

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ
จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Associated with the Availability of Designated Elderly Care Policy in
Kalasin Province

พิพิธธนวิ ศมกะณีย์ (Pipiddhanawadee Somkhane)¹, วรกร วิชัยโย (Woragon Wichaiyo)²,
ยุทธพงษ์ เชื้อนแก้ว (Yuththapong Kernkeaw)³, วรรณธิดา ชลวิลาส (Wantida Yolvilas)⁴

¹สาขารัฐศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์, ²สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ,
^{3,4}สาขาคณิตศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์และนวัตกรรมการศึกษา มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

¹Political Science Faculty of Liberal Arts, ² Public Health Faculty of Science and Health Technology,

^{3,4}Education Program in Mathematics Faculty of Education and Educational Innovation,

Kalasin University

E-mail : b_chindarats@hotmail.com

Received: 10 May 2019

Revised: 21 July 2019

Accepted: 1 August 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 287 คน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.4 อายุระหว่าง 36-440 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.9 ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 66.6 ประสบการณ์การทำงานบทบาทหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 47.4 มีระดับความรู้เรื่องเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 44.80 (ค่าเฉลี่ย 20.73 คะแนน, S.D.= 5.67 คะแนน) ทักษะคิดต่อการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ มีทักษะดี อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ

48.40 คะแนน (ค่าเฉลี่ย = 77.48 คะแนน, S.D.= 12.93 คะแนน) โดยส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในหน่วยงานเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 71.8 (ค่าเฉลี่ย = 72.03 คะแนน, S.D.= 15.34 คะแนน) และความพร้อมในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.04 (ค่าเฉลี่ย = 13.70 คะแนน, S.D.= 2.87 คะแนน)

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, นโยบายผู้สูงอายุ, การดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This action research objective to study the Factors associated with the availability of designated elderly care policy in kalasin province. The simple random sampling technique and the sample number of 287 people. They used the Descriptive Research. The data were collected using a test and questionnaire. The collected data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard.

The study showed the sample was mostly females by 56.4% . Ages in overall are 36-40 years old by 43.9% . Most level of education was Undergrad degrees by 6.6% and experiences of involved for policy elderly care are 3-5 years old by 47.4% . The results showed that the development group has knowledge about the participating organizations involved for policy elderly was 44.8% (mean= 20.73, S.D. = 5.67) have high level. Attitude about the participating organizations involved for policy elderly was 77.48% (mean = 77.48, S.D. = 12.93) have middle level and the participation by the involved for policy elderly was 71.80% (mean = 72.03, S.D. = 15.34) have low level and availability of organizations involved for policy elderly was 40.04% (mean = 13.70, S.D. = 2.87) have low level.

Keywords : Participatory, Policy of elderly, Care for the elderly

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นในปี 2583 แม้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้น แต่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีการออมน้อย และแหล่งรายได้หลัก ร้อยละ 78.5 ของรายได้ทั้งหมดมาจากการเกื้อหนุนของบุตร และในประเทศไทยได้มีแผนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ เกิดมาแล้วจำนวน 2 ฉบับ ซึ่งในปัจจุบันเป็นแผนฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ในประเด็นที่

5.1 มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ ที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ ผู้สูงอายุ และประเด็นที่ 5.2 มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็น ประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้การ สนับสนุนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อเกิดรูปแบบการบูรณาการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่มี การเปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง (กานต์รวี กอบสุข, 2554)

จังหวัดกาฬสินธุ์มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด ตั้งแต่ พ.ศ. 2552-2556 ร้อยละ 10.35, 10.84, 11.32, 11.82, และร้อยละ 12.01 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2556) จังหวัดกาฬสินธุ์ มีหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีหน้าที่ดูแลและมีบทบาท โดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุ นับตั้งแต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันได้แก่ เทศบาล องค์การบริหาร ส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งจะดูแลในเรื่องสวัสดิการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ หน่วยงานทางด้าน สาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่คอยให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชากร ผู้สูงอายุ อีกทั้งหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลภาพรวมของประชากร ผู้สูงอายุ ในด้านของอาชีพ รายได้ ภาวะการมีงานทำต่าง ๆ เป็นต้น จังหวัดกาฬสินธุ์มีประชากรทั้งหมด 985,203 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 64,703คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 ของ (ออนไลน์ ระบบสถิติทางทะเบียน จังหวัดกาฬสินธุ์, 2558) ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป ส่วนคนวัยหนุ่มสาว จะย้ายถิ่นไปทำงานต่างถิ่นหรือต่างจังหวัด ทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนอย่างโดดเดี่ยว อีกทั้งผู้สูงอายุผู้สูงอายุ มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทั้งเรื้อรังและไม่ติดต่อ การได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพคนชราบวกกับภาวะ ไม่มีงานทำ จึงไม่สามารถเข้าถึงการได้รับการดูแลด้านสุขภาพเท่าที่ควร ถึงแม้จะมีโครงการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาอื่น ได้แก่ การเดินทางไปยังสถานพยาบาล ค่าเดินทาง และขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากที่กล่าวมาข้างต้น อัตรา การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย ซึ่งจะส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ รวมทั้ง สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจึงมากขึ้นด้วย เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตสมาชิกในครอบครัวที่ต้องมี ภาระในการดูแลเพิ่มขึ้นอีกตามมา ดังนั้นจึงเป็นทราบถึงบทบาทและนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ดูแล ผู้สูงอายุ

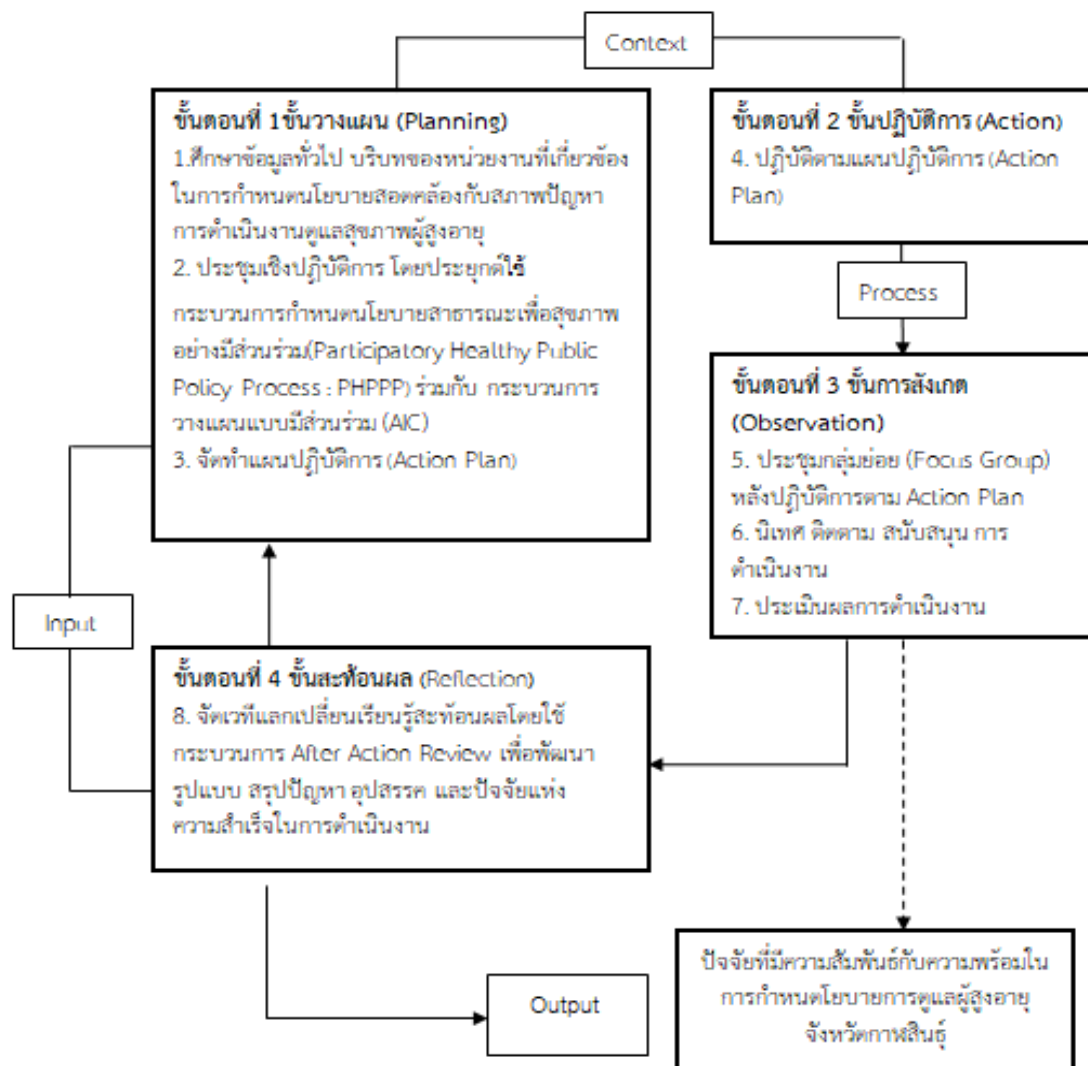
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการกำหนดนโยบายการ ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ว่าหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มี การร่วมกันกำหนดนโยบายหรือแผนต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบใด เพื่อเป็นการนำเอาบริบท

จุดแข็ง จุดอ่อน ทั้งของหน่วยงานและชุมชน เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ สวัสดิการด้านสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นความร่วมมือที่เข้มแข็งลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน เพื่อการแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด คุ้มค่า เหมาะสม และได้ประสิทธิภาพมากที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ได้ให้ความหมายว่า “ผู้สูงอายุ คือบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

บรรลุ ศิริพานิช (2532) ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ตกลงมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของชราภาพ

สุชา จันทรเฒ (2531) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง คนชราหรือคนแก่ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศชาติซึ่งเต็มไปด้วยประสบการณ์และความรู้ด้านต่าง ๆ

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่สังคมได้กำหนดเกณฑ์อายุเมื่อมีชีวิตอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และได้กำหนดหลักเกณฑ์ความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ประเภท ดังนี้

1) การสูงวัยตามอายุ (Chronological Aging) หมายถึง การนับจำนวนอายุจริงตามปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป

2) การสูงวัยตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นทั้งด้านสภาพร่างกาย เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก เป็นต้น และกระบวนการทำหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น

3) การสูงวัยตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้แนวคิด ความจำการเรียนรู้เขาวัฏปัญหาและลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตในแต่ละคน เช่น การเกิดความกลัวถูกทอดทิ้ง ความจำเสื่อม ใจน้อย ระวัง เป็นต้น

4) การสูงวัยตามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในสังคม เช่น หน่วยงานราชการ ครอบครัว และอื่น ๆ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์นับตั้งแต่ปีที่เกิดซึ่งมีภาวะแสดงออกการสูงวัยทั้งร่างกาย จิตใจ ทางสังคม และตามช่วงของวัยซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์การและเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต

1.2 การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2550) ได้กล่าวว่า แนวคิดเรื่องการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน (Community-Based Approach) เป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมจากแนวความคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) โดยแนวคิดนี้ได้พยายามที่จะนำศักยภาพที่เด่นของปัจเจก

บุคคล ได้แก่ ความต้องการที่จะมีอิสระในการดูแลตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ การจัดให้ความสำคัญในคุณค่าของความเป็นมนุษย์และศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล ชุมชนมาเป็นแนวทางในการให้บริการ ซึ่งมีจุดมุ่งหมาย ดังนี้

1) เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน

2) เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา และพัฒนาบริการต่าง ๆ โดยชุมชน เพื่อระดมความร่วมมือในลักษณะการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรภายนอกชุมชนและบุคคลภายใน

1.3 การเป็นเพื่อนบ้าน (Neighborhood Based)

ความเป็นเพื่อนบ้านเป็นระบบเกื้อกูลกันของผู้คนในชุมชน เพื่อช่วยให้ระบบพึ่งตนเองของชุมชนแข็งแกร่งขึ้นการจัดบริการระดับชุมชน นิยมประยุกต์ใช้ความเป็นเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะความมีน้ำใจ ความเกื้อกูล มาช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาในชุมชนใกล้เคียงที่ตนอาศัยอยู่ จุดมุ่งหมายหลักของการใช้แนวคิดเป็นเพื่อนบ้านกับบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและพัฒนาบริการต่าง ๆ โดยชุมชน รวมทั้งระดมความร่วมมือในลักษณะการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรภายนอกและบุคลากรภายในชุมชน โดยมุ่งให้เกิดบริการที่ดีแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน มุ่งเน้นให้สร้างจิตสำนึกในชุมชนและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา และพัฒนาบริการต่าง ๆ โดยชุมชน เพื่อระดมความร่วมมือในลักษณะการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรภายนอกชุมชนและบุคคลภายใน โดยเน้นการดูแลจากครอบครัวเป็นส่วนสำคัญ

2. กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

2.1 ความหมายของนโยบายสาธารณะ (Public Policy)

นักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่า “นโยบายสาธารณะ” (Public Policy) ไว้หลากหลาย และแนวทางการศึกษาแต่ละคน ให้ความหมายไว้ดังนี้

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) นั้นมีความหมายว่า นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้

Thomas Dye หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ

Ira Sharkansky หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่รัฐบาลหรือองค์กรของรัฐจัดทำขึ้น

ทินพันธุ์ มาคะตะ ได้อธิบายว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง โครงการที่รัฐบาลบัญญัติขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดสรรค่าต่าง ๆ ให้แก่สังคม

กล่าวโดยสรุปความหมายของนโยบายสาธารณะ หมายถึง สิ่งที่มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกัน กำหนดและตัดสินใจล่วงหน้าในกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ภายใต้ลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) ตั้งอยู่บนรากฐานของหลักการดำเนินงานที่เข้าใจกันคืออยู่แล้ว
- 2) ไม่ขัดแย้งกับนโยบายหลักเป็นอันขาด
- 3) มีลักษณะประสานสัมพันธ์กันนโยบายอื่นขององค์กร
- 4) กะทัดรัดเข้าใจง่าย และควรกำหนดให้เป็นลายลักษณ์อักษร
- 5) ยืดหยุ่นได้ในตัว แต่มีหลักการแน่นอน
- 6) มีเหตุผลและครอบคลุมสิ่งที่ประสงค์
- 7) ตั้งอยู่บนรากฐานแห่งความจริง

2.2 องค์ประกอบสำคัญของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางและแนวทางการดำเนินการพัฒนาต่าง ๆ ของสังคม ภายใต้กรอบคิดในกระแสหลักภาครัฐมีอิสระในการกำหนดนโยบายสาธารณะ อย่างเต็มที่ แต่กรอบคิดในกระแสทางเลือก ภาครัฐต้องกำหนดนโยบายโดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ประกอบกันเข้าเป็น ปัจจัยแวดล้อมของนโยบาย บุคคลและองค์การที่อำนาจตัดสินใจในนโยบาย ตลอดจนการคำนึงถึง กระบวนการมีส่วนร่วมของนโยบายสาธารณะ เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ในองค์ประกอบต่างๆ (มยุรี อนุমানราชชน, 2547) ดังนี้

1. ปัจจัยแวดล้อมทางนโยบาย (Policy environment factors) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย คือ การกำหนดนโยบายสาธารณะใด ๆ ผู้กำหนดนโยบายนอกจากจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยหรือองค์ประกอบพื้นฐาน ในการกำหนดนโยบายสาธารณะแล้ว ยังต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ (Environment factors) ที่สังคมหนึ่ง ๆ มีอยู่ด้วย ทั้งนี้เพราะปัจจัยที่กล่าวถึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ สามารถจำแนกประเภทของปัจจัยออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1) ปัจจัยแวดล้อมภายนอกกระบวนการเมือง ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม

2) ปัจจัยแวดล้อมภายในกระบวนการเมือง ได้แก่ ปัจจัยกับการเมือง ผู้นำ จิตวิทยา การบริหาร

2. รัฐในฐานะผู้กำหนดนโยบาย ภาครัฐในฐานะผู้ที่กำหนดนโยบายสาธารณะรัฐ (State) หมายถึง ชุมชนทางการเมืองที่ประชาชนร่วมกันสร้างขึ้นเพื่อให้พ้นจากการควบคุม ของรัฐบาลอื่น ๆ ชุมชนนี้มีดินแดนและประชากรแน่นอนและมีสถาบันที่ใช้อำนาจอธิปไตยกระทำหน้าที่แทนรัฐ และมีอำนาจสูงสุดในการกำหนดกฎเกณฑ์บังคับใช้กับประชาชนทุกคนได้

3. ผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ นอกจากสถาบันหลัก ได้แก่ฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายตุลาการ ซึ่งมีหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญในการตัดสินใจกำหนดนโยบายอย่างเป็นทางการแล้ว (Office policy making) (ชันขวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2546) ยังมีผู้มีส่วนร่วม ในการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างไม่เป็นทางการ (Unofficial policy making) ได้แก่ กลุ่มผลประโยชน์ พรรคการเมือง และประชาชนทั่วไป ซึ่งไม่มีอำนาจตามรัฐธรรมนูญในการตัดสินใจกำหนดนโยบาย

1) กลุ่มผลประโยชน์ (Interest group) หมายถึง กลุ่มคนที่มีแนวคิดพื้นฐานชีวิต ฐานะที่เหมือนหรือคล้ายกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน สมาชิกรวมกันเป็นครั้งคราว

2) พรรคการเมือง (Political parties) หมายถึง องค์การถาวร ที่รวบรวมประชาชนให้เข้ามาเป็นสมาชิกพรรคโดยสมัครใจจากชุมชนระดับท้องถิ่นจนถึงระดับชาติ ประสานประโยชน์ของสมาชิกพรรคและแสวงหาอำนาจทางการเมืองตามวิถีทางรัฐธรรมนูญกำหนดในระบบการเมืองทุกระบบ พรรคการเมืองมีหน้าที่และความสำคัญที่แตกต่างกัน ได้แก่ ช่องทางให้ประชาชนแสดงออกและทำการรวบรวมข้อเสนอต่าง ๆ เข้าสู่ระบบ โดยปกติพรรคการเมืองจะมีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีขอบเขตกว้างขวางกว่ากลุ่มผลประโยชน์ กล่าวอีกนัยก็คือ การเป็นนายหน้า (Broker) มากกว่าจะเป็นผู้สนับสนุนผลประโยชน์เฉพาะเจาะจงอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อนำไปกำหนดนโยบายสาธารณะ

3) ประชาชนทั่วไป (Individual citizen) ในการกำหนดนโยบายสาธารณะประชาชนทั่วไปมักไม่ได้รับความสำคัญให้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกกฎหมาย ซึ่งเป็นหน้าที่ที่มอบหมายให้แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐรับผิดชอบ ในความเป็นจริงการกำหนดนโยบายมีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อให้กระบวนการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายรอบครอบยิ่งขึ้น ลดความขัดแย้งทางการเมืองและเกิดความชอบธรรมในการตัดสินใจ ซึ่งถือว่าเป็นการสร้างฉันทามติ ในการสร้างข้อตกลงร่วมกัน

4) สื่อสารมวลชน (Mass media) ในกระบวนการนโยบายสาธารณะสื่อมวลชน คือ ข้อต่อที่สำคัญในการเชื่อมโยงผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายให้ก้าวมาขึ้นบนฐานแห่งการรับรู้เดียวกัน ทั้งในเรื่องของสถานการณ์ ความเป็นไปที่เปิดเผยหรือถูกซ่อนเร้น เรื่ององค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการคลี่คลาย และจัดการปัญหาในแต่ละเรื่อง รวมถึงเกาะติดกระบวนการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะให้เป็นไปอย่างโปร่งใส เป็นธรรม (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2548) ยังรวมไปถึงการทำหน้าที่ตรวจสอบติดตามนโยบายต่าง ๆ ของภาครัฐแทนประชาชนนำไปสู่ผลลัพธ์สร้างเป็นประโยชน์ต่อสังคม

จากแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกันแนวคิดของ Hamilton และ Bhatti (1996) ได้พัฒนากกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ มาเป็นแบบจำลองสามมิติ ในแบบจำลองนี้คำนึงถึง 3 องค์ประกอบที่สำคัญที่มีความสำคัญต่อกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะ ได้แก่

1) ฐานความรู้ เป็นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำคัญของประเด็นปัญหาและศักยภาพของวิธีการแก้ไขปัญหาเชิงนโยบาย ข้อมูลข่าวสารสำหรับฐานความรู้ อาจจะประกอบด้วยเอกสารวิชาการต่าง ๆ ข้อมูลระดับวิทยา ข้อมูลประชากร และแนวปฏิบัติที่ดี เป็นต้น

2) ความตั้งใจทางการเมือง เป็นคำมั่นสัญญาและความปรารถนาของสังคมเพื่อจะติดตามวิธีการแก้ไขปัญหาเชิงนโยบาย ความตั้งใจทางการเมืองของกลุ่มนักกฎหมาย กลุ่มนักบริหาร กลุ่มผลประโยชน์ และประชาชนทั้งหมด จะมีอิทธิพลต่อโอกาสการยอมรับในการเลือกของนโยบายต่าง ๆ

3) ยุทธศาสตร์ทางสังคม เป็นการวางแผนจากสิ่งที่เราได้มีการประยุกต์ฐานความรู้ความตั้งใจทางการเมืองในการที่จะสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยที่ยุทธศาสตร์ของสังคมจะประกอบด้วย ลำดับ ขั้นตอนของการบริหารจัดการแผน การใช้ทรัพยากร การสื่อสารสาธารณะ และการทบทวน เป็นต้น

จากแนวคิดดังกล่าวมา จะเห็นได้ว่า หลักการที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ พลังทางด้านการเมือง กลุ่มต่าง ๆ ทางการเมืองและราชการที่มีความตั้งใจทางการเมืองในการสร้างนโยบายสาธารณะที่จะแก้ไขปัญหาทางสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์ภายในระบบราชการที่ต้องมองบทบาทของกลุ่มราชการที่มีบทบาทในการเมืองระดับชาติและในระดับท้องถิ่น นอกจากนี้กลุ่มพลังประชาสังคม อันได้แก่ กลุ่มสนใจ กลุ่มผลประโยชน์ อาจเป็นกลุ่มธุรกิจ เอกชน กลุ่มวิชาชีพ ตลอดจนกลุ่มประชาชนที่รวมตัวกันขึ้น ที่สะท้อนออกมาในรูปของความตั้งใจทางการเมืองของภาคประชาสังคมสร้างเป็นยุทธศาสตร์ทางสังคมในการสร้างนโยบายสาธารณะ และพลังสุดท้ายคือพลังวิชาการ กลุ่มองค์กรทางวิชาการ ที่จะเข้ามาเชื่อมประสาน วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มาสร้างเป็นฐานความรู้ มาประกอบในการตัดสินใจ ร่วมกับกลุ่มพลังการเมือง และกลุ่มพลังภาคประชาสังคม

3. แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม

3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมว่าการที่บุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนทำประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหารและประสิทธิผลขององค์การขึ้นอยู่กับการรวมพลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์การนั้นในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิดสติปัญญา ก็คือ การให้มีส่วนร่วม การให้บุคคลมีส่วนร่วมในองค์การนั้น บุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง (Involvement) ในการดำเนินการหรือปฏิบัติการกิจต่าง ๆ เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพัน (Commitment) ต่อภารกิจและองค์การในที่สุด

ศิริาณี อินทรหนองไผ่ (2546) การมีส่วนร่วมของสาธารณะ หมายถึง การส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การวางแผนและดำเนินแก้ไขปัญหาลที่ส่งผลต่อชีวิตและสภาพความเป็นอยู่

เงื่อนไขของการมีส่วนร่วม (Condition for Participant) การที่บุคคลจะเข้าใจในกิจกรรมพัฒนาชุมชนนั้นจะต้องมีเงื่อนไขอย่างน้อย 3 ประการ ดังนี้ (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

- 1) ประชาชนจะต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม (Freedom to participate)
- 2) ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม (Ability to participate)
- 3) ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (Willingness to participate)

3.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญ ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิพื้นฐานอันชอบธรรมของทุกคนที่ต้องเคารพให้การยกย่องโดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการปรับปรุงวิถีชีวิตของเขา
- 2) งานพัฒนาเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนจำนวนมาก จำเป็นต้องให้คนหมู่มากเหล่านี้มีสิทธิในการออกเสียง
- 3) กลยุทธ์ทั้งหลายในการพัฒนาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถส่งผลถึงประชาชนผู้ด้อยโอกาสและยากจน ในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้กลุ่มคนผู้ได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้น
- 4) ประสบการณ์ที่ผ่านมาได้พบว่า มีโครงการจำนวนไม่น้อยที่ประสบความสำเร็จโดยอาศัยวิธีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปของการรวมกลุ่มและการจัดตั้งองค์กรประชาชนในขณะเดียวกัน
- 5) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่มหรือของกลุ่ม (Group action) อันเป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของเขาและในขณะเดียวกันก็ได้ประโยชน์จากการพัฒนามากยิ่งขึ้น
- 6) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นตัวชี้วัดของการพัฒนาชุมชน ยิ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใด ยิ่งแสดงว่าประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการพัฒนามากยิ่งขึ้น
- 7) ประชาชนย่อมรู้ดีว่าตนเองกำลังต้องการอะไร มีปัญหาอะไรและอยากแก้ปัญหายังไร ถ้าให้โอกาสแก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ย่อมช่วยให้โครงการต่าง ๆ สนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า
- 8) การมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยให้การปฏิบัติการทางสังคม (Social action) เป็นไปอย่างสงบสันติ ก่อให้เกิดรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่มีระเบียบเป็นระบบและเป็นที่ยอมรับทุกฝ่าย
- 9) เป็นนโยบายของภาครัฐปัจจุบันที่ให้ทุกโครงการที่ลงสู่ชนบทต้องมีประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มเติมตามปรัชญาของการพัฒนา

การที่บุคคลหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมขององค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ จะส่งผลให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมาย เกิดความประหยัดทรัพยากรการบริหารจัดการประหยัดเวลาและเกิดความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการด้วย

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมต่อการวางแผน

- 1) สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริง พร้อมทั้งจะจัดอันดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างถูกต้อง
- 2) สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างหลากหลายครอบคลุม
- 3) สามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องแม่นยำและนำมาวางแผนแก้ไขปัญหานั้นๆ
- 4) สามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้โดยความร่วมมือของคนในองค์กรหรือชุมชนหรือชุมชนอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) สามารถติดตามและประเมินผลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

3.3 ระดับของการมีส่วนร่วม

รูปแบบการมีส่วนร่วมอีกทัศนะหนึ่ง คือ มองในลักษณะของการมีส่วนร่วม การมองในแง่นี้จะแบ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็นระดับ (Degree) ของการมีส่วนร่วมจากน้อยไปหามาก 7 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 ถูกบังคับให้ร่วมโครงการเพราะถูกบังคับโดยไม่มีทางเลือกเลย

ระดับที่ 2 ถูกหลอกล่อให้ร่วม ลักษณะนี้ประชาชนจะถูกล่อใจด้วยผลประโยชน์ในรูปแบบของค่าจ้างแรงงานหรือความสะดวกสบายบางอย่างแต่เบื้องหลังจริงแล้วเป็นการหาเสียงของนักการเมืองผู้หยิบยื่นโครงการมาล่อเท่านั้น

ระดับที่ 3 ถูกชักชวนให้ร่วม การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ส่วนมากเป็นโครงการที่ทางราชการคิดขึ้นเองเรียบร้อยแล้วพยายามชักชวนประชาชนให้ร่วมมือทุกรูปแบบ โดยอาศัยระบบการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ ว่าเป็นโครงการที่ดีขอให้ประชาชนให้ความร่วมมือ

ระดับที่ 4 สัมภาษณ์แล้ววางแผนให้ ลักษณะของการมีส่วนร่วมชนิดนี้จะปรากฏว่าปัญหาความต้องการและเสียงเรียกร้องของประชาชนจะได้รับการเอาใจใส่ขึ้นบ้าง กล่าวคือผู้ที่วางโครงการจะสำรวจปัญหาความต้องการด้วยการเรียกประชุม สอบถามสัมภาษณ์แต่การตัดสินใจว่าปัญหาของชาวบ้านคืออะไร ควรแก้ไขด้วยวิธีการใด จะวางแผนอย่างไรและจะปฏิบัติตามแผนอย่างไร ยังคงเป็นเรื่องของทางราชการ

ระดับที่ 5 มีโอกาสเสนอความเห็น ประชาชนจะเริ่มเข้าไปมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นที่เกี่ยวกับการวางโครงการและการดำเนินการตามโครงการแต่การตัดสินใจยังเป็นของส่วนราชการ

ระดับที่ 6 มีโอกาสเสนอโครงการ ในระดับนี้ทางราชการกับประชาชนจะมีการปรึกษาหารือกันอย่างใกล้ชิด ประชาชนจะมีโอกาสตัดสินใจว่าปัญหาของตนคืออะไร จะแก้ไขได้อย่างไรที่ดีที่สุด กระทั่งมีสิทธิเสนอโครงการและเข้าร่วมปฏิบัติด้วย

ระดับที่ 7 มีโอกาสตัดสินใจ ในระดับนี้ประชาชนจะเป็นหลักสำคัญของการตัดสินใจในทุกเรื่องตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลโครงการ

3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

ความสำคัญของการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ที่การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การริเริ่ม การวางแผน การตัดสินใจการร่วมรับผิดชอบ ตลอดจนการร่วมประเมินผลน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับเรื่องของปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมดังกล่าว ความสำเร็จของการพัฒนาแบบระดมความร่วมมือขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. การเข้ามาในการตัดสินใจของประชาชนตั้งแต่เริ่มว่ามีปัญหาสาเหตุของปัญหาการแก้ไข ปัญหา ด้านการคิดว่าจะทำโครงการอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยใช้ประโยชน์จากแรงงานทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเต็มที่

2. การผสมผสานแผนงานและโครงการของส่วนราชการด้วยการพัฒนาความรู้ทักษะความสามารถด้านประชาชนและคุณภาพของเจ้าหน้าที่ เพื่อแก้ปัญหาคือความเดือดร้อนสนองผลประโยชน์ได้ถูกต้องตามเวลาและสถานที่

3. การสร้างองค์กรท้องถิ่น กลไกการประสานงาน งบประมาณ ปัจจัยการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนตามความต้องการอันจำกัดของประชาชน สำหรับปัจจัยที่ผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 4 ปัจจัย คือ

- 1) ปัจจัยส่วนตัวบุคคล เป็นแรงผลักดันหรือแรงจูงใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล
- 2) ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง
- 3) ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น
- 4) รางวัลตอบแทน คือ ประชาชนเข้าร่วมกิจการพัฒนาโดยหวังประโยชน์ตอบแทน

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมคือ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวางแผน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อรับผลประโยชน์ร่วมกันและการมีส่วนร่วมในการติดตามควบคุมกำกับประเมินผล จึงจะทำให้งานนั้น ๆ ประสบความสำเร็จ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทรา เพียรดวงษ์ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลคันธารราษฎร์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามตามขั้นตอนกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(PAOR) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพโดยรวมและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา

รัชชัย เต็มใจ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แบบบันทึกการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ รายบุคคล การสังเกตและการสนทนากลุ่ม พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 56.0) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.0) หลังการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผลหลังดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง (ร้อยละ 76.0) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$)

นาถวิทย์ มูลสาร (2556) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านห้อยแขง ตำบลห้อยแขง อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมส่งผลให้แกนนำมีความรู้และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา และสามารถพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนกว่าก่อนพัฒนา

บุญมาก ไชยฤทธิ์ (2556) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ที่เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ทำการศึกษาที่บ้านห้วยสามยอดเทวกุล กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 38 คน ประยุกต์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดำเนินการวิจัย ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนในครั้งนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวัดผลก่อนการพัฒนา 3) การวางแผน โดยกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ 4) การปฏิบัติตามแผน 5) การสนับสนุนติดตามทั่วไประหว่างดำเนินงาน 6) การนิเทศติดตามแบบเจาะลึก 7) การวัดผลหลังดำเนินการ 8) การจัดเวทีประชุมถอดบทเรียนสะท้อนผล และพบว่า รูปแบบในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) การวางแผนที่ดี โดยใช้เทคนิคที่เหมาะสม (Planning Techniques) 2) การเชื่อมประสานการทำงานกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่เข้มแข็ง (Community co-ordination) 3) การติดตามสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการดำเนินงานตามขั้นตอนดังกล่าว ส่งผลให้ การแก้ไขปัญหาด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบระยะยาวดีขึ้น และภายหลังการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการได้มีการประเมินพัฒนาการดำเนินงาน มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพบุณย์ เจริญวงศ์ (2556) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพชมรมผู้สูงอายุ บ้านคำโพน ตำบลคำโพน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษา รูปแบบการดำเนินงานในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพชมรมผู้สูงอายุ ทาการศึกษาในพื้นที่บ้านคำโพน ตำบลคำโพน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ เลือกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีเจาะจง จำนวน 57 คน ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับการจัดการเชิงกลยุทธ์ และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุครั้งนี้ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนได้แก่ 1) แต่งตั้งคณะทำงาน 2) เก็บรวบรวมข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูล 4) วางแผนดำเนินการ 5) ดำเนินการตามแผนการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ 6) สังเกต ติดตามและสัมภาษณ์ 7) สังเคราะห์ข้อมูลและ 8) ประเมินผล ถอดบทเรียน ซึ่งเรียกว่ารูปแบบ “2ต 3ส 1ย” ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 2) การ ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ส่งเสริมการออกกำลังกาย 4) ส่งเสริมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 5) ส่งเสริมอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุ และ 6) เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและกิจกรรมวันผู้สูงอายุผลการดำเนินงานตามรูปแบบดังกล่าวส่งผลผู้เกี่ยวข้องมีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) และชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าวผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

Petchayapaisit (2009) ทำการศึกษาเรื่อง แนวทางและมาตรการทางกฎหมาย เกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่กล่าวว่ารัฐควรบัญญัติกฎหมายให้สอดคล้องกับบทบัญญัติ ในรัฐธรรมนูญ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกัน กำหนดสิทธิประโยชน์ที่จะให้แก่ผู้สูงอายุอย่าง ชัดเจน และไม่ก่อให้เกิดปัญหาในด้านการตีความอันจะเป็นผลเสียต่อผู้สูงอายุได้ โดยกำหนดสิทธิพื้นฐาน ของผู้สูงอายุในรูปของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกล่าวโดยสรุป การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทของชนชนนั้นคนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมคิดและต้องเป้าหมายออกแบบกิจกรรมงานดำเนินงานและวัดผลด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นบุคลากรที่ทำงานในพื้นที่และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้รับรู้ถึงสภาพปัญหาในการดำเนินงานจึงมองเห็นความสำคัญของการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยความร่วมมือของนักวิจัย และนักพัฒนาสนับสนุนหรือสร้างกระบวนการให้เกิดองค์ความรู้ ทักษะคิด หรือการร่วมมือปฏิบัติ ซึ่งมีการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาทุกขั้นตอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานชุมชน ได้แก่ ข้อมูลประชากร ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อ วิถีความเป็นอยู่
3. ประสานพื้นที่และชุมชน ขอความร่วมมือ เพื่อแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบ แผนงาน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนการลงพื้นที่วิจัยเพื่อเก็บข้อมูล
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ
5. นำข้อมูลที่จัดเก็บเป็นหมวดหมู่มาวิเคราะห์ตามชนิดของข้อมูลและวิเคราะห์เพื่อให้เห็นการพัฒนาแต่ละขั้นตอนอันจะนำไปสู่การสรุปผลเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์
6. ข้อมูลเชิงปริมาณนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญระดับ 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งได้ดังนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ ทศนคติที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในหน่วยงานเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ และความพร้อมในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 – มีนาคม พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูง และค่าต่ำสุด

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า มีลักษณะทางประชากร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (N=287)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	125	43.6
หญิง	162	56.4
2. อายุ		
26-30 ปี	15	5.2
31-35 ปี	79	27.5
36-40 ปี	126	43.9
41-45 ปี	67	23.3
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	191	66.6
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	72	25.1
สูงกว่าปริญญาตรี	24	8.4
4. ประเภทองค์กรที่สังกัด		
ท้องถิ่นจังหวัดกาฬสินธุ์	1	0.3
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	1	0.3
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	18	6.3
โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน	18	6.3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	58	20.2
อบต./เทศบาล	18	6.3
ที่ว่าการอำเภอ	18	6.3
อื่น ๆ	155	54.0

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (N=287)	ร้อยละ
5. ประสบการณ์การทำงานบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ		
ต่ำกว่า 1 ปี	76	26.5
1-2 ปี	136	47.4
3-5 ปี	75	26.1
6-10 ปี	76	26.5
6. ภาวะแทรกซ้อนของโรค		
งานกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่	90	31.4
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	2	0.7
อื่นๆ	195	67.9

จากตารางที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 รองลงมา คือ เพศชาย จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 43.6 ตามลำดับ

อายุ ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 36-40 ปี จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 รองลงมา มีอายุ 31-35 ปี จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 และอายุ 26-30 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 66.6 รองลงมา ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 25.1 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 8.4 ตามลำดับ

ประเภทองค์กรที่สังกัด ส่วนใหญ่จะเป็นประเภท อื่นๆ จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 และ โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, อบต./เทศบาล จำนวนเท่ากันคือ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ตามลำดับ

ประสบการณ์การทำงานบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 3-5 ปี จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมา 1-2 ปี จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 26.5 และ 6-10 ปี จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ตามลำดับ

บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มี อื่น ๆ จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมา งานกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับความรู้	จำนวน (n = 287)	ร้อยละ
ระดับมาก (มากกว่า 14.40 คะแนน)	118	41.1
ระดับปานกลาง (คะแนน 12.60-14.39 คะแนน)	131	45.6
ระดับน้อย (น้อยกว่า 12.60 คะแนน)	38	13.2

(Mean = 20.73, SD = 5.67, Min. = 1, Max = 28)

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาระดับความรู้เรื่องเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ระดับมาก จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 44.8 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 และมีความรู้อยู่ในระดับน้อย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับทัศนคติ	จำนวน (n = 287)	ร้อยละ
ระดับสูง (มากกว่า 100.01 คะแนน)	17	5.9
ระดับปานกลาง (75.01-100.00 คะแนน)	139	48.4
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 75.00 คะแนน)	131	45.6

(Mean = 77.48 คะแนน, S.D. = 12.93 คะแนน, Min = 40 คะแนน, Max = 115 คะแนน)

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาระดับทัศนคติที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ มีทัศนคติระดับปานกลาง จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4 รองลงมาคือ ทัศนคติระดับปานกลาง จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 45.6 และมีทัศนคติระดับสูง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ระดับการมีส่วนร่วมในหน่วยงานเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (n = 287)	ร้อยละ
ระดับสูง (มากกว่า 108 คะแนน)	4	1.4
ระดับปานกลาง (81.01-108 คะแนน)	77	26.8
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 81.00 คะแนน)	206	71.8

(Mean = 72.03 คะแนน, S.D. = 15.34 คะแนน, Min = 31 คะแนน, Max = 121 คะแนน)

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในหน่วยงานเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมระดับต่ำจำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมการปฏิบัติตัวอยู่ระดับปานกลาง จำนวน 77คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ระดับความพร้อมในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (n = 287)	ร้อยละ
ระดับสูง (มากกว่า 26 คะแนน)	79	27.5
ระดับปานกลาง (13 - 15 คะแนน)	92	32.1
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	116	40.4

(Mean = -13.70 คะแนน, S.D. = 2.87 คะแนน, Min = 4 คะแนน, Max = 19 คะแนน)

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาระดับระดับความพร้อมในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ระดับความพร้อมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1 และระดับน้อย จำนวน 79 คน คิดเป็น ร้อยละ 27.5 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า 5.3.1 ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวม มีความรู้มีค่าเฉลี่ย 20.73 คะแนน (S.D. = 5.67 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 28 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ในระดับมาก จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 44.8 รองลงมาคือ มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ

27.6 และมีความรู้อยู่ในระดับระดับน้อย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นาวิกัษ์ มูลสาร (2556) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนบ้านห้องแซง ตำบลห้องแซง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กระบวนการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ส่งผลให้แกนนำมีความรู้และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาและสามารถ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนกว่าก่อนพัฒนา และสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ธวัชชัย เต็มใจ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เพื่อ พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แบบบันทึกการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ รายบุคคลการสังเกตและการสนทนากลุ่ม พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 56.0) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.0) หลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผลหลังดำเนินงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง (ร้อยละ 76.0) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$)

ทัศนคติที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ทัศนคติต่อการกำหนด นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม มีความมิต่ำเฉลี่ยทัศนคติเท่ากับ 77.48 คะแนน (S.D.= 12.93 คะแนน) ค่าเฉลี่ยของระดับทัศนคติสูงสุด คือข้อที่ 6 ท่านเห็นด้วยกับนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่ส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการพื้นฐานที่รัฐจัดให้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kongtong & Romprasert (2015) พบว่าการที่หน่วยงานจัดให้มีบริการเพื่อผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นการเตรียมความพร้อมที่ดีเพื่อรองรับ การที่ประเทศไทยกำลังหรือเคลื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามหน่วยงานส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานภาครัฐ และรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานเหล่านี้จะมุ่งเน้นไปในเรื่องของการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุเพียงฝ่ายเดียว แต่ยังขาดเรื่องของการบูรณาการเกี่ยวกับความร่วมมือที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานหรือแม้แต่ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมหรือสวัสดิการที่รัฐได้มอบให้กับผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมในหน่วยงานเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การมี ส่วนร่วมในหน่วยงานเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ มีความมิต่ำเฉลี่ยสูงสุด คือการมี ส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ สะดวก และ รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา และคณะ (2557) เน้นบทบาท ในการประสานงานความร่วมมือและจัดกระบวนการต่าง ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้กลไกต่าง ๆ ในชุมชนเข้ามามี ส่วนประสานเชื่อมโยงและบูรณาการเครือข่ายการทำงานร่วมกัน การค้นหาและสำรวจข้อมูลสถานการณ์

ผู้สูงอายุ หรือสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุแล้วมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในหน่วยงานเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ และค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมรองลงมา คือ การที่หน่วยงานของท่านมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิสุทธิ บุญน้อยกอ (2544) การมีสมรรถนะ ภายองค์กรได้แก่ โครงสร้างบุคลากร งบประมาณ สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนความพยายามของ ผู้บริหาร ความร่วมมือจากประชาชน เป็นปัจจัยสำคัญของน่านโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ

ความพร้อมในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนด นโยบายการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกตามรายชื่อ พบว่า ความพร้อมด้านบุคลากรที่มารับผิดชอบ เกี่ยวกับนโยบายดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 94.4 รองลงมาคือ พร้อมด้านการบริหารจัดการ คือ อำนาจหน้าที่ของเทศบาล/ อบต. ครอบคลุมการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 สอดคล้องกับผลการวิจัย Petchayapaisit (2009) เรื่อง แนวทางและมาตรการทาง กฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่กล่าวว่ารัฐควรบัญญัติกฎหมายให้สอดคล้องกับ บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกัน กำหนดสิทธิประโยชน์ที่จะให้แก่ ผู้สูงอายุอย่างชัดเจน และไม่ก่อให้เกิดปัญหาในด้านการตีความอันจะเป็นผลเสียต่อผู้สูงอายุได้ โดยกำหนด สิทธิพื้นฐานของผู้สูงอายุในรูปของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ และความพร้อมด้านบุคลากร คือ บุคลากรใน การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 247 คน คิดเป็นร้อยละ 86.1 สอดคล้องกับรายงานการวิจัยโครงการการเงินการคลัง สำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (Suwanrada, 2010) ซึ่งระบุปัญหาของ ผู้ให้บริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในภาพรวม ได้แก่ ปัญหาเรื่องการจดทะเบียนจัดตั้งสถานบริการและ ศูนย์จัดส่งผู้ดูแล ซึ่งทำให้ไม่มีการกำหนดมาตรฐานของบุคลากรและสถานที่ รวมถึงคุณภาพการดูแลที่อาจ ไม่ได้รับมาตรฐานตามหลักการพยาบาลโดยในส่วนนี้ย่อมส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพของผู้ดูแล ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรรองรับดังกล่าว และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุชรินทร์ พิทยานันท์ และไพโรจน์ ภัทรนรากุล (2559) มาตรการเตรียมความพร้อมรับสังคมสูงอายุไทย เพื่อให้สังคมไทยปรับสภาพแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน รวมถึงสร้างมาตรฐานเพื่อให้มีความมั่นคงและ ปลอดภัย สำหรับสภาพแวดล้อมทั้ง 8 ด้าน คือ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเทคโนโลยี ด้านกฎหมายด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมและความพร้อมในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมระดับต่ำ ดังนั้นควรเน้นให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกับชุมชนได้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน ตำบล และร่วมจัดกิจกรรมต่าง ๆ และฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

- กานต์วี กอบสุข. (2554). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านโคกบรรเลง ตำบลบุঢ়าญี จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, คณะสาธาณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา และคณะ. (2557). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. วารสารวิจัยระบบสาธาณสุข, 8(2), เมษายน-มิถุนายน 2557.
- จันทรา เพียรดวงษ์. (2554). การพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลคันธารราษฎร์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, คณะสาธาณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จุฬารณย์ โสตะ. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชชัย เต็มใจ. (2555). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอำเภอปรังค์ภูจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, คณะสาธาณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์. (2546). นโยบายสาธาณะ. กรุงเทพฯ: ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาวิทักษ์ มูลสาร. (2556). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการรื้อองแขง ตำบลรื้อองแขง อำเภอลองนกา จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, คณะสาธาณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บรรลู่ ศิริพานิช. (2532). เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย กระทรวงสาธาณสุข.
- บุญมาก ไชยฤทธิ์. (2556). รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, คณะสาธาณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ไพบูลย์ เจริญวงศ์. (2556). *รูปแบบการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพผู้สูงอายุบ้านคำโพน ตำบลโพน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, คณะสาทรณศาสตร, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มยุรี อนุมานราชชน. (2547). *นโยบายสาทรณะ : แนวความคิด กระบวนการ และการวิเคราะห์*. เชียงใหม่: คณินิจการพิมพ์.
- วิสุทธิ บุญน้อยกอ. (2544). *ความสำเร็จในการนํานโยบายการจัดการมูลฝอยไปปฏิบัติของเทศบาลตำบล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริณี อินทรหนองไผ่. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ*. คณะพยาบาลศาสตร: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสาทรณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2556). *สรุปทิศทางการยุทธศาสตร สสจ.กาฬสินธุ์ ปี 2555-2560*. วันที่ค้นข้อมูล 12 พฤษภาคม 2562, เข้าถึงได้จาก http://203.157.186.15/files_news/1_2559%20edited%2025590126.pdf.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2550). *รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน*. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ปี 2555 – 2559*. วันที่ค้นข้อมูล 12 ธันวาคม 2557, เข้าถึงได้จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=395>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักงานกฤษฎมนตรี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร. (2555). *การสาทรณสุขไทย*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหาร.
- สุชา จันทรเฒ. (2531). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชรินทร์ ฬิรยานันท์ และไพโรจน์ ภัทรนรากุล. (2562). *การศึกษานโยบายและมาตรการเชิงกลยุทธ์ในการดูแลสวัสดิการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุไทย*. คณะรัฐประศาสนศาสตร, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). *สังคมวิทยาชุมชน*. ขอนแก่น: สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา คณะมนุษยศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Hamilton, N., & Bhatti, T. (1996). *Population Health Promotion : an Integrated Model of Population Health and Health Promotion*. Ottawa: Health Promotion Development. Division Health Canada.

- Kongtong, Y., & Romprasert, S. (2015). *Policy response on sustained Thailand aging population growth*. Proceedings of the International Conference on Global Business, Economics, Finance and Social Sciences (GB15_Thai Conference) Bangkok, Thailand, 20-22 February 2015. Paper ID: T527.
- Petchayapaisit, C. (2009). *Guidelines and Legal Measures related to Elderly Welfare in Thailand*. Retrieved August 14, 2019, from http://www.RESguidelines-legal-measuresrelating-welfare-Thailand_HSRI_1999.pdf
- Suwanrada, W. (2010). *Systhesis of long term care System for the elderly in Thailand*. Research Report. Foundation of Thai Geronthology Research and Development Institute.