ท้องถิ่นและการวิพากษ์เพื่อพัฒนาโลกในอนาคต:

เพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากข้อค้นพบงานวิจัยสู่การพัฒนาและประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การประชุมเชิงปฏิบัติการได้ถูกจัดขึ้น

ภายใต้การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นจากผู้ประกอบการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ/ญาติ)

หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และกรุงเทพมหานคร รวมจำนวน 60 คน

ผ่านการระดมความคิดเห็นด้วยการประชุมกลุ่มใหญ่และการประชุมกลุ่มย่อย

พบแนวทางที่สามารถพัฒนากลยุทธ์และกลไกการพัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ที่ต้องมีการบูรณาการใน

5 มิติ ที่ครอบคลุม (1) พัฒนาสถานประกอบการให้ได้มาตรฐาน (2) พัฒนาพนักงานดูแลผู้สูงอายุ (3)

พัฒนาผู้รับบริการ (4) พัฒนabethาหน่วยงานระดับโครงสร้าง (5) พัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กลยุทธ์และกลไกในการพัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

กลยุทธ์	กลไกการพัฒนา
<p>กลยุทธ์ที่ 1</p> <p>พัฒนาสถานประกอบการให้ได้มาตรฐาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลไกการพัฒนาระบบคัดเลือกบุคลากรที่มีคุณสมบัติได้มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด 2. กลไกการพัฒนารฐานข้อมูลทะเบียนรับส่งและประวัติพนักงานฯให้ตรงตามกฎหมายกำหนดสามารถเรียกดูได้ตลอดเวลา 3. กลไกการพัฒนาศักยภาพพนักงานฯ การส่งเสริมให้เข้ารับการอบรมตามหลักสูตร การจัดให้มีการอบรมทวนซ้ำ 4. กลไกการพัฒนาระบบติดตามการรายงานผลการปฏิบัติงานของพนักงานฯ อย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาแนะนำ และการออกแบบระบบส่งต่อกรณีฉุกเฉิน 5. กลไกการพัฒนาเครือข่ายผู้ประกอบการ เพื่อเป็นสังคมแห่งการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และรับการประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่องกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
<p>กลยุทธ์ที่ 2</p> <p>พัฒนาพนักงานดูแลผู้สูงอายุ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลไกการพัฒนาตัวเองตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อสมรรถนะวิชาชีพเพื่อการพัฒนาตนเองและสังคมผู้สูงอายุ 2. กลไกการพัฒนาระบบรายงานผลการดูแลที่เป็นลายลักษณ์อักษรต่อสถานประกอบการหรือแม่ข่ายเพื่อใช้เป็นหลักฐานในกรณีเกิดเหตุไม่คาดคิดและการฟ้องร้อง 3. กลไกการพัฒนาระบบเพื่อนช่วยเพื่อน การสร้างสภาพแรงงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือกัน
<p>กลยุทธ์ที่ 3</p> <p>พัฒนาผู้รับบริการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลไกการพัฒนาการเข้าถึงฐานข้อมูลสถานประกอบการและพนักงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. กลไกการพัฒนาทัศนคติที่ดีต่ออาชีพพนักงานดูแลผู้สูงอายุ 3. กลไกการพัฒนาช่องทางส่งเรื่องร้องเรียน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการรับบริการ
<p>กลยุทธ์ที่ 4</p> <p>พัฒนาบทบาทหน่วยงานระดับโคร</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลไกการพัฒนาหน่วยงานกลางในฐานะศูนย์รวมข้อมูล ที่ผู้รับบริการสามารถค้นหาและเลือกรับบริการ

งสร้าง	<p>2. กลไกการพัฒนาหลักสูตรแกนกลางที่ครอบคลุมองค์ความรู้ด้านทฤษฎี การปฏิบัติ</p> <p>3. กลไกการพัฒนาสภามงคลวิชาชีพ ให้มีบทบาทในการควบคุมกำกับดูแล</p> <p>4. กลไกพัฒนาระบบการจ้างงาน การคุ้มครองแรงงานและสวัสดิการสังคมที่ชัดเจนและเป็นธรรม</p> <p>5. กลไกการพัฒนาบทเฉพาะกาลที่เอื้อประโยชน์ต่อสถานประกอบการและพนักงาน ที่มีประสบการณ์ยาวนานที่อาจไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดกฎหมาย</p>
<p>กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>1. กลไกการพัฒนาประกาศและบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่น กิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อควบคุมการอนุญาตการประกอบกิจการให้ได้ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด</p> <p>2. กลไกพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ พนักงานดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการอบรมแบบไม่มีค่าใช้จ่ายหรือระบบ co-payment โดยเฉพาะการอบรมฟื้นฟู</p> <p>3. กลไกการจัดการศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ยในกรณีเกิดปัญหา ที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4. กลไกการเสริมสร้างกระบวนการตรวจประเมินรับรอง การติดตามเฝ้าระวัง การกำหนดบทลงโทษและการบังคับใช้ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม</p>

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ในประเด็นของผู้ประกอบการ พบว่า

ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการพัฒนามาตรฐานธุรกิจบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามพระราชบัญญัติ
ติการสาธารณสุข พ.ศ.2535

แต่หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันภายใต้หลักของการบูรณาการที่เอื้อ
ต่อการประกอบธุรกิจ และสามารถเปิดเสรีในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

เพื่อไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนหรือตกลงในกระบวนการติดตามประเมินผล

อีกทั้งหน่วยงานหลักที่เป็นเจ้าภาพจำเป็นต้องถูกสถาปนาเพื่อเป็นศูนย์กลางของการติดต่อประสานงานและการดำเนิน
นินการให้ได้มาตรฐานตามที่พระราชบัญญัติกำหนดไว้

ซึ่งความชัดเจนที่เกิดขึ้นจะช่วยส่งผลให้วงจรพนักงานดูแลผู้สูงอายุมีความอยู่ตัว

ไม่หมุนเวียนเปลี่ยนถ่ายจนยากที่จะควบคุมคุณภาพของพนักงาน นอกจากนี้การอบรมแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือ

ในลักษณะ Co-payment อาจเป็นแรงหนุนเสริมกลไกการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
อย่างไรก็ตามช่วงเวลาในการอบรมยังคงเป็นสิ่งที่สำคัญ หากการอบรมสามารถเกิดขึ้นผ่านการเรียนรู้นอกห้องเรียน
การอบรมออนไลน์ หรือ การเก็บชั่วโมงปฏิบัติจากงานประจำที่ไม่ให้พนักงานสูญเสียโอกาสและรายได้
จะช่วยก่อให้เกิดการพัฒนาตัวเองเพิ่มมากขึ้นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ

กรณีพนักงานดูแลผู้สูงอายุ พบประเด็นละเอียดต่อการฝึกอบรมให้มีคุณสมบัติตรงตามกฎหมายกำหนด
และไม่มีการตรวจสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยจะมีการตรวจสุขภาพเฉพาะกรณีที่น่าย่ำร้องขอ
ซึ่งประเด็นเหล่านี้เกิดจากการขาดเจ้าภาพหลักในชั้นทะเบียน การตรวจสอบคุณสมบัติ

เอกสารหลักฐานของพนักงานดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังพบว่าพนักงานสังกัดศูนย์ดูแลรับงานโดยได้รับข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ครบถ้วน
ซึ่งอาจเกินศักยภาพหรือความสามารถของพนักงาน จนเกิดเหตุที่ไม่คาดคิดได้ และ พบพนักงานฯ
ไม่ได้เข้ารับการอบรมทบทวนซ้ำเนื่องจากผู้ประกอบการไม่จัดการอบรมให้

และจุดอ่อนของพนักงานดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอิสระ (Freelance)

คือขาดที่ปรึกษาให้คำแนะนำกรณีประสบปัญหาจากการดูแล

ซึ่งปัญหาเหล่านี้ขาดหน่วยงานตรวจสอบระบบการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

และขาดกลไกสนับสนุนช่วยเหลือพนักงานฯ ด้านการให้คำปรึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ทัน่วงที ขณะที่ปัญหา

อุปสรรคและข้อเสนอนั้นๆ พนักงานฯ ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร

แต่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเนื่องจากเนื้อหาหลักสูตรเป็นภาคทฤษฎีมากกว่าปฏิบัติ

และการเปิดอบรมยังไม่เพียงพอและทั่วถึง

และเสนอให้มีการเพิ่มเติมเนื้อหาหลักสูตรเกี่ยวกับพัฒนาสภาพจิตใจพนักงานฯ

ซึ่งบางครั้งต้องเจอกับผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตและต้องการให้ผู้ที่ปรึกษาเพื่อระบายความเครียดจากการทำงาน

นอกจากนี้พบปัญหานายจ้างไม่ออกหนังสือรับรองประสบการณ์ให้ ซึ่งภาครัฐควรจัดให้มีระบบฐานข้อมูล

การขึ้นทะเบียน ที่นายจ้างสามารถเข้ามาตรวจสอบคุณสมบัติได้ และพนักงานฯ

ควรได้รับการอบรมกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การคุ้มครองความปลอดภัยจากการทำงาน และการประกันสุขภาพ

สำหรับผู้รับบริการ ส่วนใหญ่ใช้บริการพนักงานดูแลผู้สูงอายุจากคำแนะนำและการบอกต่อ ๆ กัน

ซึ่งภาครัฐควรมีฐานข้อมูลผู้ประกอบการและพนักงานดูแลผู้สูงอายุที่ประชาชนเข้าถึงได้

และพบว่าไม่มีมีการทำสัญญาจ้างระหว่างผู้ประกอบการและผู้รับบริการ

ซึ่งควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการทำสัญญาจ้างทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการเองและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

อง นอกจากนี้พบว่าครอบครัวและผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับประสบการณ์

บุคลิกและหน้าตาที่จะสร้างความสบายใจและพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุ

มากกว่าประกาศนียบัตรและผลการตรวจสุขภาพ

ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความไม่รู้กฎหมายของผู้รับบริการถึงมาตรฐานคุณสมบัติของพนักงานดูแลผู้สูงอายุ จึงควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการมีการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานระดับโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง ควรมีการบูรณาการในการพัฒนาหลักสูตรให้เป็นหลักสูตรเดียว โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกลางในการศึกษาและพัฒนาหลักสูตร ส่วนระบบการขออนุญาตและจดทะเบียนของผู้ประกอบการที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นเชิงพาณิชย์เท่านั้น เสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำหนังสือขอความร่วมมือให้การขอจดทะเบียนธุรกิจต้องผ่านความเห็นชอบหรือตรวจสอบคุณสมบัติจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อน และที่สำคัญผลักดันให้มีการประกาศและบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่น เพื่อควบคุมการอนุญาต การประกอบกิจการให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้หน่วยงานที่จัดทำและรับรองมาตรฐานอาชีพพนักงานดูแลผู้สูงอายุ เสนอให้มีการผนวกสมรรถนะวิชาชีพอาชีพพนักงานดูแลผู้สูงอายุในหลักสูตรการอบรม และบรรจุเรื่องสมรรถนะวิชาชีพ เพิ่มในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้ผู้ผ่านการอบรมมีสมรรถนะมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ เวธกา กลิ่นวิจิต พวงทอง อินใจ รัชนิภรณ์ ททรัพย์กรานนท์ และ วารี กังใจ. การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง. บุรพาเวชสาร; 2558 ; 2(1). หน้า 34-50.
2. กระทรวงสาธารณสุข. โครงการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา สังคมไทย พ.ศ. 2552. สาระสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ; 2554.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และ คำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ.2553. (พิมพ์ครั้งที่ 2) นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553.