



การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ :
ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2556-2558

**THE IMPLEMENTATION OF HEALTH CARE POLICY FOR SENIOR
CITIZENS : A CASE STUDY OF THE BANGKOK METROPOLITAN
ADMINISTRATION IN 2013-2015**

สุรินทร์ กปิตถา ณ อยุธยา

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
สถาบันรัฐประศาสนศาสตร์
วิทยาลัยรัฐกิจ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2558



**THE IMPLEMENTATION OF HEALTH CARE POLICY FOR SENIOR
CITIZENS : A CASE STUDY OF THE BANGKOK METROPOLITAN
ADMINISTRATION IN 2013-2015)**

BY

SURINTORN KAPITATHA NA AYUDHYA

**A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR**

THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY IN PUBLIC ADMINISTRATION

INSTITUTE OF PUBLIC ADMINISTRATION

COLLEGE OF GOVERNMENT

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2015



คุษฎีนิพนธ์เรื่อง

การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ :
ศึกษาระดับกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2556-2558

โดย

สุรินทร์ กปิธถาณ อยุรยา

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2558

ศ.ดร.สมบูรณ์ สุขสำราญ
ประธานกรรมการสอบ

รศ.ดร.จุมพล หนิมพานิช
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

รศ.ดร.โกวิทย์ พวงงาม
กรรมการ

รศ.ดร.ปิยากร หวังมหาพร
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.นภเรณู สัจจรักษ์ ธีระจิติ
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ.ร.ต.หญิง ดร.วรรณิ สุขสาตร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

2 มิถุนายน 2558



Dissertation entitled

**THE IMPLEMENTATION OF HEALTH CARE POLICY FOR SENIOR
CITIZENS : A CASE STUDY OF THE BANGKOK METROPOLITAN
ADMINISTRATION IN 2013-2015**

by

SURINTORN KAPITATHA NA AYUDHYA

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Doctor of Philosophy in Public Administration

Rangsit University

Academic Year 2015



Prof. Somboon Suksamran, Ph.D.

Examination Committee Chairperson



Assoc. Prof. Jumpol Nimpanich, Ph.D.

Member and Advisor



Assoc. Prof. Kowsit Puang-ngam, Ph.D.

Member



Assoc. Prof. Piyakorn Whangmahaporn, Ph.D.

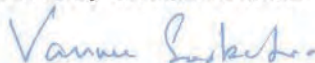
Member and Co-Advisor



Asst. Prof. Nopraenu Sajjarax Dhirathiti, Ph.D.

Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School



(Asst. Prof. Plt. Off. Vanee Sooksatra, D. Eng.)

Dean of Graduate School

June 2, 2015

กิตติกรรมประกาศ

ในการที่คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จุมพล หนีมพานิช อาจารย์ที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษาทั้งทางด้านการวิเคราะห์ เอกสารอ้างอิงและตรวจสอบต้นฉบับคุษฎีนิพนธ์ อันเป็นผลให้การวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นยิ่งไปกว่านั้น ความเอาใจใส่ดูแลตลอดเวลาในการดำเนินงานเป็นสิ่งที่ผู้ทำคุษฎีนิพนธ์มีความซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง และใคร่ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. สมบูรณ์ สุขสำราญ ประธานกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ที่ให้แนวความคิดตลอดจนชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย อีกทั้งใคร่ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.โกวิท พวงงาม รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยากร หวังมหาพร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นภเรณู สัจจรัญ ธีระฐิติ คณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่มีค่า ทำให้เสริมการวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยสำนึกในคุณค่าของตำรา เอกสารอ้างอิง และความรู้จากคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้นำมากล่าวอ้างไว้ด้วยความเคารพอย่างสูง ความอนุเคราะห์และเกื้อกูลจากคณาจารย์ทุกท่าน ที่กล่าวไว้และไม่ได้กล่าวไว้ในที่นี้ จะถูกจารึกในจิตใจของผู้ทำวิจัยด้วยความระลึกถึงตลอดไป

สุรินทร์ กปีตธา ณ อยุธยา

ผู้วิจัย

5307330 : สาขาวิชาเอก : รัฐประศาสนศาสตร์ ; ปร.ด. (รัฐประศาสนศาสตร์)

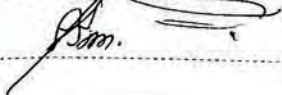
คำสำคัญ : การนำนโยบายไปปฏิบัติ, การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สุรินทร์ กปิตตา ณ อยู่ชยา: การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณี กรุงเทพมหานคร ในปี 2556-2558 (THE IMPLEMENTATION OF HEALTH CARE POLICY FOR SENIOR CITIZENS : A CASE STUDY OF THE BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION IN 2013-2015) อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก : รศ.ดร.จุมพล หนิมพานิช, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : รศ.ดร.ปิยากร หวังมหาพร, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร.นภเรณู สัจจรักษ์ ธีระจิตติ, 306 หน้า.

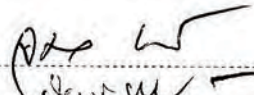
คุณฉันทิพนธ์นี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นมาของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 รวมทั้งศึกษารูปแบบความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 และศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

ผลการวิจัยพบว่า กรุงเทพมหานครมีนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยปรากฏอยู่ในรูปของยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2556-2575) อีกทั้งหน่วยงานในสังกัดของกรุงเทพมหานคร ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งนำนโยบายของแผนหลักดังกล่าวมากำหนดในแผนปฏิบัติราชการของแต่ละหน่วยงานอีกด้วย การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 โดยภาพรวมแล้วกรุงเทพมหานครประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับที่น่าพอใจ โดยปัจจัยที่มีผลเชิงบวกทำให้เกิดความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร คือ วัตถุประสงค์ของนโยบายที่มีมาตรฐานและชัดเจน ที่ส่งผลต่อการให้ความสำคัญในการสร้างความเข้าใจในนโยบายให้กับบุคลากรและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ส่วนปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้แก่ ทรัพยากรและบุคลากรที่ไม่เพียงพอ รวมถึงสภาพทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคมที่อยู่นอกเหนือการควบคุมแนวทางในการแก้ไขคือ ความพยายามในการลดข้อจำกัดดังกล่าว และปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ การเมืองและสังคม

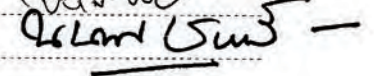
ลายมือชื่อนักศึกษา



ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา



ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

5307330 : MAJOR: PUBLIC ADMINISTRATION; Ph.D.

(PUBLIC ADMINISTRATION)

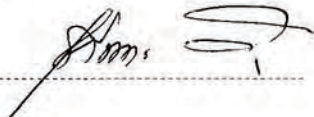
KEYWORDS : HEALTH CARE FOR SENIOR CITIZENS

SURINTORN KAPITATHA NA AYUDHYA : THE IMPLEMENTATION OF HEALTH CARE POLICY FOR SENIOR CITIZENS : A CASE STUDY OF THE BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION IN 2013-2015. ADVISOR ASSOC.PROF.JUMPOL NIMPANICH, Ph.D. MEMBER AND ADVISOR ASSOC. PROF. PIYAKORN WHANGMAHAPORN, Ph.D. MEMBER AND CO-ADVISOR ASSOC.PROF. NOPRAENUE SAJJARAX DHIRATHITI, Ph.D. 306 p.

This dissertation aimed to study implementation of senior citizen health care policy of Bangkok Metropolitan Authority (BMA) between 2013 to 2015, factors affecting the implementation, and the problems concerning the implementation during the years. The scope included guidelines of solutions to those problems.

According to the results, it was found that Bangkok Metropolitan Authority's health care policy regarding senior citizen was structured parallel to phase 1 of Quality of Life of Senior Citizen Development Plan (2014-2017), and 20-year Development Plan of Bangkok Metropolitan (2013-2032). Nevertheless, BMA's organizational operation responsible for senior citizen health care was implemented in line with the action plans of the organization. In conclusion, overview of senior citizen health care policy implementation of Bangkok Metropolitan Authority was in satisfactory level. Standardized and clear objectives of the policy was the factors affecting progress of policy implementation, the success of which was based on deep understanding of BMA personal, and communication pattern within the organization. The problems mostly found were lack of human and other resources, and impacts of economic, political, and social situations. In terms of the guidelines of solutions to those problems, an attempt to minimize the problems was needed so as to keep track of the operational improvement along with political, social, and economic factors.

Student's Signature.....



Dissertation Advisor's Signature.....

JUMPOL NIMPANICH

Dissertation Co-Advisor's Signature.....

Piyakorn Whangmahaporn

Dissertation Co-Advisor's Signature.....

N.S. Dhirathiti

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามของการวิจัย	9
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	10
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	10
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	12
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	15
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	16
2.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการนํา นโยบายไปปฏิบัติ	18
2.2 แนวคิดที่เกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ	69
2.3 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการนํา นโยบายไปปฏิบัติในรูปแบบของแผนงาน	91
2.4 แนวคิดที่เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ	98
2.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	143
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	145
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	172
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	176
3.1 รูปแบบการวิจัย	176

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	180
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	182
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	184
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของ กรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558	188
4.1 ภาพรวมความเป็นมาของแผน/แผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร	189
4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของ กรุงเทพมหานคร	225
4.3 ความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของ กรุงเทพมหานคร	257
4.4 ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร	269
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	275
5.1 สรุปผลการวิจัย	275
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	278
5.3 ข้อเสนอแนะการวิจัย	281
บรรณานุกรม	285
ภาคผนวก	300
ภาคผนวก ก รายงานผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	301
ประวัติผู้วิจัย	306

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ	130
2.2 สถานสงเคราะห์คนชรา 13 แห่ง	133
3.1 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก	181
3.2 แสดงจำนวนผู้ร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ	182
4.1 มาตรการย่อยและดัชนีชี้วัด รวมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการที่ 2	197
4.2 มาตรการย่อยและดัชนีชี้วัด รวมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในยุทธศาสตร์ที่ 2 มาตรการที่ 2	198
4.3 มาตรการย่อยและดัชนีชี้วัด รวมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในยุทธศาสตร์ที่ 2 มาตรการที่ 4	199
4.4 แนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน โยบายหรือแผนไปสู่ภาคปฏิบัติ	274

สารบัญรูป

รูปที่	หน้า
2.1	
2.1	ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn 33
2.2	
2.2	ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ Mazmanian and Sabatier 38
2.3	
2.3	รูปแบบแสดงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ Edwards 40
2.4	
2.4	โครงสร้างหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุไทย 120
2.5	
2.5	กรอบแนวคิดของการวิจัยที่ประยุกต์จากตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn 175
3.1	
3.1	การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า 187

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุในความหมายของสังคมไทยนั้น คือ ร่มโพธิ์ร่มไทร ที่เรายังให้ความสำคัญยกย่อง เพราะมีคุณค่าทั้งต่อครอบครัวและสังคม ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะลดสถานภาพและบทบาทลงไปบ้าง แต่ก็ยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับคนรุ่นลูกหลานได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุจึงเป็นที่พึ่งและที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของลูกหลาน ปกป้องคุ้มครองให้ลูกหลานมีความสุข ให้ความอบอุ่น ร่มเย็น เป็นที่เคารพนับถือ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเปรียบได้กับต้นไม้โพธิ์ ต้นไทร ที่มีกิ่งก้านแผ่ปกคลุมเป็นร่มเงาที่พึ่งได้ทั้งกายและทางใจให้แก่ลูกหลาน

สังคมไทยในปัจจุบันยังคงให้การยกย่องผู้สูงอายุ สิ่ง que แสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน คือการมีวันผู้สูงอายุ ที่กำหนดขึ้นในวันตรุษสงกรานต์ของทุกปี โดยลูกหลานแม้อยู่ห่างไกลก็จะเดินทางกลับมาแสดงความเคารพ ผู้สูงอายุจึงเป็นเสมือนศูนย์กลางของจิตใจสำหรับลูกหลาน เมื่อสังคมและครอบครัวยกย่องท่านเช่นนี้ ผู้สูงอายุจึงต้องวางตัวให้ดี ไม่ให้ลูกหลานตำหนิได้ ครอบตัวให้เป็นผู้สูงอายุที่ดี จะได้รับการยกย่อง และยอมรับจากสังคมและชุมชน ไปที่ใดผู้คนก็ยังเรียกขานว่า ตา-ยาย หรือ ลุง-ป้า อันเป็นลักษณะเฉพาะของสังคมไทยที่แสดงถึงการให้ความสำคัญยกย่อง ผู้สูงอายุไทย โดยทั่วไปเป็นคน ไม่อยู่นิ่งดูตาย จะดูแลครอบครัว ทำงานในบ้านเท่าที่จะทำได้ และในด้านศาสนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้อยู่ในศีลในธรรม เข้าวัด ฟังธรรม มีเมตตาธรรม เอื้ออาทรผู้ที่เดือดร้อน ไม่เบียดเบียนผู้ใด สร้างบุญสร้างกุศล การที่ท่านเป็นผู้ที่สั่งสมความดีงาม มีความประพฤติที่ดี ทำดีพลเมืองดี ทำหน้าที่ทางสังคมอย่างต่อเนื่องเช่นนี้ ผู้สูงอายุจึงได้รับการยกย่องจากผู้คน และเป็นอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีในชุมชน และสังคม การที่ผู้สูงอายุมีคุณค่าต่อสังคม เพราะท่านได้ผ่านการทำความดีมาแล้ว อย่างน้อยที่สุด คือ การได้อบรมเลี้ยงดูลูกหลานจนเติบโตเป็นคนดี มีหน้าที่การงานดี นอกจากนี้ผู้สูงอายุต่างก็มีประสบการณ์ชีวิตมากมาย สามารถแยกแยะสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด ประสบการณ์ความรู้เหล่านี้ย่อมสืบสานภูมิปัญญาพื้นถิ่นต่อไปสู่คนรุ่นใหม่

ได้เป็นอย่างดี ทั้งวัฒนธรรม ประเพณี พิธีกรรมต่างๆ นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์แห่งผู้รู้ คือ ผู้สูงอายุ
ทุกคนนั่นเอง

นอกจากนี้ ผู้สูงอายวยังมีบทบาทในฐานะผู้ผลิต ทำงานสร้างรายได้เลี้ยงดูลูกหลาน หรือเคย
เป็นกำลังสำคัญทางด้านเศรษฐกิจมาก่อน ท่านจึงเป็นชุมทรัพย์ทางปัญญาแก่ชุมชน และสังคมด้วย
ดังคำกล่าวที่ว่า ผู้สูงอายุคือ ชุมทรัพย์ของสังคมเพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เต็มเปี่ยมด้วยประสบการณ์
สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ของตนเข้ากับวัยอื่นๆ ได้ มิใช่เป็นคนแก่ที่ไร้ค่าของสังคม(ประเวศ
วะสี, 2549: 22) จากรากฐานความกตัญญูรู้คุณต่อบุพการี และผู้มีบุญคุณที่มีอยู่ในจิตใจของคนไทย
ซึ่งเป็นค่านิยมอันดีงามของสังคมไทย ลูกหลานจึงแสดงออกถึงความกตัญญูที่มีต่อผู้สูงอายุ ได้แก่
บุตรหลานมารดน้ำคำหัวในวันปีใหม่สงกรานต์ ให้ความเคารพ เชื่อฟังคำสั่งสอน อุปการะด้วยการ
มอบทรัพย์สินเงินทอง เอาใจใส่สุขภาพ นอกจากนี้ยังแสดงออกได้โดยการบรรเทาแทนบุญคุณ
ลูกหลานที่เป็นหญิงอาจบวชชีพรามณ์ให้พ่อแม่ สังคมไทยถือว่าการไม่ทดแทนคุณ ไม่กตัญญู
จัดเป็นบาป ถูกสังคมตำหนิ ไม่ควรเอาเป็นเยี่ยงอย่าง สิ่งนี้เป็นการตอบแทนทางสังคม ที่อาจหาได้
ยากยิ่งในสังคมอื่น

สังคมและครอบครัวจึงควรสร้างความเชื่อมั่น ให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็น
ผู้สูงอายุ ด้วยการที่ลูกหลานให้ความเคารพยกย่อง เชื่อฟังสิ่งที่ท่านอบรมสั่งสอน ร่วมกับการเปิด
โอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงาน เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุภูมิใจ ว่ายังคงเป็นกำลังแรงงานให้
ครอบครัวได้ เช่น ช่วยลูกหลานค้าขาย ทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน หรือสนับสนุนให้เข้าร่วมในกิจกรรม
สาธารณะ เป็นกรรมการชุมชน กรรมการวัดก็เป็นการสร้างความภาคภูมิใจให้ ว่าได้ช่วยเหลือผู้อื่น
ตลอดมา ไม่แตกต่างไปจากอดีต และช่วยลดความโดดเดี่ยวได้ ที่สำคัญคือ ช่วยเสริมสร้างกำลังใจ
ให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง มีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี สังคมภายนอกอาจมองว่าผู้สูงอายุมี
ชีวิตที่โดดเดี่ยว ขาดการดูแลเอาใจใส่ มีความเหงา สิ้นหวัง แต่สังคมไทยไม่เป็นเช่นนั้น การที่
ครอบครัวมีปู่ ย่า ตา ยาย ยังอาศัยอยู่ด้วยกันนั้น ยังคงปรากฏให้เห็นได้ทั่วไปในสังคม การได้อยู่
ร่วมกันเช่นนี้จะไม่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งนอกจากความสัมพันธ์ทางสังคมภายในบ้านแล้ว
ผู้สูงอายุก็นิยมมีเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมอาชีพ เพื่อนที่วัด เวะเวียนมาพบกัน ทั้งที่ชุมชนและในงานการ
กุศลต่างๆ ส่วนการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจชอบอยู่อย่างเงียบๆ ไม่ชอบสังคมกับใคร นั้นมิใช่เพราะ
ความเหงา แต่เพราะท่านไม่ชอบวุ่นวายกับใคร เราจึงควรหาแนวทางให้ผู้สูงอายุได้ทำในสิ่งต่างๆ
ทุกวัน ไม่ปล่อยให้เวลาผ่านไปโดยไม่ได้ทำอะไรเลย

เพราะผู้สูงอายุตั้งร่ำโพธิ์ร่ำไทร เป็นที่พึ่งพิงทางใจและเป็นทีเคารพนับถือของบุตรหลาน เป็นชุมทรัพย์ของสังคมเราจึงสามารถเปรียบผู้สูงอายุได้ว่าเป็นเสาหลักของครอบครัวและเป็นคลังทางปัญญาที่ทรงพลังในการถ่ายทอดมรดกทางสังคม (Socialization) ให้คงอยู่ชั่วลูกชั่วหลาน แต่การถ่ายทอดพลังทางปัญญา (Tacit Knowledge) ของผู้สูงอายุย่อมอ่อนแรงไปตามอายุขัยที่ชี้ให้เห็นว่าบุคคลย่อมมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นและนำไปสู่การลดลงของพลังความสามารถทางปัญญา สืบเนื่องมาจากกฎของธรรมชาติความไม่เที่ยงแท้แน่นอนของสรรพสิ่ง ซึ่งเป็นลักษณะของสิ่งทั้งปวงคือ “ไตรลักษณ์” ประกอบด้วยลักษณะสามประการ คือ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา (พุทธทาสภิกขุ, 2535: 24-28) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของทฤษฎีการทำลายตนเอง (Auto Immune Theory) ที่เชื่อว่าคนเราเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันน้อยลง พร้อมๆ กับมีการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้นทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดีเท่าที่ควร เป็นผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมถอยของสรีรร่างกาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539: 229)

จากพระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบันที่ตรัสไว้ว่า “ความแก่นี่เป็นกำลัง ถ้าอายุมากขึ้นก็เป็นประโยชน์ได้เปรียบ เรียกว่ามีประสบการณ์ คนที่อายุมากถ้ารักษาความดี รักษาคุณ สมบัติคุณธรรมก็ได้เปรียบคนที่อายุน้อย และในประเทศชาติถ้ามีคนที่มีอายุมากและได้เปรียบ ชาติบ้านเมืองจะก้าวหน้าได้” (พระราชดำรัสพระราชทานแก่คณะบุคคลต่างๆ ที่เข้าเฝ้าฯ ถวายชัยมงคลในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา ณ ศาลาดุสิดาลัย สวนจิตรลดา ที่มา: <http://www.arunsawat.com>, 5 ธันวาคม 2554 จะเห็นได้ว่า พระราชดำรัสดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความเชื่อมั่นในศักยภาพและบทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อสังคมไทย

ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงเป็นพลังในการพัฒนาสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553: 55) และได้กล่าวไว้ว่า ประชากรสูงอายุในโลกรวมเพิ่มขึ้น เกิดผลกระทบจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ ได้แก่ เกิดการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติทั้งแรงงานที่มีฝีมือและไร้ฝีมือ เพื่อทดแทนกำลังแรงงานในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและสังคมของประเทศนั้นๆ เกิดความหลากหลายทางวัฒนธรรม ขณะเดียวกันเกิดภาวะสมองไหล โครงสร้างการใช้จ่ายงบประมาณเปลี่ยนแปลงไป ประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้งบประมาณสำหรับการลงทุนพัฒนาในด้านอื่นๆ ลดลง ซึ่งประเทศที่พัฒนา

แล้วส่วนใหญ่ เช่น ฝรั่งเศส สวีเดน สหรัฐอเมริกา อิตาลี และญี่ปุ่น ได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมานานกว่า 40-50 ปี ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนา อาทิ เกาหลี สิงคโปร์ จีน อินเดีย เวียดนาม และประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553: 9)

จากการคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติและสถาบันวิจัยประชากรหลายแห่ง เช่น สำนักสำมะโนสหรัฐอเมริกา สถาบันประชากรศึกษาของฝรั่งเศส เป็นต้น มีรายงานที่สอดคล้องกันว่า สังคมโลกจะมีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากร และก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุมากขึ้น ประชากรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกๆ ปี โดยในปี ค.ศ. 2014 ประชากรทั่วโลกมีถึง 7.2 พันล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกมี 2 พันกว่าล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 โดยทวีปเอเชียยังคงเป็นทวีปที่มีสัดส่วนประชากรโลกมากที่สุดเมื่อเทียบกับทวีปอื่นๆ

เมื่อพิจารณาถึงทิศทางของอายุขัยเฉลี่ยของคนในสังคมปัจจุบัน พบว่า อายุขัยเฉลี่ยของคนจะเพิ่มมากขึ้นเป็นจุดชี้ให้เห็นถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย เนื่องจากอัตราการตายที่ลดลงเพราะความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสาธารณสุข มีการคาดการณ์อายุขัยเฉลี่ยในอนาคตพบว่าในช่วงปี ค.ศ. 2050 ประชากรโลกจะมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 75.6 ปี เมื่ออัตราการเกิดลดลงและอัตราการตายก็ลดลงด้วย ทำให้กลุ่มผู้สูงวัยกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในสังคม จากผลการวิจัยจากองค์การสหประชาชาติเมื่อปี ค.ศ. 2013 ระบุว่า ประชากรโลกจะเพิ่มเป็น 9,600 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 และจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจาก 840 ล้านคนในปัจจุบัน เป็น 2,000 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 และเพิ่มเกือบเป็น 3,000 ล้านคนในอีก 85 ปีข้างหน้า (ปี ค.ศ. 2100)

พัฒนาการของเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ก้าวไปไกลทำให้คนทั่วโลกและคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น จำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้โครงสร้างประชากรของโลกและของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วดังที่กล่าวมาแล้ว สำหรับประเทศไทยเราจะเห็นว่าประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มีการคาดการณ์ว่า จากสัดส่วนประชากรเด็ก : แรงงาน : ผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.5: 67.6: 11.9 ตามลำดับในปี พ.ศ. 2553 จะเปลี่ยนเป็นร้อยละ 18.3: 66.9: 14.8 ตามลำดับในปี พ.ศ. 2559 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553: 15-16) ประชากรผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนร้อยละ 11.9 ในปัจจุบัน และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 14.8 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) แสดงให้เห็นว่าประเทศ

ไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 จากการคาดการณ์ทำให้เห็นแนวโน้มว่าในอีก 15 ปีข้างหน้า (ปี พ.ศ. 2573) จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ นั่นหมายความว่าในประชากรทุกๆ 4 คนจะมีผู้สูงอายุ 1 คน อัตราการเพิ่มแบบนี้เรียกว่าเป็นการเพิ่มที่ทวีคูณของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และไม่ใช่แค่เพียงประเทศไทยประเทศเดียว แต่เป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นกับทุกประเทศอย่างต่อเนื่อง

ปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก ครอบครัวในสังคมไทยจำนวนมากที่ประสบปัญหาไม่สามารถรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุบางส่วนจึงต้องไปพึ่งภาครัฐ ทำให้หน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องดำเนินการเตรียมความพร้อมจัดทำนโยบายและแผนระยะยาวไว้รองรับเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรดังปรากฏในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการรองรับภาวะผู้สูงอายุไว้ 5 ยุทธศาสตร์ โดยยุทธศาสตร์สำคัญลำดับแรกคือ ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และในปี พ.ศ. 2546 ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้ร่วมกันผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งตามพระราชบัญญัติดังกล่าวในมาตรา 11 บัญญัติไว้ว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน ในด้านต่างๆ จากภาครัฐ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2547 เป็นต้นมาโดยแก้ไขให้สอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 53 ที่กำหนดให้บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการ และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากภาครัฐ

สำหรับการตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุนั้น ภาครัฐเริ่มให้ความสนใจนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นมา โดยเริ่มนำนโยบายผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาประเทศ และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตลอดเรื่อยมา เห็นได้จากการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 ต่อเนื่องด้วยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งกฎหมายดังกล่าวได้กำหนดสิทธิผู้สูงอายุที่จะต้องได้รับตามกฎหมาย เช่น การบริการทางการแพทย์ การบริการทางการศึกษา การประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ เป็นต้น ส่วนภารกิจต่างๆ ข้างต้น เช่น การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การจัดงานศพตามประเพณี และสถานสงเคราะห์คนชรา การ

ดำเนินการเพื่อคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุนผู้สูงอายุ ให้ส่วนราชการทั้งส่วนกลางส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น รวมทั้งรัฐวิสาหกิจเป็นผู้ดำเนินการ และจะต้องคำนึงถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งที่พบในการบริหารงานภาครัฐคือ ความสามารถในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ได้หรือไม่ซึ่งนโยบายที่กำหนดขึ้นเป็นนโยบายสาธารณะที่จะต้องแปลงให้เป็นกิจกรรมที่ภาครัฐจัดทำขึ้นเพื่อประชาชนและสังคมโดยรวม ดังนั้น ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติคือ เจ้าหน้าที่รัฐ ทำให้ความมีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายนั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่รัฐเช่นกัน ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ (Government by the Efficient) สามารถนำนโยบายสาธารณะมาแปลงเป็นแผนงานและมีโครงการรองรับ อีกทั้งการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจะต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อแปลงเป้าหมายวัตถุประสงค์ของนโยบาย และการจัดสรรทรัพยากร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม

เพราะเห็นความสำคัญดังกล่าว ประเทศไทยจึงได้กำหนดนโยบายระดับชาติควบคู่ไปกับการพัฒนาที่เน้นคุณภาพของคนให้เป็นศูนย์กลางในการพัฒนา โดยทำให้สังคมไทยในอนาคตเป็น “สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” รัฐบาลจึงได้ร่วมกับคณะกรรมการผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนนโยบาย รวมไปถึงกระทรวงที่เกี่ยวข้องทุกกระทรวงที่บูรณาการร่วมกัน ในการขับเคลื่อนนโยบายในการสนับสนุนผู้สูงอายุรวม 3 ด้าน คือ นโยบายด้านแรก คือ อยู่อย่างสบายกาย รัฐบาลได้มีการปรับค่าเบี้ยการจ่ายเบี้ยจ้างรายเดือนจาก 500 บาท เป็นระบบขั้นบันได ควบคู่กับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ 30 บาท รองรับดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทุกโรงพยาบาล ประสานงานกับหน่วยงานในการจัดหาสถานที่ที่จะอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุทุกคนให้เหมาะสมรวมถึงการสนับสนุน สร้างวินัยในการออมภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติประจำปี พ.ศ. 2554 นโยบายด้านที่สอง คือ การอยู่อย่างมีคุณค่า โดยการถ่ายทอดเจตนารมณ์และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ รวมถึงรณรงค์ให้ลูกหลานตระหนักถึงการเคารพผู้สูงอายุ เห็นคุณค่าความเสียสละที่ท่านมีให้กับลูกหลานและคนรุ่นหลัง สร้างเวทีที่จะขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุทุกท่านได้ร่วมถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับคนรุ่นใหม่อวมถึงการขยายโอกาสในการประกอบอาชีพให้เหมาะสมกับสุขภาพ เวลาและสถานที่ นโยบายด้านที่สาม คือ ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างมีความสุขกายและสุขใจ ด้วยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถพบปะพูดคุยกัน แลกเปลี่ยน และทำกิจกรรมร่วมกัน มีกิจกรรมที่เรียกว่า คน 3 วัย แต่ใจตรงกัน คือ ผู้สูงอายุคนวัยทำงาน และลูกหลานรวมอยู่ในสถานที่ชุมชน เพื่อให้ชุมชน

เกิดความร่มเย็น และมีความอบอุ่น (ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร, ที่มา : <http://media.thaigov.go.th>, 10 กันยายน 2555)

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางความเจริญเติบโตในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม และเทคโนโลยี จนพัฒนาเป็นศูนย์กลางด้านเศรษฐกิจการค้า การบริการของภูมิภาค เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ถูกจัดลำดับให้เป็นมหานครที่มีขนาดใหญ่อันดับที่ 15 ของโลก และมีชื่อเสียงด้านศิลปวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์แบบไทยและประชาชนยิ้มแย้มแจ่มใสตามสัญญา “สยามเมืองยิ้ม” และยังมีสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม มีสาธารณูปโภคต่างๆ อย่างครบสมบูรณ์ ความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทำให้ประชากรล้นไหลเข้าอาศัยอย่างหนาแน่น เพราะความเป็นเมือง นำมาซึ่งโอกาสและการมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างสะดวกสบาย มีช่องทางการประกอบอาชีพมากขึ้น แต่ความเป็นเมืองได้ส่งผลให้เกิดปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ จำนวนประชากรหนาแน่น การจราจรติดขัด เกิดชุมชนแออัด การอยู่อาศัยมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ประชาชนต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเพิ่มขึ้น สภาพแวดล้อมตามธรรมชาติและอาคารสิ่งก่อสร้างในหลายพื้นที่เสื่อมโทรม ปริมาณมลพิษทางอากาศเสียง และน้ำเสียในคูคลองและแม่น้ำเพิ่มขึ้น ตามด้วยอาชญากรรม ยาเสพติด เป็นต้น

นอกจากบทบาทการเป็นเมืองหลวงของประเทศแล้ว กรุงเทพมหานครยังเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ “ระดั้มหานคร” ซึ่งมีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและสภากรุงเทพมหานครที่มาจากการเลือกตั้งเป็นผู้บริหาร มีพื้นที่การปกครองแบ่งเป็น 50 เขต มีหน่วยงานในสังกัดประกอบด้วยหน่วยงานสนับสนุนและหน่วยงานปฏิบัติจำนวน 69 หน่วย มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมกับวัยในการดำรงชีวิตปี พ.ศ. 2553 กรุงเทพมหานครมีชุมชนตามทะเบียน 2,007 ชุมชน มีงบประมาณรายรับ 46,179 ล้านบาท และงบประมาณรายจ่าย 40,488 ล้านบาท สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำสำมะโนประชากรและเคหะ ในปี พ.ศ. 2553 โดยสรุปผลเบื้องต้นว่า มีผู้ที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานคร 8.25 ล้านคน หญิง 4.25 ล้านคน ชาย 4 ล้านคน สัญชาติไทย 7.8 ล้านคน และมีครัวเรือน 2.8 ล้านครัวเรือน ขณะที่มีประชากรตามทะเบียนบ้าน ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 5.7 ล้านคน (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร, 2553: 3)

เมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรกรุงเทพมหานครนั้น พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยตามทะเบียนราษฎรในปี พ.ศ. 2538, พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2554 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 456,000, 587,000 และ 728,695 คน คิดเป็นร้อยละ 6.69, 7.69 และ 13.20 ตามลำดับ (ข้อมูลผู้สูงอายุ

รายนาม (กรุงเทพมหานคร), ที่มา: <http://www.cps.chula.ac.th>, 15 มีนาคม 2554) จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยและกรุงเทพมหานครนั้น มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาจำนวนประชากรผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ที่เพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ เนื่องจากกรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางความเจริญไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ และสังคม มีการแข่งขันกันสูง ส่งผลให้สังคมเมืองอย่างกรุงเทพมหานครมีความรีบเร่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน เวลาเอาใจใส่ดูแลกัน ในครอบครัวมีน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มอยู่อย่างโดดเดี่ยวตามลำพัง หรืออยู่เฉพาะคู่สามีภรรยามากขึ้น และส่วนใหญ่มักอยู่ในภาวะพึ่งพิงช่วยตนเองไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาขาดผู้ดูแลเนื่องจากมีบุตรน้อย หรือบุตรหลานมีความจำเป็นต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุก่อนข้างสูง ส่งผลต่อเนื่องทำให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุถูกทำร้ายร่างกาย และจิตใจจากผู้ดูแลที่ไม่มีคุณภาพ ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพไปสู่การทอดทิ้งผู้สูงอายุในที่สุด (พีระพงษ์ สายเชื้อ, (29 เมษายน 2553) ที่มา : <http://www.backtohome.org>, 22 พฤษภาคม 2554)

จากปัญหาที่ได้อธิบายมาในข้างต้น ทำให้กรุงเทพมหานครมีนโยบายและแผนสำหรับดูแลผู้สูงอายุ โดยในนโยบายหลักเพื่อความสุรอบด้านของกรุงเทพมหานคร นั้นมีนโยบายด้านที่ 5 สุขภาพดีจริง มีเป้าหมายส่งเสริมให้กรุงเทพมหานครเป็นมหานครที่เข้มแข็งด้วยนโยบายสุขภาพที่จะทำให้ทุกคนแข็งแรง โดยเน้นไปที่การจัดตั้งศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจัดตั้งกองทุนเบี้ยยังชีพเลี้ยงดูผู้สูงอายุด้วยเงินดูแลแบบขั้นบันได ส่วนแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยแผนบริหารราชการกรุงเทพมหานคร แผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร แผนปฏิบัติการประจำปีสำนักพัฒนาสังคม แผนปฏิบัติการประจำปีสำนักอนามัย และแผนปฏิบัติการประจำปีสำนักการแพทย์ ซึ่งแผนงานดำเนินการในแต่ละแผนมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุด้วย คือ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ที่ตั้งเป้าไว้ว่า จะพัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งคุณภาพชีวิตที่ดีและมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม ซึ่งในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ในพิธีเปิด “กิจกรรมเนื่องในวันผู้สูงอายุสากล” กรุงเทพมหานครได้ประกาศในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) โดยมีเนื้อหาให้ทุกหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร บูรณาการการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้านให้มีการติดตามผลและกำหนดตัวชี้วัดทุกปี ซึ่ง 1 ใน 5 ด้านนั้นให้ความสำคัญกับการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้สร้างมาตรการการเตรียมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ แนะนำประชากรเรื่องการวางแผนดูแลสุขภาพและออมเงิน

จากนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) ที่มีเป้าหมายมุ่งพัฒนากรุงเทพมหานครให้มีความพร้อมในทุกๆ ด้านทั้งความปลอดภัย ให้ผู้คนอยู่อย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสร้างสิ่งแวดล้อมให้สะอาดสวยงาม พัฒนาส่งเสริมระบบดูแลสุขภาพให้ห่างไกลโรค ส่งเสริมโอกาสให้ประชาชนทุกช่วงวัยดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุนั้น ภาครัฐไม่ละเลยที่จะดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและคนพิการสามารถเข้าถึงสวัสดิการ สาธารณูปโภคและสิ่งอำนวยความสะดวกได้อย่างทั่วถึง มีมาตรการเพิ่มเติมที่ขึ้นเพื่อคนพิการและผู้สูงอายุ 100 คน ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการสร้างแรงจูงใจกรณีไม่ป่วยทั้งปีรับฟรี 1,000 บาท แลตรวจสุขภาพฟรี การดูแลผู้สูงอายุครบวงจร โดยมีศูนย์บริการผู้สูงอายุเปิดให้บริการครบทั้ง 50 เขต (จะแล้วเสร็จจำนวน 20 เขตภายใน 4 ปี) การยกระดับศูนย์ผู้สูงอายุใกล้บ้าน และการเพิ่มบริการสุขภาพ 24 ชั่วโมง ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ทุกพื้นที่ ปรับปรุงทางเท้าและทำทางลาดสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุที่ใช้วีลแชร์ (เพิ่มขึ้น 360 เส้นทาง/ปี) จากนโยบายหลักนี้ ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ และสำนักพัฒนาสังคมได้นำไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในหน่วยงานของตนเอง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจอย่างยิ่งในการทำวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2556-2558” เพื่อศึกษาว่า ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ รวมทั้งสามารถอธิบายถึงความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ และยังทราบว่ามีปัญหาอุปสรรคใดบ้างที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติรวมทั้งแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งทราบถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในด้านการดำเนินนโยบายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและสร้างมาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตแก่ผู้สูงอายุในอนาคตและสอดคล้องกับนโยบายเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติต่อไป

1.2 คำถามของการวิจัย

1) การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครมีความเป็นมาอย่างไร

2) มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในกรุงเทพมหานคร

3) ความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในกรุงเทพมหานครมีมากน้อยเพียงใด

4) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขอะไรบ้างที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในกรุงเทพมหานคร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาความเป็นมาของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

3) เพื่อศึกษารูปแบบความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

4) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2556-2558” ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1) ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านเนื้อหาไว้ดังนี้ 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ 2) ความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ และ 3) ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ โดยพิจารณาจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2558 เป็นส่วนใหญ่

2) ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดผู้มีส่วนร่วม ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

2.1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) หมายถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายและการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ โดยจัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับผู้กำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ระดับผู้นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ 3) ระดับผู้ติดตามนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

2.2) กลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ และประธานกลุ่มที่รับผิดชอบดูแลชมรมผู้สูงอายุในแต่ละเขต ทั้งหมด 50 เขต

3) ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาเฉพาะหน่วยงานที่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากแผนบริหารราชการกรุงเทพมหานคร 2556-2559 ได้กำหนดให้หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ คือ สำนักพัฒนาสังคม สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ สำนักวัฒนธรรม กีฬา และการท่องเที่ยว และสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล

4) ขอบเขตด้านระยะเวลา

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 – ธันวาคม พ.ศ. 2558 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 1 ปี 6 เดือน โดยผู้วิจัยมีแผนในการดำเนินงานคือ 1) ศึกษาจากเอกสารและทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่เดือน มิถุนายน-ธันวาคม 2557 2) สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2558 – สิงหาคม 2558 และ 3) วิเคราะห์เนื้อหาหาตีความและเขียนเนื้อหาเชิงลึกรวมทั้งสรุปผลตั้งแต่เดือนกันยายน 2558 – ธันวาคม 2558

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ โดยที่แปลงนโยบายมาเป็นแผน / แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้นโยบายนั้นบรรลุเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมหรือการบริการต่างๆ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกรุงเทพมหานคร จัดให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร เน้นระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การช่วยเหลือทางสังคมด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงโดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ และมีทะเบียนบ้านอยู่ในกรุงเทพมหานคร

การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ โดยการแปลงเป็นแผน / แผนงาน โครงการ กิจกรรมหรือการบริการต่างๆ ที่เน้นระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือ การบริการทางสังคมและการช่วยเหลือทางสังคมด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ หมายถึง วัตถุประสงค์ของนโยบายทรัพยากรของนโยบายการสื่อสารระหว่างองค์การและ กิจกรรมเพื่อให้มีการบังคับใช้ให้ได้ผล ลักษณะของหน่วยปฏิบัติ สภาวะหรือเงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม และทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

1) วัตถุประสงค์ของนโยบาย หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ 1) ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับสภาพปัญหาของนโยบาย หรือวัตถุประสงค์ของนโยบายสามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาหรือไม่ และ 2) ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของนโยบาย

2) ทรัพยากรของนโยบาย หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ 1) การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสม 2) ปริมาณและคุณภาพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีเพียงพอและเหมาะสม และ 3) วัสดุอุปกรณ์มีเพียงพอ ทันสมัย อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้

3) การสื่อสารระหว่างองค์การและ กิจกรรมเพื่อให้มีการบังคับใช้ให้ได้ผล หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ 1) ความสามารถในการโน้มน้าวใจให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติให้ดำเนินงานตามนโยบายที่วางไว้ และ 2) ความสามารถในการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์การ

4) ลักษณะของหน่วยปฏิบัติ หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ 1) รูปแบบความซับซ้อนของโครงสร้างหน่วยปฏิบัติ 2) ความชัดเจนของอำนาจหน้าที่ของหน่วยปฏิบัติ และ 3) ความเหมาะสมของระเบียบ ข้อบังคับ

5) สภาวะ หรือเงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ 1) การสนับสนุน ให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนด้านงบประมาณและ 3) การติดตามผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ

6) ทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ 1) ผลกระทบที่จะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และ 2) ความขัดแย้งที่มีต่อค่านิยมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

ความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ หมายถึง ตัวชี้วัดด้านผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตัวชี้วัดด้านกลไกและพฤติกรรมในองค์กร และตัวชี้วัดด้านตัวนโยบาย

1) ตัวชี้วัดด้านผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ 1) ตัวชี้วัดด้านความรู้ความชำนาญทางเทคนิคและทักษะทางการเมืองในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ 2) ตัวชี้วัดด้านทัศนคติของผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ 3) ตัวชี้วัดผลกระทบที่จะมีต่อพฤติกรรมของผู้นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ 4) ตัวชี้วัดด้านค่านิยมของผู้นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ และ 5) ตัวชี้วัดด้านอำนาจ ศักดิ์ศรี และผลประโยชน์ของผู้นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

2) ตัวชี้วัดด้านกลไกและพฤติกรรมในองค์กร หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ 1) การติดต่อสื่อสาร 2) ทรัพยากร 3) ภูมิหลังและค่านิยมของผู้ปฏิบัติ 4) ขั้นตอนมาตรฐานในการทำงาน และ 5) การติดตามตรวจตรา

3) ตัวชี้วัดด้านตัวนโยบาย หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ 1) ประเภทของนโยบาย 2) ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทนโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้องต่างๆ และ 4) ความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ปัญหาอุปสรรคการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ หมายถึง ปัญหาของผู้นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ที่ยังไม่สามารถดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จตามความต้องการของผู้สูงอายุ

แนวทางการแก้ไขการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ หมายถึง การกำหนดวิสัยทัศน์ เพื่อวางแผนในการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติที่เหมาะสมตรงความต้องการของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ทำให้ทราบความเป็นมาของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร
- 2) ทำให้ทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร
- 3) ทำให้ทราบความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร
- 4) ทำให้ทราบปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร
- 5) ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติและนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงกับองค์กรที่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่อื่น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2556-2558” ผู้วิจัยได้ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยได้รวบรวมประเด็นที่สำคัญต่างๆ เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น สาระสำคัญในการนำเสนอจึงประกอบด้วยแนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ แนวคิดที่เกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติในรูปของแผนงาน แนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การสร้ากรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.1.1 แนวคิดและพัฒนาการของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

2.1.2 ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.1.3 การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.1.4 ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.1.5 ตัวชี้วัดความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.2 แนวคิดที่เกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ

2.2.1 นโยบายผู้สูงอายุในระดับสากล

1) หลักการผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติและหลักการของสหประชาชาติ
สำหรับการดูแลสิทธิผู้สูงอายุ

2) ปฏิญญามาตรึกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุปฏิญญามาตราว่าด้วยเรื่องแผนปฏิบัติการ
เรื่องผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกและปฏิญญาบรูไนดารุสซาลามว่าด้วยการเสริมสร้างความ
เข้มแข็งของสถาบันครอบครัว : การดูแลผู้สูงอายุ

3) ประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุ

2.2.2 นโยบายและแผนผู้สูงอายุในประเทศ

1) การดำเนินงานในระยะเริ่มต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุแห่งชาติ และการจัดตั้งกรรมการ
ผู้สูงอายุแห่งชาติ

2) แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับ
ที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

3) นโยบายภาครัฐสำหรับผู้สูงอายุ นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว
และการจัดสวัสดิการสังคมเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

2.3 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติในรูปของการแปลง
นโยบายให้เป็นแผน /แผนงาน/โครงการ

2.3.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)

2.3.2 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550

2.3.3 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

2.3.4 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย

2.3.5 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560)

2.4 แนวคิดที่เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

2.4.1 การดูแลผู้สูงอายุ

2.4.2 รูปแบบของการดูแล

2.4.3 แนวคิดมาตรฐานการดูแลที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- 2.4.4 การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
- 2.4.5 ระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย
- 2.4.6 ระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ

2.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- 2.5.1 ทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The Salutogenic Theory)
- 2.5.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)
- 2.5.3 ทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (Erikson's Theory)
- 2.5.4 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.6.1 งานวิจัยในประเทศ
- 2.6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ในหัวข้อนี้กล่าวถึงแนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับแนวคิดและพัฒนาการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ พัฒนาการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ และตัวชี้วัดความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ทฤษฎีและกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยจึงสรุปในประเด็นที่สำคัญๆ ได้ดังนี้

2.1.1 แนวคิดและพัฒนาการของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

Policy Implementation หรือการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการนโยบาย (Policy Process) ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการออกนโยบายหรือกฎหมาย

ตามแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ (System Theory) นั้น Policy Implementation ยังมีฐานะเป็น “กระบวนการ” (As Process) เป็น “ผลผลิต” (As Output) และเป็น “ผลลัพธ์” (As Outcome) ในฐานะที่เป็น “กระบวนการ” ได้แก่ กรณีของการตัดสินใจของฝ่ายนิติบัญญัติที่มีอำนาจที่ชอบธรรมที่ก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ส่วน ในฐานะที่เป็นผลผลิต เช่น ระดับค่าใช้จ่ายที่ผูกพันต่อแผนงาน เป็นต้น และในฐานะที่เป็นผลลัพธ์ Policy Implementation มีระดับของความเป็นนามธรรมสูงมาก มีนัยของการเปลี่ยนแปลงที่สามารถวัดหรือสังเกตได้ในปัญหาใหญ่ๆ ที่เกิดขึ้น (Lester and Stewart, 2000: 104-105)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า “Policy Implementation” เป็นแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรม ขณะเดียวกัน ยังมีฐานะเป็น “กระบวนการ” “ผลผลิต” และ “ผลลัพธ์” ที่มีตัวแสดง องค์การ เทคนิคในการติดตามควบคุมที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย

แนวคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์การวิเคราะห์นโยบายซึ่ง เป็นความรู้ในสาขาสังคมศาสตร์ แต่ในระยะแรกยังไม่มีความชัดเจนในประเด็นของเนื้อหา และ องค์ความรู้ (Body of Knowledge) (Cothran, 1987: 459) อีกทั้งการศึกษานำนโยบายไปปฏิบัติ ต้องใช้เวลาและทรัพยากรจำนวนมาก ทำให้ดูเหมือนว่าถูกมองข้ามไปในเชิงวิชาการ (Van Meter and Van Horn, 1975: 450-451)

ต่อมาในทศวรรษ 1970 ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนแปลงเอกลักษณ์ขององค์ความรู้ต่างๆ ในด้าน รัฐประศาสนศาสตร์ ทฤษฎีองค์การ การวิจัยเชิงการบริหารภาครัฐ และรัฐศาสตร์ จึงมีนักวิชาการหันมาสนใจศึกษาในเรื่องดังกล่าวมากขึ้น (Schofield and Sausman, 2004: 235-248) โดยการศึกษา การนำนโยบายไปปฏิบัติในระยะแรกนั้น อยู่ภายในกรอบพื้นฐานของทฤษฎีองค์การ เพราะ นักวิชาการมีความเห็นว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จที่สำคัญ คือ ความสามารถขององค์การ (Williams, 1971: 144) ในปี ค.ศ. 1970 เพรสแมน และวิลดาฟสกี (Pressman and Wildavsky) ได้ศึกษาความล้มเหลวของโครงการสร้างงานขนาดใหญ่ของรัฐบาล กลางสหรัฐอเมริกา ในการสร้างงานให้กับคนผิวดำที่เมืองโอคแลนด์ รัฐแคลิฟอร์เนีย ซึ่งการศึกษานี้เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จุดประกายความคิดให้นักวิชาการรุ่นหลังที่สนใจด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติได้สร้างผลงานตามมามากมายจนถึงปัจจุบัน (สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2552: 396)

ต่อมา ช่วงปี ค.ศ. 1975 แวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น (Van Meter and Van Horn) ได้ให้ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติว่าเป็นการกระทำโดยปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มคน ซึ่งมีผลต่อการบรรลุความสำเร็จของวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า (Van Meter and Van Horn, 1975: 202) นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการอีกหลายท่านได้ให้ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติไว้เช่น ฮานเดิล (Handale) เสนอไว้ว่า เป็นกระบวนการในการเปลี่ยนทรัพยากรมาเป็นสินค้าและบริการ ซึ่งส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ (Handale, 1976: 6) ในขณะที่ ฮาร์โกรฟ (Hargrove) มีความเห็นว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติมีกระบวนการ เวลาที่เกิดขึ้น และมีตัวแสดงที่แตกต่างกัน แต่มีความเชื่อมโยงกันอยู่ที่ 2 กระบวนการ ผลลัพธ์ของการจัดการเชิงกลยุทธ์และความสามารถในการทำตามกลยุทธ์และแผน que เลือกไว้ (Hargrove, 1975: 2-3)

ในทศวรรษที่ 20 การนำนโยบายไปปฏิบัติเน้นการสังเกตปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นหรือถูกกระทำให้เกิดขึ้น ซึ่งให้ความสำคัญกับการกระทำของกลุ่มบุคคล และผู้มีหน้าที่กำหนดการกระทำนั้น อีกทั้งยังเน้นการตรวจสอบระดับของการกระทำว่ามีความสัมพันธ์กับตัวนโยบายอย่างไร แนวคิดของการนำนโยบายไปปฏิบัติในลักษณะนี้ ได้รับการพิจารณาว่าเป็นลำดับขั้นของการตอบสนอง (Series of Responses) ต่ออุดมการณ์ ข้อผูกพัน สภาพแวดล้อม และหน่วยงานหรือกลุ่มต่างๆ ที่พยายามเข้ามามีอิทธิพลหรือควบคุมการกระทำนั้น (Barrett and Fudge, 1981: 12-13) และมองว่าเป็นการนำการตัดสินใจ นโยบายที่ได้กระทำไว้ไปลงมือปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จ โดยส่วนมากจะเป็นการร่วมกันทำงานภายใต้ขอบเขตของกฎหมายที่ผ่านความเห็นชอบของฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายตุลาการ (Mazmanian and Sabatier, 1982: 542) รวมถึงเชื่อว่า นโยบายเป็นตัวกำหนดทิศทาง การเปลี่ยนแปลง ซึ่งหน่วยงานของรัฐต้องแปลงแผนต่างๆ ในทางนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เห็นนโยบายเกิดผลขึ้นจริง (Gerston, 1983: 95) นอกจากนี้ ยังมีทัศนะที่เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดขึ้นตามมาหลังจากที่กฎหมายให้อำนาจกับแผนงาน นโยบาย ผลประโยชน์ ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม กล่าวคือ กิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นพร้อมกับเจตนาของแผนงาน หรือผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการกระทำ หรือไม่กระทำของผู้มีอำนาจตัดสินใจกลุ่มต่างๆ (Ripley and Franklin, 1986: 4)

ในช่วงปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมานั้น การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติมีหลากหลายมุมมอง โดยมองว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะขององค์กร ในการใช้ทรัพยากรทางการจัดการทั้งหลาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบายที่ตั้งไว้ (Kerr, 1996: 351-363) และการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นเป็นการลงมือปฏิบัติ (The Act of Implemented) หรือสถานะที่ได้ปฏิบัติแล้ว (State of Having Been

Implemented) ความหมายดังกล่าวครอบคลุมการดำเนินการในหลายด้าน ส่งผลให้การวิเคราะห์ การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่สามารถมุ่งศึกษาเพียงความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ต้องมองในแง่มุมอื่นๆ ด้วย (Jan-Erik, 1997: 296-316) และการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นเกิดขึ้นระหว่างองค์การไม่ใช่องค์การใดองค์การหนึ่งเท่านั้น (Henry, 2004: 145)

จากที่กล่าวมาจึงอาจสรุปได้ว่า แนวคิดและพัฒนาการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีมุมมองที่หลากหลาย การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติในระยะแรกเชื่อมโยง หรืออยู่ภายในกรอบพื้นฐานของทฤษฎีองค์การ เนื่องจากมองว่าความสามารถขององค์การ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จ ต่อมาเน้นศึกษาการกระทำโดยปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มคน ซึ่งมีผลต่อการบรรลุความสำเร็จของวัตถุประสงค์ (เน้นปฏิสัมพันธ์ของการกำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย) หลังจากนั้น เน้นการศึกษาที่ครอบคลุมถึงการสังเกตปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้น หรือพฤติกรรมกระทำนั้นๆ ว่ามีความสัมพันธ์กับตัวนโยบายอย่างไร ส่วนในช่วงปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติมีมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น โดยมองว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการลงมือปฏิบัติ หรือสถานะที่ได้ปฏิบัติแล้ว ซึ่งครอบคลุมการดำเนินการในหลายด้าน ส่งผลให้การวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติต้องพิจารณาในหลากหลายแง่มุม ประกอบกันให้ความสำคัญกับการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะขององค์การในการใช้ทรัพยากรทางการจัดการทั้งหลาย และเน้นที่การนำนโยบายไปปฏิบัติระหว่างองค์การ

2.1.2 ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของกระบวนการนำนโยบายสาธารณะ และเป็นภารกิจหลักของระบบบริหารซึ่งเป็นการนำเอาเจตนารมณ์ของฝ่ายการเมืองที่ได้กำหนดเป็นนโยบายนำไปปฏิบัติให้บรรลุผล และทางเลือกของนโยบายที่จะนำไปปฏิบัติจะอยู่ในรูปของกฎหมาย คำสั่ง มติคณะรัฐมนตรีหรือประกาศกระทรวง (Mazmanian and Sabatier, 1989: 143) แม้ว่าจะมีการกำหนดนโยบายที่ดีแต่การนำนโยบายไปปฏิบัติมักจะเป็นขั้นตอนที่ถูกละเลยและไม่ให้ความสำคัญมากนัก อย่างไรก็ตามนักวิชาการในประเทศที่พัฒนาแล้วได้พยายามศึกษาและหาข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาเฉพาะกรณีจำนวนหนึ่งมาอธิบายปรากฏการณ์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติและเพื่อให้มีความเข้าใจในแนวคิดและทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

นักวิชาการเกี่ยวกับทฤษฎีองค์การเป็นกลุ่มแรกที่สนใจการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยสันนิษฐานว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติน่าจะเกี่ยวข้องกับโครงสร้างขององค์การ หรืออาจเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมองค์การ ผลการศึกษาเรื่องการนำนโยบายไปปฏิบัติที่สำคัญ คือ การบริหารนโยบายของหน่วยงานในเมืองไอคแลนด์ รัฐแคลิฟอร์เนียของเพรสแมน และวิลดาฟสกี ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเศรษฐกิจของเมือง โดยการสร้างงานให้กับคนผิวสี แต่นโยบายดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จ นักวิชาการทั้งสองได้ติดตามการทำงานของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติเป็นเวลา 3 ปี โดยการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมทั้งการศึกษาจากเอกสารและวิเคราะห์ตัวตน นโยบายไปด้วยว่ามีความเหมาะสมผลหรือไม่ การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการพยายามศึกษาขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างแท้จริง (Pressman and Wildavsky, 1973)

การศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation) มีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการศึกษาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ เพราะภายหลังจากการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมแล้ว การนำนโยบายที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนต่อไปที่มีความสำคัญ แต่มักถูกละเลยและไม่ให้ความสำคัญทั้งที่เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในการชี้ความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบาย (Mazmanian and Sabatier, 1983)

คำจำกัดความของคำว่า “การนำนโยบายไปปฏิบัติ” (Policy Implementation) มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ทั้งที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ในพจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Mazmanian and Sabatier, 1983) อธิบายความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติว่า หมายถึง กระบวนการนำการตัดสินใจของนโยบายหลักที่อยู่ในรูปต่างๆ เช่น กฎหมาย คำพิพากษาของศาล คำสั่งของฝ่ายบริหาร หรือพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกาตามระบอบรัฐสภา หรือมติของคณะรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีไปปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีความหมายอย่างกว้างของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังนี้

การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง การกระทำโดยคนหรือกลุ่มของภาครัฐและเอกชนที่มุ่งให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การกระทำนี้มีทั้งความพยายามครั้งเดียวและความพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะแปลงการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ อันเป็นผลทำให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่หรือที่ละน้อยตามที่กำหนดไว้ (Van 1975: 10-16) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติกระทำผ่านขั้นตอนต่างๆ หลายขั้น เริ่มตั้งแต่การเสนอร่างพระราชบัญญัติไปจนเกิดการทำตาม ตลอดจนเกิดผล

กระทบที่เป็นไปตามที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ จนถึงท้ายที่สุดมีการแก้ไขหรือพยายามแก้ไขพระราชบัญญัติ (Mazmanian and Sabatier, 1983) การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการของนโยบายที่ต้องอาศัย การเชื่อมโยงและพึ่งพาอาศัยกับส่วนอื่นกระบวนการนโยบายด้วย (Nagamura and Smallwood, 1980) นอกจากนี้ยังหมายถึง ความพยายามที่จะตัดสินใจความสามารถขององค์การในการรวบรวมคน และทรัพยากรในหน่วยงานหนึ่งๆ และพยายามกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติงาน ให้บรรลุผลสำเร็จตาม วัตถุประสงค์ขององค์การ (Williams, 1971: 133-168)

ในความเห็นของนักวิชาการของไทยนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง องค์การ ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น สามารถนำและกระตุ้นให้ทรัพยากรทางการ บริหารไม่ว่าจะเป็นบุคคล หรืองบประมาณ ตลอดจนกลไกที่สำคัญต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติงาน ให้ บรรลุตามนโยบายที่ระบุไว้หรือได้ไม่แค่นั้น เพียงใด เป็นการแสวงหาวิธีการและแนวทางเพื่อ ปรับปรุงนโยบายแผนงานและ โครงการให้ดีขึ้น โดยเน้นถึงสมรรถนะขององค์การในแต่ละด้านว่ามี มากน้อยเพียงใดและผลักดันให้นโยบายบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (วรเดช จันทรศร, 2539 : 297-316) ซึ่งการแปลงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบาย ทั้งที่กฎหมาย/คำสั่งของรัฐบาลหรือ คณะรัฐมนตรีให้เป็นแนวทาง/แผนงาน/โครงการ กิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ประกอบด้วยการจัดหา ทรัพยากรต่างๆ เพื่อดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ การวางแผน โครงการเพื่อตอบสนอง วัตถุประสงค์ที่กำหนด การออกแบบองค์การและการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนิน โครงการที่กำหนดไว้ (มยุรี อนุমানราชชน, 2541) โดยที่กระบวนการเป็นผลต่อเนื่องมาจากขั้นตอน การกำหนดนโยบาย นอกจากนั้นยังมีการกำหนดเป้าหมายไว้ล่วงหน้าว่าผลสุดท้ายเป็นอย่างไร (สมพร เพ็ญจันทร์, 2552) ซึ่งนักวิชาการส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันในประเด็นที่สำคัญ 2 ประเด็น คือ

ประเด็นที่หนึ่ง การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่ใช่เป็นการดำเนินกิจกรรมที่เกิดขึ้นชั่วครั้ง ชั่วคราว แต่มีความต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง และแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กันตลอดเวลา ส่วนประเด็น ที่สอง คือ การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายของนโยบาย ก่อนนำนโยบายไปปฏิบัติต้องมีตัวนโยบายและเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ด้วย นั่นคือ การนำ นโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนนโยบายทั้งหมด โดยเป็นขั้นตอนที่สืบเนื่องมาจากการกำหนด นโยบาย (สุภชัย ยาวะประภาส, 2552)

จากนิยามของนักวิชาการชาวไทยและชาวต่างประเทศดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการการดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแปลงนโยบายมาเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ในการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้น จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบายไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่นำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีกระบวนการดำเนินการ ทรัพยากรการบริหาร การจัดองค์การที่เอื้อต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติและการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นเรื่องของการบริหาร นโยบายโดยหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายเพื่อให้ นโยบายนั้นบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การนำนโยบายไปปฏิบัติในกรอบที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงหมายถึง การศึกษาถึงกระบวนการของการดำเนินงานต่างๆ ระหว่างองค์การที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบายที่ตั้งไว้

2.1.3 การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจแยกออกเป็นช่วงตามยุคของการศึกษา ดังนี้

ยุคกรณีศึกษา (ค.ศ.1970-1975) ในช่วงนี้เป็นการศึกษาโดยใช้กรณีศึกษาเป็นสำคัญ อาจเป็นกรณีศึกษาเพียงกรณีเดียวหรือหลายกรณี การศึกษาในช่วงนี้ใช้ตัวแปรในการศึกษาบางครั้งมากไป บางครั้งน้อยไป และถือว่ามีความพยายามน้อยมากในการพัฒนาตัวแบบที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์หรือให้แนวทางเกี่ยวกับการบรรเทาปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ต่อมาในช่วงกลางทศวรรษ 1970 นักวิชาการที่สนใจศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงเริ่มให้ความสนใจการพัฒนาตัวแบบมากขึ้น

ยุคการสร้างตัวแบบ (ค.ศ.1975-1980) ในช่วงนี้มีความพยายามสร้างองค์ความรู้การนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งจากตัวแบบบนลงล่าง เช่น งานของแวน มิเตอร์ (Donald Van Meter) และแวนฮอร์น (Carl Van Horn) ซาบาร์เทีย (Sabatier) แมสมาเนียน (Mazmanian) และเอ็ดเวิร์ด (George Edwards) และตัวแบบจากล่างขึ้นบน เช่น งานของเอลมอร์ (Richard Elmore) ลิปสกี (Michael Lipsky) เป็นต้น

ยุคการทดสอบตัวแบบ (ค.ศ. 1980-1985) เป็นช่วงของการนำตัวแบบต่างๆ มาทดสอบเพื่ออธิบายความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำเอานโยบายไปปฏิบัติมากขึ้น โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์

ยุคการสังเคราะห์และทบทวน (ค.ศ. 1985-ปัจจุบัน) การศึกษาในช่วงนี้มีความพยายามที่จะผสมผสานการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติตามตัวแบบจากล่างขึ้นบนและจากบนลงล่างเข้าด้วยกัน เพื่อสร้างตัวแบบใหม่ขึ้นมา เพื่อแก้ไขปัญหาการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติในยุคแรก นักวิชาการที่พยายามสังเคราะห์และทบทวนตัวแบบ เช่น เอลมอร์ ซาบาร์เทีย และ ก็อกกิน (Malcolm and Goggin) เป็นต้น

2.1.4 ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จากที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น จะพบว่าแนวคิดและทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติมีพัฒนาการมาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970 ส่งผลให้มีแนวคิดและทฤษฎีจำนวนมากที่เสนอมาเพื่ออธิบายการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งนี้การจะแยกว่าอะไรเป็นแนวคิด อะไรเป็นทฤษฎีนั้นขึ้นอยู่กับนักวิชาการท่านนั้นๆ ระบุไว้ว่าอย่างไร ในข้อเท็จจริงของการสร้างแนวคิดและทฤษฎีที่ผ่านมา คือ มีสิ่งที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันในบางส่วน ซึ่งทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษา วิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ สามารถแบ่งแยกออกเป็น 3 แนวคิดหลักๆ ดังนี้ (Pulzl and Treib, 2007: 90-97)

1) การนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Top-Down Theories) เน้นที่ตัวนโยบายและการควบคุมการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยผู้กำหนดนโยบายเป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติมากกว่าตัวผู้ปฏิบัติ (วรเดช จันทรศร, 2551: 76) ทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีการวิเคราะห์ระบบ (System Analysis) ที่มองว่านโยบายเป็นผลทางตรงที่นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ และมองข้ามผลกระทบที่ตัวผู้ปฏิบัติทำให้เกิดขึ้นรวมทั้งให้ความสำคัญกับนโยบายในฐานะเป็นปัจจัยนำเข้า ในขณะที่การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นผลผลิต กล่าวโดยรวมได้ว่าทฤษฎีนี้ยึดตัวแบบระบบเชิงเหตุผล (Rational System Model) หรือตัวแบบในอุดมคติที่มุ่งตอบคำถามที่ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติที่สมบูรณ์เป็นอย่างไร (Parsons, 1995: 465)

โดยสรุปทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่างเป็นการให้ความสำคัญกับชนชั้นนำในการทำหน้าที่ตัดสินใจในนโยบายนั้น ๆ ซึ่งนักทฤษฎีที่สำคัญตามแนวคิดนี้ประกอบด้วย Pressman and Wildavsky, Van Meter and Van Horn และ Mazmanian and Sabatier รวมถึง Edwards เป็นต้น โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1.1) Pressman and Wildavsky (1973: xxi) อธิบายการนำนโยบายไปปฏิบัติในลักษณะปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้กับการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น และเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear Relationship) งานวิจัยจึงมุ่งวิเคราะห์หาคำตอบว่า การที่จะบรรลุวัตถุประสงค์นั้น มีอะไรเป็นอุปสรรค

จากการศึกษาของ Pressman and Wildavsky เรื่องความสัมพันธ์ของนโยบายการสร้างงาน ให้ชนกลุ่มน้อยในเมืองโอ๊คแลนด์ พบว่า นโยบายส่วนใหญ่มีลักษณะ การปฏิบัติแบบบนลงล่าง โครงสร้างเป็นไปตามลำดับชั้น มีหน่วยงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทำให้ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคให้นโยบายไม่สำเร็จ ได้แก่การมีจุดตัดสินใจมากเกินไป ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้โครงการล่าช้า นอกจากนั้น ยังต้องพบเจอกับการต่อต้านจากฝ่ายการเมือง ซึ่งสามารถสรุปเป็นภาพรวมตัวแปรที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1.1.1) ตัวแปรที่ส่งผลต่อการกำหนดคน นโยบาย ได้แก่ความเหมาะสมของประชากรในพื้นที่ ความร่วมมือของท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

1.1.2) ตัวแปรด้านความสลับซับซ้อนในการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ความสามารถในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ความซับซ้อนของกระบวนการตัดสินใจ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาความล่าช้าของโครงการ เป็นต้น

1.1.3) ตัวแปรเชื่อมโยงนโยบายกับการปฏิบัติ ได้แก่ความสามารถในการเรียนรู้จากประสบการณ์ กระบวนการดำเนินนโยบายที่ไม่ประสบผลสำเร็จ และการขาดทฤษฎีที่เหมาะสมเพื่อใช้อธิบายลักษณะของนโยบาย (วรเดช จันทรศร, 2551: 76-80)

1.2) Van Meter and Van Horn (1975) ได้นำเสนอแนวทางการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบบนลงล่าง โดยมีลักษณะสำคัญของปัจจัย 6 ประการที่มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของนโยบายมีลักษณะสำคัญ (อ้างถึงในศุภชัย ยาวะประภาส, 2549: 106-110) ดังนี้

1.2.1) วัตถุประสงค์ของนโยบาย ในการศึกษาว่าปัจจัยอะไรมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของนโยบายที่เกิดขึ้น สิ่งที่สำคัญแรกสุดที่ต้องกระทำคือ การแยกแยะให้ชัดเจนว่า วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายมีอะไรบ้าง ทั้งนี้เนื่องจากวัตถุประสงค์เป็นเกณฑ์ใช้ประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ จึงเสมือนหนึ่งเป็นกรอบกำหนดแนวทางปฏิบัติต่างๆ วัตถุประสงค์เป็นส่วนขยายเป้าหมายรวมของนโยบายให้ชัดเจน แจ่มแจ้งยิ่งขึ้น ทำให้เป้าหมายมีลักษณะเป็นรูปธรรมที่ง่ายต่อการเข้าใจ ในหลายกรณีวัตถุประสงค์เขียนไว้ชัดเจน และง่ายต่อการวัด เช่น นโยบายการจ้างงานในชนบทของประเทศหนึ่งอาจเขียนไว้ชัดเจนว่าต้องการสร้างงานพัฒนาต่างๆ ในชนบทโดยเฉพาะในเรื่องการสร้างถนนหนทาง และถาวรวัตถุต่างๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนา ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ชาวชนบทโดยเฉพาะที่อยู่ห่างไกลได้มีงานทำในช่วงฤดูที่ว่างจากการทำงานในท้องถิ่น การที่จะแน่ใจว่านโยบายนี้นำไปปฏิบัติแล้วได้ผลหรือไม่ ต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะสร้างงานได้จำนวนเท่าไร ประเภทใดบ้าง จะทำให้ใครมีงานทำเพิ่มขึ้นบ้าง เป็นผู้หญิงกี่คน ผู้ชายกี่คน อย่างไรก็ตาม การแยกแยะวัตถุประสงค์ของนโยบายให้ชัดเจนเป็นเรื่องที่ทำได้ค่อนข้างยาก เพราะนโยบายทั่วไปมักมีขอบเขตกว้างขวางมีเป้าหมายที่คลุมเครือและบางครั้งยังขัดแย้งกันเอง การพยายามแยกแยะวัตถุประสงค์ของนโยบายออกมาให้ชัดเจนจึงเป็นเรื่องลำบาก สิ่งที่ทำได้คือการศึกษาด่วนนโยบายนั้นเอง โดยเฉพาะส่วนที่มีการบันทึกไว้เป็นตัวอักษรแล้ว นำมาตีความอีกทีหนึ่งว่าวัตถุประสงค์และมาตรฐานของนโยบายคืออะไร

1.2.2) ทรัพยากรนโยบาย นอกจากวัตถุประสงค์และมาตรฐานที่กำหนดไว้ชัดเจนแล้วต้องมีการระบุทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นต่อการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติด้วย ทรัพยากรนโยบายหมายถึงถึง งบประมาณ และผลประโยชน์ตอบแทนอื่นๆ ที่จะเป็นตัวเร่งให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยทั่วไป ทรัพยากรที่มักเป็นปัญหาคือ งบประมาณ หลายครั้งที่งบประมาณไม่เพียงพอ หรือเพียงพอแต่การเบิกจ่ายมักล่าช้าเสียเวลาในการศึกษาเรื่องการสร้างเมืองใหม่ขึ้นในเมืองเดิมที่ทรุดโทรมเก่าแก่เดอริคให้ข้อสังเกตว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติตามนโยบายนั้น ล้มเหลวคือ งบประมาณที่จำกัด ทั้งนี้เนื่องจากประธานาธิบดีของสหรัฐอเมริกามีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องนักว่า ถ้ารัฐบาลกลางให้ความช่วยเหลือในเรื่องของที่ดินสำหรับการพัฒนาขึ้นเป็นเมืองใหม่แล้ว รัฐบาลท้องถิ่นต่างๆ จะสามารถรับผิดชอบ

ต่อไปได้ ซึ่งข้อเท็จจริงกลับเป็นว่า รัฐบาลท้องถิ่น ไม่ได้ต้องการแค่ที่ดินราคาถูกแต่ต้องการงบประมาณที่พอเพียง ต่อเนื่อง และทันเวลาด้วย ปัญหางบประมาณจึงเป็นปัญหาสำคัญของการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ

1.2.3) การสื่อสารและการทำให้ปฏิบัติตามนโยบายในระหว่างองค์กรต่างๆ ในการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับผิดชอบในหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องมีข้อมูลและข่าวสารที่ตรงกันในเรื่องวัตถุประสงค์ของนโยบาย ดังนั้น การสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับองค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบในการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย และระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ด้วยกันเองจึงมีความสำคัญมาก การสื่อสารต้องถูกต้อง รวดเร็ว ต่อเนื่อง และไม่มีปิดบังข่าวสารระหว่างกัน นอกจากนี้ภายในหน่วยงานเดียวกันการสื่อสารก็ต้องมีประสิทธิภาพด้วย

การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติจะประสบความสำเร็จได้ ถ้าหน่วยงานต่างๆ มีกลไกและขั้นตอน ที่ช่วยให้ผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างานสามารถเพิ่มความเป็นไปได้ที่ผู้บังคับบัญชาหรือลูกน้องปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องและส่งเสริมวัตถุประสงค์ของนโยบาย กลไกและขั้นตอนเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากนโยบาย คำสั่ง หรือระเบียบปฏิบัติต่างๆ ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง (Self Executing) ได้ดังที่ นิวสแตทท์ กล่าวไว้ว่า คำสั่งต่างๆ ของประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกา ไม่สามารถมีผลบังคับได้ด้วยตัวเอง ผลบังคับใช้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีกลไกและขั้นตอนคอยผลักดัน

ในองค์กรเดียวกัน หัวหน้างานมีกลไกและขั้นตอนที่กำหนดไว้ชัดเจน หัวหน้างานมีอำนาจในหลายด้าน ด้านการบริหารงานบุคคล หัวหน้างานมีอำนาจในเรื่องการคัดเลือกและสรรหา การบรรจุแต่งตั้ง การโยกย้าย การพิจารณาความดีความชอบ การเลื่อนเงินเดือน และตำแหน่ง และแม้กระทั่งการลงโทษต่างๆ ตั้งแต่โทษเบาสุดคือว่ากล่าวตักเตือน ไปจนถึงการไล่ออก ด้านการเงินการคลังมีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณต่างๆ อำนาจเหล่านี้แม้จะไม่ทำให้ลูกน้องกลัวแต่ก็เพียงพอที่จะทำให้ลูกน้องเปลี่ยนพฤติกรรมได้

การบังคับให้ปฏิบัติตามนโยบายเป็นเรื่องสำคัญมาก ประเด็น 2 ประเด็นที่สำคัญคือ 1) ผู้บังคับบัญชาระดับบนหรือหัวหน้างาน ต้องคอยช่วยเหลือด้านเทคนิคและวิธีการแก่ลูกน้องเพื่อช่วยให้เขาทำงานได้เร็วขึ้น การช่วยเหลืออาจจะเป็นการช่วยตีความนโยบายต่างๆ ที่อาจจะอยู่ในรูปของกฎหมาย คำสั่ง หรือระเบียบปฏิบัติต่างๆ ให้ชัดเจนและแจ่มแจ้ง และ

2) ผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน ต้องใช้วิธีแทรกแซงต่างๆ ทั้งทางบวกและทางลบ นอกจากนี้ ส่วนกลางต้องคอยประทับประคอง โดยให้ความช่วยเหลือแก่ออกัน โดยเฉพาะในเรื่องการเงิน บางครั้งอาจต้องมีการตั้งหน่วยสอดแนมขึ้นมาเพื่อคอยรายงานความเคลื่อนไหวทุกระยะ การปฏิบัติการสอดแนมอาจทำในรูปของการตรวจเยี่ยมหน่วยปฏิบัติการ การประเมินการทำงาน การทบทวนการทำงาน การตรวจสอบ และการรายงานจากบุคคลอื่นที่ไม่ได้สังกัดหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อำนาจอีกประการหนึ่งซึ่งส่วนกลางมีอยู่มากแต่ไม่ค่อยได้ใช้คือ อำนาจในการถอน การสนับสนุน โดยทั่วไปแล้วการควบคุมหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบในการปฏิบัติมักทำโดยการสอดแนมด้วยวิธีต่างๆ มากกว่าการใช้อำนาจทางตรง เช่นการถอนการสนับสนุน

1.2.4) คุณ สมบัติของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบในการปฏิบัติ ปัจจัยหลายๆ ประการในเรื่องนี้มีผลกระทบต่อ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในจำนวนปัจจัยเหล่านี้ที่สำคัญได้แก่

- 1) จำนวน บุคลากรและความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ
- 2) ระดับของการควบคุมตามลำดับชั้นบังคับบัญชาหน่วยงานย่อยต่างๆ ภายในหน่วยงานที่รับผิดชอบ
- 3) ทรัพยากรทางการเงินของหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น ความสนับสนุนที่ได้รับจากฝ่ายบริหารและฝ่ายนิติบัญญัติ
- 4) ความสำคัญของหน่วยงานรับผิดชอบเอง
- 5) ระดับของการสื่อสารแบบเปิดให้หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยรวมถึงการติดต่ออย่างเสรีระหว่างบุคลากรระดับเดียวกันและต่างระดับกัน และบุคลากรกับบุคคลภายนอกหน่วยงาน
- 6) สายสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่หน่วยงานที่รับผิดชอบมีกับผู้กำหนดนโยบายในระดับต่างๆ

1.2.5) สภาพสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ผลกระทบของสภาพสังคม เศรษฐกิจและการเมืองที่มีต่อนโยบายต่างๆ นั้นเป็นเรื่องที่นักวิชาการในด้านต่างๆ โดยเฉพาะ นักรัฐศาสตร์เปรียบเทียบสนใจศึกษามาอย่างต่อเนื่อง นักวิชาการเหล่านี้ เช่น ชาร์แคนสกี คายส์ และฮอฟเฟอร์เบิร์ด สนใจที่จะแยกแยะให้ชัดเจนว่าตัวแปรอะไรบ้างที่มีอิทธิพลสำคัญต่อผลลัพธ์ ของนโยบาย หรือแวน มิเตอร์ และ แวน ฮอร์น เสนอว่า คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามที่ควรพิจารณาหา คำตอบให้ได้เมื่อต้องการให้การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติบรรลุผล 'ได้แก่'

- 1) ทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่มีอยู่ในเขตพื้นที่ที่นำนโยบายไปดำเนินการ นั้นเพียงพอหรือไม่ ที่จะช่วยผลักดันให้การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติบรรลุผลสำเร็จ
- 2) การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติจะก่อให้เกิดผลกระทบอะไรบ้างต่อ สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญๆ ในเขตพื้นที่ดำเนินการนั้น
- 3) ประชาชนในเขตพื้นที่ดำเนินการมีความเห็นอย่างไรบ้างต่อการนำ นโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ ความเห็นดังกล่าวจริงแค่ไหน อย่างไร
- 4) ผู้นำต่างๆ ในเขตพื้นที่ดำเนินการเห็นด้วยหรือคัดค้านการนำนโยบาย ไปสู่ภาคปฏิบัติ
- 5) ประชาชนในเขตพื้นที่ดำเนินการส่วนใหญ่นิยมชมชอบพรรคการเมือง ใด และพรรคการเมืองนั้นมีความเห็นอย่างไรบ้างในเรื่องนี้
- 6) กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ มีการเคลื่อนไหวเพื่อสนับสนุนหรือคัดค้าน นโยบายนี้หรือไม่อย่างไร

1.2.6) คุณสมบัติของบุคลากรที่รับผิดชอบ สภาพข้อเท็จจริงต่างๆ ของปัจจัย 5 ประการข้างต้น ต้องผ่านการรับรู้ของผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติ เมื่อรับรู้แล้วต้องคำนึงถึงภาพของ นโยบายในความคิดคำนึงของผู้รับผิดชอบ ทิศทางความเห็นของเขาซึ่งอาจออกมาได้ 3 ลักษณะ ใหญ่ๆ คือ เห็นด้วย เฉยๆ และไม่เห็นด้วย รวมถึงกับความมากน้อยของความเห็นของผู้รับผิดชอบ

แวน มิเตอร์ และ แวน ฮอร์น ได้นำเอาปัจจัยที่กล่าวไว้แล้วทั้ง 6 ปัจจัยมาจัด โครงสร้างความสัมพันธ์ต่างๆ คือ 1) วัตถุประสงค์ของนโยบายมีผลกระทบทางอ้อมต่อผลนโยบาย ผ่านการสื่อสารและการทำให้ปฏิบัติตามในระหว่างองค์การ เนื่องจากการส่งมอบผลผลิตหรือบริการ นั้นจะออกมาในลักษณะใดย่อมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของนโยบายที่กำหนดไว้แต่ต้น และความ เข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบายจะมีมากน้อยแค่ไหน เพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการ

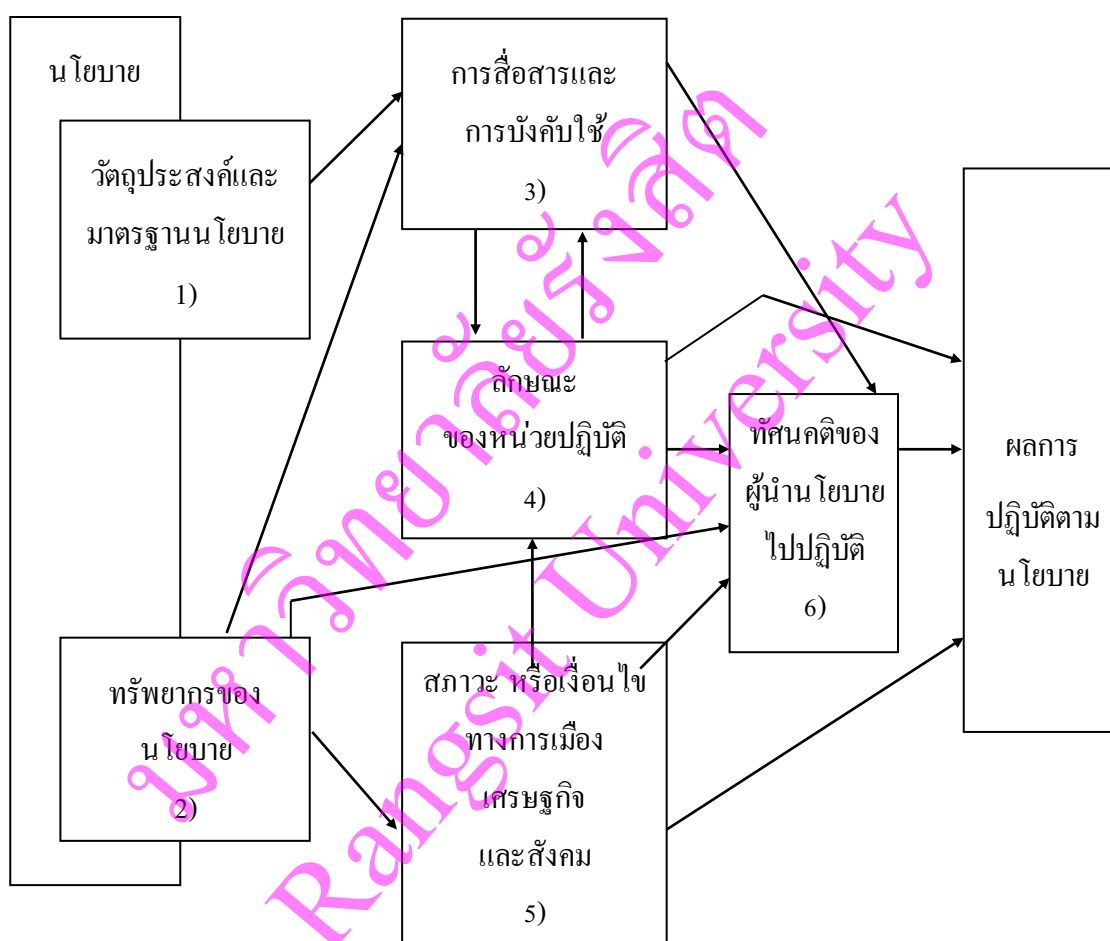
สื่อสารภายในองค์กรเองและระหว่างองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดไว้วัตถุประสงค์ของนโยบายยังมีผลกระทบต่อไปอีกโดยผ่านการสื่อสารและการทำให้ปฏิบัติตามผ่านคุณสมบัติของบุคลากรที่รับผิดชอบ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบายจะปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพียงไร การรับรู้และยอมรับในวัตถุประสงค์และเป้าหมายของนโยบายเป็นเรื่องสำคัญ วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย จะทำให้สามารถสื่อสารได้ง่าย การรับรู้ต่างๆ ก็สามารถทำได้สะดวกและมีประสิทธิภาพ 2) ทรัพยากรนโยบายมีผลทางอ้อมต่อผลของนโยบายผ่านปัจจัย 3 ประการ คือ การสื่อสารและการทำให้ปฏิบัติตาม สภาพสังคม เศรษฐกิจและการเมือง และคุณสมบัติของผู้รับผิดชอบ โดยทั่วไประดับความมากน้อยและประเภทของทรัพยากรที่มีอยู่จะกำหนดความสามารถในการสื่อสารและการทำให้ปฏิบัติตาม ความช่วยเหลือทางวิชาการและเทคนิคจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีงบประมาณและผู้เชี่ยวชาญที่พอเพียง การบังคับให้ปฏิบัติตามโดยการให้รางวัลและ/หรือการลงโทษก็เช่นกัน ต้องมีงบประมาณเพียงพอจึงจะทำได้ นอกจากนี้ ทัศนคติของผู้รับผิดชอบที่มีต่อตัวนโยบายเองยังถูกกำหนดโดยจำนวนและประเภทของงบประมาณ ด้วยนโยบายที่มีงบประมาณมากมักได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติด้วยดี ตรงกันข้ามนโยบายที่ไม่ค่อยมีงบประมาณจะไม่ได้ได้รับความสนใจเท่าที่ควร นโยบายที่มีงบประมาณมากมักได้รับความสนใจจากกลุ่มผลประโยชน์และนักการเมืองค่อนข้างมาก ทั้งนี้โดยหวังว่านโยบายนั้นอาจนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าแก่ท้องถิ่นตน ประชาชนมีงานทำมากขึ้น มีรายได้และสวัสดิการมากขึ้น ในขณะที่นโยบายที่มีงบประมาณน้อยแม้ว่าจะเป็นนโยบายที่อาจเกิดผลมากมายต่อประชาชน ในท้องถิ่นที่อาจไม่ได้รับการเหลียวแล เนื่องจากเกรงว่าประโยชน์ที่ได้อาจไม่คุ้มกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ต้องลงทุนไป 3) สภาพสังคม เศรษฐกิจและการเมืองมีผลต่อองค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ คุณสมบัติของผู้รับผิดชอบ และมีผลโดยตรงต่อผลของนโยบายเอง ผลกระทบทางสภาพแวดล้อมต่างๆ จะมีผลอย่างมากต่อความสามารถของท้องถิ่นในการให้ความช่วยเหลือแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบต่างๆ และต่อทัศนคติของผู้รับผิดชอบเองด้วย ในกรณีที่ผลของนโยบายสามารถแก้ปัญหาเรื้อรังของท้องถิ่นได้ กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ จะให้การสนับสนุนและผลักดันให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ และผู้ปฏิบัติยอมรับในวัตถุประสงค์และมาตรฐานของนโยบาย ในทางตรงกันข้ามถ้าปัญหาที่จะแก้ไขได้โดยนโยบายเป็นปัญหาที่ไม่ยิ่งใหญ่ และอาจไม่ใช่ปัญหาที่กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ สนับสนุนอยู่ โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัตินอกเหนือจากอิทธิพลที่มีผ่านปัจจัยอื่นๆ แล้ว สภาพสังคม เศรษฐกิจและการเมืองยังมีอิทธิพลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของนโยบาย เขตพื้นที่ภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองมีเสถียรภาพและเจริญเติบโตอยู่ตลอดเวลาในระดับที่เหมาะสมย่อมไม่ค่อยมีปัญหาเมื่อนำนโยบายต่างๆ ไปปฏิบัติให้พื้นที่นั้น 4) คุณลักษณะต่างๆ ของหน่วยงานอาจมีผลกระทบ

โดยตรงต่อผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย ธรรมชาติของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กร ระดับการควบคุมบังคับบัญชาและรูปแบบผู้นำสามารถทำให้ผู้ปฏิบัติยอมรับหรือปฏิเสธเป้าหมายขององค์กรได้ สามารถทำให้ผู้ปฏิบัติยอมรับนโยบายและปฏิบัติ หรือคัดค้าน ไม่ยอมทำตามก็ย่อมได้เช่นเดียวกัน ทรรศนะของผู้ปฏิบัติยังอาจถูกกำหนด โดยความสัมพันธ์ที่หน่วยงานมีต่อผู้รับผิดชอบส่วนกลางด้วย ความสัมพันธ์ที่แนบแน่นย่อมส่งผลให้ผู้ปฏิบัติมีทรรศนะที่สนับสนุนการปฏิบัติตามนโยบาย 5) ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างการสื่อสารและการทำให้ปฏิบัติตามระหว่างองค์กรต่างๆ กับลักษณะของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบ การบังคับให้เป็นไปตามคำสั่งหรือแนวปฏิบัติ และการติดตามงานที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในการปฏิบัติดำเนินการได้

มีข้อนำสังเกตคือ การพิจารณากรอบการมองที่เสนอนั้นขอให้พิจารณาในลักษณะที่เป็นพลวัตมากกว่าที่หยุดนิ่งกับที่ ปัจจัยที่กำหนดผลของนโยบายในระยะแรก จะมีระดับความสามารถในการส่งผลแตกต่างกันออกไปเมื่อเวลาผ่านไป ทั้งสองกล่าวว่าการศึกษารื่องนี้ควรกระทำอย่างต่อเนื่องหลายปีๆ จึงจะได้ภาพที่แท้จริงของการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ว่าแนวทางการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบบนลงล่าง ประกอบด้วยปัจจัยจำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย ผู้ที่ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย มักกำหนดแนวทางปฏิบัติของนโยบายนั้นๆ ให้มีลักษณะ กำกวม มีจุดมุ่งหมายและเนื้อหาไม่ชัดเจน รวมถึงยากในการแปลความหมาย ฉะนั้น นโยบายต้องมีวัตถุประสงค์ที่เป็นรูปธรรม และมีมาตรฐานที่ชัดเจน 2) ทรัพยากรของนโยบายครอบคลุมในส่วนของการจัดสรรเงิน เพื่อใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งการจัดสรรเงินนั้น ต้องพิจารณาเกี่ยวกับข้อจำกัดของจำนวนเงิน และระเบียบ วิธีปฏิบัติที่เข้มงวดในการนำเงินนั้นมาใช้จ่ายในส่วนต่างๆ นอกจากนั้น ยังมีทรัพยากรอื่นๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่และเงิน ใจของเวลา 3) การสื่อสารระหว่างองค์กรและ กิจกรรม เพื่อให้มีการบังคับใช้ให้ได้ผล เน้นที่การสื่อสารและการบังคับใช้ระหว่างหน่วยงานรัฐบาลกลาง และเจ้าหน้าที่ระดับมลรัฐ โดยหน่วยงานรัฐบาลกลางต้องมีความสามารถในการโน้มน้าวใจให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการดำเนินงานตามนโยบายที่วางไว้ 4) ลักษณะของหน่วยปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างของหน่วยงานนั้น ความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่นๆ และเจ้าหน้าที่ ทั้งลักษณะที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ ล้วนมีผลต่อการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติทั้งสิ้น 5) สภาวะ หรือเงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม เป็นการมองว่า สภาวะทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ในขณะนั้น มีผลต่อการยอมรับ หรือคัดค้านจุดมุ่งหมายของนโยบาย หรือมีผลในทางการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ 6) ทศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้

นโยบาย เช่น ความรู้ความเข้าใจจุดมุ่งหมายของนโยบาย ทิศทางการตอบสนอง เช่น ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยในนโยบายนั้นๆ โดยมีระดับความเข้มข้นของการตอบสนองที่แตกต่างกัน ซึ่งนับได้ว่าเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความล้มเหลว และประสบความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันดังรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn

ที่มา : Van Meter and Van Horn, 1975 : 463

1.3) แมซเมเนียนและซาบาเตียร์ (Mazmanian and Sabatier) ได้นำเสนอตัวแบบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในกลุ่มทฤษฎีบนลงล่างเช่นเดียวกัน โดยมองว่า ขั้นตอนการก่อรูปนโยบายกับการนำนโยบายไปปฏิบัติสามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งมีรายละเอียดต่างๆ ทั้งหมด 4 กลุ่ม ดังนี้ (Mazmanian and Sabatier, 1989: 20-39)

กลุ่มที่หนึ่ง ความสามารถในการจัดการกับปัญหา (Tractability of The Problems) ตามธรรมดาแล้วความยุ่งยากและ สลับซับซ้อนของแต่ละปัญหานั้นไม่เท่ากัน ปัญหาที่มีความยุ่งยาก น้อยกว่าสามารถจัดการ ได้ง่าย แต่สำหรับปัญหาที่ซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับองค์การต่างๆ มาก การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจะทำให้ค่อนข้างยาก ทั้งนี้ตัวแปรอิสระในการจัดการกับปัญหา นั้นสามารถแบ่งออกเป็นมิติต่างๆ ดังนี้

1) ปัญหาทางเทคนิค (Technical Difficulties) กล่าวคือ เงื่อนไขทางเทคนิค ตัวชี้วัด และความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับผลระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ ทำให้รู้ว่าปัญหาทางเทคนิคมีมาก น้อยเพียงใด

2) ความหลากหลายของพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย (Diversity of Prescribed) กล่าวคือ พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันมาก พฤติกรรมต้องห้าม หรือพฤติกรรมที่ต้อง ควบคุม หากพฤติกรรมเหล่านี้มีมากจะทำให้ยากต่อการกำหนดระเบียบที่แน่นอน ต้องใช้ดุลพินิจใน การตัดสินใจ

3) จำนวนกลุ่มเป้าหมายต่อประชากร (Target Groups as a Percentage of The Population) มองว่า ถ้ากลุ่มเป้าหมายมีขนาดเล็ก ทำให้ไม่ต้องเปลี่ยนพฤติกรรมมากนัก และสามารถรวบรวม ทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายได้ง่ายขึ้น

4) ขอบเขตของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการ (Extent of Behavioral Change Required) หากนโยบายกำหนดวัตถุประสงค์ให้เปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ที่มีจำนวนมาก การนำนโยบายไปปฏิบัติจะเป็นไปได้ยาก

กลุ่มที่สอง ความสามารถของนโยบายต่อการวาง โครงสร้างการ นำนโยบายไปปฏิบัติ (Ability of Statute to Structure Implementation) ประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังนี้

1) วัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจนและไม่เปลี่ยนแปลง (Precision and Clear Ranking of Legal Objectives) กล่าวคือ การที่นโยบายมีวัตถุประสงค์ชัดเจน นับว่าเป็นแนวทางสำคัญของทั้ง การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผล รวมถึงเป็นช่องทางในการสนับสนุนด้านทรัพยากรโดย พิจารณาจากช่องว่างของวัตถุประสงค์นั้นๆ เพื่อเป็นตัวบ่งชี้ว่า ต้องสนับสนุนทรัพยากรส่วนใดเพิ่มเติม

2) ทฤษฎีที่มีลักษณะเชิงสาเหตุและผล (Validity of The Casual Theory) กล่าวคือ นโยบายมีทฤษฎีช่วยสนับสนุนว่า สามารถสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ซึ่งทฤษฎีควรมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างนโยบายกับความสำเร็จที่เกิดขึ้น ในขณะเดียวกัน ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติต้องเข้าใจในวัตถุประสงค์ รวมถึงมีอำนาจในการปฏิบัติงาน

3) การจัดสรรทรัพยากรทางการเงิน (Initial Allocation of Financial Resources) มองว่าเงินเป็นปัจจัยสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติตั้งแต่ช่วงแรกของงาน

4) ความเป็นหนึ่งเดียวกันเชิงสายการบังคับบัญชา (Hierarchical Integration Within and Among Implementing Institutions) เป็นการรวมหน่วยในแนวตั้งระหว่างหน่วยงาน เพื่อช่วยแก้ปัญหาการประสานงานที่อยู่ยกระหว่างรัฐบาลกลางกับระดับท้องถิ่น เนื่องจากมองว่าการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกจำนวนมาก ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติยากที่จะสำเร็จตามเป้าหมาย

5) กฎเกณฑ์การตัดสินใจของตัวแทนระหว่างหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (Decision Rules of Implementing Agencies) กฎเกณฑ์ที่ชัดเจน ทำให้การตัดสินใจ และการทำตามนโยบายของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติเป็นไปโดยคล่องตัว

6) ความผูกพันของผู้ปฏิบัติงานต่อวัตถุประสงค์ของนโยบาย (Officials' Commitment to Statutory Objectives) กล่าวคือ บุคลากรระดับปฏิบัติงาน หรือผู้นำนโยบายไปปฏิบัติต้องยึดมั่นในวัตถุประสงค์ของนโยบาย เพื่อให้การนำนโยบายไปปฏิบัติสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

7) บุคลากรภายนอกที่สามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นทางการ (Formal Access by Outsiders) เป็นการเปิดโอกาสอย่างเป็นทางการให้กับคนภายนอกมีส่วนร่วมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งการออกแบบนโยบายมีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมมากหรือน้อย

กลุ่มที่สาม ตัวแปรที่ไม่เกี่ยวข้องกับกฎระเบียบขององค์การที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Nonstatutory Variables Affecting Implementation) ประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังนี้

1) เงื่อนไขทางเทคโนโลยี เศรษฐกิจ และ สังคม (Socioeconomic Conditions and Technology) กล่าวคือ เงื่อนไขต่างๆ มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ฉะนั้น เมื่อ

เงื่อนไขเปลี่ยน การนำนโยบายไปปฏิบัติต้องยืดหยุ่นไปในทิศทางเดียวกันกับเงื่อนไขเหล่านั้นด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมีผลกระทบกับการมองปัญหาที่นำมาใช้ในการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีความยุ่งยาก นอกจากนั้น การสนับสนุนทางการเมืองอาจแปรผันไปในทางบวกหรือลบ

2) การสนับสนุนจากประชาชน (Public Support) กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชนสูงขึ้น หรือลดลงมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งแสดงออกในรูปแบบต่างๆ อย่างน้อย 3 แนวทาง ได้แก่ แก้มติมหาชน มติเอกฉันท์ของคนกลุ่มหนึ่งที่มีอิทธิพลครอบงำนักการเมือง และประชามติ

3) ทักษะ คติและ ทรัพยากรของกลุ่มผู้มีสิทธิเลือกตั้ง (Attitudes and Resources of Constituency Groups) กล่าวคือ กลุ่มผู้มีสิทธิเลือกตั้งมีทัศนคติต่อนโยบายไม่คงที่ ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงทำให้ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินนโยบายเปลี่ยนไปด้วย ทั้งนี้ ปัญหาที่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมักเจอส่วนใหญ่ คือ การสนับสนุนจากสาธารณชนมักจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ในขณะที่บางกลุ่มที่ต่อต้าน กลับรวมกลุ่มกันอย่างหนาแน่น

4) การสนับสนุนจากใช้อำนาจอธิปไตย (Support From Sovereigns) กล่าวคือ การสนับสนุนจากฝ่ายนิติบัญญัติ บริหาร และตุลาการ มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นการอนุมัติงบประมาณ และควบคุมนโยบาย เป็นต้น

5) ความผูกพัน และภาวะผู้นำของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (Commitment and Leadership Skill of Implementing Officials) ประกอบด้วย องค์ประกอบอย่างน้อย 2 ประเด็นที่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติต้องพิจารณา คือ สามารถเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลังของวัตถุประสงค์นโยบายได้ และมีความสามารถที่จะใช้ทักษะของตนเองผลักดันงาน หรือมีทักษะในการจัดลำดับความสำคัญ เช่น เข้าใจว่าตนเองใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อวัตถุประสงค์อะไร

กลุ่มที่สี่ ขึ้นตอน หรือตัวแปรตามในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Stages or Dependent Variables in the Implementation Process) ประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังนี้

1) ผลผลิตของนโยบายของหน่วยปฏิบัติ (Policy Outputs of Implementing Agencies) คือ การแปลงแนวทางการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของนโยบายออกเป็นวิธีปฏิบัติต่างๆ เช่น กฎระเบียบ มาตรฐานการทำงาน และการตัดสินใจอนุมัติ เป็นต้น

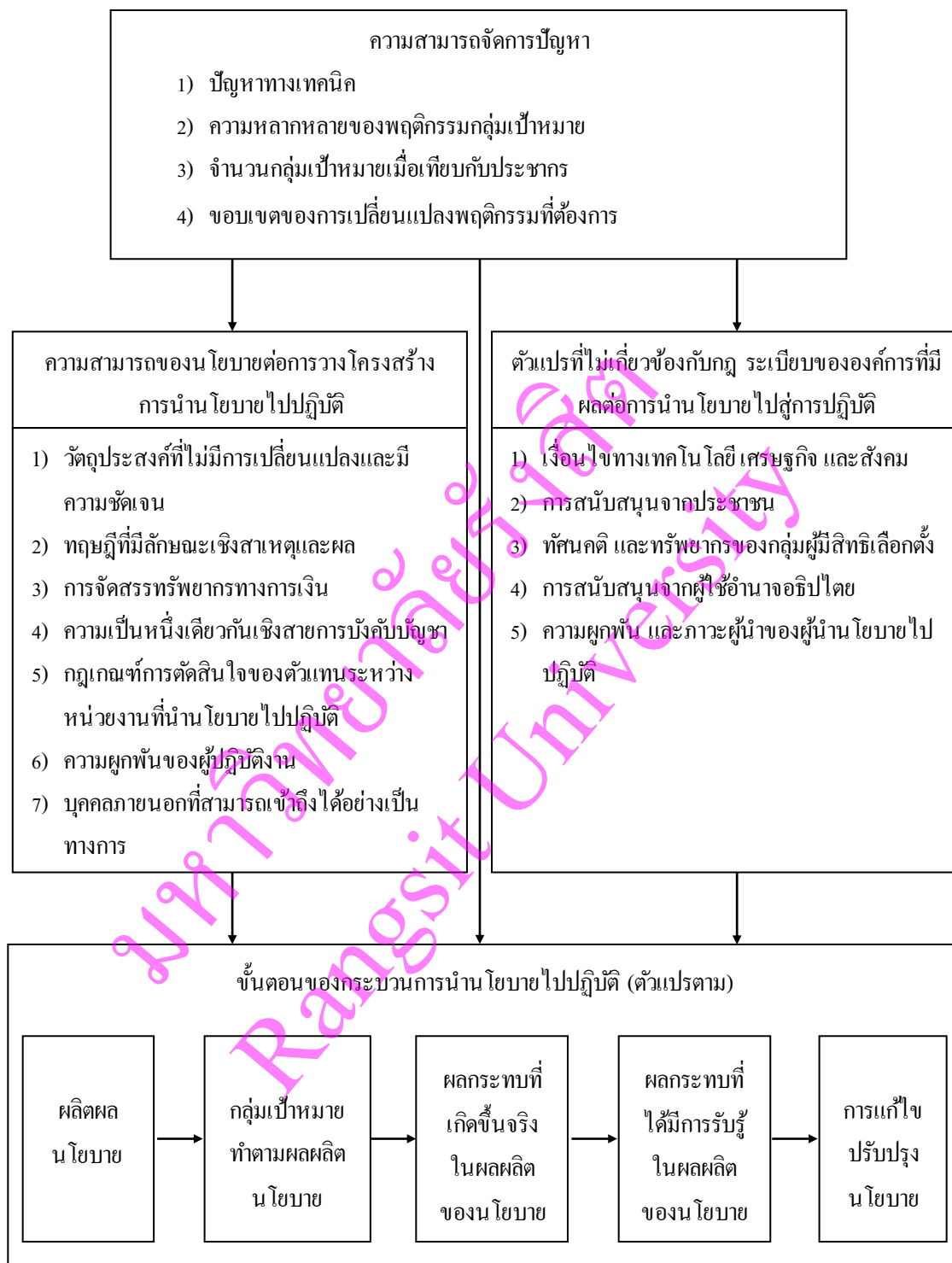
2) กลุ่มเป้าหมายทำตามผลผลิตนโยบาย (Target Group Compliance With Policy Outputs) โดยความร่วมมือของกลุ่มเป้าหมายจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับว่าคนที่ปฏิบัติตามนั้น ได้รับผลดีหรือเสียมากน้อยเพียงใด รวมถึงระดับการควบคุมลงโทษด้วย

3) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงในผลผลิตของนโยบาย (Actual Impacts of Policy Outputs) นโยบายเกิดผลกระทบที่ต้องการ ต่อเมื่อบรรลุตามเงื่อนไขต่างๆ ได้แก่ ผลผลิตของหน่วยปฏิบัติเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ กลุ่มเป้าหมายยอมรับปฏิบัติตามผลผลิตข้างต้น ไม่มีการทำลายผลผลิต หรือผลกระทบจากกฎหมายต่างๆ ที่ขัดแย้งกับกฎหมายเดิม และนโยบายมีหลักการความเป็นเหตุเป็นผลที่ชัดเจนเพียงพอที่จะผลักดันให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

4) ผลกระทบที่ได้มีการรับรู้ในผลผลิตของนโยบาย (Perceived Impacts of Policy Outputs) เน้นมองผลที่ผู้มีสิทธิเลือกตั้งและผู้มีอำนาจรับรู้ ผ่านการมองปฏิกิริยาจากมวลชน ซึ่งผลดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับปรุงนโยบาย

5) การแก้ไขปรับปรุงนโยบาย (Major Revision in Statute) หากการดำเนินนโยบายมีข้อบกพร่องต้องมีการแก้ไข หรือกำหนดนโยบายใหม่แทนนโยบายเดิม โดยอาจจะมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขต่างๆ ทรัพยากร และการสนับสนุนหรือไม่ของผู้มีอำนาจ

จากสาระสำคัญข้างต้น สามารถแบ่งมิติออกเป็น 16 ปัจจัย ใน 3 กลุ่มหลัก และตัวแปรตาม 5 ปัจจัย ดังรูปที่ 2.2



รูปที่ 2.2 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ Mazmanian and Sabatier

ที่มา : Mazmanian and Sabatier, 1989: 22

1.4) เอ็ดเวิร์ด (Edwards) ได้อธิบายถึงรูปแบบแสดงผลกระทบโดยตรงและ โดยอ้อมของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยมองการนำนโยบายไปปฏิบัติในลักษณะที่เป็นพลวัต (Dynamic Process) มีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างมิติตลอดเวลา ซึ่งได้นำเสนอไว้จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ การสื่อความหมาย (Communication), ทรัพยากร (Resources), พิศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (Disposition of the Implementer) และ โครงสร้างของระบบราชการ (Bureaucratic Structure) ซึ่งแต่ละมิติมีสาระสำคัญ ดังนี้ (Edwards, 1980 : 10-12)

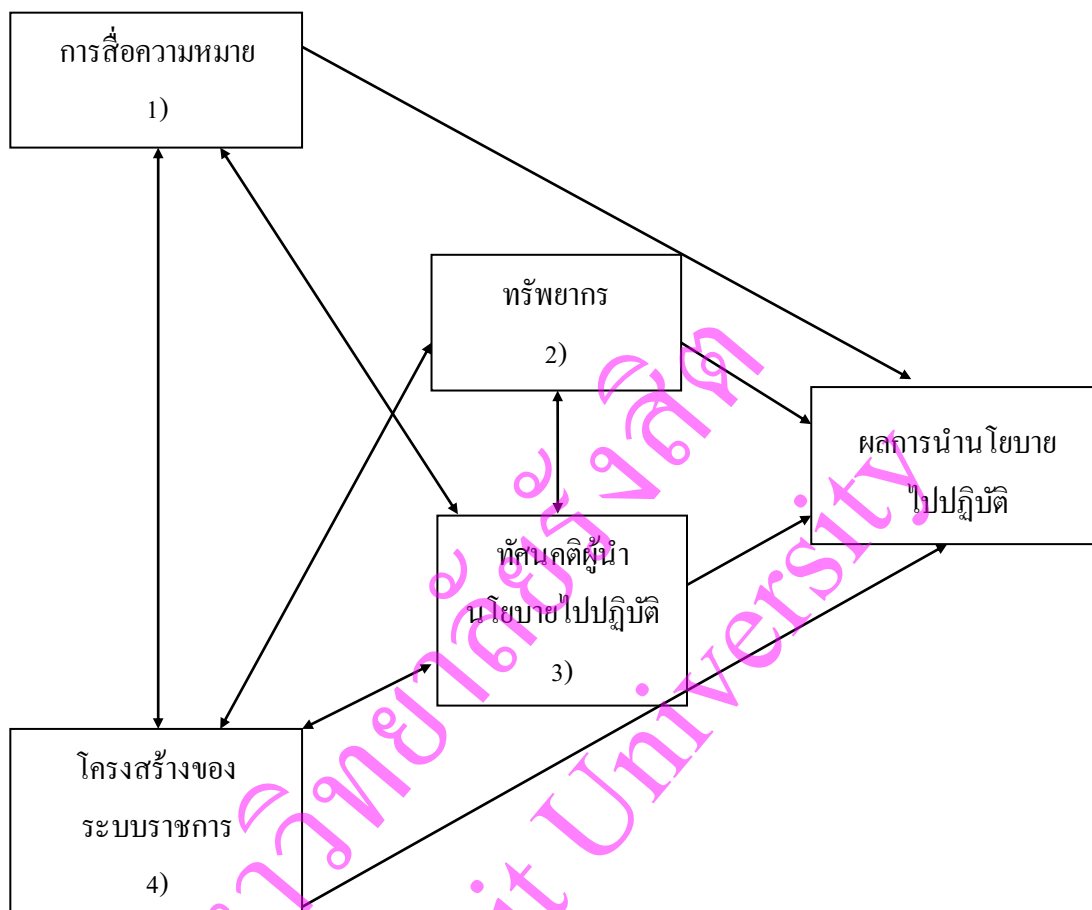
1.4.1) การสื่อความหมาย เนื่องจากผู้ที่ทำหน้าที่นำนโยบายไปปฏิบัติมีความแตกต่างกัน ทำให้มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน เลือกรับรู้สื่อต่างๆ ที่แตกต่างกัน จึงนำไปสู่การเบี่ยงเบนการสื่อความหมายได้ สิ่งที่ต้องพิจารณาประการต่อมา คือ ความชัดเจนของนโยบายสาเหตุที่ทำให้ให้นโยบายขาดความชัดเจน ได้แก่ การไม่มีความเห็นพ้องต้องกันในเรื่องจุดมุ่งหมายของนโยบาย ความซับซ้อนของนโยบาย และการเขียนนโยบายแบบกว้างๆ ไม่ระบุรายละเอียดอย่างชัดเจน เป็นต้น การที่นโยบายขาดความชัดเจนจะส่งผลให้ผู้ที่นำนโยบายไปปฏิบัติตัดสินใจดำเนินการต่างๆ ตามที่เห็นว่าเหมาะสม นอกจากนั้น ต้องพิจารณาถึงความมั่นคงของนโยบาย กล่าวคือนโยบายต้องมีความคงเส้นคงวา ไม่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินการตามแนวทางได้อย่างชัดเจน และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

1.4.2) ทรัพยากร ประกอบด้วย บุคลากรที่มีจำนวนเหมาะสมกับงานและมีประสิทธิภาพ มีข้อมูลเกี่ยวกับวิธิตำเนินการตามนโยบาย ข่าวสาร มีการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้อื่น มีอำนาจหน้าที่และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น อาคาร เครื่องมือ ที่ดิน และอุปกรณ์

1.4.3) พิศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ กล่าวคือ ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติต้องรู้ว่าทำอะไร และมีความสามารถที่จะทำสิ่งนั้น รวมถึงมีความตั้งใจที่จะทำ โดยทั่วไปผู้ที่นำนโยบายไปปฏิบัติมักใช้ดุลพินิจของตนในการดำเนินงาน เนื่องจากไม่ได้ใกล้ชิดหรือเป็นอิสระจากผู้กำหนดนโยบาย นอกจากนั้น ยังมีสาเหตุมาจากความซับซ้อนของนโยบาย

1.4.4) โครงสร้างของระบบราชการ กล่าวคือ การกำหนดระเบียบปฏิบัติและการกระจายงานที่เหมาะสมเพียงพอ นำไปสู่ความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่ที่ผ่านมามีปัญหา เนื่องจากโครงสร้างระบบราชการบกพร่อง มีลักษณะแยกออกจากกันเป็นส่วนๆ ทำให้ยากต่อการประสานงาน และเกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน รวมถึงต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

จากปัจจัยดังกล่าว Edwards ได้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของมิติต่างๆ ดังรูปที่ 23



รูปที่ 2.3 รูปแบบแสดงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมของ

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ Edwards

ที่มา : .Edwards, 1980 : 148

ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการอธิบายถึง ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Top-Down Theories) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นด้านนโยบายและการควบคุมการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยผู้กำหนดนโยบายเป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติมากกว่าตัวผู้ปฏิบัติระดับล่าง ในลำดับต่อไปจะเป็นกล่าวถึงทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติอีกลักษณะหนึ่งคือ ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบล่างขึ้นบน

2) การนำนโยบายไปปฏิบัติแบบล่างขึ้นบน (Bottom-Up Theories) เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นมาในช่วงปลายทศวรรษ 1970 ถึงช่วงต้นทศวรรษ 1980 เพื่อโต้แย้งทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่าง โดยหลักคิดสำคัญของทฤษฎีนี้คือ บุคลากรระดับปฏิบัติการเป็นผู้เห็นปัญหาและนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ของนโยบาย หรืออีกนัยหนึ่งคือ นโยบายไม่ได้เริ่มจากระดับบนและส่งลงมาให้ผู้ปฏิบัติเสมอไป เนื่องจากข้อจำกัดของผู้กำหนดนโยบายที่ไม่สามารถกำหนดวัตถุประสงค์และควบคุมกระบวนการปฏิบัติได้ชัดเจน ซึ่งความแตกต่างระหว่างทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่าง และล่างขึ้นบน มีสาระสำคัญ ดังนี้ (Pulzl and Treib, 2007: 93-95)

2.1) กลยุทธ์การวิจัย (Research Strategy) ทฤษฎีบนลงล่างเน้นการตัดสินใจที่เริ่มจากระดับบนของระบบการเมือง จากนั้นไปสู่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ส่วนกลยุทธ์จากล่างขึ้นบนเน้นที่ตัวแสดงระดับล่างที่ทำหน้าที่ให้บริการที่เป็นรูปธรรม หลังจากนั้น ทำการวิเคราะห์การเคลื่อนที่ไปสู่ระดับบน หรือรอบข้าง เพื่อเห็นภาพที่ชัดเจนของเครือข่ายผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา

2.2) จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ (Goal of Analysis) โดยจุดมุ่งหมายของทฤษฎีบนลงล่าง คือ การสร้างทฤษฎีทั่วไปเพื่อใช้ทำนายว่านโยบายอื่นๆ จะประสบความสำเร็จหรือไม่และใช้เป็นข้อเสนอแก่ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ ในขณะที่จุดมุ่งหมายของทฤษฎีล่างขึ้นบน เน้นการอธิบายความสัมพันธ์ และการแก้ปัญหาของตัวแสดงที่เป็นผู้ให้บริการ

2.3) ตัวแบบของกระบวนการนโยบาย (Model of Policy Process) คือ ทฤษฎีบนลงล่างยึดตัวแบบขั้นตอน โดยเน้นแบ่งนโยบายออกเป็นขั้นๆ เพื่อพิจารณาว่าเกิดอะไรขึ้นภายหลังจากที่ออกกฎหมาย ส่วนทฤษฎีล่างขึ้นบน มองว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่สามารถแยกออกจากกันก่อรูปหรือกำหนดนโยบาย กล่าวคือ การกำหนดนโยบายมีอยู่ทั้งกระบวนการ นโยบายมีการนิยาม ถูกนำไปปฏิบัติ รวมถึงเกิดนิยามใหม่อยู่เสมอๆ

2.4) ลักษณะของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Character of Implementation Process) ทฤษฎีบนลงล่างทำความเข้าใจการนำนโยบายไปปฏิบัติในฐานะการนำการตัดสินใจไปปฏิบัติ ซึ่งไม่มีการเมืองแต่เป็นกระบวนการบริหาร โดยอำนาจสูงสุดอยู่ที่ผู้ตัดสินใจส่วนกลาง ในขณะที่ทฤษฎีล่างขึ้นบน มองว่า ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถกำหนดวัตถุประสงค์และควบคุมกระบวนการปฏิบัติได้ชัดเจนแท้จริงแล้ว การนำนโยบายไปปฏิบัติต้องใช้ดุลพินิจ กล่าวคือ ต้องเกี่ยวข้องกับการเมือง ซึ่งผลของนโยบายสัมพันธ์กับการตัดสินใจแก้ปัญหาในระดับล่างมากกว่าแนวทางปฏิบัติที่กำหนดตามลำดับชั้น

2.5) พื้นฐานความคิดของตัวแบบที่เกี่ยวกับประชาธิปไตย (Underlying Model of Democracy) โดยทฤษฎีบนลงล่างมีพื้นฐานความคิดมาจากผู้นำประชาธิปไตยแบบตัวแทน ส่วนทฤษฎีล่างขึ้นบนให้ความสำคัญกับการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น มีผลต่อกลุ่มเป้าหมาย และเชื่อว่าตัวแบบผู้นำไม่สนใจสิทธิของกลุ่มเป้าหมาย การตัดสินใจจึงเป็นสิ่งที่ไม่ชอบธรรม ฉะนั้น จึงถือว่าการกระทำที่ต่างไปจากวัตถุประสงค์ของนโยบายไม่ผิดหลักประชาธิปไตย รวมถึงแนวคิดจากล่างขึ้นบนยังเน้นเรื่อง การมีส่วนร่วมเป็นหลัก

นักทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบล่างขึ้นบนนี้ ประกอบด้วย ลิฟสกี (Lipsky), เอลมอร์ (Elmore) เฮอร์นและพอร์ทเตอร์ (Hjern and Porter) เป็นต้น ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

Lipsky (1980: xii) ได้เสนอแนวคิด Street-Level Bureaucrats เน้นการนำนโยบายไปปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติเชื่อมโยงกับประชาชนที่มารับบริการอย่างใกล้ชิด ซึ่งการกำหนดนโยบายโดยผู้ปฏิบัติงานในระดับล่างไม่สัมพันธ์กับองค์การในอุดมคติที่ให้บริการสาธารณะ โดยลิฟสกี (Lipsky) เชื่อว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ได้แก่ การตัดสินใจของบุคลากรระดับปฏิบัติงานที่อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้บริหารระดับสูง สภาพแวดล้อมของการทำงานที่ไม่คงที่ ส่งผลให้ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานได้ และข้อจำกัดด้านเวลา รวมถึงเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงาน

Elmore (1978: 185-228) ได้นำเสนอตัวแบบ Backward mapping หรือ Bottom-up Perspective ซึ่งเป็นตัวแบบที่เน้นที่หน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ โดยเชื่อว่า กลุ่มบุคคลเหล่านี้มีจำนวนมาก และมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ในการทำให้เกิดผลลัพธ์จากการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มชนชั้นนำที่มีตำแหน่งสูง เนื่องจากวาดภาพย้อนกลับที่ว่า บุคคลที่อยู่ใกล้ปัญหามากที่สุดจะมีโอกาสมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสูง นอกจากนั้น ยังเชื่อว่า ความสามารถของระบบที่มีหลากหลาย และซับซ้อน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับควบคุมตามลำดับชั้น แต่ขึ้นอยู่กับการใช้ดุลพินิจพิจารณาในจุดที่เกิดปัญหาเป็นสำคัญ ทั้งนี้ องค์ประกอบที่ เอลมอร์ (Elmore) กล่าวถึงตามแนวคิดนี้ คือ ผู้ที่มีหน้าที่ตัดสินใจเป็นผู้กำหนดเป้าหมายของนโยบาย แต่ต้องยอมรับว่า บางครั้งสิ่งที่กำหนดขึ้นมาไม่ถูกต้องครบถ้วน และชัดเจน อีกทั้งอาจมีการเปลี่ยนแปลง แก้ไขได้ ดังนั้น หน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติงานในระดับล่างจึงมีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ในอีกมุมหนึ่ง อำนาจอย่างเป็นทางการจะไหลผ่านตามลำดับชั้นจากบนลงล่าง สำหรับการวาดภาพย้อนกลับนั้น มองว่า อำนาจที่ไม่เป็นทางการที่เกิดขึ้นจากทักษะ ความรู้ ความสามารถ และการได้สัมผัสกับปัญหาอย่างใกล้ชิดจะถูกผลักดันลง

ไปตามขั้นตอนในองค์กร นอกจากนั้น การที่แนวปฏิบัติของส่วนกลางไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในระดับล่าง ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ระดับล่างต้องตัดสินใจด้วยตนเอง สร้างกลไก หรือหลักเกณฑ์ต่างๆ ซึ่งการปฏิบัติที่เกิดขึ้นนั้น เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีอยู่จริง

Hjern and Porter (1981: 210-217) ได้นำเสนอตัวแบบโครงสร้าง (The Model of Structure) ซึ่งมีแนวคิดสำคัญที่ว่า โครงสร้างการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ นั้น ไม่ได้เกี่ยวข้องกับโครงสร้างองค์กร แต่เป็นหน่วยปฏิบัติการชุดต่างๆ ที่มีเป้าหมายชัดเจน โดยเน้นการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ ซึ่งบุคลากรภายในองค์กรมองว่า แผนงาน คือ ผลประโยชน์ของกลุ่มตน มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

โดยภาพรวมแล้ว เฮอร์นและพอร์ทเตอร์ (Hjern and Porter) มองแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติในลักษณะต่างๆ ตั้งแต่จุดหมายแรกเริ่มของการนำนโยบายไปปฏิบัติว่าเป็นเหมือนดาวยุติตามโครงสร้างในระดับล่างที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ในส่วนของการชี้เฉพาะของตัวแสดง พบว่าเป็นผู้แสดงจากข้างล่าง ได้แก่ ประชาชน กลุ่มเอกชน และเจ้าหน้าที่ของรัฐในระดับล่าง เป็นต้น ในขณะที่เกณฑ์การประเมินผล พบว่า ไม่มีเกณฑ์การประเมินผลที่ชัดเจน โดยทั่วไปจะพิจารณาว่า อะไรที่มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ และจุดมุ่งเน้นสุดท้าย คือ การมองปฏิสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์ของผู้แสดงว่าต่างเป็นเครือข่ายนโยบาย ดังนั้น จากลักษณะงานที่เจ้าหน้าที่ระดับล่างมีบทบาทสำคัญนี้เอง จึงอาจกล่าวได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นเรื่องของผู้ปฏิบัติงานที่จะกำหนดแนวทางในการปฏิบัติของตน ซึ่งอาจเป็นแนวทางที่แตกต่างจากคนอื่น หรือแม้แต่เป็นแนวทางที่แตกต่างไปจากผู้กำหนดนโยบาย ก็ได้ นอกจากนั้น เฮอร์นและพอร์ทเตอร์ (Hjern and Porter) ยังได้สร้างมุมมองใหม่ๆ โดยไม่ได้เน้นการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายเหมือนที่ผ่านมา แต่ให้ความสำคัญกับผลกระทบ อันเกิดจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงมุ่งให้ตัวแสดงจากส่วนต่างๆ ได้มีส่วนร่วมให้มากที่สุด (Hjern and Porter, 1978 อ้างถึงในสมพร เฟื่องจันทร์, 2552: 220-221)

3) การนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสมผสาน (Hybrid Theories) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการผสมผสานตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่าง และแบบล่างขึ้นบน โดยมุ่งหวังที่จะกำจัดข้อด้อย หรือข้อได้เปรียบระหว่างแนวคิดจากบนลงล่าง และจากล่างขึ้นบน อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับการพิจารณาถึงกระบวนการของนโยบายในขั้นอื่นๆ โดยเฉพาะขั้นกำหนดนโยบาย นอกจากนั้น ไม่มองข้ามในส่วนของปัจจัยภายนอกต่างๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติด้วย

นักทฤษฎีที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ Elmore (1980: 616) ที่ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนข้างหลังมาผสมผสานกับการวางแผนไปข้างหน้า (forward mapping) กล่าวคือ การกำหนดนโยบายต้องคำนึงถึงทรัพยากร และเครื่องมือต่างๆ ของนโยบาย ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่ได้วางไว้แต่อย่างไรรก็ตาม เขาไม่ได้อธิบายไว้อย่างเป็นรูปธรรมเกี่ยวกับตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ส่วน ก็อกกิน และคณะ (Goggin, et al) เป็นนักทฤษฎีอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้นำเสนอแนวคิดที่เรียกว่า ตัวแบบการสื่อสารของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติระหว่างรัฐบาล หรือหน่วยงานของรัฐบาล ซึ่งมีมิติหลักๆ อยู่ 5 ส่วน คือ 1) การนำนโยบายไปปฏิบัติของรัฐ 2) สิ่งจูงใจและข้อจำกัดระดับรัฐบาลกลาง 3) สิ่งจูงใจ และข้อจำกัดระดับรัฐรวมทั้งระดับท้องถิ่น 4) ผลลัพธ์การตัดสินใจ และสมรรถนะของรัฐ สุดท้าย 5) ข้อมูลย้อนกลับ และการออกแบบนโยบาย ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้ (Goggin, et al, 1990: 34-40)

3.1) การนำนโยบายไปปฏิบัติของรัฐ (State Implementation) รัฐตัดสินใจและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาลกลาง โดยเน้นที่การปฏิบัติของรัฐนั้น ต้องสามารถทำผลงานได้อย่างทันท่วงทีต่อเนื่อง และเป็นไปตามเป้าหมายของนโยบาย

3.2) สิ่งจูงใจ และข้อจำกัดระดับรัฐบาลกลาง (Federal-Level Inducements and Constraints) นโยบายที่เกิดจากการตัดสินใจของรัฐบาลกลางมีอิทธิพลต่อผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ประเภทของนโยบาย ระดับความยุ่งยากของปัญหาต่างๆ ความไม่คงที่ของผลจากการปฏิบัติ และการจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น ในขณะที่เดียวกัน รูปแบบการตัดสินใจมีอิทธิพลต่อการรับสารของผู้ปฏิบัติงาน และความเห็นที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันของผู้ส่งสาร นอกจากนี้ ข้อจำกัดของรัฐบาลกลางขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ด้วย อาทิเช่น หากสื่อมวลชนไม่ให้การสนับสนุน ระดับการยอมรับในตัวนโยบายที่ออกมาจะลดลง แต่ในมุมกลับกัน ถ้านโยบายได้รับการสนับสนุนมาก ย่อมส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติได้รับการยอมรับเช่นกัน

3.3) ผลลัพธ์การตัดสินใจ และสมรรถนะของรัฐ (Decisional Outcomes and State Capacity) การตีความจากนโยบายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ของผู้ตัดสินใจ ได้แก่ ทักษะ และผลประโยชน์ เป็นต้น นอกจากนี้ สมรรถนะของรัฐ หรือความสามารถของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเช่นกัน ซึ่งระดับสมรรถนะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม โครงสร้าง บุคลากร และทรัพยากรต่างๆ ของหน่วยงาน

3.4) ข้อมูลย้อนกลับ และการออกแบบนโยบาย (Feedback and Policy Design) กล่าวคือ กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐ หรือท้องถิ่นมีความสลับซับซ้อนของปฏิสัมพันธ์ การกระทำต่างๆ และด้วยข้อจำกัด รวมถึงสิ่งจูงใจที่แตกต่างกัน ทำให้ต้องออกแบบนโยบายใหม่อยู่เป็นระยะๆ

นอกจากแนวคิดและทฤษฎีหลักที่ Pulz and Treib ได้รวบรวมไว้ข้างต้นจำนวน 3 ทฤษฎี คือ 1) ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่าง 2) ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบล่างขึ้นบน และ 3) ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสมผสาน แล้วนั้น ในยุคหลัง ได้มีแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดขึ้นอีกหลายแนวทาง ซึ่งจะได้นำเสนอในลำดับถัดไป

4) แนวคิดใหม่ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีนักวิชาการศึกษาไว้อย่างหลากหลาย ซึ่งในที่นี้ได้นำเสนอแนวทางเชิงตีความการนำนโยบายไปปฏิบัติ และตัวแบบพัฒนาการ รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในบริบทระหว่างประเทศ : กรณีของการศึกษาแบบบูรณาการของยุโรป โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

แนวทางเชิงตีความการนำนโยบายไปปฏิบัติ (The Interpretative Approach to Policy Implementation) เป็นการให้ความสำคัญกับค่านิยม ความเชื่อ ความรู้สึกในลักษณะที่เป็น ชุดของความหมาย และเป็นการเปลี่ยนจากการมองพฤติกรรมของมนุษย์ในแง่ความเป็นเหตุเป็นผล มีอุดมการณ์ มาสู่การมองพฤติกรรม หรือการกระทำในแง่การแสดงออกที่มีความหมาย ซึ่งทำให้เข้าใจสิ่งที่มีความไม่แน่นอน และสลับซับซ้อน (Yanow, 2000: 59)

นอกจากนั้น แนวทางเชิงตีความการนำนโยบายไปปฏิบัติ ยังมีการมุ่งเน้นในประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) ศึกษาวิเคราะห์ ว่านโยบายมีนัย หรือมีความหมายอย่างไร มากกว่าการอธิบายช่องว่างระหว่างผลลัพธ์กับเจตนารมณ์ของนโยบาย และ 2) เน้นกระบวนการก่อตัว หรือก่อให้เกิดปัญหาของนโยบาย เข้าใจว่าปัญหาของนโยบายมีลักษณะที่หลากหลาย และบ่อยครั้งที่การก่อตัวของปัญหาของนโยบายเกี่ยวข้องกับการประนีประนอมผลประโยชน์ของกลุ่มต่างๆ อีกทั้งในความเป็นจริงกลุ่มเหล่านั้น ล้วนมีความขัดแย้งในผลประโยชน์ระหว่างกัน ดังนั้น การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติในแนวทางเชิงตีความ เป็นการศึกษากาณนิยามปัญหา หรือทำหน้าที่ในการตรวจสอบนัยยะ หรือความหมายที่มีการสื่อสาร หรือมีการทำความเข้าใจกันอย่างไร โดยเป็นการตีความผ่านการดำเนินงาน

ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผ่านการนำนโยบายไปปฏิบัติ และผ่านประชากรเป้าหมาย รวมถึงอาศัยบริบทในการตีความเป็นหลัก (จุมพล หนิมพานิช, 2547: 894-895)

ตัวแบบพัฒนาการ (The Evolution Model) การนำนโยบายไปปฏิบัติระยะหลังมีลักษณะที่ยืดหยุ่น และให้ความสำคัญกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็น “วงจรมโยบายการปฏิบัติ” (A Policy-Action Continuum) ที่มีพัฒนาการและการแก้ไข ซึ่งลักษณะดังกล่าว นโยบายสาธารณะจะมีการทำให้เกิดตามกระบวนการว่าเป็นนโยบายการสร้างนวัตกรรมนโยบายและการแก้ไขต่อเนื่องไป นอกจากนั้น ด้วยข้อจำกัดที่นโยบายมักจะไม่มีผลชัดเจน เปิดโอกาสให้มีการต่อรองจึงส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติถูกมองว่าเป็นวงจรของการพัฒนาการอย่างหนึ่ง que เริ่มตั้งแต่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ซึ่งส่งผลต่อการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ และเมื่อเวลาที่เหมาะสมต้องมีการประเมิน จากนั้นนำผลไปปรับปรุงกำหนดนโยบายใหม่ (สมพร เพ็ญจันทร์, 2552: 221-222)

การศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติใน บริบทระหว่างประเทศ : กรณีของการศึกษาแบบบูรณาการของยุโรป มองว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นั้นล้มเหลว แต่ในอีกมุมหนึ่ง การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ใน 2 ประเด็น คือ 1) นักวิชาการสหภาพยุโรปกำหนดประเด็นการศึกษาวิจัยที่มีลักษณะเจาะจง ซึ่งนำไปสู่การวิจัยในเชิงเปรียบเทียบ รวมทั้งการวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติระหว่างประเทศเชิงเปรียบเทียบ ประกอบกับมีส่วนทำให้นักวิชาการให้ความสำคัญกับความแตกต่างทางวัฒนธรรมและเชิงสถาบันที่เป็นระบบของแต่ละประเทศ ขณะเดียวกัน ได้มีการนำวิวัฒนาการเชิงปริมาณมาใช้อย่างกว้างขวางขึ้น และ 2) เปลี่ยนจากการมุ่งแสวงหาตัวแบบ หรือทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงมาสู่ตัวแบบ หรือทฤษฎีที่มีลักษณะกว้างๆ (จุมพล หนิมพานิช, 2544: 892-893)

จากที่กล่าวมาข้างต้นเกี่ยวกับตัวแบบหรือการนำนโยบายไปปฏิบัติ สรุปได้ว่า แนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นองค์ความรู้ที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และนับวันยังมีมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น กล่าวคือ จากเดิมที่ไม่ได้ให้ความสนใจกับการนำนโยบายไปปฏิบัติมากนัก เช่น แนวคิดของ Weber ที่มุ่งการรวมศูนย์อำนาจ มีผู้บริหารจำนวนน้อยมีอำนาจตัดสินใจแบบเบ็ดเสร็จเป็นต้น ส่งผลให้แนวคิดที่สร้างขึ้นมาในระยะแรกเน้นการมองการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่าง ต่อมาได้ให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงาน ทฤษฎีและแนวคิดที่ออกมาจึงมีลักษณะแบบล่างขึ้นบน จากนั้น มีความพยายามปรับปรุงข้อด้อยของทฤษฎีที่ผ่านมา จึงเน้น

การสร้างทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสมผสาน และสุดท้ายในระยะหลัง นักวิชาการได้มุ่งสร้างแนวคิดใหม่ของการนำนโยบายไปปฏิบัติในมุมมองที่หลากหลาย เน้นการวิเคราะห์หันนโยบายในเชิงลึก รอบด้าน ซึ่งจากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจะทำการสังเคราะห์องค์ความรู้นี้ เพื่อเลือกมิติที่เหมาะสมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อีกทั้งเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ในการประกอบการสังเคราะห์มิติ รวมถึงกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละมิติ จึงได้นำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับตัวชี้วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติในลำดับถัดไป

2.1.5 ตัวชี้วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ตัวชี้วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีมากมายหลายประการ แต่พบตัวชี้วัดที่สำคัญๆ 3 ประการคือ 1) ตัวชี้วัดด้านผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ 2) ตัวชี้วัดด้านกลไกและพฤติกรรมในองค์การ และ 3) ตัวชี้วัดด้านตัวนโยบาย (ศุภชัย ยาวะประภาส, 2549: 113-138) มีรายละเอียด ดังนี้

1) ตัวชี้วัดด้านผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

องค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญและขาดไม่ได้ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ คือผู้รับผิดชอบในการแปลงนโยบาย (Implementator) โดยทั่วไป ได้แก่ บุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบในนโยบายเรื่องนั้นๆ บุคลากรเหล่านี้เป็นผู้ปฏิบัติงานจริงในการดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบาย ซึ่งในเรื่องนี้จะกล่าวถึงคุณสมบัติต่างๆ ของผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามนโยบายที่อาจเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบาย ได้แก่ ความรู้ความชำนาญทางเทคนิคและทักษะทางการเมือง ทักษะคติของผู้รับผิดชอบในการนำนโยบาย ผลกระทบที่จะมีต่อพฤติกรรมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ค่านิยมของผู้ปฏิบัติ และ อำนาจ ศักดิ์ศรี และผลประโยชน์ของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

1.1) ตัวชี้วัดด้านความรู้ความชำนาญทางเทคนิคและทักษะทางการเมือง

ในการประชุมองค์การรัฐประศาสนศาสตร์แห่งเอเชียตะวันออกเฉียง หรือที่เรียกย่อๆ ว่า อีโรป้า ในปี ค.ศ. 1976 ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น แกเบรียล ไอเกลเซียส (Gabriel Iglesias)

ได้สรุปผลการประชุมตอนหนึ่ง กล่าวถึงการนำนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติ ว่ามักถูกระงับโดยสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมซึ่งล้อมรอบนโยบายพัฒนานั้นๆ อยู่ สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ คือ สถานการณ์ทางการเมือง ภายใต้ความไม่แน่นอนทางการเมืองนี้เอง ที่ผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายต้องค่อยๆ ประคับประคอง และปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบาย ที่ประชุมครั้งนี้ให้ความเห็นว่า ผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายที่สามารถปฏิบัติงาน ให้สำเร็จลุล่วงภายใต้ความผันผวนทางการเมืองของประเทศกำลังพัฒนานั้น ต้องมีทั้ง ความรู้ความสามารถทางเทคนิคและ วิชาการที่จำเป็น สำหรับการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย และ ต้องมีทักษะทางการเมืองเพียงพอที่จะ คຸ້ມครองหรือส่งเสริมให้ นโยบายนั้น ทักษะทางการเมือง ที่สำคัญคือ ทักษะในการสร้างประชาสัมพันธ์ ผู้รับผิดชอบในการแปลงนโยบายต้องรู้จักสร้าง รักษา และ สนับสนุนให้เกิดประชาสัมพันธ์ในทางที่ดีแก่นโยบาย ต้องรู้จักแสวงหาความสัมพันธ์จากพันธมิตรทางการเมืองและการบริหาร ทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น การแสวงหาการสนับสนุนดังกล่าว อาจทำได้โดยการหมั่นปรึกษาหารือกับบุคคลต่างๆ ในทุกๆ ขั้นตอนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ สำหรับการขอคำปรึกษาเป็น วิธีการหนึ่ง ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้สนใจต่างๆ มีโอกาสเข้ามา มีส่วนร่วม และเป็นโอกาสที่จะประชาสัมพันธ์ความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นระยะๆ อีกทั้ง จะช่วยลดความตึงเครียดต่างๆ ที่อาจมีเนื่องจากความเข้าใจนโยบายไม่ถูกต้องไม่ชัดเจนเพียงพอ

นอกจากนี้ผู้รับผิดชอบในการแปลงนโยบายต้องรู้จักเล่นบทบาทนักประชาสัมพันธ์ ที่ดีการประชาสัมพันธ์อาจจะดูเป็นบทบาทที่แปลกสำหรับผู้บริหาร เพราะเป็นบทบาทที่สำคัญและ จำเป็นสำหรับการแสวงหาและรักษาความสัมพันธ์ทางเมืองจากกลุ่มต่างๆ ทักษะต่างๆ ในการ ประชาสัมพันธ์ที่ผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายควรมีได้แก่ ทักษะในการนำเสนอข้อมูลด้านเทคนิค ต่างๆ ให้คนทั่วไปเข้าใจ ทักษะในการโน้มน้าวให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากนโยบาย ที่รับผิดชอบอยู่ และ ทักษะในการลดและปรามความเห็นของปรปักษ์ทางการเมืองต่างๆ ในลักษณะ นุ่มนวล ไม่ก่อให้เกิดความไม่พอใจจากนักการเมืองต่างๆ ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

1.2) ตัวชี้วัดด้านทัศนคติของผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

นอกเหนือจากทักษะทางการเมืองแล้ว ทัศนคติของผู้รับผิดชอบในการแปลงนโยบายก็มีความสำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบาย เช่น นโยบายที่ขัดกับความรู้สึก พื้นฐานหรือผลประโยชน์ของผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติมักไม่เต็มใจที่จะปฏิบัติให้สำเร็จลุล่วงไป เมื่อมี โอกาสอาจแก้งัดบิดเบือนการปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางที่ตนต้องการ ในเรื่องทัศนคติ แวน มิเตอร์

และ แวน ฮอร์น (ค.ศ. 1975) ยืนยันว่า ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติที่มีต่อวัตถุประสงค์ของนโยบาย ทิศทางของทัศนคติที่มีต่อนโยบาย และความผูกพันที่มีต่อนโยบายมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของนโยบาย นโยบายที่ผู้ปฏิบัติทราบเนื้อหาความเป็นมา และวัตถุประสงค์จะมีโอกาสประสบความสำเร็จสูงกว่านโยบายที่ผู้ปฏิบัติไม่ทราบแน่ชัดว่าสิ่งที่เขาต้องปฏิบัติคืออะไร มีความเป็นมาอย่างไร มีเป้าหมายอะไร นอกจากทราบแล้วสิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าคือ ความยอมรับและความผูกพันที่ผู้ปฏิบัติมีต่อนโยบาย ความยอมรับเป็นรากฐานของความผูกพัน ขอมอูทิสคนเต็มทีเพื่อนำนโยบายไปสู่ความสำเร็จ ความยอมรับจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ปฏิบัติทราบและเห็นด้วยกับวัตถุประสงค์ หลักการ และวิธีการที่กำหนดไว้เมื่อยอมรับแล้ว การอูทิสคนยอมทุ่มเทอย่างเต็มที่ก็จะตามมา และเมื่อใดที่ผู้ปฏิบัติอูทิสคนเต็มที ไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย ยึดถือเอาการทำงานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเมื่อ นั้นความสำเร็จก็ไม่ใช่อะไรที่ยากเย็น

1.3) ตัวชี้วัดผลกระทบที่จะ มีต่อพฤติกรรมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

ตัวชี้วัดอีกประการหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติคือผลกระทบที่จะ มีต่อพฤติกรรมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ นโยบายใดที่นำไปปฏิบัติต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการทำงาน วิธีปฏิบัติ ช่วงเวลาทำงาน ลักษณะวิธีการติดต่อสื่อสารภายในหน่วยงาน ระเบียบวิธีในการเบิกจ่ายงบประมาณและ วัสดุครุภัณฑ์ นโยบายนั้นมักมีปัญหาในทางปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากความเคยชินหลายอย่างในการทำงาน ได้ฝังรากลึกอยู่ในจิตใจของผู้ปฏิบัติ กลายเป็นวิถีประชา (Ways of Life) ซึ่งยากต่อการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติตามนโยบายแล้วต้องเปลี่ยนความเคยชินเหล่านี้ ย่อมนำมาซึ่งการขัดขึ้นต่อต้านและอาจรุนแรงถึงการไม่ยอมรับในนโยบายเลยทีเดียว สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จของนโยบายทั้งสิ้น

1.4) ตัวชี้วัดด้านค่านิยมของผู้ปฏิบัติ

ตัวชี้วัดประการต่อมาคือ ความขัดแย้งในหลักการ วัตถุประสงค์ และวิธีปฏิบัติ ที่มีต่อค่านิยมของผู้ปฏิบัติ ค่านิยมเป็นสิ่งที่ปลูกฝังมาช้านานตั้งแต่วัยเด็กวัยรุ่นจนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ ค่านิยมกำหนดแนวความคิดแนวการมองปัญหา ค่านิยมเป็นเสมือนรากฐานของความเชื่อ นโยบายใดที่หลักการและแนวปฏิบัติขัดแย้งกับค่านิยมของผู้ปฏิบัติย่อมได้รับการขัดขึ้น ซึ่งอาจแสดงออกได้หลายทาง อาจเป็นการเพิกเฉยละเลยไม่กระตือรือร้นที่จะทำ บางครั้งอาจด่าทอให้ซ้ำเก็บเรื่องไว้นานๆ เลือกปฏิบัติ เฉพาะส่วนที่ไม่ขัดต่อค่านิยมเท่านั้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของนโยบายทั้งสิ้น

1.5) ตัวชี้วัดด้านอำนาจ ศักดิ์ศรี และผลประโยชน์ของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

ลักษณะอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายคือ ขอบเขตของผลกระทบที่นโยบายจะมีต่อลักษณะงาน อำนาจ ศักดิ์ศรี หรือผลประโยชน์ของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ หากมีการมอบหมายนโยบายให้อยู่ในมือของผู้ที่เห็นว่านโยบายนั้น อาจมาทำลายผลประโยชน์ที่เคยได้รับเป็นประจำ หรือทำให้ตำแหน่งหน้าที่ บทบาท ศักดิ์ศรีและอำนาจของเขาต้องลดลงไปย่อมแน่ใจได้ว่านโยบายนั้น ต้องถูกเพิกเฉยละเลยและอาจถูกบ่อนทำลายเพื่อให้ยกเลิกนโยบายไปในที่สุด การมอบอำนาจให้ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติจึงต้องเลือกเฟ้นอย่างรอบคอบเหมาะสม การกำหนดแนวปฏิบัติต่างๆ ต้องศึกษาวิเคราะห์อย่างจริงจังถึงผลกระทบในเรื่องผลประโยชน์ อำนาจ และศักดิ์ศรี

สรุป จากที่ได้กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า นอกจากผู้ปฏิบัติจะต้องมีความสามารถในด้านเทคนิควิทยาการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายที่ตนรับผิดชอบแล้ว ความรอบรู้และชัดเจนในทางการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการโฆษณาประชาสัมพันธ์ และการติดต่อกับนักการเมืองต่างๆ ก็เป็นสิ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน ยิ่งกว่านั้นผู้ปฏิบัติยังต้องเห็นด้วย เข้าใจ อุทิศตนให้กับนโยบาย การเลือกผู้ปฏิบัติต้องคำนึงถึงพื้นเพ ความเชื่อ ค่านิยม และผลประโยชน์ต่างๆ ที่เขามีอยู่ด้วย นโยบายที่จะประสบความสำเร็จต้องส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติประสบความสำเร็จด้วย นโยบายที่ดันให้ผู้ปฏิบัติต่ำลงย่อมหลีกเลี่ยงความล้มเหลวไปได้ยาก

2) ตัวชี้วัดด้านกลไกและพฤติกรรมในองค์การ

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นกระบวนการที่ต้องมีหน่วยงานรับผิดชอบ คงไม่มีนโยบายใดที่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้โดยเพียงแต่มีกฎหมาย หรือระเบียบข้อบังคับกำหนดไว้เท่านั้น แล้วปล่อยให้ทุกอย่างเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ นโยบายแทบทุกนโยบายต้องมีหน่วยงานรับผิดชอบ ในการดำเนินงาน บางครั้งอาจมีเพียงหน่วยงานเดียว บางครั้งอาจมีหลายหน่วยงานรับผิดชอบร่วมกัน

จีซี เอ็ดเวิร์ด และไอรา ชาร์แคนสกี (Edwards and Ira Sharkansky, 1978) กล่าวว่า การศึกษาก่อนนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ คือ การศึกษาระบบราชการนั่นเอง ทั้งนี้เนื่องจากข้าราชการคือ ผู้ที่คุมกำลังคน งบประมาณ วัสดุและครุภัณฑ์ และอำนาจทางกฎหมายของรัฐบาล เป็นกลุ่มเดียวที่

ได้รับมอบอำนาจในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จากทั้งองค์กรฝ่ายบริหาร ตุลาการ และนิติบัญญัติ ความสำคัญของหน่วยงานราชการในฐานะหน่วยงานที่เป็นหัวใจของกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินี้เอง ที่ทำให้ต้องศึกษากลไกและพฤติกรรมต่างๆ ในองค์กรที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีส่วนกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายอย่างไร

เอ็ดเวิร์ดและชาร์แคนสกี กล่าวว่า การจะนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพนั้น มีปัจจัยภายในองค์กรที่ควรคำนึงถึงคือ การติดต่อสื่อสาร (Communication) ทรัพยากร (Resources) ภูมิหลังและค่านิยมของผู้ปฏิบัติ (Disposition of Implementators) ขั้นตอนมาตรฐานในการทำงาน (Standard Operating Procedures) และการติดตามตรวจตรา (Follow-up)

2.1) การติดต่อสื่อสาร

เงื่อนไขข้อแรกที่จะทำให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพคือบุคคลต่างๆ ที่รับผิดชอบต้องรู้หน้าที่และบทบาทของตนเอง รู้ว่าตนเองต้องทำอะไร เมื่อไร อย่างไร คำสั่งให้ปฏิบัติตามนโยบายต้องไปยังบุคลากรที่รับผิดชอบ และต้องเป็นคำสั่งที่ไม่ขัดกัน ต้องชัดเจนไม่คลุมเครือ ถูกต้อง และที่สำคัญต้องแทนสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงปรารถนาอยากให้เห็นปฏิบัติได้ การติดต่อสื่อสารจะมีประสิทธิภาพแค่ไหนเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอย่างน้อยที่สุดคือการเผยแพร่ข่าวสาร (Transmission) ความชัดเจนของข่าวสาร (Clarity) และความสอดคล้องกันของข่าวสาร (Consistency)

2.1.1) การเผยแพร่ข่าวสาร การติดต่อสื่อสารจากระดับบนสู่ระดับล่างว่าการตัดสินใจดำเนินนโยบายได้ตกลงเรียบร้อยแล้ว มีรายละเอียดในการปฏิบัติและหน่วยงานรวมทั้งบุคคลรับผิดชอบกำหนดไว้ด้วย ไม่ใช่สิ่งที่ทำได้ตรงไปตรงมาอย่างที่ควรจะเป็น บางครั้งระบบการติดต่อสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เกิดการขาดตอนของข่าวสารในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง โดยทั่วไปปัญหาสำคัญคือ ไม่มีการนำข่าวสารไปเผยแพร่อย่างเป็นระบบ เป็นขั้นเป็นตอน และอย่างต่อเนื่อง

2.1.2) ความชัดเจนของข่าวสาร การติดต่อสื่อสารเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่างๆ ของนโยบาย นอกจากขึ้นอยู่กับเผยแพร่ข่าวสารแล้วยังขึ้นอยู่กับความชัดเจนของข่าวสารที่ต้องการเผยแพร่ด้วย โดยทั่วไปผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามนโยบายมักได้รับข่าวสารที่คลุมเครือ ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่ว่า จะนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างไร

เมื่อไร ขอบเขตนโยบายมีแค่ไหน ความคลุมเครือเหล่านี้มักเริ่มตั้งแต่ภาษาที่ใช้ นโยบายมักใช้คำที่มีความหมายกว้าง เข้าใจได้หลายแง่หลายมุม

นโยบายทั้งหลายไม่ได้คลุมเครือเสมอไป นโยบายบางประเภทอาจมีลักษณะที่เจาะจงตายตัวจนเกินไป ข่าวดสารเกี่ยวกับนโยบายชัดเจนกระจ่างชัด แต่เจาะจงจนไม่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติได้ใช้ดุลพินิจเลย นโยบายเช่นนี้ย่อมก่อให้เกิดความยุ่งยากในการนำไปปฏิบัติเช่นกัน เนื่องจากผู้ปฏิบัติต้องจัดการตามแนวปฏิบัติที่วางไว้อย่างเคร่งครัด บางครั้งทำให้ไม่สามารถปรับใช้กับสถานการณ์หลายๆ ประเภทได้ บางครั้งทำให้ผู้ปฏิบัติต้องระวางตัวอย่างมากเพื่อให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ที่นโยบายวางไว้โดยไม่คำนึงถึงเป้าหมายหลักของนโยบาย

อย่างไรก็ตาม ปัญหาหลักที่มักเกิดขึ้นในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติคือ ความคลุมเครือไม่ชัดเจนของแนวปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบายทั้งหลาย สาเหตุสำคัญคือ นโยบายส่วนมากมีความสลับซับซ้อนยุ่งยากเกินกว่าที่ผู้กำหนดนโยบายทั้งหลายจะสามารถเข้าใจอย่างทะลุปรุโปร่งถึงรายละเอียดทุกชั้นทุกตอน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นโยบายที่ริเริ่มมาเป็นครั้งแรกๆ ประสบการณ์ทั้งด้านบวกและลบไม่มีการบันทึกไว้ต้องคาดเดาเอาเอง ซึ่งหลายครั้งเมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย ยกแก่การระมัดระวังล่วงหน้า อีกทั้งผู้กำหนดนโยบายทั้งหลายมักไม่มีใครมีเวลามากพอที่จะสนใจรายละเอียดในทุกเรื่องราว มักทิ้งรายละเอียดให้ผู้ปฏิบัติวินิจฉัยเอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต่างจากเจตนารมณ์ของผู้กำหนดนโยบายดังที่กล่าวแล้ว โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติในระดับสูงมักไม่มีเวลามากเช่นกัน จึงมักจะทิ้งรายละเอียดให้กับผู้ปฏิบัติระดับต่ำกว่าตามลำดับ สุดท้ายการใช้ดุลพินิจอยู่ในมือผู้ปฏิบัติระดับล่าง ซึ่งอาจไม่ทราบกระจ่างชัดว่าเป้าหมายหรือเจตนารมณ์ของนโยบายคืออะไร ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติจึงไม่ตรงกับเจตนารมณ์มากนัก

นอกจากนี้ ความคลุมเครือของข่าวสารต่างๆ อาจมีสาเหตุมาจากความสลับซับซ้อนของการกำหนดนโยบาย ซึ่งต้องอาศัยหลายกลุ่มหลายฝ่ายมาร่วมตัดสินใจร่วมกัน ทุกฝ่ายต่างมองปัญหาในลักษณะที่จะก่อประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มตน ซึ่งผลประโยชน์ของแต่ละกลุ่มอาจไม่สอดคล้องกันหรืออาจขัดแย้งกัน การพยายามแสวงหาเป้าหมายที่สามารถประสานประโยชน์ของทุกกลุ่มทุกฝ่ายจึงไม่ใช่เรื่องง่ายที่ทำได้ในเวลาอันสั้น สุดท้ายนโยบายที่กำหนดออกมาจึงมีลักษณะที่กว้างทุกกลุ่มทุกฝ่ายสามารถตีความเป็นประโยชน์ของตนได้ ผู้ปฏิบัติจึงมีความลำบากในการปฏิบัติดังที่กล่าวแล้ว

2.1.3) ความสอดคล้องกันของข่าวสาร การติดต่อสื่อสารจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แล้ไหนนอกจากจะขึ้นอยู่กับกลไกวิธีการในการเผยแพร่ข่าวสาร และความชัดเจนของข่าวสารแล้ว คุณลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ความสอดคล้องกันของข่าวสาร นั่นคือ ข่าวสารทั้งหลาย ทั้งปวงที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติต้องไม่ขัดแย้งกัน หลายครั้งนโยบายอาจมีความชัดเจนแต่ขาดความสอดคล้องต่อกัน รัฐบาลบางประเทศมีนโยบายให้สถาบันการศึกษาของรัฐ พึ่งตนเองให้มากที่สุด โดยพยายามเข้มงวดในการจัดสรรงบประมาณ ขณะเดียวกันก็ไม่ประกาศอย่างเปิดเผยว่าเห็น ด้วยการให้สถาบันการศึกษา เหล่านั้น เพิ่มค่าธรรมเนียมการศึกษา ซึ่ง ความขัดแย้งกันลักษณะนี้ทำให้สถาบันการศึกษาต่างๆ มีความยุ่งยากลำบากในการปฏิบัติตามนโยบาย หน่วยงาน บางแห่งมีนโยบายส่งเสริมขวัญกำลังใจของบุคลากร ขณะเดียวกันก็เข้มงวดกับการใช้จ่าย เพื่อเป็นรางวัลแก่บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดี

สาเหตุการไม่สอดคล้องกันของนโยบายต่างๆ ที่สำคัญ คือ ความสลับซับซ้อนในการกำหนดนโยบายในลักษณะที่ต้องพยายามประสานประโยชน์ของทุกกลุ่มทุกฝ่ายนั่นเอง หลายครั้งการพยายามทำให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องพอใจมักส่งผลให้นโยบายที่กำหนดคลุมเครือและไม่สอดคล้องกัน ซึ่งที่สุดมีผลให้เกิดความยุ่งยากในการนำนโยบายสู่ภาคปฏิบัติ

2.2) ทรัพยากร

การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพียงใด นอกจากจะขึ้นอยู่กับ การติดต่อสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ทัวถึง ทันทเวลา และไม่ขัดแย้งกันแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความพร้อม บริบูรณ์ของทรัพยากรที่จำเป็นต่อการปฏิบัติด้วย นโยบายที่มีการวางแผนปฏิบัติไว้อย่างเป็นระบบ ชัดเจน มีเป้าหมายที่กระจ่าง อาจไม่บรรลุเป้าหมายถ้าขาดทรัพยากรที่จำเป็นทั้งหลายทั้งปวง ทรัพยากร เหล่านี้ ได้แก่ บุคลากร (Staff) ข่าวสาร (Information) และอำนาจสั่งการ (Authority)

2.2.1) บุคลากร ทรัพยากรที่เป็นหัวใจของการนำนโยบายไปปฏิบัติคือ บุคลากร ปัญหาที่ประสบอยู่เสมอคือ การขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็นทั้งในแง่ของปริมาณและคุณภาพ ในแง่ของปริมาณคงเป็นที่ได้ยิน ได้ฟังบ่อยครั้งว่าหน่วยงานหลายแห่งขาดบุคลากรที่จำเป็น หน่วยงานบางแห่งของประเทศไทยเราเองต้องรับผิดชอบงานด้าน วินัยของข้าราชการมากกว่า สองหมื่นคนแต่มีเจ้าหน้าที่ทำงานด้านวินัยเพียง 5-6 คนเท่านั้น หน่วยงานบางแห่งต้องรับผิดชอบงานฝึกอบรมของข้าราชการประมาณ 6,000 คน แต่มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบจริงๆ เพียง 4-5 คนเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ขื่อนำสงสัยประการหนึ่งคือ จำนวนบุคลากรรวมทั้งหน่วยงานมักไม่ค่อยขาดแคลน แต่ในบางจุดของหน่วยงานเท่านั้นที่มีปัญหาเรื่องกำลังคน ทั้งนี้สาเหตุสำคัญคือ การกระจายตัวของบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ มักไม่สมดุลและไม่สอดคล้องกับลักษณะความจำเป็นของแต่ละงานในหน่วยงาน นอกจากนี้ปัญหาเรื่องปริมาณแล้ว คุณภาพของบุคลากรก็เป็นปัญหาสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน หลายครั้งบุคลากรที่มีอยู่ขาดความรู้ความชำนาญในงานต้องฝึกฝนอบรมให้คล่องแคล่วซึ่งต้องใช้เวลา และหลายครั้งเมื่อมีทักษะพอเพียงที่จะใช้ประโยชน์ได้แล้วก็อาจย้ายงานหรือลาออกไปก็มี การขาดบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญในงานก่อให้เกิดความล่าช้า และความคิดพลาดซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างมาก

สรุปได้ว่า ปัญหาเรื่องบุคลากรนี้มักเป็นปัญหาสำคัญของการนำนโยบายใหม่ๆ ไปสู่ภาคปฏิบัติ นโยบายที่ริเริ่มใหม่มักต้องการคนจำนวนมากที่รู้และเข้าใจงาน ซึ่งคนเหล่านี้มักไม่มีอยู่ในทันทีที่ต้องค่อยๆ พัฒนา บางครั้งต้องอาศัยเวลายาวนานเป็นปีหรือสองสามปี ซึ่งทำให้การดำเนินงานล่าช้าไป นอกจากนั้น หลายครั้งงบประมาณที่มีอยู่จำกัดอาจไม่พอเพียงที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาคนขึ้นมาได้ การโอนย้ายจากหน่วยงานอื่นยังมีปัญหามากขึ้นไปอีก ปัญหาเรื่องบุคลากรจึงมักเป็นปัญหาสำคัญของการนำนโยบายใหม่ๆ ไปสู่ภาคปฏิบัติ

2.2.2) ข่าวสาร นอกจากบุคลากรต่างๆ ที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติต้องมีความรู้มีทักษะที่สมบูรณ์แล้ว บุคคลเหล่านี้ยังต้องสามารถทราบข่าวสารเกี่ยวกับนโยบายต่างๆ อย่างทันเวลาต่อเนื่องตลอดเวลา ข่าวสารเหล่านี้จะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นถ้านโยบายนั้นเกี่ยวข้องกับเรื่องเทคนิคต่างๆ เช่น นโยบายการควบคุมมลพิษต่างๆ ทั้งในน้ำ ในอากาศ บนพื้นดินและอื่นๆ การกำหนดเป็นนโยบายว่ากรุงเทพฯ ต้องเป็นเมืองสะอาดภายใน 3 ปี เป็นเรื่องหนึ่ง การทำอย่างไรจึงจะทำให้กรุงเทพฯ สะอาดเป็นอีกเรื่องหนึ่ง การจัดเก็บขยะเป็นเรื่องหนึ่ง การกำจัดขยะโดยไม่ให้อากาศและน้ำเป็นพิษเป็นอีกเรื่องหนึ่ง การพัฒนากลวิธีต่างๆ ให้การดำเนินนโยบายได้ผลจำเป็นที่ผู้ปฏิบัติต้องรู้ข่าวสารต่างๆ อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว การจะกำจัดขยะให้ได้ผล ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องทราบรายละเอียดต่างๆ เช่น จำนวนขยะที่จัดเก็บได้ในแต่ละวันและจำนวนขยะที่หลงเหลืออยู่ประเภทขยะว่ามีขยะเปียกเท่าไร แห้งเท่าไร การกระจายตัวของขยะในพื้นที่ต่างๆ ในแต่ละวัน แต่ละเดือน เป็นต้น ข่าวสารต่างๆ เหล่านี้ ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องทราบเพื่อสามารถวางแผนล่วงหน้าได้ว่าควรดำเนินการอย่างไร เมื่อไร เพื่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ

2.2.3) อำนาจสั่งการ ทรัพยากรอีกประเภทหนึ่งที่สำคัญสำหรับการนำนโยบายไปปฏิบัติคือ อำนาจสั่งการซึ่งรวมถึงอำนาจในการขอข้อมูลจากแหล่งต่างๆ อำนาจในการออกระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ อำนาจในการจัดสรรงบประมาณและออกระเบียบการเงิน อำนาจในการบังคับบัญชา และการบริหารงานบุคคลต่างๆ และอำนาจในการสั่งซื้อวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น อำนาจต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติต้องมี ทั้งนี้เพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินการต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายของนโยบายได้

2.3) ภูมิหลังและค่านิยมของผู้ปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จนั้น นอกจากผู้ปฏิบัติจะต้องรู้ว่าตนต้องทำอะไร อย่างไร และมีความสามารถที่จะกระทำแล้ว เขาเหล่านั้นต้องมีความปรารถนาอย่างจริงจังที่จะปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบายนั้นๆ ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากในการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบายนั้น ผู้ปฏิบัติมักมีอิสระพอสมควรในการตัดสินใจในการใช้ดุลพินิจ การมีโอกาสใช้ดุลพินิจนี้เองที่เปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติสามารถบิดเบือนเจตนารมณ์ของนโยบายได้อย่างน้อย 3 ทางด้วยกัน คือ 1) สามารถเลือกปฏิบัติเฉพาะคำสั่งหรือข้อบังคับที่ไม่ขัดกับความรู้สึก ค่านิยม และผลประโยชน์ส่วนตัว 2) เมื่อไม่เห็นด้วยกับคำสั่งหรือข้อปฏิบัติใด อาจบิดเบือนคำสั่งหรือข้อปฏิบัตินั้น ทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมาต่างกับเจตนารมณ์เดิมของนโยบาย และ 3) ผู้ปฏิบัติส่วนมากมีความรู้สึกว่าคุณมีความรู้ในเรื่องที่ตนรับผิดชอบมากกว่าใครอื่น บางครั้งถ้าเห็นว่านโยบายไม่ค่อยตรงกับที่ตนคิด อาจปฏิบัติตนเป็นปรปักษ์กับนโยบายเลยก็เป็นไปได้

2.4) ขั้นตอนมาตรฐานในการทำงาน

ขั้นตอนมาตรฐานในการทำงาน หมายถึง ธรรมเนียมปฏิบัติที่ใช้อยู่เป็นประจำในการบริหารกิจกรรมต่างๆ ไปที่เป็นเรื่องปกติธรรมดา ขั้นตอนเหล่านี้เป็นกลไกที่ช่วยให้ข้าราชการหรือบุคลากรทั้งหลายสามารถจัดการกับปัญหาและกิจการทั้งหลายที่รับผิดชอบโดยไม่ต้องหยุดคิดและวิเคราะห์เพื่อค้นหาวิธีการที่ดีที่สุดในการทำงาน อย่างไรก็ตาม ลักษณะงานหลายอย่างมีลักษณะต่างจากงานที่ปฏิบัติเป็นประจำ เป็นงานที่เกิดขึ้นเป็นกรณีพิเศษ เป็นครั้งคราวซึ่งไม่มีขั้นตอนมาตรฐานกำหนดไว้ว่าควรทำอะไรก่อนหลังและอย่างไร กรณีเช่นนี้ บุคลากรทั้งหลายมักมีปัญหาในการปฏิบัติให้สำเร็จลุล่วงไป การที่ผู้ปฏิบัติงานพยายามสร้างขั้นตอนต่างๆ ในการทำงาน ให้เป็นมาตรฐานโดยไม่คำนึงถึงกรณีพิเศษต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ทำให้เกิดปัญหาในการนำนโยบาย

ไปสู่ภาคปฏิบัติเช่นกัน ขั้นตอนมาตรฐานในการทำงาน มักจะเป็นตัวถ่วงการปฏิบัติตลอดเวลา เนื่องจากบุคลากรทั้งหลายมักไม่ยอมเปลี่ยนวิธีการที่ปฏิบัติจนเคยชิน แม้ว่าการจะดำเนินการให้บรรลุตามนโยบายใหม่จะต้องเปลี่ยนวิธีปฏิบัติก็ตาม

2.5) การติดตามตรวจตรา

การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติจะประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหน นอกจากจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการที่กล่าวมาแล้ว การติดตามผลการทำงานก็นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและไม่สามารถมองข้ามได้ ผู้ปฏิบัติตามนโยบาย ผู้รับผิดชอบระดับสูงต้องหมั่นตรวจตราติดตามอย่างสม่ำเสมอว่า งานที่มอบหมายให้แต่ละบุคคล แต่ละหน่วยงานรับไปปฏิบัตินั้นดำเนินไปได้ผลมากน้อยเพียงใด มีอุปสรรคสำคัญอะไรบ้าง การไม่ติดตามงานอย่างสม่ำเสมอมักนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ย่ำแย่ และแก้ไขไม่ได้แล้ว การติดตามผลเป็นสิ่งที่ดูเสมือนว่าทำได้ไม่ยากนัก แต่ในทางปฏิบัติเป็นสิ่งที่กินเวลาและใช้ความพยายามมากพอสมควร ผู้บริหารหลายคนพยายามแก้ปัญหาโดยการหาบุคลากรมาช่วยมากขึ้น ซึ่งมีผลคือช่วยให้ผู้บริหารมีหูตามากขึ้น สามารถทราบข่าวสารต่างๆ ได้รวดเร็วขึ้น แต่ก็มีผลเสียคือ การสั่งการต้องผ่าน หลายชั้น หลายตอน อาจทำให้ข่าวสารบิดเบือน ไปบ้าง นอกจากนั้น การมีผู้ช่วยมากเกินไปอาจทำให้เกิดปัญหาในการสั่งงาน การมีผู้ช่วยเพียงหนึ่งหรือสองคนที่สามารถออกคำสั่งแทนผู้บริหาร ได้เป็นเรื่องค่อนข้างปกติ การมีผู้ช่วยหลายคนที่สามารถแสดงความเห็นแทนผู้บริหารได้ อาจก่อให้เกิดความสับสนมากกว่าผลดี นักวิชาการทางการบริหารหลายท่าน ได้พยายามหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการติดตามผล แต่ก็ยังไม่มีวิธีใดใช้ได้ผลร้อยเปอร์เซ็นต์

ปีเตอร์ ดรักเกอร์ (Peter Drucker) เสนอให้ใช้การบริหาร โดยยึดวัตถุประสงค์ (Management by Objective หรือ MBO) ซึ่งเป็นวิธีที่เน้นการเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินงาน กำหนดขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งการประเมินผลหวังว่าการเปิดโอกาสดังกล่าวจะทำให้ทุกคนในหน่วยงานรับทราบและยอมรับเป้าหมายร่วมกันในการทำงาน ทำให้ง่ายต่อการติดตามผล

สรุปได้ว่า กลไกและพฤติกรรมในองค์กรซึ่งพิจารณาในรูปของปัจจัยภายในขององค์กร 5 ประการที่กล่าวแล้วนั้น มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติที่จะประสบความสำเร็จได้นั้น ประเด็นหนึ่งที่ต้องพิจารณาจึงได้แก่กลไกและพฤติกรรมของบุคคลต่างๆ ในองค์กร

3) ตัวชี้วัดด้านตัวนโยบาย

เมื่อกล่าวถึงนโยบาย อาจเข้าใจว่านโยบายทุกนโยบายมีลักษณะคล้ายคลึงกันหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่สำคัญๆ รัฐบาลและเฟรนกลิน อธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของนโยบายกับการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และความสัมพัทธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้องในนโยบายแต่ละประเภทกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติไว้ดังนี้

3.1) ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของนโยบายกับการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

รัฐบาลและเฟรนกลิน แบ่งนโยบายออกเป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ นโยบายกระจายทรัพยากร (Distributive Policy) นโยบายบังคับเชิงแข่งขัน (Competitive Regulatory Policy) นโยบายบังคับเชิงป้องกัน (Protective Regulatory Policy) และนโยบายเชิงจัดสรรการกระจายทรัพยากรใหม่ (Redistributive Policy) การแบ่งประเภทนโยบายนี้ ทั้งสองพัฒนามาจากประเภทของนโยบายที่เสนอโดยธีโอดอร์ โลวี (Theodore Lowi) และแบ่งโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อสมมติ 2 ประการ ได้แก่ ข้อสมมติประการแรก ภาพการรับรู้ของบุคคลต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในเรื่องการตัดสินใจสำคัญๆ ต่างๆ มีผลกระทบสำคัญต่อการเมืองที่ล้อมรอบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับสภาพการเมืองนี้ มีลักษณะคล้ายคลึงกับปัญหาไขกับไถ่นั้นคือ ตอบยากว่า ไถ่เกิดก่อนไขหรือไข่เกิดก่อน ไถ่ ภาพการรับรู้ก่อให้เกิดสภาพการเมือง หรือในทางตรงข้ามสภาพการเมืองมีผลในการกำหนดภาพการรับรู้โดยทั่วไปภาพการรับรู้ของบุคคลต่างๆ ช่วยให้การเมืองเป็นรูปร่างขึ้นมา เมื่อมีลักษณะที่ชัดเจน สภาพการเมืองจะช่วยระคับระคอง ภาพการรับรู้ของบุคคลเอาไว้ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญคือ ความมั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ การเปลี่ยนแปลงในภาพการรับรู้ของบุคคลจะช่วยกระตุ้นให้สภาพการเมืองเปลี่ยนแปลงไปด้วยการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายจะทำให้ภาพการรับรู้เปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน ขณะเดียวกันเป็นที่แน่นอนว่านโยบายมีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวตลอดเวลา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาพการรับรู้และ สภาพการเมืองด้วย ความสัมพันธ์สามเส้าที่ซับซ้อนนี้ ทำให้ยากแก่การวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ในท่ามกลางความสับสนแบบแผนของความสัมพันธ์น่าจะเป็นเรื่องที่ทำได้และอธิบายได้ไม่ยากนัก ข้อสมมติประการที่สอง คือ ณ จุดที่ทำการปฏิบัติตามนโยบาย ผู้ปฏิบัติย่อมเข้าใจวัตถุประสงค์และเป้าหมายของนโยบายดีกว่าคนอื่นๆ ที่อาจจะสนใจหรือไม่ก็เป็นพวกที่ได้รับความกระทบและได้หรือเสียผลประโยชน์ โดยทั่วไปนโยบายมักมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์มากกว่าหนึ่ง ซึ่งสามารถแยกย่อยเป็น โครงการหรือหน่วยเล็กๆ ที่เหมาะแก่การ

จัดการในเชิงปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายทั้งหลายเป็นผลรวมที่เกิดจากการผสมผสานความคิดความเห็นหลายๆ ประการด้วยกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ชุดใดชุดหนึ่ง การแยกออกเป็นวัตถุประสงค์ย่อยเป็นโครงการย่อยจึงสามารถทำได้ไม่ยากนัก และนี่เองเป็นผลให้คุณจุดปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ต่างๆ ที่กำหนดไว้ในนโยบายสามารถแยกออกมาในลักษณะที่เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้นได้

3.1.1) นโยบายกระจายทรัพยากร นโยบายประเภทนี้มุ่งส่งเสริมกิจกรรมเอกชนซึ่งมีศักยภาพว่าจะมีคุณค่าต่อสังคมโดยรวม และไม่สามารถดำเนินการได้หากปราศจากความช่วยเหลือจากรัฐบาล ความช่วยเหลือดังกล่าวอยู่ในรูปของเงินสนับสนุน เงินกู้ยืมโดยมีดอกเบี้ยต่ำ ระยะปลอดหนี้ยาว หรือการลดหย่อนอัตราภาษีบางประเภท สิ่งทั้งหลายทั้งปวงนี้จะช่วยให้เอกชนสามารถดำเนินกิจกรรมได้คล่องตัวขึ้น มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น กิจกรรมที่สมควรได้รับการสนับสนุนตามนโยบายประเภทนี้มีทั้งที่เป็นเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และพาณิชยกรรม ตัวอย่างของนโยบายประเภทนี้ เช่น นโยบายส่งเสริมการเพาะเลี้ยงปลานิล นโยบายส่งเสริมการผลิตอุตสาหกรรมในประเทศ นโยบายส่งเสริมอุตสาหกรรมที่ใช้ผลิตผลเกษตรกรรมในประเทศ นโยบายนิคมไทย นโยบายสนับสนุนงานวิจัยในมหาวิทยาลัย เป็นต้น

นโยบายประเภทนี้มีลักษณะพิเศษคือ ในขั้นตอนพัฒนาและกำหนดนโยบายมักไม่มีการแข่งขันกับนโยบายอื่นมากนัก มักมีลักษณะเป็นเรื่องเฉพาะ เป็นเอกเทศไม่เกี่ยวข้องกับนโยบายอื่น นโยบายส่งเสริมการเพาะเลี้ยงปลานิล มักไม่ต้องแข่งขันโดยตรงกับนโยบายสนับสนุนงานวิจัยในมหาวิทยาลัย นโยบายนิคมไทย มักไม่ต้องแข่งขันโดยตรงกับนโยบายสนับสนุนการเพาะเลี้ยงกุ้งก้ามกราม เป็นต้น

นโยบายกระจายทรัพยากรนี้ มักพัฒนาและกำหนดขึ้นอย่างเป็นอิสระต่อกันและมักหวังผลในระยะสั้น การแข่งขันกันจึงมีน้อย อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ ถ้าผลของนโยบายเป็นประโยชน์ต่อบุคคลบางกลุ่มบางพวกเท่านั้น การแข่งขันอาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะระหว่างผู้ที่จะได้และไม่ได้รับผลประโยชน์

3.1.2) นโยบายบังคับเชิงแข่งขัน นโยบายประเภทนี้เกี่ยวข้องกับสินค้าและบริการที่มีจำกัด และการจัดสรรสินค้าและบริการประเภทนี้มีผลกระทบต่อสาธารณชน สินค้าและบริการที่เข้าข่ายตามนโยบายประเภทนี้ เช่น จำนวนความถี่ของการกระจายเสียงทางวิทยุ จำนวนช่อง

โทรทัศน์ จำนวนสายการบิน เป็นต้น นโยบายประเภทนี้จึงมุ่งจำกัดจำนวนผู้มีสิทธิขายสินค้าและบริการ โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีสมัครแข่งขันจำนวนมากมาย ตัวอย่างเช่น นโยบายจัดตั้งสถานีวิทยุ นโยบายจัดตั้งสถานีโทรทัศน์ นโยบายจัดตั้งสายการบิน นโยบายขนส่งอาหาร เป็นต้น นโยบายประเภทนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อสาธารณชน การมีสถานีวิทยุมากมายเกินไปอาจทำให้ควบคุมคุณภาพไม่ได้และอาจส่งผลกระทบต่อสาธารณชน การมีสถานีโทรทัศน์มากเกินไปก็เช่นกัน การขนส่งอาหารยุทธภัณฑ์ต้องทำโดยบริษัทที่เชื่อถือได้สูงเท่านั้น นโยบายประเภทนี้จึงมีการแข่งขันสูง ทุกคนที่มีความสามารถปรารถนาจะเข้ามารับนโยบายไปดำเนินการแต่รัฐบาลจะให้ได้เฉพาะบางคนเท่านั้น ผู้ที่ได้รับเลือกจะกลายเป็นผู้ชนะ ที่เหลือคือผู้แพ้

กิจกรรมสำคัญในการนำนโยบายประเภทนี้ไปสู่ภาคปฏิบัติคือ การคัดเลือกผู้ชนะจากผู้สมัครเข้าแข่งขันจำนวนมาก ผู้สมัครส่วนใหญ่จะเข้าใจกติกาชัดเจนว่ารัฐบาลต้องการให้ดำเนินการอะไร ทุกคนมีสิทธิชนะ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ปรากฏเสมอคือผู้ที่สมัครเข้าแข่งมาครั้งติดต่อกันมักมีโอกาสนชนะบ่อยครั้ง ผู้ที่ชนะมักชนะติดต่อกัน ผู้แพ้หลายกลุ่มอาจไม่เคยประสบความสำเร็จเลยก็ได้ นอกเหนือจากการคัดเลือกแล้ว กิจกรรมที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการกำหนดมาตรฐานและกฎเกณฑ์ในการปฏิบัติต่างๆ และการติดตามควบคุมการทำงานของผู้ชนะให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์และได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น รัฐบาลอาจกำหนดไว้เลยว่าสถานีวิทยุทุกแห่งต้องถ่ายทอดข่าวในเวลาที่กำหนดไว้และเวลาอื่นๆ ตามที่รัฐบาลจะแจ้งให้ทราบต่อไป หากชัดเจนจะไม่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการกระจายเสียงอีก เป็นต้น

นโยบายประเภทนี้มักมีลักษณะพิเศษต่างจากนโยบายประเภทอื่นๆ 3 ประการคือ ประการแรก เป็นนโยบายผสมผสาน ในลักษณะที่ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ชนะให้สามารถดำเนินการได้ ขณะเดียวกัน ก็กำหนดกรอบกิจกรรมให้ผู้ชนะปฏิบัติตามเพื่อประโยชน์ของสาธารณชน ประการที่สอง เป็นนโยบายที่เกิดขึ้นไม่บ่อยครั้ง นานครั้งจึงจะกำหนดนโยบายสักครั้ง ส่วนใหญ่การพัฒนาและกำหนดนโยบายใหม่มักเป็นผลมาจากการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติของนโยบายใดนโยบายหนึ่ง การประยุกต์แนวปฏิบัติเป็นกรณีๆ ไปเป็นหัวใจการนำนโยบายประเภทนี้ และประการที่สาม เป็นนโยบายที่มีการบังคับให้เกิดผลในลักษณะที่จริง จังกว่านโยบายประเภทแรก

3.1.3) นโยบายบังคับเชิงป้องกัน นโยบายประเภทนี้มุ่งกำหนดกรอบการดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ของธุรกิจเอกชนเพื่อคุ้มครองประโยชน์ส่วนรวมของประชาชน กิจกรรมที่อาจเป็นภัยต่อประชาชนต่างๆ จะถูกห้ามหรือควบคุมโดยเคร่งครัด ตัวอย่างเช่น กิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดมลพิษ

ต่างๆ ทั้งในอากาศ น้ำ และบนพื้นดิน กิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดภัยอันตรายต่อผู้ทำงาน สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย การแข่งขันแบบผูกขาดทางธุรกิจ การเอาเปรียบแรงงานในลักษณะต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ การดำเนินกิจกรรมใดที่อาจก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณะก็จัดเป็นนโยบายประเภทนี้ ตัวอย่างเช่น การควบคุมอัตราค่าโดยสารรถประจำทาง รถไฟ รถเช่าต่างๆ การบังคับให้โฆษณาได้เฉพาะสิ่งที่เป็นความจริงที่พิสูจน์แล้ว การประกาศให้ทราบถึงอัตราดอกเบี้ยและราคาพืชผลต่างๆ เป็นต้น

นโยบายประเภทนี้มักมีปัญหาในการกำหนดและการนำนโยบายไปสู่ปฏิบัติ ผู้ที่ถูกบังคับหรือควบคุมให้ประพฤติปฏิบัติตามกรอบแนวทางที่กำหนดไว้มักถือว่า ตนยืนอยู่คนละข้างกับผู้ออกนโยบาย เมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ บุคคลเหล่านี้มักต่อต้าน ขัดขืน ไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ปฏิบัติ หรือในทางตรงข้ามอาจทำตนสนิทสนมเพื่อตั้งผู้ปฏิบัติให้เห็นคล้อยตามการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่ต้องการเสนอ พยายามจับผู้ปฏิบัติให้เป็นพวกตนให้ได้

3.1.4) นโยบายเชิงจัดสรรทรัพยากรใหม่ นโยบายประเภทนี้มุ่งปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการกระจายทรัพยากรทางเศรษฐกิจระหว่างชนชั้นต่างๆ ในสังคมใหม่ ทรัพยากรทางเศรษฐกิจรวมถึง สิทธิและกรรมสิทธิ์ต่างๆ ความมั่งคั่ง ที่ดินและทรัพย์สินต่างๆ เหตุที่ต้องมีการปรับปรุงการกระจายตัวทรัพยากรทางทรัพย์สินใหม่เนื่องจากนักการเมืองบางคนเห็นว่า ในสังคมทุกวันนี้มีคนชား และคนแพ้ นั่นคือนโยบายต่างๆ ของรัฐทำให้บุคคลบางกลุ่มบางพวกได้ประโยชน์ ในขณะที่บางกลุ่มเสียประโยชน์ นโยบายเก็บภาษีแบบก้าวหน้า ผู้มีรายได้มากเสียภาษีเพิ่มในอัตราสูงกว่าผู้มีรายได้น้อย มักถูกคัดค้านจากกลุ่มผู้เสียภาษีมากกว่าไม่ยุติธรรม น่าจะเก็บเท่าๆ กัน ในขณะที่กลุ่มที่มีรายได้น้อยอาจไม่แสดงความเห็นใดๆ นโยบายรับนักศึกษาเฉพาะ ภูมิภาคหนึ่ง อาจทำให้ผู้ที่มาจากภูมิภาคอื่นไม่พอใจและคัดค้าน โดยเห็นว่าน่าจะดูจากความสามารถมากกว่าดูจากถิ่นที่อยู่ ในขณะที่ผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในท้องถิ่นที่กำหนดอาจเห็นด้วยอย่างมากก็ได้ นโยบายให้นักเรียน นักศึกษาขึ้นรถประจำทางโดยไม่เสียค่าโดยสาร มักได้รับความนิยมนักเรียน นักศึกษา และบรรดาผู้ปกครอง แต่อาจถูกคัดค้านจากผู้ที่ไม่มีโอกาสใช้บริการก็เป็นได้

3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทนโยบายและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ประเภทนโยบายที่แตกต่างกันส่งผลให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแตกต่างกันไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลความขัดแย้ง กลุ่มที่เห็นด้วย กลุ่มที่คัดค้าน ในขั้นตอนของการพัฒนาและ

กำหนดนโยบายจะมีผลสืบเนื่องมาสู่ขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ ความแตกต่างที่เห็นชัดคือ ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายประเภทต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติจะแตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเหล่านี้ในนโยบายแต่ละประเภทก็แตกต่างกัน ส่งผลถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติให้สำเร็จลุล่วงในที่สุด ผู้มีส่วนร่วมเหล่านี้ อาจแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

3.2.1) หน่วยราชการ หน่วยราชการมีหลายระดับ รวมถึงแต่ละระดับประเทศ ระดับจังหวัด จนถึงระดับท้องถิ่น บทบาทและความสำคัญของแต่ละระดับแตกต่างกันตามประเภทนโยบาย ในนโยบายกระจายทรัพยากร ทุกหน่วยมีบทบาทในการนำนโยบายไปปฏิบัติ บทบาทจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับรายละเอียดของนโยบายแต่ละนโยบาย แต่จะไม่มีหน่วยงานระดับใดระดับหนึ่งเพียงระดับเดียวที่รับผิดชอบบทบาทสำคัญเพียงลำพังในทุกๆ นโยบาย สำหรับนโยบายแข่งขันเชิงบังคับ ผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดในการนำนโยบายไปปฏิบัติคือ หน่วยงานส่วนกลาง โดยทั่วไปหน่วยงานระดับจังหวัดและท้องถิ่น ไม่ค่อยมีบทบาทมากนักในนโยบายประเภทนี้ หน่วยงานที่มีบทบาทสูงในการนำนโยบายประเภทป้องกันเชิงบังคับคือ หน่วยงานระดับประเทศ และสาขาที่กระจายอยู่ทั่วไป หน่วยงานอิสระระดับจังหวัดและท้องถิ่น จะไม่ค่อยมีบทบาทในนโยบายประเภทนี้มากนัก ส่วนนโยบายจัดสรรการกระจายทรัพยากรใหม่ ผู้มีส่วนสำคัญในการปฏิบัติคือ ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง แต่หน่วยงานส่วนกลางมักมีบทบาทน้อยกว่าหน่วยงานท้องถิ่น

3.2.2) ผู้รับประโยชน์ รวมถึงผู้ผลิตสินค้าและบริการที่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาลและประชาชน ซึ่งได้รับประโยชน์จากการออกกฎหมายควบคุมกิจกรรมประเภทต่างๆ ผู้รับประโยชน์โดยทั่วไปเป็นผู้เกี่ยวข้องที่กระตือรือร้นสนใจเรื่องราวต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการนำนโยบายของทุกๆ นโยบาย ลักษณะของผู้รับประโยชน์จะแตกต่างกันไปตามประเภทนโยบาย ผู้รับประโยชน์ในกรณีนโยบายกระจายทรัพยากร ได้แก่ผู้ผลิตสินค้าและบริการประเภทใดประเภทหนึ่ง อาจจะเป็นเกษตรกร นักวิจัยในมหาวิทยาลัย บริษัทเอกชนต่างๆ หรือโรงงานอุตสาหกรรมก็ได้ ผู้ผลิตเหล่านี้ถ้าอยู่ในกลุ่มเป้าหมายของผู้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลในรูปใดก็ตาม จัดว่าเป็นผู้รับประโยชน์ ในกรณีที่ผลประโยชน์มีมากมายไม่จำกัด ในกรณีเช่นนี้การแข่งขันระหว่างผู้ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาลจึงไม่มี เนื่องจากทุกคนที่เป็นสมาชิกของกลุ่มเป้าหมายมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดได้รับประโยชน์เหมือนกันทุกคน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผลประโยชน์มีจำกัดและต้องจัดสรรโดยการคัดเลือก ผู้ผลิตส่วนหนึ่งเท่านั้นที่จะได้รับประโยชน์ ผู้ที่ได้รับประโยชน์คือผู้ชนะผ่านการคัดเลือกมาได้ ผู้ผลิตที่เหลือคือผู้แพ้และถูกจัดให้เป็นผู้เสียประโยชน์

ในกรณีนโยบายแข่งขันเชิงบังคับ ผู้ผลิตบางคนเท่านั้นที่เป็นผู้รับประโยชน์ ผู้ผลิตเหล่านี้อาจได้แก่สายการบินบางสาย บริษัทขนส่งบางบริษัท บริษัทโทรทัศน์บางแห่งซึ่งเป็นผู้ชนะในการแข่งขันให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่จำกัด เป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้ผลิตสินค้าและบริการที่สำคัญต่อสาธารณชนและต้องอยู่ในกำกับของรัฐบาลตลอดเวลา ผู้บริโภคสินค้าและบริการประเภทนี้คือผู้รับประโยชน์อีกกลุ่มหนึ่ง ผู้บริโภคเหล่านี้อาจได้แก่สาธารณชนโดยทั่วไปหรือประชาชนในบางเขต บางกลุ่มอาชีพก็ได้

ในกรณีนโยบายบังคับเชิงป้องกัน ผู้บริโภคสินค้าและบริการที่อยู่ในความควบคุมกำกับของรัฐบาลทุกคนคือผู้รับประโยชน์ ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ซื้อยารักษาโรคต่างๆ ถือว่าเป็นผู้รับประโยชน์เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการอาหารและยาคอยตรวจตราสอดส่องให้ผู้ขายขายได้เฉพาะยาที่มีประโยชน์เท่านั้น ยาที่มีโทษ ยาที่มีผลเสียดังจะถูกบังคับไม่ให้นำมาขาย

ในกรณีนโยบายจัดสรรการกระจายทรัพยากรใหม่ ผู้เสียเปรียบทางสังคมประเภทต่างๆ อาจจะเป็นพวกค้อยการศึกษา รายได้น้อย ร่างกายไม่สมบูรณ์ ทรนภาพและอื่นๆ จัดว่าเป็นผู้ได้รับประโยชน์ตามนโยบายนี้ นโยบายประเภทนี้เน้นการยกฐานะความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของผู้เสียเปรียบทางสังคมเหล่านี้ให้ทัดเทียมกับคนกลุ่มอื่นในสังคม

3.2.3) ผู้เสียประโยชน์ ผู้สมัครขอความช่วยเหลือจากรัฐบาล แต่มีคุณสมบัติค้อยกว่าที่จะได้รับการคัดเลือก และผู้ที่ถูกควบคุมบังคับให้กระทำตามแนวปฏิบัติที่รัฐบาลกำหนดสำหรับนโยบายจำนวนมาก ผู้รับประโยชน์ได้รับประโยชน์เนื่องจากมีคนอีกกลุ่มหนึ่งถูกปฏิเสธ ถูกคัดออกไป คนกลุ่มนี้เรียกรวมๆ ว่า ผู้เสียประโยชน์ ซึ่งเป็นผู้สมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือจากรัฐบาล เช่นเดียวกันแต่ไม่ได้รับความช่วยเหลือ เป็นผู้แพ้ในเกมของการแข่งขัน เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล หรืออาจจะเป็นผู้ที่ถูกจำกัดถูกควบคุมให้ดำเนินกิจกรรมตามที่รัฐบาลอนุญาตเท่านั้น เพื่อแลกเปลี่ยนกับผลประโยชน์ที่รัฐบาลจะให้ ตัวอย่างเช่น จะปฏิเสธไม่รับบุคคลเนื่องจากเขาเป็นผู้หญิงไม่ได้ เนื่องจากเขาไม่ได้จบการศึกษาจากสถาบันที่กำหนดไว้ไม่ได้ เป็นต้น

ในกรณีนโยบายประเภทกระจายทรัพยากร ผู้เสียประโยชน์ตามที่กล่าวถึงจะไม่มีถ้าประโยชน์ที่รัฐจะมอบให้มีเหลือเพื่อไม่จำกัด หรือถ้าการให้ผลประโยชน์พิจารณาจากสิทธิที่ควรได้รับ ผู้ผลิตบางคนเป็นผู้เสียประโยชน์ ถ้าผลประโยชน์มีจำกัดและการจัดสรรผลประโยชน์ใช้การคัดเลือกแบบใดแบบหนึ่ง ผู้แพ้ คือ ผู้เสียประโยชน์นั่นเอง

ในกรณีนโยบายแข่งขันเชิงบังคับ ผู้ผลิตสินค้าและบริการที่รัฐควบคุมทุกคนคือผู้เสียประโยชน์ไม่มากก็น้อย ผู้แพ้ในการแข่งขันเพื่อให้ได้สิทธิที่จะผลิตสินค้าและบริการหนึ่งคือผู้เสียประโยชน์ ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่มีโทรทัศน์ 4 ช่อง ถ้ามีช่อง 1 ใน 4 ช่องที่ถูกห้ามไม่ให้ทำข่าวบางเรื่อง ขณะที่อีก 3 ช่องทำได้ ช่องที่ถูกห้ามคือผู้เสียประโยชน์ เป็นต้น ผู้ชนะในกรณีคล้ายคลึงกันนี้ในด้านหนึ่งก็เป็นผู้เสียประโยชน์เช่นกัน เนื่องจากต้องทำตามกติกาที่รัฐบาลกำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ได้รับสัมปทานการบินอาจถูกบังคับให้จัดที่นั่งต่างหากสำหรับผู้สูบบุหรี่ ผู้ที่ได้รับสัมปทานการเดินรถอาจถูกบังคับให้จัดที่นั่งใกล้ประตูสำหรับเด็กและคนชรา เป็นต้น

ในกรณีนโยบายป้องกันเชิงบังคับ ผู้ผลิตสินค้าและบริการที่รัฐควบคุมคือผู้เสียประโยชน์ โรงงานอุตสาหกรรมต้องทำตามกฎหมายเรื่องการควบคุมน้ำเสีย บริษัทผลิตอาหารกระป๋องต้องทำตามกฎหมายเรื่องสารเคมีและส่วนผสมที่ใช้ในการผลิต เป็นต้น

ในกรณีนโยบายจัดสรรการกระจายทรัพยากรใหม่ ถ้าผลประโยชน์ตกแก่ทุกคนที่เป็นสมาชิกกลุ่มผู้เสียเปรียบทางสังคม เช่น ตกแก่ผู้มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปีทุกคน ตกแก่ผู้จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 ทุกคน จะไม่มีผู้เสียประโยชน์ อย่างไรก็ตาม ถ้าการแจกจ่ายผลประโยชน์ยึดเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งที่ต้องมีการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การสอบ การยื่นหลักฐานการค้าประกัน หรือกรณีที่ผลประโยชน์มีไม่เพียงพอที่จะแจกจ่ายแก่สมาชิกทุกคน ผู้ไม่ได้รับประโยชน์ทั้งหลายคือ ผู้เสียประโยชน์นั่นเอง

3.2.4) รัฐสภา นักการเมืองและกรรมาธิการในคณะกรรมการต่างๆ ของรัฐสภาเข้ามาเกี่ยวข้องในการนำนโยบายทั้ง 4 ประเภทไปสู่การปฏิบัติในบางครั้งบางโอกาสเท่านั้น การควบคุมตรวจตราและการเข้ามายุ่งเกี่ยวมักทำนานๆ ครั้ง แต่อาจกระตุ้นให้มากขึ้นได้

ในกรณีนโยบายกระจายทรัพยากร สมาชิกรัฐสภาอาจเข้ามาแทรกแซงเป็นกรณีพิเศษ ถ้าผู้ได้รับประโยชน์ถูกตัดสิทธิ์การรับประโยชน์ หรือผู้เสียประโยชน์ร้องเรียนว่าไม่ได้รับความเป็นธรรมในการจัดสรรผลประโยชน์ เช่น ให้สัมภาษณ์หนังสือพิมพ์ว่า ถูกคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ถั่นแถ้งไม่ให้ได้รับการยกเว้นภาษีทั้งที่กลุ่มอื่นที่มีกิจการและคุณสมบัติดีกว่าตน ได้รับการยกเว้น เป็นต้น

ในกรณีนโยบายบังคับเชิงแข่งขัน สมาชิกรัฐสภาเข้ามายุ่งเกี่ยวเมื่อประชาชนหรือกลุ่มผลประโยชน์ร้องเรียนว่าประโยชน์สุขของประชาชนไม่ได้รับการคุ้มครองเท่าที่ควร บริษัทหรือกลุ่มบุคคลที่ได้รับสัมปทาน ให้ผลิตสินค้าหรือบริการ ให้บริการ หรือผลิตสินค้าไม่ได้คุณภาพที่ควรจะเป็น เป็นต้น

ในกรณีนโยบายบังคับเชิงป้องกัน สมาชิกรัฐสภามักเข้ามายุ่งเกี่ยวเมื่อได้รับการร้องเรียนว่าการควบคุมกำกับต่างๆ ของหน่วยงานรัฐบาลยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร อาจจะเข้มงวดเกินไปหรือหย่อนยานเกินไป หรือกลไกที่ใช้อาจยุ่งยากสับสนและล่าช้าจนผู้ผลิตเบื้อหน้ายก็เป็นไปได้ หรืออาจเนื่องจากหน่วยงานที่กำกับดูแลเลือกปฏิบัติเข้มงวดกับบางแห่งและหย่อนยานกับบางแห่งก็ได้

ในกรณีนโยบายจัดสรรการกระจายทรัพยากรใหม่ คณะกรรมการรัฐสภาอาจเข้ามาควบคุมตรวจสอบและติดตามการทำงานเนื่องจากความสนใจใคร่รู้และเป็นงานในความรับผิดชอบโดยตรง หรืออาจเนื่องมาจากได้รับคำร้องเรียนจากประชาชนในเขตพื้นที่ของตนที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม

3.3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้องต่างๆ และความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ธรรมชาติของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการแปลงนโยบาย จะแตกต่างกันไปตามประเภทนโยบาย ในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายทรัพยากรทั้งสองประเภท การเข้ามาเกี่ยวข้องของหน่วยราชการต่างๆ จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับรายละเอียดของนโยบาย โดยทั่วไปหน่วยงานราชการทุกระดับต้องการให้การปฏิบัติตามนโยบายเป็นไปโดยราบรื่น เรียบร้อย ปราศจากการร้องเรียนจากบุคคลกลุ่มต่างๆ ซึ่งหมายถึงความสำเร็จของการนำไปปฏิบัตินั่นเอง

3.3.1) ในกรณีนโยบายกระจายทรัพยากร หน่วยราชการต่างๆ ทั้งส่วนกลางทั้งระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่นทุ้มเทศความสนใจส่วนใหญ่ให้แก่การพยายามดำเนินการให้ราบรื่น เรียบร้อย สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี หน่วยงานส่วนกลางจะประสานงานกับกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแทนของผู้รับประโยชน์ หน่วยงานระดับจังหวัดและท้องถิ่นจะ

ปฏิบัติงาน โดยพยายามประสานประโยชน์กับผู้รับประโยชน์ในระดับท้องถิ่นเช่นกัน โดยทั่วไป ความขัดแย้งระหว่างหน่วยราชการ ผู้รับประโยชน์ และผู้เสียประโยชน์จะอยู่ในระดับต่ำ

3.3.2) ในกรณีนโยบายบังคับเชิงแข่งขัน หน่วยงานระดับประเทศมุ่งความสนใจส่วนใหญ่ไปที่ความราบรื่นของการปฏิบัติตามนโยบาย โดยพยายามรักษาความสัมพันธ์กับกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม พยายามคิดต่อเป็นการส่วนตัวในบางโอกาส ระดับความขัดแย้งระหว่างผู้เกี่ยวข้องต่างๆ โดยทั่วไปค่อนข้างต่ำ แต่อาจสูงขึ้นในระยะที่มีการตัดสินใจสำคัญๆ เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

3.3.3) ในกรณีนโยบายบังคับเชิงป้องกัน ความสนใจส่วนใหญ่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่ที่ความราบรื่นของการปฏิบัติเช่นเคย อย่างไรก็ตาม ทศนคติของหน่วยงานที่มีต่อผู้รับและเสียประโยชน์อาจมีทั้งที่เป็นมิตรและไม่เป็นมิตร ขึ้นอยู่กับอุดมคติของแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เป็นสำคัญ ระดับความขัดแย้งระหว่างผู้เกี่ยวข้องอยู่ในระดับปานกลางและอาจจะรุนแรงขึ้นเมื่อมีการบังคับใช้กฎระเบียบใหม่ๆ ที่จำเป็นต้องปฏิบัติตามนโยบาย

3.3.4) ในกรณีนโยบายจัดสรรการกระจายทรัพยากรใหม่ หน่วยงานระดับประเทศจะพยายามอย่างมากที่จะให้การปฏิบัติตามนโยบายเป็นไปโดยราบรื่น บางครั้งอาจสนับสนุนให้มีการประเมิน การปฏิบัติงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หน่วยงานส่วนกลางมักจะรักษาระดับความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้รับและเสียประโยชน์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ในขณะที่หน่วยงานปฏิบัติการระดับท้องถิ่นจะใกล้ชิดกับผู้รับและเสียประโยชน์อย่างมาก บางครั้งก็ในลักษณะที่เป็นมิตรกัน บางครั้งก็เป็นศัตรูกัน นโยบายประเภทนี้มีระดับความขัดแย้งในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องค่อนข้างสูงคืออยู่ระหว่างปานกลางถึงสูงทีเดียว

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้องต่างๆ จะอยู่ในระดับใดเพียงใดขึ้นอยู่กับประเภทนโยบาย นโยบายประเภทที่ต้องเกี่ยวข้องกับการกระจายทรัพยากรจะมีระดับความขัดแย้งในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องมากกว่านโยบายเชิงบังคับต่างๆ ถ้าใช้ความราบรื่นของการดำเนินการให้สำเร็จ จุลล่งไปตามเป้าหมายของนโยบายสามารถเป็นดัชนีชี้ความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่า นโยบายประเภทกระจายทรัพยากรจะมีโอกาสที่ประสบความสำเร็จน้อยกว่านโยบายเชิงบังคับทั้งหลาย

สรุปได้ว่า ตัวชี้วัดความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Indicators Influencing Policy Implementation) พบว่า ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดเพียงปัจจัยเดียว แต่มีเหตุมาจากหลายๆ ประการ กล่าวโดยสรุป ชัย ภาวะ ประภาย (2552: 101-118) ได้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์ของนโยบาย ได้แก่ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ ความสอดคล้องต้องกันของนโยบาย และความยากง่ายในการรับรู้วัตถุประสงค์ เป็นต้น 2) ความเป็นไปได้ทางการเมือง เน้นการเจรจาระหว่างรัฐบาลกับเอกชน ความสำเร็จของนโยบายขึ้นอยู่กับระดับของการสนับสนุน หรือคัดค้านที่กลุ่มธุรกิจเอกชนมีต่อนโยบายนั้นๆ 3) ความเพียงพอของทรัพยากร ได้แก่ การสนับสนุนทางการเงิน กำลังคน และคุณภาพของบุคลากร รวมทั้ง วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ทำการ เครื่องมือเครื่องใช้ ที่ดิน และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกอื่นๆ อย่างเพียงพอ 4) ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ประเภทของหน่วยงาน โครงสร้างและลำดับชั้นการบังคับบัญชา ความสามารถของผู้นำ ความสัมพันธ์กับหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย และลำดับขั้นตอนของการสื่อสารแบบเปิด 5) ทศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ผลกระทบที่จะมีต่อพฤติกรรมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ กล่าวคือ นโยบายที่มีผลให้ผู้ปฏิบัติต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปจากแนวทางเดิมที่ปฏิบัติเป็นเวลายาวนาน มักจะประสบความล้มเหลว ส่วนอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ความขัดแย้งที่มีต่อค่านิยมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ การที่ผู้นำไม่เห็นด้วยกับนโยบายจะนำไปสู่การเพิกเฉย ละเลย ไม่ปฏิบัติตามนโยบาย หรือเลือกปฏิบัติเฉพาะส่วนที่ไม่ขัดกับคุณค่าที่ตนเองยึดถือ ซึ่งในที่สุดจะทำให้ล้มเหลว และ 6) ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ อาทิเช่น การแทรกแซงของหน่วยงานระดับบน พบว่า ถึงแม้จะมีจุดตัดสินใจไม่มากนัก มีลำดับชั้นการบังคับบัญชาน้อย นโยบายอาจจะประสบปัญหาได้ ถ้าถูกแทรกแซงจากหน่วยงานระดับบนมากเกินไปจนเกินไป

ดังนั้น ความคิดเห็นดังกล่าว เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ สมบัติ ชำรงชัยวงศ์ เนื่องจากความสำเร็จของแผนงานและโครงการมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้นำ ภาวะผู้นำ ในองค์กร และความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของนโยบาย รวมถึงความสำเร็จที่เคยเกิดขึ้นในอดีต อีกด้านหนึ่ง ความล้มเหลวของแผนงาน และ โครงการเป็นผลมาจากความเฉื่อยชาของผู้นำ ผู้ปฏิบัติ การขาดความร่วมมือระหว่างกลุ่มผู้สนับสนุน การขาดความพยายามที่เพียงพอ การขาดการสนับสนุนจากผู้นำ และการขาดเงินทุนที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน ตลอดจนการขาดผู้นำที่มุ่งมั่นต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ (สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2552: 431-432)

ทั้งนี้ ความคิดเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับ สมพร เพ็ญจันทร์ ที่มองว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสลับซับซ้อนมาก โดยมีปัจจัยหลักๆ ที่กำหนดความสำเร็จ หรือความล้มเหลว คือ 1) เนื้อหาสาระของนโยบาย ประกอบด้วย ลักษณะของนโยบาย วัตถุประสงค์ของนโยบายที่ชัดเจน หรือคลุมเครือ 2) ความร่วมมือระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ถ้าระดับความร่วมมือสูง โอกาสที่การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จมีมาก 3) ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ การมอบหมายให้หน่วยงานที่มีอยู่แล้ว และเห็นด้วยกับนโยบายนี้ นำไปปฏิบัติ จะมีผลให้สำเร็จมาก 4) วัตถุประสงค์ของนโยบาย การปฏิบัติจะบรรลุวัตถุประสงค์มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความชัดเจน 5) การติดต่อสื่อสารและประสานงานอย่างเต็มที่ และ 6) ทศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (สมพร เพ็ญจันทร์, 2552: 225-226)

ในอีกมุมมองหนึ่ง จากการศึกษาวิจัยของ วรเดช จันทรศร (2551: 391-393) ได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) นโยบายมีปัจจัยรอง ได้แก่ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ นโยบายมีทฤษฎีที่เหมาะสม นโยบายสอดคล้องกับความต้องการ และประเภทของนโยบาย เป็นต้น 2) การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน มีปัจจัยรอง ได้แก่ วิธีการ ขั้นตอนปฏิบัติงานชัดเจน เข้าใจง่าย การกำหนดระเบียบ ลงโทษ และให้รางวัล เป็นต้น 3) ทรัพยากร มีปัจจัยรอง ได้แก่ ความเพียงพอและเหมาะสมทางการเงิน ความพร้อมวัสดุ อุปกรณ์ และการกระจายทรัพยากรไปยังหน่วยงานต่างๆ 4) หน่วยงาน องค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มีปัจจัยรอง ได้แก่ ลักษณะ โครงสร้างองค์กร ความซับซ้อนของปฏิสัมพันธ์ ความยืดหยุ่น ของการปฏิบัติงาน ลักษณะกระบวนการติดต่อสื่อสาร และจำนวนบุคลากร เป็นต้น 5) ผู้บริหารและการบริหารงาน มีปัจจัยรอง ได้แก่ ภาวะผู้นำ ทักษะ ความเข้าใจ อำนาจหน้าที่ ความซับซ้อนของกระบวนการตัดสินใจ และความสามารถในการแก้ปัญหาความล่าช้าที่เกิดขึ้น เป็นต้น 6) บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีปัจจัยรอง ได้แก่ ทศนคติที่มีต่อนโยบาย ความรู้ ความสามารถ ความเต็มใจ และขอบเขตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น 7) สภาพแวดล้อมภายนอก มีปัจจัยรอง ได้แก่ ผลกระทบจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยี เป็นต้น 8) กลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของทศนคติ และความเข้าใจในประโยชน์ที่ได้รับ และผลเสียที่อาจเกิดขึ้น 9) การประสานงานและความร่วมมือ มีปัจจัยรอง ได้แก่ ความสามารถในการประสาน จำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และระดับความร่วมมือ 10) การประชาสัมพันธ์ มีปัจจัยรอง ได้แก่ รูปแบบการสื่อสาร และผลกระทบจากการประชาสัมพันธ์ที่มีต่อการปฏิบัติงานและกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง 11) มาตรการในการควบคุมและประเมินผล มีปัจจัยรอง ได้แก่ ประสิทธิภาพในการดำเนินการควบคุม วิธีการควบคุม คู่มือมาตรการในการกระตุ้นส่งเสริม และผลกระทบต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

ในขณะที่เดียวกัน บาร์เรตต์และฟัดจ์ (Barrett and Fudge) เชื่อว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วย ความชัดเจนของเป้าหมายนโยบาย ทรัพยากร การควบคุมและระเบียบการปฏิบัติ การติดต่อสื่อสาร การประสานผลประโยชน์ ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน ลักษณะของหน่วยปฏิบัติ และกลุ่มผลประโยชน์อื่น ๆ รวมถึงบุคลากรที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (Barrett and Fudge, 1981: 13-28)

นอกจากนั้น ฮ็อกวูดและกันน์ (Hogwood & Gunn) มองไปในทิศทางเดียวกันว่า สาเหตุที่ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่บรรลุเป้าหมาย หรือไม่ประสบความสำเร็จอย่างสมบูรณ์เท่าที่ควร อาทิเช่น 1) ปัจจัยภายนอกที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ ฝนแล้ง โรคระบาด และกลุ่มผลประโยชน์ไม่เห็นด้วยกับนโยบายนั้น ๆ 2) ทรัพยากรในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะในขั้นกำหนดนโยบายพิจารณาเพียงแคเป้าหมายที่มุ่งหวัง แต่ไม่ได้วิเคราะห์ถึงวิธีการที่จะทำให้ไปถึงเป้าหมายนั้น 3) การกำหนดนโยบายตั้งแต่ต้น ไม่มีการศึกษาประเด็นปัญหา การแก้ไข และ โอกาสที่เพียงพอ ส่งผลให้ตัวนโยบายที่กำหนดขึ้น ไม่ดีมากนัก และเป็นอุปสรรคในการนำไปปฏิบัติ 4) การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความซับซ้อน และต้องประสานความร่วมมือกันหลายๆ หน่วยงาน ซึ่งทำให้ความสำเร็จเกิดขึ้นได้ยากกว่าการมีหน่วยงานรับผิดชอบเพียงไม่กี่หน่วยงาน 5) องค์การที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่เข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบาย หรือตกลงร่วมกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ไม่ได้ เนื่องจากวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้มีความคลุมเครือ ใช้ถ้อยคำที่มีความหมายกว้าง และ 6) ผู้นำไม่มีอำนาจที่จะทำให้บุคลากรระดับปฏิบัติงานหรือบุคคลระดับเดียวกันแต่ต่างหน่วยงานกันทำตามคำสั่ง (Hogwood and Gunn, 1984: 199-206)

อาจสรุปได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ นั้น ขึ้นอยู่กับมิติและตัวชี้วัดหลายๆ ประการ ทั้งลักษณะของนโยบาย วัตถุประสงค์ของนโยบาย ความเป็นไปได้ทางการเมือง ความเป็นไปได้ทางเทคโนโลยี ความพอเพียงของทรัพยากร ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ทักษะของผู้ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ตลอดจนมิติภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งแต่ละมิติมีอิทธิพลต่อนโยบายต่างๆ มากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ในอีกมุมหนึ่ง ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับมิติที่มีลักษณะร่วมกัน หรือมิติเฉพาะของนโยบายนั้นๆ จากแนวคิดข้างต้น ซึ่งให้เห็นว่า ลักษณะเฉพาะ หรือจุดเน้นบางประการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ อาทิเช่น ลักษณะ วิธีการดำเนินนโยบาย บริบท และ ทักษะของกลุ่มคนต่างๆ ที่มีต่อนโยบาย รวมถึงการนำ

นโยบาย ไปปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริง เป็นต้น ทำให้ต้องเลือกศึกษาเฉพาะบางมิติที่มีความเชื่อมโยง และสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมโดยภาพรวม ทั้งในส่วนของแนวคิดเกี่ยวกับนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้นำไปสู่การประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีที่เหมาะสมกับการศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่างของ Van Meter and Van Horn (1975) มาเป็น กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ซึ่ง ประกอบด้วยมิติต่างๆ จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของนโยบาย ทรัพยากรของนโยบาย การสื่อสารระหว่างองค์กร และกิจกรรมเพื่อให้มีการบังคับใช้ให้ได้ผล ลักษณะของหน่วยปฏิบัติ สภาวะ หรือเงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ในขณะที่การประยุกต์ใช้ตัวชี้วัดของแต่ละมิตินั้น มาจากงานศึกษาของนักวิชาการต่างๆ ข้างต้น และปรับใช้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้กล่าวถึงในประเด็นอื่นต่อไป

2.2 แนวคิดที่เกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับสากลและนโยบายในระดับประเทศ ซึ่งสาระประเด็นสำคัญดังนี้

2.2.1 นโยบายผู้สูงอายุในระดับสากล

นโยบายผู้สูงอายุในระดับสากล เป็นการกล่าวถึงหลักการผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ และหลักการของสหประชาชาติสำหรับการดูแลสิทธิผู้สูงอายุ ปฏิญญามาตริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ปฏิญญามาตราว่าด้วยเรื่องแผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ปฏิญญารัฐในคารุสซาลามาว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบัน ครอบครัว : การดูแลผู้สูงอายุ และประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1) หลักการผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติและหลักการของสหประชาชาติ สำหรับการดูแลสิทธิผู้สูงอายุ

1.1) หลักการผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ ประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุของสมัชชาใหญ่แห่งองค์การสหประชาชาติตามท้องที่การสหประชาชาติได้บัญญัติไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนประกาศใช้เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2491 ซึ่งในข้อ 24 แห่งปฏิญญาสากลนี้มีบัญญัติว่าทุกคนมีสิทธิที่จะมีความเป็นอยู่ในมาตรฐานที่ถูกต้องเหมาะสมในด้านสุขภาพความผาสุกของตนเองและครอบครัวรวมทั้งในด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และการบริการที่จำเป็นอื่นๆ และมีสิทธิที่จะได้รับหลักประกัน ในยามว่างงาน เจ็บป่วย ไร้ความสามารถ เป็นม่าย ชราภาพ หรือขาดปัจจัยในการครองชีพอื่นๆ เนื่องมาจากเหตุอันพ้นวิสัยที่ตนเองจะควบคุมได้

จากการศึกษาพบว่า แนวความคิดนี้มาจากการประชุมสมัชชาสมัชชาสามัญครั้งที่ 3 ณ กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส เมื่อปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) โดยมีประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติรวมทั้งประเทศไทยได้ร่วมกันลงคะแนนเป็นเอกฉันท์ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนข้อ 25 (1) โดยกำหนดว่า “มนุษย์ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและการดูแลทางการแพทย์และบริการที่จำเป็น และมีสิทธิในความมั่นคงยามว่างงานเจ็บป่วยพิการเป็นม่าย ้วยชรา หรือขาดอาชีพอื่นในพฤติกรรมที่นอกเหนืออำนาจตน” (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2554-2555)

นอกจากนี้แล้วรัฐบาลจะต้องคำนึงถึงเรื่องของปัจเจกบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เพราะว่าการดูแลตามหลักปัจเจกชนเชื่อว่า บุคคลจะมีความภาคภูมิใจในศักยภาพของตนและมีปฏิริยาโต้ตอบสิ่งแวดล้อมภายนอกในสังคมแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุควรจัดโดยคำนึงถึงความสามารถหรือศักยภาพของผู้สูงอายุในการแสดงออกมาต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกในสังคมและควรใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อช่วยส่งเสริมการจัดกิจกรรมหรือบริการเพื่อตอบสนองต่อผู้สูงอายุให้ได้มากที่สุด และนอกนั้นแล้วรัฐบาลจะต้องนำแนวคิดในเรื่องของการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เข้ามาบริหารจัดการด้านสิทธิมนุษยชนด้วยเช่นกัน เพราะว่าแนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากค่านิยมของสังคมประชาธิปไตย คือ การยอมรับว่ามนุษย์มีศักดิ์ศรี มีความต้องการ มีความสามารถและความรู้ลึกต่างๆที่สามารถแสดงออก การบริการด้านสังคมที่ยึดแนวนี้นี้จะเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ถือว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์มาก มีวิวุฒิสูง ต้องการได้รับการให้เกียรติจากสังคมมากกว่าวัยอื่นๆ แนวความคิดในการจัดกิจกรรมโดยยึดหลักแนวนี้นี้จึงเป็นการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงวัยวิธีหนึ่ง

จะเห็นได้ว่าสิทธิมนุษยชน (Human Right) เป็นสาระสำคัญของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 ได้กำหนดสิทธิของบุคคลสิทธิของเด็ก สตรี คนชราและผู้พิการ ทูพพลภาพ ที่เน้นให้การพิทักษ์ปกป้องคุ้มครองสิทธิของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว โดยเฉพาะบริการ พื้นฐานที่ประชาชนไทยควรได้รับ เช่น บริการด้านการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 12 ปี บริการประกันสุขภาพ จากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2546: 6)

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้ ได้มีส่วนทำให้รัฐบาลในประเทศต่างๆ เห็นความสำคัญ ทุกรัฐบาลพยายามที่จะขยายบทบาทของรัฐ ในงานด้านสงเคราะห์ประชาชนเพิ่มขึ้น รัฐบาลพยายามจะช่วยให้ประชาชนมีปัจจัยสี่ ได้แก่อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย อีกทั้งยังได้จัดให้มีหลักประกันในการดำรงชีวิตของตนเองและครอบครัวอย่างทั่วถึง โดยรัฐได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในด้านสิทธิมนุษยชนเป็นสำคัญ

องค์การสหประชาชาติได้จัดให้มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุระหว่างวันที่ 26 กรกฎาคม ถึงวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย องค์การสหประชาชาติได้มีแผนการปฏิบัติการระยะยาวระหว่างประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และมีมติให้สมาชิกได้ดำเนินการจัดบริการการดูแลตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ ประกอบด้วย 2 แนวความคิดหลักได้แก่แนวความคิดด้านมนุษยธรรมและแนวความคิดด้านการพัฒนา ดังนี้ (กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2546: 6-7)

1.1.1) แนวความคิดด้านมนุษยธรรมหมายถึงการที่ผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ ผู้สูงอายุควรได้รับการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูบริการสุขภาพการโภชนาและมีมาตรการป้องกันโรคและความพิการ

2) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ผู้สูงอายุควรได้อยู่อาศัยในบ้านตนเองอย่างอิสระมากที่สุด การสร้างที่อยู่อาศัยเหมาะสมกับสภาพและมีเครื่องอำนวยความสะดวกให้พอเพียง โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและผู้พิการ นอกจากนั้นควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านบริการสังคมอนามัยวัฒนธรรมงานด้านพักผ่อนหย่อนใจการคมนาคมเป็นต้น

3) ด้านครอบครัว ควรสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้รัฐบาลและองค์กรเอกชนควรจะทำให้มีมาตรการหรือบริการในการสนับสนุนครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้น้อย

4) ด้านสวัสดิการสังคม การให้บริการในด้านนี้ ควรจะมีเป้าหมายที่เสริมสร้างและคงไว้ซึ่งบทบาทที่เป็นประโยชน์ของผู้สูงอายุในสังคมให้มากที่สุดที่จะกระทำได้ รวมทั้งการสนับสนุนให้กลุ่มเยาวชนและอาสาสมัครต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ โดยที่รัฐบาลต้องพยายามยกเลิกกฎระเบียบต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานครั้งนี้

5) ด้านความมั่นคงทางรายได้และการจ้างงาน รัฐควรมีหลักประกันรายได้ขั้นต่ำสำหรับผู้สูงอายุซึ่งอาจดำเนินการโดยการออกกฎหมายประกันสังคมหรือมาตรการอื่นๆ นอกจากนี้ควรมีความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง หรือคนงาน เพื่อจัดทำมาตรการที่จะสนับสนุนให้คนสูงอายุได้ปฏิบัติต่อไปภายใต้สภาพการณ์ที่เหมาะสมและมีความมั่นคง

6) ด้านการศึกษา ควรจัดให้มีโครงการศึกษาที่ให้ผู้สูงอายุเป็นครูหรือเป็นผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ต่างๆ วัฒนธรรม ประเพณี ศิลธรรมควรกระตุ้นให้มีการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ทุกระดับรวมทั้งในระดับมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ยังควรจะต้องให้การศึกษาแก่ประชาชนทั่วไปตั้งแต่วัยเยาว์ จนถึงผู้สูงอายุถึงกระบวนการสุขภาพและวิธีเตรียมตัวเพื่อรับกับวัยสูงอายุ และการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์

2) แนวความคิดด้านพัฒนา (Development Aspect of the Aging) หมายถึง บทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งรัฐบาลจะต้องรับผิดชอบในการทำให้ผู้สูงอายุมีผลในทางลบน้อยที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม รวมทั้งในเรื่องของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในด้านการพัฒนาประเทศโดยส่วนรวมด้วย จากแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศว่าด้วยผู้สูงอายุที่กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้เกิดแนวทางดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่การช่วยเหลือผู้สูงอายุในรูปสถานสงเคราะห์ นั้นควรจะเป็นทางเลือกวิธีสุดท้าย ในเมื่อการช่วยเหลือวิธีอื่นๆ ไม่สัมฤทธิ์ผลและครอบครัวยังต้องเป็น สถาบันหลักที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุต่อไปอีก แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้วและควรจะต้องให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้น ในเรื่องของผู้สูงอายุต่อครอบครัวทางสังคมและสิทธิพื้นฐานตลอดจนบริการอันเท่าเทียมกัน ระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง เป็นต้น

1.2) หลักการของสหประชาชาติสำหรับการดูแลสิทธิผู้สูงอายุ (United Nation Principles for Older Person)

ในวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2534 สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติได้รับรองหลักการผู้สูงอายุ 18 ประการ (มติที่ 46/91) ซึ่งมีสาระสำคัญ 5 ประเด็น (กรมประชาสงเคราะห์, 2542) ดังนี้

ประเด็นการมีเสรีภาพ

1.2.1) ผู้สูงอายุควรได้รับอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างพอเพียง โดยการมีรายได้ มีการสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และการช่วยเหลือตนเอง

1.2.2) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการทำงานหรือสามารถได้รับรายได้อื่นๆ

1.2.3) ผู้สูงอายุควรมีส่วนในการตัดสินใจว่าเมื่อใดจะต้องพ้นจากการทำงาน

1.2.4) ผู้สูงอายุควรได้รับการฝึกอบรมและการศึกษาตามความเหมาะสม

1.2.5) ผู้สูงอายุควรที่จะได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบปลอดภัยด้วยความพึงพอใจตามกำลังความสามารถ

1.2.6) ผู้สูงอายุควรที่จะได้อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง ตลอดระยะยาวนานเท่าที่เป็นไปได้

ประเด็นการมีส่วนร่วม

1.2.7) ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินงานตามนโยบายต่างๆ ที่จะส่งผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตน และสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะให้กับชนรุ่นหลัง

1.2.8) ผู้สูงอายุควรที่จะได้รับการพัฒนาโอกาสต่างๆ เพื่อให้บริการแก่ชุมชนและเป็นอาสาสมัครในตำแหน่งที่เหมาะสมตามความสนใจและกำลังความสามารถของตน

1.2.9) ผู้สูงอายุควรมีบทบาทที่จะจัดตั้งกลุ่มหรือสมาคมของผู้สูงอายุเองได้

ประเด็นการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

1.2.10) ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน และได้รับการคุ้มครอง

1.2.11) ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ให้ดีขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น

1.2.12) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสังคมและกฎหมายเพื่อเป็นการส่งเสริม สนับสนุน การเป็นอิสระ การคุ้มครอง และการได้รับการดูแล

1.2.13) ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแล คุ้มครอง ฟื้นฟูและส่งเสริมทางด้าน สังคมและจิตใจอย่างเหมาะสมจากสถาน สงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมที่มั่นคง

1.2.14) ผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ประเด็นความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

1.2.15) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างเต็มความสามารถ

1.2.16) ผู้สูงอายุควร ได้รับ โอกาสในการศึกษาวัฒนธรรมจิตใจและกิจกรรมนันทนาการของสังคม

ประเด็นความมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

1.2.17) ผู้สูงอายุควรที่จะดำรงชีวิตอยู่ด้วยศักดิ์ศรีและความปลอดภัย โดยปราศจากการถูกแสวงหาผลประโยชน์และถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ

1.2.18) ผู้สูงอายุควรได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมตามสถานภาพ ภูมิหลัง และมีอิสระในการช่วยเหลือตนเองทางด้านเศรษฐกิจ

จากแนวคิดเบื้องต้นของสหประชาชาติเกี่ยวกับการดูแลสิทธิของผู้สูงอายุ ถ้าปรับให้เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า รัฐบาลควรกำหนดแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ โดยมีแนวคิดพื้นฐานกับผู้สูงอายุในปัจจุบัน ดังนี้

1) ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์แก่สังคมในฐานะผู้ให้มากกว่าครึ่งชีวิต ควรได้รับผลตอบแทนในฐานะเป็นผู้รับทางสังคม โดยเฉพาะ ความชอบธรรมในสิทธิมนุษยชนที่พึงมีทั้งในด้านสุขภาพอนามัยการศึกษาความมั่นคงทางรายได้สังคมวัฒนธรรมและการบริการต่างๆ

2) ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถลงความคิด โดยเฉพาะประสบการณ์ ควรนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม และ สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทมีส่วนร่วมในสังคมนั้น นอกจากนี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ว่าเหวโศกเดี่ยวเห็นชีวิตมีคุณค่าแล้ว ยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ได้ด้วย

3) ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน

4) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัวควรที่จะได้รับการดูแลจากสังคมและภาครัฐ

5) ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งคำแนะนำถึงวิธีการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และในกรณีที่เจ็บป่วยควรจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้ควรได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้

2) ปฏิญญามาตริตว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (Madrid International Plan of Action on Ageing MIPAA, 2002) ปฏิญญามาตริตว่าด้วยเรื่องแผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก (ปกาวี นุพาสันต์, 2555: 12) และปฏิญญาบรูไนดารุสซาลามว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว : การดูแลผู้สูงอายุ (ระพีพรรณ คำหอม, 2555: 74)

2.1) ปฏิญญามาตริตว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (Madrid International Plan of Action on Ageing MIPAA, 2002) องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้จัดให้มีการจัดการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งที่ 2 (The 2nd World Assembly on Ageing) ณ กรุงมาดริดประเทศสเปน ในปี พ.ศ. 2545 ผลจากการประชุมคราวนั้น ได้ก่อให้เกิดพันธกรณีระหว่างประเทศในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่า แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริด ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) ที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้ คือ ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older Persons and Development) สุขวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ (Advancing Health and Well-Being into Old Age) และการสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม (Ensuring Enabling and Supportive Environment) ซึ่งเป็นพันธกรณีที่ประเทศภาคีองค์การสหประชาชาติจะต้องร่วมยึดถือเป็นเป้าหมายการดำเนินงานผู้สูงอายุและร่วมกำหนดทิศทางกลยุทธ์ของการพัฒนาเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายดังกล่าวร่วมกัน (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2554-2555) โดยผู้วิจัยได้สรุปรายละเอียดที่สำคัญในแต่ละประเด็น ดังนี้

2.1.1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older Persons and Development)

ประเด็นที่ 1 การมีส่วนร่วมในสังคมและการพัฒนาในด้านสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจการเมือง

ประเด็นที่ 2 การทำงานของผู้สูงอายุสร้างโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาชนบทการย้ายถิ่นและการขยายตัวของเมืองโดยการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท

ประเด็นที่ 4 การศึกษาและการฝึกอบรมสร้างโอกาสในการศึกษาอบรมฝึกอาชีพและส่งเสริมการให้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 5 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างวัย

ประเด็นที่ 6 การจัดการความยากจน

ประเด็นที่ 7 ความมั่นคงทางรายได้ความคุ้มครองทางสังคมความมั่นคงทางสังคมและการป้องกันความยากจนการมีรายได้เพื่อการดำรงชีพบำนาญประกันสังคม

ประเด็นที่ 8 ผู้สูงอายุในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยธรรมชาติ

2.1.2) สูงวัยอย่างสุขภาพดี และมีสุขภาวะ (Advancing Health and well-being into Old Age)

ประเด็นที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพและ สุขภาวะตลอดชีวิตด้วยนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมทั่วถึง

ประเด็นที่ 3 ผู้สูงอายุกับ โรคเอดส์ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อผู้สูงอายุและในฐานะผู้ดูแลและการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้และบริการทางการแพทย์

ประเด็นที่ 4 การฝึกอบรมผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุข

ประเด็นที่ 5 การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยบริการป้องกัน ส่งเสริมรักษา

ประเด็นที่ 6 ผู้สูงอายุกับภาวะความพิการ ส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีภาวะความพิการ

2.1.3) การสร้างความมั่นใจในเรื่องสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม(Ensuring Enabling and Supportive Environments)

ประเด็นที่ 1 บ้านพักอาศัยและสภาพแวดล้อมส่งเสริมแนวคิดให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมในครอบครัวและชุมชน (Ageing in Place)

ประเด็นที่ 2 การสนับสนุนผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยบริการสนับสนุนผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 3 ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งละเมิดสิทธิและถูกระทอนความรุนแรงด้วยบริการให้ความช่วยเหลือ

ประเด็นที่ 4 การส่งเสริมภาพลักษณ์ผู้สูงอายุสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุต่อสาธารณะ

2.2) ปฏิญญามาเก๊าว่าด้วยเรื่องแผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก (ปกาวี นุพาสันต์, 2555: 12)

คณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก หรือ ESCAP ได้จัดการประชุมประเทศต่างๆ ในภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิกขึ้นที่เมืองมาเก๊า ระหว่างวันที่ 28 กันยายน ถึง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2541 โดยมีตัวแทน ประเทศต่างๆ จำนวน 15 ประเทศ และองค์กรภาคเอกชนที่ดำเนินการระหว่างประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุจำนวน 10 องค์กร รวมทั้งสิ้น 45 คน เพื่อรองรับปฏิญญามาเก๊าและแผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก

สาระสำคัญของปฏิญญามาเก๊าว่าด้วยเรื่องแผนปฏิบัติการฯ เกี่ยวกับประเด็นหลักเรื่องผู้สูงอายุคือ ให้ความสำคัญแก่ทุกประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ตระหนักถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป คุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุในฐานะผู้มีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคม การร่วมมือในระดับภูมิภาคทั้งภาครัฐและเอกชน สนับสนุนการจัดสรรทรัพยากร หรือบริการต่างๆ ให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ทั้งในเมืองและชนบท โดยแผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก ทุกประเทศได้ร่วมกันจัดทำขึ้นแผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในเขตภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก จัดทำขึ้นภายใต้ผลการประชุมที่ประเทศออสเตรเลีย เมื่อปี พ.ศ. 2525 และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นที่น่าห่วงใยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 7 ประการ สำหรับภูมิภาคนี้มีการกิจเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการคือ ต้องเข้าใจถึงการ

เพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุ และผลที่มีต่อสังคมส่วนรวม การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การสร้างสาธารณูปโภคด้านบริการโดยอาศัยสถาบันเป็นหลักและการเพิ่มบริการที่มีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความห่วงใย 7 ประการ ประกอบด้วย

2.2.1) สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นคนอ่อนแอไร้ความสามารถ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดังนั้น รัฐบาลต้องพยายามสร้างภาพในเชิงบวก

2.2.2) ผู้สูงอายุกับครอบครัว รัฐบาลต่างๆ จะต้องสนับสนุนให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น โดยการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบต่างๆ การจัดการบริการด้านการรักษาพยาบาล การดูแลตามบ้านผู้สูงอายุ การจัดตั้งอำนวยความสะดวก การสนับสนุนเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างวัย

2.2.3) สุขภาพและโภชนาการ รัฐบาลต้องมีการวางแผนการดำเนินกิจกรรมที่เป็นระบบ เพื่อให้ความรู้ในเชิงป้องกัน เน้นชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงาน การมีระบบการประกันสุขภาพ เป็นต้น

2.2.4) ที่อยู่อาศัย การคมนาคมและการสร้างสภาวะแวดล้อม รัฐบาลต้องสร้างหลักประกันด้านที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น แผนงานด้านเคหะชุมชน เปิดโอกาสและให้ทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการเตรียมเรื่องการเดินทาง การผ่อนผันเรื่องค่าโดยสาร

2.2.5) ผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค ผู้สูงอายุมีความต้องการสินค้าบริการที่ต่างไปจากกลุ่มอื่น รัฐบาลจึงต้องคุ้มครองสิทธิในฐานะผู้บริโภค หรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมกลุ่มผู้บริโภค เพื่อปกป้องสิทธิประโยชน์ของตนเอง รวมทั้งการกำหนดกฎระเบียบ กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของสินค้าและบริการ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับภาคเอกชน

2.2.6) หลักประกันด้านรายได้ การคงไว้ซึ่งรายได้และการมีงานทำ รัฐบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคคลในเรื่องการออมในการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุไม่มียาน ทำได้รับการจ้างงาน และมีแผนการเกษียณอายุที่มีความยืดหยุ่น การคุ้มครองทางด้านกฎหมายและแผนงาน

2.2.7) บริการทางสังคมและชุมชน รัฐบาลต้องเล็งเห็นถึงความจำเป็นของบริการทางสังคมที่จัดให้ผู้สูงอายุจะต้องมีเพียงพอ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อสร้างเครือข่ายบริการให้ครอบคลุมทั้งในเมืองและชนบท นอกจากนี้รัฐต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกของสมาคมต่างๆ การดำเนินการตามแผนจะต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชนและหน่วยงานต่างๆ ในสังคม ซึ่งต้องสอดคล้องกับสภาพการณ์ในประเทศ และ สุดท้ายของการประชุม รัฐบาลประเทศต่างๆ เสนอให้มีการทบทวน

ความก้าวหน้าของการดำเนิน การตามแผนปฏิบัติการและการรายงานผล รวมทั้งข้อเสนอแนะต่อ คณะกรรมการในสมัยประชุมสามัญในปี พ.ศ. 2544 และหลังจากนั้นทุกๆ 5 ปี

2.3) ปฏิญญาบรูไนดารุสซาลามว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบัน ครอบครัว: การดูแลผู้สูงอายุ(ระพีพรรณ คำหอม, 2555: 74)

ในการประชุมรัฐมนตรีอาเซียนว่าด้วยงานสวัสดิการสังคมและการพัฒนา ครั้งที่ 7 วันที่ 25 พฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2010 มีการตกลงความร่วมมือกัน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี ของผู้สูงอายุ รวมถึงการลดความเสี่ยงทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่ประชุมได้ร่วมกันจัดทำปฏิญญา บรูไนดารุสซาลามว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ สถาบันครอบครัว : การดูแลผู้สูงอายุโดยมี รายละเอียด ดังนี้

2.3.1) ระบบส่งเสริมทางสังคมและกระตุ้น ให้มีการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาที่ ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

2.3.2) ให้การดูแลและการส่งเสริมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงในรูปแบบของ อาสาสมัครชุมชน และการจัดการดูแลแบบทางเลือกโดยครอบครัวและชุมชน

2.3.3) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการ พึ่งตนเองและศักยภาพในการประกอบอาชีพ

2.3.4) ให้โอกาสในการพัฒนาตนเองได้ตลอดชีวิต สามารถกระทำตามเจตนารมณ์ ของตนเอง การได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการให้เข้าถึงการบริการทางสังคมและสวัสดิการ แหล่ง ทรัพยากร การฝึกทักษะอาชีพ การศึกษาตลอดชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชน

2.3.5) ให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่มั่นคง แข็งแรง และมีประสิทธิภาพด้วยการลดอัตราความ ยากจนในผู้สูงอายุ

2.3.6) ส่งเสริมคุณภาพการให้บริการด้าน สุขภาพและการคุ้มครองทางสังคมแก่ ผู้สูงอายุที่รวมถึงการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและการรักษา

2.3.7) สนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมูลฐาน เจ้าหน้าที่ ปฏิบัติงาน นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ดูแล และอาสาสมัคร ในการดูแลผู้สูงอายุ

2.3.8) ส่งเสริมศักยภาพของเยาวชนและสร้างความตระหนักในการใช้ชีวิตอย่างถูก สุขลักษณะ และเตรียมพร้อมสำหรับการก้าวด้วยผู้สูงอายุและสามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่จะมา พร้อมกับวัยสูงอายุได้

2.3.9) ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยและแลกเปลี่ยนงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุ และการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.3.10) เสริมสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ ภายใต้อาเซียนที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนที่ใกล้ชิดยิ่งขึ้นกับภาคประชาสังคม ภาคเอกชน สมาคมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ

3) ประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุ (Proclamation on Ageing)

ในปี พ.ศ. 2535 ในการประชุมสามัญครั้งที่ 45 ขององค์การสหประชาชาติได้มีมติประกาศให้วันที่ 1 ตุลาคม ของทุกวัน เป็นวันผู้สูงอายุสากล (International Day For The Elderly) และในปีเดียวกัน สมัยประชุมครั้งที่ 47/5 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2535 สมัชชาใหญ่แห่งองค์การสหประชาชาติมีมติให้ประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุในทศวรรษระหว่าง ค.ศ. 1992-2001 มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

3.1) การสูงอายุของประชากรจะก่อให้เกิดความจำเป็นอันรีบด่วนที่รัฐบาลและเอกชนต้องกำหนดนโยบายและแผนงานเพื่อสนองความต้องการตามความจำเป็นให้เพียงพอ

3.2) จำนวนผู้สูงอายุในภูมิภาคที่กำลังพัฒนาได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าในภูมิภาคที่พัฒนาแล้ว

3.3) ในทศวรรษหน้าจะมีความร่วมมือ การริเริ่มงานใหม่และจัดสรรทรัพยากรให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น

3.4) ควรมีการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ

3.5) ชราภาพเป็นกระบวนการของอายุยืนยาว การเตรียมตัวเข้าสู่วัยชราจะต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก และต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

3.6) ผู้สูงอายุย่อมหวังที่จะมีสุขภาพดีที่สุดเท่าที่เป็นได้

3.7) การเข้าสู่วัยชราของผู้สูงอายุบางคน อาจต้องการบริการจากชุมชนและครอบครัว

โดยสรุป นโยบายผู้สูงอายุในระดับสากลนี้ เป็นการกล่าวถึงหลักการผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติหลักการของสหประชาชาติสำหรับการดูแลสิทธิผู้สูงอายุ ปฏิญญามาตริคว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุ ปฏิญญามาตริคว่าด้วยเรื่องแผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก และปฏิญญาบรูไนดารุสซาลามว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ

สถาบันครอบครัว : การดูแลผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติได้มีมติให้จัดการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุขึ้นในปี พ.ศ. 2525 ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย โดยมีวัตถุประสงค์ที่ให้ประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ ตระหนักเห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และร่วมกันวางแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุขึ้น ซึ่งประเทศไทยในฐานะที่เป็นประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ จึงรับแน่วคิดและแผนปฏิบัติการต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและแผนงานมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศต่อไป

2.2.2 นโยบายและแผนผู้สูงอายุในประเทศ

ประเทศไทยได้ให้ความสนใจในเรื่องผู้สูงอายุเห็นได้จากการเริ่มมีการนำนโยบายผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาประเทศ และได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเรื่อยมา โดยเริ่มตั้งแต่การดำเนินงานในระยะเริ่มต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุแห่งชาติ การจัดตั้งกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว การจัดสวัสดิการสังคมเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ นโยบายภาครัฐสำหรับผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ซึ่งผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1) การดำเนินงานในระยะเริ่มต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุแห่งชาติและการจัดตั้งกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

การดำเนินงานในระยะเริ่มต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุแห่งชาติ ประเทศไทยเดิมนั้น ยังไม่ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากนัก เนื่องจากสภาพครอบครัวไทยเป็นสภาพครอบครัวที่อบอุ่นอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุมีน้อยหรือแทบไม่มี ฉะนั้นนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุยังไม่ปรากฏขึ้น และในปี พ.ศ. 2483 รัฐบาลได้มีการจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้น ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการจัดสวัสดิการสำหรับกลุ่มคนต่างๆ เช่น เด็กกำพร้า คนพิการ ทูพ พลภาพ คนไร้ที่พึ่ง และคนชราที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือประสบความทุกข์ยากเดือดร้อน เป็นการแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลเริ่มให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุ

ปี พ.ศ. 2484 รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติควบคุมขอทาน มาตรา 7 ที่ระบุว่า “เมื่อปรากฏจากการสอบสวนว่าผู้ใดทำการขอทานและผู้นั้นเป็นคนชราภาพ หรือวิกลจริต พิการ หรือเป็นคนมีโรค ซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพอย่างใดและไม่มีทางเลี้ยงชีพอย่างอื่น ทั้งไม่มีญาติมิตรอุปการะเลี้ยงดู ก็ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวไปยังสถานสงเคราะห์” จากการตราพระราชบัญญัตินี้ กรมประชาสงเคราะห์จึงได้มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นเป็นแห่งแรกคือ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2496 และถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมที่สุด

ปี พ.ศ. 2505 ได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นเป็นครั้งแรก (วันที่ 1 ธันวาคม 2505) โดยการสนับสนุนจากมูลนิธิวิจัยประสาท ใช้ชื่อว่า “ชมรมผู้สูงอายุมูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์” โดยมีพระยาบริรักษ์เวชการ อธิบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและองคมนตรีในขณะนั้นเป็นประธาน ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “ชมรมผู้สูงอายุมูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์” โดยมีวัตถุประสงค์ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน แก้ไขปัญหาอันเกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ และต่อมาในเดือนมีนาคม 2506 ได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้นที่โรงพยาบาลประสาทวิทยาไทเพื่อให้บริการด้านการตรวจรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544:45)

สำหรับการจัดตั้งกรมการผู้สูงอายุแห่งชาตินั้น องค์การสหประชาชาติให้ความสนใจและความสำคัญต่อผู้สูงอายุ และเตรียมการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2525 สหประชาชาติได้ชวนให้ประเทศสมาชิกรวมทั้งไทยจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุในประเทศของตน คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2525 จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานราชการ องค์การเอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน มีหน้าที่พิจารณากำหนดนโยบาย วางแผนระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำหรือปรึกษาวางแผนในเรื่องผู้สูงอายุและคณะกรรมการเหล่านี้มีหน้าที่เฉพาะด้านนั้นๆ เสนอให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติพิจารณาอนุมัติเพื่อดำเนินการ ซึ่งนับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการจัดบริการสวัสดิการสังคมต่างๆ ที่ได้มีการประสานงาน และกำหนดบริการได้ตรงตามความต้องการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544: 47)

2) แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1(พ.ศ. 2525-2544) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

2.1) แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น จึงได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) ปรัชญาสำคัญของแผนนี้คือ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เคยทำประโยชน์ให้กับสังคม สังคมจึงควรต้องทำหน้าที่ตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของแผน เน้นการให้ความรู้และการให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะ “ผู้รับ” และ “ผู้ให้” แก่สังคม (คณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, 2525) และได้กำหนดนโยบายไว้ 5 ด้านหลักคือ สุขภาพอนามัย การศึกษา ความมั่นคงของรายได้และการทำงาน สังคมและวัฒนธรรม และสวัสดิการสังคม โดยมีสาระสำคัญดังนี้

2.1.1) นโยบายด้านสุขภาพอนามัย มีการสนับสนุนให้มีการส่งเสริมบริการสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุในด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกรวมทั้งการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ชนบทยากจน รวมทั้งการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน โดยเร่งเผยแพร่ความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในเมืองและชนบท

2.1.2) นโยบายด้านการศึกษา มีการเร่งรัดจัดการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะ การศึกษานอกระบบ ให้มีรูปแบบและเนื้อหาสาระที่ผู้สูงอายุจะมาร่วมกิจกรรมได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง นอกจากนี้ได้เน้นความสำคัญด้านการศึกษาเพื่อชีวิตในครอบครัว ทั้งการศึกษาในระบบและนอกระบบ เพื่อเตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงชีวิตด้วยการยกระดับความร่วมมือจากภาคเอกชน โดยเฉพาะจากสื่อมวลชนทุกรูปแบบ พร้อมทั้งสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชนว่าสุขภาพของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสุขภาพตั้งแต่เยาว์ ดังนั้น การชะลอความเสื่อมของสุขภาพนั้นต้องปฏิบัติมาตั้งแต่เด็ก โดยการรู้จักป้องกันรักษาสุขภาพ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมอยู่เสมอ รวมทั้งมีการสนับสนุนให้มีระบบและวิธีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์จากผู้สูงอายุ โดยเฉพาะจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง เพื่อส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุให้เป็นที่ยอมรับจากสังคมมากขึ้น

2.1.3) นโยบายด้านความมั่นคงของรายได้ การทำงานการเร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุในด้านรายได้เพื่อการยังชีพ ในกรณีของผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองไม่ได้และไม่มีที่พึ่ง รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุน ระบบและวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในการทำงานตามความถนัด และความสามารถของแต่ละบุคคล รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีรายได้จากการทำงานในระดับที่เป็นธรรมและเพียงพอแก่การยังชีพและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็น ประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมได้ โดยเฉพาะในบทบาทของการถ่ายทอดประสบการณ์และความชำนาญงาน และมีการส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวลดการพึ่งพา หรืออ่อนแอของผู้สูงอายุในเรื่องรายได้ที่จะต้องหามาจุนเจือครอบครัว นอกจากนี้ มีการส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้เพื่อหนุนแรงในการทำงานของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม

2.1.4) นโยบายด้านสังคมและวัฒนธรรม การส่งเสริมโครงสร้างครอบครัวแบบขยายเพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตอย่างอบอุ่นของผู้สูงอายุ ซึ่งมีลูกหลานคอยดูแลและคอยดูแลลูกหลาน ให้มีการณรงค์เสริมสร้างและปลูกฝังค่านิยมในด้านการเห็นคุณค่าของความรู้ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ที่จะสามารถถ่ายทอดให้เกิดประสบการณ์ให้กับสังคมได้อีกมาก และให้มีความเคารพกตัญญูตเวทีแก่ผู้สูงอายุที่ได้ประกอบคุณงามความดีต่อครอบครัวและสังคมมาแล้ว นอกจากนี้ ให้มีการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุมีบทบาทการมีส่วนร่วมในครอบครัวและในสังคมตามความถนัด และความสามารถ โดยเฉพาะในด้านการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในแขนงวิชาต่างๆ

2.1.5) นโยบายด้านสวัสดิการสังคมเร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุ ในด้านสวัสดิการต่างๆ และการขยายบริการในรูปแบบศูนย์บริการ และหน่วยสงเคราะห์ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ให้มากขึ้น โดยจำกัดการสงเคราะห์ในรูปแบบสถานสงเคราะห์ไว้ให้น้อยที่สุด เพียงเพื่อผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งอย่างแท้จริงเท่านั้น และได้ระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนให้มาช่วยจัดบริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ให้เพียงพอและทั่วถึง

2.2) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติประเทศไทยมีแผนผู้สูงอายุฉบับแรกเมื่อพ.ศ. 2525-2544 เป็นแผนระยะยาว 20 ปี ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดให้คุณค่าและศักยภาพผู้สูงอายุที่ต้องส่งเสริมสนับสนุน ให้สามารถปรับตัวและมีบทบาทในสังคมต่อเนื่องและปลูกจิตสำนึกให้สังคมตอบแทนตามวัฒนธรรมไทยที่สำคัญ คือ ได้ชี้ให้เห็นว่าต้องมีพัฒนาการรอบด้านมาแต่วัยเด็กอย่างต่อเนื่อง จึงจะส่งผลถึง

วัยสูงอายุให้มีคุณภาพได้ สำหรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “ผู้สูงวัยเป็นพลังของสังคม” โดยมีประเด็นที่สำคัญคือ 1) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทรอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง 2) ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่มีความเข้มแข็ง สามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ 3) ระบบสวัสดิการและบริการ จะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน 4) ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในระบบสวัสดิการ และบริการให้แก่ผู้สูงอายุโดยมีการกำกับดูแลเพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค 5) ต้องมีการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อหนุนให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดีและต่อเนื่องและมียุทธศาสตร์ที่สำคัญประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553: 29-30)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลักคือ 1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ 2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต 3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลักคือ 1) มาตรการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้น 2) มาตรการส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ 3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ 4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 5) มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ 6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลักคือ 1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ 2) มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ 3) มาตรการด้านครอบครัวผู้ดูแลและการคุ้มครอง 4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 มาตรการหลักคือ 1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ 2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการประมวลพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติประกอบด้วย 3 มาตรการหลักคือ 1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 2) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง 3) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัยโดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

ดังนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ข้างต้นเห็นว่า ภาครัฐต้องมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับการขยายตัวเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ จึงได้คำนึงถึงการวางหลักเกณฑ์และแนวความคิดของแผนไว้ในระยะยาว คือ มีการส่งเสริมการเข้าถึงการบริการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง มีการคุ้มครองทางสังคมที่ได้รับความเป็นธรรมและให้ความสำคัญในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานต่างๆที่ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุและบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานสากล และการพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการบริการและการกำหนดนโยบาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าแผนผู้สูงอายุแห่งชาตินี้เป็นนโยบายระดับชาติที่แสดงให้เห็นถึงทิศทางการดูแลผู้สูงอายุด้านการบริการและสวัสดิการสังคมในอนาคตที่มีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้นตามวิสัยทัศน์ที่ว่า“ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม”สมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด จึงต้องอาศัยการประสานความร่วมมือจากครอบครัวชุมชนองค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีความสุข

3) นโยบายภาครัฐสำหรับผู้สูงอายุ นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) และการจัดสวัสดิการสังคมเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

3.1) นโยบายภาครัฐสำหรับผู้สูงอายุ นโยบายของคณะรัฐมนตรีนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีแถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2554 คณะรัฐมนตรีได้กำหนด

นโยบายการบริหารราชการแผ่นดิน โดยมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้แก่' (ยังลักษณ์ ชินวัตร, 2554: 5-34)

ข้อ 1 นโยบายเร่งด่วนที่จะเริ่มดำเนินการในปีแรก ซึ่งได้แก่'

1.1) ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเพิ่มกำลังซื้อภายในประเทศสร้าง
สร้างสมดุลและความเข้มแข็งอย่างมีคุณภาพให้แก่ระบบเศรษฐกิจมหภาค

1.2) จัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุโดยผู้ที่มีอายุ
60-69 ปี ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ 600 บาท อายุ 70-79 ปี ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ 700 บาท อายุ 80-89 ปี ได้รับ
เงินเบี้ยยังชีพ 800 บาท อายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ 1,000 บาท

ข้อ 2 นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต (เป็นนโยบายที่จะดำเนินการภายในช่วงระยะ 4 ปี)

2.1) นโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชนพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน
ตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชราและผู้พิการสนับสนุนโครงการ
จัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
โดยให้ได้เข้าถึงการบริการอย่างมีศักดิ์ศรีมีคุณภาพและเป็นธรรม

2.2) นโยบายความมั่นคงของชีวิตและสังคมเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ คนพิการและ
ผู้ด้อยโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการจัดตั้งอำนวยการความสะดวกสาธารณะต่างๆสำหรับรองรับ
ผู้สูงอายุและคนพิการ สร้างความพร้อมในการเป็นสังคมผู้สูงอายุ พัฒนาระบบสุขภาพอนามัย
ให้การส่งเสริมการจัดการศึกษา จัดสวัสดิการ รวมถึงหาอาชีพให้แก่ผู้ด้อยโอกาสผู้พิการหรือทุพพลภาพ
และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมภายใต้หลักคิดที่ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มี
ประสบการณ์สูงสมควรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาบ้านเมือง

ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า นโยบายภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุไม่ว่าจะ
เป็นนโยบายเร่งด่วนที่จะเริ่มดำเนินการในปีแรก และนโยบายที่จะดำเนินการภายในช่วงระยะ 4
ปี เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า
การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุในสังคมไทยนั้น เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด และ

อาจมีความจำเป็นที่ต้องเข้าถึงบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขมากขึ้น รัฐบาลจึงต้องมี นโยบายในการเตรียมความพร้อม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้ หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบต่อ ผู้สูงอายุในสังคมไทย เพื่อให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคต อันใกล้

3.2) นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2535 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) และให้ความเห็นชอบในหลักการโครงการและ มาตรการผู้สูงอายุในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ตามที่คณะทำงานเสนอ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพของวัยและสภาพแวดล้อม รู้จักดูแลรักษา สุขภาพและให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัวและสังคม และได้รับการสงเคราะห์ อื่นๆ ที่จำเป็น ตลอดจนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของครอบครัวและ สังคม ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีความเห็นชอบ นโยบายและ มาตรการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ได้กำหนด นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวไว้ดังนี้ (อรพินท์ บุญนาค, 2537)

3.2.1) ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการพื้นฐานด้านต่างๆ อย่างกว้างขวางและทั่วถึง โดย สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

3.2.2) จัดสวัสดิการสังคมและให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามความต้องการและความจำเป็น

3.2.3) มาตรการจัดสวัสดิการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่

1) ด้านสวัสดิการ สาธารณูปโภคในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การจัดตำรอง ที่นั่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุบนรถโดยสารประจำทาง รถไฟ เรือ การลดอัตราค่าโดยสารรถประจำทาง รถไฟ เรือ และในที่สาธารณะให้จัดทำราวบันไดทางเดินและราวห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ

2) ด้านสวัสดิการเกี่ยวกับที่พักอาศัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และนันทนาการ เช่น ในการสร้างอาคาร ต้องมีการจัดสรรให้มีโครงสร้างที่อำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุ และให้มี ห้องเนื้อที่เพิ่มอย่างเหมาะสมสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย การจัดการที่พักอาศัยสำหรับผู้ สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ และไม่มีผู้อุปการะ มีการสนับสนุนหน่วยงานเอกชนในการ จัดสร้างที่พักอาศัยตามความต้องการ และความเหมาะสมของผู้สูงอายุ จัดบริเวณและอุปกรณ์ที่ เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจสำหรับผู้สูงอายุ ลดอัตราค่าผ่านประตู

ในการเข้าชมมหรสพและบันเทิง ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ การบันเทิง และการพักผ่อนหย่อนใจ

3) ด้านอื่นๆ ดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีหลักฐานเพื่อสามารถรับสิทธิประโยชน์ และสวัสดิการทางสังคม

3.3) การจัดสวัสดิการสังคมเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2555: 1-24) รัฐบาลเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2536 โดยกรมประชาสงเคราะห์มีเป้าหมายการจัดสรรให้ผู้สูงอายุทุกจังหวัดหมู่บ้านละ 3-5 คน คนละ 200 บาท/เดือน โดยให้เป็นไปตามระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนกองทุน ส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน ซึ่งคุณสมบัติของผู้สูงอายุมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพตามระเบียบฯ มีดังนี้ 1) อายุของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี 2) มีฐานะครอบครัวยากจนหรือ 3) ถูกทอดทิ้งหรือ 4) ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือ 5) ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ในปี พ.ศ. 2542-2543 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2542 เห็นชอบให้กำหนดวงเงินและวิธีการให้การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพใหม่โดยผ่านความเห็นชอบจากกระทรวงการคลัง ซึ่งให้การดำเนิน โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 200 บาท/เดือน และเงินเพิ่มพิเศษในภาวะเศรษฐกิจถดถอย 100 บาท/เดือน รวมเป็น 300 บาทต่อคน/เดือน

ในปี พ.ศ. 2549 มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ได้อนุมัติหลักการให้ปรับเพิ่มเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากเดิมคนละ 300 บาท/เดือนเป็นคนละ 500 บาท/เดือนตามที่กระทรวงมหาดไทยเสนอ ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้ใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 ในการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุคนละ 500บาท/เดือน

ในปี พ.ศ. 2552 ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 เพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้ออกระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 โดยสาระสำคัญในระเบียบฯ คือ

ผู้มีคุณสมบัติได้รับเงินเบี้ยยังชีพ คือ ผู้มีสัญชาติไทยอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการและสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ผู้รับเงินบำนาญผู้รับเงินเบี้ยยังชีพตามระเบียบของกระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ที่ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนรายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

วิธีการจ่ายเงิน สามารถรับเงินสดด้วยตัวเองหรือมอบอำนาจ หรือโอนเข้าบัญชีธนาคารของตนเอง หรือมอบอำนาจโอนเข้าบัญชีอื่น ซึ่งจะจ่ายเงินให้ผู้สูงอายุเดือนละ 500บาท ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 เป็นต้นไป

สถานที่ยื่นแบบแสดงความจำนง ในส่วนภูมิภาคยื่นแสดงความจำนงที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่ตนเองมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน สำหรับกรุงเทพมหานครยื่นแสดงความจำนงที่สำนักงานเขตที่ตนเองมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2554 มีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได จากมติคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ได้พิจารณาการผลักดันนโยบายเร่งด่วนรัฐบาล (นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร) เรื่องการจ่ายเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดโดยมอบหมายให้ 3 หน่วยงานหลักรับผิดชอบ ได้แก่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา ดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2554 เห็นชอบตามที่กระทรวงมหาดไทยเสนอคณะรัฐมนตรีกำหนดอัตราเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุดังนี้ อายุ 60-69 ปีได้รับเงินเบี้ยยังชีพ 600 บาท อายุ 70-79 ปีได้รับเงินเบี้ยยังชีพ 700 บาท อายุ 80-89 ปีได้รับเงินเบี้ยยังชีพ 800 บาท อายุ 90 ปีขึ้นไปได้รับเงินเบี้ยยังชีพ 1,000บาท ทั้งนี้ตั้งแต่ปีงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2555 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป)

2.3 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติในรูปของการแปลงนโยบายให้เป็นแผน /แผนงาน/โครงการ

ในหัวข้อนี้เป็นการกล่าวถึงแนวคิดการดูแล ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และปฏิญญาผู้สูงอายุไทย รวมถึง แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) ของกรุงเทพมหานคร

2.3.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มีความต่อเนื่องจากแนวคิดของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8-10 โดยยังคงยึดหลัก “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” และ “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” และ “สร้างสมดุลของการพัฒนา” ในทุกมิติ และกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง” (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554: 8)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุมีดังนี้

1) ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม ประกอบด้วย

1.1) การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมให้ทุกคน ในสังคมไทยและเสริมสร้างขีดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงและสร้างโอกาสในชีวิตแก่ตนเองด้วยการส่งเสริมการใช้สิทธิแรงงานขั้นพื้นฐานในประกอบการ โดยเฉพาะในด้านสุขอนามัยและความปลอดภัย ชั่วโมงการทำงาน การไม่เลือกปฏิบัติควบคู่กับการเปิดโอกาสการทำงานสำหรับผู้สูงอายุสตรีและคนพิการได้ตามศักยภาพมากขึ้น มีการร่วมมือระดับภูมิภาคเพื่อการพัฒนาทักษะและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชน ผู้สูงอายุ สตรีและผู้พิการ การมีระบบค่าจ้างและสวัสดิการแรงงานที่เป็นธรรม การเพิ่มโอกาสทางการศึกษา การฝึกอบรมของแรงงานรวมทั้งปรับปรุงพัฒนากฎเกณฑ์ด้านแรงงานและการบังคับใช้ให้เกิดประสิทธิผลเพื่อคุ้มครองแรงงานบนหลักสิทธิพื้นฐานและการเพิ่มผลิตภาพแรงงาน

1.2) การจัดบริการทางสังคมให้ทุกคน ตามสิทธิขั้นพื้นฐาน และเน้นการสร้าง ภูมิคุ้มกัน ระดับปัจเจกและสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการพัฒนาประเทศด้วย การพัฒนาระบบสวัสดิการทางสังคม โดยจัดระบบความสัมพันธ์ของสวัสดิการทางสังคมทั้งเกิด แก่ เจ็บ ตาย ให้มีความเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับชาติ ท้องถิ่นและชุมชนโดยมุ่งเน้นการจัดสวัสดิการที่มี คุณภาพและยั่งยืนด้วยบทบาทและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะบทบาทสถาบัน ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และภาคเอกชน ที่แสดงความรับผิดชอบ ต่อสังคม รวมถึงพัฒนาระบบการเงินฐานรากและระบบการออมที่หลากหลายเพื่อขยายฐาน การให้บริการทางการเงินฐานราก สนับสนุนการระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อการพัฒนาโดย บทบาทร่วมกันของภาครัฐ ภาคชุมชนท้องถิ่น และภาคธุรกิจเอกชน ส่งเสริมการต่อยอดการออม ในชุมชนและส่งเสริมการออมเพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงเมื่อชรภาพ และพัฒนาระบบ ฐานข้อมูลการให้การคุ้มครองทางสังคมให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมประชาชนทุกคนตามสิทธิ เชื่อมโยงระหว่างการคุ้มครองประเภทต่างๆและกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งเพิ่มขีดความสามารถใน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้เป็นเหตุและผลประกอบการพัฒนาหรือออกแบบ ช่องทางและรูปแบบการให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างมี ประสิทธิภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554: 25-35)

2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาคณะผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

การพัฒนาคุณภาพคนไทยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง มีการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง มีการตั้งสมทุนทางปัญญาเชื่อมโยงการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาสู่การเสริมสร้างขีด ความสามารถในการประกอบสัมมาชีพ และการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย ด้วยการพัฒนา ผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการ เปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคมโดยส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีงานทำในผู้สูงอายุ โดยกำหนดลักษณะประเภทงานและอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมควบคู่กับการเพิ่มพูนความรู้ทักษะทั้ง ด้านวิชาการและการใช้สื่อการเรียนรู้สมัยใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อการประกอบอาชีพและการพัฒนา ตัวเองอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็น คลังสมองของชาติทั้งภาครัฐและเอกชน ประชาชนชาวบ้าน ผู้มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นและประเทศ รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองโดย การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะกับวัยและการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่าง

บูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องรวมทั้งพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554: 39-47)

จากการศึกษาและวิเคราะห์แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุคือ ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม ยุทธศาสตร์การพัฒนาคน ผู้สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฯ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพมีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงเป็นพลังในการพัฒนาสังคม

2.3.2 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.), 2555: 4-6)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 เป็นกฎหมายสูงสุดว่าด้วยการจัดระเบียบการปกครองราชอาณาจักรไทยถือเป็นกรอบนโยบายในการบริหารและพัฒนาประเทศโดยได้ระบุประเด็นการบริหารประเทศต่างๆ ดังเช่น หมวด 1 มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง มาตรา 5 ประชาชนชาวไทยไม่ว่าเหล่ากำเนิด เพศหรือศาสนาใด ย่อมอยู่ในความคุ้มครองแห่งรัฐธรรมนูญนี้เสมอกัน

มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้

มาตรา 40 บุคคลย่อมมีสิทธิในกระบวนการยุติธรรม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุหรือผู้พิการ หรือทุพพลภาพย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง ในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม และย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีที่เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ

มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ อย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรมโดยคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษাপฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสถานะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

มาตรา 84 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิทางสังคมและการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุ ที่สำคัญอยู่ดังมาตรา 4 ที่ให้ความสำคัญความเป็นมนุษย์สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคกับประชาชนทุกระดับรวมถึงผู้สูงอายุ ส่วนมาตรา 53 ได้ระบุขอบเขตทางด้านอายุผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่มีรายได้ที่เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับการบริการที่เป็นประโยชน์อย่างสมศักดิ์ศรีจากรัฐและมาตรา 80 รัฐจะต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งตนเองได้ ดังนั้น จากการศึกษาและวิเคราะห์จะเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองส่งเสริมขยายสิทธิและเสรีภาพของประชาชนอย่างเต็มที่ การที่เรามีกฎหมายรัฐธรรมนูญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุนั้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความอบอุ่นทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เพราะอย่างน้อยผู้วิจัยก็มองว่าเป็นเครื่องป้องกันตนเองในยามที่ตนเองได้รับความเดือดร้อน และยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน พร้อมกับเกิดความเป็นธรรม ความเท่าเทียม มีสิทธิและเสรีภาพในสังคม และจะช่วยทำให้ภาครัฐมีความตระหนักมากขึ้น ในการจัดสวัสดิการทางสังคมและการบริการสาธารณะที่ครอบคลุมคนทุกกลุ่มเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2.3.3 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.), 2555: 6-9)

ปี พ.ศ. 2546 ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกันผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา ซึ่งมีสาระสำคัญที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านคุ้มครองส่งเสริมและการสนับสนุนสิทธิผู้สูงอายุที่สำคัญ ดังนี้ ตามมาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ 2) การศึกษาการศาสนาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต 3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม 4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน 5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น 6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม 7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ 8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง 9) การให้คำแนะนำปรึกษาดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว 10) การจัดที่พักอาศัยอาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง 11) การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม 12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี 13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนดตามมาตรา 11 (11) แก้ไขโดยมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553

การกำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน ในด้านต่างๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และพ.ศ. 2553 จัดทำประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุตามภารกิจของหน่วยงาน ให้แล้วเสร็จภายใน 90 วัน หรือวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2554 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงสิทธิตามที่กฎหมายกำหนดไว้อย่างเป็นทางการ

สรุปได้ว่าพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 254 เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อพิทักษ์สิทธิคุ้มครองดูแลสนับสนุนให้เกิดการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุครอบคลุมในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและรวมถึงการจัดสวัสดิการด้านการศึกษา การมีงานทำ และมี

อาชีพที่เหมาะสม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี

2.3.4 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย

ถือกำเนิดในปีพุทธศักราช 2542 เนื่องในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษาและองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย มีสาระสำคัญดังนี้ 1) ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้งและละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัว โดยได้รับความเคารพ รักความเข้าใจความเอื้ออาทรการดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ภาพอันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข 3) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้านเพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย 4) ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรมเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า 5) ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกันรวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม 6) ผู้สูงอายุควรมีบทบาท และส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันและกับบุคคลทุกวัย 7) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย 8) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชนสถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุและ 9) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชนสถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมที่เน้นความกตัญญู กตเวทิตะ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553: 2)

ดังนั้น ปัญญาผู้สูงอายุทั้ง 9 ข้อที่กล่าวมานี้ มุ่งที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบตามเจตนารมณ์ขององค์การสหประชาชาติที่เน้นให้เห็นว่าผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลคุ้มครองอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน การอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างผาสุกตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางสังคมซึ่งหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ประชาชนและครอบครัวควรดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่องอย่างครบวงจร

กล่าวโดยสรุปทั้งหมดได้ว่าประเทศไทยได้ให้ความสนใจเรื่องผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการนำนโยบายผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาประเทศ และได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตลอดมา เริ่มตั้งแต่การดำเนินงานในระยะเริ่มต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุแห่งชาติ การจัดตั้งกรมการผู้สูงอายุแห่งชาติแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว การจัดสวัสดิการสังคมเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ นโยบายภาครัฐแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และปัญญาผู้สูงอายุไทย ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่มุ่งเน้น การดูแลที่ครอบคลุมการพัฒนาผู้สูงอายุให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพมีคุณค่าและอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ความมั่นคงทางสังคมและด้านการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ รวมถึงการบริการสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ถือได้ว่าเป็นการพัฒนาที่ดีที่รัฐบาลได้ตระหนักและเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งในอนาคตรัฐบาลอาจมีการดำเนินงานในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมรับมือกับการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

2.3.5 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560)

แผนพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุฉบับนี้ ประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ในพิธีเปิด “กิจกรรมเนื่องในวันผู้สูงอายุสากล มีเนื้อหาให้ทุกหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร บูรณาการการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน โดยให้ติดตามผลและกำหนดตัวชี้วัดทุกปี การดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่

- 1) พัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีรายได้และมีงานทำ
- 2) สร้างระบบคุ้มครองและกฎหมายในการดูแลสิทธิต่างๆ

- 3) สร้างมาตรการการเตรียมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ โดยแนะนำประชากรเรื่องการวางแผนดูแลสุขภาพและออมเงิน
- 4) บริหารจัดการด้านการอำนวยความสะดวกต่างๆ
- 5) เตรียมบุคลากรและอุปกรณ์เพื่อดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอ

2.4 แนวคิดที่เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

ในหัวข้อนี้เป็นการกล่าวถึงสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและแนวคิดการดูแล ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบของการดูแล แนวคิดมาตรฐานการดูแลที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ และระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสรุปประเด็นที่สำคัญๆ ได้ดังนี้

สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุของไทย คือ โรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะ โรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว ที่เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้ออักเสบ เป็นต้น โรคที่มีผลต่อประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น นอกจากนี้โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อและกระดูก กลุ่มอาการโรคสมองเสื่อม เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นปัญหาในเขตเมืองมากกว่าชนบท โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ทรงตัวไม่ดีหกล้มง่าย ยังมีผลต่อสุขภาพจิต มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าได้ ผู้สูงอายุร้อยละ 40 มีโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจที่เคยและควรจะทำได้ (ทพพลภาพระยะยาว) และร้อยละ 7 ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในการดูแลกิจส่วนตัว เช่น อาบน้ำ สวมเสื้อผ้า หรือรับประทานอาหาร เป็นต้น แนวโน้มของปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ ทั้งโรคภัยไข้เจ็บ ภาวะทพพลภาพ และภาวะพึ่งพิงจะสูงขึ้นในอนาคต ทำให้ค่าใช้จ่ายทางทรัพยากรด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ในอนาคตจะมากอย่างมหาศาลและมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและเร่งด่วน (ชนิตา สุ่มมาตย์, 2551: 45)

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมาจากความเสื่อมทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการดูแลสุขภาพที่อาจไม่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เป็นการเสื่อมของระบบการทำงานต่างๆ ในร่างกาย การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกายนี้จึงควรเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถ ใช้อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลด้านร่างกายจึงมี 4 ประเด็นหลักที่จำเป็น ได้แก่ 1) การดูแลด้านอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) ความเครียดและวิตกกังวล และ 4) การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งทั้ง 4 ประเด็นนี้มีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุทุกคน แต่หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เช่น มีปัญหาโรคเรื้อรัง หรือที่ความพิการ ก็จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากขึ้นเป็นพิเศษ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจและหาทางช่วยเหลือ ซึ่งปัญหานี้มักถูกละเลยอย่างมาก โดยคนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่เข้มแข็ง พึ่งพาตนเองไปเอง หรือเรียกร้องความสนใจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอาการเหล่านี้ เป็นภาวะเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง โดยเป็นอาการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งต้องการการดูแลและช่วยเหลือด้วยความเข้าใจ และหากจำเป็นอาจต้องพึ่งการรักษาด้วยการใช้ยาหรือการบำบัด

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง และสังคมก็ยอมรับและให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุน้อยลงด้วยการมีกิจกรรมน้อยลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในคุณค่าของตัวเองลดลง ขาดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง และนำไปสู่การแยกจากสังคมอย่างสิ้นเชิง ปัญหาด้านสังคมและจิตใจมักเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันเสมอ การส่งเสริมด้านนี้ควรสนับสนุนและให้โอกาสผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความชอบและความสนใจของผู้สูงอายุ

2.4.1 การดูแลผู้สูงอายุ

การดูแล (Caring) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยทั่วไปซึ่งเป็นการช่วยเหลือให้คนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ การดูแล คือ กิจกรรมการช่วยเหลือ หรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อม ซึ่งมีกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือ (Assertive) ต่อผู้อื่นที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมต่างๆ เช่น การเข้าถึงความรู้สึก (Empathic) ความสนใจเอาใจใส่ (Attention) การประคับประคอง (Supportive) ด้านการฟัง พูด หรือสัมผัส การให้ข้อมูล (Education) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) ความต้องการของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2555: 81)

คุณลักษณะและเป้าหมายเพื่อการดูแลเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ แนวคิดในการดูแลถึงแม้การดูแลซึ่งกันและกัน เป็นวัฒนธรรมของมนุษยชาติที่ได้รับการสืบทอดมาช้านาน และส่วนใหญ่ยังคงมีอยู่ในแต่ละครอบครัวก็ตาม แต่ในหัวข้อนี้เป็นการกล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมของบุคคลและสังคมผู้วิจัยจึงสรุปแนวคิดการดูแลที่สำคัญๆ ได้ดังนี้

1) แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ แรงจูงใจในการช่วยเหลือ (Monitoring for Helping) สามารถนำมาอธิบายแรงจูงใจในการดูแลผู้อื่น ประกอบด้วย 2 แนวคิด (Schulz, Bagle, Moryez and Visintiner, 1989) คือ

1.1) แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Egoistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่ผลักดันให้บุคคลช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อหวังผลตอบแทนจากการกระทำนั้นๆ ได้แก่การได้รับค่าจ้างตอบแทน การได้รับคำชมจากบุคคลอื่นและสังคม หรือการสำนึกต่อความผิด หากไม่ทำการช่วยเหลือผู้อื่น

1.2) แรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ ความสงสารที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เกี่ยวข้องเป็นญาติหรือมีบุญคุณต่อกันมาก่อน จึงทำให้เกิดความผูกพัน และรู้สึกอยากช่วยเหลือ

จากแนวคิดแรงจูงใจในการช่วยเหลือที่น่าเสนอ บุคคลใดจะดูแลผู้อื่นนั้น อาจมาจากแรงจูงใจทั้ง 2 ประการดังกล่าวก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลในครอบครัวมักเริ่มต้นจากความเอื้ออาทรก่อน แล้วจึงพัฒนาไปสู่การตอบสนองความต้องการของบุคคล แต่โดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดจากแรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกันมากที่สุด

2) แนวคิดที่เกี่ยวกับค่านิยมของบุคคลและสังคม

จากการศึกษาแนวคิดเรื่องการดูแลโดยรวมแนวคิดของนักวิชาการ 35 คน จากบทความวิชาการ และการวิจัยวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด แบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลไว้ 5 ทักษะ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2555: 82-83) ได้แก่

2.1) การดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อน ลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล และขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ

2.2) การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรม ตามค่านิยม พื้นฐานของบุคคล หรือสังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรม ภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนโยนให้กำลังใจ จะเห็นมากในผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน

2.3) การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจเป็นห่วง ต้องการปกป้อง และอุทิศให้ การดูแลที่พัฒนาขึ้นในบุคคลมี 4 ระยะ คือ ความผูกพัน ความพยายามที่จะให้ความใกล้ชิด และความห่วงใย ถ้าการพัฒนาไม่ครบทั้ง 4 ระยะนี้ก็จะไม่ถือว่าเป็นการดูแล

2.4) การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัวระหว่างคนใกล้ชิด

2.5) การดูแลเป็นการปฏิบัติ เพื่อการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องให้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์ และศาสตร์อื่นๆ ผู้ดูแลในทัศนะนี้จะต้องมีความรู้ และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี หรือพ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจในการประสานงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า แนวคิดการดูแลเป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของมนุษยชาติเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรม และประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่า ทั้งโดยเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความจำเป็นและความผูกพันต่อผู้ที่ต้องดูแล

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ Davis (1995: 1) ได้ให้แนวคิดไว้ว่า เป็นการสนับสนุน ส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมต่างๆ มีการพัฒนา และทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง ส่วน Bower (1987: 2) ได้ให้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นการช่วยเหลือ สนับสนุน เอาใจใส่ความ

เป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมป้องกัน เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และการมีคุณค่าในตัวเองและป้องกันภาวะซึมเศร้า (ชนิดา สุ่มมาตย์, 2551: 49)

จุดประสงค์ที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care) คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในแต่ละวันอย่างมีความสุข มีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ ถึงแม้สภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไป และมีโรคเรื้อรังต่างๆ อยู่ก็ตาม เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ดังกล่าวนี้ การดูแลผู้สูงอายุจะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย เพื่อสุขภาพใจที่ดี จึงต้องยึดหลัก 11 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัยอุจจาระ อากาศอาทิตย์ อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอุน และอุบัติเหตุ ซึ่งมีสาระสังเขปดังนี้

อาหาร แม้ว่าความต้องการพลังงานลดลง แต่ผู้สูงอายุยังต้องการสารอาหารต่างๆ ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ จึงควรลดอาหารประเภทไขมันและคาร์โบไฮเดรต รับประทานเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่ายเช่น ปลา และควรทานผักมาก ส่วนผลไม้ไม่ควรทานผลไม้หวานจัด เพราะอาจทำให้เกิดโรคตามมาได้ เช่น เบาหวาน เป็นต้น

ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายประมาณ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้มีการทรงตัวและเคลื่อนไหวได้ดี ไม่หกล้มง่าย

อนามัย คือ การดูแลตนเองโดยพยายามลด ละ เลิก พฤติกรรมหรือสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ และควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

อุจจาระ ปัสสาวะ คือ ให้ความสนใจต่อการขับถ่ายของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการถ่ายยาก หรือภาวะกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้

อากาศ แสงอาทิตย์ คือ อยู่ในสถานที่ที่มีสิ่งแวดล้อมเหมาะสม ถ่ายเท เพื่อการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีงานอดิเรกที่น่าสนใจแต่ไม่เป็นภาระที่หนักเกินไป และควรพยายามเข้าร่วมในสังคมกลุ่มต่างๆ ตามสมควร

อุบัติเหตุ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในทุกขณะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บ และความพิการต่างๆ ควรพยายามดูแลสภาพบ้านเรือนให้ปลอดภัย มีแสงสว่างพอเหมาะ พื้นไม่ลื่น หรือควรมีราวจับในบางจุดที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การจัดการดูแลผู้สูงอายุ คือ การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรัก มีความสนใจ เอาใจใส่ในการกระทำกิจกรรมการดูแล จนผู้ให้ คือ ผู้ดูแล และผู้รับการดูแล คือ ผู้สูงอายุ ต่างเกิดความพึงพอใจ

2.4.2 รูปแบบของการดูแล

ความหลากหลายของการกำหนดรูปแบบการดูแล ปรากฏในผลการศึกษาหลายๆ เรื่อง โดยมักระบุถึง “ประเภทของการดูแล” “ชนิดของการดูแล” แต่หากพิจารณาถึงรายละเอียดแล้ว พบว่าการอธิบายรายละเอียดต่างๆ ไม่แตกต่างกัน ในที่นี้จะการพิจารณารูปแบบการดูแลโดยกำหนดจาก “แหล่ง” หรือ “สถานที่” ที่เป็น ที่ดูแลบุคคลเหล่านั้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2555:186) ซึ่งแบ่งรูปแบบการดูแลได้ 3 รูปแบบ และยังมีรูปแบบพิเศษที่ไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นการดูแลในสถาบันหรือในครอบครัว ดังนั้น จึงเพิ่มรูปแบบพิเศษอีก 1 รูปแบบ ผู้วิจัยจึงสรุปรูปแบบของการดูแลที่สำคัญๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การดูแลในครอบครัว (Home care)

เป็นบริการที่พยายามใช้ความแข็งแกร่งของครอบครัว เป็นเครื่องมือในการให้บริการ เป็นการให้อำนาจครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมกับการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยคำนึงพื้นฐานหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่พึงมีต่อครอบครัวด้วยกันเอง ดังนั้นการดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุคือการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่างๆ ได้ เป็นการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ ทั้งความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสัมพันธภาพอันดีระหว่างกัน ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

เป้าหมายของการดูแลในครอบครัว ระบุว่าบริการดูแลในครอบครัว ต้องเป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดี ความปลอดภัยมั่นคง และมีความรู้สึกที่ดี ทั้งทางอารมณ์ และจิตใจ ด้วยเหตุนี้ วัตถุประสงค์ของการดูแลในครอบครัวจึงมีดังนี้ (Matthew and Rosner, 1988: 185-190)

ในลักษณะที่เป็นการป้องกัน โดยจะช่วยให้บุคคลรู้สึกผาสุก อบอุ่น และช่วยลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากความเครียดในชีวิตประจำวัน

1.1) ในลักษณะที่เป็นการบำบัดรักษา จะช่วยแบ่งเบาภาระงานของนักวิชาชีพที่ให้บริการแก่ผู้มีปัญหาต่างๆ โดยทั้งนักวิชาชีพ และสมาชิกในครอบครัวสามารถพัฒนาการทำงานร่วมกัน เพื่อก่อให้เกิดการบริการที่เหมาะสมและเพียงพอ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

1.2) ลักษณะที่เป็นการฟื้นฟูฟื้นฟูนั้น แนวคิดนี้เปรียบเสมือนสภาวะแวดล้อมที่จะช่วยให้ผู้รับบริการปรับตัวได้ดีขึ้น และรวดเร็วยิ่งขึ้น หลังจากพ้นภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยทางร่างกาย และจิตใจ

2) การดูแลในสถาบัน (Institution Care)

วัตถุประสงค์ของบริการดูแลในสถาบัน ที่สำคัญคือ การให้ที่อยู่อาศัยแก่บุคคลเหล่านี้ให้มีที่พึ่งพิง การอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ และบริการพื้นฐานด้านปัจจัย 4 รูปแบบการดูแลในสถาบัน แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

2.1) การดูแลในสถานสงเคราะห์เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ฐานะยากจน ไร้ญาติ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ให้การเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข บริการดูแลในสถานสงเคราะห์ ประกอบด้วยบริการพื้นฐานปัจจัย 4 ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และบริการอื่นเพื่อเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัดงาน อดิเรกสาสนกิจ สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมส่งเสริมประเพณี วัฒนธรรม นันทนาการ และฌาปนกิจ บริการเหล่านี้ส่วนใหญ่ เป็นการจัดแบบให้เปล่า โดยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

2.2) การดูแลในสถานพยาบาล หรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุผู้สูงอายุโดยทั่วไป ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษา และดูแลในสถานพยาบาลได้ ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรง เช่น มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคไขข้อ ความจำเสื่อม และโรคเรื้อรังอื่นๆ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งการอยู่รักษาในสถานพยาบาลเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น นอกจากบริการด้านการรักษาพยาบาลแล้วยังมีบริการอื่นๆ ได้แก่ บริการให้คำปรึกษาแนะนำ เพื่อช่วยให้กระบวนการบำบัดรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น นอกจากนี้กรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้สูงอายุไปยังสถานบริการอื่น สถานพยาบาลก็จะดำเนินการให้ สรุปการดูแลในสถานพยาบาลประกอบด้วย

2.2.1) การดูแลเพื่อบำบัด พื้นฟูร่างกาย

2.2.2) การดูแลเพื่อให้เกิดความสุขทางใจ และรื่นเริง ได้แก่บริการด้านทัศนศึกษาด้านนันทนาการ และศาสนา

2.2.3) การดูแลด้านอื่นๆ ที่มีความจำเป็น เช่น บริการ สังคมสงเคราะห์ กฎหมาย และการติดต่อญาติ

ปัจจุบันมีสถานบริการของเอกชนที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะเป็น Nursing Care รวมทั้งเป็นการดูแลระยะยาวคือ ให้บริการที่พัก อาหาร ดูแลความสะอาด เสื้อผ้าที่พับ จัดเจ้าหน้าที่ดูแลให้ผู้สูงอายุอาบน้ำ เช็ดตัว สระผม แปรงฟัน แต่ไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ดำเนินงานโดยแพทย์และผู้ที่ไม่ใช่แพทย์คิดค่าบริการที่หวังผลกำไร ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร (วาทีนิ บุญชะลิกขมี, 2541: 210)

3) การดูแลโดยชุมชน (Community Care)

แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการเป็นแนวคิดที่ได้แรงจูงใจและพัฒนาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก โดยแนวคิดนี้ได้พยายามที่จะนำศักยภาพที่เด่นของปัจเจกบุคคลมาเป็นกรอบในการให้บริการ แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการ จึงหมายถึงการปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมกันของประชาชนในการดำเนินงานเพื่อชุมชน โดยชุมชน มี

จุดมุ่งหมายเพื่อสร้างจิตสำนึก และพัฒนาศักยภาพของคน ในชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา และพัฒนาบริการต่างๆ โดยชุมชน และเพื่อระดมความร่วมมือในลักษณะการประสานงาน ระหว่างองค์กรภายนอกชุมชน และบุคลากรภายในชุมชน

เป้าหมายหลักทางสังคมของการดูแลโดยชุมชน คือ การให้ผู้สูงอายุ ยังคงได้อยู่อาศัย ภายในบ้านจนถึงวาระสุดท้าย ภายใต้การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีภารกิจให้การดูแลที่เหมาะสม และสนับสนุนการช่วยเหลือด้านต่างๆ ดังนั้นบริการที่จัดขึ้น โดยชุมชนจึงมีหลายลักษณะ ดังนี้

3.1) บริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน เป็นบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านผู้ดูแลด้าน เศรษฐกิจและด้านสังคม โดยอาจให้ที่อยู่อาศัยชั่วคราว หรือช่วงที่สมาชิกในครอบครัวไม่อาจให้ความดูแลได้ การรับดูแลในเวลากลางวัน เพื่อแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบของครอบครัวรวมทั้ง บริการด้านการฟื้นฟู และบำบัดรักษาทางกายและทางจิต (Matilda A Goldberg and Naomi Connolly, 1982: 2) ลักษณะบริการเช่นนี้ นิยมจัดทำเป็น ศูนย์บริการ ในต่างประเทศเรียกว่า Day Care Center, Day Care for Older Persons ส่วนในประเทศไทย เป็นบริการที่จัดขึ้น ในศูนย์บริการผู้สูงอายุต่างๆ หรือแทรกอยู่ในสถานสงเคราะห์บางแห่งที่เปิดบริการ

3.2) บริการเพื่อนันทนาการและสังสรรค์ เป็นบริการเพื่อจัดขึ้นสำหรับให้ผู้สูงอายุ ได้พบปะกับบุคคลในวัยเดียวกัน การสังสรรค์ และกิจกรรมต่างๆ เป็นสถานที่ที่ ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกัน เพื่อจัดทำกิจกรรมบางอย่างตามความต้องการของตน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การป้องกัน และผ่อนคลายความเหงา การให้การดูแลด้านโภชนาการที่ถูกต้อง การให้บริการด้านการแพทย์และกายภาพบำบัดการให้ความรู้ การจัดกิจกรรมกีฬาทั้งในร่มและกลางแจ้ง รวมทั้งการรื่นเริงต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีพัฒนาการด้านการมีส่วนร่วม กับชุมชน

3.3) บริการที่จัดโดยผู้สูงอายุ เป็นบริการที่ผู้สูงอายุได้จัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุด้วยกัน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในลักษณะของชมรมที่เรียกว่า ชมรมผู้สูงอายุ (Senior Citizen Club) โดยมีวัตถุประสงค์ และแนวคิดร่วมกัน ในการพัฒนาตนเองทั้งในด้านสุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา วัฒนธรรม การศึกษาหลักธรรมะในพุทธศาสนา และการพัฒนาสังคม

3.4) บริการดูแลเยี่ยมเยียนและช่วยเหลือ เป็นบริการที่ชุมชนจัดขึ้น โดยมีเพื่อนบ้าน และอาสาสมัครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การเยี่ยมเยียนทางบ้าน การจัดหาอาหาร และส่งอาหาร การเป็นเพื่อนคุย การอ่านหนังสือให้ผู้สูงอายุฟัง การให้คำปรึกษาต่างๆ รวมทั้งบริการด้านพาหนะด้วย ลักษณะบริการดูแลเช่นนี้ ได้แก่ บริการดูแลจากเพื่อนบ้าน (Neighborhood Care) และบริการจากอาสาสมัคร (Voluntary Services)

4) การดูแลในสถานการณ์พิเศษ

ในปัจจุบัน ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีวิชาการใหม่ๆ มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมากและได้นำมาใช้ในการยืดชีวิตมนุษย์ให้ยาวนานออกไป เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากยิ่งขึ้น แต่การมีอายุยืนยาวท่ามกลางความเจ็บป่วย ก็เป็นเรื่องที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญ และช่วยเหลือในวาระสุดท้ายอย่างดีที่สุด เพื่อเข้าสู่ภาวะการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวและการดูแลในภาวะสุดท้ายจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

4.1) การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดการบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการ ได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสพอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

4.2) การดูแลในระยะสุดท้าย ให้ความสำคัญในการควบคุม บรรเทาความเจ็บปวดมากกว่าการรักษาโรค ให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างมั่นใจ มีศักดิ์ศรี โดยปราศจากความเจ็บป่วย และความเศร้าเสียใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมาน ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ สังคม จิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขท่ามกลางญาติมิตรและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2555: 90)

2.4.3 แนวคิดมาตรฐานการดูแลที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การจัดทำมาตรฐานการดูแลเพื่อสงเคราะห์ผู้สูงอายุมาจากฐานคิดกรอบแนวคิดในการจัดสวัสดิการสังคมและการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุ และข้อกำหนดตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

โดยเฉพาะอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสรุปเป็นพื้นฐานแนวทางการจัดทำมาตรฐานการจัดบริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุโดยแบ่งเป็นประเภทมาตรฐานด้านต่างๆรวม 6 ด้าน (โกวิทย์ พวงงาม, 2552 : 212-230) โดยผู้วิจัยสรุปแนวคิดมาตรฐานการดูแลที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญๆ ได้ดังนี้

1) มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล

มีการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ บริการตรวจสุขภาพที่บ้าน บริการให้ความรู้แนะนำการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดโครงการฝึกอบรมให้ผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน บริการตรวจสุขภาพประจำปี บริการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและ โรคภัยไข้เจ็บเป็นรายบุคคล การบริการทางการแพทย์และการบริการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ บริการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล การประกันสุขภาพ บริการด้านกายภาพบำบัดและออกกัมถร์ประจำตัวให้กับผู้สูงอายุ เพื่อรักษาฟรีใน โรงพยาบาล ผู้สูงอายุมีสิทธิรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลแห่งนั้น โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลในที่นี้ หมายถึง เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาลซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- 1.1) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทนหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจนและอื่นๆทำนองเดียวกันนี้ซึ่งใช้เพื่อการบำบัดโรค
- 1.2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม
- 1.3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจโดยห้องทดลองและค่าใช้จ่ายอื่นๆของผู้ป่วยใน แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษและค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทน
- 1.4) ค่าอุปกรณ์ธรรมดา ค่านอนพื้น ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อคริลิก (Acrylic) เป็นฐาน
- 1.5) ค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและกายบำบัด
- 1.6) ค่าห้องและค่าอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการักษาพยาบาล
- 1.7) ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

นอกจากนี้ การจัดการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Care Service) เป็นดัชนีชี้วัดทางสุขภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งจัดอยู่ในประเภทปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัย (Health Determinants Indicator) โดยประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) มีความเท่าเทียมกัน (Equity) หมายถึง มีการกระจายบริการไปยังประชาชนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง และต้องเข้าถึงง่าย โดยเฉพาะการบริการฉุกเฉิน
- 2) มีคุณภาพ (Quality) หมายถึง การบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และต้องมีความต่อเนื่อง
- 3) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง มรการบริการที่มีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการระหว่างการรักษาพยาบาล และการเสริมสร้างสุขภาพ รวมถึงการส่งต่อ
- 4) มีประสิทธิผล (Effectiveness) หมายถึง การบริการที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และมีการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ให้ความสำคัญเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แทนการดูแลแบบแยกส่วนเช่น ในสมัยก่อน ดังนั้น พันธกิจและกระบวนการดำเนินงานของสถานบริการและชุมชนจึงครอบคลุมแนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการบริการรักษาพยาบาล

2) มาตรฐานด้านรายได้

มีการจัดสวัสดิการด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีแหล่งพึ่งพิงที่เพียงพอ ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุน ส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน การช่วยเหลือค่าครองชีพประจำวัน การจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ให้ส่วนลดในรายการต่างๆ เช่น ค่าชื้อยา ค่าโดยสารสาธารณะ ค่าโรงแรม ภัตตาคาร กิจกรรมด้านบันเทิงและสถานที่ราชการ ได้แก่ พิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน อุทยานแห่งชาติฯ ตลอดจนค่าบริการด้านทันตกรรมและให้ทุนประกอบอาชีพที่เหมาะสม

3) มาตรฐานด้านที่พัก

มีบ้านพักคนชราเป็นบริการที่พักรักษาที่จัดให้แก่วัยสูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายและอารมณ์ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทางการเงินหรือปัญหาอื่น ๆ อันเป็นเหตุจำเป็นที่ต้องแยกออกจากครอบครัวหรือผู้ที่มิอาจได้น้อย สถานพยาบาลเป็นบริการที่พักรักษาสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการรักษาพยาบาลเป็นประจำและต่อเนื่องหรือต้องการการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด บ้านพักคนชราที่เสียค่าบริการส่วนหนึ่ง บริการครอบครัวอุปการะเป็นบริการที่จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือไร้ที่พึ่งและการจัดที่พักอาศัยและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

4) มาตรฐานด้านนันทนาการ

มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อเป็นศูนย์กลางข่าวสารแหล่งพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา จัดทัศนศึกษาด้านศาสนา ด้านศิลปวัฒนธรรมและธรรมชาติ ศูนย์บริการผู้สูงอายุเพื่อให้บริการปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว สโมสรผู้สูงอายุเพื่อเป็นศูนย์กลางของผู้สูงอายุในการพักผ่อน ออกกำลังกาย พบปะสังสรรค์ ทำงานอดิเรก เป็นต้น การรับบริการตรวจสุขภาพ การเรียนอาชีพ การเรียนภาษา การรับปรึกษาปัญหา การบำเพ็ญประโยชน์ให้สังคม เช่น การสอนหนังสือ เล่านิทาน สอนดนตรี สอนลีลาศ ตลอดจนการเยี่ยมชมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและพิการ บริการนันทนาการงานรื่นเริงในวันนักขัตฤกษ์ การจัดกิจกรรมนันทนาการร่วมกับเยาวชน คนในชุมชน กลุ่มเครือข่ายและการทัศนศึกษาแหล่งธรรมชาติ ศาสนสถาน แหล่งท่องเที่ยวนอกพื้นที่

5) มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคมครอบครัวผู้ดูแลและการคุ้มครอง

ให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่น การสงเคราะห์การจัดการศพตามประเพณี จัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเป็นหน่วยบริการฉุกเฉิน หน่วยบริการเคลื่อนที่ บริการด้านศาสนกิจและบริการฅาปนกิจให้คนชราที่ไม่มีญาติจัดฅาปนกิจสงเคราะห์ลดหย่อนภาษีให้แก่บุตรซึ่งเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีและไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาท (ซึ่งขณะนี้กรมสรรพากรได้ดำเนินการในส่วนดังกล่าวแล้ว) จัดให้มี

กฎหมายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจน วาระสุดท้ายของชีวิต รมรงค์ให้คนในครอบครัวและชุมชน เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับบริการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์บริการด้านกฎหมายเพื่อป้องกันรักษาความปลอดภัยและสวัสดิการการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้งและการให้คำแนะนำปรึกษาหรือดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องใน ทางคดีหรือใน ทางแก้ไขปัญหาครอบครัว

6) มาตรฐานด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

จัดตั้งและพัฒนาบริการทางด้านสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นการให้บริการถึงบ้านและมีการประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคมโดยครอบคลุมบริการเกี่ยวกับ ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน บริการเยี่ยมบ้าน ระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล จัดตั้งระบบเฝ้าระวังเกื้อกูลและดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแล สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในชุมชนและบริการแม่บ้านโดยการจัดส่งแม่บ้านไปช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำงานบ้านต่างๆ เช่น การจ่ายของทำความสะอาดบ้าน ประกอบอาหารและการช่วยเหลืออื่นๆที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสบายขึ้น

2.4.4 การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

สถานการณ์การเพิ่มขึ้นและการมีอายุที่ยืนยาวของผู้สูงอายุ นับเป็นข้อห่วงใยอย่างยิ่งสำหรับผู้เกี่ยวข้องในการเตรียมระบบการดูแลระยะยาวและระบบสวัสดิการสังคม ให้สามารถรองรับกับสถานการณ์ที่กล่าวมาได้เหมาะสมและทันทั่วถึง การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ที่จะกลายเป็นปัญหาสำหรับครอบครัวและชุมชนในอนาคต ดังนั้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับระบบการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยจึงนำเสนอรูปแบบการดูแลระยะยาว และการจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย เพื่อสร้างความเข้าใจพื้นฐานต่อระบบบริการ ดังนี้

1) รูปแบบการดูแลระยะยาว

ลักษณะของบริการที่จัดขึ้นตามแนวคิดการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย บริการหลายลักษณะ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กล่าวว่า การดูแลระยะยาวเป็นบริการที่จำเป็นในระบบสุขภาพและระบบสังคม โดยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นสำหรับผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลจากผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน) และผู้ให้การดูแลที่เป็นทางการ (นักวิชาชีพและผู้ช่วย) ตลอดจนผู้ให้การดูแลตามประเพณี และอาสาสมัคร

คอฟฟ์ (Koff) ระบุว่า บริการสำหรับการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย การให้ข้อมูล ข่าวสาร การให้บริการการส่งเรื่องต่อไปยังหน่วยงานอื่น การประสานงานระหว่าง สหวิชาชีพ และการให้บริการผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การมีบริการดูแลระยะยาวจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับบริการสามารถทำกิจกรรมที่ต้องการในชีวิตประจำวันได้ เป็นการช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นของบุคคล และความจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งการบริการเหล่านี้จะเน้นไปที่การฟื้นฟู การรักษา และรวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ดังนั้นรูปแบบการดูแลระยะยาวจึงมีรูปแบบที่หลากหลาย (Theodore, 1982) ซึ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวขึ้นอยู่กับมิติของลักษณะการให้บริการได้แบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2555: 128-132) ดังนี้

1.1) รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการในบ้านเป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อม โดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการ มีการดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ-ส่ง การจ้างงาน การจัดหาอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (Day Health Care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์

1.2) รูปแบบการรวมบริการเป็นการรวบรวมบริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน โดยมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดการคือ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ-ส่ง บริการนี้มี

ความแตกต่างจากรูปแบบที่ 1 เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ ที่จัดให้ก็เป็น บริการพื้นฐานภายในบ้าน

1.3) รูปแบบบริการการดูแลที่บ้าน เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่กับสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการคือ บ้านรูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ บริการทางโทรศัพท์ที่แม่บ้าน อาหาร บริการแม่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ-ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล ซึ่งได้ระบุถึงลักษณะบริการในระบบการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่น ว่าครอบคลุมบริการดังนี้

1.3.1) บริการดูแลในบ้าน (Home-Visit Service) ประกอบด้วย 1) ผู้ช่วยงานในบ้าน 2) อาบน้ำในบ้าน 3) ตรวจเช็คสุขภาพโดยพยาบาล 4) ทำกายภาพบำบัดในบ้านและ 5) บริการทางแพทย์บ้าน

1.3.2) บริการดูแลเคลื่อนที่ (Commuting Service) ประกอบด้วย 1) รับฝากดูแลในเวลากลางวัน 2) รับทำกายภาพบำบัดภายในศูนย์

1.3.3) บริการฝากดูแลระยะสั้น (Short-Term Stay Services) ประกอบด้วย 1) บริการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการสังคม 2) บริการฝากดูแลระยะสั้นทางการแพทย์

1.3.4) บริการให้เช่าอุปกรณ์และบริการให้เงินช่วยเหลือ ประกอบด้วย 1) บริการให้เช่าอุปกรณ์ดูแลสุขภาพ 2) บริการให้เงินช่วยเหลือซื้ออุปกรณ์ดูแลสุขภาพ 3) บริการให้เงินช่วยเหลือปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน

1.3.5) บริการอื่นๆ ประกอบด้วย 1) บ้านพักผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอาการสมองเสื่อม 2) สถานพยาบาลพิเศษของเอกชน

1.4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟัน ฟุ และการพักฟื้นภายหลังเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันต้องอาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ

หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาในระยะยาวใน โรงพยาบาล โดยมีบริการคือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล การดูแลด้านการแพทย์ นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ บางประเทศได้แบ่งบริการการดูแลระยะยาวใน สถาบันออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) บ้านพักผู้สูงอายุ (Special Nursing Home for the Elderly) 2) สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Facilities Nursing Home for the Elderly) และ 3) สถานพยาบาลทางการแพทย์ (Medical Facilities)

นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งรูปแบบการดูแลออกตามมิติของสถานที่และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ โดยแบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term) หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่าในสถานที่เดียวกัน

2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการเตรียมการดูแลในบ้าน หรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น หรือเป็นชุมชนแออัด

3) การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดบริการ โดยองค์การภาครัฐ องค์การเอกชน และภาคประชาชน ในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีนักวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการ

4) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแล โดยครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

ซึ่งการแบ่งขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับรูปแบบของการบริการระยะยาวอย่างเป็นทางการ ในแต่ละประเภทแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1) บริการดูแลในสถานบริการ (Institutional-Based Care) เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุใน สถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพและสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉินและ 2) บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) เป็นบริการในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมเยียนบ้านโดยอาสาสมัคร (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548: 43) เป็นต้น

3) การจัดบริการดูแลระยะยาว

การจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทยพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพาในประเทศไทยยังคงเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะ การดูแลส่วน บุคคลที่มีลักษณะแบบเฉพาะตัวตามความรู้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ถึงแม้ ปัจจุบันการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นการเข้าสู่ระบบหลักประกันด้านสุขภาพแล้วก็ตามแต่ยัง "ไม่ได้" ให้ความครอบคลุมไปถึง การดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตามการบริการทางสังคมยังมี ลักษณะเฉพาะ ทั้งรูปแบบและบริการ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพาจึงเป็นบทบาทของ ครอบครัวที่ต้องให้การดูแล ทางกาย จิตใจ และให้การสนับสนุนทางการเงิน บริการทางการแพทย์ที่รับผิดชอบ โดยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก ได้มีการขยายขอบเขตบริการครอบคลุมไปถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ที่ประกอบด้วย ทีมแพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัดแต่พบว่าสามารถจัดบริการได้เป็นครั้งคราว และเฉพาะพื้นที่เท่านั้น มิได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของประชาชนที่ต้องการบริการ ส่วนใหญ่ได้

กรมอนามัย ได้มีการดำเนิน โครงการ “การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่บ้าน” โดยมี วัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นการลด อัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวล ต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลซึ่งการดูแลในลักษณะดังกล่าวนี้ จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายรวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสของญาติและผู้ดูแล อีกทั้งเป็นการลดจำนวนเตียงผู้ป่วยเรื้อรังและ จำนวนวัน ที่นอน โรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังเป็นการเพิ่มการหมุนเวียนของอัตราเตียงว่างเพื่อรองรับ ผู้ป่วยฉุกเฉิน (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 1-2) ส่วนกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มอบหมายให้กรมพัฒนาสังคมและสำนักส่งเสริมและ พิทักษ์ผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินงานหลักในการกำหนดนโยบายและจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ โดยภารกิจที่ เกี่ยวข้องกับบริการในชุมชนและครอบครัวที่สำคัญคือ ภารกิจของศูนย์การจัดสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีปรัชญาพื้นฐานว่าควรมีการ เสริมสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนของตนเอง นอกนั้นเป็นบริการที่จัดโดย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ใน ด้านปัจจัย 4การส่งเสริมการรวมกลุ่ม และ กิจกรรมทางสังคมต่างๆ จากบริการของหน่วยงานที่

รับผิดชอบการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน โดยยังมีได้ครอบคลุมการดูแลระยะยาว

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการจัดทำแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2554-2556) ให้นิยามการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยตัวเองได้บางส่วน หรือไม่สามารช่วยตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ สาระสำคัญของแผนฯ ประกอบด้วย

3.1) ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น เป็นการสนับสนุนกระบวนการประเมิน“ผู้ต้องได้รับการดูแลระยะยาว” ให้แก่ท้องถิ่น โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบ และ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรอง กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนในการประเมินฯ และให้การสนับสนุนการดูแลระยะยาวกับครอบครัว ได้แก่ การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนด้านจิตใจ บริการดูแลชั่วคราวที่บ้าน บริการดูแลกลางวัน และศูนย์รวมอุปกรณ์การดูแลระดับชุมชน มีกระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบและ กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรอง กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้การสนับสนุนการดูแลระยะยาวให้ครอบครัวรวมทั้ง สนับสนุนศักยภาพ โดยการฝึกอบรมการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้ดูแล ทั้งที่เป็นสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือที่เป็นอาสาสมัคร โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ และกระทรวงมหาดไทยกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรอง กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนศักยภาพ และจำนวนผู้ได้รับการอบรม

3.2) การดูแลระยะยาวที่ดำเนินการโดยหน่วยงานรัฐส่วนกลางคือ มีศูนย์ข้อมูลผู้ที่ได้รับการประเมินว่าต้องได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลระยะยาวจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ และ กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ

กระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรอง กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ การมีศูนย์ข้อมูลผู้ที่ได้รับการประเมินว่าต้องได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลและชะลอการส่งเสริมและพัฒนาการพยาบาลที่บ้านมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานรอง กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ มีการดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาการพยาบาลที่บ้าน รวมทั้งการพัฒนากำลังคนด้านการดูแลและชะลอ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ร่วมกันเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรอง กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ มีการดำเนินการพัฒนากำลังคนด้านการดูแลและชะลอ

จะเห็นได้ว่าบริการดูแลและชะลอของประเทศไทย ยังอยู่ในระหว่างการริเริ่มดำเนินการ และยังเป็นดำเนินการที่แยกส่วน ระหว่างบริการด้านสุขภาพและสังคมยังไม่ได้มีรูปแบบบูรณาการบริการแต่อย่างใดซึ่งนับว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาเพื่อแสวงหาตัวแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต

2.4.4 ระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย

ระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เน้นใน 3 เรื่องใหญ่คือ การสร้างหลักประกันรายได้ผู้สูงอายุ การบริการทางสังคม และการช่วยเหลือทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้สรุปรายละเอียดในประเด็นที่สำคัญๆ ได้ดังนี้

1) การสร้างหลักประกันด้านรายได้ผู้สูงอายุ (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2555: 52) การสร้างหลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุโดยเริ่มตั้งแต่วัยแรงงานมีการสะสมเงินออมหรือเงินสมทบในระยะยาวนอกจากนี้ ยังมีทางเลือกในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพโดยนายจ้างจ่ายเงินสมทบและลูกจ้างจ่ายเงินสะสมร่วมกัน ส่วนภาครัฐการมีกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการและสวัสดิการบำนาญราชการเมื่อถึงยามเกษียณอายุราชการที่อายุ 60 ปีขึ้นไปหรือมีอายุราชการมาไม่ต่ำกว่า 25 ปี และประชาชนยังสร้างหลักประกันด้านรายได้ของตนเองยามชราภาพด้วยการเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชนที่กระจายอยู่ตามชุมชนมีเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยรัฐจัดสวัสดิการ รวมถึงสวัสดิการในอนาคตโดยมีสาระสำคัญของแต่ละกองทุนดังต่อไปนี้

1.1) กองทุนประกันสังคม การจัดสวัสดิการด้านการประกันสุขภาพเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2541 ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติมที่ให้ความคุ้มครองในเรื่องกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายกรณีคลอดบุตรกรณีทุพพลภาพกรณีตายกรณีสงเคราะห์บุตรกรณีชราภาพและกรณีว่างงานโดยให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปเพื่อเป็นหลักประกันด้านรายได้ให้แก่ลูกจ้าง ในรูปแบบบำเหน็จและบำนาญชราภาพภายหลังอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์

1.2) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ คือ กองทุนที่นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันจัดตั้งขึ้นเงินของกองทุนมาจากเงินที่ลูกจ้างจ่ายส่วนหนึ่งเรียกว่า “เงินสะสม” และนายจ้างจ่ายเงินเข้าอีกส่วนหนึ่งเรียกว่า “เงินสมทบ” การจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้สวัสดิการแก่ลูกจ้างจึงช่วยสร้างแรงจูงใจให้ลูกจ้างทำงานให้กับนายจ้างนานๆสมาชิกกองทุนมีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนเมื่อความเป็นสมาชิกสิ้นสุดลง โดยจะได้รับเงินสะสมเต็มจำนวนทุกกรณีพร้อมทั้งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากเงินสะสม

1.3) กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2539 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นหลักประกันการจ่ายบำเหน็จบำนาญและให้ประโยชน์ตอบแทนแก่ข้าราชการเมื่อลาออกจากราชการเพื่อส่งเสริมการออมของสมาชิกและจัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์อื่นให้แก่สมาชิกการส่งเงินสะสมเข้ากองทุน สมาชิกต้องส่งเงินสะสมเข้ากองทุนในอัตราร้อยละ 3 ของเงินเดือนแล้วรัฐจ่ายสมทบให้อีกในอัตราเดียวกันสำหรับการรับเงินหรือผลประโยชน์จากกองทุนเมื่อสิ้นสุดสมาชิกภาพหากเป็นสมาชิกที่ไม่มีสิทธิรับบำเหน็จบำนาญสมาชิกจะได้รับเงินสะสมเงินสมทบและผลประโยชน์หากเป็นสมาชิกที่รับราชการก่อนวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2540 และเลือกรับบำนาญมีสิทธิได้รับเงินประเดิมเงินสะสมเงินสมทบเงินชดเชยและผลประโยชน์ส่วนสมาชิกที่รับราชการหลังวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2540 และเลือกรับบำนาญสมาชิกดังกล่าวจะไม่มีสิทธิได้รับเงินประเดิมสำหรับสมาชิกเลือกรับบำเหน็จจะมีสิทธิได้รับเงินสะสมเงินสมทบและผลประโยชน์

1.4) สวัสดิการบำนาญราชการ กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลังเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการจ่ายเงินบำเหน็จบำนาญให้แก่ข้าราชการที่เกษียณอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือได้รับราชการมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 25 ปีโดยมีวิธีการคำนวณเงินบำนาญคือเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายของการทำงานคูณกับจำนวนเวลาที่ได้รับราชการและหารด้วย 50 ทั้งนี้ เงินบำนาญ

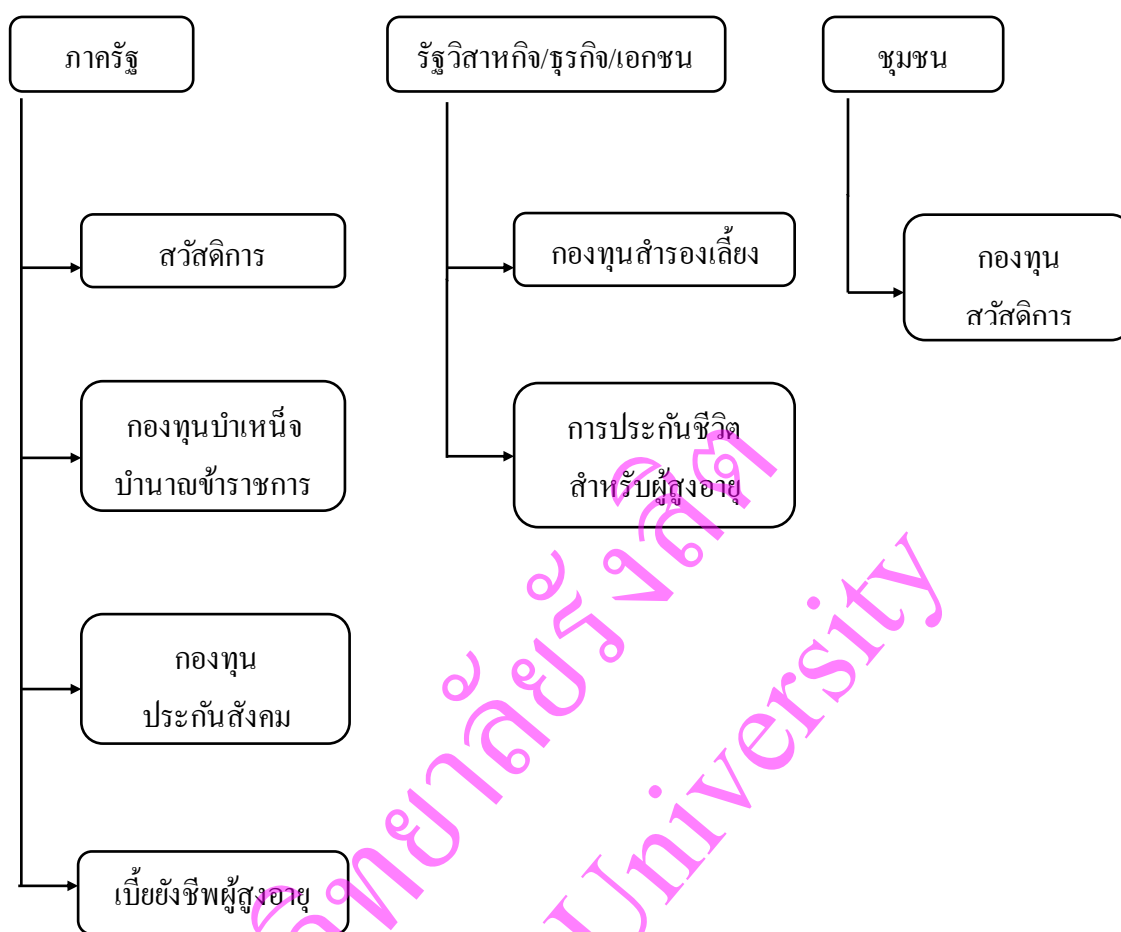
ที่คำนวณได้จะต้องไม่เกิน 70 % ของเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายสำหรับเงินบำเหน็จคำนวณจากเงินเดือนๆ สุดท้ายคูณด้วยจำนวนเวลาราชการ

1.5) กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นจากการระดมทุนและการออมร่วมกันของคนในชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการจัดสวัสดิการชุมชนที่มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัยในชุมชนตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ โดยมีกระบวนการดำเนินงานตามข้อตกลงหรือระเบียบของกองทุนที่เกิดขึ้นจากความเห็นชอบร่วมกันของคนในชุมชนที่ให้ความสำคัญในเรื่องของการสร้างระบบการดูแลและการเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน

1.6) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยทุกคนมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันได โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับ 600 บาท อายุ 70-79 ปี จะได้รับ 700 บาท อายุ 80-89 ปี จะได้รับ 800 บาท และอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท

1.7) สวัสดิการในอนาคต สำนักงานประกันสังคมกระทรวงแรงงานขยายความคุ้มครองให้กับแรงงานที่ยังไม่มีหลักประกันชีวิตหรือสิทธิจากสวัสดิการใดๆ เช่น ผู้ประกอบอาชีพอิสระ เกษตรกร พ่อค้าแม่ค้า หาบเร่แผงลอย คนขับรถรับจ้าง ช่างฝีมือผู้รับจ้างทั่วไป สมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 40 ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ด้วยการสมทบเงินเข้ากองทุนเพื่อมีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดโดยสามารถเลือกจ่ายเงินสมทบได้ 2 ทางเลือกทางเลือกที่ 1 จ่ายเงินสมทบเดือนละ 100 บาท ได้รับการคุ้มครองเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วยและทุพพลภาพและค่าทำศพ ไม่คุ้มครองกรณีชราภาพทางเลือกที่ 2 จ่ายเงินสมทบเดือนละ 150 บาท ได้รับการคุ้มครองเพิ่มเติมกรณีชราภาพ

ดังนั้นระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยในส่วนของ การสร้างหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุไทยในภาพรวมนั้นจะมีหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน ประสานความร่วมมือกันสร้างหลักประกันรายได้ขึ้นมา เพื่อที่จะเข้ามาดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีเงินมาใช้จ่ายใช้สอยในการดำรงชีพ เพื่อทำให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและไม่เป็นภาระของสังคม และครอบครัว ดังรูปที่ 2.4



รูปที่ 2.4 โครงสร้างหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุไทย

2) การบริการทางสังคม (กุลธิดา เลิศพงศวัฒนา และ วรณา บุญเจือ, 2555: 60)

การจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาครัฐภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติพ.ศ. 2546 ซึ่งกำหนดสิทธิและประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ โดยหน่วยงานต่างๆ ได้ให้ความสำคัญกับการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในด้านด้านสุขภาพด้าน การศึกษาด้าน การส่งเสริมการมีงานทำด้าน ที่อยู่อาศัยด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินด้าน บริการสาธารณะและนันทนาการ โดยผู้วิจัยได้สรุปประเด็นที่สำคัญๆ ดังนี้

1) กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้กฎหมายและประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ และดำเนินงานภายใต้

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบที่สำคัญ ดังนี้

1.1) การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านและฝึกรวมอาสาสมัครสาธารณสุขสุขกับผู้ที่ถือว่าสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ การให้บริการในการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนผสมผสานกับการบริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนโดยกระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนในด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ การสนับสนุนโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในการให้สุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตตลอดจนการดำเนินโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ

1.2) การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพมีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ เปิดคลินิกผู้สูงอายุขึ้นและให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษในโรงพยาบาลการดำเนินโครงการ Home Health Care เป็นการบริการสาธารณสุขโดยทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

1.3) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นการจัดบริการที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน อันมีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของร่างกายหรือเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการ โดยเน้นการดูแลด้านชีวิตประจำวันด้านที่อยู่อาศัยและด้านอื่นๆ ที่จำเป็นกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการจัดบริการมีทั้งรูปแบบการจัดบริการบนพื้นฐานของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Home Care) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันประเภทต่างๆ (Institutional Care) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณพิเศษ (วรเวศม์ สุวรรณระดาและคณะ, 2552) ซึ่งการจัดบริการในสถาบันส่วนใหญ่เป็นการให้บริการของภาคเอกชนในรูปแบบการบริการในโรงพยาบาลสถานบริบาลผู้สูงอายุและการจัดส่งผู้ดูแลไปให้บริการถึงที่พักสำหรับผู้สูงอายุ โดยโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เช่น โรงพยาบาลโกลเด้นเวิลด์สซิงโฮม โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 โรงพยาบาลนครินทร์โฮม เป็นต้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2553) สำหรับศูนย์บริบาลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยภาครัฐได้จัดตั้งขึ้นเป็นแห่งแรกในปี พ.ศ. 2552 ณ

โรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ต้องการพักฟื้น ตลอดจนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2) ด้านการศึกษา การจัดบริการด้านการศึกษาและฝึกอบรมหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้ให้ความสำคัญและพัฒนาไปสู่รูปแบบที่หลากหลายทั้งการศึกษาในระบบการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านการศึกษาและการฝึกอบรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1) การศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นการจัดการศึกษาก่อนระดับอุดมศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับก่อนประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา

2.2) การศึกษาระดับอุดมศึกษาเป็นการศึกษาหลังจากจบระดับมัธยมศึกษาตอนปลายซึ่งได้แก่ หลักสูตรอนุปริญญาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประกาศนียบัตรนฤศิลป์ชั้นสูงระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก ปัจจุบันเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับบริการทางการศึกษาในระดับอุดมศึกษาในสถาบันต่างๆ ที่กระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ

2.3) การศึกษาต่อเนื่องเป็นการจัดการศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและพัฒนาทักษะเพื่อการประกอบอาชีพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นหลักสูตรระยะสั้น ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ให้บริการจัดการศึกษาต่อเนื่องกับกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

2.4) การศึกษาตามอัธยาศัยเป็นการศึกษาที่ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจซึ่งปัจจุบันหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนต่างให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ตามอัธยาศัยอย่างมีคุณภาพ โดยเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ต่อการเรียนรู้และให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ได้อย่างแท้จริงและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

2.5) การฝึกอบรมเป็น กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทัศนคติ ที่ถูกต้องสามารถนำความรู้ในเรื่องที่ได้รับการอบรมไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการ จัดกิจกรรมอบรมให้กับผู้สูงอายุ หน่วยงานที่จัดให้มีการอบรมส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการให้บริการการศึกษา

3) ด้านการส่งเสริมการมีงานทำ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (3) กำหนดให้ ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนด้านการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่ เหมาะสมและประกาศกระทรวงแรงงานลงวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2547 เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการคุ้มครองการส่งเสริมการสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึก อาชีพที่เหมาะสม โดยหน่วยงานสังกัดกระทรวงแรงงานและกองทุนผู้สูงอายุได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อ ส่งเสริมการประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

3.1) การส่งเสริมการประกอบอาชีพและการฝึกอาชีพที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพและมีความต้องการทำงาน ได้มีงานทำมีรายได้ ลดภาระการพึ่งพิงผู้ทำงานเลี้ยงดูผู้สูงอายุ และไม่เป็นภาระต่อสังคม

3.2) การคุ้มครองส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่ การส่งเสริมและพัฒนาแรงงานหญิงเพื่อ เตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ซึ่งได้สอดแทรกความรู้ในหัวข้อการเตรียมความพร้อมที่ เป็นประโยชน์ต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

3.3) การสนับสนุนเงินทุนเพื่อการประกอบอาชีพโดยกองทุนผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นภายใต้ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 (มาตรา13) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับ การคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุ

4) ด้านที่อยู่อาศัย ที่อยู่อาศัยหรือบ้านพักส่วนตัวสำหรับผู้สูงอายุถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผล ต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ดีและร่างกายที่สมบูรณ์การที่ มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและมีอายุที่ยืนยาวขึ้นอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดการดูแลได้ในอนาคต ปัจจุบันหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนให้ความสำคัญกับการจัดบริการด้าน ที่อยู่อาศัยใน รูปแบบต่างๆ ทั้งโครงการบ้านจัดสรร บ้านพักและคอนโดมิเนียม เพื่อรองรับกับการเป็นที่อยู่อาศัยที่ สะดวกสบายและเหมาะสมสำหรับวัยสูงอายุ ดังนี้

4.1) การเคหะแห่งชาติกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ดำเนินการจัดบริการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบบูรณาการได้ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงและสร้างที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุการเคหะแห่งชาติได้จัดกิจกรรมเนื่องในวันที่อยู่อาศัยสากลด้วยการจัดกิจกรรมโครงการนำร่องเพื่อสังคม “บ้านสบายของยายตา” ที่เป็นการดำเนินการปรับปรุงและซ่อมแซมบ้านให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้และมีรายได้น้อย

4.2) สภากาชาดไทยได้ริเริ่มโครงการที่พักอาศัยในรูปแบบคอนโดมิเนียมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีพระราชทานนามว่า “สวางคนิเวศ” ซึ่งเป็นอาคารชุดพักอาศัยที่สร้างขึ้นสำหรับผู้สูงอายุในแนวคิด “ชีวิตอิสระมีคุณค่าพึ่งพาตนเอง” เพื่อให้เป็นที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านสภาพแวดล้อมและการดูแลสุขภาพกายและใจเมื่อยามแก่เฒ่า

4.3) โครงการบางไทรฮอสปิเอน์ส จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นโครงการที่พักอาศัย (บ้านจัดสรร) พร้อมบริการด้านสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณสุขูปโภคและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุภายในโครงการแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นบ้านพักอาศัยและศูนย์บริการ โดยส่วนที่เป็นบ้านพักอาศัยจะเน้นการออกแบบให้เป็นที่อยู่สำหรับรองรับวัยผู้สูงอายุโดยเฉพาะเพื่อการพักผ่อนที่สะดวกสบายปลอดภัยและสามารถใช้เป็นบ้านพักฟื้นเพื่อรักษาตัวเหมือนกับโรงพยาบาลส่วนตัวในยามที่เจ็บป่วยมีการให้บริการโดยจัดแพทย์และพยาบาลมาให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

5) ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน กระทรวงยุติธรรมได้มีการออกประกาศกระทรวงฯ เรื่องการให้คำแนะนำปรึกษาและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องในทางคดีสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการให้บริการผู้สูงอายุด้วยความสะดวกรวดเร็วเป็นกรณีพิเศษ ทั้งในเรื่องการให้คำแนะนำปรึกษาให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายการเผยแพร่ ให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพตามที่กฎหมายกำหนดแก่ผู้สูงอายุการประสานเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่พึงมีตามความจำเป็นในการดำเนินการว่าต่างแก่ต่างคดีของผู้สูงอายุ

6) ด้านบริการสาธารณะและนันทนาการ การส่งเสริมสนับสนุนบริการด้านสาธารณะและกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556 ที่กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินการและอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้งการท่องเที่ยวการกีฬาและนันทนาการ

จะเห็นได้ว่าระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยในส่วนของบริการทางสังคมเป็นการจัดบริการ โดยภาครัฐหรือเอกชน เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนทั้งในด้านสุขภาพ การศึกษา การส่งเสริมการมีงานทำ ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน ตลอดจนการบริการสาธารณะและนันทนาการ ซึ่งผู้วิจัยจึงมองว่า สังคมไทยควรตระหนักและเร่งกำหนดมาตรการระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมและครอบคลุมทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

3) การช่วยเหลือทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2555: 83-87)

3.1) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน

3.1.1) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ) ได้ริเริ่มดำเนิน โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบการดูแลและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชนโดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและประสบปัญหาทางสังคมให้ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสามารถได้รับบริการต่างๆ ของรัฐได้อย่างทั่วถึงรวมทั้งสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.1.2) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการเริ่มดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น สงขลา ปทุมธานี เชียงใหม่ ตราด สมุทรปราการ พิษณุโลก นครราชสีมา ลพบุรี นครศรีธรรมราช และอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามีความเปราะบางทางด้านสุขภาพและสังคมหรืออยู่ในภาวะพิการทุพพลภาพจำเป็นต้องพึ่งพาและต้องรับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นให้ได้รับ

บริการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยมีการจัดการอบรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและการฝึกให้ มีทักษะเฉพาะในการทำหน้าที่ดูแลให้แก่ผู้ที่เป็นสมาชิกครอบครัวและบุคคลทั่วไป ในชุมชนที่มีความ สนใจเข้ามามีส่วนร่วมทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยมีกระบวนการ ดำเนินงานที่สร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วนภายในชุมชน โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลสถานีอนามัยวัดชมรมผู้สูงอายุและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

3.1.3) ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ) ได้ริเริ่มดำเนิน โครงการศูนย์เอนกประสงค์สำหรับ ผู้สูงอายุในชุมชน ในลักษณะของ โครงการนำร่องในพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก ขอนแก่น สกลนคร พัทลุง ชลบุรี และเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศูนย์เอนกประสงค์เป็น สถานที่หรือศูนย์กลางสำหรับจัดกิจกรรมต่างๆ อย่างหลากหลายสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลทุกวัย ภายในชุมชน โดยมีกระบวนการ สร้างความรู้ความเข้าใจ มีการบริหารจัดการศูนย์ฯ โดยคนในชุมชน สำหรับกิจกรรมภายในศูนย์เอนกประสงค์ฯ มุ่งเน้นให้มีการจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมและ ขยายโอกาส ให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และได้รับการพัฒนาในด้านต่างๆ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม กิจกรรมต่างๆ ภายในชุมชน โดยกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้เป็นเครื่องมือในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาส ในการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและภูมิปัญญา

ขณะเดียวกันกรุงเทพมหานครได้จัดบริการศูนย์บริการผู้สูงอายุ दिनแดงเพื่อให้บริการ ทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุทั่วไปโดยบริการที่จัดให้ภายในศูนย์ประกอบไปด้วยกิจกรรมออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การเล่นดนตรี ทั้งดนตรีสากลและดนตรีไทย รำไทย ลีลาศ ตลอดจน บริการด้าน กายภาพบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สำหรับการให้บริการเป็นการ ให้บริการแบบไป – กลับตามเวลาราชการผู้สูงอายุที่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมต้องสมัครเป็นสมาชิก ศูนย์ฯ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

3.1.4) บริการบ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครได้จัดบริการที่พัก อาศัยชั่วคราวเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าให้แก่ผู้สูงอายุชายหญิงที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้น ไป จำนวนวันละไม่เกิน 30 คน เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาขาดผู้อุปการะดูแล พลัดหลงเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัยหรือถูกนำส่งมาจากหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาลสถานีตำรวจ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน เป็นต้น โดยจะมีบริการติดตามหาญาติเพื่อส่งตัวกลับหรือส่งต่อเข้า รับการดูแลในสถานสงเคราะห์

3.1.5) การส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ) โดยความร่วมมือกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้ดำเนินการโครงการพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยได้จัดทำสื่อเพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เรื่องบ้านและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชนบทที่ประกอบด้วยแนวคิดและปัญหาความจำเป็นในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยรวมทั้งการออกแบบและแนวปฏิบัติโดยได้มีการเผยแพร่สื่อดังกล่าวให้แก่หน่วยงานในชุมชนที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างแรงจูงใจและตระหนักถึงประโยชน์ของการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

3.2) การดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน

3.2.1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ดำเนินการจัดศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุในลักษณะของสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุขาดที่พึ่งถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล หรือไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวของตนเองได้โดยปัจจุบันมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจำนวน 13 แห่งในทุกภาคทั่วประเทศดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ	จังหวัด	ที่อยู่	โทรศัพท์
1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	81 ม.15 ถ.เพชรเกษม กม.11 แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กทม.10160	02-4141141
2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี	ปทุมธานี	9/1ม. 2ต.รังสิต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12110	02-5771267 02-5771958

ตารางที่ 2.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ	จังหวัด	ที่อยู่	โทรศัพท์
3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ วาสนะเวสม์ฯ	พระนครศรีอยุธยา	200/11 ม.2 กม. ต.บ่อโพง อ.นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา 13260	035-360377
4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง	ชลบุรี	40 ม.4 ต.บางละมุง อ.บางละมุง จ.ชลบุรี 20150	0838- 241121
5. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่	เชียงใหม่	1 ถ.มูลเมือง ต.พระสิงห์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50220	053-278573
6. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ลำปาง	ลำปาง	120 ม.1 ถ.ลำปาง – แจ้ห่ม ต.นิคมพัฒนา อ.เมือง จ.ลำปาง 52000	054-825577 054-825576
7. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ขอนแก่น	ขอนแก่น	2/1 ถ.หลังเมือง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000	043-332922
8. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบุรีรัมย์	บุรีรัมย์	229 ม.6 ต.ชุมเห็ด อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000	-
9. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ นครพนม	นครพนม	101 หมู่ 13 ถนนสาย นครพนม-ท่าอุเทน กม.ที่ 20 ต.โนนตาล อ.ท่าอุเทน จ. นครพนม 48120	042-535411 042-535412
10. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สงขลา	สงขลา	บริเวณนิคมเทพา เลขที่183 ม.3 ต.ท่าม่วง อ.เมือง จ.สงขลา 90210	074-531642

ตารางที่ 2.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ	จังหวัด	ที่อยู่	โทรศัพท์
11. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนบ้านภูเก็ต	ภูเก็ต	132 ม.2 ถ.ป่าคลอก อ.ถลาง จ.ภูเก็ต 83110 (ตู้ ปณ. 205ภูเก็ต)	076-269699 076-269700
12. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนบ้านทักษิณ	ยะลา	62 ถ.สุขยางค์ ต.สะเตง อ.เมือง จ.ยะลา 95000	073-223219 073-274487
13. ศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเมืองใหม่บางพลี	สมุทรปราการ	1014 หมู่ที่ 5 ต.บางเสาธง อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ 10540	02-7059183 02-7058888

ที่มา: ข้อมูลจากเว็บไซต์ของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุนบ้านธรรมปกรณ จ.เชียงใหม่ (<http://thammapakorn.go.th>)

โดยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง 13 แห่งมีขีดความสามารถในการรับผู้สูงอายุเข้าพำนักอาศัยได้จำนวนประมาณ 1,600 คน โดยมีค่าใช้จ่ายต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุคิดเป็นเงินคนละ 23,456 บาทต่อคนต่อปี (ประกอบด้วยค่าอาหาร 21,900 บาท ค่าของใช้ส่วนตัว 315 บาท ค่าเสื้อผ้า 797 บาท ค่าเครื่องนอน 194 บาท และค่าเวชภัณฑ์ 250 บาท ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,502 คน ที่ได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมทั้ง 13 แห่ง

นอกจากนี้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นยังได้ดำเนินการสถานสงเคราะห์คนชราจำนวน 13 แห่งซึ่งถ่ายโอนมาจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 สถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 13 แห่ง ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 สถานสงเคราะห์คนชรา 13 แห่ง

ชื่อสถานสงเคราะห์คนชรา	จังหวัด
1. สถานสงเคราะห์คนชรabanบางแค 2	กรุงเทพมหานคร
2. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอุปถัมภ์)	กาญจนบุรี
3. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอุปถัมภ์)	นครปฐม
4. สถานสงเคราะห์คนชรabanนครปฐม	นครปฐม
5. สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์	เชียงใหม่
6. สถานสงเคราะห์คนชรabanเขาบ่อแก้ว	นครสวรรค์
7. สถานสงเคราะห์คนชรabanลพบุรี	ลพบุรี
8. สถานสงเคราะห์คนชรabanจันทบุรี	จันทบุรี
9. สถานสงเคราะห์คนชรabanโพธิ์กลาง	นครราชสีมา
10. สถานสงเคราะห์คนชรabanธรรมปรีชาวัดม่วง	นครราชสีมา
11. สถานสงเคราะห์คนชรabanมหาสารคาม	มหาสารคาม
12. สถานสงเคราะห์คนชรabanอุทอง-พนักตัก	ชุมพร
13. สถานสงเคราะห์คนชรabanศรีตรัง	ตรัง

ที่มา : <http://www.eldercareintha.com>

สถานสงเคราะห์ทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับความดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในแต่ละจังหวัดที่สถานสงเคราะห์คนชราตั้งอยู่ซึ่งสถานสงเคราะห์คนชราแต่ละแห่งได้ให้ความอุปการะดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสยากจน ขาดผู้ดูแลหรือขาดที่พึ่ง พึ่งด้วยการให้ที่พักอาศัยควบคู่ไปกับการจัดบริการด้านสวัสดิการสังคมอื่น ๆ เช่น การดูแลด้านสุขภาพการฟื้นฟูบำบัดบริการสังคมสงเคราะห์ การจัดกิจกรรมนันทนาการศาสนิกกิจการส่งเสริมการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2555:87-89)

3.3) การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกระบวนการยุติธรรม

กรมราชทัณฑ์กระทรวงยุติธรรมได้ดำเนินการจัดสวัสดิการแก่ผู้ต้องขังสูงอายุและได้จัดทำโครงการสวัสดิการผู้ต้องขังครอบคลุมสวัสดิการสำหรับผู้ต้องขัง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณภาพชีวิตด้วยการให้การดูแลด้านสุขภาพอนามัยที่ครอบคลุมการตรวจรักษาการดูแลสุขภาพตาและ

สุขภาพฟันรวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนการออกกำลังกายให้แก่ผู้ต้องขังสูงอายุ 2) ด้านจิตใจด้วยการจัดกิจกรรมนันทนาการบันเทิงและกีฬา รวมทั้งกิจกรรมทางศาสนา 3) ด้านเครื่องอุปโภคบริโภคและสิ่งอำนวยความสะดวก อาทิ เสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัว อาหารเสริม สิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับผู้ต้องขังสูงอายุ เช่น ฟันปลอม ไม้เท้า แวนตา รถเข็น ฯลฯ

3.4) การให้ความช่วยเหลือด้านรายได้เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ

3.4.1) การให้ความช่วยเหลือเป็นค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุ ดำเนินการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีรายละเอียด 2,000 บาทซึ่งตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ขยายสิทธิการให้ความช่วยเหลือในการจัดการศพตามประเพณีสำหรับผู้สูงอายุทุกรายที่เสียชีวิตเป็นเงิน รายละเอียด 2,000 บาท เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายให้แก่บุตรหรือญาติพี่น้องของผู้สูงอายุในการจัดการฌาปนกิจศพให้แก่ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตสำหรับการขอรับเงินช่วยเหลือค่าจัดการศพผู้สูงอายุนี้ในกรุงเทพมหานครนครบาลหรือญาติของผู้สูงอายุสามารถติดต่อโดยนำหลักฐานมาขอรับความช่วยเหลือได้ที่สำนักงานคุ้มครองสวัสดิภาพชุมชนเขต (ในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ) จำนวน 12 เขต และสำนักงานเขต (ในสังกัดกรุงเทพมหานคร) จำนวน 50 เขต และในต่างจังหวัดสามารถขอรับความช่วยเหลือได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัดและที่ว่าการอำเภอทุกอำเภอทั่วประเทศ

3.4.2) การให้เงินช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส/ประสบปัญหาความเดือดร้อนเป็นการดำเนินงานโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อให้ความช่วยเหลือเป็นเงินค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและประสบปัญหาความเดือดร้อนในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยเป็นการดำเนินการภายใต้ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จำนวน 2 ฉบับได้แก่ 1) ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการคุ้มครองส่งเสริมและการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้งและการให้คำปรึกษาดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาครอบครัว 2) ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการคุ้มครองส่งเสริมและการสนับสนุนการจัดที่พักอาศัยอาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

ดังนั้นระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย ในส่วนของการช่วยเหลือทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน การดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน และการให้ความช่วยเหลือด้านรายได้เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งหน่วยงานต่างๆ เหล่านี้ จะทำหน้าที่ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก รวมถึงศูนย์หรือหน่วยงานต่างๆ เหล่านี้ก็ยังให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปด้วยที่อยู่ร่วมกัน ในชุมชนของตนเอง เพื่อเป็นการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งผู้วิจัยมองว่าถ้าหน่วยงานต่างๆ เหล่านี้ได้ตระหนัก ให้ความช่วยเหลือกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางครอบครัว และสังคมที่ไม่มีผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุที่ยากจนอยู่คนเดียว ไม่มีลูกหลานดูแล และผู้สูงอายุที่มีความพิการ หรือต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ก็เชื่อได้ว่า น่าจะตอบโจทย์ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้จริงในปัจจุบัน

สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครนั้น กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความสนใจและพยายามที่จะรับมือกับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยนโยบายที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนเริ่มจากการประกาศปฏิญญา ในปี พ.ศ. 2550 และต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 ได้มีการกำหนดให้มีโครงการต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นแผนระยะยาว หน่วยงานของกรุงเทพมหานคร ได้กำหนดนโยบายและจัดทำแผนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางหรือแนวปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหลายฉบับ ได้แก่ นโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2556-2559 ที่มุ่งให้กรุงเทพมหานครเป็นมหานครแห่งความปลอดภัยและมหานครแห่งความสุข โดยคำนึงถึงประชากรสูงอายุเป็นการเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็นความปลอดภัยจากภัยพิบัติของประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยการจัดตั้งศูนย์บริการจัดการภัยพิบัติอย่างเร่งด่วน การเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุด้วยการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรและขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนาศักยภาพในการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเพิ่มจำนวนการเยี่ยมบ้านและการบริการที่บ้าน การเปิดให้บริการของศูนย์บริการเวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ การเพิ่มบริการคลินิกกายภาพบำบัดหรือกายภาพบำบัดชุมชน การพัฒนาชุมชนต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นต้น

นอกจากนี้ในแผนกรุงเทพมหานครระยะยาว 20 ปี (พ.ศ. 2556-2575) ซึ่งมีการกำหนดวิสัยทัศน์ให้กรุงเทพมหานครเป็น “มหานครแห่งเอเชีย” ภายในปี พ.ศ. 2575 มีประเด็นยุทธศาสตร์หรือวิสัยทัศน์ย่อยใน 6 มิติ ซึ่งหนึ่งในยุทธศาสตร์หลัก 6 ประการนั้น ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยให้ความสำคัญกับการลดอัตราความชุกของโรคในผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายในปี พ.ศ. 2575 ให้เหลือร้อยละ 2 และมีการเพิ่มสัดส่วนของโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุให้ครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุด้วย และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร แผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะยาวตลอดจนเชื่อมโยงกับแผนระดับชาติ คือ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครร่วมกับสำนักอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักการแพทย์ สำนักพัฒนาสังคม สำนักการศึกษา สำนักการโยธา จึงได้ร่วมกันจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จะใช้เป็นกรอบในการบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน และนำไปสู่สัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร แผนพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครฉบับนี้ ประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ในพิธีเปิด “กิจกรรมเนื่องในวันผู้สูงอายุสากล มีเนื้อหาให้ทุกหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร บูรณาการการทำงานร่วมกัน ในการดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน โดยให้ติดตามผลและกำหนดตัวชี้วัดทุกปี การดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่

- 1) พัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีรายได้และมีงานทำ
- 2) สร้างระบบคุ้มครองและกฎหมายในการดูแลสิทธิต่างๆ
- 3) สร้างมาตรการเพื่อเตรียมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ โดยแนะนำประชากรเรื่องการวางแผนดูแลสุขภาพและออมเงิน
- 4) บริหารจัดการด้านการอำนวยความสะดวกต่างๆ
- 5) เตรียมบุคลากรและอุปกรณ์เพื่อดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอ

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) มีวิสัยทัศน์ คือ “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่าและมีความสุข” ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น ในการจัดทำแผนฯ และเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ดังกล่าว จึงได้กำหนดพันธกิจหรือวัตถุประสงค์หลักไว้ดังนี้

- 1) พัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในมิติด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเอง ได้นานที่สุด อีกทั้งอยู่กับครอบครัวและชุมชน ได้นานที่สุด
- 2) ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของประชากรที่อยู่ในวัยเด็ก และ วัยแรงงานของกรุงเทพมหานครให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต
- 3) ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการและสวัสดิการต่างๆ โดยการพัฒนาระบบส่งเสริมศักยภาพและคุ้มครองผู้สูงอายุที่มีบูรณาการและมีประสิทธิภาพ
- 4) ส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ชุมรมผู้สูงอายุ กลุ่ม และองค์กรต่างๆ ในการมีส่วนร่วมเพื่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

2.4.6) ระบบสวัสดิการสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ

องค์การสหประชาชาติได้รับรองหลักการดูแลผู้สูงอายุเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2534 ไว้ดังนี้ ผู้สูงอายุมีสิทธิ์ได้รับการดูแลจากครอบครัวชุมชนและได้รับการคุ้มครองผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัยเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูทางร่างกายจิตใจและอารมณ์ให้ดีขึ้นเพื่อเป็นการป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสังคมและกฎหมาย เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการเป็นอิสระการคุ้มครองและการได้รับการดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลคุ้มครองฟื้นฟูและส่งเสริมทางด้านสังคมและจิตใจอย่างเหมาะสมจากสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมที่มั่นคง และผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต (ระพีพรรณ คำหอมและคณะ, 2547: 27-28)ซึ่งหลายประเทศได้นำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุผู้วิจัยได้นำเสนอระบบสวัสดิการการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศโดยมีรายละเอียดของแต่ละประเทศ ดังนี้

- 1) ประเทศสิงคโปร์ ประเทศสิงคโปร์เป็นอีกประเทศหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มประเทศอาเซียน ให้ความสำคัญกับประชากรผู้สูงอายุซึ่งให้ความสำคัญกับการออกกฎหมายในปี ค.ศ. 1994 ว่าด้วยการดูแลพ่อแม่ (Maintenance of Parents Act) ที่กำหนดว่าบุตรต้องดูแลพ่อแม่ซึ่งรัฐบาลสิงคโปร์จะให้ความช่วยเหลือด้วยการให้เงินสนับสนุนบุตรที่ดูแลพ่อแม่ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันเป็นเงิน 4,500 ดอลลาร์สิงคโปร์ต่อปี หรือมีการลดหย่อนภาษีเงินได้สำหรับผู้ที่ต้องการดูแลผู้สูงอายุทั้งนี้เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรี สำหรับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์สามารถสรุปได้ดังนี้ 1.1) การบริการดูแลสุขภาพโดยกระทรวง

สาธารณสุข สุขได้แก่ตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานการฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางจิตหรือทางกาย โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการร่วมมือกับองค์กรเอกชนและหน่วยงานอื่นในการให้บริการ 1.2) การบริการด้านการประกันรายได้รัฐบาลสิงคโปร์ได้มีการจัดการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางซึ่งก่อตั้งในปี ค.ศ. 1995 ชาวสิงคโปร์ที่ทำงานทุกคนจะต้องมีเงินสะสมในบัญชีทั่วไปและบัญชีเฉพาะสามารถทยอยถอนออกไปใช้ได้ตามความจำเป็นแต่บัญชีเพื่อการรักษาพยาบาลสำรองไว้เพื่อรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น 1.3) การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพโดยเน้นที่การใช้เงินออมผู้สูงอายุก่อนหากเงินที่ออมไว้ไม่เพียงพอรัฐบาลจะเข้ามาอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลตามความเหมาะสมและ 1.4) การบริการด้านที่อยู่อาศัยโดยรัฐจะเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ปฏิบัติตามนโยบายของรัฐในการให้สิทธิพิเศษการเช่าบ้านของรัฐในราคาพิเศษ (สมรักษ์ รักษาทรัพย์, ถวิล นิลไพบและนงนุช อินทวิเศษ, 2551: 53-55)

กล่าวโดยสรุปสำหรับการดูแลผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์คำนึงถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดโดยภาครัฐจะลดหย่อนค่าภาษีในแกบัตร์ที่ดูแลผู้สูงอายรรวมถึงได้มีนโยบายการจัดกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางเพื่อดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลนอกจากนี้ยังคำนึงถึงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพและหลักประกันด้านสุขภาพรวมถึงการจัดบริการที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุตามนโยบายของรัฐ

2) ประเทศญี่ปุ่น มีการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่รัฐบาลญี่ปุ่นเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดให้แก่ผู้สูงอายุเป็นการบริการเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุและการให้คำแนะนำปรึกษาหารือให้ความช่วยเหลือทั้งครอบครัวของผู้สูงอายุและตัวของผู้สูงอายุประกอบด้วยดังนี้ 2.1) การบริการด้านการรักษาพยาบาลซึ่งรัฐบาลญี่ปุ่นมีการบริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่คนที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปโดยให้การรักษาพยาบาลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพถึงตัวบุคคลอย่างเอาใจใส่และสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่หน่วยงานที่รัฐบาลจัดไว้ให้ได้ทางรัฐบาลได้ส่งเสริมให้หน่วยงานการแพทย์และหน่วยงานพยาบาลไปตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุถึงบ้านส่วนสิทธิการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุทั้งรัฐบาลระดับชาติและรัฐบาลระดับท้องถิ่นจะช่วยกันออกค่าใช้จ่ายให้ 2.2) การบริการด้านที่พักอาศัยทางรัฐบาลญี่ปุ่นจะให้บริการให้กับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปที่มีความจำเป็นหรือประสบปัญหาทางการเงินหรือปัญหาอื่น ๆ อันเป็นเหตุจำเป็นที่ต้องแยกออกจากครอบครัว 2.3) การบริการครอบครัวอุปการะเป็นการบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือไร้ที่พึ่งขาดผู้อุปการะโดยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปอยู่กับครอบครัวที่จะให้การอุปการะผู้สูงอายุจะต้องได้รับคำแนะนำและอยู่ในการควบคุมดูแลจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐด้วย

2.4) การบริการช่วยเหลือคำรักษาพยาบาลรัฐบาลจะช่วยเหลือเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายและมีรายได้น้อย 2.5) การจัดบริการแม่บ้านซึ่งภาครัฐจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวและต้องการคนช่วยทำงานบ้าน โดยการจัดส่งแม่บ้านไปช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำงานบ้านต่างๆ เช่น การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยและการช่วยเหลืออื่นๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสบายขึ้นและ 2.6) ศูนย์บริการคนชราซึ่งทางรัฐบาลได้จัดขึ้น ในย่านแหล่งชุมชนที่จะอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุได้แก่บริการด้านการศึกษาการบริการด้านนันทนาการ การบริการให้คำปรึกษาหารือซึ่งเหตุผลหลักเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกด้านการบริการและได้มีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกัน (สมรักษ์ รักษาทรัพย์, ถวิล นิลโบและนงนุช อินทวิเศษ, 2551: 94-97)

จากที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ว่าการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น โดยรวมมุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณะที่ครอบคลุมในด้านการรักษาพยาบาลการบริการด้านที่พักอาศัยการบริการครอบครัวอุปการะการบริการช่วยเหลือคำรักษาพยาบาลการจัดบริการแม่บ้านการบริการศูนย์คนชราในชุมชนและบริการอื่นๆ ได้แก่ บริการพี่เลี้ยงสำหรับผู้สูงอายุการออกกฎหมายว่าด้วยการประกันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

3) ประเทศฮ่องกง ฮ่องกงให้ความสำคัญกับนโยบายผู้สูงอายุใน 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านความมั่นคง 2) ด้านความเป็นเจ้าของและ 3) ด้านสุขภาพ ในด้านความมั่นคง ฮ่องกงให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบของครอบครัวและการพึ่งพาตนเองได้ด้านความเป็นเจ้าของนโยบายมุ่งให้ความสำคัญกับการมีบ้าน การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุส่งเสริมเอกชนในการจัดการที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุสำหรับด้านสุขภาพนโยบายรัฐบาลยังคงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุมทั้งฮ่องกงยังมีการออกกฎหมายที่เรียกว่า Residential Care Homes (Elderly Persons) Ordinance ในปี ค.ศ. 1995 กำกับควบคุมเอกชนในการจัดที่พักให้กับผู้สูงอายุต้องมีใบอนุญาตเนื่องจากฮ่องกงเล็งเห็นว่าอนาคตเอกชนจะมีบทบาทมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ (NayarUsha, : 59-83)

4) ประเทศจีน ประเทศจีน (China) มีผู้สูงอายุประมาณ 144 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้สูงอายุร้อยละ 13 รัฐบาลจีนจึงใช้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุด้วยการประสานความร่วมมือกับรัฐบาล สังคม ครอบครัวและตัวผู้สูงอายุเข้าด้วยกัน นอกจากนี้รัฐบาลจีนยังได้พยายามประกันการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุด้วยการลดค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุให้น้อยลงดำเนินการรักษาพยาบาลเป็นการเฉพาะ ให้การช่วยฟื้นฟู

สุขภาพที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุและพัฒนาด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้บริการที่สะดวกและราคาถูกลงแก่ผู้สูงอายุมีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุจำนวนถึง 15,000 แห่ง สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและการดูแลผู้สูงอายุที่ใกล้จะเสียชีวิต รวมทั้งการเพิ่มงบประมาณด้านการประกันสังคมการจัดตั้งกองทุนประกันทางสังคมสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตแก่ผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐเอกชนและทุนจากต่างชาติ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 33-34)

5) ประเทศออสเตรเลีย มีนโยบายและยุทธศาสตร์ที่หลากหลายเพื่อสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ถูกสุขลักษณะของประชากรทุกวัยด้านที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเช่นการออกกฎหมายบำนาญผู้สูงอายุ (Superannuating Amendment Act, 1991) โดยเฉพาะมาตรา 446 ข้อ 97 และ 168 ได้เพิ่มเติมลูกจ้างบางช่วงเวลาสำหรับผู้สูงอายุที่มีการจ้างอย่างต่อเนื่องเป็นประจำให้จ่ายเงินสมทบร้อยละ 9 ของเงินเดือนเข้ากองทุนบำนาญผู้สูงอายุเพื่อรับสิทธิในรูปของเงินบำนาญหลังเกษียณนอกจากนี้ยังมีโครงการประสานความร่วมมือทุกหน่วยงานภายใต้โครงการ The Four-Year National Falls Prevention for Older People Initiative ได้มีการสนับสนุนด้านรายได้ในรูปแบบของบำนาญที่เรียกว่า Care Resource Centre ภายใต้โครงการ The National Respite for Carers Program โดยเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามาดูแลเรื่องกองทุนชราภาพเพื่อส่งเสริมการออมทั้งภาคบังคับและสมัครใจ (คณะทำงานเศรษฐกิจมหภาคการเงินการคลัง, 2550 : 3-10) นอกจากนี้ยังได้จัดทำโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุด้วยทางเลือกที่หลากหลายเรียกว่า Aged Care Reform Strategy สำหรับให้การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆของประเทศเช่น 1) Home and Community Care : HACC เป็นโปรแกรมที่ให้การสนับสนุนหน่วยงานที่ให้บริการผู้สูงอายุที่บ้าน ด้วยรูปแบบการบริการที่หลากหลายเป็นต้นว่าการช่วยเหลืองานบ้านต่างๆ การบริการยานพาหนะ การบริการการจัดอาหาร 2) Community Aged Care Packages : CACPs เน้นการผู้สูงอายุที่อ่อนแอในสถานพยาบาลโดยผู้สูงอายุสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยจัดการดูแลด้านต่างๆ 3) Commonwealth Care Link Centers เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ทั่วประเทศเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้เข้าถึงการสนับสนุนด้านต่างๆ และเป็นจุดศูนย์กลางในการให้ข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น (กุศลสุนทรธาดาและศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, 2548 : 103; สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2550 : 79-82)

6) ประเทศนอร์เวย์ เป็นกลุ่มประเทศแถบสแกนดิเนเวียที่ให้ความสำคัญแก่ประชากรผู้สูงอายุในระดับที่สูงอีกประเทศหนึ่งได้เห็นได้จากรายได้ของรัฐจากการจัดเก็บภาษีของประชาชนได้ถูกนำมาใช้ในลักษณะการกลับคืนให้ประชาชนในระบบประกันสังคมอย่างรายได้ประมาณร้อยละ 30 หรือ 1 ใน 3 ของภาษีที่เก็บได้ รัฐได้นำไปใช้ในการให้สวัสดิการสงเคราะห์และการใช้จ่ายใน

ด้านสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นอีกหนึ่งประเทศที่ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุสูงขึ้น ทุกๆปี (Population Reference Bureau, : 2010 เข้าถึงได้จาก <http://www.prb.org>) เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้นต่อมารัฐบาลพยายามสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยฮอโลเป็นผู้ดำเนินการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการศึกษาต่อเนื่องเป็นเวลาเกือบ 50 ปีและได้นำผลของการวิจัยมาเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยในการตัดสินใจด้านการดูแลผู้สูงอายุสำหรับการดูแลที่สำคัญ คือ 6.1) ด้านสุขภาพซึ่งนับได้ว่ารัฐบาลนอร์เวย์ให้ความสำคัญในลำดับต้นๆและให้งบประมาณในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุมากคือร้อยละ 30ของภาษีที่จัดเก็บและขณะเดียวกันก็ได้มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกไปให้บริการตามที่ชุมชนโดยเฉลี่ย 3 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้งต่อชุมชน 6.2) มีบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและการบริการเสริมสวยตามไปด้วยและ 6.3) บริการด้านที่พกอาศัยปัญหาสำคัญที่ประเทศนอร์เวย์ประสบคือ 1) เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ 2) การขาดแคลนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (สิริพันธ์ พลรบและพงษ์สวาท กายอรุณสิทธิ์, 2546: 25-39)

อาจกล่าวได้ว่า ประเทศนอร์เวย์เล็งเห็นความสำคัญในการเตรียมการรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไว้อย่างเป็นระบบเช่นมีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งสถาบันการศึกษาที่พัฒนาองค์ความรู้เพื่อความเปลี่ยนแปลงในประชากรผู้สูงอายุไว้ล่วงหน้ามานานแล้วสำหรับในด้านการดูแลที่สำคัญมุ่งเน้นด้านสุขภาพด้านการตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านและด้านที่อยู่อาศัยแต่ละวันเหมือนกันประเทศนอร์เวย์เริ่มที่จะประสบปัญหาในด้านผู้สูงอายุอยู่คือเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอและขาดแคลนงบประมาณดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

7) ประเทศสวีเดน มีความตระหนักและให้ความสำคัญต่อวิถีชีวิตของประชากรผู้สูงอายุในระดับต้นอีกประเทศหนึ่งที่น่าสนใจมีโครงการสวัสดิการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (กชกร สังขชาติ, 2536: 99-102) ดังนี้ 7.1) มีการจัดตั้งสถาบันผู้สูงอายุ “The University of Gothenburg” ในมหาวิทยาลัยแห่งนี้เปิดสอนหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ งานด้านการแพทย์ความชำนาญเกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ 7.2) หน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุทางด้านร่างกายและจิตใจ 7.3) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมและหารายได้ซึ่งลักษณะการประกอบอาชีพและหารายได้เปรียบเสมือนการดำเนินการคล้ายเป็นงานอดิเรกที่ทำให้สมองและร่างกายทำงานและมีความเคลื่อนไหวรู้สึกไม่ว่าเหวได้มีเพื่อนได้พูดคุยและได้ทำกิจกรรมร่วมกันและ 7.4) การบริการด้านอื่นๆตามความเหมาะสมเช่นห้องอาหารห้องสังคมห้องพักผ่อนที่วาดรูป เป็นต้น

สรุปได้ว่าประเทศสวีเดนได้ให้ความสำคัญด้านการบริการผู้สูงอายุที่มีการเตรียมการที่ดีอีกประเทศหนึ่งซึ่งได้เปิดสอนหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมรองรับให้กับประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและการให้บริการที่มีคุณภาพสำหรับการบริการด้านอื่นๆที่รัฐบาลสนับสนุนได้แก่หน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีรายได้เสริมซึ่งเป็นการให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมที่รู้สึกว่าจะมีคุณค่าและการบริการอื่นๆเช่นที่พบปะพูดคุยสถานที่วาดรูปเพื่อสร้างภาวะทางอารมณ์ให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้ว่ามีกิจกรรมการผ่อนคลายทางอารมณ์

8) ประเทศเดนมาร์ก เห็นถึงความสำคัญแก่กลุ่มประชากรผู้สูงอายุและมีโครงการสวัสดิการด้านผู้สูงอายุที่น่าสนใจควรนำมาเป็นกรณีศึกษาประเทศเดนมาร์กได้มีการบริการแก่ผู้สูงอายุดังนี้ 8.1) มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้สูงอายุโดยมีอุปกรณ์ด้านต่างๆให้ครบถ้วนทั้งนี้ได้สร้างสถานที่ขึ้นภายใต้บรรยากาศที่มีสภาพแวดล้อมที่ดี 8.2) สร้างบ้านผู้สูงอายุซึ่งผู้ที่มีสิทธิอยู่อาศัยจะต้องมีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปสร้างอย่างประณีตในบริเวณสถานที่สวยงามมีอาหารอย่างดีให้รับประทานในราคาถูกนอกจากนี้ภายในบริเวณบ้านผู้สูงอายุยังส่งเสริมให้มีบริการและกิจกรรมเช่นการจัดชั่วโมงเดินร่าวายน้ำการวาดรูปการเย็บปักถักร้อย เป็นต้น 8.3) การให้บำนาญแก่ผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 67 ปี ทุกคนจะได้รับบำนาญอย่างต่ำคนละ 300 เหรียญสหรัฐต่อเดือนและ 8.4) การรักษาพยาบาลทุกอย่างโดยไม่มีค่าบริการ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกแพทย์ประจำตัวของแต่ละคนได้รวมถึงการจัดให้มีพยาบาลชุมชนตรวจเยี่ยมที่บ้านและปัญหาสำคัญที่ประเทศเดนมาร์กประสบคือ 1) ปัญหาทางการบริการยังไม่มีประสานงานกันที่ดีพอระหว่างผู้ให้บริการฝ่ายแพทย์และสังคม 2) ปัญหาใหญ่ของผู้สูงอายุคือ “ความเหงา” มีจำนวนมากขึ้นที่เป็นโรคทางจิตเหตุเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคม (นิภาส คุมรุตุนทรและนางลักษณ์ เอมประดิษฐ์, 2538: 12)

ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุในประเทศเดนมาร์กให้ความสำคัญในหลักการ คือ มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้สูงอายุภายใต้สภาพแวดล้อมบรรยากาศที่ดีส่งเสริมการพัฒนาทางอารมณ์ให้แก่ผู้สูงอายุมีการสร้างที่พักให้แก่ผู้สูงอายุและมีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครันมีการให้บำนาญแก่ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 67 ปีขึ้นไป การรักษาพยาบาลทุกอย่างฟรีรัฐไม่คิดค่าบริการและตรวจเยี่ยมดูแลสุขภาพถึงที่บ้าน แต่ในขณะเดียวกันประเทศเดนมาร์กเริ่มพบกับปัญหาการดูแลประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นคือ ขาดการประสานความร่วมมือการบริการระหว่างแพทย์และสังคมปัญหาทางด้านจิตใจผู้สูงอายุรู้สึกว่าเหว่ความเหงาเพิ่มมากขึ้น

9) ประเทศโรมาเนีย มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการให้บริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญมาตรา 107 ว่าด้วยการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยผ่านมาตราที่ 34 ในปี ค.ศ. 1998 (พ.ศ. 2541) ได้กำหนดให้องค์กรอิสระ (NGOs) ดำเนินการตามวัตถุประสงค์กำหนดให้ ผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากหน่วยงานภาครัฐเช่น กระทรวงแรงงาน และความสามัคคีทางสังคมกำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุสำหรับการใช้จ่ายที่จำเป็นรวมทั้งการจัดส่งเจ้าหน้าที่อาสาสมัครเข้าไปดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษาตลอดจนการ ออกกฎหมายคุ้มครองผู้สูงอายุนอกจากนี้ กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ร่วมกับเอกชน ในการจัดตั้งศูนย์บริการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุรูปแบบต่างๆ เช่น ศูนย์ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุประจำชุมชน (Day Care Centers) หรือบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุเป็นต้น โดยผู้สูงอายุสามารถขอรับการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การรักษาพยาบาลการให้ที่พักยามฉุกเฉินการจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่มสำหรับผู้สูงอายุยากไร้ซึ่งศูนย์การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุดังกล่าวมีทั้งเป็นของรัฐองค์กร การกุศลจัดตั้งขึ้นเพื่อใช้เป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตตามลำพังได้พบปะสังสรรค์ทำกิจกรรม ร่วมกันภายใต้การดูแลสนับสนุนและการอำนวยความสะดวกจัดหาสิ่งของที่จำเป็นจากหน่วยงาน ต่างๆ ที่ดูแลสถานที่เหล่านั้น (นิภาส ดุมนรุตพร และนางลลิตกษณ์ เอมประดิษฐ์, 2538: 60)

10) ประเทศอิตาลี อิตาลีเป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำหนดให้มีการดูแลผู้สูงอายุหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นบ้านพักผู้สูงอายุ โรงแรมสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่ใช้เป็นพื้นที่ สำหรับการพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ การให้บริการด้านขนส่งมวลชนแบบไม่เสียค่าบริการ ธนาคารเวลา (Time Banks) เป็นสถาบันออมเวลาการทำงานเพื่อสังคมแทนการออมทรัพย์ โดยการ ให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถฝากเวลาที่ได้ทำงานไว้เพื่อสังคม และใช้เวลาที่สะสมได้มาแลก กับการบริการด้านอื่นๆ ที่ตนต้องการ นอกจากนี้เป็นบริการด้านการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ เช่น บริการส่งอาหารถึงที่พัก บริการช่วยงานบ้าน บริการไปพาทาธุระ งานบริการด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำด้านต่างๆ รวมไปถึงการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ต้องการจะเรียนต่อ เป็นต้น (นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2551)

11) ประเทศอังกฤษ เน้นการจัดระบบบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพ โดยหน่วยงาน ที่ดำเนินการคือ National Health Service : NHS เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ซึ่ง การดูแลสุขภาพมีทั้งใน โรงพยาบาลชุมชนและระหว่างโรงพยาบาล กับชุมชนหรือการบริการสุขภาพใน โรงพยาบาลที่เตรียมความพร้อมก่อนที่กลับไปอยู่ในชุมชนมี การทำงานร่วมกันหลายองค์กรเน้นให้องค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมุ่งทั้งการ

ออกกฎหมายกำหนดให้มีที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วยรูปแบบที่พักอาศัยของผู้สูงอายุใน อังกฤษ เช่น Self Accommodation, Housing Association, Special Shelter Housing, Residential Home เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง (Self Accommodation) เช่น การจัดการดูแลแบบ Meals on Wheel ซึ่งเป็นการจัดส่งอาหารแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน การดูแลแบบ Home Help เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดบ้าน ซักผ้าให้ผู้สูงอายุ การดูแลแบบ District Nurses เป็นการดูแลสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น การทำแผลหรือการฉีดวัคซีน วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษที่มีอายุ 80-90 ปีขึ้นไป ที่ร่างกายพิการอย่างใดอย่างหนึ่ง ถูกส่งเข้าสถานสงเคราะห์คนชราที่มีจำนวนผู้สูงอายุค่อนข้างแออัด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 32-33)

12) ประเทศฝรั่งเศส มีมาตรการในการดูแลผู้สูงอายุต่างๆ หลากหลาย อาทิ การปฏิรูประบบเงินบำนาญที่เรียกว่า Pay-As-You-Go (PAYG) ซึ่งเป็นระบบที่กำหนดให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานจ่ายเงินเข้ากองทุนเงินบำนาญเพื่อจ่ายบำนาญสำหรับผู้สูงอายุ หลังเกษียณการทำงาน กำหนดแผนพัฒนาการจ้างงาน ทำของผู้สูงอายุที่เรียกว่า The National Plan of Collective Action for the Employment of Seniors ระยะเวลาดำเนินการ 4 ปี (พ.ศ. 2549-2553) ประกอบด้วยมาตรการสำหรับการปฏิบัติ 31 มาตรการเพื่อเพิ่มอัตราการจ้างงานสำหรับผู้สูงอายุนั้นให้ภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสร้างบ้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุกระจายทั่วประเทศบ้านเหล่านี้เป็นบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับบำนาญจากกองทุนส่วนรวมและผู้สูงอายุที่มีเงินเก็บออมเอาไว้สำหรับใช้ในยามสูงอายุค่าใช้จ่ายในการใช้ชีวิตอยู่ในบ้าน วันละ 60 เหยียสหรัฐ นอกจากนี้ยังมีโครงการบ้านคนไข้สำหรับผู้สูงอายุแต่ได้รับการออกแบบอย่างสวยงามบ้านดังกล่าวนี้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คนต่อผู้ที่พักอาศัย 1 คน นอกจากนี้ตามเมืองใหญ่ๆ ทั่วประเทศฝรั่งเศสมีการจัดสร้างโรงแรมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภายใน โรงแรมไม่มีเครื่องกีดขวางมีที่พักรียบง่ายไม่หรูหรา มีห้องอาหารมีห้องทำกิจกรรมสังสรรค์สำหรับผู้สูงอายุห้องออกกำลังกายโดยมีผู้คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือค่าบริการโดยเฉลี่ยประมาณ 60 เหยียสหรัฐต่อวัน (ชุตินาฏ วงศ์สุบรรณ, กานดา ชูเชิดและมน นิภา สังข์ศักดิ์, 2551: 65-69)

13) ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศสหรัฐอเมริกามีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากกว่า 46 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมดทำให้มีการดูแลในรูปแบบต่างๆ แก่ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ เช่น อาคารที่พักอาศัยสถานสงเคราะห์คนชราบ้านสถานพยาบาล (Nursing Home) สำหรับผู้สูงอายุที่อยากมีบ้านเป็นของตนเองและพักรักษาตัวเป็นเวลานาน ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน (Day Care)

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวันแบบเข้าไปเป็นกลับ การดูแลระยะยาว(Long-Term Care) สำหรับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน นอกจากนี้ มีหน่วยงานหลายแห่งที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเช่น 1) The Retire Senior Volunteer Program (RSVP) เป็นหน่วยงานของชุมชนช่วยชุมชนที่คนในท้องถิ่นช่วยกันจัดตั้งขึ้นเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งหวังกำไรแต่หาเงินมาเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในกิจการการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น 2) International Executive Service Corps (IESC) เป็นศูนย์รวมผู้สูงอายุที่เกษียณอายุการทำงานและเคยเป็นนักบริหารมีความรู้และประสบการณ์ระดับสูงและต้องการทำประโยชน์แก่สังคมองค์กรนี้จะทำหน้าที่จัดส่งผู้สูงอายุเหล่านี้ไปเป็นที่ปรึกษาแก่บุคคลหรือหน่วยงานต่างๆทั้งภาคเอกชนและภาครัฐตามที่หน่วยงานต่างๆที่ขอมา 3) Seventy Five Hundred York Cooperative เป็นชุมชนผู้สูงอายุในรูปแบบของสหกรณ์ที่อยู่อาศัยภายในชุมชนจะมีร้านค้าห้องสมุดการบริการต่างๆสำหรับผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆจะเป็นผู้ดูแลจัดการกันเองที่สำคัญคือการจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุในรูปแบบของCCRC (Continual Care Retirement Community) ซึ่งเป็นชุมชนที่มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระด้วยตัวเอง (Independent Living) ในบ้านพักหรืออพาร์ทเมนต์ที่ออกแบบมาเพื่อการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 52-53)

สรุปการดูแลผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ นั้น การจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลด้านรายได้และส่งเสริมอาชีพด้านนันทนาการและความบันเทิงและด้านสวัสดิการสังคมและการจ่ายเงินบำนาญให้แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังได้ส่งเสริมการจัดตั้งสถาบันผู้สูงอายุส่งเสริมให้ครอบครัวอุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุศูนย์บริการคนชราและออกกฎหมายว่าด้วยการประกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวรวมทั้งส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุแทนภาครัฐ

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทย คือ ควรส่งเสริมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในประเด็นการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการและให้เงินบำนาญแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป การให้บริการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่รัฐควรสนับสนุนให้การรักษาฟรีที่มีคุณภาพส่งเสริมด้านการศึกษาในการพัฒนาตนเอง โดยใช้ภูมิปัญญาองค์ความรู้จากประสบการณ์ของชีวิตและสถาบันของรัฐตามความเหมาะสม รัฐควรส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลที่ร่วมมือกับภาครัฐให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและควรจัดตั้งสถาบันผู้สูงอายุในระดับมหาวิทยาลัยเพื่อเปิดสอนหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนาองค์ความรู้เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ

ในระยะยาวนอกจากนี้การบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานที่ภาครัฐควรส่งเสริมและสนับสนุนควรดำเนินการให้ครอบคลุมในการดูแลด้านสุขภาพด้านรายได้ด้านนันทนาการด้านที่พักอาศัยและด้านสวัสดิการสังคม เป็นต้น

2.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้มีผู้คิดและผู้ที่นำมาปรับปรุง จากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยมีทฤษฎีต่างๆ ในลักษณะของเนื้อหาสาระที่แตกต่างกันไปเรื่องราวที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นที่สนใจกันอย่างกว้างขวางตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงมีการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยผู้วิจัยสามารถสรุปสาระสำคัญของทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้ดังนี้

2.5.1 ทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The Salutogenic Theory)

ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นโดย Aaron Antonovsky ซึ่งเชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความผาสุกในชีวิตเป็นรูปร่างต่อเนื่องที่เรียกว่า “Breakdown Continuum” หรือ “Health Continuum” โดยความผาสุกจะอยู่ริมสุดของวงจร คือ ภาวะสุขภาพดี (Salutary End) ส่วนความเจ็บป่วยจะอยู่ริมสุดด้านตรงข้ามกับความผาสุกเรียกว่าภาวะความเจ็บป่วย (Health Breakdown) ทฤษฎีนี้มุ่งอธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลจะอยู่ในระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับความเครียดแรงกดดันที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมความสามารถในการต้านทานความเครียดของบุคคล และความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นการมองเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในชีวิตด้วยความเข้าใจ มีเหตุผล มีความหมายและสามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวนั้นได้อย่างเหมาะสม (Antonovsky, 1993: 725-733)

2.5.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurst ทฤษฎีนี้เสนอว่า ผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อการมีชีวิตอย่างสมบูรณ์และความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง Havighurst เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การได้ทำกิจกรรมด้านต่างๆอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุกระชุ่มกระชวย ผ่อนคลายความตึงเครียด แนวคิดทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อที่ว่า การมีชีวิตที่ตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง (Active) ดีกว่าการอยู่เฉยๆไม่ทำอะไร (Inactive) การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆจะนำมาซึ่งความสุขรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งแนวคิดตามทฤษฎีนี้มีความสำคัญ

ในการนำมาจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งรูปแบบการจัดกิจกรรมมี 3 ลักษณะคือ ลักษณะแรกเป็นกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ (Informal Activity) ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน รุ่นราวคราวเดียวกัน เครือญาติและการมีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่สองเป็นกิจกรรมที่เป็นทางการ (Formal Activity) ได้แก่ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมสมาคมต่างๆ เช่น การเข้ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุ การเข้ากลุ่มทางศาสนา เป็นต้น ลักษณะที่สามเป็นกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (Leisure Activity and Hobby) ได้แก่ กิจกรรมที่ทำในยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจและการนันทนาการ (Havighurst, 1968: 5-9) ผู้เสนอทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและด้านสังคมมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอมองเห็นตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีค่าต่อครอบครัวและสังคม (Barrow and Smith, 1979)

2.5.3 ทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (Erikson's Theory)

ทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุว่าเป็นวัยแห่งการรวบรวมประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาระหว่างความมั่งคั่งสมบูรณ์กับความสิ้นหวังหรือหมดหวัง ผู้สูงอายุที่รู้สึกมั่งคั่งสมบูรณ์จะมองชีวิตด้วยความพึงพอใจชื่นชมกับความสำเร็จที่เกิดขึ้นในอดีต และมีชีวิตอยู่กับบุคคลอื่นๆ ด้วยความสงบและพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย แต่สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกหมดหวังจะรู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย เกิดความท้อแท้ท้อถอย หมดโอกาสในการตัดสินใจในเรื่องที่ผ่านมาและมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (จุมพล หนิมพานิช, 2548: 126-130)

2.5.4 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า “ผู้ชราจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น” ถ้าผู้ชราเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัยเห็นความสำคัญของคนอื่นรักผู้อื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดีก็มักจะเป็นคนชราที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่ค่อยมีความเคียดแค้นหรือใจ แต่ถ้าเป็นผู้ชราที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่ใคร่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบถือว่าตัวใครตัวมันและมักจะรู้สึกว่าตัวเองทำคุณกับใครไม่ใคร่ขึ้น ก็มักจะเป็นผู้ชราที่ไม่ค่อยมีความสุขชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยน่าสงสาร ทฤษฎีนี้เห็นว่าบุคลิกภาพเป็นตัวแปรสำคัญในการตัดสินใจในชีวิตเพราะชนิด

ของบุคลิกภาพที่ต่างกันต้องการระดับของกิจกรรมที่ต่างกันในการที่จะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง ซึ่งบุคลิกภาพที่สามารถอธิบายทฤษฎีนี้ได้ คือ

“Reorganizers” คือพยายามที่จะคงไว้ซึ่งวัยกลางคน โดยการค้นหาบทบาทใหม่ๆ เพื่อทดแทนบทบาทที่สูญหายไป ในการกระทำดังกล่าวผู้สูงอายุจะทำกิจกรรมมากและคงไว้ซึ่งระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง

“Disengaged” คือ พวกที่เลิกแสดงบทบาทต่างๆด้วยความสมัครใจ พวกนี้ชอบอยู่เฉยๆ มากกว่า และมีกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ แต่จะมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง

ทฤษฎีนี้ได้มองความมีอายุในลักษณะของสภาวะการปรับตัวของสังคมและบุคลิกภาพของคนว่า ในวัฏจักรแห่งชีวิตของคนจะมีพลวัตของสังคมอยู่ในตนเองที่คนจะต้องปรับตัวด้วยการยอมรับถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงที่คงให้สมดุลเพื่อความอยู่รอดได้ในสังคม ซึ่งมีพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็น คือ มีสุขภาพดี ยอมรับความเป็นจริงและมีความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าผู้ที่ประสบปัญหาล้มเหลวในการปรับตัวจะก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ไม่ยอมรับความจริงและก่อให้เกิดความซึมเศร้าใจ (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ: กรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2556-2558” ผู้วิจัยได้ทำการศึกษางานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุดังนี้

2.6.1 งานวิจัยในประเทศ

ผู้วิจัยได้แบ่งงานวิจัยในประเทศออกเป็น 2 หมวดคือ งานวิจัยที่เกี่ยวกับนโยบายภาครัฐสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดที่สำคัญๆ ดังนี้

1) งานวิจัยที่เกี่ยวกับนโยบายภาครัฐสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับนโยบายภาครัฐสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์แยกเป็นหมวดหมู่ประกอบด้วย งานวิจัยที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย งานวิจัยที่เกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินผลนโยบาย เพื่อให้เกิดความชัดเจน และสอดคล้องกับหัวข้อของการวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558 ” จึงได้สรุปและนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1.1) งานวิจัยที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ไม่มากนัก โดยผู้วิจัยได้สรุปและนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ (2539) ได้ศึกษาเรื่องนโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต พบว่าผู้สูงอายุโดยเฉพาะในเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่รู้เลยว่าสังคมได้จัดให้มีบริการอะไรสำหรับกลุ่มตนเองบ้าง ไม่รู้ว่ามีหน่วยงานเฉพาะที่ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุสำหรับสวัสดิการเพื่อการเดินทางที่ดูเหมือนว่าจะมีการจัดให้แก่ผู้สูงอายุไทย คือ การลดหย่อนค่าโดยสารการขนส่งสาธารณะที่ดำเนินการโดยรัฐวิสาหกิจ แต่ในความเป็นจริงมีเพียงการรถไฟแห่งประเทศไทยเท่านั้น ที่จัดให้มีการลดครึ่งราคาแก่ผู้สูงอายุที่ใช้บริการตู้รถโดยสารชั้น 3 ในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน เป็นเวลา 4 เดือน ซึ่งก็เป็นการให้สวัสดิการแบบครึ่งๆกลางๆ การสนองตอบนโยบายเพื่อประชากรสูงอายุยังไม่บรรลุเป้าหมายและยังมีหลายประการที่มีความล่าช้าอย่างไรก็ดี แม้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนจะเป็นการให้แก่ผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก แต่สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุกำลังเพิ่มทวีจำนวนขึ้นอย่างมากในปัจจุบันทำให้รัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ต้องปรับเปลี่ยนนโยบายแผนงานการดำเนินงาน จากการตั้งรับปัญหาหรือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ามาเป็นการทำงานในเชิงรุกมากขึ้น ดังนั้นการสงเคราะห์ผู้สูงอายุควรมีการกระตุ้นให้รัฐบาลมองเห็นปัญหาของผู้สูงอายุว่าเป็นหัวใจของรัฐบาล และเป็นสิ่งที่รัฐบาลควรให้ความสำคัญ

จรัส สุวรรณเวลา (2542) ศึกษาเรื่องรัฐบาล-ท้องถิ่น ใครควรจัดบริการสาธารณะพบว่า เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล บางแห่งยังไม่ให้ความสนใจในงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง การดูแลงานด้านผู้สูงอายุจะให้ความสนใจเป็นครั้งคราว ผู้สูงอายุยังไม่ได้รับความสนใจหรือถูกมองอย่างมีคุณค่าอย่างแท้จริง ถูกใช้เป็นเพียงฐานเสียงในการเลือกตั้งหรือใช้ประโยชน์เฉพาะเหตุผลทางการเมืองเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าในบางพื้นที่เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล จัดลำดับความสำคัญของการบริหารจัดการไว้ที่งาน โครงสร้างพื้นฐานเป็นลำดับแรก งานด้านคุณภาพชีวิตและงานด้านผู้สูงอายุเป็นลำดับรองลงมา เพราะโดยภาพรวมแล้วคนในพื้นที่ยังต้องการความสะดวกสบายจากโครงสร้างพื้นฐาน อาทิเช่น ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา ฯลฯ ทำให้เป็นความลำบากใจของผู้บริหารที่จะจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพราะตัวชี้วัดด้านโครงสร้างพื้นฐานประเมินผลได้ง่ายกว่า ชัดเจนกว่าการบริการด้านคุณภาพชีวิต

ปิยากร หวังมหพร (2546) ได้ทำการวิจัยนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย นำมาสู่ข้อค้นพบเรื่องตัวแบบการเข้าสู่วาระนโยบาย การก่อตัวนโยบาย และผลกระทบของนโยบายใน 2 ประการสำคัญคือ 1) ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ถูกองค์การระหว่างประเทศส่งผ่านและถ่ายทอดแนวคิดนโยบายมายังประเทศที่กำลังพัฒนา ผ่านการประชุมสัมมนาขององค์การระหว่างประเทศ จุดประกายความคิดให้เกิดขึ้นในหมู่ผู้นำประเทศกำลังพัฒนา ทำให้ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุเข้าสู่วาระนโยบายของรัฐบาลในประเทศที่กำลังพัฒนาได้ 2) การก่อตัวของนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นไปตามตัวแบบผู้นำแปลงรูปผ่านองค์กรตัวแทน กล่าวคือ ส่วนราชการ ในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบาย ดำเนินการทางการเมืองผ่านกลุ่มผลประโยชน์ที่ตนเองจัดตั้งและให้เงินสนับสนุน เพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลไทยกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ3)ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการก่อตัวของนโยบายผู้สูงอายุตามตัวแบบผู้นำแปลงรูป ทำให้การจัดสรรงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุมุ่งเน้นไปที่โครงการต่างๆ ตามความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ผลักดันเรียกร้องนโยบายจากรัฐ

มัทนา พนานิรามย์ (2547) ศึกษาวิจัยเรื่อง นโยบายและทิศทางการนโยบายด้านผู้สูงอายุ ในอนาคตของประเทศไทย พบว่าแม้ว่าประเทศไทยยังมีปัญหาเรื่องผู้สูงอายุไม่มากนัก แต่ความรุนแรงของปัญหามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต หากภาครัฐไม่มีนโยบายเพื่อรองรับคนกลุ่มวัยทำงานที่กำลังจะกลายเป็นผู้สูงอายุในช่วง 20 ปีต่อจากนี้ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อภาครัฐว่า รัฐบาลควรให้ความสำคัญกับปัญหาผู้สูงอายุใน 5 ประเด็นสำคัญคือ 1) การสร้างความมั่นคงทางรายได้ เช่น การประกันเงินเดือนขั้นต่ำสำหรับผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสควรได้รับการสงเคราะห์ การออม

แบบสมัครใจสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน การส่งเสริมอาชีพ 2) การพัฒนาระบบสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ต้องเข้าถึงชุมชนหรือครอบครัวผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ 3) การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ด้วยการให้ความรู้กับคนในสังคมโดยเฉพาะในวัยหนุ่มสาวในเรื่องการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ 4) เสริมการสร้างค่านิยมที่ดีในสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ 5) จัดตั้งหน่วยงานกลางด้านผู้สูงอายุ ทำหน้าที่พัฒนานโยบายไปจนถึงประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อจัดบริการและดูแลผู้สูงอายุของประเทศ

ภัสสร ลิมานนท์ (2547) ศึกษาเรื่อง บทบาทของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย พบว่า วิทยาลัยประชากรศาสตร์ โดยคณาจารย์และนักวิจัยส่วนหนึ่งที่มีความสนใจและพัฒนาตนเองจนเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์ความรู้ที่นำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายของชาติในการจัดทำแผนงานที่ช่วยสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยให้อยู่ในระดับมาตรฐานที่ดีพอสมควร ทั้งในระดับประเทศระหว่างประเทศในการเสนอข้อคิดเห็น คำแนะนำเพื่อเป็นฐานในการกำหนดนโยบายที่จะให้การดูแลสวัสดิภาพของผู้สูงอายุไทยทั้งทางด้านการเศรษฐกิจ สังคม ภาวะสุขภาพทั้งทางกายและใจ รวมทั้งคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และให้ผู้สูงอายุได้รับการยกย่องนับถือจากคนรุ่นหลังในฐานะที่เป็นผู้ผ่านโลกและมีประสบการณ์ชีวิตที่มีคุณค่า

ครุณี ทายะติ (2549) ได้ศึกษาวิจัย นโยบายและการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลียและไทยพบว่าประเทศออสเตรเลียมีการพัฒนาปรับปรุงนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นระบบอย่างต่อเนื่องมีการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุศึกษารูปแบบและทดลองปฏิบัติการให้บริการต่างๆ ได้สอดคล้องกับสภาวะการปัจจุบันกล่าวคือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพังอย่างปลอดภัยในบ้านของตนเองได้นานที่สุดโดยร่วมมือจากองค์กรของรัฐและเอกชนเป็นอย่างดี และประการสำคัญคือ การสนับสนุนงบประมาณอย่างเหมาะสมทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข สำหรับประเทศไทย ซึ่งถือว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่าต่อสังคม รัฐบาลจึงได้กำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ที่มีลักษณะบูรณาการเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่รัฐจัดสวัสดิการเสริมส่วนภาคเอกชนมีทั้งให้บริการแบบแสวงหากำไรและแบบไม่แสวงหากำไรสามารถจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้เพียงบางกลุ่มเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม แต่เนื่องจากการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงานเป็นลักษณะต่างฝ่ายต่างทำขาดองค์การกลางที่จะช่วยประสานความร่วมมือระหว่างกันอย่างชัดเจน เพื่อก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากร

ตลอดจนบุคลากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า การพยายามให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมบริการดูแลผู้สูงอายุต้องมีการสนับสนุนการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง พัฒนาแกนนำที่มีความรู้ความสามารถ และรัฐจัดสรรงบประมาณได้เหมาะสม จึงจะทำให้การปฏิบัติงานตามแผนบรรลุวัตถุประสงค์ได้

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายมีค่อนข้างจำกัด และทั้งหมดเป็นการพรรณนาให้เห็นภาพรวมกว้างๆ จึงสรุปได้ว่าประเทศไทยให้ความสำคัญต่อประเด็นปัญหาผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติและนโยบายของรัฐบาลทุกสมัย แต่เมื่อเทียบกับปัญหาด้านอื่นๆ ภาครัฐยังคงให้ความสำคัญในระดับหนึ่ง ดังนั้น รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ต้องให้ความสำคัญกับการดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพ ด้วยการปรับเปลี่ยนนโยบายแผนงานการดำเนินงาน จากการตั้งรับปัญหาเป็นการทำงานในเชิงรุกให้มากขึ้น เพื่อรับมือกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน ซึ่งพัฒนาการของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายต้องมีลักษณะเป็นความร่วมมือกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมกันกำหนดนโยบาย เพื่อนำไปสู่ภาคปฏิบัติที่เป็นจริง และตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมาย

1.2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้สรุปและนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

นพนันท์ วรรณเทพสกุล (2548) ศึกษาเรื่องนโยบายสาธารณะท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติบึงทิวศรหารันนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลา พบว่า การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สามารถสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุได้ ซึ่งถือว่าการ “อุดช่องว่าง” หรือช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกละเลยได้ในระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติงบประมาณที่ได้รับยังมีน้อยมาก นอกจากนี้การขาดการบูรณาการด้านการจัดสรรงบประมาณระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้แต่ละหน่วยงานต่างจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานตนเอง ให้ความช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ในกิจกรรมเดียวกัน อย่างไรก็ตาม งบประมาณด้านการดูแลระยะยาวในอนาคตขอรับการสนับสนุนจาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนสุขภาพตำบล หรือกองทุนสวัสดิการชุมชน และกองทุนอื่นๆ ในลักษณะการประสานงบประมาณ

ปิยากร หวังมหาพร (2550) งานวิจัยเรื่อง นวัตกรรมการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องรวมทั้งข้อค้นพบที่ได้จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่าโครงการส่วนใหญ่ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเป็นโครงการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ) โดยเป็นโครงการที่มีการพัฒนามาจากโครงการเก่าที่มีอยู่เดิมสำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดนวัตกรรมพบว่า ปัจจัยด้านความรุนแรงของปัญหาปัจจัยด้านองค์การและปัจจัยด้านการเรียกร้องมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับนวัตกรรมการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

สัณหหทัย สงวนศักดิ์ (2550) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างประสิทธิผลของการนำนโยบายการส่งบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของการนำนโยบายการส่งบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร นอกจากขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัย คือ 1) ความชัดเจนในเป้าหมายและวัตถุประสงค์นโยบาย 2) ความพร้อมของทรัพยากร 3) การสนับสนุนจากทางการเมืองและส่วนกลาง 4) การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน และ 5) รูปแบบการให้บริการแล้ว กรุงเทพมหานครมีการบริหารราชการตามหลักธรรมาภิบาลจึงส่งผลให้การนำนโยบายการส่งบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

สุกัญญา ทรัพย์นาวิน (2554) ได้ศึกษาวิจัย การนำนโยบายการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบล 16 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการนำนโยบายการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติในระดับองค์การบริหารส่วนตำบลได้แก่ 1.1) ความชัดเจนในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย 1.2) ความพร้อมและความเพียงพอของทรัพยากร 1.3) ความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติและ 1.4) การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน 2) ข้อค้นพบจากการวิจัยแนวทางที่เหมาะสมในการนำนโยบายการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลได้แก่ 2.1) การบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ 2.2) การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรด้านงบประมาณ บุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ 2.3) การกำหนดภารกิจและมอบหมายงานให้แก่ผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ 2.4) การ

ทำความเข้าใจที่แจ่มแจ้งในกระบวนการนโยบายและหลักปฏิบัติให้แก่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติทราบ 2.5) การกระจายอำนาจให้แก่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติอย่างทั่วถึง 2.6) กำหนดระยะเวลาในการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ชัดเจน 2.7) คำมั่นถึงลำดับความสำคัญของนโยบายเร่งด่วนที่ก่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ 2.8) ความสอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่นในการนำนโยบายไปปฏิบัติ 2.9) ส่งเสริมหลักคุณธรรมจริยธรรมให้แก่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ 2.10) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในกระบวนการนโยบาย 2.11) การนำนโยบายไปปฏิบัติที่ครอบคลุมต่อกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2.12) การติดตามผลและประเมินผลในการนำนโยบายไปปฏิบัติและ 2.13) การนำนโยบายไปปฏิบัติที่มีความต่อเนื่อง

เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล(2555) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปปฏิบัติ เรียงตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ 1) ภาวะผู้นำ 2) ทรัพยากรนโยบาย 3) การบริหารจัดการ 4) ความต้องการของผู้สูงอายุ และ 5) ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาด้านความจำกัดของงบประมาณ การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องผู้สูงอายุของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการมีบุคลากรจำนวนน้อยไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึงและควรปรับปรุงการนำนโยบายไปปฏิบัติในหลายด้าน ได้แก่ งานด้านงบประมาณ การบริหารบุคลากร การจัดทำฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ และการจัดให้มีเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ

กิตติภณ คล้ายแจ็ก (2557) ศึกษาวิจัยเรื่อง นโยบายภาครัฐสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า 1) แนวคิด ทฤษฎี และ หลักพุทธธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครกำหนดนโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นไปตามตัวแบบชนชั้นนำและตัวแบบด้านการจัดการ ดำเนินการตามนโยบายภาครัฐ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร เน้น ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) และใช้หลักพุทธธรรมแห่งการสงเคราะห์ในการดูแลผู้สูงอายุ 2) นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ส่งเสริมให้กรุงเทพมหานคร เป็นมหานครที่เข้มแข็งด้วยนโยบายสุขภาพ เน้นการจัดตั้งศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจัดตั้งกองทุนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได สำนักพัฒนาสังคม เน้นจัดสวัสดิการและการสงเคราะห์ สำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ เน้นการดูแลด้านสุขภาพด้วยการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 3) รูปแบบของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร 3.1) การกำหนดนโยบายระบุปัญหา วิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญปัญหา การเตรียมเสนอร่างนโยบาย การอนุมัติและประกาศเป็นนโยบาย

ประชุมเพื่อกำหนดโครงการ มอบหมายนโยบายสู่การปฏิบัติกับหน่วยงาน และติดตามประเมินผล กำหนดนโยบายอย่างเท่าเทียม ดูแลแบบองค์รวม เน้นด้านการแพทย์สาธารณสุข แต่่นโยบายที่กำหนดมานั้นน้อย ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ ไม่ทั่วถึง ไม่เสมอภาค และไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ปัจจุบัน ขาดข้อมูลที่แท้จริงจากคนในชุมชน ขาดการประชาสัมพันธ์ ขาดฐานข้อมูลประชากร ผู้สูงอายุ(สำมะโนครัวประชากร) ไม่ได้กำหนดนโยบายตามปฏิญญาผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 3.2) การนำนโยบายไปปฏิบัติ นำนโยบายและแผนมาแปลง วิเคราะห์สถานการณ์ จุดอ่อน จุดแข็ง สภาพปัญหา และผลการประเมิน เพื่อกำหนดเป็นโครงการ ส่งผู้บริหารรับทราบ นำไปปฏิบัติ เน้น ทีมสหวิชาชีพร่วมปฏิบัติงาน สำนักพัฒนาสังคมร่วมกับสำนักงานเขต สำนักอนามัยร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักการแพทย์ร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร การดูแลระยะยาว เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเข้ามาดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก สงเคราะห์ช่วยเหลือตามระเบียบของกรุงเทพมหานคร บ้านผู้สูงอายุ บ้านบางแค 2 บ้านพักฉุกเฉินในศูนย์บริการผู้สูงอายุคืนแสง ยี่ดหลัก สังคห วัตถุ 4 พรหมวิหาร 4 สัปปริสธรรม 7 และอิทธิบาท 4 แต่การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่ให้ความสุขกับผู้สูงอายุอย่างแท้จริง หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มองงานด้านผู้สูงอายุเป็นเพียงงานเสริม ละเลยการปฏิบัติหน้าที่ ขาดการดูแลเอาใจใส่ ขาดจิตวิญญาณด้านจิตอาสา และไม่นำนโยบายหลักไปทำเป็นโครงการออกมาให้ชัดเจน และ 3.3) การประเมินผลนโยบาย กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ โดยวัดที่ผลผลิต (Output) คือ ร้อยละความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการ รูปแบบการประเมินผล “IPO Model” ประเมินผลระหว่างดำเนินโครงการ อาศัยวงจรเดมมิ่ง วางแผน(P) ปฏิบัติ(D) ตรวจสอบ(C) และปรับปรุงดำเนินการ(A) และประเมินผลเมื่อสิ้นสุดดำเนินโครงการ สำนักพัฒนาสังคม สำนักอนามัย และสำนักการแพทย์ เป็นหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ประเมินผลโครงการสามารถทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย แต่ยังไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร เพราะการประเมินผลยังไม่เชื่อมโยงถึงข้อมูลปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุและเป้าประสงค์ที่แท้จริง ไม่ได้ประเมินผลไปถึงผลลัพธ์ (Outcome) รวมถึงขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ได้กล่าวมานี้ ผู้วิจัยสรุปว่า องค์กรภาครัฐที่ให้บริการประชาชนในด้านต่างๆ ตามอำนาจหน้าที่ที่เกิดจากนโยบายของผู้บริหารนั้น ในแต่ละองค์กรมีกรอบการทำงานที่เหมือนและแตกต่างกันไป แต่โดยรวมมุ่งหวังเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่อยู่ดีมีสุข ซึ่งการนำนโยบายไปปฏิบัติมีการพิจารณาที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติคือ ความชัดเจนของนโยบายและความพร้อมของทรัพยากรสำหรับนำไปปฏิบัติ ทั้งในด้านตัวบุคคลที่มีความรู้ความสามารถมีทักษะและมีทัศนคติในทางบวกต่อ

นโยบายมีความพร้อมของงบประมาณมีแนวทาง การนำนโยบายไปปฏิบัติที่ชัดเจน มีการประสานความร่วมมือ โดยมอบอำนาจหน้าที่ให้เจ้าหน้าที่และหน่วยงานนำนโยบายไปปฏิบัติ ที่สำคัญโครงสร้างระบบราชการถือว่าเป็นกลไกหลักที่นำนโยบายไปปฏิบัติ จึงต้องมีวัตถุประสงค์และโครงสร้างที่ชัดเจนและเอื้อต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล จนเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายของนโยบายที่ต้องการติดตามประเมินผล เพื่อให้รับทราบว่านโยบายที่ได้นำไปปฏิบัตินั้นประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด

1.3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลนโยบาย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลนโยบาย โดยผู้วิจัยได้สรุปและนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ศิริวรรณ ศิริบุญ และ คณะ (2541) ได้ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพบว่าผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากมีความเห็นว่าการจัดตั้งและการดำเนินงานของศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีประโยชน์หลายอย่าง อาทิ เช่นการได้รับบริการทางด้านสุขภาพอนามัยการได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ๆ และการได้รับความรู้เพิ่มเติมและผู้สูงอายุให้ความเห็นในด้านของการบริหารว่าผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดยังไม่มั่นใจว่าคณะกรรมการบริหารศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุจะจัดหาทุนมาให้การสนับสนุนงานของศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้โดยไม่ขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานราชการและประเด็นสำคัญพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งในรูปแบบของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและการได้รับข่าวสารจากผู้นำชุมชน เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในชุมชนและกลยุทธ์ในการสร้างความมั่นคงให้แก่ศูนย์บริการทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุคือการเพิ่มศักยภาพของผู้นำและผู้บริหารงานของศูนย์รวมทั้งการเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานเป็นทีมให้แก่คณะผู้ดำเนินงาน

พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และ คณะ (2542) ศึกษาเรื่องการประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การกำหนดนโยบายโดยไม่กำหนดแผนงานมารองรับให้ชัดเจนทำให้ผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดไม่เห็นผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ทำให้มีปัญหาในด้านการจัดสรรงบประมาณ และขณะเดียวกันจังหวัดส่วนใหญ่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่มี

ความพร้อมที่จะนำมาใช้ในการวางแผนหรือจัดทำโครงการ ตลอดจนเพื่อการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานในโครงการสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ระบบการติดตามประเมินผลโครงการเป็นไปอย่าง ไร้ทิศทาง กล่าวคือ กระทบโดยไม่มีตัวชี้วัดความก้าวหน้าและความสำเร็จของงานแต่อย่างใด นอกเหนือจากนี้การขาดระบบสารสนเทศที่เหมาะสมยังมีผลกระทบทำให้การพัฒนาบุคลากรที่ ให้บริการแก่ผู้สูงอายุทำได้ไม่เต็มที่ กระทรวงสาธารณสุขควรจะต้องเร่งพัฒนาระบบการสนับสนุน ต่างๆ เพื่อให้การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้บรรลุ จุดมุ่งหมายของนโยบายที่ได้กำหนดไว้

สัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา (2542) ได้ทำการประเมินรูปแบบบริการที่จัดตั้งให้ ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้าน พบว่า บริการ สวัสดิการสังคมที่จัดขึ้นในชุมชน ที่ดีทั้งด้านคุณภาพปริมาณนั้นคือ การบริการด้านสาธารณสุข ทั้ง สถานพยาบาล การแจกบัตรผู้สูงอายุ รวมทั้งการบริการสังคมทั่วไป ทั้งนี้เนื้อหาของบริการยังคงเน้น การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การแจกเครื่องอุปโภค บริโภค และยังพบว่าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ประจำหมู่บ้าน ยังดำเนินการจัดบริการสวัสดิการสังคมไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านรูปแบบการจัดตั้งองค์กรความรู้ในการจัดสวัสดิการสังคม

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ (2542) ศึกษาเรื่องการประเมิน โครงการบริการ สวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาพบว่า สถานส่งเสริมสุขภาพสามารถ ตอบสนองความต้องการทางกายภาพได้ แต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตใจได้ บริการ มีพอเพียงแต่ไม่เป็นธรรมชาติผู้สูงอายุฐานะดีและปานกลางได้รับประโยชน์จากสถานส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ ผู้สูงอายุที่ยากไร้ บริการเบี้ยยังชีพยังคงอยู่กับผู้สูงอายุที่มีสายสัมพันธ์กับผู้นำชุมชน หรือผู้สูงอายุที่ อยู่ไม่ห่างไกล ส่วนผู้สูงอายุที่ยากจนและทุกข์ยาก ไร้ญาติขาดมิตร อยู่ลำพังคนเดียว มีโอกาสได้รับ เบี้ยยังชีพน้อยกว่า บริการเบี้ยยังชีพและบริการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้านเป็นการกระจาย บริการเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ และบริการฌาปนกิจสงเคราะห์เป็นนโยบายที่ตอบสนอง ความต้องการของผู้สูงอายุมากกว่าบริการอื่นๆ ที่รัฐจัดให้

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547) ได้ทำการศึกษาวิจัย โครงการการประเมินผลการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพมักให้ความสำคัญกับอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นหลัก รองลงมาให้

ความสำคัญกับความขาดแคลนยากจน ไม่มีรายได้มีปัญหาสุขภาพและช่วยเหลือตนเองไม่ได้วิธีการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใช้วิธีการโอนเงินผ่านบัญชีผู้สูงอายุมากที่สุดรองลงมาคือการจ่ายเงินสดให้ผู้สูงอายุการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นไปอย่างตรงเวลาผู้สูงอายุได้รับเงินครบถ้วนมีเพียงบางส่วนที่ได้รับเงินไม่ครบเพราะถูกหลอกไปปรับเงินแทนแต่ไม่นำมาให้ผู้สูงอายุผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าระยะเวลาการจ่าย6เดือนต่อครั้งไม่เหมาะสมสมควรจ่ายเป็น3เดือนต่อครั้งซึ่งมีปัญหา พบว่า คณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ไม่เหมาะสม รัฐบาลกลไกการตรวจสอบการดำเนินงานในแต่ละระดับที่ชัดเจน

วิพรรณ ประจวบเหมาะ (2551) รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่2 (พ.ศ. 2545-2564) พบว่า ในมุมมองของชมรมผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตกเป็นตัวอย่าง การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จได้ต้องไม่ดำเนินงานแบบ “สองมาตรฐาน” แต่ต้องใช้ระบบคุณธรรมไม่ใช่ระบบอุปถัมภ์ รวมทั้งต้องมีการดำเนินงานใน “เชิงรุก” ประเด็นหลักที่ต้องให้ความสำคัญคือ การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุต้องไม่สอนให้ผู้สูงอายุเป็น “ผู้รับ” เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุไม่คิดจะทำอะไรเพื่อผู้สูงอายุด้วยกันหรือเพื่อสังคม ผู้ให้บริการต้องทำงานในรูปแบบที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็น “ผู้ให้” โดยการให้ไม่ได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงการให้เงิน แต่รวมถึงการให้ความรู้ และการให้บริการสังคมในรูปแบบต่างๆ ด้วย ความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการด้วยความสามารถขององค์กรโดยลำพัง ควรเปิดโอกาสให้แกนนำผู้สูงอายุ กลุ่ม หรือองค์กรผู้สูงอายุ อาทิเช่น ชมรมผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน นโยบาย หรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพราะจะเป็นหลักประกันว่าถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้บริหารท้องถิ่น แต่นโยบายและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจะไม่เปลี่ยน และยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้คนในชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงาน

ดังนั้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การประเมินผลนโยบายจะเน้นไปที่เรื่องการประเมินผลระบบสวัสดิการของภาครัฐต่างๆ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่กำหนดเป็นนโยบายภาครัฐ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์บริการทางสังคม ระบบการออมเพื่อวัยเกษียณ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลืออย่างแท้จริง และมีรูปแบบการประเมินผล โดยมีการประเมินผลด้านสภาวะแวดล้อม การประเมินผลด้านกระบวนการ และการประเมินผลด้านผลลัพธ์ เพื่อให้หน่วยงานของภาครัฐทราบถึงนโยบายที่ได้

นำไปปฏิบัตินั้นตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างไร และมองเห็นถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ของนโยบายที่นำไปปฏิบัติ และพร้อมที่จะนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ตรงจุดที่ยังเป็นข้อบกพร่อง เป็นสิ่งที่รัฐบาลควรให้ความสำคัญ และมีการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุต่อไป

2) งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุมีผู้สนใจทำการศึกษาในประเด็นนี้ที่หลากหลายพอสมควร โดยผู้วิจัยได้สรุปและนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2534) ศึกษาเรื่องแนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยกล่าวถึงแนวความคิดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทย ลักษณะของบริการจะเป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุหรือการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการให้บริการเพื่อพัฒนาสำหรับแนวความคิดในการให้บริการในอนาคตนั้นจะเน้นการให้บริการสวัสดิการสังคมและการสังคมสงเคราะห์ที่มุ่งแก้ไขปัญหาและส่งเสริมความต้องการของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยแนวความคิดในการปฏิบัติงานโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานเน้นความสำคัญของครอบครัวเป็นสถาบันเบื้องต้น ที่สำคัญในการให้ความดูแลผู้สูงอายุการปฏิบัติงานนั้นมุ่งความสนใจกับการทำงานเชิงสหวิชาการเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างองค์การนักวิชาชีพในอนาคตที่จะประสานประโยชน์ให้มากที่สุดขณะเดียวกันบทบาทของนักวิชาชีพในการให้บริการโดยตรงยังคงได้รับการส่งเสริมให้คงไว้รวมทั้งพัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นซึ่งเป็นการพัฒนาในบทบาทของผู้ปกครองและเรียกร้องสิทธิของผู้รับบริการอันจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายซึ่งจะเป็นการให้บริการกับผู้สูงอายุที่สมบูรณ์และต่อเนื่องสามารถสนองต่อปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป

สุจิตรา นิลเลิศ (2539) ได้ทำการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบทจังหวัดสุพรรณบุรีผลการวิจัย พบว่า 1) สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการที่ได้รับการอุปถัมภ์จากบุตร โดยผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพอนามัยของตนทรุดโทรม จะได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่าเหมือนกับคนอื่น ๆ หรือแข็งแรงกว่าตามลำดับ 2) ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าบุตรของตนมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินว่าบุตรของตนมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี 3) คุณภาพของการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรนั้นกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53)

ได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรอยู่ในระดับปานกลางรองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 40.8) 4) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65.1) อยู่ในระดับปานกลางรองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 22.8) และการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งมีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางบวกคือ 1) การเคารพยกย่อง 2) การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือวัด 3) การให้เงินและสิ่งของแก่ผู้สูงอายุ 4) การยอมรับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ 5) การให้อภัยเมื่อผู้สูงอายุทำผิดพลาดและ 6) การใช้เวลาเอาใจใส่พูดคุยด้วย

อภิญา เวชชชัย (2542) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ” พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในแต่ละหมู่บ้านแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนอายุมากมีบุตรหลานดูแลและไม่ได้ถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพังครอบครัวเกือบทุกตัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นกลุ่มที่ได้รับเบี้ยยังชีพมากที่สุด 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับบุตรหลานไม่ลำบากมากฐานะปานกลางจะเป็นกลุ่มญาติสนิทบิดามารดาของคณะกรรมการหมู่บ้านหรือกำนันผู้ใหญ่บ้านจะได้รับเป็นลำดับที่ 2 และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนทุกข์ยากไร้ญาติขาดมิตรจำนวนมากอยู่ตามลำพังคนเดียวเข้าไม่ถึงการบริการของรัฐไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนมีเพื่อนบ้านคอยให้การช่วยเหลือดูแลเป็นกลุ่มที่ได้รับเบี้ยยังชีพน้อยที่สุด

ชนิษฐา นาคะ (2542) ได้ศึกษาเกี่ยวกับวิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้พบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายการเป็นผู้สูงอายุ (คนแก่) ตามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจิตใจและบทบาทหน้าที่ตามข้อสรุป 4 ประการคือ 1) แก่เพราะแรงมันถอย 2) แก่เพราะมีหลาน 3) แก่เพราะวัยเปลี่ยนใจเปลี่ยน และ 4) แก่เพราะสังขารมันฟ้องการรับรู้ว่าเป็นผู้สูงอายุเริ่มต้นเมื่อผู้หญิงมีอายุ 50 ปี กว่า และผู้ชายมีอายุ 60 ปี วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านแห่งนี้สัมพันธ์กับการทำสวนยางครอบครัวชุมชนและศาสนาผู้สูงอายุที่ยังทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพจะเข้านอนหัวค่ำ เพื่อตื่นตี 1-2 ไปตัดยาง เป็นวิถีชีวิตอยู่ตามธรรมชาติวิถีชีวิตของผู้สูงอายุดังกล่าวขัดแย้งกับความเชื่อของลูกหลานที่ต้องการทำงานสบายๆ ในเมืองผู้สูงอายุให้ความหมายสุขภาพตามความสามารถในการทำงานคือ สุขภาพดีหมายถึงสามารถทำงานได้และไม่มีโรคการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่มีผลต่อการทำงานและการเจ็บป่วยหมายถึงความอ่อนแอของร่างกายที่เกิดขึ้นและมีผลให้ไม่สามารถทำงานได้ การดูแลตนเอง หมายถึง การรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อให้สามารถ

ทำงานได้และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น งานวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็น วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพบนพื้นฐานของการเข้าใจธรรมชาติ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ(2544) ศึกษาเรื่อง การเกี่ยวเนื่องทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า สภาวะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปเป็นไปตามสภาพความเสื่อมของร่างกาย สภาวะทางสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม ลักษณะการเกี่ยวเนื่องทางสังคมของผู้สูงอายุทางจิตใจและอารมณ์ เกิดขึ้นจากการได้รับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเครือญาติ โดยเฉพาะบุตรเป็นผู้เกี่ยวเนื่องที่สำคัญ ส่วนการเกี่ยวเนื่องด้านข้อมูลข่าวสารเกิดจากการชวนขวายและแสวงหาของผู้สูงอายุเอง โดยผู้สูงอายุชายสนใจมากกว่าผู้สูงอายุหญิง สำหรับด้านอื่นๆ ได้แก่บริการชุมชนและกิจกรรมทางสังคมผู้สูงอายุได้รับจากผู้นำชุมชนมากกว่าเครือข่ายอื่น บริการทางสังคมที่ผู้สูงอายุใช้บริการและพึงพอใจคือ บริการด้านสาธารณสุขและความคาดหวังที่จะมีสุขภาพดี มีบุตรหลานดูแลเอาใจใส่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และคณะ(2544) ได้ศึกษา กลไกการบริหารระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย ผลการวิจัยพบว่า การบริหารระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีความจำเป็น ต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อสนองตอบปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและเพื่อให้สามารถนำนโยบายแผนและมาตรการหลักไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล การศึกษาสถานการณ์การบริหารระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่า กลไกการบริหารทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม การดำเนินงานขององค์กรระดับชาติขาดความต่อเนื่อง โครงสร้างการบริหารงานผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐขาดความชัดเจน การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านผู้สูงอายุขาดเอกภาพ ไม่มีการประสานงานแบ่งงานกันทำที่เหมาะสม การทำงานซ้ำซ้อนขององค์กรประชาชนไม่เข้มแข็ง

ช.ชยินทร์ เพ็ชฌัญญู (2544) ศึกษาเรื่อง แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า สิทธิผู้สูงอายุได้รับการรับรองปรากฏอยู่ในกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ในฐานะที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์โดยบัญญัติไว้ชัดเจน ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน แนวคิดและความเป็นมาเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุในประเทศไทย อิงอยู่กับวัฒนธรรมและจารีตประเพณีเป็นสำคัญ และบัญญัติอยู่ในกฎหมายบางส่วน เริ่มชัดเจนในแนวนโยบายของรัฐ รัฐธรรมนูญ ตลอดจนระเบียบและกฎเกณฑ์ต่างๆ แต่ยังไม่

ไม่มีกฎหมายผู้สูงอายุซึ่งบัญญัติรับรองสิทธิ โดยเฉพาะ รูปแบบและการจัดองค์กรในการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย รัฐควรเน้นถึงการแก้ปัญหาการจัดสรร และการใช้งบประมาณให้เพียงพอ การกำหนดนโยบายในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในทิศทางที่ชัดเจน ให้เกิดความหลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ควรจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพหรือยากไร้ และประเภทที่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ โดยมีรูปแบบการจัดสวัสดิการที่แตกต่างกัน กำหนดนโยบายแห่งชาติ จัดตั้งองค์กรที่มีหน้าที่กำกับดูแลในระดับประเทศและท้องถิ่น ยกย่องความสำคัญของสภาผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ สนับสนุนให้องค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ และกำหนดให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสม รัฐควรบัญญัติกฎหมายให้สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกัน กำหนดสิทธิประโยชน์ที่จะให้แก่ผู้สูงอายุอย่างชัดเจน และไม่ก่อให้เกิดปัญหาในด้านการตีความอันจะเป็นผลเสียต่อผู้สูงอายุได้ โดยกำหนดสิทธิพื้นฐานของผู้สูงอายุในรูปของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ซึ่งควรมีการจัดตั้งองค์กรดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น

วรรณภา ศรีชัยรัตน์ (2546) ศึกษาเรื่อง สถานการณ์ผู้สูงอายุ เสี่ยงสะท้อนจากหนังสือพิมพ์รายวันไทย ผลการศึกษาพบว่า เสี่ยงสะท้อนจากหนังสือพิมพ์รายวันทั้งสองฉบับชี้ให้เห็นถึงวิกฤตการณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาสำคัญ พบภาวะการณตายจากสาเหตุต่างๆ ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัญหาความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม ความไม่เป็นธรรมหรือการถูกเอารัดเอาเปรียบจากสังคม ตลอดจนปัญหาในการดำรงชีวิตอยู่อย่างยากลำบากของผู้สูงอายุในครอบครัวและสังคมไทย แม้จะพบภาพสะท้อนของคุณภาพชีวิตในเชิงบวก ในด้านความสำเร็จและผลงานของผู้สูงอายุ และการใช้ชีวิตที่เป็นสุขในวัยสูงอายุ ตลอดจนภาพสะท้อนด้านนโยบายและแนวโน้มด้านการพัฒนาผู้สูงอายุอยู่บ้างแต่ก็พบเป็นเพียงส่วนน้อย โดยสรุป วิกฤตการณ์ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่เป็นเสี่ยงสะท้อนจากหนังสือพิมพ์รายวันทั้งสองฉบับนี้ ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหาด้านผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยที่หนังสือพิมพ์รายวันทั้งสองฉบับเอง และสังคมโดยทั่วไป ยังไม่ได้มีการตระหนักในปัญหาของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จึงเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องรวมทั้งวิชาชีพการพยาบาลในการสร้างความตระหนักและความไวต่อปัญหาของผู้สูงอายุและสร้างแนวทางการร่วมมือในการดำเนินการเพื่อหาทางออกที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและสังคมไทยต่อไป

ระพีพรรณ คำหอมและคณะ(2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท ผลการศึกษาพบว่า ในการดำเนินงานด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน มีบริการที่สำคัญที่เป็นที่รู้จักของผู้สูงอายุในเขตชนบทได้แก่ บริการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับผู้สูงอายุ (ก่อนที่รัฐจะจัดบริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ บริการบัตรทอง 30 บาท บริการสถานสงเคราะห์ บริการเบี้ยยังชีพ (เบี้ยคนแก่) ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด โดยชุมชน บริการชมรมผู้สูงอายุ บริการลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟ เป็นต้น ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของการจัดบริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในเขตชนบท ดังนี้ 1) บริการที่มีอยู่ไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุในเขตชนบทได้ เช่น บริการสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุในชนบทไม่ต้องการ 2) บริการที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทต้องการแต่รัฐก็ไม่สามารถจัดให้ได้อย่างเหมาะสม เพียงพอทั่วถึงและเป็นธรรม เช่น บริการเบี้ยยังชีพ เป็นต้น

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายจิตใจสิ่งแวดล้อมความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านความพึงพอใจและพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 16 ตัวสามารถอธิบายการแปรผัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกายความสัมพันธ์ทางสังคมสิ่งแวดล้อมจิตใจและด้านความพอใจได้ร้อยละ 33.8, 17.9, 13.2, 9.7 และ 9.3 ตามลำดับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วย การเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ส่วนในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลานควรมีความกตัญญูให้ความรักความอบอุ่นให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนให้กับผู้สูงอายุ สำหรับในระดับชุมชนควรส่งเสริมผู้สูงอายุมีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สร้างชุมชนเข้มแข็ง กระตุ้นผู้นำชุมชนและประชาชนให้ร่วมคิดร่วมสร้างกิจกรรมตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิตโดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่นการเป็นแบบอย่างที่ดีเน้นการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกันดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ สาวิตรี ทยานศิลป์ (2551) ในรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องการทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้นำเสนอข้อเสนอแนะระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ พอสังเขปดังนี้คือ 1) ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทยควรเน้นการสนับสนุนให้ชุมชนและผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเองมากกว่าการช่วยเหลือแบบ

สงเคราะห์การจัดบริการแบบสงเคราะห์หรือให้เปล่าดำเนินการเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ยากไร้²⁾การจัดสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุควรทบทวนนโยบายเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน การจัดช่องทางด่วน/ช่องทางสีเขียวสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพและการดูแลที่บ้าน 3)สร้างระบบการออมเพื่อวัยเกษียณ 4)สร้างนโยบายส่งเสริมการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมอย่างผาสุกและมีศักดิ์ศรี⁵⁾ ทบทวนนโยบายการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลืออย่างแท้จริง

ชนิตา สุ่มมาตย์ (2551) การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสานผลการวิจัย พบว่าความเป็นมาของการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน อดีตสังคมไทยภาคอีสานเป็นสังคมที่มีวัฒนธรรมการดูแลแบบเครือญาติเป็นครอบครัวใหญ่ มีปู่ย่าตายายรู้จักกันเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันและได้รับการยอมรับจากสังคมผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลืออย่างดีจากลูกหลาน และสภาพปัจจุบันปัญหาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีความเจริญทางคมนาคม การศึกษาคนในชุมชนนิยมส่งลูกหลานไปเรียนต่างประเทศ จากสาเหตุดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ชุมชนรับเอาวัฒนธรรมต่างถิ่นเข้ามา ความเป็นอยู่ในชุมชนจึงเปลี่ยนไปคนในชุมชนออกไปทำงานหรือย้ายถิ่นฐานไปอยู่ที่อื่น ทำให้พ่อแม่เฝ้าบ้านบางครั้งรอบครัวทิ้งลูกเล็กๆ ให้พ่อแม่ดูแลทำให้ผู้สูงอายุในปัจจุบันรู้สึกท้อแท้เหงาเพราะความคาดหวังของผู้สูงอายุต้องการที่จะได้รับการดูแลจากลูกหลานเมื่อแก่เฒ่าภาครัฐและองค์กรชุมชนดูแลให้การช่วยเหลือด้านนโยบายโดยจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพ จัดสถานสงเคราะห์คนชราจัดศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนแต่การจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสานยังไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุมทั่วถึงและรูปแบบการดูแลยังไม่ชัดเจน

วันเพ็ญ ปันราช (2552) ได้ศึกษาการพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนรับรู้ว่าการเป็นผู้สูงอายุคือ เป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้เปลี่ยนสถานภาพเป็น ปู่ย่า ตายาย โดยจัดผู้สูงอายุเป็นกลุ่มได้ 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางเรื่องและต้องการพึ่งพาผู้อื่นบางเรื่อง 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่ได้ และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแล สำหรับด้านปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุคือ ปัญหาภาวะสุขภาพกายและการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาความยากจน ไม่มีรายได้ และ ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและการได้รับการยอมรับจากสังคม กิจกรรมการดูแลที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งระบบ โดยเฉพาะด้านรัฐสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในส่วนของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อตอบสนองต่อปัญหา

และความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมีข้อเสนอรูปแบบการดูแลคือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สอดคล้องกับบริการของสังคมและวัฒนธรรมในลักษณะการทำงานในแนวราบและการทำบทบาทการเป็นหุ้นส่วนและอยู่บนฐานของทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน ซึ่งรูปแบบการดูแลประกอบด้วย การรวมกลุ่มกองทุนชุมชน การจัดให้มีสวัสดิการชุมชน

สุรพล ชยภพ(2552) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าประวัติความเป็นมาของวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งสามแห่ง พบว่า มีวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุ มีระยะเวลา 4 ยุค คือ ยุคก่อตั้งชุมชน ยุคชุมชน ยุคสถานีอนามัย และยุคพัฒนา ซึ่งลักษณะการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 4 ยุค มีลักษณะร่วมกันคือ ยุคก่อตั้งชุมชนและยุคชุมชน ผู้สูงอายุพึ่งตนเองและเครือญาติกับพึ่งธรรมชาติ ดูแลสุขภาพด้วยยาสมุนไพร ยุคสถานีอนามัยและยุคพัฒนาผู้สูงอายุพึ่งตนเองและรัฐ สภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตแตกต่างกันหลายด้าน ในด้านการศึกษาตามแบบอัยาศัย ด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุจำนวนมากพึ่งเศรษฐกิจแบบทุนนิยมและรัฐสวัสดิการไม่ได้เตรียมตัวเพื่อการออมไว้ใช้ในอนาคตข้างหน้า แต่ผลการศึกษาสภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุฐานะร่ำรวย เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตไม่มีปัญหาเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุฐานะปานกลางมีความเป็นอยู่พออยู่พอกิน และผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนมีความต้องการพึ่งรัฐสวัสดิการจากเบี้ยยังชีพคนชรา แต่ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้รับสวัสดิการจากรัฐอย่างทั่วถึง ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม พบว่าการมีส่วนร่วมเกิดเกิดจากรัฐกับชุมชน ชุมชนกับคน ในชุมชน ครอบครัวและเครือญาติ และการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุด้วยกัน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(2552) โดยเทศบาลนครศรีธรรมราช ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยโรงพยาบาลเทศบาลนครศรีธรรมราช ได้ริเริ่มนำแนวคิด Home Health Care มาใช้ ซึ่งเป็นลักษณะของการให้บริการผู้ป่วยตามบ้าน ทำให้สามารถเพิ่มจำนวนเตียงในการรักษาผู้ป่วยกระจายไปอยู่ตามบ้านผู้คนมากกว่าสองหมื่นเตียง จนมีชื่อเรียกว่า “โรงพยาบาลสองหมื่นเตียง” ควบคู่ไปกับการจัดให้มีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพที่เรียกว่า “สวนศรีธรรมมา โสกราช” เพื่อให้บริการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต แพทย์แผนไทย ตรวจสอบสุขภาพ และเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(2552) ศึกษาเรื่อง สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552 ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ภายใต้ประเด็น “การดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ” ในรอบปี พ.ศ.2552 ที่ผ่านมา โดยเทียบเคียงกับยุทธศาสตร์ เป้าหมายและตัวชี้วัดต่างๆ ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ซึ่งพบว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมผู้สูงอายุ และยุทธศาสตร์ที่ 3 ระบบความคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุจากกล่าวได้ว่าการดำเนินงาน ในส่วนของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและองค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ นับว่ามีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยมีลักษณะของขอบเขตกิจกรรมที่กว้างขวางขึ้นกว่าเดิม พิจารณาได้จากจำนวนที่เพิ่มขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุในรูปของกลุ่ม ชมรมในพื้นที่ทั่วประเทศ ภายใต้ความสนับสนุนของกรมอนามัย และสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ควบคู่ไปกับการให้ความสนับสนุนทางด้านเทคนิค วิชาการ และทรัพยากรในรูปแบบต่างๆ จากภาคราชการผ่านทางกลไกการบริหารจัดการของกลุ่มองค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ ก็มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งในเรื่องของการสนับสนุนข้อมูลและสื่อความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ สุขศึกษา ตลอดจนให้การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ เพื่อจัดกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และศาสนาประเพณี ฯลฯ ในขณะที่การส่งเสริมและการสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย ก็กำลังเป็นประเด็นที่อยู่ในกระแสความสนใจและความตระหนักของหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะหน่วยงานภาคราชการ ที่มีบทบาทหน้าที่และภารกิจเกี่ยวข้อง โดยตรงกับผู้สูงอายุ พิจารณาได้จากการมีส่วนร่วมและการประสานความร่วมมือในการช่วยณรงค์ เผยแพร่และร่วมกระตุ้นให้มีกิจกรรมการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจให้มีการปรับปรุงอาคารสถานที่สาธารณะที่ให้บริการแก่ประชาชน ทั้งอาคารสถานที่ของส่วนราชการ เอกชน รวมทั้งภาคธุรกิจเพื่อให้มีการดำเนินการปรับปรุงหรือจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

ดังนั้น จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุด้วยหลักใหญ่ๆ คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยตนเอง การดูแลโดยครอบครัว และการดูแลโดยชุมชน ซึ่งเป็น การดูแลผู้สูงอายุทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำรงชีวิต และมีความสุขทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจ ส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และต้องผนวกกับภาครัฐที่จะต้องเข้ามาบริหารจัดการ สนับสนุน โครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้สูงอายุได้ในอนาคต

2.6.1 งานวิจัยต่างประเทศ

ผู้วิจัยแบ่งงานวิจัยต่างประเทศออกเป็น 2 หมวดคือ งานวิจัยที่เกี่ยวกับนโยบายภาครัฐสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) งานวิจัยที่เกี่ยวกับนโยบายภาครัฐสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

จากการทบทวนงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวกับนโยบายภาครัฐสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์ ประกอบด้วย งานวิจัยที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความชัดเจน และสอดคล้องกับหัวข้อวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร” ดังนี้

1.1) งานวิจัยที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย

งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย มีผู้ทำการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยได้สรุปและนำเสนอ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

Kingdon (1984) ศึกษาเรื่อง Agendas, Alternatives and Public Politics ผลการศึกษาพบว่า การกำหนดวาระนโยบาย ประกอบด้วย 3 ด้านใหญ่ๆ คือ 1) กระแสตัวปัญหา คือ องค์ประกอบ กระแสของปัญหา 2) กระแสนโยบาย เช่น ความสามารถในการแก้ไขปัญหาคือข้อเสนอที่เกี่ยวข้องกับปัญหา 3) กระแสการเมือง เช่น การเปลี่ยนแปลงรัฐบาล ผลการเลือกตั้ง หรือ มติมหาชน จึงดี้อนเห็นว่าเมื่อใดก็ตามที่กระแสทั้ง 3 ประการมาบรรจบกัน ก็จะเป็นที่มาของนโยบายสาธารณะ หรือ หน้าต่างนโยบาย สถานการณ์ที่ทำให้หน้าต่างนโยบายเปิดออก มักจะได้แก่สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลหรือการเปลี่ยนแปลงการปกครอง เป็นต้น

Woo (2004) ได้ศึกษานโยบายการดูแลระยะยาวเพื่อนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศสาธารณรัฐเกาหลีกล่าวถึงโครงสร้างของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ได้ผลสะท้อนกลับคือภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ที่เพิ่มขึ้น ตัวแบบการดูแลระยะยาวกำลังถูกวางแผนไปพร้อมกับการก่อตั้งคณะกรรมการวางแผนการ

พัฒนาหลักสวัสดิภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนำไปสู่การริเริ่มหลักการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้นนโยบายหลายฉบับได้แก่การขยายโครงสร้างพื้นฐานเพื่อจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวการเปลี่ยนแปลงโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็กให้เป็นโรงพยาบาลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการพัฒนาระบบกองทุนสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

Guat (2007) ได้ทำการศึกษา การเรียนรู้จากประสบการณ์ของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นพบว่าญี่ปุ่นเป็นเช่นเดียวกับสิงคโปร์มีการเติบโตอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุพบว่ารูปแบบการประกันการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเป็นการบริการที่มีประสิทธิผลที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุในสิงคโปร์และญี่ปุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรนำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุรัฐต้องมั่นนโยบายและโครงการที่ตอบสนองแก่ประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

Windey ได้ทำการศึกษาเรื่องนโยบายการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในเบลเยียม ได้แก่การดูแลโดยหน่วยงาน หรือสถาบันต่างๆ การดูแลโดยชุมชน และการดูแลภายในครอบครัว พบว่าข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจ ขนาดของครอบครัวที่เล็กลง การจ้างงานสตรีที่เพิ่มขึ้น ระยะทางระหว่างสมาชิกในครอบครัว และความต้องการของผู้สูงอายุที่ยังคงอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง ถือเป็นความท้าทายในการวางนโยบาย และระบบดูแลผู้สูงอายุของเบลเยียม ซึ่งนำไปสู่การริเริ่มโครงการดูแลผู้สูงอายุภายในบ้านของตนเอง ในชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย โดยการพัฒนาการประสานในการดูแลผู้สูงอายุ โปรแกรมสนับสนุนการดูแลคนชรา ตลอดจนการวิจัยเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก และการแก้ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

ดังนั้น นโยบายการดูแลผู้สูงอายุของต่างประเทศจะเน้น นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นนโยบายที่ให้ประสิทธิผลตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุและ รัฐต้องมั่น นโยบายและโครงการที่ตอบสนองแก่ประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและตัวแบบการดูแลระยะยาวต้องมีการวางแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันสอดคล้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยที่เป็นการเตรียมความพร้อมในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมี “แผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ระยะเวลา3ปี (พ.ศ. 2554-2556) ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพด้าน สังคมและด้านเศรษฐกิจเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้ในอนาคต

1.2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีผู้ทำการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยได้สรุปและนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไว้ดังนี้

Butler (1998) ศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ในประเทศออสเตรเลียพบว่า กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมีปัญหาคือ 1) การที่แต่ละหน่วยงานมีงบประมาณสำหรับให้บริการเล็กน้อยในการจัดการได้ไม่เต็มที่เกิดภาพที่ไม่เหมาะสมต่อระบบบริการและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ 2) การมีความรู้เฉพาะด้านของผู้ให้บริการที่ไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาของผู้รับบริการอย่างรอบด้าน 3) การขาดความรู้ข้อมูลและการฝึกอบรมที่จำเป็นในกลุ่มผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแต่ละฝ่ายมีความรู้ด้านวิชาชีพของตนแต่ขาดความรู้ด้านการประสานงานและการบริการต่างๆ 4) การขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบริหารระบบบริการสาธารณะโดยตรงสภาพปัญหาการนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดจากการที่แต่ละหน่วยงานต่างแยกกันให้บริการ ในขณะที่ผู้รับบริการมีปัญหาและความต้องการที่หลากหลายดังนั้นควรมีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางในการชี้แจงแนวทางนโยบายและทรัพยากรมุ่งเน้นการบริหารจัดการดูแลในท้องถิ่นเป็นหลักมีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

Hermanova and Richardson (2000) ได้สรุปผลและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ ในชุมชนชนบทในการสัมมนาทางชาติปีค.ศ. 2000 เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชนบท ณ เมือง Charleston ของสหรัฐอเมริกาจากการติดตามผลของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญผู้สูงอายุในชนบทซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาถึง 4 ส่วนที่เป็นกุญแจสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติคือ 1) สถานการณ์ของผู้สูงอายุได้แก่จำนวนประชากรผู้สูงอายุในชนบท 2) การนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติผู้จัดทำนโยบายได้รับการส่งเสริมจากรัฐบาลและนโยบายมีมาตรฐาน 3) การให้ความสำคัญแก่ค่านิยมและจริยธรรมของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของความเท่าเทียมและความยุติธรรม 4) มีการมอบอำนาจในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้แก่ท้องถิ่น

Olum (2002) ได้รายงานเกี่ยวกับสถานภาพและการนำนโยบายของชาติไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุในประเทศเคนยาพบว่าปัจจัยที่สำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้แก่ 1) สิทธิของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นในรูปแบบการให้บริการ 2) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้มี

ความรู้ความชำนาญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ3) การสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอในการนำนโยบายไปปฏิบัติแม้ว่าประเทศเคนยาพยายามที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา นโยบายเช่นการกำหนดคน นโยบายการนำนโยบายไปปฏิบัติการติดตามงบประมาณ การประเมินผลและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่างๆแต่ไม่ได้รับความร่วมมือในการพัฒนาและการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากปัจจัยต่างๆคือ 1) การขาดทรัพยากร2) มีการยอมรับนโยบายค่อนข้างต่ำจากผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ 3) ขาดการมีส่วนร่วมจากองค์กรต่างๆและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคมมีน้อยและ 4) กิจกรรมต่างๆ ที่เป็นกิจกรรมการให้บริการแก่ผู้สูงอายุน้อยเช่นทางด้านกีฬาันทนาการและการศึกษา

สรุปได้ว่า คุญแจสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติคือจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ผู้จัดทำนโยบายได้รับการส่งเสริมจากรัฐบาลการให้ความสำคัญเรื่องของความเท่าเทียม ความยุติธรรมมีการมอบอำนาจในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพยายามที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา นโยบายเช่นการกำหนดคน นโยบายการนำนโยบายไปปฏิบัติการติดตามประเมินผลและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในคราวต่อไป

2) งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุจะเห็นว่า มีผู้สนใจทำการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลที่หลากหลายพอสมควร โดยผู้วิจัยได้สรุปและนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

Cicirelli (1981) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบุตรที่เป็นวัยผู้ใหญ่ในการดูแลบิดามารดาสูงอายุในชุมชนลาฟาแยตรัฐอินเดียนาประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า บุตรมีทัศนคติต่อบิดามารดาสูงอายุในทางบวกมีความขัดแย้งแต่ไม่มากนักแต่บุตรรู้สึกว่าเป็นภาระผูกพันที่จะต้องช่วยเหลือบิดามารดาในอนาคตสิ่งที่บุตรควรให้แก่มารดาคือการให้กำลังใจการให้ที่อยู่อาศัยการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ การช่วยทำงานบ้านการบริการรับส่งพฤติกรรมที่แสดงถึงความผูกพันอีกอย่างหนึ่งคือการไปเยี่ยมและการพูดคุยทางโทรศัพท์อย่างน้อยทุกสัปดาห์ ส่วนการดูแลช่วยเหลือบิดามารดาในอนาคตนั้นบุตรที่อายุน้อยคาดหวังบริการจากรัฐและองค์กรอาสาสมัครมากกว่าบุตรที่อายุมากกว่าบุตรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีความคาดหวังบริการจากหน่วยงานต่างๆมากกว่าบุตรที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี

Farran and Popovich (1990) ศึกษาเรื่องความต้องการของมนุษย์ที่มีต่อสุขภาพในความเป็นผู้สูงอายุและการตอบสนองต่อการพยาบาลพบว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับเป้าหมายที่ปรารถนาในอนาคต เป็นเงื่อนไขที่สำคัญสำหรับการกระทำ และมีอิทธิพลต่อความจริงที่จะเกิดตามมา และยังพบอีกว่าสุขภาพจิต สุขภาพกาย แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการควบคุมตนเอง ศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง ส่วนเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวัง นอกจากนี้ยังสรุปเพิ่มเติมได้อีกว่าเครื่องมือวัดความหวังทั้งสอง จะ วัดเพียงความคาดหวังทั่วไปและความคาดหวังระหว่างบุคคลเท่านั้น และให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการรวมลักษณะเฉพาะของความคาดหวังเข้าด้วยกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาความคาดหวังของผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

Spence and Atherton (1991) ได้ทำการศึกษาระบบการจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ชาวผิวดำในรัฐฟลอริดาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุคือ 1) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและเครือข่ายในชุมชนแบบไม่เป็นทางการ ในการให้ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านที่อยู่อาศัยรายได้และอาชีพของผู้สูงอายุขอรับบริการ 2) การส่งบริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุแบบเป็นทางการ

Beckerman and Northrop (1996) ศึกษาเรื่องความหวัง ในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของความหวัง นอกจากนี้ยังพบว่า ความหวังในผู้สูงอายุจะต่ำกว่าคนในวัยอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมองว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุนั้นมีน้อยลง และสัมพันธ์ภาพกับคนอื่นๆ ก็ลดลง เมื่อเทียบกับขณะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเสื่อมของร่างกาย ทำให้การมีกิจกรรมลดลง ร่วมกับการต้องออกจากการทำงานเนื่องจากการเกษียณอายุ ทำให้รู้สึกไร้ค่าและไม่มี ความหวัง ซึ่งพื้นฐานความหวังของผู้สูงอายุนั้นเหมือนกับในวัยผู้ใหญ่ ในปัจจัยเรื่องความพึงพอใจต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่น และต่อชีวิตกับการหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุกคามความหวัง ส่วนปัจจัยเรื่องความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต จะไม่มีความสำคัญในผู้สูงอายุนี้อีกจากในผู้สูงอายุนั้น การคาดหวังในอนาคตคือ การดำเนินชีวิตในแต่ละวัน

Masuda and Kojima (2001) ได้เสนอภาพรวมของ ความมั่นคงทางสังคมแก่ผู้สูงอายุชาว ญี่ปุ่น ในมุมมองของวงจรชีวิตลักษณะของระบบความมั่นคงทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงจากการช่วยเหลือคนยากจนต่างๆ ไปสู่ นโยบายที่เป็นสากลในการช่วยเหลือคนที่ต้องการความช่วยเหลือสามารถใช้บริการสังคมและพิจารณาจากรายได้ผลประโยชน์ของความมั่นคงทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับได้ขยายกว้างขึ้น ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ประมาณ 2 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายด้านประกันสังคมทั้งหมดจากการที่เปลี่ยนจากวัยทำงาน ไปสู่วัยสูงอายุในอนาคตจึงมีความจำเป็น ต้องมีการประเมินถึงค่าใช้จ่ายในการจ่ายเงินบำนาญแก่ผู้สูงอายุ ค่ารักษาพยาบาลและค่าประกันในการดูแลรักษาในระยาว เพื่อให้ระบบความมั่นคงทางสังคมมีประสิทธิภาพและลดภาระวัยคนทำงานเป็นการประกันความเสี่ยงของประชากรในแต่ละวัย

Campbell and Ikegami (2003) แห่ง Keio University ประเทศญี่ปุ่น ได้เสนอว่าการจัดบริการสังคมในระยะยาวแก่ผู้สูงอายุควรจะแยกออกจากทางการแพทย์เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้สูงอายุสามารถได้รับการบริการที่เหมาะสมและใช้แนวทางการจัดการภาครัฐและเอกชนเข้ามาบริหารงบประมาณและผู้จัดทำนโยบายการบริการสังคมควรมีหลักการในการตัดสินใจนโยบายโดยคำนึงถึงประเด็นของขอบเขตเงินประกันสังคมที่มีความยุติธรรมผลประโยชน์ของประกันสังคมรูปแบบการจัดบริการสังคมความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาทางการแพทย์และการจัดบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุการควบคุมค่าใช้จ่ายเนื่องจากการกดดันเพิ่มค่าใช้จ่ายในภาครัฐปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานและเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการสังคมจากการดูแลทางการแพทย์เป็นการดูแลแบบระยะยาวจากสถาบันสู่การดูแลที่บ้านและเพื่อมิให้เป็นการวางแผนเฉพาะกิจ

Easley (2003) รายงานนำเสนอภาพรวมประเด็นสุขภาพของประชากรสูงอายุในแคโรไลนาเหนือ โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากร พบว่า สถานะสุขภาพโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพมีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, มะเร็ง, โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคอัลไซเมอร์, 'ไข้หวัดใหญ่', ปอดอักเสบและเบาหวาน นำเสนอสำหรับสี่กลุ่มอายุ : 50-64, 65-74, 75-94 และ 99 ในปี 2001 ผลรายงานผ่านการสำรวจ BRFSS ว่าการดูแลรักษาสุขภาพของพวกเขาเป็นธรรมดาหรือไม่รู้ยลละ 9 รายงานว่าพวกเขาไม่สามารถพบแพทย์ได้เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่สูงเกินไป สาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุแคโรไลนาเหนือคือ โรคหัวใจ, มะเร็ง, เบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมองและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สูงอายุในปี 1999-2001 คิดเป็นจำนวนเงินรวมกว่า 4,500,000,000\$ ค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาลโรคหัวใจเกือบ 5,000,000,000\$ ในช่วงระยะเวลา 3 ปี 1997-1999 ข้อมูลในรายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบริหารจัดการเรื่อง สุขภาพ

ผู้สูงอายุ เพื่อสามารถจัดลำดับความสำคัญด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุและกำหนดนโยบายบริการด้าน สุขภาพที่เหมาะสม

Boyle (2004) ได้ศึกษาหมู่บ้านกรีทเทอร์เบลฟาสท์ไอร์แลนด์เหนือเกี่ยวกับทางเลือกที่ สะดวกในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวชุดของการดูแลผู้สูงอายุถูกปรับปรุง ให้ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มี อาการรุนแรงถึงขั้น ไร้ความสามารถ โดยพักอยู่ที่บ้านส่วนตัวได้เป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ได้รับการ ยอมรับจากองค์กรสำคัญๆ หลักการนี้เป็นการสำรวจขอบเขตการปรับปรุงที่เป็นไปได้ตามความเป็น จริงของผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้าน ส่วน ตัวซึ่งเป็นทางเลือกที่ดีกว่าและคอยสอดส่องดูแลการใช้ ชีวิตประจำวันของพวกเขาได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถาน สงเคราะห์คนชรา

Tousignant (2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถที่บ้าน ในประเทศแคนาดาพบว่า ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความเป็น ไปได้ว่าจะเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง ในช่วงทศวรรษต่อไปเป็น คำตอบหนึ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลง โปรแกรมการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านแทนที่จะเป็นการดูแลในหน่วยงานบริการ

Tsutsui and Muramatsu (2007) ได้ศึกษาถึงการรับรองความต้องการดูแลผู้สูงอายุใน ระยะยาวในระบบการประกันของญี่ปุ่นเมื่อเมษายน ค.ศ. 2000 พบว่าประเทศญี่ปุ่นมีความชัดเจนใน การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวและเป็น สากคแก่ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในด้าน สุขภาพ ภายและจิตเมื่อเริ่มโครงการผู้สูงอายุมากกว่า 2 ล้านคน ได้ยื่นขอรับบริการผ่านมาจากรัฐบาลท้องถิ่น ที่ เป็นผู้ใช้ประกันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวการนำระบบการประกันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไป ปฏิบัติจริงต้องมีการรับรองมาตรฐาน ใน ความต้องการของผู้สูงอายุคือ ระบบต้องมีการกำหนด คุณสมบัติที่เป็นรูปธรรมตามข้อเท็จจริงยุติธรรมและมีประสิทธิภาพจึงมีการนำระบบคอมพิวเตอร์ มาจัดเก็บข้อมูลเพื่อเป็นเครื่องมือ ในการช่วยประเมินความต้องการทั้งหมดและพัฒนาการเก็บ รวบรวมข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีอาชีพ

Leiby and Shupe (2007) ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพ ที่บ้าน กับ การเข้ารักษา ใน โรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 105 คน โดย 37 คน ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่วนอีก 68 คน เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแล สุขภาพที่บ้านภายในเวลา 6 เดือน พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน กลับเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลอีกเพียง 1 คน ด้วยระยะเวลาเพียง 9 วัน ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลที่บ้าน กลับเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลอีกถึง 25 คน ใช้ระยะเวลาในการรักษานานถึง 105 วัน การศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะกลับเข้าโรงพยาบาลใหม่น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Egnor ได้ทำการวิจัยเรื่องความเข้าใจของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ศูนย์บริการผู้สูงอายุ (Day services) บริการที่มีอยู่และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อปรับปรุงแบบการให้บริการการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสัมภาษณ์ถึงบริการที่ต้องการพบว่า การให้บริการนอกจากบริการด้านสุขภาพแล้วจำเป็นต้องให้บริการด้านจิตใจและจิตวิญญาณด้วยและควรมีการบริการแบบพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ

Wendy and Caroline (2009) ได้ศึกษาความเสี่ยงและสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุกรณีศึกษาการวินิจฉัยการจัดการและนโยบายใหม่ซึ่งมีผู้ให้บริการสวัสดิการทางสังคมและผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในประเทศอังกฤษเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาคำตอบว่าผู้วางนโยบายสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้เรียนรู้อะไรจากการทำวิจัยต่างๆที่เกิดขึ้นบ้างอะไรคือความเสี่ยงของผู้ให้บริการและผู้รับบริการสวัสดิการทางสังคมที่เป็นผู้สูงอายุพบว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ประกอบการผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ) และผู้ดูแลจากการจัดการสวัสดิการทางสังคมผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และการวิจัยเกี่ยวกับสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุยังกระจุกตัวอยู่ในบางพื้นที่เท่านั้นยังมีอีกหลายพื้นที่ที่ควรจะต้องเข้าไปทำการวิจัยเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาอภิปรายเพื่อพัฒนาศักยภาพในการจัดสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

ดังนั้น งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุด้วยหลักใหญ่ๆ คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว การดูแลที่บ้าน และการจัดบริการทางสังคมที่เหมาะสม โดยเฉพาะเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งผลการวิจัยที่ออกมาทำให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิต โดยมีความสุขทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาทั้งหมดทำให้ผู้วิจัยมองเห็นสภาพปัญหาของผู้สูงอายุคือ ผู้ที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวและสังคมอย่างใกล้ชิดแต่เนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบัน ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจากสังคมแบบดั้งเดิมเข้าสู่สังคมแบบสมัยใหม่ ครอบครัวที่เคยดูแลผู้สูงอายุอย่างเกื้อกูลกันกลับกลายมาเป็นภาระ ต้องถูกเลี้ยงดูตามยถากรรมถูกทอดทิ้งให้ดำเนินชีวิตตามลำพังผลจากการวิจัยจำนวนมากที่มีความสอดคล้องแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันกำลังอยู่ในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงการดำเนินงานในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุจึงเป็นภาระเร่งด่วนที่ครอบครัวสังคมตลอดจนองค์กรหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนต้องประสานความร่วมมือเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้อยู่อย่างมีความสุขจึงทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจที่อยากศึกษาเกี่ยวกับ “การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร ในปี 2556-2558” เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขอย่างยั่งยืน ดังนั้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนี้ ได้สอดคล้องกับหัวข้อที่การศึกษาจึงนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาต่อไป

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการนำกรอบแนวคิดทฤษฎีมาเป็นเครื่องชี้นำปรากฏการณ์ที่ศึกษาจนละเอียดข้อเท็จจริง และบริบทของปรากฏการณ์นั้นๆ ในอีกมุมหนึ่ง การวิจัยเชิงคุณภาพจำเป็นที่จะต้องอาศัยเครื่องมือทางทฤษฎีมาช่วยพิจารณาความสลับซับซ้อนของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษา หรืออาจกล่าวได้ว่า กรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงคุณภาพถูกนำมาใช้ในฐานะเป็นเครื่องมือส่งนាំทางการวิจัย ทั้งในขั้น ตอนก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล และในขั้นวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงสร้างบทสรุป (จุมพล หนีมพานิช, 2551 : 164-165)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น แนวคิดทฤษฎีที่นำมาสู่การสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ เน้นไปที่ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นหลัก ซึ่งมีนักวิชาการในแต่ละช่วงเวลาไม่ว่าจะเป็น Van Meter and Van Horn (1975) Mazmanian and Sabatier (1983) Edwards (1980) Hjern and Porter (1981) Gigglin และ คณะ (1990) Lipsky (1980) และ Elmore (1978) เป็นต้น ได้เสนอมิติของทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติไว้อย่างหลากหลาย อย่างไรก็ตาม มิติจำนวนมากดังกล่าว มีความสำคัญ และความจำเป็นสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ของแต่ละมิติแตกต่างกันออกไป

ทั้งนี้ เพื่อความครบถ้วน สมบูรณ์ของเนื้อหาสาระที่เหมาะสมกับการวิจัย เพียงพอที่จะเป็นเครื่องมือนำทางในการศึกษา และตอบคำถามการวิจัยในเรื่อง การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร ในปี 2556-2558 จึงได้พิจารณา มิติที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา ที่มุ่งเน้นไปที่การศึกษาศาปฎิบัติการอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ในอีกมุมหนึ่ง ชุดมิติดังกล่าว มีนักวิชาการและนักวิจัยส่วนใหญ่ มักอ้างถึง หรือ ได้ยืนยัน สนับสนุน มิติข้างต้น ไว้แล้ว รวมถึงเป็นมิติที่มีความเชื่อมโยงกับเนื้อหาสาระ นโยบาย และพื้นที่ที่ทำการศึกษา โดยสาเหตุที่ผู้วิจัยต้องศึกษามิติจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริบทพื้นที่ เนื้อหา นโยบายการดูแลผู้สูงอายุเป็น สำคัญ เนื่องจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเน้น ที่การตีความหมายที่คำนึงถึงบริบทของสิ่งที่ศึกษา ไม่ใช่การทดลองเพื่อค้นคว้ากฎเกณฑ์ของสิ่งต่างๆ (Geertz, 1973 : 5)

ด้วยเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่างของ Van Meter and Van Horn (1975) มาเป็น กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของนโยบาย ทรัพยากรของนโยบาย การสื่อสารระหว่างองค์กรและ กิจกรรมเพื่อให้มีการบังคับใช้ให้ได้ผล ลักษณะของหน่วยปฏิบัติ สถานะ หรือเงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงทัศนคติของผู้นำ นโยบายไปปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้ตัวชี้วัดของแต่ละ มิติจากงานศึกษาวิจัยของนักวิชาการต่างๆ ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมไว้ข้างต้น อาทิเช่น Van Meter and Van Horn (1975) Edwards (1980) Pressman and Wildavsky (1979) วรเดช จันทรร (2551) สุทธิชัย ยาวะประภาส (2552) สมบัติ ชำราชัญวงศ์ (2551) นพรัตน์ วรรณเทพสกุล (2548) ปิยากร หวังมหาพร (2550) สันต์ หทัย สงวนศักดิ์ (2550) สุทธิภูธร ทรัพย์นาวิ (2554) เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล (2555) Butler (1998) Hermanova and Richardson (2000) Olum (2002) ซึ่งมีรายละเอียดของตัวชี้วัดในแต่ละปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยที่ 1) วัตถุประสงค์ของนโยบาย ประกอบด้วย 1.1) วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของนโยบาย หรือวัตถุประสงค์ของนโยบายตอบสนองต่อการแก้ปัญหาและ 1.2) ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของนโยบาย

ปัจจัยที่ 2) ทรัพยากรของนโยบาย ประกอบด้วย 2.1) การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสม 2.2) ปริมาณและคุณภาพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีเพียงพอและเหมาะสม และ 2.3) วัสดุอุปกรณ์มีเพียงพอ ทันสมัย อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้

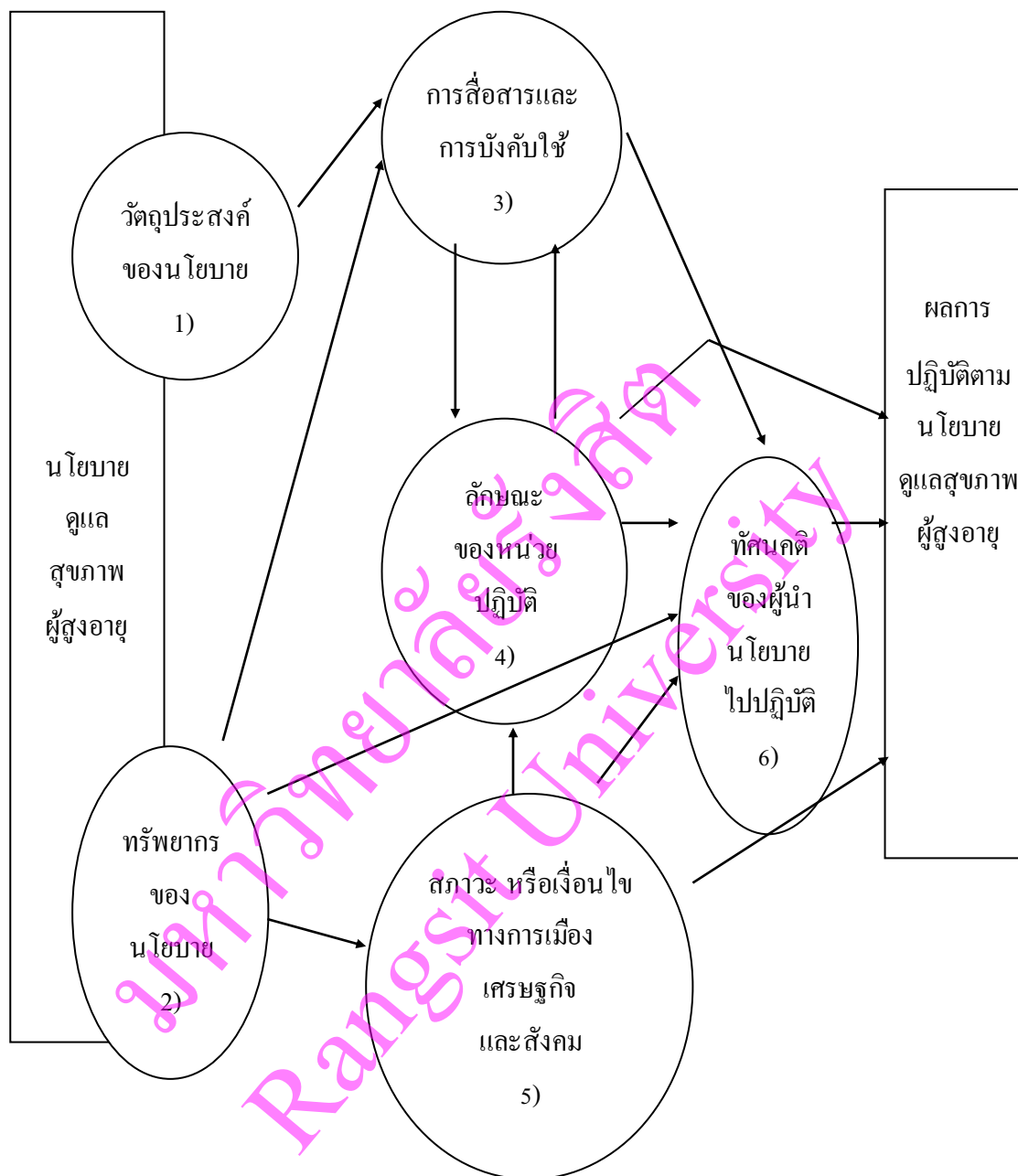
ปัจจัยที่ 3) การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมเพื่อให้มีการบังคับใช้ให้ได้ผล ประกอบด้วย 3.1) การมีความสามารถในการโน้มน้าวใจให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการดำเนินงานตามนโยบายที่วางไว้ และ 3.2) ความสามารถในการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร

ปัจจัยที่ 4) ลักษณะของหน่วยปฏิบัติ ประกอบด้วย 4.1) รูปแบบความซับซ้อนของโครงสร้างหน่วยปฏิบัติ 4.2) ความชัดเจนของอำนาจหน้าที่ของหน่วยปฏิบัติ และ 4.3) ความเหมาะสมของระเบียบ ข้อบังคับ

ปัจจัยที่ 5) สภาวะ หรือเงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ประกอบด้วย 5.1) การสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ 5.2) การสนับสนุนด้านงบประมาณรวมทั้ง 5.3) การติดตามผลการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

ปัจจัยที่ 6) ทักษะคิดของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 6.1) ผลกระทบที่จะมีต่อพฤติกรรมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และ 6.2) ความขัดแย้งที่มีต่อค่านิยมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

อาจกล่าวได้สรุปได้ว่า จากรายละเอียดของปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยดังกล่าว สามารถนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยที่สัมพันธ์ โดยเชื่อมโยงกับคำถามการวิจัย ดังรูปที่ 2.5.



รูปที่ 2.5 ประยุกต์จากตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn
ที่มา : D.S. Van Meter and C.E. Van Horn, 1975 : 463

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณี กรุงเทพมหานคร ในปี 2556-2558” เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการศึกษาจากเอกสาร (Documentary Study) และภาคสนาม (Field Work) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) และการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) เป็นการศึกษาและวิเคราะห์จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทั่วไป นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร และการนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงการประเมินผลนโยบายด้วย

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) นั้น ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้สัมภาษณ์ไว้ 3 ระดับ คือ 1) ระดับผู้กำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร 2) ระดับผู้นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภาครัฐของหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และ 3) ระดับผู้ประเมินผลการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ได้แก่ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, นักวิชาการด้านสังคมสงเคราะห์ และองค์การนอกภาครัฐ (Governmental Organization, NGO)

ส่วนการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) นั้น ผู้วิจัยได้จัดให้มีการสนทนากลุ่มเฉพาะ สำหรับผู้ที่ทำงานหรือมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ คณะกรรมการบริหารสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ และประธานกลุ่มที่รับผิดชอบดูแลชมรมผู้สูงอายุในแต่ละเขตของกรุงเทพมหานคร

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

ผู้ให้ข้อมูลหลักของการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) โดยผู้วิจัยได้กำหนดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการจัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ รวมทั้งหมด 30 คน

ระดับผู้กำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุโดยมีบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล หรือผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นตัวแทน รวมทั้งหมด 2 คน

ระดับผู้นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติโดยมีบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยผู้อำนวยการสำนักอนามัย ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม ผู้อำนวยการเขตบางนา ผู้อำนวยการศูนย์สาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง) นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หรือผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นตัวแทน รวมทั้งหมด 9 คน

ระดับผู้ติดตามนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยมีบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ นักวิชาการด้านสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งหมด 2 คน

กลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ (Focus Group Discussion)

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุของการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร และประธานกลุ่มแต่ละกลุ่มที่รับผิดชอบดูแลชมรมผู้สูงอายุในแต่ละเขต ทั้งหมด 50 เขต ซึ่งประธานกลุ่ม 1 คน รับผิดชอบดูแลเขตพื้นที่ 4-6 เขต รวมทั้งหมด 29 คน

ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้ร่วมสนทนาคณะผู้สูงอายุ ออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กล่าวคือ กลุ่มย่อยที่ 1 รวมกันทั้งหมด 14 คน กลุ่มย่อยที่ 2 รวมกันทั้งหมด 15 คน โดยคละรวมกันระหว่างคณะกรรมการบริหารสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ และประธานกลุ่มแต่ละกลุ่ม

ดังนั้นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยมีการคัดเลือกเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร ตามคุณลักษณะคือ เป็นผู้ที่มิมีบทบาทในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกรุงเทพมหานคร และเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดในส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร รวมถึงเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ดังตารางที่ 1.1 และ ตารางที่ 1.2

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก (สำรวจข้อมูลจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม ถึง 15 ธันวาคม 2558)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก (คน)
1. ระดับผู้กำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	
1.1 รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร	1
1.2 ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล	1
รวม	2
2. ระดับผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ	
2.1 รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม	1
2.2 ผู้อำนวยการสำนักอนามัย	1
2.3 ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	1
2.4 ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์	1
2.5 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	2
2.6 ผู้อำนวยการเขตบางนา	1
2.7 ผู้อำนวยการศูนย์สาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง)	1
2.8 นักสังคมสงเคราะห์ศูนย์บริการสาธารณสุข 8	1
รวม	9

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก (สำรวจข้อมูลจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม ถึง 15 ธันวาคม 2558) (ต่อ)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก (คน)
3. ระดับผู้ติดตามนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546	
3.1 กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ	1
3.2 นักวิชาการด้านสังคมสงเคราะห์	1
รวม	2

ตารางที่ 3.2 แสดงจำนวนผู้ร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ (สำรวจข้อมูลจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2557)

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ	จำนวนผู้ร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ (คน)
กลุ่มย่อยที่ 1	
คละรวมกันระหว่างคณะกรรมการบริหารสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุและประธานกลุ่มแต่ละกลุ่ม	14
รวม	14
กลุ่มย่อยที่ 2	
คละรวมกันระหว่างคณะกรรมการบริหารสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุและประธานกลุ่มแต่ละกลุ่ม	15
รวม	15
รวมผู้ร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุทั้งหมด	29

การวิจัยครั้งนี้มีการเลือกพื้นที่แบบเจาะจง โดยใช้พื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ ทำการศึกษาวิจัยเพราะผู้วิจัยตระหนักว่ากรุงเทพมหานครมีสังคม วัฒนธรรม ประเพณีการดูแล ผู้สูงอายุที่ไม่แตกต่างกันมากนัก และ กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่ม มากขึ้นเรื่อยๆ ตามทะเบียนราษฎรในปี 2538 จำนวน 456,000 คน ในปี 2543 จำนวน 578,000 คน และเพิ่มมากขึ้นเป็น 728,695 คน ในปี 2554 ซึ่งมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของ ประเทศไทยและที่สำคัญผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในกรุงเทพมหานครอยู่ในภาวะพึ่งพิงช่วยตนเองไม่ได้ มีปัญหาการขาดผู้ดูแลเนื่องจากมีบุตรน้อย หรือบุตรหลานต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพนี้ค่อนข้างสูง จึงเกิดปัญหาผู้สูงอายุถูกทำร้าย ร่างกาย และจิตใจ จากผู้ดูแลที่ไม่มีคุณภาพไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อ นำสู่การทอดทิ้งผู้สูงอายุในที่สุด ดังนั้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวในเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นเหตุผล ในการสนับสนุนเพื่อการเลือกพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร ใช้เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนา เฉพาะกลุ่ม ที่ผู้ศึกษาวิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบของการศึกษาเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร ในปี 2556-2558” ซึ่งแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และ แบบสนทนา กลุ่มเฉพาะที่สร้างขึ้นเป็นแบบที่มีโครงสร้าง (Structured In-Depth Interview) ซึ่งแสดง ไว้ในภาคผนวก

1) แบบสัมภาษณ์แบบที่มีโครงสร้าง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยกำหนดคำถามไว้ล่วงหน้า เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก จะช่วยให้ผู้วิจัยถามในประเด็นที่ต้องการ ในขอบเขตที่กำหนดไว้ และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาอธิบายได้อย่างชัดเจน ใช้ สำหรับสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

2) แบบสนทนา กลุ่มเฉพาะ เป็นแบบสนทนา กลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยกำหนดคำถามไว้ ล่วงหน้าเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการพูดคุยสนทนาแบบเจาะประเด็นและแลกเปลี่ยน ทักษะ ระหว่างผู้เข้าร่วมการสนทนา กลุ่ม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสนทนา กลุ่มเฉพาะ ผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ คือ 1) หนังสือ เอกสารต่างๆ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ 2) การเข้าไปสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง 3) เครื่องบันทึกเสียงเพื่อ บันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 4) กล้องถ่ายภาพ เพื่อบันทึกภาพเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และ 5) สมุดบันทึกภาคสนาม (Field Notes) เพื่อจดบันทึกรายละเอียดจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลอีกครั้งที่ได้จากเครื่องบันทึกเสียงโดยผู้วิจัยเลือกใช้ทุกเครื่องมือที่กล่าวมาแล้วข้างต้น มาเป็นตัวช่วยในการศึกษาวิจัย เพราะทุกเครื่องมือมีความสำคัญที่แตกต่างกันไป

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์แบบที่มีโครงสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายภาครัฐสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครซึ่งในการสร้างข้อคำถามการสัมภาษณ์นั้นมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1.1) สร้างข้อคำถามประเด็นในการสัมภาษณ์โดยศึกษาจากเอกสารตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีข้อคำถามปลายเปิด มีการกำหนดโครงสร้างและขอบเขตของเนื้อหา ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2) นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาของสาระของแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่มเฉพาะสำหรับการวิจัยเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในด้านการใช้ภาษาและความถูกต้องด้านเนื้อหา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

1.3) นำข้อคำถามการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและความตรงเชิงเนื้อหาตลอดจนการใช้ภาษาเพื่อความสมบูรณ์ถูกต้องมากยิ่งขึ้น จากนั้นนำข้อคำถามที่สร้างขึ้นมาวิเคราะห์ ปรับปรุงขั้นสุดท้ายเพื่อ

นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง ก่อนนำไปจัดทำแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลักต่อไป

2) แบบการสนทนากลุ่มเฉพาะเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

2.1) กำหนดประเด็นการสนทนากลุ่มเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในด้านการใช้ภาษาและความถูกต้องด้านเนื้อหา

2.2) นำประเด็นการสนทนากลุ่มเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาความเข้าใจและการใช้ภาษา เพื่อความถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2.3) จัดทำประเด็นการสนทนากลุ่มฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้ในการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุต่อไป

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร ในปี 2556-2558” ผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 รูปแบบคือ

1) จากเอกสาร เป็นการศึกษาและวิเคราะห์จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของการศึกษาเรื่องนี้ ได้แก่ คู่มือเกี่ยวกับเอกสารแนวคิดเกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบาย

2) จากภาคสนาม ในการเตรียมพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล ซึ่งในการแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์นั้น ได้เข้าไปแนะนำตนเองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากสถานที่ดังกล่าวเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ในการประกอบในการศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ใช้วิธีการต่างๆ ดังนี้

2.1) การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักวิธีการสัมภาษณ์ มีการกำหนดประเด็นการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งเริ่มจากคำถามทั่วไปแล้วจึงนำเข้าสู่ประเด็นเนื้อหา โดยใช้วิธีจับบันทึกและบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ตามความเหมาะสม

2.2) การสนทนากลุ่มเฉพาะเป็นการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุโดยการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ซึ่งวิธีนี้ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กล้าพูดกล้าแสดงออก และมีการซักถามอย่างเป็นกันเอง วิธีการสนทนากลุ่มมีการกำหนดประเด็นการสนทนากลุ่มไว้ล่วงหน้า ซึ่งเริ่มจากคำถามทั่วไปแล้วจึงนำเข้าสู่ประเด็นเนื้อหาและลงท้ายด้วยคำถามแบบสบายๆ อีกครั้ง เพื่อสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองที่สุด โดยใช้วิธีจับบันทึกบันทึกเสียงการสนทนากลุ่มเฉพาะและใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มตามความเหมาะสม

การวางแผนการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเฉพาะมีกระบวนการดังต่อไปนี้

1) การเตรียมการลำดับแรกดำเนินการค้นหาบุคคลที่จะไปสัมภาษณ์และบุคคลที่จะเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่มเฉพาะ ซึ่งทั้งผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเฉพาะสามารถติดต่อได้ และมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ โดยผู้วิจัยเตรียมประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยขณะเดียวกันก็จัดเตรียมเครื่องมือประกอบการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเช่น เครื่องบันทึกเสียงอุปกรณ์จับบันทึกเสียงรูปเป็นต้นเสร็จแล้วจึงได้ดำเนินการนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ร่วมสนทนากลุ่มเพื่อขอทำการสัมภาษณ์และทำการสนทนากลุ่ม

2) ขึ้นแนะนำตัวเมื่อสามารถนัดหมายกับกลุ่มเป้าหมายบุคคลสำคัญตามรายชื่อที่กำหนดไว้ผู้วิจัยได้ไปพบตรงเวลา และไปถึงสถานที่นัดหมายด้วยความเรียบร้อยอย่างสุภาพ มีสัมมาคาราวะแนะนำตัวเองว่า ผู้วิจัยกำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครในปี 2556-2558” เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ในสาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์ วิทยาลัยรัฐกิจ มหาวิทยาลัยรังสิต ซึ่งได้แนบหนังสือเอกสาร 3 ฉบับคือ หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากศูนย์บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต โครงการวิจัย และแบบสัมภาษณ์สำหรับการวิจัยถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก สำหรับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเฉพาะ ผู้วิจัยได้แนบหนังสือ 3 ฉบับคือ หนังสือขอเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุจากศูนย์

บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยรังสิต โครงร่างการวิจัย และแบบสนทนากลุ่มเฉพาะสำหรับการวิจัยถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ และได้ขออนุญาตฉบับที่กบ้นที่กเสียง ถ่ายภาพและนำ ข้อความการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเปิดเผยต่อสาธารณะ

3) ขั้นตอนการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้วิจัยได้สรุปงานวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มรับทราบจนเป็นที่เข้าใจแล้วจึงตั้งคำถามเริ่มการบันทึกเสียงเมื่อจับ ประเด็นที่สำคัญได้ก็อาจมีการตั้งคำถามเพื่อยืนยันการให้การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มอีกครั้ง เพื่อความชัดเจนของความคิดเห็นต่างๆ ความสัมพันธ์ของผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้สร้างบรรยากาศในลักษณะการให้ความเคารพนับถือผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มอย่างสูงขณะเดียวกันก็มีความเป็นกันเองอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อการ ได้มาซึ่งข้อมูลอย่างดีที่สุด โดยไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มรู้สึกถึงความ จำเป็นต้องระมัดระวังในการให้สัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเพราะสามารถปรับปรุงแก้ไขได้อย่าง เต็มที่ไม่ใช่เป็นการจ้องจับผิดก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแต่ อย่างใดประกอบกับผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มด้วยตนเองไม่ได้แสดงความรู้สึก ทศนคติใดที่จะเป็นทั้งการส่งเสริมหรือแสดงความไม่เห็นด้วยของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ร่วมสนทนา กลุ่มในประเด็นต่างๆ ตลอดจนไม่นำทั้งความเห็นหรือคำถามที่ดูประหนึ่งว่าจะขัดต่อการสัมภาษณ์ แต่ใช้วิธีการทบทวนความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแทนเพื่อเป็นการ ตอกย้ำในข้อมูลที่ได้รับให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4) การบันทึกข้อมูลฉบับที่กบ้นที่กเสียงที่สำคัญให้ละเอียดและตรวจสอบความถูกต้องจาก ข้อมูลอีกส่วนที่ได้จากการบันทึกเสียงไว้แล้วจึงเรียบเรียงข้อมูลการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ด้วยภาษาเขียนให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและสุภาพเหมาะสมในการที่จะบันทึกลงในเอกสารของ การวิจัยครั้งนี้

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีดำเนินการกับข้อมูลเป็นการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแยกวิเคราะห์รายละเอียดของแบบ สัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่มเฉพาะ จากกลุ่มเป้าหมายที่แยกประเภทไว้แล้วจำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และกลุ่มผู้ร่วมสนทนาเฉพาะผู้สูงอายุ โดยแยกวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุแล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกันในภาพรวมซึ่งบุคคลกลุ่มเป้าหมาย

ทั้งสองกลุ่มมีความเห็นอย่างไรกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ตามกรอบของการดูแลที่อยู่ในปัจจุบัน

ดังนั้น การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ มีเป้าหมายเพื่อจัดระบบและกลุ่มก้อนของข้อมูล การแสดงความสัมพันธ์ความเชื่อมโยงของข้อมูล การตีความและหาข้อสรุป เป็นการอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งในมุมมองของคนที่สามารถตรวจสอบได้ และมีความน่าเชื่อถือสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้ 2 วิธีการคือ

1) วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยเขียนแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) หรืออาจจะเป็นตัวเลขแล้วแต่กรณี โดยข้อมูลนั้นได้จากเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือได้จากข้อเท็จจริงที่เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินโครงการบันทึกไว้

2) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นการวิเคราะห์ตีความข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาของผู้วิจัยแล้วนำมาเรียบเรียงเป็นถ้อยคำพรรณนาซึ่งข้อมูลนั้นได้มาจากเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ

ข้อมูลในการวิจัยได้มาจาก 2 แหล่งคือข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร บันทึกไว้ในแฟ้มข้อมูลที่ศึกษาและข้อมูลภาคสนาม จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ

1) ข้อมูลที่ได้จากเอกสาร ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาต่างประเทศผู้วิจัยได้ค้นคว้าข้อมูลจากฐานข้อมูลสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รวมทั้งค้นคว้าข้อมูลจากเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อให้ได้ข้อมูลเอกสารผลงานวิจัยและเอกสารต่างๆ ของกรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความเกี่ยวข้องกับนโยบายภาครัฐสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร แล้วนำมาวิเคราะห์โดยวิธีการ Method of Agreement ซึ่งประกอบด้วยตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ในเชิงแนวคิดทฤษฎีซึ่งพิจารณาจากเอกสารที่เป็นเรื่องเดียวกันจากหลายๆ แหล่งหากข้อมูลตรงกันก็ถือว่ายอมรับความเชื่อถือได้และนำมาอ้างอิง

2) ข้อมูลที่ได้จากภาคสนาม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ เมื่อได้ทำการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มบุคคลตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้ใช้วิธีการถอดถ้อยคำการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม จากเครื่องบันทึกเสียงพร้อมทั้งรายละเอียดเพิ่มเติมจากการจดบันทึกโดยทำการคัดลอกข้อความและบันทึกอย่างละเอียดเพื่อตีความและกำหนดประเด็นที่สำคัญได้อย่างถูกต้องและเชื่อถือได้แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาซึ่งในการวิเคราะห์เนื้อหานั้นผู้วิจัยใช้การถอดข้อความทั้งหมดในภาพรวมแล้วนำข้อความทั้งหมดมาวิเคราะห์ในแต่ละประเด็นและแต่ละกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้การวิจัยครั้งนี้สามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างถูกต้อง

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

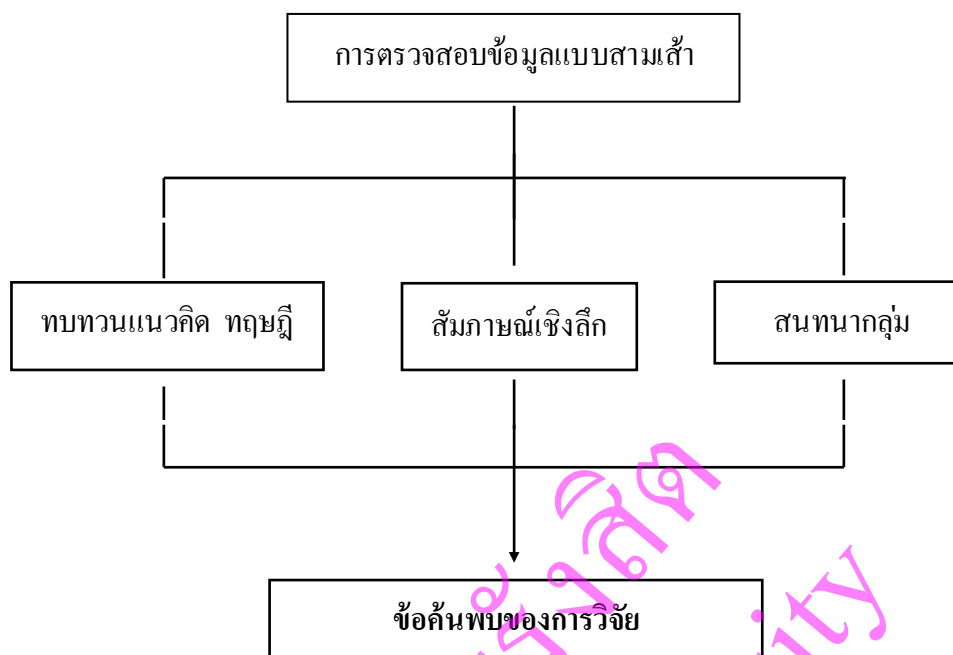
เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วทำการตรวจสอบข้อมูลแบบ “Triangulation” หรือที่เรียกว่า “การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Methodological Triangulation)” (Denzin, 1978: 390) เป็นการใช้กระบวนการวิธีที่หลากหลาย (The Multiple-Method Approach) ในการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยดังนี้

1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่วิธีการตรวจสอบคือการตรวจสอบแหล่งของข้อมูล ได้แก่ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล

2) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) โดยตรวจสอบว่า ถ้าผู้วิจัยใช้แนวคิด ทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด

3) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกันเช่น การสัมภาษณ์ การสังเกตควบคู่กับการซักถามพร้อมกันนั้นก็ศึกษาข้อมูลจากเอกสารประกอบด้วย

สรุปการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลประกอบด้วยสามรูปแบบคือการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลทฤษฎีและด้านวิธีการรวบรวมข้อมูลดังรูปที่ 3.1



รูปที่ 3.1 การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของ กรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

สำหรับในบทที่ 4 นี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอแผนที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาถึงความเป็นมาของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร จากนั้นจะนำข้อมูลทั้งที่ได้จากเอกสาร ข่าวสาร เว็บไซต์ การร่วมประชุม เสวนาทางวิชาการ และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ มาวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการตามนโยบายความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้น โดยการวิเคราะห์ข้อมูลในบทนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ 4 ประการ ได้แก่

ประการที่ 1 เพื่อศึกษาความเป็นมาของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

ประการที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

ประการที่ 3 เพื่อศึกษาความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

ประการที่ 4 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

ในส่วนของวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ด้านความเป็นมาของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัตินั้น ในแง่ของหลักการเมื่อมีการกล่าวถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องแปลง

นโยบายให้เป็นแผน / แผนงาน / โครงการ ดังนั้นในลำดับต่อไปนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ ข้อมูลความเป็นมาของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครไปปฏิบัติ โดยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่ประกอบด้วยแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2556-2575) แผนปฏิบัติราชการ กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2558 แผนปฏิบัติราชการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558 แผนปฏิบัติราชการ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558 และแผนปฏิบัติราชการ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558 โดยผู้วิจัยขอเสนอภาพรวมความเป็นมาของแผน / แผนงาน / โครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร ดังต่อไปนี้

4.1 ภาพรวมความเป็นมาของแผน/แผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีการเปลี่ยนผ่านของประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยทั้งในภาพรวมของประเทศและในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงและเขตการปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ จากข้อมูลสำมะโนประชากร ปี พ.ศ. 2553 และข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์พบแนวโน้มที่ปรากฏอย่างชัดเจนว่า โครงสร้างทางอายุประชากรของกรุงเทพมหานครเป็นประชากรสูงวัย กล่าวคือ ในปัจจุบันกว่า 1 ใน 10 ของประชากรในกรุงเทพมหานครมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และจากการคาดประมาณประชากรแสดงให้เห็นชัดเจนว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครทั้งจำนวนและสัดส่วนจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 2 ทศวรรษนี้ โดยเฉพาะ สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลาย คือ อายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

การก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้ ส่งผลให้เกิดการขยายบริการทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เพื่อรองรับความต้องการของประชากรสูงอายุ ทั้งนี้ไม่ใช่เฉพาะผู้สูงอายุที่มีที่อยู่ชัดเจนสามารถตรวจสอบได้ในกรุงเทพมหานครเท่านั้น ยังต้องคำนึงถึงเรื่องการย้ายถิ่นของผู้สูงอายุจากถิ่นอื่นเข้ามาในเมืองหลวงแห่งนี้ด้วย เพราะกรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางการพัฒนาในทุกมิติของประเทศ จึงเป็นแหล่งดึงดูดประชากรจากภูมิภาคต่างๆ ไม่ใช่เฉพาะแต่คนวัยแรงงานและเด็กเท่านั้น แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีการย้ายถิ่นของประชากรสูงอายุเข้ามาในเขตกรุงเทพมหานครด้วย จากข้อมูลสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีประมาณร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุย้ายเข้ามากรุงเทพมหานครในช่วง 5 ปีก่อนการสำรวจ โดยส่วนใหญ่ย้ายมาจากจังหวัดอื่น และมีอีกประมาณร้อยละ 3 ของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นมาจากต่างประเทศ ถึงแม้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นเข้ามากรุงเทพมหานครมี

สัดส่วน ไม่สูงนัก แต่การกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านต่างๆ ควรต้องคำนึงถึงประชากรสูงอายุที่ย้ายถิ่นเหล่านี้ด้วย เพราะอาจจะมีสภาพปัญหา ความต้องการที่แตกต่างจากประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมาแต่เดิม

กรุงเทพมหานคร ในฐานะองค์กรบริหาร ได้ให้ความสนใจและพยายามที่จะรับมือกับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศ นโยบายที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนเริ่มจากการประกาศปฏิญญา ในปี พ.ศ. 2550 และต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 ได้มีการกำหนดให้มีโครงการต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นแผนระยะยาว ซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นหนึ่งในหน่วยงานหลักหน่วยงานหนึ่งที่ต้องมีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติ

แม้ว่ากรุงเทพมหานครจะมีความพยายามกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุไว้แล้วในระดับหนึ่ง แต่จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ทั้งในระยะแรก (พ.ศ. 2545-2549) และ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) พบว่า งานด้านผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครมีทั้งส่วนที่ประสบความสำเร็จ และ ส่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ และยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นเป้าหมายที่กลุ่มประชากรสูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยตรง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขของประชากรสูงอายุ ซึ่งผลการดำเนินงานในภาพรวมของสองยุทธศาสตร์นี้ กรุงเทพมหานครประสบความสำเร็จน้อยกว่าภูมิภาคอื่น

อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจจากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 คือ การที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนผู้ที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพหรือภาวะพึ่งพาสูงกว่าพื้นที่อื่น แต่กลับได้รับความช่วยเหลือในรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน เพียงแค่ร้อยละ 14.2 ซึ่งน้อยกว่าภูมิภาคอื่น (ภูมิภาคอื่น มีสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 40) และต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 มาก (ในแผนฯ กำหนดไว้ร้อยละ 80) ทั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี (ยากจน) จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการไม่ได้รับการดูแลระยะยาวและการเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า สัดส่วนการเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุนี้เป็นดัชนีหนึ่งที่วัดความสำเร็จของนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวเป็นการสำรวจจากมุมมองของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครทั้งที่จดทะเบียนเป็น

ประชากรของกรุงเทพมหานครและ ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นเข้า โดยมีได้แจ้งย้ายเข้าอย่างเป็นทางการ จึงทำให้ภาพของการได้รับบริการค่อนข้างต่ำ ในความเป็นจริงแล้วที่ผ่านมากรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักอนามัย ได้มีความพยายามอย่างยิ่งที่จะขยายบริการเยี่ยมบ้าน ให้แก่ประชากรสูงอายุที่ปรากฏอยู่ตามทะเบียนราษฎรในเขตกรุงเทพมหานคร โดยในปี พ.ศ.2556 ได้มีการติดตามเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุอย่าง สม่ำเสมอโดยศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้ง 68 แห่ง มีผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมดจำนวน 35,188 คน และมีเป้าหมายที่จะขยายบริการให้ครอบคลุมประชากรสูงอายุให้เพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต จากข้อมูลในภาพของผู้รับบริการและผู้ให้บริการข้างต้น สะท้อนว่าการให้บริการด้านต่างๆ แก่ประชากรสูงอายุในกรุงเทพมหานครอย่างครอบคลุมและทั่วถึงทำได้ยากและยังคงเป็นประเด็น ทำทนาย เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นมหานครที่มีความเป็นพลวัตทางประชากรสูง โดยเฉพาะจากการย้ายถิ่นที่เป็นไปอย่างเสรี

และเพื่อให้การดำเนินงานต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสอดคล้องกับนโยบายในระดับประเทศอย่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 หน่วยงานของกรุงเทพมหานครได้กำหนดนโยบายและจัดทำแผนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางหรือแนวปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหลายฉบับ ได้แก่ นโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2556-2559 ที่มุ่งให้กรุงเทพมหานครเป็นมหานครแห่งความปลอดภัยและมหานครแห่งความสุข โดยคำนึงถึงประชากรสูงอายุเป็นการเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็นความปลอดภัยจากภัยพิบัติของประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยการจัดตั้งศูนย์บริการจัดการภัยพิบัติอย่างเร่งด่วน การเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุด้วยการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรและขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนาศักยภาพในการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเพิ่มจำนวนการเยี่ยมบ้านและการบริการที่บ้าน การเปิดให้บริการของศูนย์บริการเวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ การเพิ่มบริการคลินิกกายภาพบำบัดหรือกายภาพบำบัดชุมชน การพัฒนาชุมชนต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นต้น

นอกจากนโยบายข้างต้นแล้ว กรุงเทพมหานครยังได้มีการจัดทำแผนกรุงเทพมหานครระยะยาว 20 ปี (พ.ศ.2556-2575) ซึ่งมีการกำหนดวิสัยทัศน์ให้กรุงเทพมหานครเป็น “มหานครแห่งเอเชีย” ภายในปี พ.ศ. 2575 มีประเด็นยุทธศาสตร์หรือวิสัยทัศน์ย่อยใน 6 มิติ คือ มหานครปลอดภัย มหานครสีเขียวสะดวกสบาย มหานครสำหรับทุกคน มหานครกะทัดรัด มหานครประชาธิปไตย

และมหานครแห่งเศรษฐกิจและการเรียนรู้ ประกอบกับมิติของการบริหารจัดการ ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาด้านกฎหมาย การบริหารแผนและประเมินผล การบริหารทรัพยากรบุคคล การคลังและงบประมาณ และเทคโนโลยีสารสนเทศให้เป็นกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนทั้ง 6 มิติ ดังกล่าวข้างต้น

หนึ่งในยุทธศาสตร์หลัก 6 ประการนั้น ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วยการเป็น “มหานคร” สำหรับทุกคน (หมายรวมถึงประชากรทุกช่วงวัย) ในส่วนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ให้ความสำคัญกับการลดอัตราการความชุกของโรคในผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายในปี พ.ศ. 2575 ให้เหลือร้อยละ 2 และมีการเพิ่มสัดส่วนของโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุให้ครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุด้วย

อย่างไรก็ดี เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลกรุงเทพมหานคร แผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะยาวตลอดจนเชื่อมโยงกับแผนระดับชาติ คือ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ร่วมกับสำนักอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักการแพทย์ สำนักพัฒนาสังคม สำนักการศึกษา สำนักการโยธา จึงได้ร่วมกันจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ.2557-2560) ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จะใช้เป็นกรอบในการบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน และนำไปสู่สัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร แผนพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครฉบับนี้ ประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ในพิธีเปิด “กิจกรรมเนื่องในวันผู้สูงอายุสากล” มีเนื้อหาให้ทุกหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร บูรณาการการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน โดยให้ติดตามผลและกำหนดตัวชี้วัดทุกปี การดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่

- 1) พัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีรายได้และมีงานทำ
- 2) สร้างระบบคุ้มครองและกฎหมายในการดูแลสิทธิต่างๆ
- 3) สร้างมาตรการเพื่อเตรียมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ โดยแนะนำประชากรเรื่องการวางแผนดูแลสุขภาพและออมเงิน
- 4) บริหารจัดการด้านการอำนวยความสะดวกต่างๆ
- 5) เตรียมบุคลากรและอุปกรณ์เพื่อดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอ

ผู้วิจัยเห็นว่า แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) นี้ เป็นแผนที่เน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรงและมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นแผนหรือนโยบายที่กรุงเทพมหานครนำมาเป็นหลักในการกำหนดโครงการหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันด้วย และหน่วยงานที่รับผิดชอบส่วนนี้ให้ความสำคัญกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ.2557-2560) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพิจารณาถึงการนำแผนนี้ไปปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นหลัก ซึ่งหน่วยงานของกรุงเทพมหานครและผู้ที่เกี่ยวข้องมีการกำหนดกรอบแนวคิดในการจัดทำแผนฯดังกล่าวไว้ดังนี้

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) นี้ เป็นแผน ระยะ สั้น 4 ปี (พ.ศ. 2557-2560) จัดทำขึ้น โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552) ประกอบกับการระดมความคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้กำหนดคน นโยบาย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานสังกัดกรุงเทพมหานคร รวมถึงผู้แทนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังได้นำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 แผนบูรณาการด้านผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2553-2555 แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2556-2575) และแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร 12 ปี ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2556-2559) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการร่างนโยบาย / แผนฯ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน ด้วยเหตุนี้ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร จึงมีเค้าโครงของแผนฯ คล้ายคลึงกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 โดยมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ มาตรการหลัก มาตรการย่อย หน่วยงานที่รับผิดชอบ และดัชนีตัวชี้วัด ที่ชัดเจน เพื่อให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย / แผนฯอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ลำดับของยุทธศาสตร์และมาตรการต่างๆ มีความแตกต่างไปบ้างจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะเฉพาะเป็นพิเศษกว่าพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ โดยวัตถุประสงค์ของแผนพัฒนา กรุงเทพมหานคร 12 ปี ระยะที่ 2 (พ.ศ.2556-2559) ฉบับนี้มุ่งให้เกิดบูรณาการในการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งเน้นที่จะสร้างความตระหนักในการเป็นเจ้าของแผนฯ นี้ร่วมกัน และใช้สิ่งที่กำหนดไว้ในแผนฯ เป็นกรอบและแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) มีวิสัยทัศน์ คือ “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่าและมีความสุข” ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น ในการจัดทำแผนฯ และเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ดังกล่าว จึงได้กำหนดพันธกิจหรือวัตถุประสงค์หลักไว้ดังนี้

- 1) พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด อีกทั้งอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานที่สุด
- 2) ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของประชากรที่อยู่ในวัยเด็ก และวัยแรงงานของกรุงเทพมหานครให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต
- 3) ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการและสวัสดิการต่างๆ โดยการพัฒนาระบบส่งเสริมศักยภาพและคุ้มครองผู้สูงอายุที่มีบูรณาการและมีประสิทธิภาพ
- 4) ส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่ม และองค์กรต่างๆ ในการมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

จากพันธกิจดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า กรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีมิติในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วย โดยกำหนดไว้เป็นพันธกิจหรือวัตถุประสงค์ข้อแรก

จากที่กล่าวมาข้างต้นว่า ยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) มีความสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 แต่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในฐานะกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นลำดับแรก เพราะเล็งเห็นว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนและจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก และข้อมูลจากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครส่วนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง จึงเป็นเหตุให้การจัดเรียงลำดับยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) ฉบับนี้ต่างไปจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 โดยแผนฯ ฉบับนี้มุ่งที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุเป็นหลัก จึงกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ และยุทธศาสตร์ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุไว้ในสองลำดับแรกของยุทธศาสตร์ ถัดมาจึงเป็นยุทธศาสตร์เพื่อเตรียมความพร้อมของประชากรรุ่นต่อไปให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยุทธศาสตร์ที่เหลือ

จะเกี่ยวข้องกับระบบบริหารจัดการอย่างมีบูรณาการ และระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย และติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนฯ

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) แบ่ง ยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการส่งเสริมและ พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองต่อไปได้ นานที่สุด รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการทำ ประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการ สร้างระบบการคุ้มครองในทุกมิติให้แก่ผู้สูงอายุที่ยังพึ่งตนเองได้และอยู่ในภาวะพึ่งพา

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรในกรุงเทพมหานครทุก ช่วงวัย เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงาน ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่าง บูรณาการของกรุงเทพมหานคร และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการพัฒนา ระบบบริหาร จัดการและวางแผนพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีบูรณาการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร มุ่งเน้นการพัฒนา ความรู้และข้อมูลด้านผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและติดตามผลการดำเนินงานด้าน ผู้สูงอายุ

สำหรับการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาในเรื่องการนำนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ดังนั้นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้างนี้ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 2 ซึ่งใน ยุทธศาสตร์ทั้งสองนี้มีการกำหนดมาตรการหรือกลยุทธในการดำเนินการ ค้างนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองต่อไปได้นานที่สุด รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยกำหนดมาตรการหรือกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไว้ในมาตรการที่ 2 คือ มาตรการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคมอย่างบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว โดยจะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้สถานพยาบาลของกรุงเทพมหานคร มีบริการแพทย์แผนไทย / แพทย์ทางเลือก

สำหรับยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการสร้างระบบการคุ้มครองในทุกมิติให้แก่ผู้สูงอายุทั้งที่ยังพึ่งตนเองได้และอยู่ในภาวะพึ่งพา โดยกำหนด มาตรการหรือกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไว้ในมาตรการที่ 2 คือ มาตรการด้านหลักประกันด้านสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาและ ส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพ เพื่อผู้สูงอายุทุกคน ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง ให้วัคซีนที่จำเป็นตามมาตรฐานการป้องกันและ ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน ที่จำเป็น เช่น แวนตา ไม่ทำรถเข็น ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ รวมถึง มาตรการที่ 4 คือ มาตรการด้านระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ในส่วนของการจัดตั้งและ พัฒนาระบบบริการทางสุขภาพและทางสังคมแบบครบวงจร โดยควรครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

- 1) สนับสนุนและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว
- 2) ระบบประกันประกอบ
- 3) ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ โรคหลอดเลือดในสมอง
- 4) อาสาสมัครในชุมชน

มาตรการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กำหนดคิขึ้นนั้นยังแบ่งเป็นมาตรการย่อยและดัชนีชี้วัดรวมทั้งหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

มาตรการที่ 2 มาตรการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคมอย่างบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

ตารางที่ 4.1 มาตรการย่อยและดัชนีชี้วัด รวมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการที่ 2

มาตรการย่อย	ดัชนี	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ	ร้อยละของประชากรสูงอายุในกรุงเทพมหานครที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	1. สำนักอนามัย 2. สำนักพัฒนาสังคม 3. สำนักการแพทย์ 4. สำนักวัฒนธรรม กีฬา และการท่องเที่ยว 5. สำนักสิ่งแวดล้อม 6. สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล 7. สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร (กองประชาสัมพันธ์)
ส่งเสริมให้สถานพยาบาลของกรุงเทพมหานครมีบริการแพทย์แผนไทย / แพทย์ทางเลือก	ร้อยละของสถานพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีบริการแพทย์แผนไทย / แพทย์ทางเลือก	1. สำนักอนามัย 2. สำนักการแพทย์

ที่มา: ข้อมูลจากแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

มาตรการที่ 2 คือ มาตรการด้านหลักประกันด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4.2 มาตรการย่อยและดัชนีชี้วัด รวมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในยุทธศาสตร์ที่ 2 มาตรการที่ 2

มาตรการย่อย	ดัชนี	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน	ร้อยละของประชากรสูงอายุในกรุงเทพมหานครที่ใช้ระบบประกันสุขภาพในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย	1. สำนักอนามัย 2. สำนักการแพทย์ 3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง	1. ร้อยละของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ หรือตรวจสุขภาพประจำปี 2. ร้อยละของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพ ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	กรุงเทพมหานคร
ให้วัคซีนที่จำเป็นตามมาตรฐานการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	ร้อยละของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็นจากสถานบริการสุขภาพของรัฐ	
จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน ที่จำเป็น เช่น แวนตา ไม่ทำ รถเข็น ฟันเทียม แก่ผู้สูงอายุ	ร้อยละของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่ขอรับการช่วยเหลือและได้รับอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามที่จำเป็น	1. สำนักอนามัย 2. สำนักการแพทย์ 3. สำนักพัฒนาสังคม

ที่มา : ข้อมูลจากแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

มาตรการที่ 4 คือ มาตรการด้านระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

ตารางที่ 4.3 มาตรการย่อยและดัชนีชี้วัด รวมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในยุทธศาสตร์ที่ 2 มาตรการที่ 4

มาตรการย่อย	ดัชนี	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
จัดตั้งและพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพและทางสังคมแบบครบวงจร	1. มีการวางแผนบูรณาการในการผลิตบุคลากรเพื่อรองรับระบบการดูแลระยะยาว ภายในพ.ศ.2560	1. สำนักอนามัย 2. สำนักการแพทย์ 3. สำนักพัฒนาสังคม 4. สำนักวัฒนธรรม กีฬา และท่องเที่ยว
	2. มีกำหนดมาตรฐานสถานบริการและผู้ดูแลภายในปี พ.ศ.2560	5. สำนักงานเขต
	3. ร้อยละของเขตที่มีระบบบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุครบทั้ง 4 ข้อ	
	4. มีโรงพยาบาลผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลบางขุนเทียน) และเปิดให้บริการภายในปี พ.ศ.2560	
	5. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกครบวงจรสำหรับผู้สูงอายุ	
	6. จำนวนของศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	

ตารางที่ 4.3 มาตรการย่อยและดัชนีชี้วัด รวมทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในยุทธศาสตร์ที่ 2 มาตรการที่ 4 (ต่อ)

มาตรการย่อย	ดัชนี	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	7. ร้อยละของผู้สูงอายุที่พพล ภาพและได้รับการบริการ ชุมชนภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	
	8. มีแผนปฏิบัติการและ งบประมาณสำหรับให้ความ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัย พิบัติในกรุงเทพมหานคร	

ที่มา: ข้อมูลจากแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร)

เนื่องจากแผนการดูแลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครนั้นครอบคลุมทุกมิติของการดูแลผู้สูงอายุและมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละมิติของการดูแลผู้สูงอายุให้กับหน่วยงานต่างๆ โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน แต่อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุแต่ละมิติจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นหลัก ดังนั้น ในการปฏิบัติงานหรือดำเนินการตามแผนหลักของกรุงเทพมหานครดังกล่าวข้างต้นนั้น แต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละมิติจำเป็นต้องนำหลักการของแผนนั้นๆ มาพิจารณาเพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานของหน่วยงาน โดยเฉพาะ จึงเกิดเป็นแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงานขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาถึงการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2558 ดังนั้น จึงขอเสนอแผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ. 2558 ของแต่ละหน่วยงาน ได้แก่แผนปฏิบัติการกรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2558 แผนปฏิบัติการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2558 แผนปฏิบัติการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2558 และแผนปฏิบัติการสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558 ดังนี้

1) แผนปฏิบัติการราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2558

แผนปฏิบัติการราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2558 เกิดจากการนำแผนวิสัยทัศน์ของประชาชนเพื่อการพัฒนา กรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2556-2575) หรือวิสัยทัศน์กรุงเทพฯ 2575 ซึ่งได้ใช้กระบวนการ “จากล่างขึ้นบน” เพื่อให้คนกรุงเทพฯ เป็นผู้กำหนดอนาคตเมืองกรุงเทพมหานครร่วมกัน และนำมาพัฒนาวัตถุประสงค์ให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม และกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนพัฒนาในช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 เพื่อมุ่งให้บรรลุวิสัยทัศน์กรุงเทพฯ มหานครแห่งเอเชียในปี พ.ศ. 2575 ซึ่งประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ มหานครปลอดภัย มหานครสีเขียว สะดวกสบาย มหานครสำหรับทุกคน มหานครกะทัดรัด มหานครประชาธิปไตย และมหานครแห่งเศรษฐกิจและการเรียนรู้ โดยวิสัยทัศน์ทั้ง 6 ประการนั้น ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกับสภาพของปัญหาและแนวทางในการพัฒนาการบริหารจัดการ ด้านกฎหมาย การบริหารแผนและประเมินผล การบริหารทรัพยากรบุคคล การคลังและงบประมาณและเทคโนโลยี โดยสารสนเทศ เพื่อพัฒนาเป็นวัตถุประสงค์เชิงปฏิบัติการและตัวชี้วัดผลสำเร็จให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น โดยนักวิเคราะห์หั่น โยบายและแผน และผู้รับผิดชอบด้านการวางแผนของหน่วยงานในสังกัดหรือในกำกับของกรุงเทพมหานคร ตลอดจนตัวแทนภาคประชาชน ได้ทบทวน ตรวจสอบ ร่วมกันจัดทำแผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2556-2575) แผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะ 20 ปี (ระยะที่ 1 พ.ศ. 2556-2560) จนถึงแผนปฏิบัติการราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2558

ทั้งนี้ ในขั้นตอนของการจัดทำแผนปฏิบัติการราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2558 คณะที่ปรึกษาและนักวิเคราะห์หั่น โยบายและแผนจากหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้ร่วมกันจัดแบ่งและกำหนด “หน่วยงานเจ้าภาพหลัก” ที่จะเป็นผู้รับผิดชอบมาตรการ โครงการขับเคลื่อนต่างๆ และมอบหมายให้หน่วยงานเจ้าภาพร่วมกับคณะที่ปรึกษาแต่ละด้าน กำหนดรายละเอียดของมาตรการและโครงการขับเคลื่อนๆ ต่างซึ่งประกอบด้วย

- 1) หน่วยงานเจ้าภาพที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลัก
- 2) วัตถุประสงค์เชิงปฏิบัติการ ผลผลิตหรือเป้าหมายเชิงปฏิบัติการ และตัวชี้วัดผลผลิตของมาตรการและโครงการขับเคลื่อน ซึ่งจะต้องเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดผลสำเร็จของยุทธศาสตร์ด้านนั้นๆ อย่างเป็นรูปธรรม และมีความเป็นไปได้
- 3) กิจกรรมและกระบวนการ / ขั้นตอนการดำเนินงาน
- 4) ช่วงเวลาดำเนินการ (ปีงบประมาณ)
- 5) จำนวนเงินงบประมาณรวม งบประมาณลงทุน และงบประมาณดำเนินการ

การกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการนำนโยบายไปปฏิบัตินี้ ทำให้แผนปฏิรูปราชการของกรุงเทพมหานครเป็นแผนที่เป็นภาพรวมของดำเนินงานแยกตามสำนักหรือหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดของกรุงเทพมหานคร ซึ่งในส่วนของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นั้น มีหน่วยงานที่รับผิดชอบอยู่ 3 หน่วยงานหลัก คือ สำนักการแพทย์ สำนักอนามัย และสำนักพัฒนาสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแผนปฏิรูปราชการของหน่วยงานดังกล่าวข้างต้นเป็นลำดับต่อไป

2) แผนปฏิรูปราชการ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2558

สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดการศึกษาฝึกอบรม และพัฒนาทางวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลในสังกัดทั้งสิ้น 9 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค ส่งเสริม สนับสนุน ค้ำคว้าและวิจัยทางการแพทย์ และ ปฏิบัติงานร่วมกัน หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วน ราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง ส่วน โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินทรโรฤทธิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลสิรินธร มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งเสริม สนับสนุน ค้ำคว้าและ วิจัยทางการแพทย์ ปฏิบัติงานร่วมกัน หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วน ราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

ส่วน โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ได้จัดตั้งขึ้นตามประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง การแบ่งส่วนราชการภายในหน่วยงานและการกำหนดอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการกรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ 79) ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2555 เพิ่มส่วนราชการในสังกัดสำนักการแพทย์อีก 1 แห่ง โดยมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย งานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพ ส่งเสริม สนับสนุน ค้ำคว้าและ วิจัยทางการแพทย์ ปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง ทำให้ปัจจุบันสำนักการแพทย์มีจำนวนโดยรวมทั้งสิ้น 1,901 เตียง เปิดให้บริการแก่ประชาชนครอบคลุมจำนวนเตียงในเขตกรุงเทพมหานคร ประมาณ

ร้อยละ 7 ของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนทั้งหมด โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มีประชาชนมาใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน 3,232,471 คน ผู้ป่วยใน จำนวน 94,817 คน

นอกเหนือภารกิจทางด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังมีหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์อีกหน่วยงานหนึ่ง คือ ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ให้คำปรึกษาแนะนำด้านปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และให้บริการสายด่วนทางการแพทย์ เป็นศูนย์กลางประสานงานและพัฒนาเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในสถานการณ์ปกติและกรณีเกิดสาธารณภัย อุบัติเหตุ อุบัติภัย และวินาศกรรม ตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย รวมถึงภัยจากการก่อการร้าย ศึกษา วิจัย จัดทำสถิติข้อมูลและสารสนเทศเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการด้านการเงินในระบบ การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนภารกิจทางด้านการศึกษายังคงเป็นภารกิจตามอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักงานการแพทย์ ทั้งการศึกษาระดับอุดมศึกษา การศึกษาต่อเนื่อง และการศึกษาหลังปริญญา โดยสำนักงานการแพทย์ได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการผลิตแพทย์ระหว่างกรุงเทพมหานคร และมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงเมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2555 โดยทั้งสองฝ่ายได้ตกลงร่วมกันในการระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วน เพื่อใช้ในการดำเนินการและร่วมกันบริหารจัดการในการผลิตแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อรับใช้สังคม ซึ่งความร่วมมือในการผลิตแพทย์ร่วมกันระหว่าง กรุงเทพมหานคร และ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ดังกล่าว จะช่วยให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถให้การดูแลทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับประชาชน และส่งเสริมให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ได้มีการพัฒนาทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา ซึ่งมีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ และสำนักงานการแพทย์ ยังคงมีความร่วมมือทางวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนทางด้านวิชาการ การพัฒนางานวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพในเขตเมือง การรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในโรคเฉพาะทางหรือโรคที่มีความซับซ้อน และบริการทางการแพทย์เพื่อสนับสนุนการให้บริการแก่ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

นอกจากหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์แล้ว สำนักงานแพทย์ยังมีหน่วยงานสนับสนุน สองหน่วยงานคือ กองวิชาการ และสำนักงานเลขานุการ โดยกองวิชาการมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผน จัดทำแผนและ โครงการพัฒนาสาธารณสุขของสำนักงานแพทย์ กำกับติดตามการดำเนิน โครงการพัฒนา สาธารณสุข ทำการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนา ระบบสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร สร้างระบบเครือข่ายสาธารณสุข กำหนดนโยบายและบริหารจัดการเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พัฒนาบุคคลทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานแพทย์ ให้บริการทางวิชาการ ตรวจสอบ วิเคราะห์ พิจารณาโครงการและผลงานทางวิชาการ ค้นคว้าเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และผลิตสื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ เป็นศูนย์รวบรวมข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุข และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง ทำให้ปัจจุบันสำนักงานแพทย์มีส่วนราชการในสังกัดทั้งสิ้น 12 ส่วนราชการ ประกอบด้วยโรงพยาบาล 9 แห่ง ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) กองวิชาการ และสำนักงานเลขานุการ โดยสำนักงานแพทย์ได้รับงบประมาณกรุงเทพมหานครเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติราชการ ทั้งในด้านแผนงานบริหารทั่วไป แผนงานบริการด้านการแพทย์และแผนงานพัฒนาด้านการแพทย์และอนามัย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รวมทั้งสิ้น 2,827,190,000 บาท (สองพันแปดร้อยยี่สิบเจ็ดล้านหนึ่งแสนเก้าหมื่นบาทถ้วน) มีอัตรากำลังข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวรวมทั้งสิ้น 6,475 คน

ทั้งนี้ การจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร นั้น ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมจากบุคลากรในสังกัดและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แผนปฏิบัติราชการสนับสนุนวิสัยทัศน์กรุงเทพฯ 2575: กรุงเทพฯ มหานครแห่งเอเชีย (Bangkok: Vibrant of Asia) ครอบคลุมนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ตอบสนองแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2556-2560) แผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2558 และแผนปฏิบัติราชการสำนักงานแพทย์ 4 ปี (พ.ศ. 2556-2559) และภารกิจหลักของสำนักงานแพทย์ โดยคำนึงถึงความจำเป็น ความเหมาะสม สภาพแวดล้อม ตลอดจนงบประมาณที่จะใช้เพื่อนำแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานะเศรษฐกิจปัจจุบัน

การพัฒนาบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อให้บริการดูแลสุขภาพ วิสัยทัศน์กรุงเทพฯ 2575: กรุงเทพฯ มหานครแห่งเอเชีย (Bangkok: Vibrant of Asia) เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนในการได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับนั้น การศึกษาและทำความเข้าใจถึงสถานการณ์และแนวโน้มทางด้านสุขภาพ นับเป็น

เรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในการช่วยขับเคลื่อนให้กรุงเทพมหานครบรรลุตามเป้าหมายดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังครอบคลุมตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสูงอายุ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนให้กรุงเทพมหานครเป็นมหานครแห่งความปลอดภัยและมหานครแห่งความสุขนั้น จำเป็นต้องดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม รวมถึงส่วนราชการในสังกัดสำนักงานกฤษฎีกาทุกแห่ง ที่ต้องร่วมกันขับเคลื่อนเพื่อนำไปสู่การมีระดับสังคมสุขภาวะที่ดีขึ้น ตามวิสัยทัศน์

“เป็นองค์กรที่มีเครือข่ายบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับระดับประเทศ”

(Medical Service Department is the organization with a network of medical
and health services that was recognized nationally)

ซึ่งมีพันธกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด ดังนี้

พันธกิจ

- 1) พัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
- 2) สร้างความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุให้เป็นผู้มีคุณค่า/ภูมิปัญญาของชุมชน
- 3) ให้บริการแบบองค์รวม
- 4) ส่งเสริมเครือข่ายบริการด้านการแพทย์ให้เข้มแข็ง
- 5) สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่ยอมรับของสาธารณชน
- 6) มีการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
- 7) พัฒนาบุคลากร งานวิชาการ การศึกษา และงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง
- 8) พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับภัยพิบัติ

วัตถุประสงค์

- 1) มุ่งสร้างสังคมสุขภาวะและประชาชนมีสุขภาพดี
- 2) เพื่อให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มาตรฐานและมีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ
- 3) พัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ งานวิจัย และการศึกษาต่อเนื่อง
- 4) ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน โดยเน้นเวชศาสตร์เขตเมือง และรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
- 5) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพและรักษาโรคอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ลดความพิการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เป้าหมายหลัก

- 1) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีการติดตามประเมินผล และ ประชาสัมพันธ์ ร้องค์กรให้เป็นที่รู้จักและยอมรับต่อสาธารณชน
- 2) มีการประสานงานเครือข่ายที่เป็นระบบ ประสานงานในองค์กร ลดขั้นตอนและมีความชัดเจนในการปฏิบัติงาน
- 3) มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ รองรับ และสนับสนุนการบริหารจัดการที่ดีและการบริการที่มีคุณภาพ
- 4) ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
- 5) มีระบบบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับภัยพิบัติ
- 6) มีการพัฒนาวิชาการ วิจัย และเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง
- 7) ส่งเสริมให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์เป็นสถาบันการศึกษาระดับหลังปริญญา
- 8) พัฒนาความเป็นเลิศและเพิ่มการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโรคเฉพาะทางในสถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของประชาชนในการมารับบริการทางการแพทย์
- 9) เป็นกลุ่มโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์เขตเมือง
- 10) มีการเตรียมการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
- 11) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน
- 12) มีรูปแบบบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างครบวงจร ทั้งการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการเป็นสถานอบรมและเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการสำหรับบุคลากร และบุคคลทั่วไป

ตัวชี้วัดหลัก

ตัวชี้วัดที่ตอบสนองนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร (แผนปฏิบัติการราชการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2558: 31-37)

1) สตรีได้รับบริการตรวจมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานครโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยตั้งเป้าหมายผู้รับบริการตรวจมะเร็งเต้านม 5,000 คน/ปี และผู้รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก 10,000 คน /ปี ในสถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครทั้ง 9 แห่ง

2) โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครกระจายอยู่ใน 4 มุมเมือง ได้แก่ 1. โชนพื้นที่กรุงเทพมหานครเหนือ ได้แก่ รพ. 84 พรรษา มหาราช (คลองสามวา) 2. โชนพื้นที่กรุงเทพใต้ ได้แก่ รพ. ผู้สูงอายุบางขุนเทียน 3. โชนพื้นที่กรุงเทพตะวันออก ได้แก่ รพ.บางนา และ 4. โชนพื้นที่กรุงเทพตะวันตก ได้แก่ รพ.หลวงพ่อวัดปากน้ำ

3) ร้อยละความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมของโครงการไม่ป่วย..เราดูแล โดยตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 80 ของการจัดกิจกรรมในโครงการ

ตัวชี้วัดตอบสนองแผนปฏิบัติการกรุงเทพมหานครประจำปี พ.ศ. 2558 (ตามแผน 20 ปี กรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1) (แผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2558: 38-56)

1) ร้อยละความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการในการดูแลรักษาสุขภาพชาวกรุงเทพมหานคร โดยตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากศูนย์บริการสาธารณสุข

2) ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน 10 นาที และส่วนของขั้นพื้นฐาน (Basic) สามารถได้รับบริการภายใน 15 นาที โดยตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยที่มาขอรับบริการ ซึ่งจากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน 10 นาที และส่วนของขั้นพื้นฐาน (Basic) สามารถได้รับบริการภายใน 15 นาที นั้นมีค่าร้อยละ 49.67 ของผู้ป่วยที่มาขอรับบริการ

3) ร้อยละของผู้เข้าร่วมการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อที่สำคัญในเขตเมือง หมายถึง โรคเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้เข้าร่วมการจัดกิจกรรม

4) ร้อยละของประชาชนที่โรงพยาบาลรับผิดชอบได้รับการคัดกรองโรคที่สำคัญ หมายถึง 1. กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด และ 2. กลุ่มโรคที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ ได้แก่ มะเร็งตับ โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 20 ของจำนวนประชาชนที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทยรับผิดชอบได้รับการคัดกรองโรค ซึ่งจากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 ประชาชนที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทยรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรค มีจำนวนร้อยละ 23.03

5) ผลคะแนนการประเมินผลการปรับปรุงข้อมูลบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กทม.ตามเกณฑ์ประเมินผลที่กำหนด ซึ่ง หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงาน สังกัดกรุงเทพมหานคร ระดับสำนัก สำนักงาน สำนักงานเขต และส่วนราชการในสังกัดสำนัก ปลัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 77 หน่วยงาน โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ที่ 80 คะแนน แต่จากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 ผลคะแนนการประเมินผลการปรับปรุงข้อมูลบนเว็บไซต์ของหน่วยงานกทม. ได้เพียง 10 คะแนน

6) ผลคะแนนการนำกระบวนการทำงานตามภารกิจหลัก (Core Business) ของหน่วยงานที่ได้เสนอในรายงานการศึกษา/วิเคราะห์ฯ ไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการทำงานตามภารกิจหลัก (Core Business) หมายถึง กระบวนการทำงานที่หน่วยงานมีหน้าที่ความรับผิดชอบหลักของหน่วยงาน/ส่วนราชการตามประกาศกรุงเทพมหานคร ได้เสนอในรายงานการศึกษา/วิเคราะห์ฯ ทั้งปี 2556 และปี 2557 โดย ค่าเป้าหมาย 70 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ตอบสนองแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 12 ปี (แผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2558: 56-87)

1) ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์ที่มีต่อบริการ โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 75 ของผู้ให้บริการศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ ซึ่งจากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 ผู้ใช้บริการศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ มีความพึงพอใจร้อยละ 97.27

2) ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่กินน้ำอยู่กลุ่มแม่ที่ผ่านการประเมินเกณฑ์มาตรฐาน โดยในปี 2557 ผ่านการประเมินเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ฯ สนพ.แล้วจำนวน 7 แห่ง

3) อัตราการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตด้วย Intracerebral Haemorrhage หรือ Hemorrhagic Stroke) โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ที่น้อยกว่าร้อยละ 3.3 ซึ่งจากข้อมูลปีพ.ศ. 2557 พบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีร้อยละ 0.041

4) อัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน Ischemic Heart, CKD, Stroke) ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ที่น้อยกว่าร้อยละ 5 ซึ่งจากข้อมูลปีพ.ศ. 2557 พบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีร้อยละ 0.036

5) ร้อยละความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87 ซึ่งจากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่า ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีร้อยละ 90.43

6) ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการอ้วนลงพุงมีรอบเอวหรือ BMI ลดลงจากเดิม โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ร้อยละ 75 ซึ่งจากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการอ้วนลงพุงมีร้อยละ 85.40

7) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจระดับ “มาก” ในบริการรักษาพยาบาลของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของกรุงเทพมหานคร หมายถึงศูนย์จักษุวิทยา ศูนย์ผ่าตัดกระดูกและข้อ ศูนย์เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ศูนย์เบาหวานศูนย์ตรวจรักษาและผ่าตัดผ่านกล้อง ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬาและเวชศาสตร์ฟื้นฟู และศูนย์โรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ร้อยละ 80 ซึ่งจากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจระดับ “มาก” ในบริการรักษาพยาบาลของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของกรุงเทพมหานคร มีร้อยละ 96

8) ร้อยละของความสำเร็จในการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทางที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ของสำนักงานสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป คุณภาพตามเกณฑ์ หมายถึง ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทางที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ของสำนักงานสาธารณสุขในระดับ 3 ขึ้นไป อย่างน้อย 5 ใน 10 ข้อ ประกอบด้วย

- 8.1) มีบุคลากรหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของศูนย์
- 8.2) มีการให้บริการคลินิกเฉพาะ โรคครบทุกสาขาที่จำเป็น
- 8.3) มีเครื่องมือและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของศูนย์
- 8.4) มีการประชุมสหสาขาวิชาชีพ
- 8.5) เป็นศูนย์กลางการให้บริการและเครือข่ายการส่งต่อจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (สนพ./สนอ)
- 8.6) เป็นศูนย์ฝึกอบรมแพทย์หลักสูตรระยะสั้นหรือเป็น สถาบันสมทบ
- 8.7) สามารถให้การรักษาโรคที่ซับซ้อน ได้แต่ไม่ครบถ้วน
- 8.8) มีศูนย์กลางเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่งเดียว
- 8.9) มีผลงานวิจัยที่ได้รับการนำเสนอหรือตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ
- 8.10) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับสำนัก (Inter hospital Conference)

โดยค่าเป้าหมายไว้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 จากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 ความสำเร็จในการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้าน โรคเฉพาะทาง ที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ของสำนักการแพทย์ ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปมีค่าเท่ากับร้อยละ 100

9) ร้อยละของความสำเร็จในการผ่านการตรวจประเมินมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (ซ้ำ) ผ่านการประเมินมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ โดยรับการตรวจประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) หรือพร้อมรับการตรวจประเมินคุณภาพโรงพยาบาล โดยส่งหนังสือขอรับการตรวจประเมินคุณภาพโรงพยาบาล ไปยังสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) เพื่อกำหนดวันเข้าตรวจประเมิน โดยค่าเป้าหมายไว้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 100 จากข้อมูลปี พ.ศ.2557 ในการผ่านการตรวจประเมินมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ ที่ขอรับการตรวจประเมินคุณภาพ (ซ้ำ) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลฯ มีค่าเท่ากับร้อยละ 100

10) ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง มีการประเมินความครอบคลุมกิจกรรมทางการแพทย์ในการเผชิญเหตุ สาธารณภัยและภัยพิบัติ (สาธารณสุขภัยที่มีผู้เจ็บป่วยมากกว่า 10 คน ได้รับการประเมินความครอบคลุมกิจกรรมทางการแพทย์ในการเผชิญเหตุ ไม่น้อยกว่า 8 กิจกรรม) โดยศูนย์ประสานงานและสั่งการทาง การแพทย์ในเหตุสาธารณสุข ศูนย์

เอราวัณ ใน 3 ชั้น ตอน คือ ชั้นเตรียมความพร้อมโดยมีแผนรองรับสาธารณภัย มีการเตรียมการ พัฒนาความรู้ ความสามารถด้านปฏิบัติการในเหตุสาธารณภัยแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระบบ รวมทั้งเตรียมความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์การสื่อสาร ทั้งนี้ต้องมีการจัดการซ้อม ปฏิบัติการด้วย ชั้นที่สองคือ ชั้นปฏิบัติการ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินมีแนวทางปฏิบัติที่สามารถลงสู่การ ปฏิบัติจริง การประสานการแจ้งเหตุ และหน่วยงานทางการแพทย์เข้าร่วมปฏิบัติการที่เหมาะสม การเข้าปฏิบัติการทางการแพทย์สนับสนุนการเผชิญเหตุ การจัดบริการทางการแพทย์ ณ จุดเกิดเหตุ การประสานงานร่วมกับศูนย์ประสานงานทางการแพทย์ รวมถึง การจัดส่งบุคลากรเข้าสนับสนุน การปฏิบัติการที่เหมาะสมในการลำเลียงและนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมตามความ รุนแรงของผู้เจ็บป่วย ชั้นที่สามคือ ชั้นฟื้นฟู โดยมีการรายงานการปฏิบัติการทางการแพทย์ในเหตุ สาธารณภัยตามลำดับชั้น มีการติดตามและรายงานสภาวะผู้เจ็บป่วยจากเหตุสาธารณภัยด้วย ซึ่งการ จัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขชั้น 1 สนบ. ได้จัดให้มีโครงการที่สนับสนุน ได้แก่ การจัดประชุมวิชาการทางการแพทย์ฉุกเฉินประจำปี 2558, การอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉิน ชั้นพื้นฐาน EMT Basic, อบรมหลักสูตรพยาบาลกู้ชีพ EMS Nurse, โครงการระดมทรัพยากรในพื้นที่เพื่อพัฒนาความพร้อมทางการแพทย์ในเหตุการณ์สาธารณภัย, โครงการฟื้นฟูวิชาการพยาบาลกู้ ชีพ Refreshing Course EMS Nurse ซึ่งสำนักงานแพทย์ได้ตั้งเป้าหมายระดับความสำเร็จไว้ที่ร้อยละ 80 จำนวน สาธารณภัยที่มีการประเมินความครอบคลุมกิจกรรม มากกว่า 8 กิจกรรม แต่จากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่า ระดับความสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 100

11) ร้อยละของบุคลากรมีความพึงพอใจต่อองค์กรอยู่ในระดับดี ความพึงพอใจต่อ องค์กร หมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคลากรเข้าไปมีส่วนร่วมในองค์กร โดยทัศนคติด้านบวกจะ แสดงให้เห็นสภาพความพึงพอใจและทัศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจ โดย ตั้งเป้าหมายไว้ที่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 75) แต่จากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่า บุคลากรมีความพึง พอใจต่อองค์กรในร้อยละ 96.82

12) ร้อยละของความสำเร็จในการมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหาร เทคโนโลยี สารสนเทศเพื่อการบริหาร หมายถึง อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โปรแกรมระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) และระบบเครือข่ายที่ใช้เพื่อการสนับสนุนงานบริการประชาชน ในด้านการรักษาพยาบาล โดยตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 40 แต่จากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่าความสำเร็จ ในการมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารอยู่ที่ร้อยละ 35

ตัวชี้วัดภารกิจประจำที่ดำเนินการเพื่อสนับสนุนแผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558 และ/หรือตอบสนองวิสัยทัศน์ของสำนักงานแพทย์ (แผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2558: 88-97)

1) ความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานแพทย์ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ หมายถึง คลินิกที่ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

- 1.1) มีสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก
- 1.2) มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ครบ 4 ข้อ คือ 1) มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุอย่างชัดเจน 2) มีราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ 3) มีทางลาดที่ได้มาตรฐาน 4) มีห้องน้ำผู้สูงอายุ / ผู้พิการ
 - 1.3) คลินิกผู้สูงอายุเปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้ง / สัปดาห์
 - 1.4) พยาบาลที่ดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ เคยผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
 - 1.5) มีเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ ร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ (แพทย์ นักกายภาพบำบัด เกษษกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ)
 - 1.6) มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes (Dementia, Osteoarthritis of knee, Incontinence, Fall และ Depression) ทุก 3 เดือน
 - 1.7) คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน / คัดกรอง Geriatric Assessment ดังนี้ ADL และ Dementia (Cognitive Impairment)
 - 1.8) มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - 1.9) คลินิกผู้สูงอายุมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด
 - 1.10) บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี)
 - 1.11) คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน / คัดกรอง Geriatric Assessment (Incontinence, Fall, Malnutrition, Depression) ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหามาจากประวัติ และการตรวจเบื้องต้น
 - 1.12) มีแพทย์รับผิดชอบประจำปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

โดยเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังกล่าวอย่างน้อยตั้งแต่ข้อ 1 ถึง ข้อ 9 ซึ่งสำนักงานแพทย์ได้ตั้งค่าเป้าหมายไว้ร้อยละ 75 (อย่างน้อย 7 แห่งของจำนวนโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)

1) ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยและ/หรือผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยหรือตนเองได้ถูกต้อง ความรู้ความเข้าใจในการดูแล หมายถึง การให้ความรู้ความเข้าใจ ในการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟูสมรรถนะเพื่อให้ผู้ดูแลและ/หรือผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง โดยสำนักงานแพทย์ตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยและ/หรือผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยหรือตนเองถูกต้อง จากข้อมูลปี พ.ศ.2557 พบว่า ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยและ/หรือผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยหรือตนเองได้ถูกต้อง อยู่ที่ร้อยละ 89.16

2) ร้อยละความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วยโรคสำคัญ ระบบส่งต่อ หมายถึง การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยโรคสำคัญ 4 โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทและสมอง ทารกเกิดก่อนกำหนดและ ออร์โธปิดิกส์ โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วย 4 โรคสำคัญที่ต้องการส่งต่อ ซึ่งจากข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่า ร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วย 4 โรคสำคัญที่ส่งต่อสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 94.74

3) จำนวนผลงานวิจัย / Innovation /R 2R ที่นำไปใช้ในการปฏิบัติงาน หมายถึง มีการนำผลงานวิจัย (Research) นวัตกรรม (Innovation) และการทำงาน วิจัยจากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ที่บุคลากรในสังกัดนำไปใช้ในการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานแพทย์หรือส่วนราชการนั้นๆหรือหน่วยงานภายนอก และได้รับการเผยแพร่หรือตีพิมพ์ในวารสาร โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ 9 เรื่อง

ตัวชี้วัดที่สนับสนุนนโยบายรัฐบาลแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ประเทศหรือแผนปฏิบัติการการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (แผนปฏิบัติการราชการประจำปี พ.ศ.2558 ของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2558: 89-90)

1) ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่กำหนด แผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ. 2558 ตามแผนการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของกรุงเทพมหานคร หมายถึง การจัดทำแผนให้สอดคล้องกับแผนการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของ

กรุงเทพมหานคร โดยตั้งค่าเป้าหมายไว้ร้อยละ 100 ซึ่งคำนวณจากจำนวนตัวชี้วัดที่เป็นไปตามเป้าหมายของแผนฯ หาดูด้วย จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมดของแผนฯ คูณ 100 จากข้อมูลปีพ.ศ. 2557 พบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่กำหนดอยู่ที่ร้อยละ 100

การบริหารจัดการแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2558 สำนักการแพทย์เน้นการมีส่วนร่วมของส่วนราชการในสังกัดในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ โดยการมอบหมายความรับผิดชอบแก่ส่วนราชการและดำเนินการในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการตามแผนปฏิบัติราชการ และการนำแผนไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยครอบคลุมทั้งทางด้านสุขภาพ การบริหารจัดการ และการจัดการเรียนการสอน ในระดับต่าง ๆ รวมถึงการเร่งรัดการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักการแพทย์ ให้สามารถสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการได้อย่างเหมาะสม มีการชี้แจงแนวทางในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ สำนักการแพทย์ ขอสังเกต ปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานต่อไป

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการสำนักการแพทย์บรรลุตามวัตถุประสงค์ ได้กำหนดให้มีการประชุมติดตามความคืบหน้า ปัญหา อุปสรรค และผลการปฏิบัติราชการ โดยคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการสำนักการแพทย์ และการประชุมคณะผู้บริหารสำนักการแพทย์เป็นระยะ ๆ รวมถึงการวิเคราะห์ความเสี่ยงของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ เพื่อให้สามารถหาแนวทางในการดำเนินงานที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป โดยแนวทางการบริหารจัดการแผนปฏิบัติราชการประจำปีไปสู่การปฏิบัติ มีดังต่อไปนี้

1) การสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรของสำนักการแพทย์ ในการนำแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ โดยการเชิญประชุมผู้ที่รับผิดชอบหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ เพื่อซักซ้อมความเข้าใจในการดำเนินงาน และกระจายตัวชี้วัดลงสู่ส่วนราชการในสังกัดสำนักการแพทย์ กำหนดให้มีการรายงานผลการปฏิบัติราชการด้วยโปรแกรมติดตามประเมินผล (Daily plans) การรายงานผลการปฏิบัติราชการรายไตรมาส และการรายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการเป็นรายไตรมาสเพื่อติดตามความคืบหน้าผลการปฏิบัติราชการ

1) สำนักการแพทย์ได้จัดทำผังแสดงความเชื่อมโยงโครงสร้างของแผนปฏิบัติการสำนักการแพทย์ พ.ศ.2557 โดยให้ส่วนราชการในสังกัดจัดทำผังที่แสดงความเชื่อมโยงของแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกัน

2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้บริหารสำนักการแพทย์และบุคลากรในสังกัด มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งกำหนดแนวทางในการดำเนินการตามแผนให้เป็นไปได้ทางเดียวกัน รวมทั้งการกำกับ ติดตามผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ รวมถึงการสนับสนุนการดำเนินงานแก่ส่วนราชการเป็นระยะๆ โดยจัดให้มีการประชุมเพื่อปรึกษาหารือในการจัดทำแผนปฏิบัติการเป็นประจำทุกปี ทั้งนี้ในการประชุมจะมีการนำข้อมูลการปฏิบัติงานในปีที่ผ่านมาวิเคราะห์เพื่อพิจารณาปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานต่างๆประสบความสำเร็จ รวมถึงข้อจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินงานด้วยเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นไป และหาข้อสรุปร่วมกันในการระดมมาตรการ ตัวชี้วัดต่างๆในแผนปฏิบัติการปีต่อไปด้วย

3) การเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยการวิเคราะห์ความเสี่ยงของกลยุทธ์และตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการสำนักการแพทย์ เพื่อจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงและมีการติดตามผลแผนบริหารความเสี่ยงตามกลยุทธ์ของสำนักการแพทย์ รวมถึงการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินการตามแผนการบริหารความเสี่ยงตามกลยุทธ์ของสำนักการแพทย์

4) ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการตามแผนปฏิบัติการสำนักการแพทย์ ประจำปี พ.ศ.2558 โดยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โครงการ/กิจกรรมในภาพรวมของสำนักการแพทย์ จากโปรแกรมระบบติดตามประเมินผลโครงการ (Daily plan) และรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส เสนอต่อผู้บริหารสำนักการแพทย์

จากที่กล่าวมาข้างต้นเป็นแผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีวัตถุประสงค์ประสงค์ในการดูแลคุณภาพชีวิตของคนทุกช่วงวัยในกรุงเทพมหานคร ซึ่งหมายรวมถึงประชากรวัยสูงอายุด้วย โดยเน้นในเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาล โดยมีการจัดตั้งโรงพยาบาลบางขุนเทียนขึ้น อีกทั้งยังให้บริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมไปถึงการบริการการแพทย์ในกรณีฉุกเฉินด้วย โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในลำดับต่อไปจะนำเสนอแผนปฏิบัติการของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

3) แผนปฏิบัติการราชการ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2558

สำนักอนามัย มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ให้บริการด้านสาธารณสุข ดำเนินการดูแลสุขภาพของประชาชนและสุขภาพที่ดี ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการเสริมสร้างสภาวะดังกล่าวให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล โดยการบูรณาการแผนงาน การปฏิบัติราชการระหว่างหน่วยงานภายในสำนักอนามัย และหน่วยงานภายนอก และมีการเสริมสร้างภาวะสุขภาพของประชาชนและสุขภาพีบาลเมืองที่ดีในลักษณะองค์รวม (Holistic) ประกอบด้วย 9 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การรณรงค์ สร้างความรู้ ความตระหนักในประเด็นเชิงสุขภาพ ที่สำคัญตามสถานการณ์และบริบทของมหานครให้กับประชาชนในวงกว้าง พร้อมยกเป็นประเด็นสุขภาพระดับมหานคร

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพและสังคมสงเคราะห์แบบครบวงจร บนพื้นฐานข้อมูลจริง จำแนกตามพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถเป็นต้นแบบของระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ การจัดการสุขภาพีบาลที่อาจก่อให้เกิดมลภาวะ และผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนตามทิศทางการพัฒนาผังเมืองและชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเพิ่มศักยภาพ ยกระดับมาตรฐานการควบคุมจัดการภัยพิบัติรูปแบบต่างๆ มุ่งเป็นมหานครแห่งความปลอดภัย รองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพแบบองค์รวมระดับปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับความต้องการและมีมาตรฐานเทียบเคียงสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาขีดความสามารถ มาตรฐานและประสิทธิภาพระบบสนับสนุนบริการ ทางการแพทย์และสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 7 การสร้าง ขยาย พัฒนา และจัดการเครือข่ายสนับสนุนบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนาบุคลากรองค์ความรู้และระบบบริหารจัดการ

ยุทธศาสตร์ที่ 9 การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสาธารณสุขมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางสารสนเทศสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

โดยมีการดำเนินโครงการและแผนงานในด้านต่างๆ ให้มีความสอดคล้องสามารถตอบสนอง ยุทธศาสตร์ทั้ง 9 ด้าน นำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญเชิงพื้นที่ และการบูรณาการภารกิจของหน่วยงาน ในระดับสำนักงาน ระดับกอง และระดับศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาในภาพรวม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความเป็นเอกภาพ คุ่มค่าและสมประโยชน์สนองตอบความต้องการและ ประโยชน์สุขของประชาชน

ดังนั้น สำนักอนามัยในฐานะหน่วยงานหลักในด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้บริการ ด้านสาธารณสุข สํารวจดูแลภาวะ สุขภาพของประชาชน ให้ประชาชนได้รับบริการและเกิดความพึง พอใจสูงสุด จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติราชการในปีงบประมาณ พ.ศ.2558 ผู้การ พัฒนา กรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครที่น่าอยู่อย่างยั่งยืน มีความสอดคล้องกับสาระสำคัญที่ได้กำหนดไว้ในแผนปฏิรูปราชการกรุงเทพมหานครประจำปี พ.ศ. 2558 แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2556-2575) และสนับสนุนนโยบายรัฐบาล แผนปฏิบัติการการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน อย่างสมบูรณ์ต่อไป โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนา ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 มหานครปลอดภัย ซึ่งมียุทธศาสตร์ย่อย คือ

ยุทธศาสตร์ย่อย 1.2 ปลอดภัยอาชญากรรม และยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ย่อย 1.6 ปลอดภัยโรคคนเมือง อาหารปลอดภัย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 มหานครสำหรับทุกคน ซึ่งมียุทธศาสตร์ย่อย คือ

ยุทธศาสตร์ย่อย 3.1 สิ่งอำนวยความสะดวกและสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 7 การบริหารจัดการ ซึ่งมียุทธศาสตร์ย่อย คือ

- ยุทธศาสตร์ย่อย 7.1 กฎหมาย
- ยุทธศาสตร์ย่อย 7.2 การบริหารแผนและประเมินผล
- ยุทธศาสตร์ย่อย 7.3 การบริหารงานทรัพยากรบุคคล
- ยุทธศาสตร์ย่อย 7.4 การคลังและงบประมาณ
- ยุทธศาสตร์ย่อย 7.5 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

และแผนปฏิบัติราชการของสำนักอนามัยนี้ยังตอบสนองนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครตามแผนการบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2556-2560 โดยตอบสนองต่อมาตรการเร่งด่วน 10 ประการ ในประการที่ 2 คือ จัดตั้งอาสาสมัครชุมชนเฝ้าระวังภัยและยาเสพติด รวมถึงยังตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนากรุงเทพฯ 6 นโยบาย โดยเน้นที่นโยบายที่ 2 นโยบายมหานครแห่งความสุข และ นโยบายที่ 6 นโยบายมหานครแห่งอาเซียน ทั้งนี้แผนปฏิบัติราชการของสำนักอนามัยมีแนวทางการบริหารจัดการแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2558 เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1) การสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรของสำนักอนามัยทุกระดับ ตั้งแต่คณะผู้บริหารกระทั่งถึงลูกจ้างของทุกส่วนราชการเพื่อนำพันธกิจในความรับผิดชอบที่ปรากฏในแผนฯ กระจายไปสู่การปฏิบัติตามสัดส่วนของความเกี่ยวข้อง รวมทั้งการติดตามและรายงานผล โดยการจัดประชุมชี้แจง/จัดฝึกอบรม/สัมมนา/ประชุม/ประชุมเชิงปฏิบัติการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

2) การนำแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติ สำนักอนามัยได้จัดทำผังแสดงความเชื่อมโยงของแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2558 สำนักอนามัย ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะที่ 20 ปี (พ.ศ. 2556-2575) แผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558 และแผนบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2556-2560

3) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการนำแผนฯ ไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารสำนักอนามัยให้ความสำคัญในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน รวมทั้งติดตามผลสัมฤทธิ์และประเมินผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมตามแผนฯ ตลอดจนให้ผลตอบแทนในการปฏิบัติงานระดับบุคคลตามผลสัมฤทธิ์ของงานรายบุคคลและหน่วยงานอย่างเข้มแข็ง

4) การเพิ่มประสิทธิภาพของส่วนราชการในการนำแผนฯ ไปปฏิบัติ โดยการให้รางวัลพิเศษแก่ส่วนราชการที่สามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายสูงสุดตามเงื่อนไขที่กำหนดเพื่อท้าทายให้เกิดการแข่งขันในการพัฒนางาน

5) การติดตามและประเมินผลแผนปฏิบัติการราชการประจำปี พ.ศ. 2558 สำนักอนามัย โดยรายงานผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมภาพรวมของกรุงเทพมหานครจากโปรแกรม DailyPlans ต่อที่ประชุมคณะผู้บริหารสำนักอนามัยทุก 3 เดือน (รายไตรมาส) และมีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการราชการประจำปี พ.ศ. 2558 สำนักอนามัย เป็นรายปี รวมทั้งจัดทำรายงานผลการปฏิบัติการราชการประจำปีของสำนักอนามัยเป็นประจำทุกปี

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพของคนทุกช่วงวัยในกรุงเทพมหานคร ให้บริการด้านสาธารณสุข สํารวจดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนและดูแลด้านสุขภาพให้ดี โดยอาศัยความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการเสริมสร้างสภาวะดังกล่าวให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ในลำดับต่อไปจะขอเสนอแผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ดังต่อไปนี้

4) แผนปฏิบัติการราชการ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2558

สำนักพัฒนาสังคมมีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพและความมั่นคงในชีวิตของประชาชน สร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคในการดำรงชีวิต การส่งเสริมคุ้มครองพิทักษ์สิทธิของบุคคล พัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาคม ส่งเสริมและพัฒนาสถาบันครอบครัว ตลอดจนถึงศึกษา วิเคราะห์ วิจัยปัญหาและแนวทางการดำเนินงานด้านการพัฒนาสังคม สนองนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร (ม.ร.ว. สุขุมพันธุ์ บริพัตร) ตามมาตรการเร่งด่วน และ 6 นโยบาย โดยมีนโยบายที่เกี่ยวข้อง 3 นโยบาย คือนโยบายที่ 2 มหานครแห่งความสุข โดยการเพิ่มจำนวนสมาชิกคลังสมอง และ กิจกรรมส่งเสริมอาชีพให้ผู้สูงอายุ / ข้าราชการกรุงเทพมหานครที่เกษียณอายุและกาจัดหาตลาดแรงงาน นโยบายที่ 5 มหานครแห่งโอกาสของทุกคน โดยส่งเสริมชุมชนพัฒนาตนเอง ให้เข้มแข็งทางเศรษฐกิจ ซึ่งเปิดโอกาสให้คนทุกกลุ่มพัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน ฝึกอาชีพ เรียนคอมพิวเตอร์ ภาษาอังกฤษ จีน มลายู โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และ นโยบายที่ 6 มหานครแห่งอาเซียน โดยเปิดโอกาสและส่งเสริมอาชีพ

การผลิต และจำหน่ายผลิตภัณฑ์ ส่งเสริมสนับสนุนภาคเอกชนและชุมชน ให้มีความสามารถในการส่งสินค้าไปยังตลาดอาเซียน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพผู้ผลิต / ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ชุมชน กรุงเทพมหานครเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

สำหรับงานเพื่อสนับสนุนนโยบายตามแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2556-2560) นั้นมีเป้าประสงค์ตามวิสัยทัศน์ที่เกี่ยวข้อง 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ คือ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 มหานครสำหรับทุกคน ซึ่งมี 2 ยุทธศาสตร์ย่อย คือ

ยุทธศาสตร์ย่อย 3.1 สิ่งอำนวยความสะดวกและสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส โดยดำเนินการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาสอย่างทั่วถึง รวมถึงการจัดสวัสดิการเด็กด้วย

สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานครมีแนวทางในการพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนการจัดสวัสดิการ สังคม และการสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและทั่วถึง โดยจัดสวัสดิการในรูปแบบการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายเดือนแบบขั้นบันไดให้แก่ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมระบบและการจัดบริการสวัสดิการสังคม และสังคมสงเคราะห์ โดยร่วมมือกับภาครัฐและภาคเอกชนในการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมในการเข้าถึงบริการของกรุงเทพมหานครของผู้สูงอายุ ในกรณีของการจัดสรรเบี้ยยังชีพในปีพ.ศ. 2557 ยังดำเนินการได้ไม่ทั่วถึงเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุบางส่วนย้ายที่อยู่ ผู้สูงอายุบางส่วนเสียชีวิตระหว่างปีงบประมาณ หรือบัญชีธนาคารของผู้รับบริการถูกระงับ เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับสวัสดิการในรูปแบบอื่นๆ เช่น สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ค่าจัดการศพตามประเพณี ค่าครองชีพประจำวัน ทูน่าประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาล และด้านเครื่องอุปโภคบริโภค เป็นต้น ทั้งนี้ยังพัฒนาการบริหารจัดการศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง บ้านผู้สูงอายุบางแค 2 รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้แก่ผู้สูงอายุในด้านที่อยู่อาศัย บำบัดฟื้นฟู ดูแล และส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ย่อย 3.2 เมืองแห่งโอกาสทางเศรษฐกิจ โดยพัฒนาฐานข้อมูลของผู้ค้าโอกาสทางเศรษฐกิจและแรงงานนอกระบบอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการเพื่อยกระดับและพัฒนาคุณภาพผลผลิตและบริการ โดยส่งเสริมการเพิ่มทักษะอาชีพ และพัฒนามาตรฐานฝีมือแรงงานของผู้เข้ารับการฝึกอบรมอาชีพใน โรงเรียนฝึกอาชีพกรุงเทพมหานคร เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานฝีมือแรงงานให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 มหานครประชาธิปไตย โดยดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาผู้นำชุมชนและประชาชนรวมทั้งภาคีด้านการพัฒนาชุมชน สร้างและพัฒนาศักยภาพความเป็นผู้นำฝึกฝนทักษะความเป็นผู้นำอย่างยั่งยืนเพื่อขับเคลื่อนชุมชนให้เข้มแข็งด้วยตนเองอย่างยั่งยืน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 มหานครแห่งเศรษฐกิจและการเรียนรู้ โดยพัฒนาระบบการจัดการทางด้านการผลิต การเงิน การตลาด และการบรรจุภัณฑ์ ที่เกี่ยวข้องกับสินค้าเกษตรและอุตสาหกรรมเกษตร และบริการสีเขียวในกรุงเทพมหานคร

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 7 การบริหารจัดการ โดยดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับให้บริการประชาชน ซึ่งเพิ่มระบบสารสนเทศ และ/หรือระบบภูมิสารสนเทศเพื่อบริการประชาชนหรือหน่วยงานภาครัฐ (e-Service/m-Service) และพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนผู้บริหาร (EIS) ของแต่ละหน่วยงาน และ/หรือกลุ่มภารกิจ

สำนักพัฒนาสังคม ได้ส่งเสริมการจัดการข้อมูลข่าวสารและการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนการใช้งานในด้านการปฏิบัติงานต่างๆของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการเรียนรู้ในสังคมยุคสารสนเทศ เพื่อบริการสู่ความเป็นเลิศ ส่งมอบบริการที่ดีที่สุดแก่ประชาชน และขยายช่องทางการบริการสู่ประชาชน เพื่อมุ่งสนองความต้องการของประชาชนในสังคมยุคใหม่และเพื่อให้สำนักพัฒนาสังคมมีศักยภาพเพียงพอที่จะรองรับการให้บริการประชาชน ได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง โดยสะดวกและรวดเร็ว สู่ความเป็นองค์กรชั้นนำด้านการบริการ (Best Service Organization)

ในส่วนของงานประจำที่สนับสนุนแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร 12 ปี ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2556-2559) นั้น สำนักพัฒนาสังคมมีเป้าประสงค์ตามวิสัยทัศน์ที่เกี่ยวข้อง 3 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพกรุงเทพมหานครเพื่อการแข่งขันทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชีย

ตะวันออกเฉียงใต้ โดยดำเนินการสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจ เพิ่มช่องทางประกอบการค้าหรือการลงทุนให้แก่ประชาชนเพื่อสร้างรายได้ และลดรายจ่าย ส่งเสริมสนับสนุนการออมเงิน บรรเทาภาระค่าครองชีพ

ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ พัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งคุณภาพชีวิตที่ดี และมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม โดยดำเนินการพัฒนาคุณภาพการศึกษานอกระบบ จัดอบรมอาชีพ และวิชาชีพเพื่อให้ประชาชนนำไปใช้ในการประกอบอาชีพหรือนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ส่งเสริมและพัฒนาสถาบันครอบครัว ส่งเสริมระบบและการจัดบริการสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์เด็กเยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส โดยร่วมมือกับภาครัฐและภาคเอกชนในการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมในการเข้าถึงบริการของกรุงเทพมหานครของผู้สูงอายุ

สำหรับยุทธศาสตร์ที่ 5 คือ พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อเป็นต้นแบบด้านการบริหารกรุงเทพมหานคร สำนักพัฒนาสังคมมีแนวทางในการพัฒนาบุคลากร โดยเสริมสร้างให้บุคลากรของกรุงเทพมหานครมีความพร้อมทั้งทางด้านศักยภาพ คุณภาพชีวิต และความภาคภูมิใจเพื่อร่วมพัฒนามหานครให้น่าอยู่อย่างยั่งยืน โดยการยกระดับขีดความสามารถในการรับมือและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และถ่ายทอดความรู้ด้านข้อมูล และการบริหารจัดการเฉพาะด้านของหน่วยงานให้เกิดความชำนาญ พร้อมด้วยการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น ด้วยมาตรการ/กลยุทธ์ ดังนี้

- 5.1) เพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของกรุงเทพมหานคร
- 5.2) พัฒนาทัศนคติและจิตสำนึกที่ดีแก่บุคลากรในเรื่องคุณธรรมจริยธรรม
- 5.3) สร้างเสริมศักยภาพงานด้านกฎหมายของกรุงเทพมหานครด้วยการพัฒนาบุคลากรด้านกฎหมาย อุปกรณ์ เทคโนโลยี และระบบงาน เพื่อสนับสนุนงานด้านกฎหมาย

ในด้านการบริหารจัดการระบบงาน มีการจัดระบบงานและโครงสร้างการทำงานให้เหมาะสมกับภารกิจและสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาเมืองในอนาคต ด้วยกลยุทธ์พัฒนาระบบตรวจสอบภายในให้มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังพัฒนาเทคโนโลยีในการบริหารจัดการภายในองค์กร เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการงานภายในให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการ ด้วยกลยุทธ์จัดให้มีระบบร้องเรียนหรือรับเรื่องราวร้องทุกข์และการแจ้งกลับแก่ผู้ร้องเรียน

โดยสรุป สำนักพัฒนาสังคมมีแนวทางในการบริหารจัดการนำแผนปฏิบัติกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2558 ไปสู่การปฏิบัติดังนี้

1) สร้างความเข้าใจแก่บุคลากรของสำนักพัฒนาสังคมเพื่อให้นำพันธกิจในความรับผิดชอบที่ปรากฏในแผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานครประจำปี พ.ศ. 2558 ไปกระจายสู่การจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักพัฒนาสังคมตามสัดส่วนของภารกิจนโยบายของกรุงเทพมหานคร รวมทั้งมีการติดตามและรายงานผล โดยการจัดประชุมให้กับผู้ที่รับผิดชอบจัดทำแผนปฏิบัติราชการ

2) การนำแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติ โดยสำนักพัฒนาสังคมจัดทำสิ่งที่แสดงความเชื่อมโยงของแผนปฏิบัติราชการฯของหน่วยงานที่สอดคล้องกัน

3) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการนำแผนฯ ไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ผู้บริหารและบุคลากรหน่วยงานทุกคนต้องเข้าใจความสัมพันธ์ของแผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานครประจำปี พ.ศ. 2558 และแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักพัฒนาสังคม รวมทั้งร่วมกันติดตามผลสัมฤทธิ์และประเมินผลการดำเนิน โครงการ / กิจกรรมตามแผนฯ มนส่วนที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้อง ตลอดจนพิจารณาให้ผลตอบแทนในการปฏิบัติงานระดับบุคคลตามผลงานรายบุคคลและหน่วยงานอย่างเข้มแข็ง

4) เพื่อประสิทธิภาพของหน่วยงาน ในการนำแผนฯ ไปปฏิบัติ โดยจัดอันดับผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักพัฒนาสังคม โดยมีการมองรางวัลดีเด่น ลำดับ 1-3 แก่ส่วนราชการในสังกัดสำนักพัฒนาสังคมที่สามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายสูงสุดตามเงื่อนไขที่กำหนด

5) ติดตามและประเมินผลแผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานครประจำปี พ.ศ. 2558 โดยรายงานผลการดำเนิน โครงการ / กิจกรรมภาพรวมของกรุงเทพมหานครจากโปรแกรม Daily Plans ต่อที่ประชุมคณะผู้บริหารสำนักพัฒนาสังคม

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า สำนักพัฒนาสังคมกำหนดจุดยืนในการพัฒนา กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 คือ ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคม โดยในการทำงานด้านพัฒนาสังคมมีกระบวนการที่ทำให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันในการบริหารจัดการ ในด้านการให้บริการสังคมได้ตระหนักถึงความเสมอภาคและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีโครงการเพื่อส่งเสริมและสร้างอาชีพให้ประชาชนเพื่อให้มีความเป็นอยู่อย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อีกทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีรายได้เหมาะสมต่อการดำรงชีพ ควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากร และบริหารราชการเชิงยุทธศาสตร์โดยนำองค์ความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร มาช่วยในการเพิ่มคุณภาพของการบริการ ทั้งเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างสังคมเข้มแข็ง มีความสุขและสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ นั้น สำนักพัฒนาสังคมให้ความสำคัญกับการจัดสวัสดิการเพื่อการดำรงชีพอย่างเหมาะสม รวมไปถึงการจัดบริการด้านสังคมเคราะห์ ให้กับผู้สูงอายุ เช่น การบริการที่อยู่อาศัย การบำบัดฟื้นฟู การรักษาพยาบาล เป็นต้น

จากข้อมูลเกี่ยวกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จะเห็นได้ว่า นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ นั้น เป็นนโยบายสำคัญระดับประเทศ ที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ซึ่งกรุงเทพมหานครได้นำนโยบายนั้นมาแปลงเป็นแผน / แผนงาน / โครงการในระดับเมือง ร่วมกับนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร (ม.ร.ว. สุขุมพันธุ์ บริพัตร) พ.ศ. 2556-2559 โดยกำหนดยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ในทุกมิติ (รวมถึงด้านสุขภาพด้วย) ไว้ในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2556-2575) ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินการด้านผู้สูงอายุ บรรลุตามวิสัยทัศน์ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2575 กรุงเทพมหานครและหน่วยงานในสังกัดผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนนโยบายและแผน ตลอดจนตัวแทนภาคประชาชนยังได้ร่วมกันจัดทำแผนเฉพาะกิจที่มุ่งให้ความสำคัญและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) ขึ้น และมอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ นำแนวคิดและหลักการในแผนดังกล่าวไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการประจำปีของแต่ละหน่วยงานด้วย

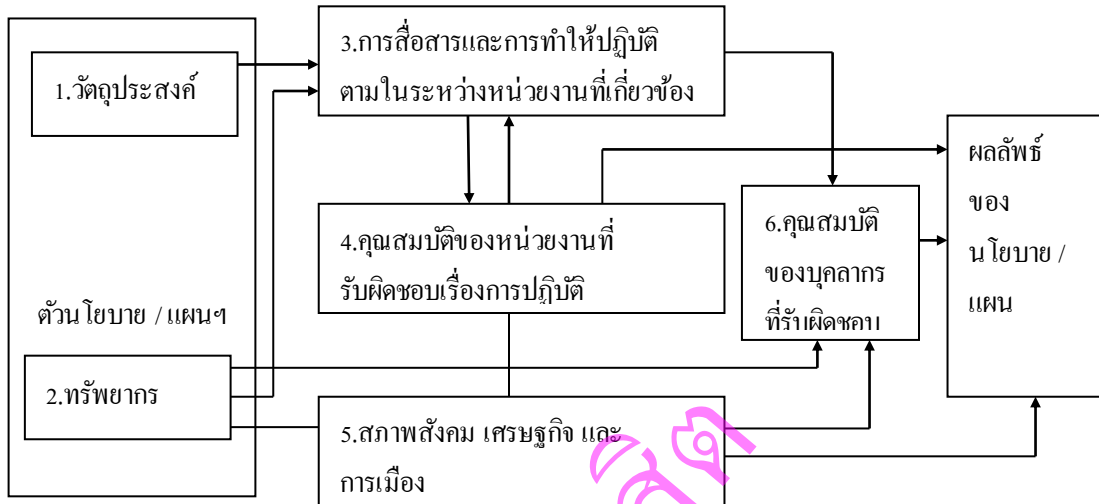
เมื่อพิจารณาจากเอกสารหรือแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2556-2575) แผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2558 แผนปฏิบัติราชการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2558 แผนปฏิบัติราชการ สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2558 และแผนปฏิบัติราชการ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2558 พบว่าในการกำหนดยุทธศาสตร์ของการพัฒนากรุงเทพมหานครนั้น มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ด้วยในทุกแผน ไม่ว่าจะเป็นแผนพัฒนาหลักของกรุงเทพมหานคร และแผนปฏิบัติราชการของสำนักต่างๆที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องแสดงให้เห็นว่า กรุงเทพมหานครตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและกำหนดลงในแผนปฏิบัติงานของกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการสรุปให้เห็นภาพรวม ที่มาที่ไปของนโยบาย / แผนฯ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ดังนั้นในลำดับต่อไป ผู้วิจัยจะได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่เหลืออีก 3 ประการตั้งขึ้น ดังนี้

4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ที่กำหนดไว้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 นั้น ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลและผลการวิเคราะห์ดังนี้

นโยบายหรือแผนใดๆก็ตามที่จัดทำหรือกำหนดขึ้นนั้นเป็นเพียงกรอบหรือแนวทางการปฏิบัติเท่านั้น การที่นโยบายหรือแผนที่จัดทำขึ้นจะไปสู่ผลสัมฤทธิ์ได้ต้องมีการขับเคลื่อนไปสู่ภาคปฏิบัติโดยการนำนโยบายหรือแผนนั้นไปจัดทำเป็น โครงการหรือกิจกรรม ซึ่งเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นหลักกว่า จะจัดตั้ง โครงการหรือ ทำกิจกรรมใดบ้างที่สอดคล้องกับมาตรการของนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งประสงค์ไว้ อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายหรือแผนไปสู่การปฏิบัตินั้น ไม่อาจสำเร็จได้เพียงแค่มีมาตรการกับหน่วยงานที่รับผิดชอบเท่านั้น จำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ทรัพยากร สภาพสังคมเศรษฐกิจ การเมือง เป็นต้น ตามแนวความคิดของ Van Horn และ Van Meter ที่กล่าวถึงองค์ประกอบหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กันเพื่อนำไปสู่ผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติดังนี้



รูปที่ 4.1 ประยุกต์จากตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn ที่มา : D.S. Van Meter and C.E. Van Horn, 1975 : 463

ผลจากการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องและผลจากการสัมภาษณ์ทั้งในส่วนของผู้กำหนดนโยบาย/แผนฯ ผู้ปฏิบัติงานตามนโยบาย (ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม) และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยพบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิรวมถึงผู้ปฏิบัติงานเหล่านั้น ได้ให้รายละเอียดและความสำคัญขององค์ประกอบดังกล่าวไว้ในทิศทางเดียวกัน อาจจะแตกต่างกันไปบ้างในแง่ของมุมมอง และการเน้นให้ความสำคัญกับปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งเป็นพิเศษ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสายการทำงานและประสบการณ์ของแต่ละท่านเกี่ยวกับผู้สูงอายุในมิติที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยจะขอนำเสนอผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามปัจจัยที่ปรากฏในแผนภาพ ดังนี้

ปัจจัยที่ 1 ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์และมาตรฐานของนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สำหรับการนำเสนอผลและการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ มิติด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย และมิติด้านมาตรฐานของนโยบาย มีรายละเอียดดังนี้

มิติที่ 1 มิติด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย

ในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของนโยบาย สิ่งที่สำคัญอันดับแรกคือการแยกแยะให้ชัดเจนว่า วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายมีอะไรบ้าง ทั้งนี้เนื่องจากวัตถุประสงค์เป็นเกณฑ์ใช้

ประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ จึงทำหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นกรอบกำหนดแนวทางปฏิบัติต่างๆ วัตถุประสงค์จึงเป็นส่วนขยายที่ทำให้เป้าหมายรวมของนโยบายชัดเจนมองเห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น เป็นการแจกแจงเป้าหมายให้มีลักษณะเป็นรูปธรรมที่ง่ายต่อการจินตนาการและเข้าใจ ซึ่งวัตถุประสงค์ที่ดีควรมีความชัดเจนและมีตัวชี้วัดที่แสดงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์นั้นด้วย แต่โดยทั่วไปการแยกแยะวัตถุประสงค์ของนโยบายให้ชัดเจนเป็นเรื่องที่ทำได้ค่อนข้างยาก ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติอันไม่ชัดเจนของนโยบายเอง เพราะนโยบายทั่วไปมักมีขอบเขตกว้างเกินไป มีเป้าหมายที่คลุมเครือและบางครั้งยังขัดกันเอง การพยายามแยกแยะวัตถุประสงค์ของนโยบายออกมาให้ชัดเจนจึงเป็นเรื่องลำบาก สิ่งที่ทำได้คือการศึกษาค้นคว้าจากตัวนโยบายนั่นเอง โดยเฉพาะส่วนที่มีการบันทึกไว้เป็นตัวอักษรแล้วนำมาตีความอีกทีหนึ่งว่า วัตถุประสงค์และมาตรฐานของนโยบายคืออะไร

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณฑิเสศิกุล ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพอนามัย) เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2558 ซึ่งท่านเป็นผู้หนึ่งในกลุ่มของผู้กำหนดนโยบาย/แผนฯ ได้ให้วัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการของสำนักอนามัยที่สอดคล้องกับนโยบาย/แผนฯ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไว้ 3 ข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์ของแผนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ

- 1) เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่ดี มีความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขกับครอบครัว ชุมชน และสังคม
- 2) เพื่อขยายการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุทั่วพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ได้รับบริการทางการแพทย์ ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รวมไปถึงการบำบัดรักษาเฉพาะด้านอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) เพื่อให้กรุงเทพมหานครมีสถาบันฝึกอบรมทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน และการพัฒนาบุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุแบบครบวงจรอย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อถามถึงประเด็นความชัดเจนของนโยบาย/แผน ได้รับคำตอบว่า

“ชัดเจนและครอบคลุมทุกมิติของการส่งเสริม พัฒนา และการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม”...(แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

ส่วนข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับความเชื่อเนื่องจากกองวิชาการ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์มอบหมายให้ดำเนินการแทนนั้น ได้ให้ข้อมูลด้านวัตถุประสงค์ตรงกับนโยบาย /แผนฯหลักของกรุงเทพมหานคร (แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 - 2560) ดังนี้

กรุงเทพมหานครมีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 - 2560) โดยกำหนดวิสัยทัศน์ คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า และมีความสุข และกำหนดพันธกิจเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ดังกล่าว ดังนี้

- 1) พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด อีกทั้งอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานที่สุด
- 2) ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของประชากรที่อยู่ในวัยเด็ก และวัยแรงงานของกรุงเทพมหานครให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต
- 3) ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการและสวัสดิการต่างๆ โดยการพัฒนาระบบส่งเสริมศักยภาพและคุ้มครองผู้สูงอายุที่มีบูรณาการและมีประสิทธิภาพ
- 4) ส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มและองค์กรต่างๆ ในการมีส่วนร่วมเพื่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

เมื่อถามถึงประเด็นความชัดเจนของวัตถุประสงค์ว่ามีความกระจ่างชัดมากน้อยเพียงใด ได้รับคำตอบว่า

“วัตถุประสงค์ของนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความชัดเจนในระดับมากเนื่องจากพันธกิจได้กำหนดไว้ว่า ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อให้พึ่งตนเองได้นานที่สุด อยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้นานที่สุด

มีการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมวัยเด็กและวัยแรงงานเพื่อเป็นผู้สูงอายุ พัฒนาระบบส่งเสริมศักยภาพและคุ้มครองผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการส่งเสริมศักยภาพชุมชน ชุมรมผู้สูงอายุ กลุ่มและองค์กรต่างๆ ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ”...(นายแพทย์สามารถตันอริยกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 20 สิงหาคม 2558)

และจากการศึกษาเอกสารแผนปฏิบัติราชการของสำนักพัฒนาสังคม ในส่วนของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น สรุปได้ว่า มีการตั้งวัตถุประสงค์ให้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่อย่างยั่งยืน โดยมีการดูแลสุขภาพแบบครบวงจร และขยายการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วย กลยุทธ์การส่งเสริมอาชีพให้ผู้สูงอายุ / ข้าราชการกรุงเทพมหานครที่เกษียณอายุและการเพิ่มจำนวนสมาชิกคลังสมอง (หมายถึงภูมิปัญญาผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร) ในด้านของสวัสดิการได้มีกลยุทธ์ส่งเสริมระบบและการจัดบริการสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ โดยมีโครงการ / กิจกรรมต่างๆ เช่น โครงการจัดสวัสดิการและสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โครงการสนับสนุนเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ โครงการศูนย์บริการสังคมผู้สูงอายุคืนแดง โครงการสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 และโครงการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

จากข้อมูลที่ได้เอกสารและจากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย อาจกล่าวได้ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย ซึ่งเป็นผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีความเห็นว่าวัตถุประสงค์ของนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นมีความชัดเจนระดับหนึ่ง ครอบคลุมทุกมิติของการส่งเสริม พัฒนา และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับนโยบาย/แผนฯหลักของกรุงเทพมหานคร (แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 - 2560) อีกทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบาย/แผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นไม่ได้พิจารณาแค่ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพียงประการเดียว แต่ยังได้คำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆร่วมด้วย เช่น สภาพเศรษฐกิจ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมภาวะการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยของประเทศไทยร่วมด้วย เพื่อบูรณาการการจัดทำโครงการและกิจกรรมใดๆที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ โดยมุ่งหวังว่าจะโครงการหรือกิจกรรมนั้นจะสามารถดำเนินการได้จริงและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุ

มิติที่ 2 มิติด้านมาตรฐานของนโยบาย

นโยบายที่ดินนอกจากมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เข้าใจง่ายแล้ว ยังต้อง ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับว่าสามารถตอบ โจทย์หรือตอบวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้ ในกรณีมาตรฐานของนโยบาย/แผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นั้น ข้อมูลที่ได้รับความเชื่อถือมาจากกองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ มอบหมายให้ดำเนินการแทน เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558 นั้น ได้กล่าวถึงยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 - 2560) ดังนี้

กรุงเทพมหานครมีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 - 2560) และแบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุตามพันธกิจ ดังนี้

- 1) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ
- 2) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
- 3) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรในกรุงเทพมหานครทุกช่วงวัย เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
- 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการของกรุงเทพมหานคร และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
- 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร

โดยการจัดทำแผนฯ และแบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้เป็นที่ยอมรับของกรุงเทพมหานคร เนื่องจากในการจัดทำแผนฯดังกล่าวเป็นการร่วมพัฒนาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักงานการแพทย์ สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักพัฒนาสังคม สำนักงานโยธา สำนักงานการจราจรและขนส่ง สำนักงบประมาณกรุงเทพมหานคร สำนักวัฒนธรรม กีฬาและการท่องเที่ยว กองประชาสัมพันธ์ สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร สำนักสิ่งแวดล้อม กลุ่มกรุงเทพตะวันออก กลุ่มกรุงเทพใต้ กลุ่มกรุงเทพเหนือ กลุ่มกรุงเทพกลาง กลุ่มกรุงเทพธนเหนือ กลุ่มกรุงเทพธนใต้ และตัวแทนจากผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร และมีการประกาศใช้แผนฯนี้เมื่อวันที่ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร 1 ตุลาคม 2557 ณ สวนอัมพร เพื่อให้รับทราบนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครอย่างทั่วถึง

ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558 เกี่ยวกับมาตรฐานของนโยบาย / แผนนั้น มีดังนี้

“นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นที่ยอมรับและได้มาตรฐานเมื่อเทียบเคียงกับการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นและระดับประเทศ เนื่องจากมีการนำนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ไปสู่การปฏิบัติโดยกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งมีการกำหนดยุทธศาสตร์ มาตรการ ดัชนี และเป้าหมายของมาตรการภายใต้ยุทธศาสตร์ต่างๆไว้อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อใช้เป็นเครื่องชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน” ... (แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

และจากการสัมภาษณ์นางสาวสุกฤตา ลือเจริญ รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 เกี่ยวกับนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น ได้ให้ข้อมูลดังนี้

“แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครเป็นแผนใหญ่ทำอะไรให้แผนนี้ไปสู่การปฏิบัติงานของหน่วยงาน เพราะฉะนั้นตรงนี้ต้องมีการดำเนินการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติให้ชัดเจนก่อนว่าปีนี้ต้องทำอะไร ปีหน้าต้องทำอะไร เพราะมีตัวชี้วัดมีดัชนีอยู่แล้ว ปัญหาคือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานไม่ได้สนใจ มีแผนก็ทิ้งไว้ไม่ได้เอามาปฏิบัติ เจ้าหน้าที่จึงต้องคลี่แผนออกมา ซึ่งทุกวันนี้เราก็พยายามจะคลี่แผน และมีการติดตาม เมื่อมีแผนปฏิบัติการต้องมีการติดตามโดยมีหน่วยงานชัดเจน ในระดับผู้บริหาร เมื่อมีแผน แปลงแผนสู่การปฏิบัติแล้ว ต้องมีการติดตามประเมินผลว่าสิ่งที่ทำไปแล้วได้ผลหรือไม่ในเชิงนโยบายภาพรวมก่อน ดังนั้นในด้านสุขภาพที่อยู่ในแผนอยู่แล้ว กำหนดให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามแผน ดังนั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติในนโยบายที่กำหนดต้องมีความชัดเจน และมีการติดตามกำกับให้หน่วยงานนำไปสู่แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน และก็ติดตามผลตามดัชนีชี้วัดแต่ละตัว” ... (สุกฤตา ลือเจริญ, สัมภาษณ์, วันที่ 23 พฤศจิกายน 2558)

จากข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่ามาตรฐานในการกำหนดนโยบาย/แผนฯ นั้น เป็นที่ยอมรับและสอดคล้องกับการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นและระดับประเทศ และยังเป็นกำหนดวัตถุประสงค์ มาตรการ และตัวชี้วัดจากความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งหน่วยงานหรือกลุ่มเหล่านั้นมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ทำให้การกำหนดนโยบาย/แผนเกิดขึ้นจากมุมมองหลายมิติ เป็นโอกาสให้การกำหนดนโยบาย/แผนนั้นมีความรัดกุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง รวมทั้งให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินผลตามดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ในแผนฯ ด้วย

ปัจจัยที่ 2 ปัจจัยด้านทรัพยากรของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

นอกจากวัตถุประสงค์ของนโยบายและมาตรฐานที่กำหนดไว้ชัดเจนแล้ว ยังต้องมีการระบุทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นต่อการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติด้วย ทรัพยากรของนโยบายนั้นหมายรวมถึงงบประมาณ และผลประโยชน์ตอบแทนอื่นๆ ที่จะเป็นตัวแรงให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยทั่วไป ทรัพยากรที่มักเป็นปัญหาคืองบประมาณ หลายครั้งงบประมาณอาจไม่พอเพียง หลายครั้งงบประมาณมีปริมาณพอเพียง แต่การเบิกจ่ายมักล่าช้า เสียเวลา ซึ่งในกรณีดำเนินการตามโครงการและกิจกรรมต่างๆ หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องการงบประมาณที่พอเพียง ต่อเนื่อง และทันเวลาด้วย งบประมาณจึงมีส่วนสำคัญในการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ

จากข้อมูลที่ได้รับรู้ความเชื่อใจจากกองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ มอบหมายให้ดำเนินการแทน เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558 นั้น ได้กล่าวว่า

“ทรัพยากรของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ได้แก่ “บุคลากรที่เกี่ยวข้อง งบประมาณต่างๆที่จะใช้ในการดูแลขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร วัสดุ อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ใช้ในการดำเนินงาน รวมทั้งต้องมีการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพส่งผลให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือพันธกิจที่กำหนดไว้”...(นายแพทย์สามารถ ตันอริยกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 20 สิงหาคม 2558)

ดังนั้น ในส่วนของทรัพยากรของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัตินี้ ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ ทรัพยากรด้านบุคลากร ทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์ และ ทรัพยากรด้านงบประมาณ ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดเป็นลำดับต่อไป

1) ทรัพยากรด้านบุคลากร

ทรัพยากรด้านบุคลากรมีความสำคัญมากต่อผลสำเร็จหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพราะเป็นผู้ปฏิบัติภารกิจที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโดยตรง จำนวนและคุณภาพของบุคลากรเหล่านั้นจึงเป็นสิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาในฐานะเป็นปัจจัยสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จากข้อมูลที่ได้รับความสะดวกเพื่อจากกองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ตัน อริยกูล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ มอบหมายให้ดำเนินการแทน เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558 นั้น ได้กล่าวถึงบุคลากรว่า

“บุคลากรที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังมีไม่เพียงพอ เนื่องจากเป็นบุคลากรเฉพาะทางซึ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรเป็นการดูแลทุกมิติ ตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และบุคลากรที่มีอยู่มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี เพราะมีการถ่ายทอดนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากระดับผู้บริหารสู่ระดับปฏิบัติอย่างชัดเจน”...(สามารถ ตัน อริยกูล, สัมภาษณ์, วันที่ 20 สิงหาคม 2558)

ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558 นั้น ท่านได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ด้านทรัพยากรบุคคลนั้น โครงสร้างอัตรากำลังยังไม่เพียงพอ เช่น แพทย์ พยาบาล เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ และปัญหาการขาดแคลนกำลังในสหวิชาชีพต่างๆ เพื่อรองรับการให้บริการในด้านต่างๆแก่ผู้สูงอายุ”...(ดวงพร ปิณิจเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

จะเห็นได้ว่าบุคลากรซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญประการหนึ่งนั้นมิใช่เพียงพอ โดยกรุงเทพมหานคร ยังขาดผู้ที่มารับผิดชอบในการนำนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติตามโครงการต่างๆ และยังคงขาดแคลนผู้มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง เพื่อรองรับการให้บริการด้านต่างๆผู้สูงอายุในทุกระดับตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แต่ในส่วนของความรู้ความสามารถของบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้น ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยบุคลากรนั้นมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ซึ่งผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย/แผนนั้นมีความเห็นว่าเป็นเพราะมีการถ่ายทอดนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากระดับผู้บริหารไปสู่บุคลากรระดับปฏิบัติอย่างชัดเจน

ในส่วนของบุคลากรนี้ รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม นางสาวสุกฤตา สือเจริญ (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2558) ให้ความเห็นว่าไว้อย่างน่าสนใจว่า บุคลากรในที่นี้ไม่ได้หมายถึงเจ้าหน้าที่ภาครัฐเท่านั้น แต่หมายรวมถึงไปถึงตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด ชุมชน รวมไปถึงคนทุกคนในสังคมด้วยที่จะช่วยเอื้อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประสบความสำเร็จดังที่ท่านได้ให้สัมภาษณ์ไว้ดังนี้ว่า

“บุคลากร (Man) ที่สำคัญคือ ครอบครัวลูกหลานของผู้สูงอายุเองที่ต้องเข้าใจและรู้ว่า จะต้องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร ต้องมีจิตสำนึก มีความรับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ ต้องหล่อหลอมให้เห็นคุณค่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องมองว่าผู้สูงอายุเป็นพลังไม่ใช่ภาระของสังคม ต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติให้มองเห็นคุณประโยชน์ของผู้สูงอายุ การหล่อหลอมบุคลากรให้มีจิตสำนึก มีความรับผิดชอบนี้ต้องเริ่มต้นตั้งแต่เกิด การอบรมในโรงเรียน และวัยแรงงานที่สักวัน ต้องแก่คุณจะมีวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร และบุคลากรที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนี้ต้องมีวิธีการดูแลที่แปลกกว่าคนธรรมดา จึงต้องมีการเรียนรู้ ต้องมีการสังสรรค์...(สุกฤตา สือเจริญ, สัมภาษณ์, วันที่ 23 พฤศจิกายน 2558)

ในเชิงของผู้สูงอายุเอง ผู้สูงอายุต้องอยู่กับครอบครัวเป็นหลัก ประการแรกผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนตัวเอง รู้จักดูแลและตระหนักในคุณค่าของตัวเอง ต้อง self-care ตัวเองก่อน ถ้าเราไม่ดูแลตัวเองแล้วใครจะมาดูแลได้ ดังนั้นในการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุนั้น ต้อง self-care ในเรื่องอะไรบ้าง

- 1) เรื่องเศรษฐกิจ เช่น มีการออม ตั้งแต่วัยแรงงาน ไม่ว่าจะออมในรูปแบบใดก็ตาม
- 2) เรื่องสุขภาพอนามัย เช่น ออกกำลังกาย จะทำงานอย่างเดียวยังไม่ได้ต้องดูแลสุขภาพตัวเองด้วย ไม่ใช่เริ่มดูแลตอนแก่ ก็จะสายเกินไป
- 3) ด้านสังคม ต้องเตรียมความพร้อมของสภาพจิตใจที่จะเป็นผู้สูงอายุ มีเพื่อนฝูง มีสังคมช่วยเหลือสังคมเท่าที่มีพลังจะทำได้ ฝึกทักษะอาชีพด้านใดด้านหนึ่ง หรือทำงานที่ตนเองถนัด ทำความเข้าใจและเรียนรู้เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ เพราะทำให้เรื่องปัญหาได้มีความสุขกับชีวิตของตนเอง เป็นความคิดเชิงบวก เป็นพลัง

ในด้านครอบครัวของผู้สูงอายุ ต้องดูแลผู้สูงอายุ จะอ้างว่าไม่มีเวลาไม่ได้เพราะครอบครัวเป็นพลังสำคัญ โดยครอบครัวต้องเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เราต้องให้ความรู้กับครอบครัว สื่อเป็นหลักสำคัญที่ทำให้คนหันมาใส่ใจผู้สูงอายุ ประชาสัมพันธ์ไป อีกอันหนึ่งคือ หน่วยงานภาครัฐ ชุมชนต้องเกื้อกูลผู้สูงอายุ ถ้าครอบครัวดูแลไม่ได้ ชุมชนต้องดูแล”

“ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุคือ ทำอย่างไรก็ได้ ให้ผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้ มีครอบครัวดูแล หรือชุมชนดูแล โดยภาครัฐจะเป็นหน่วยงานสุดท้ายที่จะดูแล ให้ความช่วยเหลือ ไม่อยากให้ผู้สูงอายุต้องมาอยู่ในบ้านผู้สูงอายุ เพราะหนึ่งเป็นการสร้างภาระให้หน่วยงานภาครัฐ และทำให้ครอบครัวละเลยผู้สูงอายุ รัฐพยายามให้งาน สักเคราะห์บ้านบางแคลคน้อยลง แม้ผู้สูงอายุจะ ออกจากครอบครัวมาอยู่ใน สังคมของผู้สูงอายุ ในสถาน สงเคราะห์ ผู้สูงอายุต่างๆ ก็อยากให้สังคมมองผู้สูงอายุเสมือนญาติ โดยญาตินั้น ไม่จำเป็นต้องเป็นครอบครัวพี่น้องของผู้สูงอายุเท่านั้น คน ในสังคมก็เป็นญาติให้ผู้สูงอายุได้ ทำอย่างไรให้คนในสังคมมองว่าผู้สูงอายุเป็นญาติ มีการไปเยี่ยม เราต้องสร้างกระบวนการตรงนี้ วิธีการสร้างพัฒนาคน ให้เป็นอย่างนี้ต้องมีสื่อประชาสัมพันธ์ การอบรมพัฒนาและการสร้างสมประกอบการณ์ ซึ่งจะเริ่มตอนแก่ไม่ได้ ต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก โรงเรียนเป็นสถาบันแรกที่ต้องสอนให้ตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ”...(สุกฤตา สื่อเจริญ, สัมภาษณ์, วันที่ 23 พฤศจิกายน 2558)

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนประเภทหนึ่งในสังคม เป็นสมาชิกของสังคม เป็นผู้ที่มีลักษณะเฉพาะควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุ ในทุกมิติจึงเป็นเรื่องสำคัญ ไม่เพียงแต่ด้านสุขภาพเท่านั้น การดูแล จัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสาธารณะที่คำนึงถึงสภาพร่างกายและการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุก็มีความสำคัญ ไม่น้อย ดังนั้นความหมายของบุคลากรนั้น

จึงไม่ได้หมายถึงเจ้าหน้าที่ของภาครัฐเท่านั้น แต่หมายรวมถึง ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวลูกหลาน คนใกล้ชิด และยังมีความหมายครอบคลุมไปถึงคนในสังคมด้วยที่ต้องตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ และมีความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในทุกด้าน อาจกล่าวได้ว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายและทุกคนในสังคม โดยปลูกจิตสำนึกให้เกิดความรู้สึกเกื้อกูลช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้สังคมเป็นสังคมที่น่าอยู่ โดยเริ่มปลูกฝังตั้งแต่ในวัยเรียน

2) ทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์ หมายถึง อุปกรณ์ที่ใช้ในการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ เครื่องมือทางการแพทย์ รวมไปถึงอุปกรณ์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ไม้เท้า ฟันเทียม เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม นางสาวสุกฤตา สื่อเจริญ สัมภาษณ์เมื่อ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ได้ให้ความหมายของอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไว้ดังนี้

“อุปกรณ์ (Material) คือ เครื่องไม้เครื่องมือ อุปกรณ์ ทุกด้านที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ ด้านกายภาพต้องเอื้อต่อผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์ด้านไหนก็ตาม เช่น ยานพาหนะ ทางลาด ห้องน้ำ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยให้นโยบายที่ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้นสำเร็จได้”...(สุกฤตา สื่อเจริญ, สัมภาษณ์, วันที่ 23 พฤศจิกายน 2558)

และจากข้อมูลที่ได้รับคำตอบเพื่อจากกองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ตัน อริยกุล ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ มอบหมายให้ดำเนินการแทน เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558 นั้น ได้กล่าวถึงจำนวนของอุปกรณ์เมื่อเทียบกับความต้องการของผู้สูงอายุว่า

“ยังขาดแคลนวัสดุ อุปกรณ์ในส่วนและเทคโนโลยีที่เหมาะสมและทันสมัยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ และระบบเอื้ออำนวยความสะดวกต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร...ส่วน วัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ มีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งกรุงเทพมหานคร”...(สามารถ ตัน อริยกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 20 สิงหาคม 2558)

สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อ่าน วยการศูนย์สาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง) แพทย์หญิงภัทรพร रिमชลา สัมภาษณ์เมื่อ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ที่ได้กล่าวถึงเรื่องบุคลากรว่า

“ณ ปัจจุบันค่อนข้างดีทั้งด้านอุปกรณ์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร แต่ถ้าผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ก็ต้องมีการพัฒนาต่อไป”...ภัทรพร रिमชลา, สัมภาษณ์, 21 กรกฎาคม 2558)

อีกทั้งยังสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจิเสติกุล ผู้อ่าน วยการกองส่งเสริมสุขภาพอนามัย เมื่อ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ว่า

“ในด้านวัสดุอุปกรณ์ ที่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งหมายรวมถึงระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการด้านผู้สูงอายุ เช่น การมีระบบฐานข้อมูลกลางเกี่ยวกับประชากรผู้สูงอายุ การให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารงานด้านสาธารณสุขและการบริหารงานด้านสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุ เป็นต้น”... (ดวงพร ปิณิจิเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

ในระดับผู้ปฏิบัติการอย่างนักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการของศูนย์สาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง) นายสันธาน สายคง (สัมภาษณ์เมื่อ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2558) มีความเห็นเกี่ยวกับเรื่องอุปกรณ์ว่า

“เรื่องของอุปกรณ์ในการยังชีพ เช่น แวนตา ไม่ทำนั้น ทางส่วนกลางคือกรุงเทพมหานคร มีงบประมาณที่จัดเตรียมส่วนนี้ไว้แล้ว ซึ่งทางศูนย์สาธารณสุขแต่ละแห่งจะแจ้งจำนวนความต้องการไป ส่วนกลางก็จะจัดสรรแบ่งให้ตามความเหมาะสม อีกส่วนหนึ่งคือเจ้าหน้าที่ของทางศูนย์สำรวจปริมาณความต้องการ แล้วแจ้งขอการสนับสนุนจากภาคเอกชนที่มีนโยบายหรือโครงการเพื่อสังคม อีกทั้งยังมีอุปกรณ์ที่ได้มาจากการบริจาคจากญาติผู้ป่วยที่เคยใช้อุปกรณ์เหล่านี้หรือประชาชนที่มีแวนตาหรือไม่ทำที่ไม่ได้ใช้งานแล้ว ซึ่งทางศูนย์ก็จะนำมาจัดสรรให้กับผู้ที่ต้องการตามความจำเป็นและเร่งด่วนต่อไป”...(สันธาน สายคง, สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2558)

จะเห็นได้ว่า วัตถุประสงค์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีจำนวนที่เพียงพอในระดับหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งกรุงเทพมหานคร กล่าวคือ ณ ปัจจุบัน วัตถุประสงค์ที่มีอยู่นั้นได้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ แต่ในอนาคตถ้ามีผู้มาขอรับบริการเพิ่มมากขึ้น ต้องมีการเพิ่มเติมเพื่อจัดสรรให้เพียงพอต่อความต้องการ และกรุงเทพมหานครยังขาดแคลน วัตถุประสงค์ในส่วนของเทคโนโลยีที่เหมาะสมและทันสมัยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ และระบบเฝ้าอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

3) ทรัพยากรด้านงบประมาณ

งบประมาณเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ไม่อาจละเลยได้ เพราะการขับเคลื่อนกิจกรรมและโครงการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากนโยบาย / แผนฯ นั้นล้วนต้องมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน

จากข้อมูลที่ได้รับความเอื้อเฟื้อจากกองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ มอบหมายให้ดำเนินการแทนนั้น (เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558) ได้กล่าวว่า

“หากพิจารณางบประมาณในการดูแลสุขภาพ พบว่า ยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เพราะในการดูแลสุขภาพมีทั้งการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล เช่น วัคซีน ไข้หวัดใหญ่ในปัจจุบันยังจัดสรรไม่ครอบคลุมกับจำนวนผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (care giver / นักบริบาล / ผู้ดูแลช่วยเหลือต่างๆ) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยยังมีข้อจำกัด เพราะเป็นการดูแลในลักษณะรับฝากเลี้ยงในสถานพยาบาลของเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ดังนั้นการเข้าถึงหรือสามารถใช้บริการนี้ได้เป็นกลุ่มประชาชนที่มีรายได้ตั้งแต่ปานกลางจนถึงสูง แต่กลุ่มรายได้น้อยยังมีข้อจำกัด”...(สามารถ ตันอริยกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 20 สิงหาคม 2558)

ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณจิเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558 นั้น ท่านได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่จัดขึ้นตามนโยบายด้านผู้สูงอายุ นั้น ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก เช่น การก่อสร้างโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ต้องใช้งบประมาณถึง 3,011,380,000 บาท ซึ่งงบประมาณเฉพาะที่ได้จากกรุงเทพมหานครนั้น ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องของงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลด้วย”...(ดวงพร ปิณิจเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม นางสาวสุกฤตา สื่อเจริญ เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 กล่าวถึงเรื่องงบประมาณไว้ดังนี้ว่า

“งบประมาณ (Money) ให้ทำงานต้องมีงบประมาณตามแผน ในการขับเคลื่อนถ้าไม่มีงบประมาณทำอะไรไม่ได้ การหางบประมาณสนับสนุนอาจมาจากกรุงเทพมหานครเอง หรือ CSR ก็ได้ เป็นการหาพลังเพื่อให้คนเหล่านั้น (ผู้รับผิดชอบ) สามารถดำเนินการเพื่อผู้สูงอายุได้ การจัดการแหล่งทรัพยากรของงบประมาณนั้นอาจจะจัดสรรเอง หาแหล่งเงินทุน กองทุน หรืออะไรต่างๆก็ได้” (สุกฤตา สื่อเจริญ, สัมภาษณ์, วันที่ 23 พฤศจิกายน 2558)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติใน ส่วนของงบประมาณนั้นแม้ในพื้นที่อื่นนอกจากกรุงเทพมหานครก็มีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุเช่นกัน โดยการศึกษาของ นพรัตน์ วรรณเทพสกุล (2548) เรื่องนโยบายสาธารณะท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติบทวิเคราะห์ นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจังหวัดสงขลา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สามารถสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุได้ ซึ่งถือว่าช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกละเลยได้ ในระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติงบประมาณที่ได้รับยังมีน้อยมาก นอกจากนี้การขาดการบูรณาการด้านการจัดสรรงบประมาณระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้แต่ละหน่วยงานต่างจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานตนเอง ให้ความช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ในกิจกรรมเดียวกัน อย่างไรก็ตาม งบประมาณด้านการดูแลระยะยาวในอนาคตจำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ดูแล

จะเห็นได้ว่า ในด้านทรัพยากรที่ใช้เพื่อสนับสนุน นโยบาย/แผนฯ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยเฉพาะในด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครนั้น โดยรวมแล้วยังไม่เพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นด้านกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณ อาจเป็นเพราะจำนวนผู้สูงอายุที่มีอัตราการเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้การเตรียมการต่างๆเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพัฒนาตามไม่ทันความต้องการ เนื่องด้วยข้อจำกัดหลายประการ เช่น การพัฒนาคน หรือการผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถนั้น ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร กว่าจะได้บุคลากรที่พร้อมจะดำเนินงานต้องผ่านระบบการศึกษาหรือเข้ารับการอบรมที่ใช้เวลาก่อนข้างนาน 3 เดือนบ้าง 6 เดือนบ้าง บางครั้งการผลิตผู้เชี่ยวชาญหนึ่งคนต้องใช้ระยะเวลาหลายปี ซึ่งไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งระบบบริหารงานราชการที่ซับซ้อน มีขั้นตอนมาก การพิจารณาภาวะต่างๆ ทั้งการอนุมัติโครงการและงบประมาณก่อนข้างใช้เวลาและมีขั้นตอน ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดำเนินงาน และโดยภาพรวมของแผนการพัฒนาประเทศแล้วยังมีอีกหลายด้านที่รอการพัฒนาอยู่ จำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ รวมไปถึงกำลังคนที่จำเป็นต่อการพัฒนาด้านนั้นๆ ด้วย ด้วยปัจจัยดังกล่าวทำให้จำนวนของทรัพยากรที่ได้รับเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินการตามนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครยังไม่เพียงพอ และต้องพัฒนาในด้านคุณภาพต่อไป โดยเฉพาะเรื่องของงบประมาณ ซึ่งเป็นหลักใหญ่สำคัญของทรัพยากรที่สนับสนุนหรือผลักดันให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ

ปัจจัยที่ 3 ปัจจัยด้านการสื่อสารและการทำให้หน่วยงานต่างๆปฏิบัติตามนโยบาย /แผนฯ

การสื่อสารและการทำให้ปฏิบัติตามนโยบายในระหว่างองค์กรต่างๆในการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้รับผิดชอบในหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องมีข้อมูลและข่าวสารที่ตรงกันในเรื่องวัตถุประสงค์ของนโยบาย ดังนั้น การสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับองค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบในการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย และระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ด้วยกันเองจึงมีความสำคัญมาก การสื่อสารต้องถูกต้อง รวดเร็ว ต่อเนื่อง และไม่มีการปิดบังข่าวสารระหว่างกัน นอกจากนี้ภายในหน่วยงานเดียวกันการสื่อสารก็ต้องมีประสิทธิภาพด้วย

การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติจะประสบความสำเร็จได้หากหน่วยงานต่างๆ มีกลไกและขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างานสามารถเพิ่มความเป็นไปได้ที่ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือลูกน้องปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องและส่งเสริมวัตถุประสงค์ของนโยบาย กลไกและขั้นตอน

เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากนโยบาย คำสั่ง หรือระเบียบปฏิบัติต่างๆ ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตัวเอง (Self Executing) ได้ ดังที่ นิวสเต็ดท์ กล่าวไว้ว่า คำสั่งต่างๆ ไม่สามารถมีผลบังคับได้ด้วยตัวเอง ผลบังคับใช้จะเกิดขึ้น ได้ต้องมีกลไกและขั้นตอนคอยผลักดัน

ในองค์กรเดียวกัน หัวหน้างานมีกลไกและขั้นตอนที่กำหนดไว้ชัดเจน หัวหน้างานมีอำนาจในหลายด้าน ด้านการบริหารงานบุคคล หัวหน้างานมีอำนาจในเรื่องการคัดเลือกและสรรหา การบรรจุแต่งตั้ง การโยกย้าย การพิจารณาความดีความชอบ การเลื่อนเงินเดือนและตำแหน่ง และแม้กระทั่งการลงโทษต่างๆ

ส่วนในการทำงานที่มีหลายองค์กรรับผิดชอบร่วมกัน กลไกและขั้นตอนต่างๆ ที่ปรากฏในองค์กรไม่มีปรากฏให้เห็น ไม่มีการกำหนดชัดเจนและเป็นที่ยอมรับทั่วกันว่า ใครมีอำนาจบังคับบัญชาสูงสุดในระหว่างหน่วยงานเหล่านั้น ในกรณีเช่นนี้ การบังคับให้ปฏิบัติตามนโยบายเป็นเรื่องสำคัญมาก ประเด็น 2 ประเด็นที่สำคัญในกรณีนี้คือ 1) ผู้บังคับบัญชาระดับบนหรือหัวหน้างาน ต้องคอยช่วยเหลือด้านเทคนิคและวิธีการแก่ลูกน้องเพื่อช่วยให้เขาทำงาน ได้เร็วขึ้น การช่วยเหลืออาจจะเป็นการช่วยตีความนโยบายต่างๆ ที่อาจจะอยู่ในรูปของกฎหมาย คำสั่ง หรือระเบียบปฏิบัติต่างๆ ให้ชัดเจนและแจ่มแจ้ง และ 2) ผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน ต้องใช้วิธีแทรกแซงต่างๆ ทั้งทางบวกและทางลบ อาจทำในรูปของการตรวจเยี่ยมหน่วยปฏิบัติการ การประเมินการทำงาน การทบทวนการทำงาน การตรวจสอบ และการรายงานจากบุคคลอื่นที่ไม่ได้สังกัดหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการสื่อสารและการบังคับใช้นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร นั้น จากข้อมูลของกองวิชาการ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ.2558 ได้กล่าวว่า

“การสื่อสารและการบังคับใช้นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร นั้น มีลักษณะเป็นการร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมดำเนินการ หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการประสานข้อมูลและการดำเนินงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ดังนั้น รูปแบบหรือวิธีการในการชี้แจงนโยบาย/แผน จึงเป็นการ “ร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมจัดทำ” ให้ทุกคนรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ซึ่งการสื่อสารและการบังคับใช้นโยบายในลักษณะนี้มีประสิทธิภาพมาก เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีการดำเนินงานตามบทบาท ภารกิจของตนเอง

เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนด คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่าและมีความสุข”(สามารถ ตันอริยกุล, สัมภาษณ์,. 20 สิงหาคม 2558)

ส่วนผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ.2558) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับประเด็นการสื่อสารไว้ดังนี้

“การสื่อสารในปัจจุบันทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลรวดเร็ว กรณีการเบิกเบี้ยยังชีพที่เป็นนโยบายรัฐบาลและมอบภารกิจให้กรุงเทพมหานครดำเนินการการโอนงบประมาณมีความล่าช้า ทำให้ผู้สูงอายุที่มารับบริการไม่เข้าใจ และสื่อสารถามอะไรไม่ค่อยให้ความสนใจด้านผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่มีลักษณะเชิงพาณิชย์”...(ดวงพร ปิณิจเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

ในเรื่องของการสื่อสารและการบังคับให้ปฏิบัติตามนโยบายนั้น รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม นางสาวสุกฤตา ลือเจริญ เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2558 ได้ให้ความเห็นไว้ดังนี้

“การบริหารจัดการ (Management) ด้านผู้สูงอายุคือกลไกในการขับเคลื่อน มีกลยุทธ์อย่างไรที่ต้องดำเนินการ ที่สำคัญคือ การบริหารจัดการที่ต้องไปสู่การปฏิบัติได้ คือมีโครงการ มีกิจกรรม มีงบประมาณอะไรบ้าง กำกับการ ประสานงาน คือต้องควบคุมติดตามงานทุกหน่วยงานเมื่อมีแผนปฏิบัติการ ต้องมีโครงการ มีกิจกรรมดำเนินการ เพราะถ้าไม่มีตรงนี้ก็จะมีไม่มีการขับเคลื่อน เพราะฉะนั้นเมื่อตัวชี้วัดกำหนดว่านโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้าน สุขภาพอนามัย ก็ต้องบอกว่าแล้วทำอย่างไรบ้างเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นการขับเคลื่อน ไปสู่ภาคปฏิบัติที่แท้จริง การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติต้องมีโครงการ มีกิจกรรม มีผู้รับผิดชอบ”... (สุกฤตา ลือเจริญ, สัมภาษณ์,. 23 พฤศจิกายน 2558)

ส่วนในด้านของการประชาสัมพันธ์ แจ้งข้อมูลข่าวสารกับผู้สูงอายุนั้น รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม นางสาวสุกฤตา ลือเจริญ เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2558 ได้กล่าวว่า

“สิ่งที่อยากฝากไว้ คือ สื่อประชาสัมพันธ์ และช่องทางที่ผู้สูงอายุต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร อาจเป็นการรับรู้ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเอง ในปัจจุบันช่องทางของข้อมูลข่าวสาร

เช่น เว็บไซต์ของกรุงเทพมหานคร Old is young (<http://www.oldisyounginbkk.com>) หรือช่อง 10 เพลินทีวีเป็นรายการสำหรับผู้สูงอายุที่ออกอากาศ 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ควรต้องมีสื่อประชาสัมพันธ์อื่นๆ เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสารสำหรับผู้สูงอายุ ยังมีช่องทางที่ให้ผู้สูงอายุติดต่อเพื่อขอทราบข้อมูลข่าวสารได้ เช่น โทรศัพท์ Line”... (สุกฤตา สื่อเจริญ, สัมภาษณ์, วันที่ 23 พฤศจิกายน 2558)

สำหรับผู้ปฏิบัติการที่ใกล้ชิดกับกลุ่มผู้สูงอายุ นายสันธาน สายคง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง) (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2558) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้ผู้สูงอายุทราบเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทางภาครัฐจัดขึ้นเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุว่า

“เมื่อส่วนกลาง (หน่วยงานที่กำหนดนโยบายของกทม.) มีหนังสือแจ้งมายังศูนย์บริการสาธารณสุขฯ ให้จัดกิจกรรมเกี่ยวกับเรื่องใด หรือให้จัดหาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมใดที่กรุงเทพมหานครจัดขึ้น ทางศูนย์ฯ ก็ต้องดำเนินการตามที่ทางส่วนกลางแจ้งมา โดยช่องทางในการประชาสัมพันธ์คือ แจ้งผ่านไปยังอาสาสมัครชุมชนที่เข้าไปคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ แลแจ้งข่าวกับผู้นำกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อนำไปแจ้งต่อผู้สูงอายุภายในกลุ่มของตน หรือบางครั้งแจ้งไปในคราวที่มีการประชุมเขตที่มีตัวแทนของผู้สูงอายุเข้าร่วมประชุมด้วย ลักษณะการกระจายข่าวจะเป็นแบบปากต่อปาก”...(สันธาน สายคง, สัมภาษณ์, วันที่ 15 ธันวาคม 2558)

จากผลการสัมภาษณ์นั้น สามารถอธิบายปัจจัยด้านการสื่อสารนี้ได้ 2 ลักษณะ คือ

1) การสื่อสารระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ร่วมมือกันปฏิบัติตามนโยบาย / แผนฯ

ในด้านการสื่อสารระหว่างหน่วยงานนี้ ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการด้านผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ เช่น ระบบฐานข้อมูลกลางเกี่ยวกับประชากรผู้สูงอายุ การให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารงานด้านสาธารณสุขและการบริหารงานด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น อีกทั้งระเบียบราชการและการประสานงานกับหน่วยงานบริหารด้านสุขภาพที่มีขั้นตอนในการสั่งการ ทำให้บางครั้งเกิดความล่าช้าในการให้บริการ

กับผู้สูงอายุ เช่น กรณีการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพที่เป็นนโยบายของรัฐบาลแล้วมอบหมายให้กรุงเทพมหานครดำเนินการในการโอนงบประมาณ เป็นต้น

2) การสื่อสารระหว่างหน่วยงานของกรุงเทพมหานครกับผู้สูงอายุ

ระบบการสื่อสารในปัจจุบันเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิการอย่างรวดเร็ว แต่เมื่อพิจารณาด้านสื่อสารณะยังให้ความสำคัญกับการเผยแพร่ข้อมูลด้านผู้สูงอายุไม่มากนัก เพราะการให้ข้อมูลด้านนี้มักจะไม่มีลักษณะของเชิงพาณิชย์ผลประโยชน์หรือค่าตอบแทนที่ได้รับน้อยไม่คุ้มกับการดำเนินงาน

เมื่อพิจารณาในประเด็นของการสื่อสารนี้ พบว่า การสื่อสารในระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ต้องร่วมมือกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สำเร็จตามเป้าหมายนั้นยังต้องปรับปรุงและพัฒนาขึ้นอีกเพื่อให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานราบรื่นขึ้น ลดความล่าช้าในการดำเนินการต่างๆ โดยอาจใช้วิธีการลดขั้นตอนในการทำงาน เพิ่มการประชุมกลุ่มย่อยในกลุ่มผู้ปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและช่วยกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมไปถึงการพัฒนาระบบสารสนเทศเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานด้วย ส่วนการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัตินั้นจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้วย

ส่วนในมุมมองของการสื่อสารระหว่างหน่วยงานของกรุงเทพมหานครกับผู้สูงอายุนั้น ถือว่าทำได้ค่อนข้างดี สามารถประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารและสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึงโดยอาศัยทั้งการกระจายข่าวแบบปากต่อปาก ให้คนในชุมชนสื่อสารถึงกันเอง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เปิดกว้างและมีรูปแบบหลากหลายมากขึ้นอย่างในปัจจุบัน ในการแจ้งข่าวด้วย แต่ในด้านความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนนั้นอาจต้องใช้เวลาและการพูดคุยทำความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้สูงอายุเป็นหลัก เพื่อผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาประเทศโดยรวม

ปัจจัยที่ 4 ปัจจัยด้านคุณสมบัติของหน่วยงานที่นำนโยบาย/แผนฯ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

คุณสมบัติของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการปฏิบัติมีความสำคัญมาก เพราะเป็นหน่วยงานในภาคปฏิบัติการที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เป็นเหมือนตัวกลางในการถ่ายทอดข้อมูล และกระจายข่าวสารจากภาครัฐสู่ประชาชน อีกทั้งนำข้อมูลความต้องการของผู้สูงอายุ และสภาพข้อเท็จจริงในการปฏิบัติงาน เพื่อรายงานให้ผู้กำหนดนโยบายหรือแผนได้ทราบเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนางานต่อไป

ปัจจัยหลายๆ ประการที่เกี่ยวกับคุณสมบัติของหน่วยงาน จึงมีผลกระทบต่อการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ ปัจจัยที่สำคัญเหล่านั้น ได้แก่

- 1) จำนวนบุคลากรและความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ
- 2) ระดับของการควบคุมตามลำดับชั้นบังคับบัญชาหน่วยงานย่อยต่างๆ ภายในหน่วยงานที่รับผิดชอบ
- 3) ทรัพยากรทางการเมืองของหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น ความสนับสนุนที่ได้รับจากฝ่ายบริหารและฝ่ายนิติบัญญัติ
- 4) ความสำคัญของหน่วยงานรับผิดชอบเอง
- 5) ระดับของการสื่อสารแบบเปิดให้หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยรวมถึงการติดต่ออย่างเสรีระหว่างบุคลากรระดับเดียวกันและต่างระดับกัน และบุคลากรกับบุคคลภายนอกหน่วยงาน
- 6) สายสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่หน่วยงานที่รับผิดชอบมีกับผู้กำหนดนโยบายในระดับต่างๆ

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ.2558 พบว่า หน่วยงานที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นมีหลายหน่วยงานด้วยกัน และยังคงกล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้นๆ ดังนี้

“หน่วยงานของกรุงเทพมหานครที่นำนโยบาย/แผนฯ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ มีทั้งระดับสำนัก ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ สำนักพัฒนาสังคมฯลฯ และยังมีสำนักงานเขตทั้ง 50 เขต ที่ครอบคลุมพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งรับผิดชอบดำเนินงาน ในการเสริมสร้างความรู้และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ อีกทั้งยังบูรณาการการทำงานด้านผู้สูงอายุระหว่างหน่วยงาน รวมถึง

ประสานเครือข่ายการดำเนินงาน ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกด้วย และหน่วยงาน กรุงเทพมหานครที่นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัตินั้นมีความเหมาะสม โดยมีหน่วยงานในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ คือ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ภายใต้การให้บริการด้านผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขถึง 68 แห่ง และสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน จากโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 9 โรงพยาบาล”...(ดวงพร ปิณจีเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

ข้อมูลที่ได้รับความสะดวกเพื่อจากกองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ มอบหมายให้ดำเนินการแทน เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558 นั้น ได้กล่าวถึงหน่วยงานและคุณสมบัติของหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

“หน่วยงานที่รับนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติเป็นหน่วยงานในสังกัด กรุงเทพมหานครที่ร่วมคิด ร่วมสร้าง มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 - 2560) ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักงานการแพทย์ สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักพัฒนาสังคม สำนักงานโยธา สำนักงานการจราจรและขนส่ง สำนักงบประมาณกรุงเทพมหานคร สำนักวัฒนธรรม กีฬาและการท่องเที่ยว กองประชาสัมพันธ์ สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร สำนักสิ่งแวดล้อม กลุ่มกรุงเทพตะวันออก กลุ่มกรุงเทพใต้ กลุ่มกรุงเทพเหนือ กลุ่มกรุงเทพกลาง กลุ่มกรุงเทพมหานครเหนือ กลุ่มกรุงเทพมหานครใต้ เป็นต้น”... (สามารถ ตันอริยกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 20 สิงหาคม 2558)

หน่วยงานที่นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นหน่วยงานราชการที่ไม่แสวงหาผลกำไร (Nonprofit Organization : NGO) หน่วยงานราชการยังเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติโดยตรง เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ปัญหาการขาดทุนหรือไม่คุ้มทุน ไม่ใช่เป็นปัญหาที่นำไปสู่ความสิ้นสุดเหมือนภาคเอกชน

2) มีการบริหารจัดการที่ดี มีการแปลงนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุลงสู่การปฏิบัติ โดยแปลงจากนโยบายให้เป็นแผนงาน และ โครงการ ซึ่งจะง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และติดตามควบคุม กำกับ และประเมินผลต่อไป

3) มีการนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ฯลฯ ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงานทั้งหมด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ เกิดความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรไม่เกิดความสูญเปล่าในด้านการลงทุน

4) ตัวผู้ปฏิบัติ(ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ) มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ทั้งในฐานะผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น และผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง โดยบุคคลเหล่านี้ต้องมีวัตถุประสงค์ (Goals) ค่านิยม (Values) แรงจูงใจ (Incentives) และทัศนคติที่ดีร่วมกัน ทุกคนควรมีภาวะผู้นำ กล้าตัดสินใจ มีแรงจูงใจเชิงบวก สร้างการมีส่วนร่วมในการทำงาน สร้างความผูกพันและการยอมรับ เน้นการทำงานเป็นทีม

สำหรับหน่วยงานของกรุงเทพมหานครมีคุณสมบัติที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน เพราะเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุตรงกับภารกิจหลักของหน่วยงานนั้นๆ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ชัดเจน ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 และ พ.ศ. 2550 ในการกำหนดแบ่งส่วนราชการกรุงเทพมหานครและอำนาจหน้าที่

จากข้อมูลข้างต้น จึงสรุปได้ว่า กรุงเทพมหานครมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพ ทำหน้าที่และดำเนินการจัดโครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งหมายรวมถึงประชากรกลุ่มผู้สูงอายุด้วย ซึ่ง คุณสมบัติของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการปฏิบัติ นั้น มีผลกระทบต่อ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยในประเด็นนี้ต้องพิจารณาปัจจัยหลายๆ ประการ ได้แก่

1) จำนวนบุคลากรและความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ แม้ กรุงเทพมหานครจะมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่จำนวนบุคลากรที่ดำเนินงานยังไม่เพียงพอ และขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2) ระดับของการควบคุมตามลำดับชั้นบังคับบัญชาหน่วยงานย่อยต่างๆ ภายในหน่วยงานที่รับผิดชอบ หน่วยงานที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครจะมีอำนาจหน้าที่ชัดเจนตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2550 และภายในหน่วยงานยังมีสายการบังคับบัญชาที่เป็นขั้นๆ อีกด้วย ดังปรากฏในการสัมภาษณ์ นางวันทนา วัฒนรัตน์ ผู้อำนวยการเขตบางนา เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2558 ที่ว่า

“ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตต่างๆของกรุงเทพมหานคร จะรับหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น และเสนอข้อมูลต่อสำนักงานเขตเพื่อส่งถึงผู้บริหารกทม. ที่สำนักงานเขตเองมีนักสังคมสงเคราะห์ด้วย เพื่อสนับสนุน ในส่วนของกิจกรรมเชิงรูกำงานของเขตให้ประชาชนรับรู้ เขตเหมือนเป็นคลังสมองในการสังคมสงเคราะห์ สนับสนุนการจัดการงานศพ การสนับสนุนส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ และจัดบุคลากรให้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญที่มี หน่วยงานเป็นผู้ประสานงาน เขตจึงเป็นส่วน ให้ข้อมูลที่จำเป็น มีหน้าที่ในการพัฒนาพื้นที่และประชาชนในพื้นที่โดยรวม”... (วันทนา วัฒนรัตน์, สัมภาษณ์, วันที่ 21 กรกฎาคม 2558)

3) ด้านทรัพยากรทางการเมืองของหน่วยงานที่รับผิดชอบนั้น กรุงเทพมหานครได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลให้ดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเนื่องจากสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศโดยรวม และกรุงเทพมหานครก็สนับสนุนหน่วยงานภายใต้การควบคุมของกรุงเทพมหานครจัด โครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพราะถือว่าเป็นนโยบายหรือพันธกิจที่มีร่วมกัน

4) ความสำคัญของหน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ของกรุงเทพมหานครมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย/แผนฯ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นตัวจักรสำคัญ ในการขับเคลื่อน โครงการหรือกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะมีสำนักงานเขตและโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายการปกครองที่พร้อมจะปฏิบัติตามนโยบาย/แผนฯที่กำหนดขึ้น

5) การสื่อสารภายในหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมถึงการติดต่ออย่างเสรีระหว่างบุคลากรระดับเดียวกันและต่างระดับกัน และบุคลากรกับบุคคลภายนอกหน่วยงาน ในการทำงานหรือการนำนโยบาย/แผนฯไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของกรุงเทพมหานครนั้น ได้จัดให้

มีการประชุมทั้งในระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบและภายในหน่วยงานเดียวกัน เพื่อสร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบาย/แผนฯ รวมทั้งร่วมกันกำหนดทิศทางของแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับนโยบายและสามารถปฏิบัติได้จริง อีกทั้งมีการประเมินผลติดตามความก้าวหน้าของแผนฯ เป็นระยะด้วย

6) เมื่อพิจารณาถึงสายสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบกับผู้กำหนดนโยบายในระดับต่างๆ นั้น พบว่า มีสายสัมพันธ์ทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งนี้เพราะ ในฐานะผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ท่านเหล่านั้นมีหน้าที่ในการเป็นส่วนหนึ่งของ ผู้กำหนดนโยบาย / แผนฯ ด้วย และการกำหนดแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับนโยบาย / แผนฯ นั้น แต่ละหน่วยงานจำเป็นต้องร่วมมือกันในการกำหนดแผนปฏิบัติการ จึงต้องมีการประชุมปรึกษาหารือกันเป็นระยะ การได้พบปะพูดคุยกันนั้นเป็นความสัมพันธ์ทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ

ปัจจัยที่ 5 ปัจจัยด้านสภาวะเงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

สภาพสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ผลกระทบของสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่มีต่อนโยบายต่างๆ นั้นเป็นเรื่องที่นักวิชาการในด้านต่างๆ สนใจศึกษามานานแล้ว นักวิชาการเหล่านี้ เช่น ชาร์เคนสกี คายส์ และฮอฟเฟอร์เบิร์ค สนใจที่จะแยกแยะให้ชัดเจนว่าตัวแปรอะไรบ้างที่มีอิทธิพลสำคัญต่อผลลัพธ์ของนโยบาย ส่วนแวน มิเตอร์ และ แวน ฮอร์น เสนอว่า คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามที่ควรพิจารณาหาคำตอบให้ได้เมื่อต้องการให้การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติบรรลุผล

- 1) ทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่มีอยู่ในเขตพื้นที่ที่ที่นำนโยบายไปดำเนินการนั้นเพียงพอหรือไม่ ที่จะช่วยผลักดันให้การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติที่บรรลุผล
- 2) การนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติจะก่อให้เกิดผลกระทบอะไรบ้างต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญๆ ในเขตพื้นที่ดำเนินการนั้น
- 3) ประชาชนในเขตพื้นที่ดำเนินการมีความเห็นอย่างไรบ้างต่อการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ ความเห็นดังกล่าวจริงจังกี่ไหน อย่างไร
- 4) ผู้นำต่างๆ ในเขตพื้นที่ดำเนินการเห็นด้วยหรือคัดค้านการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ
- 5) ประชาชนในเขตพื้นที่ดำเนินการส่วนใหญ่ชมชอบพรรคการเมืองใด และพรรคการเมืองนั้นมีความเห็นอย่างไรบ้างในเรื่องนี้

6) กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ มีการเคลื่อนไหวเพื่อสนับสนุนหรือคัดค้านนโยบายนี้หรือไม่อย่างไร

จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นนี้ ผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ได้ให้ข้อมูลว่า

“ปัจจัยแวดล้อมด้านการเมืองที่สำคัญและมีผลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ได้แก่ นโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจนั้น ได้แก่ การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายที่เพียงพอหรือไม่ และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ระดับการเข้าถึงบริการสาธารณะของผู้สูงอายุ”...(ดวงพร ปิณิจเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

ส่วนข้อมูลที่ได้จากกองวิชาการ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558) ได้ตอบถึงปัจจัยแวดล้อมด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ว่าที่มีผลต่อการนำนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไปปฏิบัติ ดังนี้

“ปัจจัยด้านการเมือง ต้องคำนึงถึงฐานะของผู้กำหนดคน นโยบายและผลักดันนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ งบประมาณที่ใช้ในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติว่ามีเพียงพอและเหมาะสมแล้วหรือไม่ และปัจจัยด้านสังคม ขึ้นอยู่กับภาวะทางสังคมในขณะนั้น ได้แก่ ค่านิยม ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณี หากสังคมตื่นตัวว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัญหาใกล้ตัว เพราะเป็น สังคมผู้สูงอายุแล้วก็จะให้ความสำคัญ ความร่วมมือที่ดี”... (สามารถ ต้นอริยกุล, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2558)

นอกจากนี้ ความเห็นต่อการสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ผู้บริหารของทั้งสองหน่วยงานมีความเห็นตรงกันว่า เป็นเรื่องดีที่ควรสนับสนุน ดังที่ปรากฏในส่วนหนึ่งของการสัมภาษณ์ดังนี้

ผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจิเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ได้ให้ความเห็นว่า

“ควรสนับสนุนเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการบริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น นวัตกรรมต่างๆที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ บริการดูแลสุขภาพและบริบาล และควรมีการกำกับมาตรฐานของการบริการด้านต่างๆ”... (ดวงพร ปิณิจิเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

ส่วนข้อมูลที่ได้จากกองวิชาการ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ.2558) ได้ตอบว่า

“ควรสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ในส่วนของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้น ระยะยาว ทั้งในและนอกสถานพยาบาล และกิจกรรม CSR (Corporate Social Responsibility) ที่ส่งเสริมสุขภาพ หรือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร”... (สามารถ ต้นอริยกุล, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2558)

ทั้งนี้ แพทย์หญิง สุวณี รักธรรม กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ และกรรมการที่ปรึกษา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความสนใจของภาครัฐและงบประมาณที่ภาครัฐควรคำนึงถึงในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2558) ดังนี้

“โครงการชมรมผู้สูงอายุ จัดตั้งโดยผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุ จึงไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล ใช้จิตอาสาสมัคร ช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งกำลังกาย กำลังปัญญา กำลังทรัพย์ สมาชิกผู้สูงอายุเองก็ไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ มีความเห็นว่าภาครัฐต้องให้ความสนใจด้วยผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้าน สภาพเศรษฐกิจอาชีพ สังคมความสนใจของผู้สูงอายุเอง และ สภาพสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งในและนอกอาคารที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การเดินทางที่ไม่สะดวก การใช้งานได้ของอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ทางเข้าทางออกที่ใกล้ตัวสถานี”... (สุวณี รักธรรม, สัมภาษณ์, วันที่ 16 กรกฎาคม 2558)

“ประมาณปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (จำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 เป็น complete age society) และ ในอีกยี่สิบปีข้างหน้า คือ พ.ศ. 2578 จำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 30 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super age society) ถ้าผู้สูงอายุอยู่อย่างไว้คุณภาพก็จะเป็นปัญหาของประเทศ เรื่องสุขภาพอย่างเดียวไม่พอ ต้องพิจารณาเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยความเป็นอยู่สภาพเศรษฐกิจที่ต้อง รับประทานเลี้ยงดูบุตรหลาน ดูที่รัฐอย่างเดียวไม่เพียงพอ อบต. อบจ. หรือหน่วยงานที่มี งบประมาณ ว่าให้ความสนใจกับผู้สูงอายุมากน้อยแค่ไหน...” (สุวณี รักธรรม, สัมภาษณ์, วันที่ 16 กรกฎาคม 2558)

เมื่อพิจารณาตามคำถามที่ แวน มิเตอร์ และ แวน ฮอร์น ได้เสนอไว้ว่าเกี่ยวกับสิ่งควร พิจารณาในด้าน ปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ นั้น พบว่า ความเพียงพอของ ทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่มีอยู่ในเขตพื้นที่ที่ที่นำนโยบายไปดำเนินการ หมายถึง งบประมาณที่ช่วย ผลักดันให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักให้ ความเห็นไปในทางเดียวกันว่า งบประมาณเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กรุงเทพมหานครได้ รับมานั้นยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ หรืออาจไม่เพียงพอต่อการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในทางปฏิบัติ

ส่วนความเห็นของประชากรในเขตพื้นที่ดำเนินการต่อการนำนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติ นั้น ซึ่งจากการประชุมกลุ่มสนทนา ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่า ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครให้ ความสนใจและมีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมไปถึงสิทธิประโยชน์ที่ตนเองควร จะได้รับ โดยจัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ต่างๆ มีการจัดกิจกรรมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสารกันเป็น ระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมของ ชมรมผู้สูงอายุและกิจกรรมต่างๆที่ภาครัฐจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สังเกตจาก จำนวนคนที่เข้าร่วมกิจกรรม

สำหรับความเห็นของผู้มีอำนาจตัดสินใจทางการเมืองหรือผู้สนับสนุนงบประมาณนั้น พบว่า รัฐบาลหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจในการบริหารประเทศนั้นให้ความสนใจและตระหนักถึงการ ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เห็นได้จากแผนนโยบายโดยรวมของประเทศที่มีเรื่องของ ผู้สูงอายุเป็นประเด็นหนึ่งที่ผู้บริหารให้ความสนใจในการพัฒนา ที่เห็นเป็นรูปธรรมได้แก่นโยบาย สนับสนุนเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุ อีกทั้งกรุงเทพมหานครเองก็มีนโยบายส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุด้วย ได้แก่ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 - 2560) มีการประเมินผลและติดตามผลการดำเนินการเป็นระยะๆ ดังจะเห็นได้จากข่าวประชาสัมพันธ์ในเวปไซต์ของสำนักงานหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ รวมทั้งจัดทำเป็นรายงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการต่อไป

ในด้านความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนนั้น จากผลการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักที่อยู่ในกลุ่มของผู้บริหารงานของกรุงเทพมหานครมีความเห็นว่า ควรสนับสนุนเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการบริการผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้น ระยะยาว ทั้งในและนอกสถานพยาบาล และกิจกรรม CSR (Corporate Social Responsibility) ที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น สนับสนุนนวัตกรรมต่างๆ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และควรมีการกำกับมาตรฐานของการบริการต่างๆ

ปัจจัยที่ 6 ปัจจัยด้านคุณสมบัติของผู้ชำนาญการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

ในการปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้นั้น บุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานภาคปฏิบัติของนโยบาย/แผน ต้องทราบถึงสภาพข้อเท็จจริงต่างๆ ของปัจจัย 5 ประการข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาดูประสังข์ของนโยบาย/แผน การสนับสนุนด้านกำลังคนและวัสดุอุปกรณ์ ระเบียบราชการหรือข้อปฏิบัติและหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ตนสังกัด สถานะเงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการนํานโยบายต่างๆ ที่กำหนดมาไปปฏิบัติ เมื่อทราบแล้วสิ่งที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึงภาพของนโยบายในความคิดคำนึงของผู้รับผิดชอบทิศทางความเห็นของเขาซึ่งอาจออกมาได้ 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ เห็นด้วย เฉยๆ และไม่เห็นด้วย และระดับความมากน้อยของความเห็นของผู้รับผิดชอบ

จากข้อมูลที่ได้รับมาเพื่อเอื้อเฟื้อจากกองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ มอบหมายให้ดำเนินการแทน (วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558) นั้น ได้กล่าวถึงทัศนคติที่ผู้ปฏิบัติงานควรมีต่อการนํานโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ และทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานของกรุงเทพมหานคร ดังนี้

ผู้ปฏิบัติงานควรมีทัศนคติต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ดังนี้

- 1) ตระหนักและตื่นรู้ว่าขณะนี้ ทั้งกรุงเทพมหานคร และประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุเรียบร้อยแล้ว และในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้าคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์
- 2) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของทุกคน ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน สังคม
- 3) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับทุกมิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจควบคู่กันไป ไม่ใช่ดูแลแต่เฉพาะสุขภาพกายเพียงอย่างเดียว
- 4) การแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องอาศัยหลายภาคส่วนช่วยกัน ร่วมมือกันในการดำเนินการที่สำคัญ ลดปัญหาการทอดทิ้ง การทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุ และการเข็ดขูดคุณค่าผู้สูงอายุในฐานะบุคคลผู้ที่มีศักดิ์ศรี
- 5) การดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในระดับมาก จะเห็นได้จากแผนการดำเนินงาน โครงการต่างๆของหน่วยงาน ในสังกัดกรุงเทพมหานคร มีการดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น และตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 - 2560) ได้ถูกนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นรูปธรรมมากขึ้น และส่งผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของแผนดังกล่าวต่อไป

ในขณะที่ผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณจีเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ.2558 ได้ให้ข้อมูลว่า

“ผู้ปฏิบัติงาน มีความสนใจในการดำเนินงานตามนโยบาย แต่การที่ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญในการผลักดันนโยบาย ทำให้ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ”... (ดวงพร ปิณจีเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

“ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แต่ยังขาดกระบวนการบูรณาการ ความเชื่อมโยงของงานในแต่ละมิติ”... (ดวงพร ปิณจีเสติกุล, สัมภาษณ์, วันที่ 18 สิงหาคม 2558)

ส่วนรองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร (นางสาวสุกฤดา ลือเจริญ) สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุว่า

“เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ ต้องหล่อหลอมให้เห็นคุณค่าการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมองว่าผู้สูงอายุเป็นพลัง ไม่ใช่ภาระของสังคม ต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติให้มองเห็นคุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุ การหล่อหลอมบุคลากรให้มีจิตสำนึก มีความรับผิดชอบนี้ ต้องเริ่มต้นตั้งแต่เกิด การอบรมในโรงเรียน และวัยแรงงานที่สักวัน ต้องแก่ คุณจะมีวิธีการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร และบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุนี้ต้องมีวิธีการดูแลที่แปลกกว่าคนธรรมดา จึงต้องมีการเรียนรู้ ต้องมีการสั่งสม

ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งหลาย อย่างดูแลผู้สูงอายุเหมือนเด็ก ถึงแม่จะมีพฤติกรรมเหมือนเด็กก็ตาม จะไปสั่งให้ทำโน่น สั่งห้ามทำนี่ไม่ได้ ต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีเทคนิคในการดูแล ต้องเรียนรู้ สั่งสมประสบการณ์ ต้องศึกษาธรรมชาติผู้สูงอายุว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไร ผู้สูงอายุมีธรรมชาติต้องการอะไร และทักษะในการให้คำปรึกษาแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์ ต้องสังเกตพฤติกรรมด้วย ทักษะในการพูดคุยเสมือนญาติ คนตรีบำบัดกำลังศึกษาวิจัยกันอยู่ว่า ร้องเพลงอะไรสามารถบำบัดโรคอะไรได้บ้าง”... (สุกฤดา ลือเจริญ, สัมภาษณ์, วันที่ 23 พฤศจิกายน 2558)

ในฐานะผู้ปฏิบัติการ ผู้อำนวยการศูนย์สาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง) แพทย์หญิงภัทรพร ริมชลา (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2558) กล่าวว่า

“ศูนย์เป็นหน่วยสนับสนุนสถานที่ และกิจกรรมในส่วนของการตรวจสุขภาพร่างกาย ความความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละท่าน หรือความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ ให้บริการการคัดกรองปัญหาสุขภาพเบื้องต้นที่จะมาด้วยเรื่องของวัย และดำเนินการป้องกัน รักษาต่อไป

ความเสื่อมสภาพตามวัยเป็นเรื่องที่ปฏิเสธไม่ได้ แต่ทำอย่างไรให้เสื่อมช้าลง ทางศูนย์จึงสนับสนุนกิจกรรมเช่น การออกกำลังกาย เสริมที่พึ่งพาทางจิตใจ ในลักษณะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการต่อไป โดยพยายามสร้างชุมชนต้นแบบ

ในการเสริมสร้างพัฒนาสภาพจิตใจและร่างกายควบคู่กันไป และส่งเสริมงานฟื้นฟูสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุต้องการหลีกเลี่ยงการแพทย์แผนปัจจุบัน (มิดหมอ) เพิ่มทางเลือกในการทำกายภาพบำบัด ด้วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู"...ภัทรพร ริมชลา, สัมภาษณ์, วันที่ 15 กรกฎาคม 2558)

อีกทั้งมีความเห็นต่อหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คุณบุษบา ลีวีรัตน์ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง) สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ที่กล่าวว่า

“การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องประกอบด้วยสามอย่างคือ หนึ่ง สุขภาพที่ดี สอง มีกิจกรรมที่สร้างรายได้ และ สามคือมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ปัจจุบันประชากรสูงอายุของ กทม. มี 14% ของประชากรทั้งหมด ราวเจ็ดแสนกว่าคน (ศูนย์ฯ 8 ตามรายงานมีจำนวน 5000 กว่าท่าน แต่รายชื่อในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุมิไม่ถึง) แสดงให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ยังไม่เข้าถึงบริการเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นระบบ จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรที่ต้อง ไปเชิญชวน รมรงค์ให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมาร่วมกิจกรรม”...(บุษบา ลีวีรัตน์, สัมภาษณ์, วันที่ 15 กรกฎาคม 2558)

“สังคมเมือง ต่างคนต่างอยู่ ทำให้มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และถ้าสุขภาพจิตไม่ดี จะส่งผลต่อสุขภาพกาย ดังนั้นการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเป็นเหมือนการผ่อนคลายความเครียดของผู้สูงอายุโดยการมาทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทางศูนย์ฯ เน้นตามนโยบายของกทม. ที่ให้ดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร โดยปีนี้ (พ.ศ. 2558) ศูนย์ฯ ได้เลือกชุมชนข้าง โรงงานธานีรินทร์เป็นชุมชนที่จะสร้างให้เป็นชุมชนต้นแบบ เพราะผู้สูงอายุในชุมชนนั้นค่อนข้างประสบความลำบากในการใช้ชีวิต ส่งผลถึงสุขภาพ ถ้าเจ็บป่วยนอกจากตัวผู้สูงอายุเองแล้ว ลูกหลานต้องมาดูแล เสียเวลาในการทำงาน เสียค่าใช้จ่าย ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับระบบเศรษฐกิจโดยรวม ผู้สูงอายุมีอายุยืนขึ้น แต่จะทำอย่างไรให้อายุยืนอย่างมีสุขภาพดี เป็นหน้าที่ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยตรง”...(บุษบา ลีวีรัตน์, สัมภาษณ์, วันที่ 15 กรกฎาคม 2558)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในการนำนโยบาย/แผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติมีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของงานว่า กิจกรรมหรือโครงการที่จะจัดทำขึ้น นั้นต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนในการจัดกิจกรรมหรือโครงการนั้นๆ ว่าต้องอธิบายให้ประชาชน (หมายถึงผู้สูงอายุ) เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมหรือโครงการดังกล่าว ให้ผู้สูงอายุเห็นประโยชน์และเข้าร่วมกิจกรรมโดยความสมัครใจ เพราะแกนหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมหรือโครงการนั้นอยู่ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมความร่วมมือของผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นหลัก โดยหน่วยงานหรือบุคลากรของกรุงเทพมหานคร เช่น เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสาธารณสุขตามเขตต่างๆ เป็นผู้สนับสนุนด้านความรู้ ด้านบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ผู้ปฏิบัติหรือผู้นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติมีความสนใจและมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการดำเนินงานตามนโยบาย/แผนการ มีความกระตือรือร้นในการจัดทำโครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เห็นได้จากแผนการดำเนินงาน โครงการต่างๆของหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครมีการดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น และตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) ได้ถูกนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความเห็นว่า แม้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องแต่ยังขาดกระบวนการการบูรณาการความเชื่อมโยงของงานในแต่ละมิติ

จากพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 6 ประการดังกล่าวข้างต้น พบว่า มีความสัมพันธ์และผลกระทบต่อกันทั้งในทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในลำดับต่อไป

4.3 ความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ที่กำหนดไว้เพื่อศึกษาความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 นั้น จากการศึกษาพบว่า

จากปัจจัยทั้ง 6 ประการตามแนวความคิดของ Van Horn และ Van Meter ดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า ทุกปัจจัยมีความสำคัญที่มีส่วนช่วยให้การนำนโยบาย/แผนไปปฏิบัติประสบ

ความสำเร็จ ในทางกลับกันก็มีส่วนดึงรั้งให้การนำนโยบาย/แผนไปปฏิบัตินั้นล่าช้า หรือไม่ประสบความสำเร็จ ได้ดีเท่าที่ควร ซึ่งจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับผลการดำเนินงานตามนโยบาย / แผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร ข้อมูลที่ได้รับความเอื้อเฟื้อจากกองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ดันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ มอบหมายให้ดำเนินการแทนเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ.2558 นั้นได้กล่าวไว้ดังนี้

การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครไปปฏิบัติประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ในระดับปานกลางค่อนข้างมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อไปในระดับมากถึงมากที่สุด โดยพิจารณาการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ พบว่า สำนักการแพทย์และสำนักอนามัยได้ส่งเสริมให้มีบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกในสถานพยาบาลของกรุงเทพมหานคร อีกทั้งหลายหน่วยงานของกรุงเทพมหานครได้มีการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อผู้สูงอายุมากขึ้น เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพและสวัสดิการที่ผู้สูงอายุมีสิทธิที่จะได้รับ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กรุงเทพมหานครมีการจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามที่จำเป็น เช่น แวนตาไม้เท้า รถเข็น ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ อีกทั้งสถานพยาบาลของกรุงเทพมหานครมีการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่แก่ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ กรุงเทพมหานครยังได้จัดทำและปรับปรุงบริการสาธารณะอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ ทางลาด ทางเดินสาธารณะ ราวจับ ที่กั้น ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรในกรุงเทพมหานครทุกช่วงวัย เพื่อวัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ พบว่า สำนักการแพทย์และสำนักอนามัยได้ดำเนินการส่งเสริมความรู้การดูแลสุขภาพกายและจิต การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข หมายถึง หน่วยที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานและทำหน้าที่ประสานงาน ระหว่างชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งดำเนินกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับสมาชิก ซึ่งดำเนินงานโดยศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ให้มีมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ซึ่งใช้เกณฑ์ในประเมินการบริการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

ซึ่งจัดบริการที่ครอบคลุมด้าน สุขภาพอนามัย ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งด้านสังคมแก่สมาชิกที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 ดำเนินการแล้ว 12 แห่ง และในปี พ.ศ. 2557 มีเป้าหมาย ดำเนินการ 36 แห่ง

และการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่ง หมายถึง หน่วยให้บริการแบบครบวงจรในการดูแลสุขภาพ บำบัดรักษา และให้บริการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสมอง แก่ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรังทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์หรือนักจิตวิทยาและนักกายภาพบำบัด ซึ่งได้ดำเนินการจัดตั้งที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง

อีกทั้งจัดตั้งคลินิกกายภาพบำบัด ซึ่งหมายถึง หมายถึง หน่วยให้บริการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ แก่ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด ในศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร โดยในปี พ.ศ. 2558 ตั้งเป้าหมายไว้ 12 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ฯ 12 จันทน์เทียง เนตรวิเศษ เขตบางคอแหลม, ศูนย์ฯ 14 แก้ว สันถุนย์เรื่อง เขตบางคอแหลม, ศูนย์ฯ 16 ลุมพินี เขตลุมพินี, ศูนย์ฯ 22 วัดปากบ่อ เขตสวนหลวง, ศูนย์ฯ 23 สีพระยา เขตบางรัก, ศูนย์ฯ 24 บางเขน เขตจตุจักร, ศูนย์ฯ 31 เอ็ม-จิตร ทั้งสุบุตร เขตบางพลัด, ศูนย์ฯ 32 มาริช ดินตมูสิก เขตพระโขนง, ศูนย์ฯ 59 ทูงครุ เขตทุ่งครุ, ศูนย์ฯ 62 ดวง รัชฎ์ ศสะนาวิน – ภัคดี ฐานปัญญา เขตบางแค, ศูนย์ฯ 65 รัชสาสุข เขตบางบอน และ ศูนย์ฯ 66 ตำนกพระแม่กวนอิม โชคชัย 4 เขตลาดพร้าว

นอกจากนี้ยังพัฒนาศักยภาพชุมชน ให้มีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง สถานที่ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในชุมชนเป็นศูนย์รวมของกิจกรรมสาธารณสุขเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชน เป็นที่รวมความรู้ ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข และเป็น ศูนย์กลางในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ดำเนินการภายใต้การสนับสนุน การให้คำปรึกษาและแนะนำจากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ เพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการของกรุงเทพมหานคร และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุนั้น สำนักงานแพทย์และสำนักอนามัยได้ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้ารับการศึกษาศึกษาฝึกอบรมทั้งระยะสั้น และระยะยาวในด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมแรงจูงใจให้มีการพัฒนาเครือข่ายผู้สูงอายุด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร โดยกรุงเทพมหานครส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุมากขึ้น และสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล มีการติดตามผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร

ในจำนวน 68 แห่งของศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครนั้น มีศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่จำนวน 20 แห่งที่มีคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัดเปิดให้บริการประชาชนคิดเป็น 29.41 % ของศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร 'ได้แก่'

- 1) ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง เขตดินแดง
- 2) ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 บุญมี ปุระาชรังสรรค์ เขตยานนาวา
- 3) ศูนย์บริการสาธารณสุข 9 ประชาธิปไตย เขตพระนคร
- 4) ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ประดิพัทธ์ เขตพญาไท
- 5) ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วิชาตุทอง เขตวัฒนา
- 6) ศูนย์บริการสาธารณสุข 33 วัดหงส์รัตนาราม เขตบางกอกใหญ่
- 7) ศูนย์บริการสาธารณสุข 25 หัวหมาก เขตบางกะปิ
- 8) ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตู้อินดา เขตสวนหลวง
- 9) ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค เขตบางแค
- 10) ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย เขตคลองเตย
- 11) ศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มินบุรี เขตมีนบุรี
- 12) ศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี หนองขอก เขตหนองจอก
- 13) ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบัง เขตลาดกระบัง
- 14) ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตติ อุทิศ เขตลาดกระบัง
- 15) ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ เขตหนองแขม

- 16) ศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทับเจริญ เขตบึงกุ่ม
- 17) ศูนย์บริการสาธารณสุข 60 รสสุคนธ์ มโนชญากร เขตดอนเมือง
- 18) ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สว่างลัย ทศนารมย์ เขตสายไหม
- 19) ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา
- 20) ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง เขตสะพานสูง

ซึ่งการจัดตั้งคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัดนี้ เป็นนโยบายของกรุงเทพมหานคร ซึ่งให้การสนับสนุนในเรื่องของอุปกรณ์ในการจัดตั้ง แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความพร้อมของศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่งในด้านของพื้นที่และบุคลากรด้วย

ในด้านเครือข่ายผู้สูงอายุนั้น ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครที่จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจำนวน 280 ชมรม มีศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่งดูแล ในปี พ.ศ. 2556 กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย ได้สำรวจการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุของ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย พบว่ามีการดำเนินกิจกรรมสม่ำเสมอ (จัดกิจกรรมอย่างน้อย 4 ครั้ง / ปี) คิดเป็นร้อยละ 85

ในด้านของสื่อประชาสัมพันธ์ที่ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุนั้น ตามขั้นตอนหลายหน่วยงานจะเสนอโครงการจัดพิมพ์สื่อเพื่อให้ความรู้ไปยังส่วนกลาง (กทม.) เพื่อให้พิจารณา เมื่อส่วนกลางมีมติเห็นชอบก็จะอนุมัติให้ดำเนินการได้ สำหรับเนื้อหาของความรู้นั้นจะเน้นให้ความสำคัญกับภาวะเสี่ยงของโรคและสถานการณ์ปัจจุบันเป็นหลัก ส่วนใหญ่จะจัดพิมพ์เป็นแผ่นพับเพื่อความสะดวกในการกระจายสื่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบเช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดของกรุงเทพมหานคร เป็นต้น และยังสะดวกในการกระจายสื่อ นั้นสู่กลุ่มชุมชนด้วย ซึ่งประชาชนสามารถขอรับสื่อได้ที่หน่วยงานที่ให้บริการ หรือหน่วยที่ออกเยี่ยมบ้านในชุมชนสามารถนำติดตัวไปแจกในชุมชนได้อีกด้วย นอกจากนี้สื่อแผ่นพับแล้ว ยังมีวารสารที่ออกเป็นรายเดือน เช่น สารรักผู้สูงวัย โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือจุลสารรายสามเดือน เช่น จุลสารผู้สูงอายุ โดยกรุงเทพมหานคร วารสารสุขภาพสำนักอนามัย “สุขภาพดี...มีรอยยิ้ม เป็นต้น และยังมีหนังสือการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนอีกด้วย โดยมีจำนวนในการจัดพิมพ์ 120,000 เล่ม อีกทั้งในยุคสมัยที่เทคโนโลยีการสื่อสารเจริญเช่นปัจจุบัน การเผยแพร่ความรู้ยังทำในรูปแบบของเว็บไซต์อีกด้วย ดังจะเห็นได้จากเว็บไซต์ของหลายหน่วยงาน

ของกรุงเทพมหานคร เช่น สำนักอนามัย สำนักงานแพทย์ สำนักพัฒนาสังคม หรือเว็บไซต์ของ ศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ จะให้ความสำคัญกับเนื้อหาส่วนของการให้ความรู้แก่ประชาชนด้วย

ส่วนผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจิเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ.2558 ได้ชี้ให้เห็นความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ดังนี้

ความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ได้แก่

1) การสร้างโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ซึ่งแผนการจัดสร้างโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินการ โดยจะสร้างเป็นโรงพยาบาลขนาด 300 เตียง ในพื้นที่ 34 ไร่ 1 งาน 80 ตารางวา เขตบางขุนเทียน การสร้างโรงพยาบาลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมรองรับสังคมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครอย่างครบวงจร

2) การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแบบครบวงจรในโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยมีการดำเนินการเพิ่มห้องตรวจประเมินสำหรับคัดกรองและให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ และเพิ่มช่องทางด่วนสำหรับให้บริการผู้สูงอายุ รวมไปถึงจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุควบคู่กันไปด้วย

เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ทั้งสองประการข้างต้นนี้เป็นดัชนีที่ชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) ในมาตรการที่ 4 ของยุทธศาสตร์ที่ 2 (ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ) ที่เป็นมาตรการด้านระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ที่มุ่งจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพและทางสังคมแบบครบวงจร

ส่วนปัจจัยที่สนับสนุนให้การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติประสบความสำเร็จนั้น ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของทรัพยากรและระบอบบริหารจัดการ โดยข้อมูลที่ได้รับความคิดเห็นจากกองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ มอบหมายให้ดำเนินการแทนเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558 นั้นได้กล่าวว่

“ปัจจัยที่สนับสนุนให้การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการที่ดี

ส่วนผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ให้ความเห็นว่า ปัจจัยที่สนับสนุนให้การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติประสบความสำเร็จนั้น ได้แก่ การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการหรือกิจกรรม หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของประชาชน” (สามารถ ตันอริยกุล, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2558)

ส่วนความเห็นต่อข้อคำถามเกี่ยวกับความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ นั้น ทั้งสำนักอนามัย และ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีความเห็นตรงกันว่า ยังไม่พบความล้มเหลวแต่มีข้อจำกัดในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตามความเห็นจากข้อมูลที่ได้มาจากกองวิชาการ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ดังนี้

“การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในปัจจุบัน ยังไม่พบถึงความล้มเหลวที่เกิดขึ้น เพียงแต่พบข้อจำกัดของการดำเนินการ ยกตัวอย่างเช่น สถานที่พักพิงแก่ผู้สูงอายุยังมีน้อย ไม่เพียงพอแก่จำนวนผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาไร้สถานที่พักพิงมาตรฐานสถานบริบาลดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ปัญหาการมีมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะติดบ้าน ติดเตียง เนื่องจากครอบครัวต้องไปประกอบอาชีพจากปัญหาเศรษฐกิจในปัจจุบัน เป็นต้น (สามารถ ตันอริยกุล, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2558)

จากผลการสัมภาษณ์ จะเห็นได้ว่า กรุงเทพมหานครประสบความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในระดับที่ดีถึงดีมาก โดยหน่วยงานต่างๆ ของกรุงเทพมหานคร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น ได้มีการดำเนินการโครงการและกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ตามที่ปรากฏในคำสัมภาษณ์ข้างต้น

และเมื่อพิจารณาถึงสิ่งที่เป็นปัจจัยชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครนั้น พบว่ามีหลายประการ ได้แก่

1) การที่ผู้บริหารระดับสูงของกรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการประกาศใช้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (2557-2560) อย่างเป็นทางการ ซึ่งถือว่าเป็นการแจ้งให้ประชาชนทราบถึงความตั้งใจในการดำเนินงานเกี่ยวกับเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร

2) การนำแผนพัฒนาฯฉบับนี้ไปสู่การปฏิบัติโดยการจัดสรรงบประมาณ พร้อมทั้งกำหนดให้มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการนำแผนฯนี้ไปจัดทำโครงการและกิจกรรมด้านผู้สูงอายุ ในแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สามารถอนุมานได้ว่า แต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย/แผนฯตามที่ได้กำหนดไว้

3) การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานแต่ละปีอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลแผนพัฒนาเมื่อสิ้น สุดแผนฯ ซึ่งการประเมินผลจะติดตามการดำเนินงาน ของกลยุทธ์หลัก 20 มาตรการ และกลยุทธ์ย่อยจำนวน 33 มาตรการ และดัชนีตามยุทธศาสตร์ทั้งสิ้นจำนวน 64 ดัชนี ซึ่งจากการสัมภาษณ์ พบว่า การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี และเห็นเป็นรูปธรรม ได้แก่ โรงพยาบาลบางขุนเทียน และการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครบวงจรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ส่วนดัชนีที่ชี้วัดความสำเร็จเป็นรูปธรรมในด้านอื่นๆที่กำหนดไว้ในนโยบาย / แผนฯ นั้น ผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ได้กล่าวถึง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบาย / แผนฯ จากแหล่งข้อมูลอื่น เช่น รายงานความคืบหน้าของการดำเนินงานตามแผนฯ หรือข่าวสารการประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น พบว่า มีรายงานความสำเร็จของการปฏิบัติงานปรากฏอยู่ในแผนปฏิบัติการราชการประจำปี พ.ศ. 2559 ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ดังนี้

ในกลยุทธ์ส่งเสริมระบบพัฒนาสุขภาพเพื่อประชาชน ทุกกลุ่มทุกวัยสุขใจใกล้บ้าน พบว่า จำนวนศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผ่านตามมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ มีครบทั้ง 68 แห่ง โดย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง สถานที่ที่เป็นศูนย์กลางการประสานงาน การเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพการ

ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุแบบองค์รวม ให้มีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน รวมถึงศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถดูแลงานผู้สูงอายุในภาพรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นสถานที่จัดบริการส่งเสริมการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุด้วยเครื่องอุปกรณ์บริหารกาย

ส่วนมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ หมายถึงเกณฑ์ที่ใช้ประเมินการบริการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งจัดบริการที่ครอบคลุมด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งด้านสังคมแก่สมาชิกที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ในส่วนของจำนวนชุมชนที่ดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า ดำเนินการได้ครบทั้ง 68 ชุมชนเช่นกัน โดยการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน หมายถึง ชุมชนที่ได้รับการคัดเลือก ให้มีการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ยังมีสุขภาพดี ไม่ป่วย และยืดระยะเวลาของการมีสุขภาพดีให้ยาวนานที่สุด โดยมีการร่วมมือกัน ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว คนในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง สามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ที่ได้รับการส่งต่อและติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน

จะเห็นได้ว่าตามแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ 2558 นั้น สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ซึ่งให้เห็นถึงผลสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

ส่วนสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริหารจัดการระบบ บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน การจัดการศึกษาฝึกอบรม และพัฒนาทางวิชาการแพทย์และการพยาบาลนั้น ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเรื่องการดูแลผู้สูงอายุนี้ ได้ถูกกำหนดให้เป็นพันธกิจในแผนปฏิบัติการของกรุงเทพมหานครตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 มาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เพราะตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศที่กำลังเข้าสู่สภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (Population aging) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเช่นนี้ ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมการในการจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่ครบวงจร ทั้งทางด้านการป้องกันโรค การสร้างเสริม

สุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งการให้บริการดังกล่าว นอกเหนือจากบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุแล้ว ยังเน้นเรื่องการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ การฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุ การเป็นสถาบันฝึกอบรมทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ กรุงเทพมหานคร จึงมีการเตรียมการรองรับสภาวะดังกล่าวอย่างจริงจัง ได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ขึ้น โดยโรงพยาบาลดังกล่าวนอกจากจะให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปในเขตบางขุนเทียนและเขตใกล้เคียงแล้ว ยังเป็นศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นการขยายโอกาสการเข้าถึงบริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ ในการได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการบูรณาการองค์ความรู้ทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุในอนาคตด้วย

โดยการบรรลุที่จะวัตถุประสงค์ดังกล่าว สำนักงานการแพทย์ได้กำหนดโครงการการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ 9 โรงพยาบาล เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร โดยมีตัวชี้วัดเป็นความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ซึ่งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ ต้องมีคุณลักษณะดังนี้

- 1) มีสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก
- 2) มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ครอบคลุม 4 ข้อ คือ 1) มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุอย่างชัดเจน 2) มีราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ 3) มีทางลาดที่ได้มาตรฐาน และ 4) มีห้องน้ำผู้สูงอายุ / ผู้พิการ
- 3) คลินิกผู้สูงอายุเปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้ง / สัปดาห์
- 4) พยาบาลที่ดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ ต้องเคยผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
- 5) มีเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เกษษกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ ร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ
- 6) มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของ โรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes ทุก 3 เดือน (Geriatric Syndromes หมายถึง โรคในกลุ่มเหล่านี้ Dementia / Osteoarthritis of knee / Incontinence / Fall / Depression)

- 7) คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน / คัดกรอง Geriatric Assessment 'ได้แก่' ADL / Dementia (Cognitive Impairment)
- 8) มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- 9) คลินิกผู้สูงอายุมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด
- 10) บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี)
- 11) คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน / คัดกรอง Geriatric Assessment ('ได้แก่' Incontinence / Fall / Malnutrition / Depression) ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจากประวัติ และการตรวจเบื้องต้น
- 12) มีแพทย์รับผิดชอบประจำปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

โดยเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุต้องผ่านเกณฑ์การประเมินดังกล่าวข้างต้นอย่างน้อยตั้งแต่ข้อ 1 ถึง ข้อ 9 ซึ่งตามแผนปฏิบัติงานกำหนดค่าเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 75 ของจำนวนโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (หรืออย่างน้อย 7 โรงพยาบาล) ทั้งนี้จากข้อมูลที่ผู้บริหารสำนักอนามัยได้กล่าวไว้ พอสรุปได้ว่าการจัดคลินิกผู้สูงอายุแบบครบวงจรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ประสบความสำเร็จดีในระดับหนึ่ง และจากข่าวประชาสัมพันธ์ในเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลดังกล่าว ก็พบว่ามีการลงข้างประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการประเมินคุณภาพของคลินิกผู้สูงอายุด้วย

เมื่อพิจารณาดัชนีชี้วัดผลสำเร็จควบคู่ไปกับปัจจัยที่ผลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติทั้ง 6 ประการ พบว่า ปัจจัยทั้ง 6 ประการมีความสัมพันธ์และผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ โดยปัจจัยที่มีความสำคัญและมีผลกระทบโดยตรง คือ คุณสมบัตินี้ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ คุณ สมบัติของบุคลากรที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และ สภาพการเมือง สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งจากผลการสัมภาษณ์ พบว่าหน่วยงานและบุคลากรของกรุงเทพมหานครที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น มีคุณสมบัติที่ค่อนข้างได้มาตรฐาน มีส่วนสำคัญอย่างมากในการผลักดันให้ นโยบายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครประสบความสำเร็จในการนำไปสู่ภาคปฏิบัติ เพราะผู้บริหารซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผู้กำหนดนโยบาย/แผน ได้มีการประชุมและสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจใน ความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีภาพที่ชัดเจนในบทบาทของตนไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดพลังในการขับเคลื่อน โครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แม้จะขาดแคลนบุคลากรในบางตำแหน่ง หรือในบางสถานที่

แต่เรื่องนี้เป็นข้อจำกัดที่ฝ่ายผู้บริหารกรุงเทพมหานครได้ตระหนักและพยายามสนับสนุนในการสร้างบุคลากรให้เพียงพอต่อความต้องการในการบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการนำนโยบาย/แผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติอีกประการหนึ่งคือ สภาพการเมือง สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยด้านงบประมาณนั้นมีความสำคัญอย่างมากในการดำเนินการตามนโยบาย /แผน เพราะไม่ว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการใดก็ตามแต่ต้องใช้เงินในการบริหารจัดการทั้งสิ้น ตั้งแต่การจัดซื้อจัดจ้าง ไปจนถึงการให้รางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจหรือให้กำลังใจในการปฏิบัติงานด้วย ซึ่งงบประมาณในที่นี้ หมายถึง การได้รับจัดสรรงบประมาณและกระบวนการได้มาซึ่งงบประมาณนั้น กล่าวคือ งบประมาณที่พอเพียงและการเบิกจ่ายที่รวดเร็วทันเวลาต่อการใช้งาน ส่วนปัจจัยด้านการเมืองก็มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติเช่นกัน เพราะถ้าผู้ใหญ่ในบ้านเมืองให้การสนับสนุน การจัดกิจกรรมหรือโครงการต่างๆก็สามารถทำได้อย่างสะดวกราบรื่น แม้ในระดับผู้บริหารของกรุงเทพมหานครจะเห็นความสำคัญ แต่ถ้าผู้บริหารประเทศโดยรวมไม่ตระหนักถึงความสำคัญ การทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครก็จะล่าช้าหรือไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

สำหรับปัจจัยที่มีผลกระทบทางอ้อมต่อการนำนโยบาย/แผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัตินั้น ได้แก่ วัตถุประสงค์ของนโยบาย/แผน ทรัพยากรที่มีหรือได้รับ และการสื่อสารรวมถึงการทำให้ปฏิบัติตามระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยวัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจน และได้มาตรฐานสามารถตอบโจทย์ปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้นั้น มีผลต่อการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่รับผิดชอบ และกำหนดทิศทางการทำงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยในด้านนี้กรุงเทพมหานครมีความชัดเจน และได้มาตรฐาน สามารถตรวจสอบได้โดยมีดัชนีชี้วัดที่ชัดเจน ส่วนทรัพยากรที่มีหรือที่ได้รับอย่างพอเพียงต่อความต้องการหรืออัตราการขอใช้บริการของผู้สูงอายุนั้น ทำให้การทำงานตามกิจกรรมหรือโครงการต่างๆนั้นสะดวกและง่ายขึ้น มีส่วนช่วยในการพัฒนางานของบุคลากรให้สามารถจัดกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่ออัตราความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น รวมไปถึงการให้บริการที่ช่วยพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ซึ่งในขณะนี้ทรัพยากรเพื่อการให้บริการของกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับที่พอเพียงและพอไปได้ แต่เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่แล้ว คาดว่าในอนาคตต้องเตรียมทรัพยากรให้มากขึ้นเพื่อรองรับการขอให้บริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับการสื่อสารและการทำให้ปฏิบัติตามระหว่างหน่วยงานนั้น จากข่าวประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานต่างๆแล้ว พบว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบได้เปิดโอกาสในการพูดคุย ปรึกษาหารือ รายงานผลการ

ดำเนินงานที่ผ่านมา ด้วยการจัดการประชุมระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเป็นระยะ เพื่อปรับการทำงานให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน รวมทั้งตอกย้ำถึงวัตถุประสงค์และความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วย

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานตามนโยบาย/แผนฯ ย่อมมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นจากตัวแปรต่างๆ ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยของนำเสนอผลการวิเคราะห์ประเด็นดังกล่าวในการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 4 เป็นลำดับต่อไป

4.4 ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 นั้นจากการศึกษาพบว่า

ในการนำนโยบายหรือแผนไปสู่ภาคปฏิบัตินั้น ต้องผ่านกระบวนการหลายอย่าง มีปัจจัยหลายอย่างที่อาจเป็นทั้งปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานต่างๆ ล่าช้า ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งในส่วนของผู้กำหนดนโยบายได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหรือแผนไปสู่ปฏิบัติไว้ตามที่ยกมาแสดงต่อไปนี้

ผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณฑิเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ได้กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหรือแผนไปสู่ภาคปฏิบัติ ดังนี้

ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการดำเนินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติงาน ได้แก่

1) กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาทุกมิติของประเทศ จึงมีประชากรที่ย้ายถิ่นมาจากจังหวัดอื่น นอกจากนี้ยังย้ายถิ่นมาจากต่างประเทศอีกด้วย ทำให้มีความเป็นพลวัตทางด้านประชากรสูง ทำให้ส่งผลกระทบต่อปัญหาหลายอย่างของกรุงเทพมหานครที่เพิ่มขึ้นทำให้งบประมาณไม่เพียงพอ

2) ความไม่ต่อเนื่องของนโยบายและขาดการบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม”

ส่วนกองวิชาการ สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ดันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ มอบหมายให้ดำเนินการแทน วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558 นั้น ได้กล่าวถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ ดังนี้

ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการดำเนินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติงาน ได้แก่

1) ความพร้อมและความสามารถ (สมรรถนะ) ของหน่วยงานที่นำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

1.1) บุคลากร ที่ยังต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติให้ตรงตามลักษณะงาน

1.2) งบประมาณ ซึ่งสมรรถนะของหน่วยงานจะมีมากขึ้นถ้าได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติอย่างเต็มที่

1.3) โครงสร้างของหน่วยงาน ต้องไม่ซับซ้อน สายการบังคับบัญชาไม่มากเกินไป เพื่อให้เกิดการทำงานที่คล่องตัว

1.4) เทคโนโลยีด้านผู้สูงอายุ พัฒนาเทคโนโลยีด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

2) การบูรณาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เป็นรูปธรรมขึ้น

และจากการสัมภาษณ์รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม (นางสาวสุกฤตา ลือเจริญ) เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2558 ได้กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมทั้งเสนอแนวทางแก้ไขไว้ดังนี้

“ความล้มเหลวคือการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่ชัดเจน ไม่วางแนวทาง ไม่ให้ความกระจ่างในดัชนีชี้วัดแต่ละตัว เพราะแต่ละคนก็คิดไม่เหมือนกัน ความหมายคำเดียวสื่อสารไปคนละทางได้ ไม่มีการติดตามการทำงาน คนที่ชี้ทางกับคนปฏิบัติเป็นคนละ

คนกัน คนคิดแผนคิด คนทำก็ทำ การหาผู้เชี่ยวชาญที่จะอธิบายแนวทางในการปฏิบัติให้ทุกฝ่ายเข้าใจไปในทิศทางเดียวกันนั้นยากพอสมควร” (สุกฤตา สื่อเจริญ, สัมภาษณ์, 23 พฤศจิกายน 2558)

“และในการทำ โยบายต่างๆย่อมมองแต่ Top down แต่ต้องมองแบบ Bottom up ด้วยว่า ผู้สูงอายุต้องการอะไร ต้องเอาภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมด้วย กรุงเทพมหานครยังขาดตรงนี้ในหลายๆอย่าง ในการกำหนดแผนนโยบายต้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เสนอว่าเขาต้องการอะไรด้วย “(สุกฤตา สื่อเจริญ, สัมภาษณ์, 23 พฤศจิกายน 2558)

“ความล้มเหลวในเชิงปฏิบัติ คือ หน่วยงานเองไม่มองผู้สูงอายุในภาพรวม เช่นทำด้านสังคมก็ทำด้านสังคมอย่างเดียว ไม่มีการบูรณาการ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุต้องมองเป็นระบบ มีการส่งต่อประสานงานกันระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพราะผู้สูงอายุคนเดียวกันไม่ได้มีด้านใดด้านหนึ่งด้านเดียว เช่นผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วย ต้องหาสาเหตุว่าทำไมถึงเจ็บป่วย อาจเพราะสภาพสังคม ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรอบรู้และประสานงานเป็น ซึ่งหน่วยงานที่สังกัดต้องฝึกอบรมให้บุคลากรมีคุณสมบัติเช่นนี้ ต้องให้ความรู้กับครอบครัวว่าต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างไร ถ้าดูแลไม่ได้ต้องรู้ว่าสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานใด การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การดูแล การเข้าถึงข้อมูลต้องชัดเจนกว่านี้ ซึ่งในปัจจุบันยังมีน้อย ประชาสัมพันธ์แต่เบี้ยยังชีพอย่างเดียว สวัสดิการอย่างอื่นผู้สูงอายุไม่ได้รับรู้ข้อมูลเลย แม้แต่การประชุมกรรมการชุมชนเอง กรรมการรู้ข้อมูลเรื่องผู้สูงอายุนี้แค่ไหน ระดับรากหญ้าจะต้องรู้ ต้องมีการประชาสัมพันธ์ ถ้ามีผู้สูงอายุหลงมา จะต้องรู้ว่าจะช่วยเหลืออย่างไร ติดต่อที่ไหน สิ่งเหล่านี้ คือการสื่อสารเพื่อส่งต่อ” (สุกฤตา สื่อเจริญ, สัมภาษณ์, 23 พฤศจิกายน 2558)

“อุปสรรคอีกประการคือ หน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุไม่วางแผนเป็นระบบ ไม่มองการดูแลผู้สูงอายุเป็น Priority หนึ่ง ก็จะวางแผนเหมือนคนทั่วไป เมื่อเกิดภัยพิบัติต่างๆขึ้นมาผู้สูงอายุจะมีปัญหาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพราะเจ้าหน้าที่ที่ให้ความช่วยเหลือไม่รู้ว่าบ้านไหนมีผู้สูงอายุบ้าง ควรมีการทำแผนที่ว่าบ้านไหนมีผู้สูงอายุ ติดป้ายแสดงให้เห็นว่าบ้านไหนมีผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติหน่วยกู้ภัยจะช่วยเหลือโดยให้ลำดับความสำคัญก่อนหลังได้ แกนนำอาสาสมัครเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในการรับมือดูแลผู้สูงอายุ” (สุกฤตา สื่อเจริญ, สัมภาษณ์, 23 พฤศจิกายน 2558)

“ผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ช่วยตัวเองได้ กับช่วยตัวเองไม่ได้ ซึ่งรูปแบบการดูแลช่วยเหลือจะไม่เหมือนกัน ในกรณีที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องให้การสงเคราะห์ดูแล แต่กรณีผู้ช่วยเหลือตัวเองได้ก็สนับสนุนสวัสดิการให้อบรมให้มีการพัฒนา ดูแลสงเคราะห์ เยียวยารักษา บำบัด การดูแลผู้สูงอายุจึงต้อง ดูด้วยว่า ประเภทของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และเราต้องดูแลด้านไหน วิเคราะห์สภาพของผู้สูงอายุและใช้แกนนำ”... (สุกฤตา สือเจริญ, สัมภาษณ์, 23 พฤศจิกายน 2558)

“ดังนั้น โดยสรุป ความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายขึ้นอยู่กับตัวสูงอายุ เจ้าหน้าที่ครอบครัว ทัศนคติเชิงบวก กลไกที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติงานได้ นโยบายที่ชัดเจน มีกรอบแนวทางที่สามารถดำเนินการได้”... (สุกฤตา สือเจริญ, สัมภาษณ์, 23 พฤศจิกายน 2558)

ส่วนความเห็นของผู้ปฏิบัติงานในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายมาปฏิบัติ นั้น มักให้ความสำคัญกับบุคลากรและ วัสดุอุปกรณ์ ดังคำสัมภาษณ์จากผู้อำนวยการศูนย์สาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง) แพทย์หญิงภัทรพร ริมชลา เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 กล่าวว่า

“ในเรื่องปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและ วัสดุอุปกรณ์ ณ ปัจจุบันค่อนข้างดีทั้งด้านอุปกรณ์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร แต่ถ้าผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ก็ต้องมีการพัฒนาต่อไป”... (ภัทรพร ริมชลา, สัมภาษณ์, 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2558)

จากความเห็นของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติการดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีส่วนให้การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติล่าช้าหรือไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรนั้นมีหลายปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

- 1) วิธีการหรือแนวทางในการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้นไม่ชัดเจน ไม่มีการชี้แจงให้ความกระจ่างทำให้ผู้ปฏิบัติงานมองเห็นภาพที่ไม่ตรงกัน และมีการตีความหมายผิด นั้นหมายถึงการสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับผู้ปฏิบัติงานไม่ดีเท่าที่ควร
- 2) การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการไม่เพียงพอ
- 3) ความร่วมมือของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติไม่เป็นที่ไปในแนวทางเดียวกัน
- 4) บุคลากรที่ไม่เพียงพอและขาดความรู้ความสามารถ ทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

5) การบริหารจัดการที่ไม่คล่องตัว โครงสร้างในการบังคับบัญชาที่ซับซ้อนเกินไป

6) การให้ความร่วมมือหรือไมของผู้สูงอายุ

7) ความผันผวนทางเศรษฐกิจ การเมืองและมหันตภัยทางธรรมชาติที่อาจส่งผลกระทบต่ออย่างสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรสูงอายุที่ยากจนในกรุงเทพมหานคร อาจได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง และภาวะการฝืดเคืองทางเศรษฐกิจ อาจส่งผลต่อความสามารถด้านการเงิน การคลังของกรุงเทพมหานคร ในการดำเนินงานตามแผนฯ ได้ เพราะต้องจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดไปใช้ในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาในด้านอื่นด้วย

เมื่อพบกับปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ทางหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบในการดำเนินการควรพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและพยายามหาแนวทางแก้ไข ซึ่งจากการสัมภาษณ์มีผู้ให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวไว้ตามที่จะนำเสนอต่อไป

ผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจิเสติกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพอนามัย) ที่ให้สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ได้กล่าวถึงแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายหรือแผนไปสู่ภาคปฏิบัติไว้ ดังนี้

“การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัตินั้น รัฐบาลควรสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานตามนโยบายผู้สูงอายุและกำหนดเรื่องผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ และควรให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามนโยบายผู้สูงอายุ ทั้งนี้การกำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความเชื่อมโยงในมิติต่างๆ และมีความต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนสนับสนุนผลักดันให้เกิดการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและมีงบประมาณรองรับ และควรเร่งสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจให้แก่สังคมผู้สูงอายุ เช่น การออมก่อนสูงวัย การเพิ่มโอกาสการมีงานทำ เป็นต้น”...(ดวงพร ปิณิจิเสติกุล, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2558)

ส่วนข้อมูลที่ได้รับความคิดเห็นจากกองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์มอบหมายให้ดำเนินการแทน เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558 นั้น ได้กล่าวเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ ดังนี้

ตารางที่ 4.4 แนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายหรือแผนไปสู่ภาคปฏิบัติ

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไขปัญหา
บุคลากรที่ยังมีความรู้ ความสามารถไม่เพียงพอ	อบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรในการทำงาน
งบประมาณไม่เพียงพอ	จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ และอาจประสานความร่วมมือขอสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนอื่น นอกจากงบประมาณของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ NGO ภาคเอกชนในการทำ CSR ฯลฯ
โครงสร้างของหน่วยงานที่ซับซ้อน	บริหารจัดการให้สายการบังคับบัญชาสั้นที่สุด สะดวกในการทำงาน
ต้องการการพัฒนาด้านเทคโนโลยีด้านผู้สูงอายุ	ขอสนับสนุนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุจากสถานศึกษา / มหาวิทยาลัย องค์การที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุทั้งในและนอกประเทศ เป็นต้น
การบูรณาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร	หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครมีการประชุมประสานความร่วมมือในการทำงาน และมีการจัดทำโครงการบูรณาการด้านผู้สูงอายุร่วมกัน

ที่มา: กองวิชาการ กรุงเทพมหานคร ที่นายแพทย์สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถกล่าวได้ว่า การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 โดยภาพรวมแล้วประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ โดยพิจารณาจากผลการติดตามประเมินผลในการดำเนินงานที่ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ได้ผลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่เมื่อพิจารณาตามปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกันและมีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติแล้ว พบว่า ปัจจัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความชัดเจนและได้มาตรฐานของวัตถุประสงค์ คุณภาพและปริมาณของทรัพยากรและบุคลากร คุณสมบัติของหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงาน รวมไปถึงสภาพแวดล้อมทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมในช่วงเวลาของการดำเนินงานตามนโยบายหรือแผนนั้น มีทั้งจุดเด่น จุดด้อยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จหรือความล่าช้าในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติทั้งสิ้น ซึ่งผู้วิจัยจะได้สรุปและอภิปรายผลที่ได้ในบทต่อไป

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณี กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2556-2558” มีวัตถุประสงค์ของการศึกษา 4 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง เพื่อศึกษาความเป็นมาของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ.2556-2558 ประการที่สอง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปีดังกล่าว ประการที่สาม เพื่อศึกษาความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปีดังกล่าว และ ประการที่สี่ เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลพิจารณาตามรูปแบบของ Van Horn และ Van Meter ซึ่งผู้วิจัยขอสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลของการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะในลำดับต่อไป

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยจากบทที่ 4 ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1) ความเป็นมาของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า กรุงเทพมหานคร ได้นำแนวคิดและหลักการของนโยบายในระดับประเทศอย่าง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุง (พ.ศ. 2545-2564) มาเป็นแนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยกรุงเทพมหานครร่วมกับหน่วยงานในสังกัด รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตลอดจนตัวแทนภาคประชาชน ได้ร่วมกันจัดทำแผนต่างๆ เพื่อเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2556-

2575) แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560) และแผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ. 2558 ของแต่ละหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักพัฒนาสังคม และสำนักการแพทย์ เป็นต้น อีกทั้งเมื่อพิจารณาข้อมูลจากเอกสารแผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ. 2559 ของแต่ละหน่วยงานดังกล่าวข้างต้น พบว่า ยังมีการกำหนดยุทธศาสตร์ และตั้งเป้าหมายในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่องในทุกมิติ ซึ่งรวมถึงการดูแลในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย

2) จากผลการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 โดยภาพรวมแล้วกรุงเทพมหานครประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับที่น่าพอใจ โดยพิจารณาจากผลการติดตามประเมินผลในการดำเนินงานที่ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ได้ผลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้จากข้อมูลที่ปรากฏในแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น สำนักการแพทย์ สำนักอนามัย และสำนักพัฒนาสังคม ในแผนปฏิบัติการดังกล่าว นั้น จะต้องแสดงให้เห็นถึงผลงานในปีที่ผ่านมาว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดเพื่อใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการกำหนดภารกิจของแผนปฏิบัติการในปีต่อไป แต่เมื่อพิจารณาแยกตามปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกันและมีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติตามแนวคิดของ Van Horn และ Van Meter แล้วพบว่า ปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่วัตถุประสงค์ของนโยบายหรือแผนที่กำหนดขึ้น จำนวนและการใช้งานได้ของทรัพยากรและบุคลากร ประสิทธิภาพของหน่วยงานและความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน รวมไปถึงสภาพแวดล้อมทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมในช่วงเวลาของการดำเนินงานตามนโยบายหรือแผนนั้น มีทั้งจุดเด่น จุดด้อยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล่าช้าในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติทั้งสิ้น

3) ส่วนความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 นั้นพบว่า ปัจจัยที่มีความชัดเจนได้มาตรฐานจนเป็นจุดเด่นช่วยให้การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครประสบความสำเร็จ คือ ผู้กำหนดนโยบายได้ตั้งวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน มีหลักเกณฑ์ที่สามารถชี้วัดความสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรม จัดการอบรมชี้แจงที่มาและความสำคัญของนโยบาย ซึ่งเป็นการให้ความรู้และต่อยอดความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้กับผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และเมื่อมีการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ระยะหนึ่ง ก็มีการติดตามประเมินผลการทำงานเป็นระยะ เพื่อดูทิศทางและปรับแผนการทำงานให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ในสังคม

และความพร้อมของหน่วยงาน อีกทั้งเป็นการกระตุ้นผู้ปฏิบัติงาน ให้มีความสนใจ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ด้วย

ความชัดเจนในนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครนี้ ส่งผลต่อการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ด้วย ได้แก่ ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ปัจจัยด้านคุณสมบัติของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมไปถึงคุณสมบัติของบุคลากรที่รับผิดชอบในเรื่องนี้ด้วย สังเกตได้จากแผนปฏิบัติการประจำปีของแต่ละหน่วยงาน เช่น สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ และสำนักพัฒนาสังคม ซึ่งนอกจากจะมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้ว ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาการให้บริการประชาชน โยนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ เข้ามาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบให้บริการประชาชนด้วย มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนารูปแบบการทำงานของหน่วยงาน ให้คลังองค์กรรองรับการปฏิบัติงานที่มีระบบ อีกทั้งมีโครงการพัฒนาคุณภาพและเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในด้านการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงการพัฒนา ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระหว่างหน่วยงาน เพื่อสร้างมาตรฐาน ความร่วมมือ และแนวปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งเป็นความพยายามของกรุงเทพมหานครที่ต้องการให้ทุกภาคส่วน ทุกหน่วยงาน มีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

4) เมื่อศึกษาถึงปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า นอกจากปัจจัยที่สนับสนุนส่งเสริมให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประสบความสำเร็จแล้ว ในขณะเดียวกันก็พบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งให้ เกิดการล่าช้าในการปฏิบัติงานที่ผู้ให้ข้อมูลหลักเรียกว่า “ข้อจำกัด” ในการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ทรัพยากรที่มาสสนับสนุนการดำเนินงานในโครงการต่างๆ ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ซึ่งทรัพยากรเหล่านั้น มีสามส่วนหลักๆ คือ งบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องมือนานาชนิดต่างๆ โดยงบประมาณเป็นทรัพยากรที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติล้วนให้ความสำคัญ เพราะงบประมาณเป็นเหมือนต้นทุน เป็นพลังในการขับเคลื่อนให้นโยบายถูกนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม งบประมาณยังเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดจำนวนและรูปแบบของโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ งบประมาณที่จำกัดอาจทำให้ในปีหนึ่งๆ มีโครงการที่สามารถทำได้จริง

ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้มีน้อย และรูปแบบของโครงการอาจมีการเปลี่ยนแปลงปรับให้เหมาะสมกับเงินงบประมาณที่ได้รับ และงบประมาณยังมีผลต่อการผลิตและพัฒนาบุคลากร รวมไปถึงการจัดซื้อจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในกิจกรรมหรือโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นทรัพยากรจึงถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

อีกหนึ่งปัจจัยที่ผลต่อการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ คือ สภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองในช่วงเวลาที่มีการนำนโยบายไปปฏิบัติ ถ้าผู้บริหารบ้านเมืองให้ความสนใจสถานการณ์ทางสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างจริงจัง และตระหนักถึงความเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นวันจะเริ่มกลายเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งต้องเร่งเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เต็มรูปแบบแล้ว นโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจะถูกกำหนดขึ้นในแผนหลักในการพัฒนาประเทศโดยรวม ทำให้แผนปฏิบัติงานในส่วนของหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันนั้นต้องกำหนดวัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์ พันธกิจ รูปแบบโครงการต่างๆ รวมไปถึงตัวชี้วัด ให้สอดคล้องกับนโยบายหรือแผนหลักของประเทศ แต่เนื่องจากแผนหรือนโยบายหลักเหล่านั้นมักครอบคลุมระยะเวลาในการดำเนินงานที่ค่อนข้างนาน เป็นเวลา 10 ปีบ้าง 20 ปีบ้าง จึงมักเกิดปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการปฏิบัติงาน เพราะผู้ปฏิบัติงานมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายตำแหน่งงาน หรือหมดอายุราชการในระหว่างที่โครงการบางโครงการยังอยู่ในระหว่างการปฏิบัติเพื่อให้เห็นผล ผู้ที่เข้ามารับช่วงดูแลต่อ ต้องใช้เวลาสักระยะเวลาในการศึกษางาน ที่ผู้รับผิดชอบคนเดิมดำเนินการค้างไว้ก่อนที่จะดำเนินงานต่อได้ ทำให้เกิดภาวะชะงักงันของโครงการ หรือบางคนผู้ที่เข้ามาใหม่มีทัศนคติความเห็น ความเข้าใจที่แตกต่างออกไป อาจจะมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานได้ ซึ่งจะนำไปสู่ผลสำเร็จที่ล่าช้าลง อีกทั้งอาจมีกรณีที่เศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นข้อจำกัดในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติได้

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ภาพปัจจุบันของสังคมไทยในมุมมองทางประชากรศาสตร์ คือ สังคมผู้สูงวัย สังเกตได้จากตัวเลขจำนวนประชากรและอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประชากรผู้สูงอายุ (ผู้มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า) ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 64,785,909 คน มีประชากรผู้สูงอายุ 8,734,101 คน ในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวนประชากร 5,686,252 คน มีประชากรผู้สูงอายุ 817,853 คน (กรมการ

ปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2556) ประมาณการผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.38 และในปี พ.ศ.2563 คาดว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 11 ล้านคนตามลำดับ ทั้งนี้เพราะเทคโนโลยีและความรู้ทางการแพทย์ที่รู้ดหน้าไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ช่วยชะลอการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากร ทำให้คนมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ในขณะที่เดียวกันค่านิยมของคนในสังคม และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ มีส่วนผลักดันให้คนในวัยเจริญพันธุ์ให้กำเนิดทารกน้อยลง ด้วยอัตราการเกิดตายน้อยลง และประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะมีประชากรสูงอายุในวัยพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น

สภาพการณ์เปลี่ยนแปลงเช่นนี้ กำลังนำประเทศไทยไปสู่สถานะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (Population Aging) โดยสัดส่วนของบุคคลในวัยทำงานลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความต้องการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมการในการจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่ครบวงจร ทั้งทางด้านการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องเน้นเรื่องการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ การฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุ มีสถาบันฝึกอบรมทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดำเนินงานเหล่านี้ถือเป็นนโยบายหลักของประเทศ

สำหรับกรุงเทพมหานคร ที่เป็นเมืองหลวงมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศ ตามข้อมูลจากกรมการปกครองที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีภารกิจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย โดยนโยบายการดูแลด้านสุขภาพก็เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะที่มุ่งเน้นในเรื่องของเนื้อหาสาระ มีขั้นตอนในการปฏิบัติงาน และเป็นนโยบายที่กระจายผลประโยชน์ให้กับกลุ่มคน โดยเน้นที่กลุ่มผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาจากแนวคิดในการนำนโยบายไปปฏิบัติแล้ว ในเชิงของการกำหนดนโยบาย กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความสำคัญกับสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ของประชากรในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบก่อนที่จะกำหนดนโยบายในการทำงานในแต่ละปี และการกำหนดนโยบายก็พิจารณาตามลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนของการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในแต่ละกลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายในภาพรวมคือ การพัฒนากรุงเทพมหานครให้ประชากร

ทุกช่วงวัยอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้เป็นเมืองที่น่าอยู่ และพัฒนาทัดเทียมนานาชาติ อารยประเทศ กล่าวได้ว่า นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กำหนดขึ้นมานั้น มีการกระบวนการ และขั้นตอน รวมทั้งมีองค์กรหลายหน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วมทั้งในด้านการกำหนด นโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลด้วย ซึ่งนโยบายดังกล่าวมีการทำเป็นลายลักษณ์อักษร ระบุตัวชี้วัด เกณฑ์ในการประเมิน รวมถึงหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน

ส่วนในประเด็นของการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้น นอกจากหน่วยงานที่รับผิดชอบจะปฏิบัติตามนโยบายที่ได้รับมอบหมายมาแล้ว ยังให้ความสำคัญกับทรัพยากรและงบประมาณซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนให้นโยบายนั้นสามารถแปลงเป็นแผนการดำเนินงาน ไปจนถึงสามารถจัดทำเป็นโครงการเพื่อการพัฒนาและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรมและประสบความสำเร็จ แม้ว่าบางครั้งจะประสบปัญหาในด้านการขาดแคลนทรัพยากร เช่นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ งบประมาณที่ไม่เพียงพอ แต่หน่วยงานต่างๆก็พยายามที่จะหาทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น รวมไปถึงความพยายามในการสร้างความร่วมมือร่วมกันในการทำงาน เพื่อบริณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ

ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากรูปแบบการทำงานของกรุงเทพมหานครเปรียบเทียบกับทฤษฎี หรือกรอบแนวความคิดเกี่ยวกับปัจจัยหรือตัวแปรที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Van Horn และ Van Meter แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ วัตถุประสงค์ของนโยบายที่กำหนดได้อย่างชัดเจนและมีมาตรฐานสามารถตรวจสอบชี้วัดได้ รวมถึงการที่ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ให้ความสนใจในการพัฒนาหน่วยงาน เครื่องมือเครื่องใช้ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่ออำนวยความสะดวกและความมีประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน และพัฒนาบุคลากรในภาคของการปฏิบัติควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ยังต้องพิจารณาในการลดข้อจำกัดของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ได้แก่ ทรัพยากรที่เอื้ออำนวยความสะดวกและความคล่องตัวในการดำเนินงาน รวมถึงสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองด้วย

5.3 ข้อเสนอแนะของการวิจัย

5.3.1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุมีหลายหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้การทำงานมีความซ้ำซ้อนและสับสนในการประสานงาน ดังนั้น สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ และสำนักพัฒนาสังคม ควรทำความร่วมมือ (MOU) อย่างเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติ ว่าหน่วยงานใดมีหน้าที่หลัก หน้าที่รองอย่างไร เพื่อลดปัญหาความซ้ำซ้อนในการทำงานดังกล่าว และยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วย

2) หน่วยงานภาครัฐมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุระดับหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นในรูปแบบของการบริการ ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษา แต่มักคิดปัญหาที่งบประมาณและบุคลากร จึงควรทำความร่วมมือกับภาคเอกชนที่มีศักยภาพในด้านทรัพยากรทางการแพทย์ เทคโนโลยีทันสมัย บุคลากรที่มีความสามารถ เพื่อร่วมมือกันในการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยหน่วยงานเอกชนที่จะทำความร่วมมือด้วยนั้นควรพิจารณาทั้งองค์กรภายในประเทศและองค์กรต่างประเทศ

3) กำหนดวงเงินงบประมาณให้ชัดเจน ในการจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อสนองนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4) เพิ่มนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพและการเข้าสังคม เพราะนับวันสังคมไทยจะกลายเป็นสังคมของคนสูงวัย ถ้าคนกลุ่มนี้สามารถดูแลตัวเองได้โดยพึ่งพิงผู้อื่นน้อยที่สุดจะเป็นการดีไม่น้อย อีกทั้งคนในชุมชนยังมีจิตสำนึกช่วยกันดูแลผู้สูงอายุด้วย เป็นการช่วยลดภาระพึ่งพิงภาครัฐ ผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้และยังทำประโยชน์ให้กับสังคมได้

5) ควรให้ความสนใจกับเรื่องของสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงกลุ่มของผู้สูงอายุ โดยต้องให้ความสำคัญและพัฒนาทั้งสื่อสมัยใหม่อย่างโซเชียลเน็ตเวิร์กได้ แต่ต้องไม่ละเลยสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ ไปสเตอร์ วารสารและจุลสารต่างๆ ด้วย เพราะผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มมีขีดความสามารถในการรับสื่อเท่ากัน

6) ในการวางแผนปฏิบัติราชการประจำปี ควรให้ความสำคัญกับโครงการสำคัญและเร่งด่วนเพียงสองถึงสามโครงการ ที่หน่วยงานตั้งเป้าหมายทำให้ประสบความสำเร็จเป็นรูปธรรมจริงๆ มีการวางแผนงานที่ละเอียด กระชับ รัดกุม กำหนดงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ให้ครอบคลุมแผนการทำงานไว้ รวมทั้งพิจารณาถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้า เพื่อเตรียมแนวทางในการปรับปรุง แก้ไขระหว่างที่กำลังดำเนินการไปสู่ความสำเร็จตามแผนงานที่วางไว้ ทำอย่างนี้เหมือนกับตั้งเป้าหมายให้ชัดเจน แต่วางแผนการเดินทางไปสู่เป้าหมายไว้หลวมๆ พอที่จะขยับตัวรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีการเตรียมการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้า

7) ส่วน โครงการสำคัญแต่ไม่เร่งด่วนอื่นๆก็ไม่ได้ละเลย ควรดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างมาตรฐาน หรือปูพื้นฐานไว้เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงในอนาคต หรือในปีงบประมาณครั้งต่อไป

8) พัฒนารูปแบบการทำงานทั้งแบบแนวตั้งและแนวนาน คือ ในการนำนโยบายไปปฏิบัติควรเป็นไปในลักษณะผสมผสานแบบสั่งการให้ปฏิบัติ ตามวิธีของระบบราชการ แต่ควรรับฟังข้อมูลผลจากการปฏิบัติการของผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนำไปใช้ในการหาแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาคด้วยความจริงใจ ส่วนในแนวนานคือ หน่วยงานระดับปฏิบัติการควรดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปในทิศทางเดียวกัน ประชุมพูดคุยกันเพื่อเสนอกลยุทธ์ใหม่ๆ ในการดำเนินการ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และพัฒนาก้าวหน้าไปเป็นหน้ากระดาน

5.5.2) ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1) จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือในการจัดการอบรม เพื่อเพิ่มความสามารถให้กับบุคลากรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ในระหว่างการอบรมควรมีช่วงเวลาให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ปฏิบัติงานจริงเพื่อประเมินผลทั้งในด้านของเนื้อหาการอบรม และการนำไปปฏิบัติได้จริงของบุคลากร

2) ในระหว่างการนำนโยบายที่กำหนดขึ้นไปปฏิบัติ ผู้กำหนดนโยบายควรมีเวลาในไปดูแล ลงปฏิบัติงานจริงกับบุคลากรผู้ำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อให้ได้ทราบข้อมูลที่แท้จริง

รวมทั้งได้สัมผัสกับบรรยากาศในการปฏิบัติงาน จะได้ข้อมูลเชิงลึกจากการสังเกตการณ์เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนนโยบายครั้งต่อไป

3) สนับสนุนให้หน่วยงานภาคปฏิบัติอย่างศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถพึ่งตนเองได้ในการจัดทำโครงการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติ ให้เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้สึกร่วมกันและกระตือรือร้นในการพัฒนาการทำงานเพื่อผู้สูงอายุ โดยสร้างแรงจูงใจในการทำงานเป็นรางวัลหรือคำชมเชยเมื่อปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามนโยบาย อาจให้รางวัลเป็น กลุ่มหรือรายบุคคลก็ได้

4) จัดทำสื่อตามความต้องการของประชาชน โดยสำรวจว่าประชาชนต้องการหรือมีความอยากรู้เรื่องใดบ้าง ถึงแม้ว่ายุคสมัยนี้จะเป็นยุคแห่งเทคโนโลยีการสื่อสารก็ตาม แต่ก็ยังมีประชาชนอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่เข้าถึงความรู้และบริการที่ปรากฏในสื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างอินเทอร์เน็ต ดังนั้นการประชาสัมพันธ์หรือให้ข้อมูลข่าวสาร ควรทำหลายๆทาง โดยให้ข้อมูลข่าวสารที่เท่าเทียมกันในทุกๆทาง หมายความว่า ไม่ว่าจะ เป็นข้อมูลที่น่าขึ้นเว็บไซต์หรือข้อมูลที่แปะแผ่นพับประชาสัมพันธ์ควรมีข้อมูลที่ครบถ้วนเหมือนกันในด้านเนื้อหา แต่อาจแตกต่างกันได้ในการด้านรูปแบบหรือดีไซน์ ตามลักษณะคุณสมบัติของสื่อแต่ละประเภท ทั้งนี้การให้ข้อมูลข่าวสารไม่ว่าจะรูปแบบใดต้องคำนึงถึงความถูกต้อง และทันต่อสถานการณ์ด้วย

5) เปิดโอกาสให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติการสามารถดำเนินการต่างๆโดยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานเอกชนเพื่อขอการสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น อุปกรณ์เครื่องยังชีพ เป็นต้น เพื่อลดภาระพึ่งพิงภาครัฐหรือส่วนกลาง

5.3.3) ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาถึงการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัตินั้นนอกเหนือไปจากด้านสุขภาพแล้ว ยังพบว่าประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในด้านอื่น ๆ อีกหลายด้านที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เช่น การเป็นอยู่ที่ดีในชุมชนและสังคม การได้รับการยอมรับและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนวัยเดียวกันและกับลูกหลานต่างวัย รวมถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจไม่ลำบากในการใช้ชีวิต รู้สึกอบอุ่นปลอดภัยและมีคุณค่า เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในครั้ง

ต่อไป ควรศึกษาให้ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทางสังคมและจิตใจของผู้สูงอายุร่วมด้วย เพื่อจะได้มองเห็นภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้น

มิติทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ให้อยู่ต่อไปอย่างมีความสุข และมีคุณภาพ ถ้าพึ่งแต่การดูแลทางการแพทย์นั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่ง ที่ผู้สูงอายุจะมีโอกาสได้พบกับแพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งก็ต่อเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ก็เป็นเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น แต่ผู้สูงอายุต้องอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมตลอดเวลา การดูแลตนเองทางสุขภาพจึงจะต้องรวมถึงด้านจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี ไม่ใช่เฉพาะแต่การกิน การนอน การใช้ยา เท่านั้น แต่ต้องดูแลตนเอง ครอบงำตัวให้เป็น ผู้สูงอายุที่มีศักดิ์ศรีอย่างมีคุณภาพ โดยสร้างความเชื่อถือจากสังคมภายนอก ซึ่งมีพลังเพิ่มภูมิคุ้มกันให้ผู้สูงอายุสามารถยืนหยัดต่อการมีชีวิตที่ดี ได้อย่างสง่างาม

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ. *ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2536.
- เกษม ต้นติผลาชีวะและกฤดา ต้นติผลาชีวะ. *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์, 2528.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญและศิริพันธุ์ สาสัตย์. *เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ การพยาบาล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการดูแลระยะยาว*. ระหว่างวันที่ 7-9 กุมภาพันธ์ กรุงเทพมหานคร, 2548.
- กรมประชาสัมพันธ์. *กองสวัสดิการ. หลักการของสหประชาชาติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : กรมประชาสัมพันธ์, 2542.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. *คำอธิบายพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 พระราชบัญญัติส่งเสริมสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546*. กรุงเทพมหานคร : กองนิติการ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547.
- *โครงการการประเมินผลการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : บางกอกบล็อกจำกัด, 2547.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546* กรุงเทพมหานคร : เจ.เอส.การพิมพ์, 2547.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. *คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์, 2553.
- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา. *บริการพื้นฐานที่ประชาชนไทยควรได้รับ*. กรุงเทพมหานคร : ผู้แต่ง, 2546.
- กิตติภณ คล้ายเจ็ก. “นโยบายภาครัฐสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.” *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์ดุสิตบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*, 2557.
- กุลธิดา เลิศพงษ์วัฒนาและวรรณบุญเจือ. *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที คิว พี จำกัด, 2555.

บรรณานุกรม (ต่อ)

กุศล สุนทรธาดา และ สิรินันท์ กิตติสุขสถิต. *สภาพการทำงานและปัญหาในงานบางช่วงเวลา.*

กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2548 ;
เกริกศักดิ์ บุญญานุกงศ์. “นโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต.”สถาบันวิจัยสังคมมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.

โกวิท พวงงาม. *มิติใหม่การปกครองท้องถิ่นวิสัยทัศน์การกระจายอำนาจและการบริหารงานท้องถิ่น.*พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : เสมาธรรม, 2552.

ชนิษฐา นาคะ. “วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้.”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลดุสิตบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล,
2542.

ข้อมูลผู้สูงอายุรายภาค (กรุงเทพมหานคร). [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: **Error! Hyperlink reference not valid.** 15 มีนาคม 2554.

ข้อมูลสถานสงเคราะห์คนชราทั่วประเทศ [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <http://www.eldercareintha.com>

ข้อมูลศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก
(<http://thammapakorn.go.th>)

คณะกรรมการโครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพคนเมือง. *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพคนเมืองกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2553-2556.* พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวันไพนธ์เคย์จำกัด, 2553.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. *แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564.* กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545.

คณะทำงานเศรษฐกิจมหภาคการเงินการคลัง สภาพที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. *เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม,* 2550.

คณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. *แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544).* กรุงเทพมหานคร : สหกรณ์กลาโหม, 2525.

จรัส สุวรรณเวลา. *รัฐบาล-ท้องถิ่น ใครควรจัดบริการสาธารณะ.* กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2542.

จิราพร เกศพิชญพัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. “การศึกษานโยบายและการดำเนินการด้านผู้สูงอายุและกลุ่มโรคไม่ติดต่อของกรุงเทพมหานคร.” คณะพยาบาลศาสตร์ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- จุมพล หนิมพานิช. *การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.
- . *การวิเคราะห์นโยบาย ขอบข่าย แนวคิด ทฤษฎี และกรณีตัวอย่าง*.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2548.
- ช.ชรินทร์ เพ็ชฌุ โพธิษุณ. “แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย.” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
- ชนิตา สุ่มมาตย์. “การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2551.
- ชุตินาฏ วงศ์สุบรรณ, กานดา ชูเชิด และมนนิภา สังข์ศักดิ์. “การส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าสู่ตลาดแรงงานเส้นทางสร้างความพร้อมผู้สูงอายุ.” *เศรษฐกิจและสังคม*. มกราคม-มีนาคม 2551.
- ดวงพร ปิณจีเสติกุล. สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2558.
- ดรุณี ทายะดิ. “นโยบายและการจัดสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลียและไทย.” คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549.
- ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และคณะ. “กลไกการบริหารระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย.” คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคมมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2544.
- ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. “การประเมินรูปแบบบริการที่จัดตั้งให้ผู้สูงอายุในชุมชนเน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน.” บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2542.
- นพพันธ์ วรรณเทพสกุล. *นโยบายสาธารณะท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติบทวิเคราะห์นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลา*. กรุงเทพมหานคร, 2548.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์. “การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย.” *รายงานวิจัยเสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)*, 2551.
- นิพนธ์ เทพวัลย์, ร.ศ. ดร., *นโยบายประชากรของประเทศไทย : จากอดีตสู่อนาคต*. สมาคมนักประชากรไทย, กรุงเทพมหานคร, 2557.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นิภาส ตุมรสุนทรและนางลัดกษณ์ เอมประดิษฐ์. *รูปลักษณะการจัดบริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์ภาครัฐบาลและเอกชนในอนาคต*. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
- บรรลุ ศิริพานิช. *เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : เกษมสุวรรณ, 2534.
- บุษบา ลีวิรัตน์. สัมภาษณ์, 15 กรกฎาคม 2558.
- บุษยามาส ลินรุประมา. *สังคมวิทยาความสูงอายุ*. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยพายัพ, 2539.
- ปภาวี นุพาสันต์. *สวัสดิการและการจัดบริการผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัทจรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด, 2555.
- ประเวศ วะสี. *พระเจ้าอยู่หัวกับรหัสพัฒนาใหม่*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี, 2549.
- ปิยากร หวังมหาพร. “นโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย.” *วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชารัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2546.
- ปิยากร หวังมหาพร. “นวัตกรรมการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น.” *สำนักวิจัย : มหาวิทยาลัยศรีปทุม*, 2550. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก : <http://ageing.nfe.go.th/UserFiles/File/vijai/vijai%201.pdf>, 20 ตุลาคม 2555.
- พระราชดำรัสพระราชทานแก่คณะบุคคลต่างๆ ที่เข้าเฝ้าฯ ถวายชัยมงคลในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา ณ ศาลาดุสิดาลัย สวนจิตรลดาพระราชวังดุสิตฯ. (4 ธ.ค. 49). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.arunsawat.com/board/index.php?topic=2392.0;wap2>, 5 ธันวาคม 2554. http://www.thaitgri.org/images/stories/Population_CU.pdf
- พีรพงษ์ สายเชื้อ. (29 เม.ย. 53). “กรุงเทพมหานครวางแผนดูแลผู้สูงอายุในเมือง”. *แนวหน้า*. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก : http://www.backtohome.org/autopagev/show_page.php?topic_id=4497&auto_id=4497&auto_id=4&TopicPk=22 พฤษภาคม 2554.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. “โครงการวิจัยการประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.” *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข : กระทรวงสาธารณสุข*, 2542.
- พุทททาสถิกกู. *ธรรมะสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : สุขภาพใจ, 2535.
- เพ็ญแข ประจันปัจฉินัก. *สูงอายุวิทยาศึกษา*. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2545.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ภัทรพร रिमขลา. สัมภาษณ์, 15 กรกฎาคม 2558.

ภัตสร ลิมานนท์. *บทบาทของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย*.

กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

มยุรี อนุমানราชชน. *นโยบายสาธารณะ*. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: ชรรคมลการพิมพ์, 2541.

มัทนา พนานิรามย์. “นโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคตของประเทศไทย”.

คณะเศรษฐศาสตร์ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553*. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที คิว พี จำกัด, 2555.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย, 2552*.

ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร. *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี*, แถลงต่อสภา วันอังคารที่ 23 สิงหาคม 2554.

ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร. *งานวันผู้สูงอายุแห่งชาติประจำปี 2555 ณ ห้องแกรนด์โดมอนด์บอลรูมอาคาร*

อิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. (5 เมษายน 2555),

[ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: <http://media.thaigov.go.th/>, 10 กันยายน 2555.

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. *การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร : บริษัทบางกอกบล็อก จำกัด, 2542.

----- . “ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท.” รายงานวิจัยสถาบันวิจัยและให้คำปรึกษา แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.

----- . *สวัสดิการและการจัดบริการผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : บริษัทจรัสนิทวงศ์ จำกัด, 2555.

วรเดช จันทรศร. *ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ*. พิมพ์และปรับปรุงครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร : พริกหวานกราฟฟิค, 2551.

วรรณภา ศรีชัยรัตน์. “สถานการณ์ผู้สูงอายุ เสี่ยงสะท้อนจากหนังสือพิมพ์รายวันไทย.”

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

วรวุฒิ สุวรรณระดา และคณะ. “รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.” มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สนับสนุน โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ, 2552.

วันทนา วัฒนรัตน์, สัมภาษณ์, 21 กรกฎาคม 2558.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วันเพ็ญ ปันราช. “การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
- วาทีณี บุญชะลัทธิ. รายงานการอบรม และการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ และความชรา มุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ. “การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ.”, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ห.จ.ก. บี บี การพิมพ์และบรรจุภัณฑ์, 2541.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยประชากรศาสตร์. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560). กรุงเทพมหานคร, 2557.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. “รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564).” วิทยาลัยประชากรศาสตร์ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551.
- ศรีประภา ลุนละวงศ์. “ปัญหาผู้สูงอายุต่อเค้ารุ่นแรงสะท้อนนโยบายสวัสดิการรัฐ”. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: <http://202.57.155.216/Daily/ViewNews.aspx?>, 6 กันยายน 2551.
- . “FACT SHEET เอกสารเผยแพร่ความรู้ ปีที่ 6 ฉบับที่ 6.” [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: <http://hpc5.anamai.moph.go.th>, 15 มิถุนายน 2555.
- ศรีประภา ลุนละวงศ์. สวัสดิการผู้สูงอายุ แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : มิสเตอร์ท็อปปี (ประเทศไทย), 2549.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์. “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเองครอบครัวและชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. “แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ.” สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ. “การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้”. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ. สวัสดิการและการจัดบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทจรัล สนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด, 2555.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศิริพันธุ์ สาส์คย์และคณะ. “รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงสำหรับผู้สูงวัย.” คณะเศรษฐศาสตร์ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553.
- ศิริวรรณ ศิริบุญและคณะ. “การประเมินโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ.” สถาบันประชากรศาสตร์ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2553*. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที คิว พี, 2555.
- สุกัญญา ขาวะประภาส, การวางแผนนโยบาย โครงการ และการบริหารโครงการ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2552.
- สุกัญญา ทรัพย์นาวิน, “การนำนโยบายการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบล 16 แห่ง”. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2554.
- ศูนย์ข้อมูลเศรษฐกิจการคลังและการลงทุนของกรุงเทพมหานคร. 6 นโยบายหลัก ผู้ว่ากรุงเทพมหานคร. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://203.155.220.117:8080/BMAWW/html_management/detail.php?id=224, 13 ตุลาคม 2555.
- เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล. “นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.” วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์, 2555.
- สกุรัตน์ เตียววานิช. “รายงานการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร.” คณะพยาบาลศาสตร์ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- สมจิต หนูเจริญกุล, *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ (เล่ม 1)*, พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ. พรินติ้ง, 2539.
- สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, *นโยบายสาธารณะ*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2552.
- สมพร เพ็ญจันทร์. *นโยบายสาธารณะ ทฤษฎีและการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ออน อาร์ต ครีเอชั่นจำกัด, 2552.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมรักษ์ รักษาทรัพย์, ถวิล นิลใบ และนงนุช อินทวิเศษ. “รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์โครงการนำร่องศึกษาความเหมาะสมในการทำงานของแรงงานหลังเกษียณอายุ.” คณะเศรษฐศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหงและสถาบันวิจัยและพัฒนา, 2551.
- สัณฑ์หทัย สงวนศักดิ์. “ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างประสิทธิผลของการนำนโยบายการส่งบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2550.
- สามารถ ตันอริยกุล. สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2558.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. “แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ.” 2552.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านกรุงเทพมหานคร : กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559), 2554.
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร. แผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2558.
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร. แผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร 12 ปี (2552-2563).
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร. แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร 12 ปี ระยะที่ 2 (2556-2559). ในกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย.
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร. แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2556-2575)
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.).แผนกลยุทธ์การพัฒนาผู้สูงอายุ. 2554-2555.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.).พัฒนาการของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย. พฤษภาคม 2555.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554). วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2556.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน*. นนทบุรี : กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
- สิริพันธ์ พลรบ และพงษ์สวาท กายอรุณดิษฐ์. *เอกสารประกอบการพิจารณากฎหมายของสมาชิกสภา, เล่มที่ 10, เรื่องร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.... : ศึกษาวิเคราะห์การบังคับใช้กฎหมายพระราชบัญญัติผู้สูงอายุในประเทศไทย*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า, 2546.
- สุกฤตา สื่อเจริญ. สัมภาษณ์, 23 พฤศจิกายน 2558.
- สุจิตรา นิลเลิศ. “ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบทจังหวัดสุพรรณบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- สันธาน สายคง. สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2558.
- สุรพล ชยกพ. “การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552.
- สุวณี รักธรรม. สัมภาษณ์, 16 กรกฎาคม 2558.
- อภิญา เวชชัย. *โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนโครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.
- อรพินท์ บุญนาค. “โครงการศึกษาวิจัยความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการทำงานและสวัสดิการเพื่อจัดตั้งศูนย์บริการทำงานทำในเขตกรุงเทพมหานคร.” สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- อัจฉรา รักยุติธรรม. “นโยบายสาธารณะที่พึงประสงค์.” กรุงเทพธุรกิจ. 23 มิถุนายน 2548.
- อุทัย เลหาวิเชียร และวรเดช จันทรศร. “การบริหารการพัฒนา : การเปลี่ยนแปลงและทิศทาง.” ใน อุทัย เลหาวิเชียร (บรรณาธิการ). *การบริหารการพัฒนา*. คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ มุลนิธิอาเซียน, 2528.
- แพทย์หญิงดวงพร ปิณจีเสติกุล ผู้อำนวยการก่อสร้างเสริมสุขภาพอนามัย, สัมภาษณ์, เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2558.
- นายแพทย์สามารถ ดันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ (กองวิชาการ สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครดำเนินการแทน), สัมภาษณ์, เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุกฤตา ลือเจริญ รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร, สัมภาษณ์, เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558
- แพทย์หญิงภัทรพร रिชมลา ผู้อำนวยการศูนย์สาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง), สัมภาษณ์, เมื่อ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2558
- สันธาน สายคง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการของศูนย์สาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง), สัมภาษณ์, เมื่อ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2558
- วันทนา วัฒนรัตน์ ผู้อำนวยการเขตบางนา, สัมภาษณ์, เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2558
- แพทย์หญิง สุวณี รักษาธรรม กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ และกรรมการที่ปรึกษา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, สัมภาษณ์, วันที่ 16 กรกฎาคม 2558
- บุษบา ลีวิรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง), สัมภาษณ์, เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2558
- Anderson, J.E. *Public Policy-Making An Introduction*. 2nd e.d. New York : Houghton Mifflin Company, 1994.
- Antonovsky. A. *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*, 1993.
- Attewell, P., and Gerstein, D. R. *Government policy and local practice*. American Sociological Review, 1979 :311-327.
- Barrow, G.M. and Smith, P.A. *Aging Ageism and Society*. St. Paul. Minn : West Publishing Company, 1979.
- Beckerman and Northrop, C. "Hope Chronic Illness and the Elderly." *Journal of Gerontological Nursing*. Vol.22, 1996.
- Benjamin, J. Deputy minister of social development: Launch of the integrated service delivery model. Cambridge, MA: MIT Press, 2005.
- Berman, P., and McLaughlin, M. W. Federal programs supporting education change, Vol. VII: Factors affecting implementation and continuation. Santa Monica, CA : Rand Corporation, 1977.
- Berret, S., and Fudge, e. *Policy and action*. London : Methuen, 1981.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Boyle, Geraldine. "Facilitating Choice and Control for Older People in Long-term Care." *Health & Social Care in the Community*. Vol.12 No.3 May, 2004.
- Brain, W. Hogwood, and Lewis, A. Gunn, *Policy Analysis for the Real World*. New York: Oxford University Press. 1984.
- Butler, A. "Emerging issues for Australia in the assessment of older people : A review of recent international literature." *Journal of Gerontological Social Work*. Vol.15, 1998.
- Campbell, J. C. and Ikegami, N. Japan's radical reform of long-term care." *Journal of Social Policy & Administration*. Vol.37, 2003.
- Cicirelli, Victor G. *Helping Elderly Parents The Role of Adult Children*. Boston : Auburn House Publishing, 1981.
- Cothran, D.A. "Japanese Bureaucrats and Policy Implementation : Lessons for America." *Policy studies Review*. 6 February 1987: 459.
- Denzin, N. K. *The research act* 2nd ed. New York : McGraw-Hill, 1978.
- Dye, T.R. *Understanding Public Policy*. 5th ed. Englewood Cliffs. New Jersey : Prentice-Hall Inc, 1984.
- Easley, M.F. *A Health Profile of Older North Carolinians*. North Carolina : State Center for Health Statistics, 2003.
- Easton, D. *The Political System*. New York : Knopf. 1953.
- Edwards, G.C. *Implementing Public Policy*. Washington D.C. : Congressional Quarterly Press, 1980.
- Elmore, R. F. *Complexity and control: What legislators and administrators can do about implementation (Public policy paper no. 11)*. Washington, DC: Office of Education (DHEW). 1979.
- Elmore, R. F. "Organizational Models of Social Program Implementation." *Public Policy*. 1978: 185-228.
- Farran, C.J. and Popovich, J.M. *Toward Health Aging Human Needs And Nursing Response*. Ed. St. Louis : C.V. Mosby, 1990.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Friedlander, F., and Pickle, H. "Components of effectiveness in small organizations." *Administrative Science Quarterly*, 13, 1968 :289-304.
- Gerston, L.N. *Making public policy : From conflict to resolution*. Illinois : Scott Foreman and Company, 1983.
- Goggin, M.L. *Implementation theory and practice : Toward a third generation*. Glenview, IL : Scott Foreman, 1990.
- Goggin, M.L., Ann, O'M. Bowman, James P. Lester and Laurence J.O' Toole. Je, *Implementation theory and practice : Toward a third Generation*. USA :Harper Collins, Inc. 1990.
- Guat, T.N. "Learning from Japanese experience in aged care policy." *Asian Social Work and Policy Review*, Vol.1.No.1, 2007.
- Gunn, L. A. Why is implementation so difficult?. *Management Services in Government*, 33, 1978 :169-176.
- Handale, G. "Implementation Analysis : The Case for an Early Dose of Realism in Development Administration." In George Handle and Rudi Klauss (eds.), *International Development Administration : Implementation Analysis for Development Project*. New York :Praeger Publisher, 1976.
- Haque, M. S. The diminishing publicness of public service under the current.Mode of governance. *Public Administration Review*.Vol.6 No.1 January-February, 2001.
- Hargrove, E.C. *The missing link*. Washington, D.C. : The Urban Institute, 1975.
- Havighurst, R.J. "Personality and Patterns of Aging". *Gerontologist* Vol.8, 1968.
- Henry, N. *Public Administration and Public affair*.New York :Pearson Prentice-Hall, 2004.
- Hermanova, H. M., & Richardson. S. K. "Conclusions and recommendations for policies on rural aging in the first decades of the 21st century." *Journal of Rural Health*.Vol.17, 2000.
- Hill, R. P., & Delaunay, J. B. (2003). Social service delivery through public-private partnership: Implications for faith-based organizations.Unpublished doctoral dissertation, University of Portland, USA.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Hjern, B. and Porter, D.O. "Implementation Structures : a New Unit of Administration Analysis." *Organization Studies*.2 (1981) : 210-217.
- Jame P. Lester and Joseph Stewart, *Public Policy : An Evolutionary Approach*. (U.S. : Wadsworth Thomson Learning, 2000) : 104-105
- Jan-Erik, L. *Implementation, accountability and Trust*. In *The Policy Process : A reader*. Hill, Michael, ed. Great Britain : Prentice Hall, 1997 : 296-316.
- Jimerson, S., Burns, M., & Van Derheyden, A. (2007). *The handbook of response to intervention: The science and practice of assessment and intervention*. New York: Springer Publishing.
- Kelly, M. P., McDaid, D., Ludbrook, A., & Powell, J. (2005). *Economic appraisal of public health interventions*. London: Health Development Agency.
- Kerr, D.H. *Educational policy : Analysis, structure, and justification*. New York : McKay, 1976.
- Kerr, D.H. "The Logic of Policy and Successful." *Policy Sciences* 7, 1996 : 351-363.
- Kingdon, J.W. *Agendas Alternatives and Public Policies*. Boston United States of America : little Brown and Company, 1984.
- Koenig, L. *An Introduction to Public Policy*. EnglewoodCliffs. New Jersey :Prentics-Hall, Inc., 1986.
- Leiby, S.A. and Shupe, D.R. "Does Home Care Lesson Hospital Readmission for the Elderly." *Home Healthcare Nurse*. Vol.10. No.1, 2007.
- Lester, Jame P. and Stewart, J. *Public Policy :An Evolutionary Approach*. United States : Wadsworth Tomson Learning, 2000.
- Linn, J. F., Vorkink, A. N., Lewis, M., & Ringold, D. (2002, Summary). Romania local social services delivery study. *World Bank*, 1(2), 160-192.
- Lipsky, M. *Street Level Bureaucracy*. New York : Russell Sage Foundation. 1980.
- Masuda, M. & Kojima. K. "Japanese social security for the elderly from a viewpoint of life cycles." *Review of Population and Social Policy*. Vol.10 No.2, 2001.
- Matthew, S.H. and Rosner, T.T. "Shared Fifial-Responsibility : The Family as the Primary Caregiver." *Journal of Marriage and the Family*. Vol. 7, 1988.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Mazmanian, D. A., and Sabatier, P. A. "The implementation of public policy: A framework of analysis." *Policy Studies Journal*. 8(4), (1980) : 538-560.
- Mazmanian, D. A., and Sabatier, P. A. *Implementation and public policy*. Glenview, Maryland : University Press of America, 1983.
- Nagamura, R.T. & Smallwood, F. *The Politics of Policy Implementation*. New York : Martin Press, 1980.
- NayarUsha S., "The Situation of ageing : the chip and the old block" *Added Years of Life in Asia : Current Situation and Future Challenges*. Asian Population Studies Series No.141. United Nation, ESCAP, p.59-83, [Online] available at : http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/aging/policy32.html , Oct 15, 2009.
- Olum, G. H. *Report on status and implementation national policy on ageing in Kenya*. Durban Kenya : UNDESA, 2002.
- Parsons, W. *Public Policy : An introduction to the theory and practice of policy analysis*. UK : Edward Elgar Publishing, 1995.
- Pressman, J.L., & Wildavsky, A.B. *Implementation* (2nd ed.). San Francisco: University of California Press, 1973.
- Pulzl, H. and Treib, O. "Implementing public policy." in Frank Fischer, Gerald J. Miller, and Mara S. Sidney, eds., *Handbook of public policy analysis, theory, politics, and method*. New York : CRC Press, 2007.
- Randall B. Pibley, and Grace A. Franklin. *Policy implementation and bureaucracy*. University of Michigan, 1986.
- Schofield, J. and Sausman, C. "Symposium on Implementing Public Policy Learning from Theory and Practice Introduction." *Public Administration*. 82, 2004: 235-248.
- Sharkansky, Ira. "The Political Scientist and Policy Analysis." In Ira Sharkansky, ed., *Policy Analysis In Political Science*. Chicago : Markham Publishing Company, 1970.
- Spence, S.A. & Atherton, C. R. "The black elderly and the social service delivery system : A study of factors influencing the use of community-based services." *Journal of Gerontological Social Work*, Vol.16, 1991.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Theodore, H. Koff. *Long-Term Care An Approach to Serving the Frail Elderly*. Canada : Little Brown & Company, 1982.
- Tousignant, M. N. Dubuc, R. and Coulomb, C. "Home-care Programmes for Older Adults with Disabilities in Canada : How can we Assess the Adequacy of Services Provided Compared with the needs of users?." *Health & Social Care in the Community*. Vol.15 No.1 January, 2007.
- Tsutsui, T. & Muramatsu, N. "Japan's universal long-term care system reform of 2005 : Containing costs and realizing a vision." *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol.53 No.9 September, 2007.
- United Nations, ESCAP. "Population Ageing and Development". *Asian Population Studies Series*. No.140 Part I, 1995.
- Van Meter D.S. & Van Horn C.E. "The Policy Implementation Process : A Conceptual Framework." *Administration and Society*. Vol6 (4), (February 1975).
- Williams, W. *Social Policy Research and Analysis : The Experience in The Federal Social Agencies*. NY : American Elsevier, 1971.
- Warwick, D. P. *A theory of public bureaucracy: Politics, personality, and organization in the state department*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1975.
- Woo, Duk Sun. "Long-Term Care Policy for Functionally Dependent Older People in the Republic of Korea." *International Social Security Review*. Vol.57 No.2 April-June, 2004.
- Yanow, D. *Conducting Interpretive Policy analysis*. Newbury Park, CA : Sage, 2000.

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายงานผู้ช่วยศาสตราจารย์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ชื่อ/นามสกุล	ตำแหน่ง/หน้าที่
1. รศ.ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์	นักวิจัย นักวิชาการ และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. ร.ศ.เล็ก สมบัติ	นักวิจัย นักวิชาการ และรองคณบดีฝ่ายวางแผนและ พัฒนา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. รศ.ระพีพรรณ คำหอม	นักวิจัย นักวิชาการ และหัวหน้าภาควิชาสังคม สงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. รศ.พงษ์กฤษณ์ มงคลสินธุ์	นักวิจัย นักวิชาการ และประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์และ การศึกษานานาชาติ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รายนามผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิจัย

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

ผู้กำหนดนโยบาย

1. นางศุสดี ตามไท รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
2. นางรัชนีวรรณ อัสวิตานนท์ ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และประมวลผล กรุงเทพมหานคร

ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

1. แพทย์หญิงวันทนีย์ วัฒนชะ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. แพทย์หญิงดวงพร ปิณิจเสถิกุล ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
3. นายแพทย์สามารถ ตันอริยกุล ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
4. นางสาวสุกฤดา ลือเจริญ รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร
5. แพทย์หญิงภัทรพร रिชมลา ผู้อำนวยการศูนย์สาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง)
6. นางวัลยา วัฒนรัตน์ ผู้อำนวยการเขตบางนา
7. นายสุวิทย์ ดวงเวียง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง)
8. นางบุษบา ลีวิรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง)
9. นายสันธาน สายคง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง)

ผู้ประเมินผลนโยบาย

1. แพทย์หญิงสุวณี รักธรรม อนุกรรมการด้านผู้สูงอายุ คณะกรรมการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
2. ศ.ดร.วิเชียร ตันตระเสนีย์ ประธานชมรมคลังปัญญาผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

รายนามผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ จำนวน 2 กลุ่ม โดยคละรวมกันระหว่างคณะกรรมการบริหารสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุและ ประธานกลุ่มแต่ละกลุ่มรวมทั้งหมด 29 คน ในวันที่ 15 กรกฎาคม 2558 ณ ห้องประชุมชั้น 5 ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 (บุญรอด รุ่งเรือง) กรุงเทพมหานคร

ชื่อ / นามสกุล	ตำแหน่ง
กลุ่มย่อยที่ 1	
1. นางพะเยาว์ แจ่มกระจ่าง	ประธานชมรมผู้สูงอายุ
2. นางปาลิกา งามปฏิพัทธ์พงศ์	ประธานชมรมผู้สูงอายุ
3. นายน้อย อินทร์ศักดิ์	ประธานชมรมผู้สูงอายุ
4. นางสุริยา คชชา	รองประธานชมรมผู้สูงอายุ
5. นายอำนาจ ปุณณินท์	รองประธานชมรมผู้สูงอายุ
6. นางฉัตรมณี จันทร์รุ่งมณีกุล	กรรมการและเลขาชมรมผู้สูงอายุ
7. นางวรรธน์ เผ่าเฟือก	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
8. นางพัชรินทร์ แก้วเต็ม	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
9. นางสดศรี ชำนาญกิจ	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
10. นางชุสม ตั้งมาลา	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
11. นางนิภา สืบสังข์	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
12. นางชื่นสุข ปุณณินท์	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
13. นางนิตยา ชูประยูร	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
14. นายพิศาล ชิตท้วม	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ

กลุ่มย่อยที่ 2

1. นางลัดดาวัลย์ พลวิชัย	ประธานชมรมผู้สูงอายุ
2. นางฐปนีย์ เลิศไวทยานนท์	ประธานชมรมผู้สูงอายุ
3. นายสุรฤทธิ์ จารุวิศิษฐ์	ประธานชมรมผู้สูงอายุ
4. นางพะเยาว์ รณิยวัน	ประธานชมรมผู้สูงอายุ
5. นายประเสริฐ สุทธิศิริกุล	รองประธานชมรมผู้สูงอายุ

6. นางเตือนใจ นพวันนันทกุล	รองประธานชมรมผู้สูงอายุ
7. นายทองดี อุตม์เจริญชัย	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
8. นางรัชณี เรืองรักษ์	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
9. นายวิชัย บัณฑิตานนท์	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
10. นางรุ่งนภา กุณาพัฒน์	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
11. นางวัชรินทร์ ทรัพย์สังข์	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
12. นางสุณิศา คล้ายจินดา	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
13. นายพร้อมชนกวงส์ แซ่ตัน	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
14. นางรุ่งระพิน เพ็ญทา	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ
15. นายหิรัญ เลิศไวทยานนท์	กรรมการชมรมผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	สุรินทร์ กบิตตา ณ อยุธยา
วัน เดือน ปีเกิด	21 กรกฎาคม 2485
สถานที่เกิด	ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยครูเทพสตรี ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเอกอังกฤษ โทสิลปะ, 2524 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต, แขนงวิชาบริหารการศึกษา, 2526 มหาวิทยาลัยหัวเฉิมพระเกียรติ ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสังคม, 2548 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, 2558
ที่อยู่ปัจจุบัน	198 หมู่ที่ 9 ตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000
สถานที่ทำงาน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ตำแหน่ง	นักวิชาการศึกษา