



การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่  
อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท



คู่มือนี้ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์  
สถาบันรัฐประศาสนศาสตร์และนโยบายสาธารณะ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2565



**IMPLEMENTATION OF THE ELDERLY PEOPLE WITH DEPENDENCY  
POLICY IN SUPPHAYA DISTRICT CHAINAT PROVINCE**



**A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT  
OF THE REQUIREMENTS FOR  
THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY IN PUBLIC ADMINISTRATION  
INSTITUTE OF PUBLIC ADMINISTRATION AND PUBLIC POLICY**

**GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY**

**ACADEMIC YEAR 2022**

คุษฎีนิพนธ์เรื่อง  
การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่  
อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

โดย

ไพศาล ขุนวิเศษ

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2565

รศ.ดร.ปิยากร หวังมหาพร  
ประธานกรรมการสอบ

ศ.ดร.จรัส สุวรรณมาลา  
กรรมการ

รศ.ดร.ปธาน สุวรรณมงคล  
กรรมการ

รศ.ดร.ชนิดา จิตตรุทธะ  
กรรมการ

ศ.ดร.ศุภชัย ขาวะประภา  
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ.ร.ต.หญิง ดร.วรรณิ์ สุขสาตร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

9 พฤษภาคม 2566

Dissertation entitled

**IMPLEMENTATION OF THE ELDERLY PEOPLE WITH DEPENDENCY  
POLICY IN SUPPHAYA DISTRICT CHAINAT PROVINCE**

by  
PAISAN KHUNVISED

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

Rangsit University  
Academic Year 2022

---

Assoc.Prof. Piyakorn Whangmahaporn, Ph.D.  
Examination Committee Chairperson

Prof. Charas Suwanmala, Ph.D.  
Member

---

Assoc.Prof. Pathan Suwanmongkol, Ph.D.  
Member

Assoc.Prof. Chanida Jittaruttha, Ph.D.  
Member

---

Prof. Supachai Yavaprabhas, Ph.D.  
Member and Advisor

Approved by Graduate School

(Asst.Prof.Plit.Off. Vanee Sooksatra, D.Eng.)  
Dean of Graduate School

May 9, 2023

## กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดีเนื่องมาจากได้รับความอนุเคราะห์อย่างสูงจาก ศาสตราจารย์ ดร.ศุภชัย ยาวะประภาส ท่านคณบดีและอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และตรวจทานตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีตลอดมา ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่าและอนุญาตให้ผู้ศึกษาเข้า สัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคคลผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องช่วยเหลือและสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน

ขอขอบพระคุณ บิดามารดา ผู้บังคับบัญชา ขอขอบคุณครอบครัว พี่น้องและกัลยาณมิตร ทุกท่าน ตลอดจนเพื่อนร่วมงานที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ บุคลากรทุกๆ ท่านของสถาบันรัฐประศาสนศาสตร์และนโยบายสาธารณะ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต ที่คอยประสานงานให้คำแนะนำในการจัดทำเล่มคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงเกิดจากจากคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่พระคุณบิดามารดา บุรพจารย์และผู้มีพระคุณ ด้วยความเคารพไว้ ณ ที่นี้

ไพศาล ขุนวิเศษ

ผู้วิจัย

5906957 : Pisan Khunvised  
 Dissertation Title : Implementation of the Elderly People with Dependency Policy in  
 Sapphaya District, Chai Nat Province  
 Program : Doctor of Philosophy in Public Administration  
 Dissertation Advisor : Prof. Supachai Yavaprabhas, Ph.D.

### Abstract

This research aims to study success, contributing factors, obstacles, and guidelines for developing the implementation of a policy for caring for the elderly with dependencies in the area of Sapphaya District, Chai Nat Province. This research was conducted through mixed methods with quantitative research tools, namely document analysis and questionnaires, and structured interviews as a qualitative method. The sample consisted of 81 participants of subcommittee supporting the provision of long-term care services for seniors with dependencies of the organization that implemented the policy, 6 participants from district and provincial policy advocacy groups, 392 people of elderly people with dependencies or caregiver relatives who receive policy services. The quantitative data were analyzed with descriptive statistics, while the qualitative data were analyzed through content analysis techniques and internal consistency.

The results revealed that the implementation of the policy of caring for the elderly with dependencies is successful. The overall service arrangement and management is at a very high level. The most impactful factors are the attitude of the LTC subcommittee, the involvement of local agencies and stakeholders, and communication of policies of local government organizations and the health sector at the local level and resource factors in information management. According to the obstacles encountered, there was a lack of awareness regarding the service system of the elderly with dependency, their families and relatives. The management lacks policy push; moreover, the local government sector lacks public health personnel, and the redundancy of information systems between the NHS and public health has increased the burden and loss of operational time. In terms of the development guidelines, it is proposed that the departments in Ministry of Interior, including the National Health Security Office, district health offices, and local government organizations should cooperatively communicate the policies to the public and inform them of service requests, develop knowledge-based services, skills, and follow-up assessments with participation between providers and service recipients, and develop information systems to make policy decisions and support collective action at all levels.

(Total 257 pages)

Keywords: Policy Implementation, Elderly Care, Elderly People with Dependencies

Student's Signature .....Dissertaton Advisor's Signature .....

5906957 : โปศาล ขุนวิเศษ  
 ชื่อคุณิพนธ์ : การนํานโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอ  
 สรรพยา จังหวัดชัยนาท  
 หลักสูตร : ปรัชญาคุณิพนธ์จิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์  
 อาจารย์ที่ปรึกษา : ศ. ดร.ศุภชัย ยาวะประภาส

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผล ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาการนํานโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน โดยเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ คือ การวิเคราะห์เอกสาร และแบบสอบถาม วิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การที่นํานโยบายไปปฏิบัติ จำนวน 81 คน กลุ่มผู้สนับสนุนนโยบายระดับอำเภอและจังหวัด จำนวน 6 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ได้รับบริการตามนโยบาย จำนวน 392 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิควิเคราะห์เนื้อหาและความสอดคล้องภายใน

ผลการวิจัย พบว่า การนํานโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติมีความสำเร็จด้านการจัดบริการ และบริหารจัดการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่ส่งผลสูงสุด คือ ทัศนคติของคณะอนุกรรมการฯ LTC การมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ การสื่อสารนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และปัจจัยทรัพยากร ด้านการจัดการข้อมูลในส่วนของปัญหาอุปสรรค พบว่า ขาดการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและญาติ ผู้บริหารขาดการผลักดันเชิงนโยบาย และภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุข รวมถึงปัญหาความซ้ำซ้อนระบบข้อมูลระหว่าง สปสช.และสาธารณสุขทำให้เพิ่มภาระและสูญเสียเวลาการปฏิบัติงาน โดยแนวทางการพัฒนาเสนอต่อหน่วยงานกระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรร่วมกันสื่อสารนโยบายให้ประชาชนรับรู้และแจ้งความจํานงขอรับบริการ พัฒนาระบบบริการด้านความรู้ ทักษะและติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ตัดสินใจเชิงนโยบายและสนับสนุนการปฏิบัติร่วมกันได้ทุกระดับ

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 257 หน้า)

คำสำคัญ: การนํานโยบายไปปฏิบัติ , การดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
 ลายมือชื่อนักศึกษา ..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูป	ช
<b>บทที่ 1</b>	
<b>บทนำ</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	6
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
<b>บทที่ 2</b>	
<b>แนวคิด และ ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>12</b>
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการน่านโยบายไปปฏิบัติ	12
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	47
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	57
2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	76
<b>บทที่ 3</b>	
<b>วิธีการดำเนินการศึกษา</b>	<b>79</b>
3.1 รูปแบบการวิจัย	79
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	80
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	83
3.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	90
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	91



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	91
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>	<b>95</b>
4.1 ความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท	96
4.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไป ปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท	150
4.3 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการนำนโยบายการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	165
<b>บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย</b>	<b>175</b>
5.1 สรุปผลการวิจัย	176
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	180
5.3 ข้อเสนอแนะ	185
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>188</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>196</b>
ภาคผนวก ก แบบสอบถามชุดที่ 1	197
ภาคผนวก ข แบบสอบถามชุดที่ 2	207
ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง	212
ภาคผนวก ง แบบประเมินค่าความสอดคล้องของข้อความ	220
ภาคผนวก จ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	224
ภาคผนวก ฉ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย	227
ภาคผนวก ช ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ	229
ภาคผนวก ซ ภาพกิจกรรมการดำเนินการวิจัย	233
ภาคผนวก ฌ หนังสือราชการประกอบผลการวิจัย	244
<b>ประวัติผู้วิจัย</b>	<b>257</b>

## สารบัญญัตินำ

ตารางที่	หน้า
2.1 ผลการสังเคราะห์ตัวแปร ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม (Hybrid Theories of Implementation)	34
3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มองค์กรที่นำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท	81
3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ได้รับบริการตั้งแต่เริ่มนโยบายจนถึงปัจจุบัน (ปี พ.ศ.2559 – ปี พ.ศ.2564) และยังมีชีวิตอยู่ จำแนกรายตำบลในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท	82
4.1 ผลการคัดกรองภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ จำแนกตามรายตำบลในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท เปรียบเทียบปี พ.ศ.2561 - 2564	108
4.2 ผลการจำแนกระดับภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (ADL=5-11 คะแนน) จำแนกรายตำบลในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564	109
4.3 ผลการจำแนกระดับภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง (ADL=0-4) จำแนกรายตำบลในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2564	109
4.4 ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์กรในปัจจุบัน ภายหลังจากการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ	119
4.5 ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์กรในปัจจุบัน ภายหลังจากการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ ด้านระบบบริการ	120

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.6	ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบัน ภายหลังจากการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติด้านระบบบริหารจัดการ	125
4.7	แสดงจำนวนและร้อยละเงินกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2562 - 2564	129
4.8	ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทในภาพรวม	151
4.9	ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน	152
4.10	ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่	153
4.11	ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร	155
4.12	ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านทรัพยากรการดำเนินงาน	156
4.13	ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการวางแผนและการควบคุม	158
4.14	ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านโครงสร้างและกลไกคณะกรรมการฯ LTC	160

## สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
2.1	ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย	31
2.2	ตัวแบบการกระจายอำนาจ	32
2.3	ตัวแบบเชิงบูรณาการ	33
2.4	ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับส่วนกลาง	53
2.5	การวิเคราะห์และสรุปหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่	54
2.6	กรอบแนวคิดการวิจัย	77
3.1	แบบแผนการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน	80
4.1	กลไกหน่วยงานและบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาสู่การปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท	101
4.2	ขั้นตอนการอนุมัติค่าบริการ LTC ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ LTC	111
4.3	ข้อมูลประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรอเอดีแอล 4 กลุ่ม เพื่อจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท	135
4.4	ผลงานการให้บริการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท เปรียบเทียบปี พ.ศ.2560-2564 จำแนกกลุ่มติดบ้านและติดเตียง	136
4.5	ผลงานการให้บริการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท เปรียบเทียบปี พ.ศ.2560-2564 จำแนกรายตำบล	137

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่		หน้า
4.6	การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังได้รับการบริการ LTC ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทเปรียบเทียบกับกลุ่มติดบ้านและติดเตียง	138
4.7	การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังได้รับการบริการ LTC ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำแนกตามระดับ ADL	139
4.8	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังได้รับการบริการระบบ LTC ที่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท	141
4.9	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังได้รับการบริการระบบ LTC ที่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำแนกตามประเภทการให้บริการคุณภาพ การให้บริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ	142



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นประชากรที่มีคุณค่าและสำคัญต่อการดำรงอยู่ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศทั่วโลก ซึ่งสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการสูงวัยของประชากร ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น นำไปสู่เป็นประเด็นท้าทายระดับชาติและระดับโลก ดังตัวอย่างผลกระทบจากการสูงวัยของประชากร และการปรับตัวเชิงนโยบายที่สำคัญของรัฐบาล ในประเทศต่าง ๆ ช่วงปี พ.ศ.2561 อาทิเช่น ประเทศอิตาลีมีผู้สูงอายุร้อยละ 29.8 และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอัลไซเมอร์ประมาณร้อยละ 60 จึงมีนโยบายและมาตรการเพิ่มบุคลากรด้านสังคมนักประสาทวิทยาและพยาบาลเพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Open Access Government, 2017) ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก(ร้อยละ 33.6) ได้รับผลกระทบต่อการบริการของร้านสะดวกซื้อที่ต้องการพนักงานที่ต้องจัดบริการตลอด 24 ชั่วโมงซึ่งหากไม่สามารถให้บริการได้ เจ้าของร้านต้องจ่ายค่าปรับ ทำให้ขาดแคลนแรงงานจำเป็นต้องนำเข้าแรงงานจากต่างประเทศประมาณ 5 แสนคนภายในปี พ.ศ.2568 (McCurry, 2018) ประเทศสิงคโปร์มีผู้สูงอายุร้อยละ 20.4 เป็นประเทศแรกในอาเซียนที่กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีการปรับนโยบายอายุเกษียณขั้นต่ำของแรงงานจากเดิม 55 ปี ให้เป็น 62 ปี และปรับกฎหมายให้สถานประกอบการต้องเสนองานให้แก่ผู้สูงอายุไปจนอายุครบ 67 ปี (Government of Singapore, 2019) และประเทศเยอรมนีที่มีระบบเศรษฐกิจเติบโตอย่างมาก แต่อัตราว่างงานมีเพียงร้อยละ 6 รัฐบาลจึงแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานโดยการจ้างผู้หญิงและผู้สูงอายุ ให้กลับเข้าสู่ตลาดแรงงาน โดยสัดส่วนการจ้างงานผู้สูงอายุ 60-64 ปี เพิ่มสูงถึงร้อยละ 50 (Wagstyl, 2019) เป็นต้น

สำหรับประเทศไทยเป็น 1 ใน 4 ประเทศสมาชิกอาเซียนที่เป็น “สังคมสูงอายุ” โดยมีประชากรทั้งหมด (ไม่รวมแรงงานข้ามชาติ) จำนวน 66 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 12 ล้านคน (ร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด) คาดว่าภายในปี พ.ศ.2565 จะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” และในปี พ.ศ. 2581 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2558 จำนวน 6.3

ด้านคน พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 21 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

สถานการณ์ดังกล่าว ทำให้หน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมเชิงนโยบายระยะยาวเพื่อรองรับบริการที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมแก่สังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมความเป็นอยู่ ซึ่งจากการศึกษาพัฒนาการของนโยบายและการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุของประเทศไทย (ปิยากร หวังมหาพร, 2563, น. 19-34) พบว่า ประเทศไทยมีการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แบ่งออกเป็น 3 ยุค ได้แก่ 1) ยุคช่วงก่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (ก่อน พ.ศ.2504) เป็นการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากไร้โดยราชการ ก่อเกิดการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ (คนชรา) 2) ยุคช่วงระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ถึงฉบับที่ 5 (พ.ศ.2504-2529) เปิดโอกาสให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมร่วมกับภาครัฐขับเคลื่อนบริการทางสังคม ทำให้เกิดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรก (พ.ศ.2525-2544) และ 3) ยุคช่วงระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 ถึงฉบับที่ 12 (พ.ศ.2530-2564) มีการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช 2546 กู้มครองสิทธิผู้สูงอายุ และผลักดันสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และกำหนดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย ด้วยหลักการสำคัญ คือ มุ่งเน้นการบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ ครอบครัว หมู่บ้านและตำบล คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และพัฒนาขยายระบบบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ (Long Term Care: LTC) และต่อมามีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557-2561 เพื่อผลักดันการขับเคลื่อนนโยบาย โดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) นำร่องแบบบูรณาการด้านบริการสุขภาพและบริการสังคมในระดับพื้นที่ โดยการสนับสนุนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ซึ่งส่วนกลางสนับสนุนการพัฒนากำลังคน จัดอบรมผู้จัดการดูแลระบบผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver: CG) จนกระทั่ง ในปี พ.ศ.2559 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และรูปแบบการบริหารจัดการแนวใหม่ เปลี่ยนผ่านการบริหารจัดการทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐในส่วนกลาง เป็นการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นในรูปแบบของ “กองทุนหลักประกัน

สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ประกาศหลักเกณฑ์กำหนดให้การดำเนินนโยบายการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ภายใต้กลไก “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)” โดยให้มีบทบาทหน้าที่ พิจารณานุมัติโครงการแผนการดูแลรายบุคคล รวมถึงค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการหรือสถานบริการเข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ สปสช.กำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561, น. 17-18)

สำหรับสถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2562 ของจังหวัดชัยนาท พบว่า มีโครงสร้างประชากรสูงวัยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 และเป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี พ.ศ.2559 โดยข้อมูลประชากรกลางปี 2562 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 72,018 คน คิดเป็นร้อยละ 21.96 ของประชากรทั้งหมด (327,912 คน) สูงสุดที่อำเภอสรรพยา ร้อยละ 23.84 รองลงมา อำเภอสรรคบุรี ร้อยละ 23.59 และ อำเภอมโนรมย์ ร้อยละ 22.91 โดยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุกลุ่มวัยตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 54.9 และจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 48,518 คน ร้อยละ 96.65 และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1,680 คน ร้อยละ 3.35 โดยพบว่า อัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากอัตราร้อยละ 2.81 ในปี พ.ศ.2560 เป็น 3.08 ในปีพ.ศ. 2561 และ 3.35 ในปี พ.ศ.2562 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2562) ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลจากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563) ประจำปีงบประมาณ 2563 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา, 2563) พบว่า อำเภอสรรพยา มีแนวโน้มอัตราผู้สูงอายุและเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และสูงมากกว่าค่าเฉลี่ยของระดับจังหวัดชัยนาท กล่าวคือ ปี พ.ศ.2560 อัตราผู้สูงอายุ 22.42 (9,507 คน) และมีภาวะพึ่งพิง 3.71 (352 คน) ปี พ.ศ.2561 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 23.11 (9,962 คน) และมีภาวะพึ่งพิง 3.98 (396 คน) และ ปี พ.ศ.2562 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 23.84 (9,930 คน) มีภาวะพึ่งพิง 4.36 (433 คน) ประกอบกับ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเอกสารตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – ปัจจุบัน ในประเด็นการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากส่วนกลางมาสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่หรือท้องถิ่นของอำเภอสรรพยานั้น พบว่า อปท.ในพื้นที่อำเภอสรรพยาสมัครเข้าร่วมโครงการตามนโยบายฯ ปี พ.ศ.2559 เพียง 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลโพนางคำตก ต่อมาสมัครเพิ่มเติมในปี พ.ศ.2560 จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลโพพิทักษ์ เทศบาลตำบลโพนางคำออก เทศบาลตำบลบางหลวง เทศบาลตำบลเจ้าพระยา และ



เทศบาลตำบลสรรพยา และ ปี พ.ศ.2561 เพิ่มอีกจำนวน 3 แห่ง ได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลเขาแก้ว เทศบาลตำบลตุ๊ก และเทศบาลตำบลหาดอาษาทำให้ครบร้อยละ 100 (9 แห่ง) ในขณะที่ปี พ.ศ. 2563 รัฐบาล ได้ประกาศขยายผลนโยบาย LTC โดยเพิ่มสิทธิประโยชน์การรับบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมแก่ประชาชนกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย และทุกกลุ่มสิทธิ์ด้านการรักษา จากเดิมที่ให้บริการเฉพาะผู้มีสิทธิการรักษาประเภทหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) และจัดให้มีการบูรณาการจัดบริการทางด้านสาธารณสุขและสังคม รวมถึงส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการมากขึ้น นับว่าเป็นประเด็นท้าทายความสามารถและสมรรถนะบุคลากรของหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ทั้งด้านการพัฒนากลยุทธ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับกระบวนการบริหารจัดการ การปรับปรุงบทบาทหน้าที่ และกระบวนการทำงานให้เชื่อมโยงความสำเร็จจากส่วนกลาง ทุกระดับล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแนวคิดของ ศุภชัย ยาวะประภาส (2552, น. 90-91) ที่กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่สืบเนื่องจากการกำหนดนโยบายมีความต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง แต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กันตลอดเวลาเพื่อให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายของนโยบาย

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติของนักวิชาการต่าง ๆ เพิ่มเติม อาทิเช่น ศิริภาณี ศรีหาภาค กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล สุทิดา อินทรเพชร และ วชิร อมร โรจน์วรวุฒิ (2564) สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) งามเนตร เอี่ยมนาคะ (2561) ภาสกร สอนเรือง อาณัติ วรรณศรี และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) กิรติ กิจธีระวุฒิ และ นิทรา กิจธีระวุฒิ (2561) ยศ วัชรคุปต์ วรรณภา คุณากรวงศ์ พลิชฐ์ พัจณา และสาวิณี สุริยันรัตกร (2561) และ ชญานิศ ลือวานิช สุวรรณ หล่อโลหการ และ ประพรศรี นรินทรภักย์ (2562) ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงาน และมีขอบเขตการศึกษาจำกัดเฉพาะระดับประเทศและระดับจังหวัด โดยข้อค้นพบกล่าวถึง ประเด็นปัญหาและช่องว่างของตัวนโยบายและการควบคุมการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งผลการวิจัยและข้อเสนอจึงมุ่งเน้นการปรับปรุงแก้ไขระดับนโยบายที่ส่วนกลาง อาทิ เช่น การเพิ่มงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดบริการเฉพาะระบบดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่วนใหญ่ก็เป็นการบริหารจัดการเพื่อจัดสรรค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีการแก้ไขปรับปรุงและประกาศใช้คู่มือหลักเกณฑ์การดำเนินงานให้มีความชัดเจนต่อการปฏิบัติในระดับพื้นที่ และการจัดอบรมเพื่อผลิตกำลังคนด้านการให้บริการเชิงรุกที่บ้านเพิ่มเติม เป็นต้น แต่กระบวนการพัฒนาเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังขาดการบูรณาการ

ความร่วมมือ การกำกับติดตามประเมินผลทั้งด้านบริหารจัดการและจัดบริการ เนื่องจากยังขาดการสะท้อนผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อนำไปสู่แนวทางการปรับปรุงการปฏิบัติให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยในบทบาทผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอและเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านการนำนโยบายจากส่วนกลางไปถ่ายทอดและขับเคลื่อนการปฏิบัติในระดับพื้นที่ จึงตระหนักถึงความสำคัญและสนใจ ที่จะศึกษาความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานให้สามารถประสานประโยชน์ตามเจตนารมณ์ของนโยบาย รวมถึงเสริมสร้างความสัมพันธ์การทำงานร่วมกันของกลไกทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในพื้นที่มากยิ่งขึ้น ประกอบกับอำเภอสรรพยา เป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์เชิงนโยบายการพัฒนาเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของจังหวัดชัยนาท เพราะมีอัตราประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด และมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการตรวจสอบเอกสาร พบว่า พื้นที่อำเภอสรรพยาไม่เคยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการนำนโยบายนี้มาปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และยังไม่ปรากฏแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การขยายผลนโยบายของรัฐบาล ทั้งในด้านสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะของนโยบาย ตลอดจนผลเสียต่อประสิทธิภาพในการทำงานทั้งด้านการบริหารจัดการ และการจัดบริการให้สอดคล้องกับคุ่มคำทรัพยากร และตอบสนองต่อนโยบายแห่งรัฐ โดยผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะก่อเกิดประโยชน์ต่อการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาความร่วมมือและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานด้านระบบการบริหารจัดการ และการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเหมาะสม เกิดเครือข่ายการทำงานที่มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานสามารถแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับล่างได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง อันจะทำให้เป้าหมายการขยายผลนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของรัฐบรรลุความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และสร้างประโยชน์ต่อหน่วยงานในระดับพื้นที่แห่งอื่นได้นำชุดความรู้งานวิจัยไปประยุกต์ใช้ต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และมีประเด็น

ปัญหาอุปสรรค ที่ควรแก้ไขปรับปรุงอะไรบ้าง รวมถึง แนวทางพัฒนาการนำนโยบายมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นควรเป็นอย่างไร

### 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท
- 3) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

### 1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษากระบวนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากระดับส่วนกลางมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ ตามประกาศหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งกำหนดให้การดำเนินนโยบายการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ภายใต้การบริหารจัดการกองทุน LTC โดยกลไกคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วย 1) องค์การบริหารส่วนตำบลเขาแก้ว 2) เทศบาลตำบลตุ๊ก 3) เทศบาลตำบลบางหลวง 4) เทศบาลตำบลสรรพยา 5) เทศบาลตำบลโพนางคำออก 6) เทศบาลตำบลโพนางคำตก 7) เทศบาลตำบลโพธิ์พิทักษ์ 8) เทศบาลตำบลเจ้าพระยา และ 9) เทศบาลตำบลหาดอาษา

การศึกษานี้ เป็นแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ถึงปี พ.ศ.2564 มุ่งเน้นประเด็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นทั้งด้านผลลัพธ์ต่อองค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายมาปฏิบัติ รวมถึงแนวทางพัฒนาการนำนโยบายมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

## 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเรื่องการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผู้ศึกษาจึงกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัยดังต่อไปนี้

**นโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC)** หมายถึง การจัดการบริการสาธารณะผ่านกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อการบริการสุขภาพระยะยาว (Long Term Care: LTC)ภายใต้ความร่วมมือระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ซึ่งประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2559 และปรับปรุงพัฒนาในปี พ.ศ. 2563 เพื่อใช้ดำเนินการถึงปัจจุบัน

**การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนนหรือตามเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง (2) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาด้านการกินหรือการขับถ่ายและมีภาวะสับสนทางสมอง (3) กลุ่มที่เคลื่อนไหวไม่ได้ อาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และ (4) กลุ่มที่เคลื่อนไหวไม่ได้ อาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ระยะท้ายของชีวิต

**การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation)** หมายถึง การขับเคลื่อนกลไกของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนตัวนโยบายที่เป็นอักษรไปดำเนินการ บังคับใช้ หรือทำให้เกิดขึ้นอย่างสอดคล้องประสานกัน และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของนโยบาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลไกคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีองค์ประกอบหลักมาจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรภาคประชาสังคม

**กระบวนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่** หมายถึง การตัดสินใจรับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ

ท้องถิ่นหรือพื้นที่ แล้วนำมาปรับเปลี่ยนให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนของการระดมพลัง ขั้นตอนการปฏิบัติ และขั้นตอนในการสร้างความเป็นปึกแผ่น หรือความต่อเนื่อง ตามที่จะกล่าวต่อไปในหัวข้อ 2.1.4 บทที่สอง

**ความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ** หมายถึง การบรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติของหน่วยงานหรือองค์กรที่รับนโยบาย ดังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบุไว้ในคู่มือการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประกาศคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561 โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้ประยุกต์ใช้แนวทางดังกล่าวมาพัฒนาเป็นกรอบการประเมินความสำเร็จใน 2 มิติ คือ มิติผลลัพธ์ต่อองค์กร และมิติผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามที่จะกล่าวต่อไปในหัวข้อ 2.1.7 บทที่สอง

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติในระดับพื้นที่** หมายถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ยานศึกษา จังหวัดชัยนาท ที่ก่อให้เกิดการบรรลุผลลัพธ์ต่อองค์กร และต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้างและกลไก ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร ปัจจัยทรัพยากร ทักษะคิดของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยด้านการวางแผนและควบคุม และ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ตามที่จะกล่าวต่อไปในหัวข้อ 2.1.6 บทที่สอง

**ปัญหาอุปสรรค** หมายถึง ประเด็นที่เป็นอุปสรรคความยากลำบาก ความต้านทานหรือความท้าทาย หรือ สถานการณ์ใด ๆ ที่ต้องมีการแก้ปัญหา ต่อกระบวนการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

**คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง คณะบุคคลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดตั้งขึ้น ตามคู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการ

ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2559 เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ (Long Term Care : LTC) และบริหารจัดการกองทุน LTC ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย ในบทบาทประธานอนุกรรมการ (2) ผู้แทนกรรมการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจำนวน 2 คน (3) หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นหรือผู้แทน (4) สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทน (5) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น (6) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (Care Manager : CM) (7) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Caregiver: CG) ในบทบาทคณะอนุกรรมการ และ (8) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ (9) ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือส่วนสาธารณสุขหรือที่เรียกชื่ออื่นของอปท. หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย เป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยเรื่อง การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ในครั้งนี้ สามารถสะท้อนข้อมูลอย่างเป็นระบบ จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในระดับพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต่อการพัฒนาปรับปรุงทั้งในเชิงนโยบายและเชิงวิชาการให้เหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ ดังนี้

1) ประโยชน์เชิงนโยบาย คือ ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายที่นำไปสู่การพัฒนาความร่วมมือและปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงหน่วยงานพื้นที่อื่นสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ต่อไปได้ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์คือ หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดชัยนาท องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ที่ศึกษา ตลอดจนภาคส่วนอื่นที่สนใจ

2) ประโยชน์เชิงวิชาการ คือ ได้ข้อค้นพบด้านความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนวทางการพัฒนาปรับปรุงที่เหมาะสม ซึ่งสามารถใช้ประโยชน์เป็นชุดข้อมูลสนับสนุนองค์ความรู้ในการจัดการสุขภาพเชิงนโยบายแนวใหม่ในระดับพื้นที่ได้ กล่าวคือ มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบายที่สำคัญและสิ่ง que ควรมุ่งเน้นการพัฒนาอย่างเป็นระบบร่วมกัน เพื่อส่งเสริมทัศนคติ ความสัมพันธ์ในการทำงานที่ดี และความเป็นเจ้าของสุขภาพร่วมกันระหว่างภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคส่วนสาธารณสุข และภาคส่วนผู้รับประโยชน์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยสามารถนำไปขยายผลการพัฒนาชุดคู่มือในระดับพื้นที่เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มสิทธิ์หลักประกันสุขภาพและทุกกลุ่มวัย แก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและคณะอนุกรรมการ LTC รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาควิชาการและภาคประชาสังคมใช้ศึกษาเพิ่มพูนความรู้และสมรรถนะด้านบริบทนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ บทบาทหน้าที่ รูปแบบวิธีการ กระบวนการสำคัญและปัจจัยเงื่อนไขในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ และการสร้างเสริมความร่วมมือบูรณาการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างตัวแสดงนโยบายที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับแนวดิ่งและแนวราบ ให้สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีความสุข และมีประสิทธิภาพสูงสุด

โดยสรุป นโยบายการจัดการบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการแนวใหม่ของรัฐบาล ซึ่งเปลี่ยนผ่านการบริหารจัดการทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐใน ส่วนกลาง เป็นการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น ในรูปแบบของ “กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” ภายใต้ความร่วมมือกำกับนโยบายระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย โดยกำหนดประกาศหลักเกณฑ์ให้ “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนบริหารจัดการนโยบายดังกล่าว ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 เป็นต้นมา และปัจจุบันรัฐบาลได้ต่อยอดนโยบาย โดยขยายผลความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไปยังประชาชนทุกกลุ่มสิทธิ์หลักประกันสุขภาพและทุกกลุ่มวัย พร้อมกับเพิ่มเงินอุดหนุนการจัดการบริการตามนโยบายเป็นแบบเหมาจ่ายในอัตรา 6,000 บาทต่อราย

เนื่องจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในเขตอำเภอสรรพยา มีการนำนโยบายดังกล่าวมาปฏิบัติครอบคลุมทุกแห่ง แต่ยังคงขาดการประเมินผลทบทวนกระบวนการปฏิบัติตามนโยบาย ปัญหาอุปสรรค ในระหว่างดำเนินการ รวมถึงผลลัพธ์ความสำเร็จและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ จึงได้จัดทำวิจัยนี้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพงานอย่างเป็นระบบ และสามารถบรรลุความสำเร็จในการปฏิบัติเกิดประโยชน์ต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ตามเจตนารมณ์ของรัฐบาลในระดับพื้นที่มากยิ่งขึ้น

ในบทถัดไป จะนำเสนอแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตามด้วยวิธีดำเนินการวิจัย ในส่วนของผลการศึกษานั้น ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ ความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยผสมผสานข้อมูลผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปด้วยกัน และตอนท้ายสุดจะเป็นการสรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะการวิจัย



## บทที่ 2

### แนวคิด และ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยได้ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากเอกสารตำรา ของนักวิชาการสำคัญๆ ทั้งในและต่างประเทศ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมสาระสำคัญประเด็นที่สำคัญต่าง ๆ เพื่อนำมาเชื่อมโยงกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 ซึ่งเป็นระยะก่อนการเกิดขึ้นของนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระยะภายหลังของการนำนโยบายดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติจนถึงปัจจุบัน เพื่อทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนมากขึ้น จากนั้นทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีการกำหนดประเด็นการนำเสนอ 4 ส่วน ได้แก่

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

นโยบายเป็นสิ่งสำคัญของการบริหารและการดำเนินการสำหรับหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนทั้งในระดับชาติหรือระดับท้องถิ่น เพื่อกำหนดใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการวางแผนการตัดสินใจและการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งขั้นตอนของนโยบายนั้น ศุภชัย ยาวะประภาส (2557, น. 33 – 35) กล่าวว่าประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ ขั้นตอนประเมินผลนโยบาย โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการศึกษาขั้นตอนการนำนโยบาย ไปปฏิบัติ (Policy Implementation) และในหัวข้อนี้กล่าวถึงแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับ แนวคิดและพัฒนาการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ตัวแบบทางทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ แนวคิดการวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ทฤษฎีและกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

### 2.1.1 แนวคิดและพัฒนาการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

Policy Implementation หรือการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการนโยบาย (Policy Process) ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการออกนโยบายหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทั้งในฐานะเป็นกระบวนการผลักดันให้กลไกทั้งหมดปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และในฐานะผลผลิตรวมถึงในฐานะผลลัพธ์ (Pressman, Jeffrey & Widavsky, 1979, p. 13) โดยมีตัวแสดงองค์กรหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย ได้แก่ 1) ฝ่ายการเมือง (Politics) หมายถึง คณะรัฐมนตรีครอบคลุมถึงระบบรัฐสภาโดยมีบทบาทการใช้อำนาจในการควบคุม กำกับ ติดตาม พิจารณาปรับปรุงนโยบาย ยุติหรือถ่ายโอนนโยบายสาธารณะ 2) ระบบราชการ (Bureaucracy) หมายถึง หน่วยงานของรัฐ เช่น กระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงาน เทียบเท่า โดยบทบาทหน้าที่ที่เชื่อมประสานฝ่ายการเมืองกับบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติการการนำนโยบายไปปฏิบัติ 3) ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ (Bureaucrats) หมายถึง บุคลากรซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ปฏิบัติการ เช่น ผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง 4) ผู้ได้รับผลจากนโยบาย (People affected by policy) หมายถึง ประชาชนหรือผู้รับบริการ (Clients) ทั้งมีติบุคคล (Individual) กลุ่ม (Groups) ตลอดจนหน่วยงานภาคเอกชน (Private Sector) ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จากการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งในแง่เชิงบวกหรือเชิงลบ โดยล้วนแต่มีความคาดหวังและเป้าหมายที่แตกต่างกันแต่จำเป็นต้องเข้ามาปฏิบัติงานร่วมกัน (วรเดช จันทรศร, 2554, น. 297)

ผู้วิจัย ได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีเพื่อนำเสนอพัฒนาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการทำความเข้าใจต่อตัวแปรสำคัญตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาพัฒนาการแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติ ของนักวิชาการที่สำคัญในระดับต่างประเทศ ประกอบด้วย Williams (1971, p. 144) Hargrove (1975, pp. 9-11) Van Meter & Van Horn (1975, p. 202) Barrett & Fudge (1981, pp. 12-13) Mazmanian & Sabatier (1982, p. 542) Gerston (1983, p. 95) Ripley & Franklin (1986, p. 4) Cothran (1987, p. 459) Jan-Erik (1997, pp. 296-316) Henry (2004, p. 145) Schofield & Sausman (2004, pp. 235-248) และมีข้อค้นพบสรุปเป็นสาระสำคัญ ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์การวิเคราะห์นโยบายในสาขาสังคมศาสตร์ โดยพบว่า จุดเริ่มต้นของการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ เริ่มขึ้นในปีคริสต์ศักราชที่ 1970 เป็นต้นมา โดย Hargrove (1975) ได้เขียนหนังสือชื่อเรื่อง “The Missing Link : The Study of the Implementation of Social Policy” ซึ่งเป็นแนวความคิดเกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ต่อมานักวิชาการเริ่มให้ความสนใจศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติในมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เชื่อมโยงหรืออยู่ภายในกรอบพื้นฐานของ “ทฤษฎีองค์การ” เนื่องจากมองว่า ความสามารถขององค์การเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จ ซึ่งต่อมาช่วงปี ค.ศ. 1975 มีการศึกษาที่มุ่งเน้นถึงการกระทำโดย “ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคน” ซึ่งมีผลต่อการบรรลุความสำเร็จของวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า และในช่วงปี ค.ศ. 1990 มีการศึกษาในมุมมองของการนำนโยบายไปปฏิบัติว่าเป็นการ “ลงมือปฏิบัติ” หรือสถานะที่ได้ปฏิบัติแล้ว ให้ความสำคัญเกี่ยวกับ “สมรรถนะขององค์การ” ในการใช้ทรัพยากรทางการจัดการทั้งหลาย รวมถึงการนำนโยบายไป “ปฏิบัติระหว่างองค์การ” โดยส่วนมากจะเป็นการร่วมกันทำงานภายใต้ขอบเขตของกฎหมายที่ผ่านความเห็นชอบของฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายตุลาการ โดยเชื่อว่านโยบายเป็นตัวกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลง หน่วยงานของรัฐต้อง “แปลงแผน” ต่าง ๆ ในทางนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้นโยบายเกิดผลขึ้นจริง โดยการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นเป็นการกระทำหรือไม่กระทำของผู้มีอำนาจ “ตัดสินใจ” กลุ่มต่าง ๆ และระยะต่อมาในทศวรรษที่ 20 การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติได้เน้นถึง “ปฏิสัมพันธ์” ของการกำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติที่เกิดขึ้นของกลุ่มบุคคลและผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบาย การตอบสนองต่ออุดมการณ์ ข้อผูกพัน “สภาพแวดล้อม” และอิทธิพลหรือการควบคุมของหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ

กล่าวโดยสรุป แนวคิดพัฒนาการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีนักวิชาการให้ความสำคัญศึกษาพัฒนาเป็นแนวคิดที่ชัดเจนตามลำดับในแต่ละช่วงเวลา ตั้งแต่ทศวรรษ 1970 จนถึงทศวรรษที่ 20 โดยนำเสนอและอธิบายข้อค้นพบแนวคิดของการนำนโยบายไปปฏิบัติซึ่งควรมีการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติครอบคลุมหลายด้านและหลากหลายแง่มุม ประกอบด้วยเนื้อหาและองค์ความรู้สำหรับใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์นโยบายเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคน การลงมือปฏิบัติ สมรรถนะขององค์การ ทรัพยากรทางการจัดการ การนำนโยบายไปปฏิบัติระหว่างองค์การ การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การตัดสินใจ ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคลและผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบาย และสภาพแวดล้อมหรือการควบคุมของหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ โดยผู้วิจัยจะได้นำมาสังเคราะห์ร่วมกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ในลำดับต่อไป

### 2.1.2 ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ขอบเขตเนื้อหาความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีนักการศึกษา นักวิชาการที่สำคัญหลายท่านทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ได้ให้ความหมายไว้ทั้งที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอข้อสรุปเป็นสาระสำคัญ 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ให้ความหมายการนำนโยบายไปปฏิบัติ ว่าเป็นปรากฏการณ์หรือสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยมุ่งหาลักษณะที่จำเป็นในการปฏิบัติหรือเชื่อมโยงคำตอบของการบรรลุผล (Van Meter & Van Horn, 1975, pp. 445-448) ซึ่งเป็นการศึกษาที่ครอบคลุมกระบวนการรวมถึงพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคล ปฏิสัมพันธ์ของบุคคล สมรรถนะและความร่วมมือของหน่วยงาน สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ความแตกต่างของแต่ละพื้นที่แต่ละท้องถิ่น และปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อเป้าหมายที่นโยบายกำหนดไว้ โดยประเด็นของการศึกษายอมรับว่านโยบายกับการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันเป็นสิ่งสำคัญ (Hambleton, 1983, p. 406; Pressman & Wildavsky, 1973, p. 13) และเป็นการดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในภาครัฐหรือเอกชนเพื่อให้เกิดความสำเร็จโดยตรงตามวัตถุประสงค์ที่นโยบายกำหนดไว้ (Van Meter & Van Horn, 1975, p. 446; Barrett & Fudge, 1981, pp. 12-13)

กลุ่มที่ 2 ให้ความหมายการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการทางการเมืองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ เป็นเรื่องของการปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคลที่มุ่งดำเนินการใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่ม (Sabatier & Mazmanian, 1980, pp. 538-560) และเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จเพื่อตอบสนองทาง กฎหมาย มติคณะรัฐบาลหรือคำสั่งของศาล (Bardach, 1980, pp. 9-11; จุมพล หนิมพานิช, 2549, น. 182)

กลุ่มที่ 3 มองว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นเรื่องขององค์กรที่รับผิดชอบว่า สามารถนำและกระตุ้นให้ทรัพยากรทางการบริหารตลอดจนกลไกที่สำคัญทั้งหมดให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายที่ระบุไว้หรือไม่มากนักน้อยเพียงใด (วรเดช จันทรศร, 2532, น. 209 ; ศุภชัย ยาวะประภาย, 2557, น. 90-91 ; สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2555, น. 292)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่จะบ่งชี้ถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบาย ซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องหลังจากมีการกำหนดนโยบาย โดยมีองค์กรหลัก

ที่รับผิดชอบบริหารนโยบาย เพื่อทำความเข้าใจหรือศึกษาขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติและแปลงเป็นแผนงานแก่องค์กรหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการปฏิบัติ ให้สามารถนำและผลักดันทรัพยากรในการบริหารจัดการ สมรรถนะ รวมทั้งการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล และกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดการประสานกิจกรรมที่บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย ตลอดจนสามารถหลีกเลี่ยงปัญหา สภาพแวดล้อมของระบบและปัจจัยอื่นๆที่เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุผลสำเร็จของนโยบายโดยการนำนโยบายไปปฏิบัติ

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การนำนโยบายไปปฏิบัติหมายถึงกระบวนการดำเนินงานต่างๆ ที่มีการแปลงนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาสู่การปฏิบัติในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาทเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่นโยบายกำหนดไว้ ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### 2.1.3 ความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัตินับวันจะยิ่งได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางมากขึ้น ทั้งนี้เพราะการกำหนดคนนโยบายจะดีเลิศเพียงใดก็ตาม แต่เมื่อนำไปปฏิบัติแล้วเกิดความล้มเหลว นอกจากจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อประชาชน ต่อทรัพยากรของชาติและสูญเสียเวลาอันมีค่าไปแล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่ออนาคตทางการเมืองของผู้กำหนดนโยบายหรือ ผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติอีกด้วย ดังนั้นการศึกษานำนโยบายไปปฏิบัติทั้งในด้านการรอบความคิดเชิงทฤษฎี แนวทางการนำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ และตัวแบบในการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะทั้งหมดด้วย ซึ่งผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ผู้ตัดสินใจนโยบาย จะต้องคำนึงถึงการพิจารณาทางเลือกนโยบายที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเท่านั้น เพื่อให้มั่นใจว่าทุกทางเลือกที่นำมาวิเคราะห์จะไม่ก่อให้เกิดความสูญเปล่า ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง เพื่อเป็นหลักประกันว่าการตัดสินใจ นั้นหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจะต้องมีศักยภาพเพียงพอในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ บรรลุความสำเร็จตามเป้าประสงค์ โดยมีทั้งทรัพยากรบุคคลงบประมาณ และอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ในระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติ และต้องทำการประเมินผลระดับความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติเปรียบเทียบกับเป้าประสงค์ของนโยบาย ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติได้รับการ

แก้ไขอย่างเหมาะสมเพียงใด ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพิจารณาปรับปรุง นโยบายให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และถ้าปรากฏว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความล้มเหลว เพราะหน่วยปฏิบัติไม่เหมาะสม หรือความล้มเหลวเกิดจากนโยบายไม่มีความเหมาะสม ผู้ประเมินผล อาจเสนอให้ยกเลิกนโยบายนั้นเสีย (Terminate)

Smith (1973, p. 109) กล่าวถึงความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติว่า ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและการพัฒนานโยบาย ดังนี้

1) กลุ่มผู้ตัดสินใจนโยบาย ด้านความเชื่อถือศรัทธา การถูกดำเนินหรือวิพากษ์วิจารณ์ในทางลบจากประชาชนถึงความบกพร่องในการควบคุมและกำกับหน่วยปฏิบัติ หรือการมอบหมายให้หน่วยปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งการเมืองจะต้องรับผิดชอบต่อสำเร็จและความล้มเหลวทั้งหมดที่เกิดขึ้น ปรากฏการณ์นี้จะส่งผลกระทบต่ออนาคตทางการเมืองของผู้ตัดสินใจนโยบายโดยตรง

2) กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ทำให้ปัญหาของกลุ่มเป้าหมายได้รับการแก้ไข มีความพอใจต่อผลงานของผู้ตัดสินใจนโยบายหรือรัฐบาลที่เป็นผู้รับผิดชอบ ในทางตรงกันข้ามจะยังคงเรียกร้องให้รัฐบาลเร่งรัดหามาตรการใหม่ในการแก้ไขต่อไป และสภาพปัญหาอาจยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น ทำให้รัฐบาลมีความยุ่งยากการแก้ไขมากขึ้นต้องใช้เวลาและต้นทุนสูงขึ้น กลุ่มเป้าหมายขาดความเชื่อถือศรัทธาต่อรัฐบาล

3) กลุ่มหน่วยปฏิบัติ จะได้รับความเชื่อถือและความไว้วางใจหรือรางวัลตอบแทนทั้งจากผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มเป้าหมายว่าเป็นหน่วยปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร เพราะสามารถแก้ไขปัญหาของกลุ่มเป้าหมายหรือของสังคมอย่างได้ผล ในทางตรงกันข้าม อาจเกิดการสูญเสียเปล่าจากการใช้ทรัพยากรและอาจจะต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นในการดำเนินการแก้ไขใหม่ ซึ่งหมายความว่ารวมทั้งบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์และเวลา

4) ความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศ ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีความอยู่ดีกินดีและมีความสุข ในทางตรงกันข้าม ปัญหาของประชาชนจะไม่ได้รับการแก้ไข และสภาพปัญหาอาจทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ทำให้การแก้ไขยากลำบากมากขึ้น และทำให้สูญเสียทรัพยากรมากขึ้นด้วย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงความสำคัญต่อผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมของตัวแสดงนโยบายที่สอดคล้องกับการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมายเกี่ยวข้อง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล โดยพิจารณาประเด็นผลลัพธ์ของบริการที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหาและความพึงพอใจต่อการจัดบริการ LTC และ 2) กลุ่มหน่วยปฏิบัติ คือ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพิจารณาประเด็นประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบบริการรวมถึงระบบการบริหารจัดการกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) โดยนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวทางศึกษาความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

#### 2.1.4 ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่อยู่ระหว่างการกำหนดนโยบาย และการประเมินผลนโยบาย ภายหลังจากการกำหนดทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมที่สุดเป็นนโยบายแล้วนั้น ไปปฏิบัติให้บังเกิดผล ซึ่งนับว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากในการชี้วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบายในฐานะที่เป็นการบริหารจัดการภาครัฐ ย่อมหมายถึงการประยุกต์ใช้กระบวนการบริหารราชการ (Administration) เพื่อนำพานโยบายสาธารณะไปสู่ความสำเร็จ ภายได้โครงสร้างและหน้าที่ ของหน่วยงานภาครัฐ อาจจำแนกกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับมหภาค และระดับจุลภาค (วรเดช จันทรศร, 2559, น. 37-42) ดังนี้

1) กระบวนการการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับมหภาค (Macro Implementation) เป็นกระบวนการดำเนินการโดยหน่วยงานระดับสูงของภาครัฐ ได้แก่ ฝ่ายการเมืองและ/หรือฝ่ายบริหาร มีหน้าที่กำหนดนโยบายและทำให้หน่วยงานระดับล่างหรือหน่วยให้บริการของรัฐนำนโยบายไปปฏิบัติได้ตรงตามเจตจำนงของนโยบาย (Policy Intent) จำแนกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการแปลงนโยบาย แบ่งออกเป็นแนวทางปฏิบัติหรือออกมาในรูปของแผนงานหรือโครงการแล้วแต่กรณี โดยผู้มีหน้าที่ในการแปลงนโยบายจะต้องศึกษาวัตถุประสงค์ของนโยบายให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะขึ้นอยู่กับความชัดเจนของนโยบาย ความสอดคล้องกันในเป้าหมายของนโยบาย ระดับความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบายและการให้ความร่วมมือของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ความจริงใจในการนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ และ ขั้นตอนการยอมรับ

(Adopt) ในการทำให้หน่วยงานในระดับภูมิภาคหรือท้องถิ่นยอมรับแนวทาง แผนงาน โครงการ หรือผลของการแปลงนโยบายนั้น ไปปฏิบัติต่อไปซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง อาทิ ลักษณะของหน่วยงานในท้องถิ่นนั้นสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคม และการเมือง ตลอดจนความขัดแย้งและประโยชน์ที่รัฐบาลจัดสรรให้หน่วยงานในท้องถิ่นซึ่งถือเป็นเงื่อนไขสำคัญที่สร้างความเต็มใจ หรือไม่เต็มใจในการยอมรับนโยบายไปปฏิบัติ

2) กระบวนการการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาค (Micro Implementation) เป็นกระบวนการที่หน่วยงานระดับล่างรับนโยบายมาจากหน่วยงานระดับบนหรือผู้กำหนดนโยบาย แล้วนำมาปรับเปลี่ยนให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน โดยผ่านสายโซ่การบริหาร (Chain of Command) หลายระดับ แต่ละระดับจะผ่านลำดับขั้นตอนของการตัดสินใจ เรียกว่า Path of Micro-Implementation ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนของการระดมพลัง (Mobilization) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Deliverer Implementation) และขั้นตอนในการสร้างความเป็นปึกแผ่น (Institutionalization) หรือความต่อเนื่อง (Continuation) ดังนี้

2.1) ขั้นการระดมพลัง (Mobilization) เป็นขั้นตอนที่หน่วยงานระดับล่างจะต้องดำเนินการในสองกิจกรรม คือ การพิจารณารับนโยบายและการแสวงหาความสนับสนุน ในการพิจารณารับนโยบายไปปฏิบัตินั้นหน่วยงานระดับล่างจะพิจารณา นโยบายถึงความเหมาะสม ความสำคัญเร่งด่วน สอดคล้องกับเป้าหมายและสามารถตอบสนองความต้องการของหน่วยงานได้เพียงใด การตัดสินใจดังกล่าวถือว่าเป็นจุดสำคัญในการชี้ชะตาหรืออนาคตของนโยบาย หากหน่วยงานในระดับล่างเห็นว่านโยบายดังกล่าวไม่มีความสำคัญไม่เกี่ยวข้องกับหน้าที่หลักของหน่วยงาน ความผูกพันของหน่วยงานระดับล่างกับนโยบายก็จะไม่มี อย่างไรก็ตาม ถึงแม้หน่วยงานในระดับล่างจะให้การยอมรับนโยบาย เนื่องจากเห็นว่ามีมีความสำคัญเร่งด่วนและตรงกับเป้าหมายของหน่วยงาน แต่ก็ไม่ใช่การประกันต่อ ความสำเร็จของนโยบายนั้นในระยะยาว ดังนั้นในขั้นการระดมพลังนี้กิจกรรมที่สองซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาความสนับสนุนทางส่วนตัวจากสมาชิกในหน่วยงาน ตลอดจนบุคคลสำคัญหรือองค์กรอื่นๆ จึงเป็นเรื่องสำคัญ การสร้างความมีส่วนร่วมให้มีขึ้นอย่างกว้างขวาง โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในระดับล่างเข้ามาร่วมกันออกแบบ หรือกำหนดโครงการของหน่วยงานที่จะทำเสียตั้งแต่เบื้องต้นแรกมี ความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จและความต่อเนื่องให้เกิดขึ้นในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.2) ขั้นการปฏิบัติ (Deliverer Implementation) ซึ่งครอบคลุมถึงกระบวนการในการปรับเปลี่ยนนโยบายหรือโครงการที่ได้มีการยอมรับแล้วออกมาในรูปของการปฏิบัติจริง ในขั้นนี้จึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติโดยตรง ซึ่งในบางกรณีผู้ปฏิบัติอาจทำการตัดสินใจ หรือกำหนด



แนวทางการปฏิบัติงานประจำขึ้น หรืออาจนำเครื่องหรืออุปกรณ์ที่เห็นว่าเหมาะสมเข้ามาใช้เพื่อทำให้เกิดการปฏิบัติงานภายใต้ แรงกดดันของการทำงาน หรือความไม่นอนที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติในระดับล่างจึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคล ลักษณะของการปฏิบัติหรือการให้บริการจึงไม่มีทางที่จะเป็นแบบฉบับเดียวกันได้ โดยเฉพาะนโยบายด้านการบริการสังคมผู้ปฏิบัติ จะต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ โดยตรง ผู้ปฏิบัติย่อมจะมีดุลยพินิจในการบริหารอย่างมากจน ผู้บังคับบัญชาไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นการสร้างความสำเร็จของการปฏิบัติให้เกิดขึ้นจึงขึ้นอยู่กับ การแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการหรือสภาพแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ ในแต่ละช่วงเวลา อีกทั้งหน่วยงานระดับล่างยังจะต้องแสวงหาวิธีการที่จะปรับพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติระดับล่างให้เข้ากับนโยบายอีกด้วย

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดดังกล่าว โดยในขั้นการปฏิบัติของการนำนโยบายมาปฏิบัติ หมายถึง การปรับเปลี่ยนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานได้จริงตามดุลยพินิจของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคล โดยมีคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลไกสำคัญของการปฏิบัติภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำคู่มือสนับสนุนเพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานและการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (1) การเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิ (2) การประเมินผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (3) การเสนอ โครงการและพิจารณาอนุมัติ (4) การจัดการและจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์สนับสนุนการให้บริการ และ (5) การติดตามและประเมินการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3) ขั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่อง (Institutionalization or Continuation) ครอบคลุมถึงการแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ นโยบายนั้นถูกปรับเปลี่ยนและได้รับการยอมรับเข้าเป็นหน้าที่ประจำวันของผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยผู้บริหารระดับท้องถิ่นจะต้องเป็นผู้ชักจูงให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง และจะต้องหาทางแปลงนโยบายนั้นให้เป็นภารกิจหลักประจำวันของผู้ปฏิบัติโดยตลอด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความผูกพัน และยอมรับต่อโครงการหรือแผนงาน มีการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างเต็มใจเสมือน

เป็นภารกิจประจำวันของตนเอง อันจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติตลอดไป โดยการศึกษาครั้งนี้ ความต่อเนื่อง คือ คณะอนุกรรมการสนับสนุน การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการแสวงหาวิธีการที่จะทำให้นโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ได้ถูกปรับเปลี่ยนและได้รับการยอมรับ เข้าเป็นภารกิจหลักประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

กล่าวโดยสรุป การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาค ดังที่ วรเดช จันทรสร (2551, น. 38-42) กล่าวไว้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการระดมพลัง (Mobilization) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Deliverer Implementation) และขั้นตอนในการสร้างความเป็นปึกแผ่น (Institutionalization) หรือความต่อเนื่อง (Continuation) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวทางการศึกษากระบวนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

### 2.1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

นักวิชาการหลายท่านได้แสดงแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งทำให้ทราบว่าในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลายประการที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังนี้

ศุภชัย ยาวะประภาส (2557, น. 101-118) ได้อธิบายถึง การทบทวนผลงานของนักวิชาการจำนวนมากในทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ได้แก่

- 1) ลักษณะของนโยบาย
- 2) วัตถุประสงค์ของนโยบาย
- 3) ความเป็นไปได้ทางการเมือง
- 4) ความเป็นไปได้ทางเทคโนโลยี
- 5) ความพอเพียงของทรัพยากร
- 6) ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ
- 7) ทักษะของผู้ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

### 8) กลไกภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

Iglesias (1976) กล่าวถึง การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ควรคำนึงถึง ปัจจัยสภาพแวดล้อม ด้านการบริหารภายในองค์กร ปัจจัยทางการเมืองและปัจจัยเกี่ยวกับการดำเนินการตามนโยบาย โดยสาเหตุประการสำคัญของการดำเนินการตามนโยบายหรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ คือ การขาดสมรรถนะขององค์กร จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ขาดคุณสมบัติที่จะมารับผิดชอบงานแต่ละอย่าง อาทิ ความรู้และทักษะที่จำเป็น เช่น การวางแผน การจัดองค์การ การเป็นผู้นำและการประเมินผล ทำให้เกิดผลเสียต่อการบรรลุเป้าหมาย

Hofstede & Bond (1984, pp. 417-433) กล่าวถึง องค์การที่นำมิติวัฒนธรรมมาใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของพนักงานในด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การตลาด และการจัดการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน โดยระบุว่า วัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกันส่งผลให้รูปแบบความคิด ทักษะคิด ตลอดจนพฤติกรรมของมนุษย์นั้น มีความแตกต่างกัน ซึ่งองค์ประกอบของมิติวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1) การเหลื่อมล้ำของอำนาจ (Power Distance) เป็นการพิจารณาความเท่าเทียมกันของอำนาจที่มีความแตกต่างกันในแต่ละองค์การและสถาบัน ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ในการพึ่งพาอาศัยกันของสมาชิก ตาม โครงสร้างลำดับชั้นของสมาชิก อาทิ ระดับต่ำกว่าจะรับคำสั่งและทำหน้าที่เพียงปฏิบัติตามคำสั่งของ ผู้มีอำนาจสูงกว่าโดยไม่มีข้อสงสัย 2) ความเป็นปัจเจกบุคคลและกลุ่มนิยม (Individualism - Collectivism) ความสัมพันธ์ในลักษณะ หลวม ๆ ให้ความสนใจในเรื่องของตนเองและครอบครัว ทำให้การบรรลุผลสำเร็จมุ่งไปที่ความสำเร็จส่วนบุคคล 3) การหลีกเลี่ยงความไม่แน่นอน (Uncertainty Avoidance) องค์การจะมีการออกกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ มาเป็นกรอบเพื่อให้พนักงานปฏิบัติตาม การตัดสินใจมีลักษณะเป็นทางการ มักจะมีแรงกดดันในการทำงานสูง เนื่องจากเกิดแรงขับจากภายในทำให้พนักงานต้องทำงานหนัก เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน 4) ความเป็นชายกับความเป็นหญิง (Masculinity - Femininity) การแสดงพฤติกรรมตามบทบาทเพศโดยเพศชายจะให้ความสำคัญ กับความสำเร็จและการแข่งขัน ส่วนเพศหญิงจะเน้นการให้ความสำคัญกับคนอื่นซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์กร ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา และ 5) การมุ่งเน้นเป้าหมายระยะยาว (Long Term Orientation) จะให้ความสำคัญกับอนาคต โดยเน้นการประกอบคุณงามความดีเพื่อผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยองค์การจะมีการวางแผนล่วงหน้าในการทำงาน เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายในอนาคต โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาระดับสำคัญในองค์ประกอบด้านการเหลื่อมล้ำของอำนาจ และนำมาใช้ประกอบการพิจารณาพัฒนากรอบแนวคิดตัวแปรปัจจัยที่

ส่งผลต่อความสำเร็จ ด้านองค์การและทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจาก มีความสอดคล้องและสัมพันธ์กับข้อกำหนดการคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้เป็นคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ ซึ่งระบุไว้ถึงลักษณะบุคคลที่มีความหลากหลายแหล่งที่มาและการมีอำนาจทาง โครงสร้างและสังคมแตกต่างกัน ทั้งระดับองค์การและสถาบัน รวมถึงระดับปัจเจกบุคคล โดยเฉพาะบุคลากรจากภาคส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข ที่เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนนโยบายด้านระบบบริหารจัดการและระบบบริการ

สมบัติ ชำรงรัฐวงศ์ (2555, น. 432) กล่าวถึง ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่

1) แหล่งที่มาของนโยบาย โดยทั่วไปนโยบายอาจมีที่มาหรือผ่านกระบวนการ กำหนดนโยบายจนกระทั่งปรากฏเป็นนโยบายในหลายลักษณะ เพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งประเด็นนี้จะให้ความสำคัญกับแหล่งที่มาของนโยบายว่าเป็นปัจจัยกำหนดที่มีผลต่อความสำเร็จ ในการนำนโยบายไปปฏิบัติเนื่องจากว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการริเริ่มการก่อรูปนโยบายและ การกำหนดนโยบายมีความหลากหลายทั้งในด้านอำนาจและหน้าที่ส่งผลต่อความสามารถในการ กำหนด คัดเลือก และการบริหารนโยบาย อาทิ การแถลงการณ์หรือคำสั่งของฝ่ายบริหาร ลักษณะของนโยบาย ประเภทนี้อาจกระทำในรูปของการประกาศแถลงการณ์หรือมติคณะรัฐมนตรีที่มีต่อการแก้ปัญหา สาธารณะ ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องนำไปปฏิบัติให้ปรากฏเป็นจริง อย่่างไรก็ตาม นโยบายของ รัฐบาลที่เป็นผลผลิตของระบบการเมืองนี้จะต้องมีความถูกต้อง ชอบธรรม และสอดคล้องกับค่านิยม ของสังคม จึงจะสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ความชัดเจนของนโยบาย ถือเป็นรากฐานสำคัญของความมุ่งหมายของนโยบาย ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งวัตถุประสงค์ และมาตรการในการปฏิบัติ ซึ่งความชัดเจนของ วัตถุประสงค์และมาตรการ จะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การระบุสภาพปัญหา นโยบายอย่างครอบคลุมและครบถ้วน การกำหนดผู้เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบ การประเมินทรัพยากรที่ต้องใช้ในการดำเนินการ สิ่งเหล่านี้ต่างมีบทบาทสำคัญเพื่อส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ

3) การสนับสนุนนโยบาย เมื่อนโยบายถูกกำหนดแล้วจะถูกนำไปปฏิบัติได้อย่างไร หรือจะได้รับการนำไปปฏิบัติจริงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนนโยบายจากผู้ปฏิบัติ และผู้ที่ได้รับผล

จากการปฏิบัติตามนโยบาย ทั้งกลุ่มในรัฐบาล ได้แก่ นักการเมืองที่เกี่ยวข้อง องค์กรราชการที่รับผิดชอบ ในการนำนโยบายไปปฏิบัติหรือผู้มีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณ หรือกลุ่มนอก รัฐบาล ได้แก่ สมาชิกในเขตเลือกตั้งที่เกี่ยวข้องกับปัญหา กลุ่มอิทธิพลและกลุ่มผลประโยชน์ ตลอดจนผู้ที่ได้รับ ผลกระทบจากปัญหา หรือประชาชนทั่วไป

4) ความซับซ้อนในการบริหารงาน การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จ มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับโครงสร้างการบริหารงานขององค์กร ดังนั้น ผู้บริหารควรพิจารณา การบริหารนโยบายทั้งในมิติของแนวราบและแนวตั้งควบคู่กันไป ทั้งการควบคุมติดตามและกำกับดูแล การทำงานภายในหน่วยงานหรือในการประสานงานระหว่างองค์กรต่างๆ ยังมีจำนวน หน่วยงานหรือ องค์กรเข้ามาเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติมากเพียงใด ก็ยิ่งจะทำให้ กระบวนการนำนโยบาย ไปปฏิบัติมีความยุ่งยากซับซ้อนขึ้น ดังนั้น การมอบหมายให้หน่วยงานที่มีความ เป็นเอกภาพและไม่มี ความซับซ้อนในการบริหารงานมาก จะเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริม การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ บรรลุผลตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

5) สิ่งจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน การนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ นอกจากจะขึ้นอยู่กับปัจจัยดังกล่าวแล้ว ยังรวมถึงการสร้างสิ่งจูงใจของฝ่ายบริหารต่อผู้ปฏิบัติ ซึ่งจะ เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องการทำงานและปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่นที่จะ ทำงาน ให้สำเร็จ ซึ่งสิ่งจูงใจอาจทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเลื่อนขึ้นเงินเดือน การเลื่อนตำแหน่ง หรือ การลงโทษ ในกรณีที่ทำให้งานล้มเหลว

6) การจัดสรรทรัพยากร ทรัพยากรเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จ ของการนำ นโยบายไปปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่าแผนงานหรือโครงการใด แม้จะมีปัจจัยอื่นครบถ้วน แต่หาก ขาด ปัจจัยเรื่องทรัพยากรในการสนับสนุนแผนงานและ โครงการอาจล้มเหลวโดยที่ยังไม่ได้เริ่ม ซึ่ง ทรัพยากรในการนำนโยบายไปปฏิบัติรวมถึง เงินทุน เวลา และบุคลากรตลอดจนเทคโนโลยีและ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ โดยจะต้องคำนึงถึงการจัดลำดับความสำคัญของแผนงานและโครงการใน การจัดสรรทรัพยากร ตลอดจนการใช้กลยุทธ์ในการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

วเรช จันทสร (2559, น. 463-466) ได้แสดงบูรณาการของการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีนิรนัย และทฤษฎีอุปนัย โดยอาศัยหลักวิเคราะห์เชิงตรรกะหรือการใช้เหตุผล ตลอดจนการพิจารณา เปรียบเทียบกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาในแต่ละวิธีแล้วมาสรุปเงื่อนไข/ปัจจัยที่มีผลต่อ

ความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้น จำแนกรายด้านและรายองค์ประกอบของแต่ละด้าน จำนวน 12 ด้าน ดังนี้

1) ด้านนโยบาย ประกอบด้วย (1) เป็นนโยบายเก่าหรือเคยดำเนินการมาก่อน (2) มีการระบุแนวทางในการแก้ไขปัญหาชัดเจน (3) ช่วยให้งำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงานได้ง่าย (4) มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ชัดเจน (5) มีทฤษฎีรองรับ (6) สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย นโยบายอื่น ๆ และความเป็นจริง (7) มีตัวชี้วัดและมาตรฐานชัดเจน (8) ช่วยให้เกิดประสิทธิผลในการดำเนินงาน และ (9) มีการนำมาทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายบางส่วน

2) ด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ประกอบด้วย (1) ขั้นตอนของการปฏิบัติงานมีความชัดเจน (2) มีความสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายหลัก (3) มีแนวทางปฏิบัติงานชัดเจน เข้าใจง่าย (4) มีกฎระเบียบในการปฏิบัติงานพอดีและมีความยืดหยุ่น (5) มีการกำหนดบทบาทและทำให้รางวัลอย่างเป็นระบบ และ (6) มีการจัดสรรอำนาจหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน

3) ด้านทรัพยากร ประกอบด้วย (1) ทรัพยากรทางการเงินมีจำนวนมากพอ (2) มีความพร้อม (3) การจัดสรรทรัพยากรทางการเงินมีความเหมาะสม และ (4) มีการกระจายทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

4) ด้านหน่วยงานหรือองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วย (1) โครงสร้างของหน่วยงาน องค์กรไม่ซับซ้อน (2) สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างดี (3) ไม่มีความซับซ้อนของปฏิสัมพันธ์และเครือข่ายในองค์กร (4) มีความยืดหยุ่นในการดำเนินงาน (5) มีกฎระเบียบในการดำเนินงานพอสมควร (6) จำนวนบุคลากรมีน้อย (7) กระบวนการติดต่อสื่อสารเป็นระบบและไม่เป็นทางการ (8) มีประสบการณ์ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (9) มีระบบการสื่อสารแบบเปิด (10) มีลักษณะของการเรียนรู้ และ (11) มีมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

5) ด้านผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย ประกอบด้วย (1) มีภาวะผู้นำ (2) มีทักษะและความสามารถในการบริหารงาน (3) รู้จักการใช้อำนาจตามอำนาจหน้าที่ (4) มีกระบวนการตัดสินใจไม่ซับซ้อน (5) มีส่วนร่วมกับนโยบาย (6) เข้าใจสภาพการปฏิบัติงาน (7) มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน (8) สามารถสร้างให้เกิดความผูกพันต่อสมาชิกด้วยกัน และ (9) สามารถแก้ปัญหาลำบากได้อย่างรวดเร็ว

6) ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย (1) มีการคัดสรรเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับงาน (2) มีบุคลิกภาพที่ดี (3) มีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย (4) มีทักษะ และความรู้ความสามารถ (5) ยอมรับในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย (6) มีความเต็มใจและพอใจในงานที่ทำ (7) มีการตอบสนองเป็นไปในทิศทางเดียวกับนโยบาย (8) มีการทำงานเป็นทีม (9) มีความจงรักภักดีต่อองค์กร (10) สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากนโยบายได้ดี (11) มีความสามารถในการเจรจาต่อรอง (12) มีความสามารถในการเรียนรู้จากประสบการณ์ได้อย่างรวดเร็ว (13) ขอบเขตของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อผู้ปฏิบัติงานมีน้อย และ (14) ได้รับการฝึกอบรม

7) ด้านสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ประกอบด้วย (1) มีการเปลี่ยนแปลงน้อย (2) ไม่มีการต่อต้านหรือคัดค้านนโยบายจากฝ่ายต่าง ๆ (3) ไม่ส่งผลกระทบต่อศีลธรรมของสังคม (4) ได้รับการสนับสนุนทางการเมืองและกฎหมาย (5) ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น (6) บุคคลภายนอกเข้าไปมีส่วนร่วมได้พอสมควร (7) สื่อมวลชนให้ความสนใจต่อปัญหา และ (8) มีความสอดคล้องระหว่างสภาพแวดล้อม และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

8) ด้านกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนผู้รับบริการ ประกอบด้วย (1) มีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย (2) ให้การสนับสนุน และ (3) เข้าใจในประโยชน์และผลเสียที่ตามมา

9) ด้านการประสานงานและความร่วมมือ ประกอบด้วย (1) มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว (2) การสื่อสารระหว่างองค์กรมีความสม่ำเสมอ (3) จำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีน้อย และ (4) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานมีประสิทธิภาพ

10) ด้านการประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วย (1) รูปแบบของสื่อมีความครอบคลุมทันสมัย และเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และ (2) การประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

11) ด้านการวางแผนและการควบคุม ประกอบด้วย (1) มีประสิทธิภาพในการดำเนินการควบคุม (2) วิธีการควบคุมดูแล และการประเมินผลการปฏิบัติงานมีมาตรฐาน และ (3) มีมาตรฐานในการกระตุ้นส่งเสริม

12) ด้านมาตรการในการตรวจตราและประเมินผล ประกอบด้วย (1) มีการประเมินผลสะท้อนกลับที่อยู่ในกระบวนการวางแผนและการออกแบบแผนงาน/โครงการ (2) มีการประเมินผลระหว่างดำเนินการ และ (3) การประเมินผลไม่ส่งผลกระทบต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

สรุปได้ว่า นักวิชาการหลายท่านทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ได้แสดงแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติสอดคล้องกันหลายประการ โดยผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์สรุปได้ 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยเกี่ยวกับตัวนโยบาย ลักษณะและวัตถุประสงค์ 2) ปัจจัยเกี่ยวกับโครงสร้างกลไกและลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายมาปฏิบัติ 3) ปัจจัยเกี่ยวกับทรัพยากร โดยเฉพาะจำนวนกำลังคนที่มีการคัดสรรจากผู้ที่มีความสามารถตรงตามลักษณะงาน และความพร้อมหรือความเพียงพอในการจัดสรรงบประมาณ 4) ปัจจัยเกี่ยวกับทัศนคติผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ที่มีความแตกต่างกันในด้านสัมพันธภาพและด้านวัฒนธรรมองค์กร 5) ปัจจัยเกี่ยวกับการวางแผนและควบคุม ที่เป็นมาตรฐาน มีกำกับควบคุมและกระตุ้นส่งเสริมการดำเนินงาน และมีการประเมินผลและสะท้อนกลับการดำเนินงานเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และ 6) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม หรือการได้รับการหนุนเสริมทรัพยากร หรือการที่ไม่มีความขัดแย้งหรือต่อต้านจากผู้บริหารหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มเป้าหมาย รวมถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อนโยบาย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อสรุปนี้ไปใช้ประโยชน์ เพื่อสังเคราะห์เป็นกรอบตัวแปรการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ร่วมกับแนวคิดตัวแบบทางทฤษฎี ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ในลำดับถัดไป

#### 2.1.6 ตัวแบบทางทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จากการพิจารณาผลงานของนักวิชาการที่ได้กล่าวมาในข้างต้น เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ที่สุดในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาความสอดคล้องกับตัวแบบทางทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติร่วมด้วย เนื่องจากตัวแบบทางทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติมีวิวัฒนาการทางทฤษฎีมาอย่างต่อเนื่อง และมีหลายแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสร้างตัวแปรของกรอบแนวคิดการวิจัยการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่ง ศัญญา เคนาภูมิ และบุรฉัตร จันทร์แดง (2562, น. 98-113) ได้ทำการศึกษา



และนำเสนอผลการศึกษานแนวคิดตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ จำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1) ตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากบนลงล่าง (Top-down Theories of Implementation) ผลงานของนักวิชาการสำคัญที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ ผลงานของ Pressman & Wildavsky (1973) ผลงานของ Van Meter & Van Horn (1975) ผลงานของ Bardach (1977) และ ผลงานของ Sabatier & Mazmanian (1983) โดยทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้กำหนดนโยบาย มุมว่า นโยบายเป็นปัจจัยนำเข้า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นผลผลิต เริ่มต้นมาจากการตัดสินใจของรัฐบาลกลางเน้นที่กระบวนการทางการเมืองตามทฤษฎีระบบ เน้นบทบาทการใช้อำนาจของผู้นำและไม่สนใจผลกระทบของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่มีต่อการให้บริการตามนโยบาย ซึ่งตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบจากบนลงล่างที่สำคัญ ได้แก่ 1) ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (A Model of the Policy Implementation Process) ของ Van Meter & Van Horn (1975) 2) ตัวแบบการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Sabatier & Mazmanian และ 3) ตัวแบบทางการเมือง (Political Model)

2) ตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากล่างขึ้นบน (Bottom-up Theories of Implementation) เกิดขึ้นช่วงปลายทศวรรษ 1970 ถึงทศวรรษ 1980 ผลงานนักวิชาการที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ Lipsky (1971) Elmore (1980) และ Hjerm (1982) โดยทฤษฎีนี้เน้นผู้ปฏิบัติเชิงพื้นที่ในฐานะผู้ให้บริการและมองการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการต่อรองที่เกิดในเครือข่ายของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ มีการใช้ดุลพินิจการให้บริการระดับล่างตามสภาพปัญหาที่แท้จริงมากกว่าการพิจารณาจากระดับบน ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจไม่เกี่ยวข้องหรือเชื่อมโยงเป็นเหตุและผลตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย ซึ่งตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบจากล่างขึ้นบนที่สำคัญ ได้แก่ 1) ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic Process Model) 2) ตัวแบบการวิเคราะห์หน่วยงาน ในระดับล่างและข้าราชการระดับพื้นฐาน (Backward Mapping or Bottom up Perspective Model) และ 3) ตัวแบบการวิเคราะห์โครงสร้าง (The Model of Structure)

3) ตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม (Hybrid Theories of Implementation) ซึ่งนักวิจัยหลายคนพยายามสังเคราะห์ทฤษฎีทั้งสองเข้าด้วยกัน เช่น Elmore (1985) Sabatier (1986) และ Goggin (1990) เพื่อปิดจุดอ่อนของแต่ละฝ่ายที่เป็นประเด็นโต้แย้งทาง

วิชาการอยู่หลายปี ผลงานนักวิชาการที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ ผลงานของ Scharpf (1978) ผลงานของ Heritier (1980) ผลงานของ Ripley & Franklin (1982) ผลงานของ Winter (1990) และผลงานของ วรเดช จันทรศร (2552) โดยทฤษฎีนี้เป็นการศึกษานานโยบายไปปฏิบัติที่พิจารณาถึงจุดเด่นของทฤษฎีจากบนลงล่าง และจากล่างขึ้นบน โดยมองบทบาทของส่วนกลางและความอิสระของผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่ เป็นการใช้การเมืองระหว่างกำหนดนโยบายและการเจรจาต่อรองในระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ และมองว่าหากแยกการก่อรูปนโยบายออกจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะทำให้การศึกษาการเปลี่ยนแปลงและการประเมินผลทำได้ไม่ดีพอ ซึ่งตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสมที่สำคัญ ได้แก่ (1) ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (Interactions between Factor Models) (2) ตัวแบบการกระจายอำนาจ (A Model of Decentralization Program Implementation Process) (3) ตัวแบบยึดหลักเหตุผล (Rational Model) (4) ตัวแบบทางการจัดการ (Management Model) (5) ตัวแบบทางการพัฒนาองค์กร (Organization Development Model) (6) ตัวแบบกระบวนการ (The Policy-Program-implementation Process, PPP) และ (7) ตัวแบบเชิงบูรณาการ (Integrative Model)

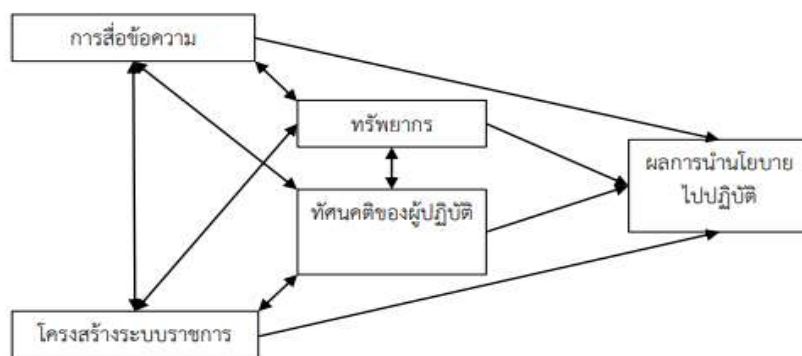
สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม (Hybrid Theories of Implementation) มาเป็นแนวทางการทบทวนตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ เนื่องจากวิเคราะห์ว่า การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีลักษณะกระบวนการดำเนินงานแบบบูรณาการที่กำหนดจากส่วนกลางและมีความเป็นอิสระของผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่ร่วมกันระหว่างองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและภาคประชาสังคม ในรูปแบบคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ซึ่งต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในการใช้ดุลยพินิจและหลอมรวมผลประโยชน์ในเครือข่ายของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยทำการศึกษาแนวคิดตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนักวิชาการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและถูกอ้างอิงในแวดวงวิชาการทางการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นอย่างมากจำนวน 3 ตัวแบบ ได้แก่

- 1) ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (Interactions between Factors Model) ของ Edwards (1980, pp. 148-149)
- 2) ตัวแบบการกระจายอำนาจ (Model of Decentralization Program Implementation Process) ของ Cheema & Rondinelli (1983, pp. 25-36)

### 3) ตัวแบบเชิงบูรณาการ (Integrative Model) ของ วรเชช จันทรศร (2559, น. 144–146)

รายละเอียดการกำหนดตัวแปรและปัจจัยของแต่ละตัวแบบฯ ดังนี้

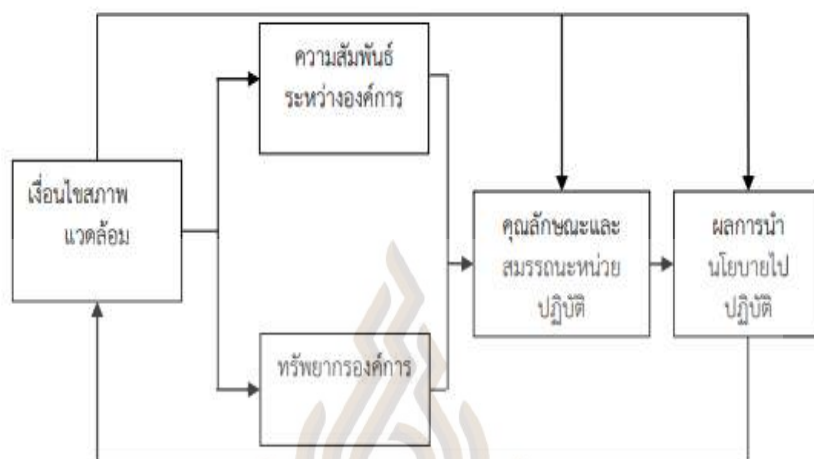
1) ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (Interactions between Factors Model) ของ Edwards (1980, pp. 148-149) ซึ่งได้เสนอตัวแบบเพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ 4 ปัจจัย ดังนี้ ได้แก่ (1) การสื่อสาร (Communication) การตัดสินใจนโยบายและคำสั่งในการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ถ่ายทอดไปสู่บุคลากรผู้ปฏิบัติยังมีความชัดเจน (Clarity) ที่เที่ยงตรง (Accuracy) และมีความคงเส้นคงวา (Consistency) จะยิ่งทำให้โอกาสของการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จสูง ความผิดพลาดในการถ่ายทอดข้อความไปสู่การปฏิบัติ คือ สาเหตุเบื้องต้นของความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติและการสื่อสารข้อความถึงผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ (2) ทรัพยากร (Resources) หมายถึงถึงจำนวน บุคลากรที่พอเหมาะและมีความชำนาญเพียงพอ มีระบบสารสนเทศที่สอดคล้องและพอเพียง และได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และมีการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงาน เครื่องมือ และงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ (3) จุดยืนหรือทัศนคติของผู้ปฏิบัติ (Disposition or Attitudes) ผู้ปฏิบัติมีโอกาสในการใช้ดุลยพินิจในการกำหนดนโยบายไปปฏิบัติทั้งนี้เพราะการสื่อสารข้อความจากผู้กำหนดนโยบายมักจะไม่ชัดเจนและคงเส้นคงวา ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่พอใจที่จะเป็นอิสระจากผู้บังคับบัญชา นโยบายอาจจะขัดแย้งกับจุดยืนหรือทัศนคติหรือขัดแย้งกับผลประโยชน์ส่วนตัวและผลประโยชน์ขององค์กร และ (4) โครงสร้างระบบราชการ (Bureaucratic Structure) การแบ่งส่วนงานขององค์กรและมาตรฐานของระเบียบการปฏิบัติขององค์กรอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการประสานงานในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเห็นว่า นักวิเคราะห์นโยบายจะต้องเข้าใจว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการพลวัต (Dynamic Process) เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมากมาย ซึ่งปัจจัยทั้งสี่มีบทบาทในการพึ่งพาอาจส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคและส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย  
ที่มา : Edwards III & George, 1980

2) ตัวแบบการกระจายอำนาจ (A Model of Decentralization Program Implementation Process) ของ Cheema & Rondinelli (1983, pp. 25-36) ได้พัฒนาตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแผนงาน การกระจายอำนาจในการนำนโยบายไปปฏิบัติในเอเชีย โดยมุ่งเน้นศึกษาสมรรถนะขององค์กรท้องถิ่นในการพัฒนาชนบท โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ แสดงถึงผลการปฏิบัติงานและผลกระทบจากการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เกิดจากตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ประกอบด้วย (1) เงื่อนไขทางสภาพแวดล้อม (Environmental Conditions) เช่น รูปแบบทางการเมือง ข้อจำกัดของทรัพยากรในการจัดการ ปัจจัยสังคมและวัฒนธรรม (2) ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร (Inter-Organizational Relationships) เช่น ความเหมาะสมในการจัดสรรหน้าที่ระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ ความเที่ยงตรงและความถูกต้อง แน่นนอนในการสื่อข้อความระหว่างองค์กร และประสิทธิผลของการเชื่อมโยง สนับสนุนกิจกรรมของแผนงานซึ่งจะเกิดขึ้นได้โดยผู้บังคับบัญชาต้องให้ความมั่นใจว่าวัตถุประสงค์พื้นฐานของแผนงานจะไม่มีเปลี่ยนแปลงและ หน่วยงานที่นำแผนงานไปปฏิบัติสามารถร้องเรียนถึงความยากลำบากในการนำแผนงานไปปฏิบัติต่อหน่วยงานระดับสูงได้ (3) ทรัพยากรองค์กรสำหรับการนำแผนงานไปปฏิบัติ (Organizational Resources for Program Implementation) เช่น ขอบเขตขององค์กรในการควบคุมงบประมาณ ความสามารถในการพิจารณารายรับรายจ่าย ความพอเพียงของงบประมาณต่อกิจกรรม ความสามารถในการจัดหาทรัพยากรขององค์กรได้เอง รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากผู้นำการเมืองระดับชาติหรือท้องถิ่นหรือพันธมิตรสัญญาทางราชการจากส่วนกลางที่มีต่อการนำแผนงานไปปฏิบัติของท้องถิ่น และ (4) คุณลักษณะและสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติ (Characteristics and

Competency) เช่น ความสามารถในการประสานงานการควบคุมและการตัดสินใจเชิงบูรณาการของผู้ปฏิบัติ ลักษณะของการสื่อข้อความภายในองค์กร เป็นต้น ดังรูปที่ 2.2



รูปที่ 2.2 ตัวแบบการกระจายอำนาจ  
ที่มา : Cheema & Rondinelli, 1983

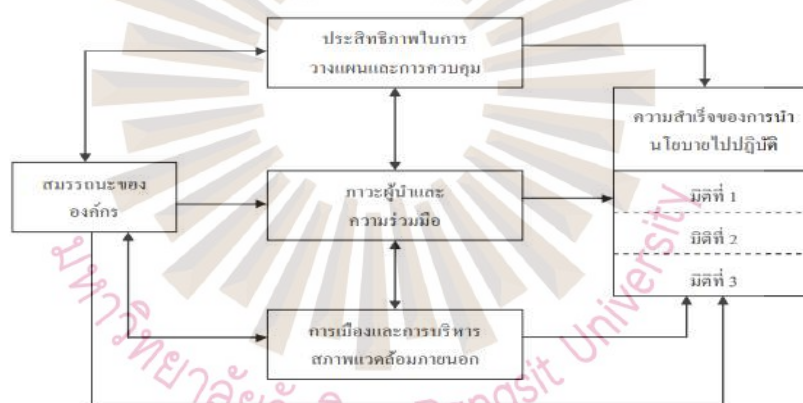
3) ตัวแบบเชิงบูรณาการ (Integrative Model) ของ วรเดช จันทรร (2559, น. 144–146) จุดเด่นของตัวแบบนี้ได้บูรณาการคัดเลือกเอาตัวแปรสำคัญๆ ที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่ง วรเดช จันทรร ได้ทำการศึกษาและพัฒนาผสมผสานตัวแปรสำคัญๆ ที่มาจากทั้ง 5 ตัวแบบ ได้แก่ ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล (Rational Model) ตัวแบบด้านการจัดการ (Management Model) ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร (Organization Development Model) ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic Process Model) และตัวแบบทางการเมือง (Political Model) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1) ตัวแปรจากตัวแบบประสิทธิภาพในการวางแผนและการควบคุม เป็นเงื่อนไขหนึ่งสำคัญในการสร้างให้เกิดความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยเงื่อนไขต่าง ๆ ได้แก่ (1) ความชัดเจนและความเป็นไปได้ของวัตถุประสงค์และเป้าหมายของนโยบาย (2) การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน (3) การกำหนดมาตรฐานในการทำงาน (4) ระบบการติดตาม ควบคุม และประเมินผลนโยบาย และ (5) ความเป็นธรรมของมาตรการในการให้คุณให้โทษ

3.2) ตัวแปรจากตัวแบบสมรรถนะขององค์กรหรือหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ (1) โครงสร้างองค์กร (2) งบประมาณ (3) บุคลากร (4) วัสดุอุปกรณ์ และ (5) สถานที่

3.3) ตัวแปรจากตัวแบบภาวะผู้นำและความร่วมมือ การนำนโยบายไปปฏิบัติจะ ประสบความสำเร็จได้นั้น ผู้บริหารในหน่วยงานจะต้องใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสม คือ 1.รู้จักใช้วิธีจูงใจในเชิงบวก แก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้สมาชิกในองค์กรดึงสมรรถนะของตนมาปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ และ 2.ให้ความร่วมมือมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเกิดความผูกพันและการยอมรับจากสมาชิกคนอื่นจนกลายเป็นทีมงานที่มีประสิทธิภาพ

3.4) ตัวแปรจากตัวแบบการเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อมภายนอก ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นเกิดจากความสามารถของผู้เล่น (Players) หรือตัวแทนขององค์กร กลุ่ม หรือ สถาบัน ตลอดจนความสัมพันธ์กับปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก ประกอบด้วยปัจจัย (1) ระดับความสนับสนุนหรือต่อต้านจากฝ่ายต่าง ๆ (2) จำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและระดับการพึ่งพาที่ต้องมีระหว่างหน่วยงาน และ (3) ความสามารถในการเจรจาต่อรองต่อสภาพแวดล้อมภายนอก และเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รายละเอียดดังรูปที่ 2. 3



รูปที่ 2.3 ตัวแบบเชิงบูรณาการ  
ที่มา : วรเดช จันทรศร, 2559

ผู้วิจัยทำการศึกษานวนคิดทฤษฎีตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์การวิจัย จากนักวิชาการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและถูกอ้างอิงในแวดวงวิชาการทางด้านกรนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นอย่างมากจำนวน 3 ตัวแบบ ดังที่ได้อธิบายไปแล้วข้างต้น โดยผู้วิจัยได้สังเคราะห์ตัวแปรและสรุปเป็นตารางการสังเคราะห์ตัวแปรได้ดังตาราง 2.1

ตารางที่ 2.1 ผลการสังเคราะห์ตัวแปร ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม (Hybrid Theories of Implementation)

ตัวแปร ปัจจัยที่ ส่งผลต่อการนำ นโยบายไปปฏิบัติ	ตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม (Hybrid Theories of Implementation)			
	ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัย	ตัวแบบ การกระจายอำนาจ	ตัวแบบ เชิงบูรณาการ	ตัวแปร ร่วม
	การสื่อข้อความ	/	/	/
ทรัพยากร	/	/	/	3
ทัศนคติของผู้ ปฏิบัติ	/	/	/	3
โครงสร้าง คุณลักษณะและ สมรรถนะองค์กร	/	/	/	3
การวางแผนและ ควบคุม	-	/	/	2
ความร่วมมือ ระหว่างองค์กร และเงื่อนไข สภาพแวดล้อม	/	/	/	3

สรุปได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ และสังเคราะห์ตัวแปรร่วม โดยจัดทำในรูปแบบตารางสังเคราะห์ตัวแปรและคัดเลือกตัวแปรร่วมระหว่างตัวแบบร้อยละ 80 (ตั้งแต่ 2 ตัวแบบขึ้นไป) โดยจากตารางสามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติมีทั้งสิ้น 6 ปัจจัยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ (1) การสื่อข้อความ (2) ทรัพยากร (3) ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ (4) โครงสร้างคุณลักษณะและสมรรถนะองค์กร (5) ความร่วมมือระหว่างองค์กรและเงื่อนไขสภาพแวดล้อม และ (6) การวางแผนและควบคุม ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการสังเคราะห์ตัวแปรร่วมมาพิจารณาความสอดคล้องกับการศึกษาแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติของนักวิชาการหลายท่านในข้างต้นพบว่า ปัจจัยที่มีสอดคล้องและผู้วิจัยนำมาสังเคราะห์ร่วมกันเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดเป็นตัวแปรให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ประกอบด้วย 6 ประการ ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านโครงสร้างและกลไกขององค์กร (2) ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร (3) ปัจจัยด้านทรัพยากรขององค์กร (4) ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ นโยบาย (5) ปัจจัยด้านการวางแผนและควบคุมขององค์กร และ (6) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกำหนดนิยาม แต่ละองค์ประกอบ และตัวชี้วัด ดังนี้

1) ปัจจัยด้าน โครงสร้างและกลไกขององค์กร หมายถึง ลักษณะการบริหารจัดการด้านกำลังคนของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบบุคลากรที่เป็นลายลักษณ์อักษร (2) การพัฒนาศักยภาพคณะอนุกรรมการ LTC ในระยะก่อนและระหว่างดำเนินงาน (3) การคัดเลือกคณะอนุกรรมการ LTC จากผู้ที่มีคุณสมบัติสามารถปฏิบัติงานได้จริงและสมัครใจ (4) การเสริมพลังติดตามผลและแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานจากผู้บริหาร LTC และ (5) สมรรถนะและบทบาทของเลขานุการคณะอนุกรรมการ LTC

2) ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร หมายถึง มาตรฐานวัตถุประสงค์และการสื่อสารระหว่างองค์กรที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การประชุมสื่อสารความเข้าใจและยึดหลักคู่มือระเบียบกฎหมาย (2) กำกับการทำงานการเพิ่มกระบวนการสื่อสารและช่องทางสื่อสารสาธารณะเพื่อความร่วมมือและพึงพอใจ และ (3) การประกาศนโยบายและสื่อสารความร่วมมือแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบทบาทของผู้บริหารกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)

3) ปัจจัยทรัพยากรการดำเนินงาน หมายถึง สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงาน เครื่องมือ บุคลากร ระบบสารสนเทศที่สอดคล้องและเพียงพอ ความร่วมมือและงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้สำหรับกระบวนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การนำข้อมูลและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน (2) การจัดสรรงบประมาณและพัฒนา CG



ที่เพียงพอให้มีขีดความสามารถที่สูงขึ้น (3) ระบบจัดสรรและจ่ายค่าตอบแทน CM และ CG ที่ชัดเจนและเหมาะสม และ (4) การระดมทรัพยากรหรือเชื่อมโยงทุนหรือส่งต่อเพื่อ ลดต้นทุนบริการ LTC

4) ทักษะของผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง การรับรู้และเข้าใจจุดมุ่งหมายของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว มีผลต่อการตอบสนองของเจ้าหน้าที่ว่าเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย ในนโยบายที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความล้มเหลว และประสบความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายและครอบครัวหรือญาติทำให้รู้สึกผูกพัน (2) การพูดคุยและสะท้อนปัญหาช่วยทำให้บรรยากาศการทำงานมีความสุขมากขึ้น (3) การเสริมพลังจากหน่วยงาน ที่ปรึกษาทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (4) การเสริมรางวัลความก้าวหน้าเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของLTC และ (5) การบูรณาการบทบาทหน้าที่ตามนโยบาย LTC กับงานประจำทำให้ไม่เป็นการ

5) ปัจจัยด้านการวางแผนและควบคุมขององค์กร หมายถึง การวางแผน ควบคุมกำกับและวัดผล และการเสริมพลังให้คุณให้โทษ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การปรับปรุงแบบคู่มือระเบียบและระบบข้อมูลจากส่วนกลาง เขตและจังหวัด (2) การจัดทำระบบรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน CM และ CG ที่สะดวก ง่ายและเหมาะสม (3) มีแนวทางควบคุมกำกับและติดตามผลการดำเนินงาน LTC ที่ชัดเจน (4) การจัดเวทีติดตามประเมินผลของหน่วยงานสนับสนุน LTC เพื่อกระตุ้นผลงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง และ (5) การจัดทำข้อตกลงร่วมและวางแผนปฏิทินการดำเนินงาน LTC ประจำปีของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ หมายถึง การที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีการแสวงหาและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของบุคคลหรือหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ เพื่อให้กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน

พื้นที่ประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายและครอบครัวแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมวางแผนฯ (2) ผู้นำชุมชนและแกนนำในพื้นที่เป็นแรงเสริมที่มีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อน LTC (3) การกำหนดมาตรการร่วมจากทีมสหวิชาชีพด้านฟื้นฟูสภาพ (4) การกำหนดให้กลุ่มเป้าหมายแสดงความจำนงขึ้นทะเบียนขอรับบริการ LTC และ (5) การประกาศนโยบายการดำเนินงาน LTC ของของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

### 2.1.7 การวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีทั้งเรื่องที่ยาก เพราะมีกระบวนการและกลไกการดำเนินงานที่ไม่ซับซ้อน และมีปัจจัยไม่มากนัก และบางเรื่องมีการดำเนินงานยุ่งยากซับซ้อน อาจจำเป็นต้องอาศัยปัจจัย ในการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จมากขึ้น ดังนั้นการวัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงแตกต่างกันไป ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจากนักวิชาการที่มีชื่อเสียงในแวดวงด้านนโยบายสาธารณะ และนำมาสรุปสาระสำคัญดังนี้

Ripley & Franklin (1984) ได้เสนอแนวทางในการวัดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 3 แนวทาง โดยแนวทางแรก สามารถวัดได้จากระดับของความร่วมมือที่ผู้นำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติมีต่อผู้ออกคำสั่งหรือผู้กำหนดนโยบาย หากระดับของความร่วมมือสูงระดับความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติย่อมสูงไปด้วย และในทางกลับกันหากระดับความร่วมมือต่ำ ย่อมหมายความว่าระดับความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติก็จะสูง แนวทางที่สอง สามารถพิจารณาได้จากเงื่อนไขที่ว่า ได้มีการบรรลุผลการปฏิบัติตามนโยบายนั้นตามภาระหน้าที่ขององค์กรที่รับผิดชอบ อย่างราบรื่น และปราศจากปัญหา เพราะหากการปฏิบัติตามนโยบายเต็มไปด้วยความขัดแย้งหรือมีอุปสรรคเกิดขึ้นมาก ระดับของความล้มเหลวก็น่าจะสูงขึ้นเช่นกัน และแนวทางที่สาม สามารถวัดได้จาก การที่นโยบายนั้นก่อให้เกิดผลการปฏิบัติในระยะสั้น และหรือก่อให้เกิดผลกระทบที่พึงปรารถนา ซึ่งหากการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างรวดเร็ว และเป็นไปตามที่คาดหวังระดับความสำเร็จก็ย่อมมีสูง

Pressman & Wildavsky (1973, p. 147) ได้พิจารณาวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายการสร้างงานที่เมือง Oakland ประกอบด้วย (1) จำนวนงานทำเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่

กำหนด (2) จำนวนเงินที่ใช้ไปและยังไม่ได้ใช้จากการจัดสรรงบประมาณให้โครงการ (3) เวลาที่โครงการใช้ไป โดยมองในแง่เวลาที่สิ้นสุดตามแผน หรือการขยายเวลาออกไป (4) จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโครงการเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

วรเดช จันทรศร (2559, น. 104-109) กล่าวถึงการวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ สามารถวัดได้จากเงื่อนไขหรือมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

มิติที่หนึ่ง เป็นการมองผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ คือ

1) ผลผลิต (Outputs) คือ นโยบายที่ประสบความสำเร็จนั้นจะต้องมีผลผลิตที่ได้ครบถ้วนตามเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ สามารถใช้เกณฑ์การวัดด้านปริมาณ เวลา ค่าใช้จ่าย คุณภาพและความพึงพอใจ

2) ผลลัพธ์ (Outcomes) คือ ผลที่เกิดต่อจากผลผลิต นโยบายที่ประสบความสำเร็จนั้นจะต้องมีผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา สามารถวัดได้โดยพิจารณาถึงประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับนโยบาย

3) ผลสุดท้ายหรือผลลัพธ์สุดท้าย (Ultimate Outcomes) คือ นโยบายที่ประสบความสำเร็จนั้น ทั้งผลผลิตและผลลัพธ์โดยรวมจะต้องส่งผลให้เกิดการพัฒนาประเทศ

มิติที่สอง ผลของความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องไม่ก่อให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบที่ไม่ดีต่อนโยบายหรือโครงการอื่นๆ ต้องไม่ก่อให้เกิดปัญหาความเชื่อถือ ผลของนโยบาย ต้องไม่มีปัญหาทางด้านมาตรการของนโยบายที่นำไปปฏิบัติ กล่าวคือ ผลที่ได้จากการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่คุ้มกับสิ่งที่เสียไป และอันสุดท้ายของมิตินี้ ที่ต้องพิจารณา คือ ไม่มีปัญหาทางด้านมนุษยธรรมหรือศีลธรรม

มิติที่สาม ผลรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งหมด ต้องก่อให้เกิดผลของการพัฒนาประเทศที่พึงปรารถนา

สรุปได้ว่า ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติสามารถพิจารณาได้หลากหลายองค์ประกอบ ซึ่งอาจเปรียบเทียบผลในแต่ละขั้นตอนและภาพรวม ตามที่ระบุไว้ในแผนงานภายหลังกการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยตัวชี้วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวส่วนใหญ่ประกอบด้วย การบรรลุวัตถุประสงค์ กระบวนการหรือวิธีปฏิบัติด้วยความสามารถของผู้ปฏิบัติ ที่มีคุณภาพมาตรฐาน และคุ้มค่าก่อเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการบรรลุเป้าหมายผลผลิตเชิง

ปริมาณและคุณภาพ รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพประ โยชน์และความพึงพอใจแก่กลุ่มเป้าหมาย และผลกระทบต่อด้านมนุษยธรรมเชิงคุณค่าของสังคม

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการวัดความสำเร็จ หรือสัมฤทธิ์ผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติของนักวิชาการดังกล่าว มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดจาก คู่มือการปฏิบัติงานตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแนวคิดจากการปฏิบัติงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ พิจารณาการวัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบาย เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ นโยบาย ไปปฏิบัติ และผู้รับประโยชน์ (กลุ่มเป้าหมายหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ประกอบด้วย 3 แนวคิด ดังนี้

1) แนวคิดการวัดความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากคู่มือสนับสนุนการบริหาร จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559, น. 40) ระบุไว้ในบทที่ 7 เรื่องการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขระดับส่วนกลาง/ ระดับ เขต/ ระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย ตัวชี้วัด(KPI) ด้านกระบวนการดำเนินงานในพื้นที่ และ ตัวชี้วัด (KPI) ด้านผลผลิตในภาพรวม รายละเอียดดังนี้

#### 1.1) ตัวชี้วัด (KPI) ด้านกระบวนการดำเนินงานในพื้นที่

1.1.1) KPI หรือบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ (1) มีระบบ บริการ LTC ภายในหน่วยบริการ (2) มีทีมหมอครอบครัวให้บริการ LTC เชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบ และ (3) มีการให้การสนับสนุนและติดตามประเมินการบริการ LTC ของ อปท.

1.1.2) KPI หรือบทบาทของ อปท.ในการจัดบริการ LTC ได้แก่ (1) มีการ บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อปท.ในระดับดี อย่างต่อเนื่อง (2) มีการจัดตั้งและ จัดบริการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (3) มีการทำงานและพัฒนาระบบบริการร่วมกับ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ (4) มีข้อมูล มีแผนการบริการ LTC ของกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคล และมีการจัดบริการเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์

1.2) ตัวชี้วัด (KPI) ด้านผลผลิตในภาพรวม ได้แก่ (1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (2) สัดส่วนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และ 3) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ที่มีระดับคะแนน ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียง เป็นติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม (ตัวชี้วัดระดับพื้นที่) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่พัฒนาโดย Mahoney & Barthel (1965) โดยแบ่งกลุ่มศักยภาพความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลง บันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ โดยรายละเอียดแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) ประกอบด้วย ดังนี้

- 1) Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
  - 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
  - 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วยเช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กลงไว้ล่วงหน้า
  - 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
  - 0. ต้องการความช่วยเหลือ
  - 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
  - 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
  - 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
  - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้างเช่นบอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
  - 3. ทำได้เอง
4. Toilet Use (ใช้ห้องน้ำ)
  - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
  - 1. ทำเองได้บ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ)แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออก มุมห้อง หรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยเช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็

ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

โดยวิเคราะห์ผลการประเมินตามดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

2) แนวคิดการวัดความสำเร็จด้านระบบการบริหารจัดการขององค์การที่ปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากคู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561, น. 58-70) ซึ่งระบุถึงการติดตาม และประเมินการบริหารจัดการกองทุนฯ เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ตามข้อ 22 แห่งประกาศฯ พ.ศ.2561 โดยกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพและคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ประกอบด้วยข้อพิจารณา 5 ด้าน โดยมีค่าน้ำหนักในการประเมินรวมทุกด้าน 100 คะแนน ดังนี้

ด้านที่ 1 ระบบข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 15 คะแนน มีตัวชี้วัด 4 ประการ ได้แก่ มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ มีระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บันทึกในโปรแกรมเพื่อการจัดสรรงบ LTC มีข้อมูลบุคลากร และมีระบบข้อมูลของหน่วยจัดบริการที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามประกาศ

ด้านที่ 2 การบริหารจัดการ จำนวน 20 คะแนน มีตัวชี้วัด 3 ประการ ได้แก่ อปท. โอนงบให้หน่วยจัดบริการภายใน 45 วันหลังจากที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในระบบการลงทะเบียน กองทุน LTC มีข้อมูลบันทึกผ่านระบบโปรแกรมเพื่อรับการจัดสรรงบประมาณต่อเนื่องในปีถัดไป และอปท.มีแผนการดูแล LTC บรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่น

ด้านที่ 3 การจัดบริการและเข้าถึงบริการ จำนวน 30 คะแนน มีตัวชี้วัด 5 ประการ ได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) หน่วยจัดบริการที่ได้รับการโอนงบประมาณมีการจัดทำแผนการดูแล (Car plan: CP) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม CP สักส่วนของ CM และ CG เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และมีนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

ด้านที่ 4 การกำกับติดตาม จำนวน 20 คะแนน มี 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ CM มีการติดตามการดำเนินงานของ CG ให้เป็นไปตาม CP คณะอนุกรรมการ LTC มีการประเมินความพึงพอใจของผู้จัดบริการและผู้รับบริการ มีการสรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ LTC คณะอนุกรรมการ LTC มีการติดตามประเมินการดำเนินงาน LTC และ กองทุน LTC มีการจัดทำระบบบัญชีและการเงิน

ด้านที่ 5 การมีส่วนร่วมในพื้นที่ จำนวน 15 คะแนน มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ มีทีมสหวิชาชีพ CM CG และญาติผู้สูงอายุในการร่วมดูแลกลุ่มเป้าหมายตามสภาพปัญหา ภาควิชาในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกมิติตามสภาพปัญหา และ มีการจัดบริการให้กับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มอื่น นอกกลุ่มเป้าหมาย LTC

โดยมีการนำค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละด้านมาสรุปรวมและกำหนดระดับศักยภาพของการบริหารจัดการกองทุนฯ เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับเกรด A+ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 90-100 คะแนน หมายถึง กองทุนมีศักยภาพสูงสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้

ระดับเกรด A มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 70-89 คะแนน หมายถึง กองทุนมีศักยภาพดี

ระดับเกรด B มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 50-69 คะแนน หมายถึง กองทุนมีศักยภาพปานกลาง

ระดับเกรด C มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-49 คะแนน หมายถึง กองทุนที่ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา

### 3) แนวคิดการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.1) จากการศึกษาเอกสารวิธีการปฏิบัติงาน Work Instruction (WI) ของกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร (2564) ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ โดยแนวทาง



ดังกล่าวมีการแบ่งระดับการประเมินความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และ กำหนดประเด็นความพึงพอใจ 3 มิติ ดังนี้

1) มิติทางกาย ได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร เรื่องการใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม

2) มิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ/ปัญญา ได้แก่ ความมั่นคง ปลอดภัย เมื่อได้รับการดูแลจากผู้ดูแลการทำให้เชื่อว่าผู้ดูแลจะดูแลเป็นอย่างดีเมื่อป่วยหนัก และผู้ดูแลทำให้รู้สึกยอมรับได้ในปัญหาที่ยากจะแก้ไข

3) มิติทางสังคม/ระบบบริการ ได้แก่ การแต่งกาย/กริยา วาจาของผู้ดูแล ความรวดเร็วในการดูแลที่บ้าน/ระยะเวลา อุปกรณ์/เครื่องมือที่ให้บริการตรงกับความต้องการของท่านเช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน และความต่อเนื่องของการดูแลตามความต้องการ

3.2) จากการศึกษาแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล/ผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลระยะยาวในงานวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดภูเก็ต ของ ชญา นิส ลีอวานิช สุวรรณ หล่อ โลหการ และ ประพรศรี นรินทรรัศย์ (2562) ซึ่งทำการประเมินความพึงพอใจเป็นลักษณะประมาณค่า 5 ระดับ และ ประเด็นการประเมิน ประกอบด้วย

- 1) ทำที่การแสดงออกในการดูแลที่เอื้ออาหาร เอาใจใส่และเป็นกันเอง
- 2) ความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจให้คำแนะนำและช่วยเหลือสถานการณ์ฉุกเฉินได้
- 3) การยอมรับ เปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็น คำนึงถึงความรู้สึก สร้างการมีส่วนร่วม และทำให้รู้สึกมั่นคงและปลอดภัยต่อบริการ
- 4) จำนวนครั้งของการให้บริการ ความครบถ้วน ต่อเนื่อง การตอบสนอง และสอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการ

โดยสรุป ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย และ สังเคราะห์ความเชื่อมโยงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา เพื่อนำข้อค้นพบมาพัฒนากรอบการวิจัย สำหรับการวัดความสำเร็จของการนำนโยบายกระบวนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ทั้งด้านผลผลิตและผลลัพธ์ โดยแบ่งเป็น 2 มิติ ดังนี้

1) มิติผลลัพธ์ต่อองค์การ หมายถึง ผลสำเร็จในการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

1.1) ผลสำเร็จด้านระบบบริการ ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่ (1) การจัดให้มีบุคลากรเพื่อบริการเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่อง (2) การจัดให้มีบริการคัดกรองประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (3) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (4) การสื่อสารแจ้งให้ทราบถึงขั้นตอนกระบวนการให้บริการ (5) การให้บริการกายภาพหรือกิจกรรมบำบัด (6) การจัดหาสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์และการให้บริการทางสังคม

1.2) ผลสำเร็จด้านระบบบริหารจัดการ ประกอบด้วย 10 ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่ (1) การจัดการฐานข้อมูลที่เป็นและนำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินงานร่วมกัน (2) การสื่อสารให้รับรู้นโยบายแนวทาง ระเบียบข้อกฎหมายและกำหนดเป้าหมายของพื้นที่ร่วมกัน (3) การจัดช่องทางทำให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างการทำงาน (4) การกำหนดอัตราค่าบริการ/ค่าตอบแทนสำหรับกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแลที่เหมาะสม (5) การจัดทำแผนงานประจำปี เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมทุกคน (6) การบริหารงบประมาณ การเบิกจ่ายได้ถูกต้องและครบถ้วน (7) การสื่อสารกระบวนการทำงานและสะท้อนผลลัพธ์ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การระดมทรัพยากรและเชื่อมโยงความร่วมมือจาก อปท. และสาขาวิชาชีพ (8) การจัดหาและสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกตามความต้องการต่อการดำเนินงาน (9) การติดตามเยี่ยมชมพลังและประเมินผลงานอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน และ (10) การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมบริการ LTC

2) มิติผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) หมายถึง ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นโดยตรงแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้บริการจากกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ภายใต้การบริหารจัดการของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

2.1) ระดับการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มสูงขึ้นภายหลังจากได้รับบริการดูแลเชิงรุกที่บ้านตามระดับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยอ้างอิงเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยของบาร์เชล (Barthel Index: BI) จากกลุ่มติด

เตียงเป็นติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม อาทิเช่น เปลี่ยนระดับจากผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือคุณภาพ (กลุ่มติดเตียง) ซึ่งมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน และหรือเปลี่ยนแปลงดีขึ้นเป็นกลุ่มที่ 1 สามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ซึ่งมีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

2.2) ความพึงพอใจด้านการได้รับการบริการจากหน่วยงานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดดังที่กล่าวไว้ในหัวข้อ 2.1.7 โดยแบ่งการประเมินระดับความพึงพอใจเป็นลักษณะประมาณค่า 5 ระดับ และ ประเด็นการประเมินประกอบด้วย (1) ความพึงพอใจต่อประเภทการให้บริการแก่ผู้รับบริการด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และการประสานความช่วยเหลือทางสังคมและสวัสดิการ (2) คุณภาพการให้บริการต่อผู้รับบริการ ด้านความสะดวกรวดเร็ว ความต่อเนื่อง ความสอดคล้องและตรงความต้องการ ความเชี่ยวชาญในการดูแล ความพร้อมของอุปกรณ์/เครื่องมือ อธิยาศัยและการเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ การให้ข้อมูล/คำแนะนำด้านสุขภาพและบริการ และความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (3) ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ต่อผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต่อชุมชน และต่อหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง และ (4) ความพึงพอใจโดยรวมต่อนโยบายการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### 2.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้คำนิยาม ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพและอยู่นอกเหนือการควบคุมของมนุษย์ เป็นช่วงปลายของชีวิต ในหลายๆประเทศมักถือว่าผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60-65 ปีขึ้นไป โดยที่ องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้นิยามว่า ประเทศใดมี

ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากร อายุ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 14% ทั้งนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปว่า ไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2550 โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรและเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบ ภายในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2571 สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.5 ของประชากรทั้งประเทศ โดยสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการสูงวัยของประชากรที่มีแนวโน้มสูงชันอย่างต่อเนื่องจากการมีอายุยืนยาวขึ้น และมีอัตราเกิดลดน้อยลง ทำให้หน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องดำเนินการเตรียมความพร้อมเชิงนโยบายระยะยาวเพื่อรองรับบริการที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมแก่สังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การดูแลบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมความเป็นอยู่ (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556, น. 1 - 2)

สำหรับความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลเดิล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม และมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561, น. 7) และ นภาพร ชัยวรรณ (2548, น. 1-24) ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมหลายมิติ โดยหมายถึง การพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงินการให้การศึกษาสำหรับเด็ก การช่วยเหลือแก่ผู้พิการให้ปัจจัยสี่ในด้านจิตใจ การพึ่งพิงอาจหมายถึงการให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า ด้านสังคม หมายถึง การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือ การร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม เป็นต้น ทั้งนี้ในมิติด้านสุขภาพพิจารณาภาวะพึ่งพิงจากการทำงานของร่างกาย (Functional health) หรือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL -Activity of Daily Living)

ในขณะที่ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561, น. 15) ได้ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกล่าวถึง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ว่าหมายถึง ผู้ที่สูญเสียหรือเสี่ยงที่จะสูญเสียสมรรถนะต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญไม่

จำกัดเฉพาะผู้สูญเสียสมรรถนะในการดูแลตนเอง แต่ครอบคลุมถึงผู้เสี่ยงต่อการสูญเสียสมรรถนะในการดูแลตนเองด้วย และก็ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะผู้สูงอายุ สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การจัดสรรและการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2559 ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559, น. 4 – 43 ) โดยระบุไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน หรือตามเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานกำหนด โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง (2) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาด้านการกินหรือการขับถ่ายและมีภาวะสับสนทางสมอง (3) กลุ่มที่เคลื่อนไหวไม่ได้ อาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และ (4) กลุ่มที่เคลื่อนไหวไม่ได้ อาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ระยะท้ายของชีวิต

### 2.2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสำคัญของผู้สูงอายุในประเทศไทยและเชื่อมโยงการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มี 3 ประการที่สำคัญ ได้แก่

- 1) การปฏิรูประบบสวัสดิการด้านสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
- 2) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 และ
- 3) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2545 – 2564

ซึ่งการขับเคลื่อนนโยบายของหน่วยงานองค์กรด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในมิติสุขภาพ คือ นโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ.2559 โดยหลักสำคัญนโยบายมุ่งเน้นการบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต สนับสนุนการมีส่วนร่วม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และพัฒนาและขยาย

ระบบบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care: LTC) โดยมีการขับเคลื่อนนโยบายจากส่วนกลาง ผ่านแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 6 ด้าน คือ (1) พัฒนาเครื่องมือและ ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุและประเมินความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาว และพัฒนา ฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน (2) พัฒนาระบบการจัดบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน การดูแล และฟื้นฟู ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับ ระบบบริการในสถานบริบาล (3) พัฒนาระบบการเงินการคลัง และชুক্তีสิทธิ ประโยชน์ (4) พัฒนากำลังคนเพื่อการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน โดยเฉพาะ ผู้จัดการการดูแล (LTC Manager) และผู้ช่วยดูแล (Paid Caregiver) (5) การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตาม ประเมินผล และ (6) การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการ ทั้งนี้ แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ได้กำหนดเป้าหมายให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรองภาวะพึ่งพิง และมีระบบส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟูและดูแลตามระดับสมรรถนะในการช่วยเหลือตนเอง กลุ่มเสี่ยง ได้รับการส่งเสริมป้องกันมิให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง เช่น การป้องกันการหกล้ม การชะลอภาวะสมองเสื่อม และกำหนดให้ทุกท้องถิ่นมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้การสนับสนุนของสถานพยาบาลทุกแห่ง โดยมีหลักการสำคัญคือ (1) ดำรงไว้ซึ่งค่านิยมสังคมเรื่อง“กตัญญูทดแทน”ไม่แย่งชิงบทบาทการดูแลของครอบครัว แต่ระบบที่พัฒนาขึ้นไปหนุนเสริมการดูแลของครอบครัวให้สามารถดูแล ได้อย่างเหมาะสมเข้มแข็งขึ้น (2) ท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการระบบภายใต้การสนับสนุนของรัฐส่วนกลาง และ (3) มีกองทุนในท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

สำหรับ ประเด็นที่มา เป้าหมายและตัวชี้วัด รวมถึงการออกแบบบทบาทการทำงานขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับส่วนกลาง โดยตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเกิดขึ้นของนโยบายเป็นแรงผลักดันจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งมีมติร่วมกันในสาระสำคัญคือ รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และให้การรับรองหลักการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเสนอขอให้รัฐบาลกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นวาระแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ทั้งนี้ผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นฝ่ายบริหารทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วย

บริการ 2) กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เสนอแนะและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 3) สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ 4) สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับ อปท. แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ อปท. สามารถดำเนินการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ การออกแบบนโยบาย ในรูปแบบของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้ การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ภายใต้การบริหารของ อปท. ซึ่งเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวในปี 2559 โดยจัดตั้ง “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ทำหน้าที่ พิจารณาจัดการ กำหนดอัตราค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ หน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตาม ชุดสิทธิประโยชน์ อย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป โดยกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดผลผลิตในภาพรวม คือ ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการ และตัวชี้วัดกระบวนการ จัดบริการภายในหน่วยบริการการจัดทีมเชิงรุกและสนับสนุนติดตามการบริการในพื้นที่ตาม บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการ การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน การทำงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่และการจัดการข้อมูล แผนการบริการรายบุคคล และบริการเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สปสช. เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ ของ อปท.ประมาณ 1,000 แห่ง รวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น 500,000 ราย (ร้อยละ 50) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้านราย (ร้อยละ 100) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี 2560 และ 2561 ตามลำดับ โดยมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงดำเนินงานร่วมกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข และ

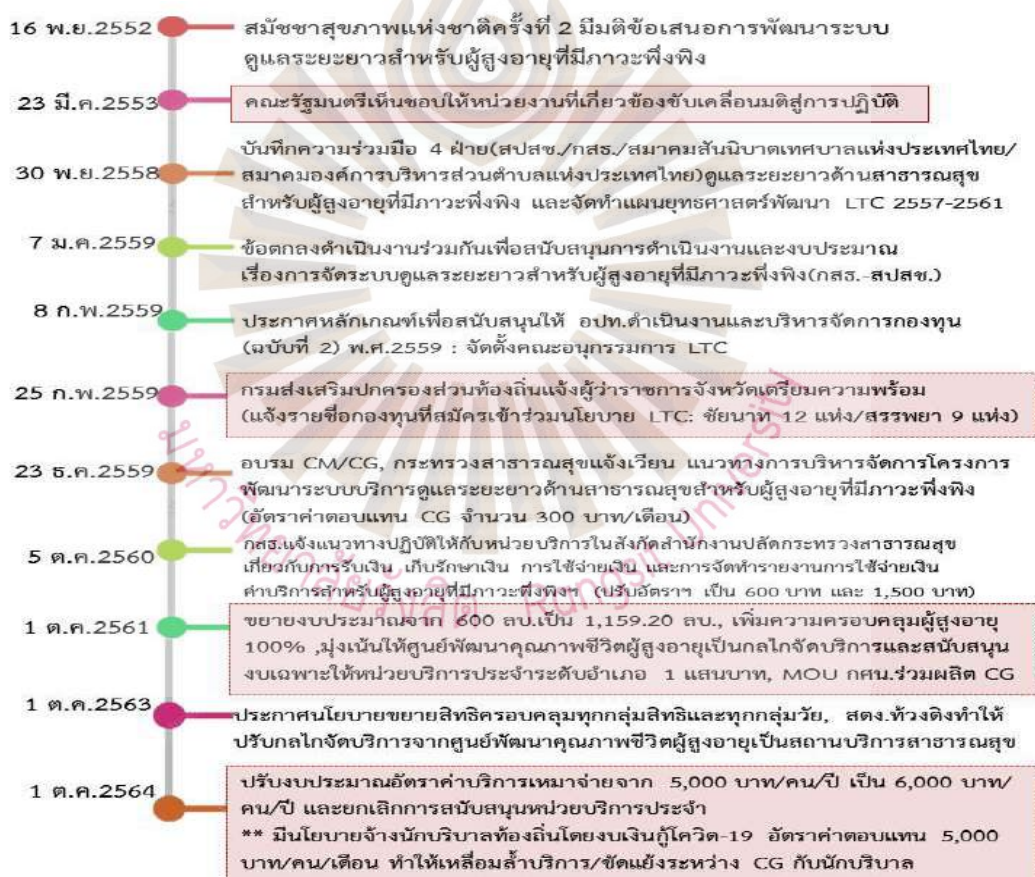
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ 7 มกราคม 2559 และออกประกาศการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559 รวมถึงได้ผลิตคู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้คู่ขนานกับคู่มือกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อเป็นแนวทางการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการผลักดันให้หน่วยงานระดับพื้นที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งในระยะแรกเน้นเปิดรับสมัครเฉพาะพื้นที่สมัครใจครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่กลุ่มผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพ (UC) ในวงเงินงบประมาณ 6,000 บาท แบ่งเป็นค่าคัดกรองหน่วยบริการประจำ 1,000 บาท และค่าจัดบริการแก่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ 5,000 บาท

ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ดำเนินการวิจัยประเมินผลระหว่างการดำเนินงาน (Formative Evaluation) ของการดำเนินงาน Long Term Care ผ่านกลไกกองทุนตำบลในพื้นที่นำร่องทุกแห่งของปีแรก (พ.ศ.2559) จำนวน 397 กองทุน ซึ่งพบว่า ปัญหาอุปสรรคสำคัญที่เป็นจุดถ่วงขัดข้องของการขับเคลื่อนนโยบายในระยะแรกเสนอให้หน่วยงานส่วนกลางมีการปรับปรุงอย่างเร่งด่วนทั้งด้านการกำหนดทิศทางนโยบายและการบูรณาการเชื่อมประสานการดำเนินงานนโยบาย 4 ประการ ได้แก่ (1) ด้านความชัดเจนของระเบียบการใช้งบ Long Term Care และ งบ อปท.ในการสนับสนุนการจัดบริการ Long Term Care โดยเฉพาะ ความสับสนในการเบิกจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งเวียนแนวทางปฏิบัติ เรื่องการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2559 ในอัตราที่ต่ำกว่าค่าครองชีพมากเพียง 300 บาทต่อคนต่อเดือน ทำให้ขาดความมั่นใจในการจัดบริการ และไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่มีการท้วงติงเรียกร้องให้ปรับปรุงใหม่ และ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกหนังสือแจ้งเวียนแนวทางใหม่เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2560 โดยเพิ่มเป็นอัตรา 600 บาทต่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายไม่เกิน 5 คนต่อเดือน และ อัตรา 1,500 บาทต่อการดูแลกลุ่มเป้าหมาย 5 คนขึ้นไปต่อเดือน ภายใต้การควบคุมกำกับของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ทำให้การขับเคลื่อนเป็นไปตามเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น (2) ขาดการบูรณาการและเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพในระดับส่วนกลาง โดยเฉพาะด้านการพัฒนากำลังคนที่ไม่เป็นระบบขั้นตอน ระหว่าง สปสช. กรมอนามัย



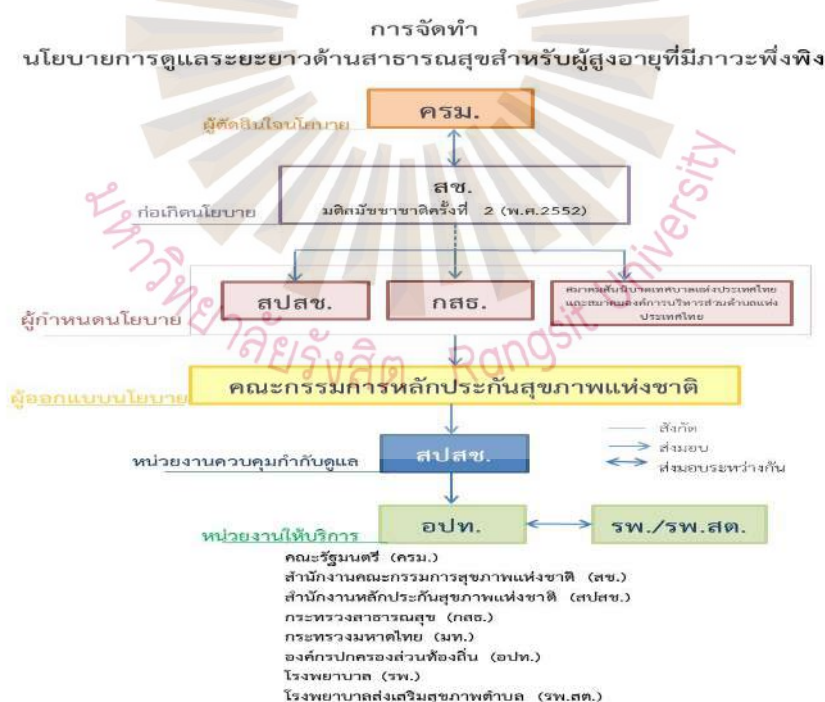
กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมถึงขาดการเชื่อมงานสหวิชาชีพในระดับพื้นที่ระหว่าง Long Term Care กับงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care: HHC) และศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Continuing Of Care Center: COC) (3) ข้อจำกัดด้านระบบและกลไกสนับสนุนจากระดับเขต จังหวัดและอำเภอ โดยเฉพาะการผลักดันสนับสนุนให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ Long Term Care และการพัฒนากลไกการทำงานร่วมกันในลักษณะภาคีเครือข่ายพันธมิตรให้มากขึ้นระหว่าง อปท.และหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) เข้ามามีบทบาทบูรณาการและสนับสนุนการทำงานของ CM เพิ่มมากขึ้น และ (4) ข้อจำกัดด้านความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เท่านั้น ทำให้ผลการดำเนินงานระบบ LTC ของปีงบประมาณ 2559 ครอบคลุมกลุ่มผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว ได้จำนวนร้อยละ 56-64 ซึ่งส่วนใหญ่ พบว่า เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง ติดบ้าน สมองเสื่อมและอยู่ในระยะประทับประคอง โดยเสนอแนะเชิงนโยบายว่า ไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะผู้สูงอายุ และควรขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนทุกสิทธิ์ เนื่องจากยังมีผู้มีภาวะพึ่งพิงจำนวนมากที่ไม่ใช่กลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบกับการให้บริการในชุมชนไม่สามารถเลือกปฏิบัติให้บริการเฉพาะบางสิทธิ์ได้ รวมถึงไม่เป็นการซ้ำซ้อนชุดสิทธิประโยชน์เพราะระบบ LTC ไม่จัดอยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม ซึ่งในระยะต่อมาปี พ.ศ.2563 พบว่า รัฐบาลมีการกำหนดนโยบายขยายผลด้านขอบเขตการเข้าถึงบริการแก่กลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มสิทธิ์และทุกกลุ่มวัย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2563 เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562 รวมถึงได้จัดทำคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563 เรื่อง การบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยสาระการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจากเดิมคือ การปรับขอบเขตบริการจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง และเพิ่มความครอบคลุมไปยังทุกสิทธิ์ และทุกกลุ่มอายุ รวมถึงปรับปรุงประกาศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนท้องถิ่นฯ โดยได้รับงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ 2563 เป็นเงินจำนวน 1,025.5560 ล้านบาท และ ต่อมาในปี พ.ศ.2564 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายเพิ่มอัตราค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติเห็นชอบในครั้งที่ 7 / 2563 เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2563 ซึ่งสาระสำคัญ คือ เป็นงบประมาณที่จัดสรรเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับประชาชนไทยทุกคนและทุกกลุ่มวัย และมีเป้าหมายให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึง ด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ซึ่ง สปสช.ได้จัดทำคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 ระบุถึงการได้รับงบประมาณจำนวน 838.0260 ล้านบาท โดยมีการปรับวิธีการจัดสรรเป็นเหมาจ่ายราย Case ผ่านกองทุนท้องถิ่น ตามเงื่อนไขที่กำหนดจากเดิม 5,000 บาท ต่อราย เป็น 6,000 บาทต่อราย และยกเลิกการจัดสรรให้หน่วยบริการประจำ ผู้วิจัยได้เรียบเรียงลำดับเหตุการณ์ในสาระสำคัญที่เกิดขึ้นของนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระดับส่วนกลาง ดังรูปที่ 2.4



รูปที่ 2.4 ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับส่วนกลาง  
ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559

จากที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการวิเคราะห์เพื่อแสดงให้เห็นว่า นโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกิดขึ้นจากมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบต่อข้อเสนอโยบายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในช่วงปี พ.ศ.2552 - 2553 ซึ่งผลักดันการขับเคลื่อนผ่านเครื่องมือสำคัญ คือ “บันทึกความร่วมมือ” ร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายใต้กำกับของรัฐด้านการบริหารจัดการ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และด้านการพัฒนาระบบการจัดบริการสาธารณสุข คือ กระทรวงสาธารณสุข และมีสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ร่วมลงนามเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบบูรณาการในพื้นที่ทั้งด้านการวางแผน ออกแบบ ตัดสินใจ นำไปปฏิบัติ และการประเมินผล ผู้วิจัยได้สรุปถึงตัวแสดงนโยบายของหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดทำนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่ ตั้งแต่ขั้นตอนการก่อเกิดนโยบาย การตัดสินใจนโยบายการกำหนดนโยบาย การออกแบบนโยบาย รวมถึงหน่วยงานควบคุมกำกับดูแล และหน่วยงานให้บริการ ดังรูปที่ 2.5



รูปที่ 2.5 การวิเคราะห์และสรุปหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่  
ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559

สรุปได้ว่า การก่อเกิดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย เกิดขึ้น จากการตัดสินใจของคณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2553 โดยให้ความเห็นชอบต่อ ข้อเสนอเชิงนโยบายในมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ.2552 เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งรูปธรรมของการกำหนดและออกแบบนโยบาย เพื่อผลักดันความร่วมมือให้เกิดการปฏิบัติตามนโยบายจากระดับส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่ ดำเนินการในปลายปี พ.ศ.2558 โดยมีการจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรผ่าน “บันทึกความร่วมมือ” 4 ฝ่าย ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข (กสช.) สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ซึ่งส่งผลให้ ต่อมาในปี พ.ศ.2559 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานตามนโยบาย และมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับส่วนกลาง และเขต ทำหน้าที่ควบคุมกำกับดูแลระบบการบริการ และพัฒนาระบบ รวมถึงสนับสนุนกระบวนการวิจัยและกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เพื่อสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบาย ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัด เพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบการตัดสินใจด้านบริหารจัดการงบประมาณ ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สะท้อนผลการวิจัยประเมินผลระหว่างการทำงาน (Formative Evaluation) ของการดำเนินงาน Long Term Care ผ่านกลไกกองทุนตำบลในพื้นที่นำร่องทุกแห่งของปีแรก (พ.ศ.2559) จำนวน 397 กองทุน ถึงปัญหาอุปสรรคสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วน 4 ประการ ได้แก่ (1) ความชัดเจนของระเบียบการใช้งบ Long Term Care โดยเฉพาะค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน (2) การบูรณาการและเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการพัฒนากำลังคน ระหว่าง สปสช. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (3) ข้อจำกัดด้านระบบและกลไกสนับสนุนจากระดับเขต จังหวัดและอำเภอ โดยเสนอให้คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) เข้ามามีบทบาทบูรณาการและสนับสนุนการทำงานของ CM เพิ่มมากขึ้น และ (4) ข้อจำกัดด้านความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เท่านั้น โดยเสนอให้ขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนทุกสิทธิ์ ซึ่งได้รับการปรับปรุงเพื่อแก้ไข ปัญหาและตอบสนองข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้ (1) ปี พ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงระเบียบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนการดูแลฯ และมีผลบังคับใช้ถึงปัจจุบันโดยปรับเพิ่มเป็นอัตรา 600 บาทต่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายไม่เกิน 5 คนต่อเดือน และ อัตรา 1,500 บาทต่อการดูแลกลุ่มเป้าหมาย 5 คนขึ้นไปต่อเดือน (2) ปี พ.ศ.2563 รัฐบาลกำหนดนโยบายขยายผลด้านขอบเขตการเข้าถึงบริการ

แก่กลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มสิทธิและทุกกลุ่มวัย รวมถึงปรับปรุงประกาศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนท้องถิ่นฯ โดยจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เป็นเงินจำนวน 1,025.5560 ล้านบาท (3) ปี พ.ศ.2564 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายเพิ่มอัตราค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ตามเงื่อนไขที่กำหนดจากเดิม 5,000 บาทต่อราย เป็น 6,000 บาทต่อราย และยกเลิกการจัดสรรให้หน่วยบริการประจำ ทั้งนี้จากการตรวจสอบเอกสาร ผู้วิจัย พบว่า สภาพปัญหาอุปสรรคหลายประการได้รับการตอบสนองจากรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไข ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบาย มีประสิทธิภาพมากขึ้น ยกเว้นข้อเสนอการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนจากระดับเขต จังหวัดและอำเภอ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ที่ยังไม่ปรากฏรูปธรรมการแก้ไขอย่างชัดเจน

เมื่อพิจารณาถึงอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496 และแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 50 (7) พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 และแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 66 และมาตรา 67 (6) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (10) โดยสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะภารกิจบริการสาธารณสุขแก่กลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คือ (1) การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาล (2) การส่งเสริมการพัฒนาศรี เด็กเยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ (3) การสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส (4) การป้องกันและระงับโรคติดต่อ และ (5) การจัดให้มีและบำรุงสถานที่ทำการพิทักษ์รักษาคนเจ็บไข้ (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, น. 1-2)

อย่างไรก็ตาม แม้กลไกที่ดำเนินการจะแตกต่างกัน แต่ต้องดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายเดียวกันตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ฉบับที่ 2 ซึ่งกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าดัชนีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับการตามชุดสิทธิประโยชน์ เป็นสี่กลุ่มจำแนกตาม Physical and Cognitive Functions โดยอัตราการจัดสรรที่จ่ายให้เป็นลักษณะเหมาจ่ายต่อ

คนต่อปีตามกลุ่ม คือ ไม่เกิน 4,000 บาทสำหรับกลุ่มพอช่วยตัวเองได้บ้างและไม่มีภาวะสับสนทางสมอง, 3,000-6,000 บาท สำหรับกลุ่มที่พอช่วยตัวเองได้บ้างและมีภาวะสับสนทางสมอง, 4,000-8,000 บาท สำหรับกลุ่มที่ช่วยตัวเองไม่ได้เลย, และ 5,000-10,000 บาทสำหรับกลุ่มที่ช่วยตัวเองไม่ได้เลยและมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งกำหนดตัวชี้วัดสัมฤทธิ์ผลการดำเนินงานสำหรับปีงบประมาณ 2559 ประกอบด้วย

1) ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicators) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ (1) มีระบบบริการ LTC ภายในในหน่วยบริการ (2) มีทีมหมอบรรเทาให้บริการ LTC เชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบ และ (3) มีการให้การสนับสนุนและติดตามประเมินการให้บริการ LTC ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicators) ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่ (1) การบริหารกองทุนฯ อยู่ในเกณฑ์ระดับดีอย่างต่อเนื่อง (2) มีการจัดตั้งและจัดบริการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (3) มีการทำงานและพัฒนาระบบบริการร่วมกับให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และ (4) มีข้อมูล มีแผนการให้บริการรายบุคคล และมีการจัดบริการเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์

3) ตัวชี้วัดด้านผลผลิต และผลลัพธ์ ได้แก่ (1) สัดส่วนผู้ช่วยเหลือเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย (2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสุขภาพ (3) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแล รายบุคคลที่มีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม (ตัวชี้วัดระดับพื้นที่)

## 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาอ้างอิงแนวคิด ทฤษฎี ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนวทางการพัฒนาบทบาทกระบวนการทำงานของตัวแสดงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ โดยแบ่งการนำเสนอ 2 ส่วน ประกอบด้วย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีรายละเอียดดังนี้

### 2.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติจากนักวิชาการต่าง ๆ ในมุมมองที่หลากหลายทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม โดยศึกษาค้นคว้าผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 จนถึง ปี พ.ศ.2563 รวมจำนวน 19 ผลงาน ซึ่งมีข้อค้นพบดังนี้

สุมิตรา เจิมพันธ์ (2552) ทำการศึกษา ความสำเร็จของการนำนโยบายประหยัดพลังงานไปปฏิบัติในภาคราชการ พบว่า ผลการวิจัยที่สำคัญมี 8 ประการ โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนา คือ เพื่อเพิ่มความสำเร็จ ทั้งระดับบุคคล ระดับกลุ่มงาน และความสำเร็จในภาพรวมของการนำนโยบายประหยัด พลังงานไปปฏิบัติในภาคการชารนั้น ผู้บริหารควรมีการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม โดยผู้ได้บังคับบัญชาสามารถเสนอวิธีใหม่ๆ ในการปรับปรุงหรือแก้ไข มีการทำงานอย่างมีอิสระ ตามสมควร และร่วมใจกันทำให้ความสำเร็จของการปฏิบัติตามนโยบายประหยัดพลังงาน เพิ่มขึ้น เช่น การออกมาตรการต่าง ๆ อีกทั้งเร่งรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ปฏิบัติตามเป้าหมายของนโยบายประหยัดพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) ศึกษาการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยทำการสังเคราะห์วิธีการ แนวทาง และตัวแบบการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมของประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย ควรเริ่มจากการแยกประเภท ของผู้รับบริการออกอย่างชัดเจน และกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพาเป็นกลุ่มหลัก ในการให้บริการ ซึ่งควรมีการบูรณาการในระดับท้องถิ่นเพื่อเสริมสร้างระบบการเข้าถึงบริการ ให้สามารถมีช่องทางเข้าถึงที่ง่าย สะดวก และหลากหลายวิธี มีการประเมินติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากครอบครัวผู้ใช้บริการเพื่อถอดบทเรียนและพัฒนามาตรฐานการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

รัชฎากร วินิจกุล (2554) ศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ : โครงการเขื่อนป่าสักชลสิทธิ์ พบว่า การสัมภาษณ์สอดคล้องกับการวิเคราะห์เอกสาร ความสำเร็จ ของโครงการเขื่อนป่าสักชลสิทธิ์ เกิดจากกระบวนการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้ง ผู้นำและเทคนิคได้ส่งผลทำให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัย ชี้ให้เห็นว่า ควรนำเสนอแนวทางในการดำเนินงานที่ดีที่สุดของ โครงการนี้เพิ่มเติมอีกกับ วิธีการอันเหมาะสมในการเผยแพร่แนว

พระราชดำริ โดยจัดลำดับเฉพาะกรณีสำคัญและ การนำไปใช้กับนโยบายสาธารณะที่มีความเหมาะสมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

เมธี ทรัพย์ประสพโชค (2554) ศึกษาการนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติ พบว่า ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติ คือ ความเสมอภาคของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมต่อการได้รับบริการการศึกษา หลักสูตรเหมาะสมและการนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย การจัดสรรทรัพยากรเพื่อการศึกษาและปัจจัยเอื้อพื้นฐานยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย ระบบการบริหาร จัดการภายในสถานศึกษายังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย การสร้างระบบเครือข่าย ในการดำเนินงานและการติดตามผลยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย ปัจจัยที่ส่งผลและมีอิทธิพล พบว่า ปัจจัยทั้ง 7 ปัจจัยมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติ และ ปัจจัยด้านนโยบายไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ แต่ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรค ต่อการดำเนินการ ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านทรัพยากร ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ผลการวิจัยข้อมูลเชิงปริมาณจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) จากเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน พบว่า ผลสัมฤทธิ์ของการนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรม เด็กและเยาวชนไปปฏิบัติทั้ง 5 มิติ อยู่ในเกณฑ์ดี สามารถสรุปได้ว่า ผลสัมฤทธิ์ของการ นำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติสามารถประสพผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ของนโยบายในเกณฑ์ดี ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) จากข้าราชการ และลูกจ้างในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติ โดยพิจารณาออกเป็น 7 ปัจจัย พบว่า ปัจจัยด้านนโยบาย ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร นั้นมีอิทธิพลต่อการนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติได้อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งส่งผลต่อการนำนโยบายไป ปฏิบัติให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ของนโยบายได้ในระดับดี ส่วนปัจจัยด้านทรัพยากร และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม นั้นมีอิทธิพลต่อการนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติได้อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ซึ่ง ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ของ



นโยบายได้ในระดับปานกลาง ผลการใช้เทคนิคการสกัดปัจจัย (Factor Analysis) เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติ นั้น สามารถจัดกลุ่มปัจจัยออกเป็น 9 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านงบประมาณและการจัดสรรทรัพยากร (2) ปัจจัยด้านการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในองค์กร ซึ่ง ประกอบไปด้วยข้อคำถามในแบบสอบถาม (3) ปัจจัยด้านนโยบายและการวางแผน (4) ปัจจัยด้านการสื่อสาร (5) ปัจจัยด้านสมรรถนะผู้นำของผู้บริหาร (6) ปัจจัยด้าน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และการเมือง (7) ปัจจัยด้านความผูกพันต่อองค์กร และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน (8) ปัจจัยด้าน โครงสร้างองค์กร และ (9) ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐและเอกชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผล ต่อผลสัมฤทธิ์ของการนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและ อบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 9 ปัจจัยที่ได้จากการสกัดปัจจัย นั้น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ของการนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติ นั้นมี 6 ปัจจัย คือ (1) ปัจจัยด้าน งบประมาณและการจัดสรรทรัพยากร (2) ปัจจัยด้านการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในองค์กร (3) ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร (4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และการเมือง (5) ปัจจัยด้าน โครงสร้างองค์กร และ (6) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

ศวิตา ประจวบแสง (2555) ศึกษากระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 พบว่า 1) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 ของกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค จะเริ่มจากการแปลงนโยบายเป็นแผนงานจากคำสั่งของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จัดสรรอำนาจหน้าที่ และกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบเพื่อประสานงานระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้งสื่อมวลชนและประชาชน 2) ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 ในภาพรวมและรายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด 3) ปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จต่อกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ในภาพรวมและรายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงทั้งหมด

หัตถญา พิมพ์สระเกษ (2555) ศึกษาการนำนโยบายป้องกันและควบคุมใช้หัวคนกไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรผู้นำนโยบายไปเป็นปัจจัยที่ส่งผลและมีความสำคัญในทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานอันดับหนึ่ง มีคะแนนเฉลี่ย 3.89 มีระดับคิดเห็นอยู่ในระดับ

มาก แสดงให้เห็นว่าปัจจัยผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีความสำคัญมากที่สุด รองลงมาคือ ปัจจัยความชัดเจนของนโยบาย ปัจจัยที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยทรัพยากร โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.81 มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง 4) หากวิเคราะห์ความสอดคล้องกันของผลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค และการวิเคราะห์ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า มีความสอดคล้องกัน คือ ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญกับปัจจัยความชัดเจนของนโยบาย และปัจจัยบุคลากรผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน จนกระทั่งสามารถขับเคลื่อนนโยบายให้ประสบความสำเร็จได้ในที่สุด

วารัญญา รังสิวานิชอรุณ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำยุทธศาสตร์พัฒนาพหุคูณนิสัยไปปฏิบัติ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเรือนจำ/ทัณฑสถานต่างกันมีความเห็นต่อปัจจัยด้านความชัดเจนของยุทธศาสตร์พัฒนาพหุคูณนิสัย และปัจจัยด้านจิตใจและทัศนคติของผู้ต้องขังไม่แตกต่างกัน ยกเว้นความเห็นต่อปัจจัยด้านความเพียงพอของทรัพยากรในหน่วยงาน ปัจจัยด้านความรู้ความสามารถและทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายนอกหน่วยงานที่แตกต่างกัน รวมทั้งผลของการนำยุทธศาสตร์พัฒนาพหุคูณนิสัยไปปฏิบัติก็แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2. ปัจจัยที่มีผลต่อการนำยุทธศาสตร์พัฒนาพหุคูณนิสัยไปปฏิบัติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยด้านความเพียงพอของทรัพยากรในหน่วยงาน ปัจจัยด้านความรู้ความสามารถและทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายนอกหน่วยงาน และปัจจัยด้านจิตใจและทัศนคติของผู้ต้องขัง ยกเว้นปัจจัยด้านความชัดเจนของยุทธศาสตร์พัฒนาพหุคูณนิสัยที่ไม่มีผลต่อการนำยุทธศาสตร์พัฒนาพหุคูณนิสัยไปปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งปัจจัยทั้ง 5 ตัวร่วมกันสามารถพยากรณ์ถึงการนำยุทธศาสตร์พัฒนาพหุคูณนิสัยไปปฏิบัติได้ร้อยละ 62.5

เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล (2555) ศึกษานโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ประการแรกพบว่า การวิเคราะห์ประเด็นเรื่องการก่อตัวของนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สามารถเข้าสู่วาระนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นไปตามกรอบ การวิเคราะห์สามกระแส ได้แก่ กระแสการเมือง กระแสตัวปัญหา กระแสนโยบาย และหน้าตาของนโยบายตามตัวแบบของคิงด็อน (John W.Kingdon) ประการที่สองพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปปฏิบัติ เรียงตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ คือ 1) ภาวะผู้นำ 2) ทรัพยากรนโยบาย 3) การบริหารจัดการ 4) ความต้องการของผู้สูงอายุ 5) ความ

ร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประการที่สามพบว่า ผลกระทบในด้านบวก คือ การนำนโยบาย การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปปฏิบัติจะทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้นทั้งทางสุขภาพร่างกาย จิตใจและรายได้ ผลกระทบในด้านลบ คือ ปัญหาด้านความจำกัดของงบประมาณ การขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องผู้สูงอายุของบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการมีบุคลากร จำนวนน้อยไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึง ประการที่สี่พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสบความสำเร็จในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และควรปรับปรุงการนำนโยบายไปปฏิบัติหลายด้าน ได้แก่ งานด้านงบประมาณ การบริหารบุคลากร การจัดทำฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ และการจัดให้มีเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ

ประภา นัครา (2556) ศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การนำนโยบายควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ไปปฏิบัติในเมืองท่องเที่ยวภูเก็ต พบว่า กระบวนการนำนโยบายควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ไปปฏิบัติในเมืองท่องเที่ยวภูเก็ตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.45 รูปแบบ ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุต่อกระบวนการนำนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไป ปฏิบัติ มีความกลมกลืนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าดัชนีวัด ความกลมกลืน(GFI) เท่ากับ 0.94 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว(AGFI) เท่ากับ 0.91 และค่าดัชนี (RMR) มีค่าเท่ากับ 0.04 และ Relative chi - square เท่ากับ 1.31 ปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งทางตรงและอ้อมที่ส่งผลต่อ กระบวนการนำนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปปฏิบัติมี 4 ปัจจัย คือ เศรษฐกิจ กำหนด ภารกิจและมอบหมาย ศักยภาพหน่วยปฏิบัติ และการประชาสัมพันธ์ ผลลัพธ์การนำนโยบาย ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปปฏิบัติในกลุ่มประชาชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 3.28 และ ระดับผลลัพธ์การนำนโยบายไปปฏิบัติในกลุ่ม สถานประกอบการมีค่าเฉลี่ยระดับดีค่าเท่ากับ 4.06 ปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งทางตรงและอ้อมที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การนำนโยบายควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ไปปฏิบัติในเมืองท่องเที่ยวภูเก็ตในกลุ่มประชาชนและกลุ่มสถานประกอบการมีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ เศรษฐกิจ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ทักษะคิด การรับรู้ และความพึงพอใจ ปัญหา อุปสรรคการนำนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปปฏิบัติในเมืองท่องเที่ยวภูเก็ต 1. เจ้าหน้าที่ ขาดความจริงจังบังคับใช้กฎหมาย ผู้บริหารไม่จริงจังเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัว ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ ปฏิบัติไม่กล้าที่จะปฏิบัติงานอย่างจริงจัง 2. การมอบหมายภาระหน้าที่ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ไม่ชัดเจน มอบหมาย เชิงหลักการ โดยตำแหน่ง ขาดการติดตามประเมินผล 3. มีผลประโยชน์แอบแฝงตั้งแต่ระดับการเมือง การเมืองท้องถิ่น นักการเมืองระดับท้องถิ่นเป็นเครือข่าย เอเยนต์ของ บริษัทผู้ผลิตผู้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีพลังในการต่อรองกับผู้บริหารระดับสูง 4. โทษปรับต่ำ ทำให้สถานประกอบการไม่เกรงกลัวกฎหมาย 5. ผลกระทบกับเมืองท่องเที่ยว ทำให้นักท่องเที่ยวไม่

พอใจ สถานประกอบการ มีรายได้ลดลง 6. สถานประกอบการมีอิทธิพล และมีพลังต่อรองไม่ต้องรับโทษในกรณีละเมิดกฎหมาย หากเป็นร้านขนาดเล็ก จะมีบริษัทแม่ดูแลจ่ายค่าปรับหรือต่อรองให้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 1. สร้างการมีส่วนร่วม และสร้างจิตสำนึกแห่งความรับผิดชอบร่วมกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนส่งเสริมให้ภาคส่วนประชาชนมีส่วนร่วมทำหน้าที่ตรวจสอบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายและตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐ 2. พัฒนาตัวบทกฎหมายให้มีความสอดคล้องชัดเจน เหมาะสม ทันสมัย กับสภาพแวดล้อมความเป็นเมืองท่องเที่ยว ปรับปรุงโทษสำหรับผู้ทีละเมิดกฎหมายให้หนักขึ้นและสูงขึ้น 3. ตั้งหน่วยเฉพาะกิจ เพื่อออกบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วทั้งประเทศ 4. กำหนดแบ่งจุดบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ชัดเจน หรือจัดโซนนิ่งสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5. เจ้าหน้าที่ควรจะต้องบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง 6. สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและปฏิบัติตามนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 7. จัดทำสื่อ และประชาสัมพันธ์เชิงรุกอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 1. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบและแนวปฏิบัติการจัดโซนนิ่ง ในเมืองท่องเที่ยวภูเก็ตทั้งข้อดี ข้อเสียและผลกระทบที่เกิดขึ้นและความเป็นไปได้ 2. ศึกษาลักษณะภาวะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปปฏิบัติ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ เทศบาลหรือระดับท้องถิ่น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาภาวะผู้นำให้สามารถใช้เทคนิคการบริหารเพื่อให้เกิดกระบวนการนำนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับการพัฒนาเมืองท่องเที่ยว 3. ศึกษาและพัฒนาารูปแบบการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปปฏิบัติ

สุรวิทย์ คนสมบูรณ์ (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการใช้ไบโอ-เอทานอลเป็นพลังงานทดแทนในประเทศไทยไปปฏิบัติ พบว่า ในภาพรวมผลการนำนโยบายการใช้ไบโอ-เอทานอลเป็น พลังงานทดแทนในประเทศไทยไปปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยในการนำนโยบาย ไปปฏิบัติในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการนำนโยบายการใช้ไบโอ-เอทานอลเป็นพลังงานทดแทนในประเทศไทยไปปฏิบัติเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ปัจจัยด้านสมรรถนะของ หน่วยงาน ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ปัจจัยด้านความเป็นไปได้ทางการเมือง ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ และปัจจัยด้านนโยบาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการนำนโยบายการใช้ไบโอ-เอทานอล เป็นพลังงานทดแทนในประเทศไทยไปปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบาย ปัจจัยด้านสมรรถนะของหน่วยงาน ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน และปัจจัยด้านความเป็นไปได้ทางการเมือง ดังนั้นรูปแบบประสิทธิผลการนำนโยบายการใช้ไบโอ-เอทานอล เป็นพลังงานทดแทนในประเทศไทยไปปฏิบัติที่พบ

สุภาพ ชุมรัมย์ (2556) ศึกษาการนำนโยบายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการไปสู่การปฏิบัติในประเทศไทย พบว่า 1. การนำนโยบายว่าด้วยคนพิการสู่การปฏิบัติโดยกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ส่วนใหญ่ต้องดำเนินไปตามระบบและระเบียบราชการ แต่การได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะด้านการจัดสรรงบประมาณ และการยกระดับสถานภาพของข้าราชการผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีอำนาจสั่งการสูงขึ้น 2. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่ได้ผลดีขึ้นอยู่กับทักษะในบริหารภายในหน่วยงาน ของกระทรวงเอง และความสามารถในการร่วมมือประสานงานกับกระทรวง ทบวง กรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกับองค์การภาคเอกชนและตัวคนพิการ 3. กลไกของระบบราชการให้ความสำคัญกับสายการบังคับบัญชา และระเบียบ กฎเกณฑ์ละเอียด ผู้รับผิดชอบในด้านการปฏิบัติจึงมักต้องใช้ดุลยพินิจในการหาทางแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้าให้ลุล่วงไปได้ ภายในขอบเขตที่ไม่ละเมิดกฎหมาย 4. การวิจัย พบว่า สืบเนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ คือ ทรัพยากรบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการทำตามกำหนดเวลา ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องใช้วิธีการ แล้วแต่เหมาะสมของตนเองในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและมีการนำเสนอให้ หน่วยเหนือทราบเพื่อหาทางปรับปรุงในโอกาสต่อไป 5. ความพยายามในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ แม้มีอุปสรรคบางประการ แต่ภาพรวมคือ ผลลัพธ์อยู่ในด้านบวก ดังตัวอย่างได้แก่ การมีจำนวนผู้ได้เข้าลงทะเบียน อย่างเป็นทางการว่า “เป็นคนพิการ” ประเภทต่าง ๆ ซึ่งทำให้มีสิทธิในการได้รับบริการ ต่าง ๆ อันเป็นผลให้มีมาตรฐาน คุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

อลงกต แพนสนิท (2557) ศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติตามหลักธรรมาภิบาลของราชการส่วนภูมิภาค ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผลการศึกษาโดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการนำหลัก ธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ได้แก่ ปัญหาด้านบุคลากร ปัญหาจากระบบ อุปถัมภ์ในองค์กร ปัญหาด้านการขาดแคลนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ปัญหาด้านการกระจายอำนาจ ปัญหาด้านโครงสร้าง และปัญหาด้านสถานที่ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในราชการส่วนภูมิภาคส่วนใหญ่จะ ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่ขัดขวางการดำเนินงานภายในองค์กรของตน แต่ทุกท่านที่มีทัศนคติ ที่ดีโดยเห็นว่า หากปฏิบัติตามหลักธรรมาภิบาลได้ก็จะเกิดแนวทางที่ดีเพื่อแก้ไขปัญหาและ อุปสรรคต่าง ๆ ดังกล่าวต่อไปในอนาคต

พรศิริ สมจอมชาญ (2558) ศึกษาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรไปปฏิบัติของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า 1) ระดับสมรรถนะภายในของ

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรไปปฏิบัติในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ( $=3.53$ , S.D.= 0.29) 2) ระดับ ผลสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรไปปฏิบัติของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ( $=3.59$ , SD= 0.28) 3) สมรรถนะภายในของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการนำนโยบายการดูแล ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ( $r = 446$ ,  $p < .000$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านโครงสร้าง ความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ( $r = 522$ ,  $p = .000$ ) รองลงมาคือ ด้านสถานที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง( $r = 415$ , $p = .000$ ) และด้านที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดคือ ด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ( $r = 197$ ,  $p < .004$ ) 4) สมรรถนะภายในของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีอิทธิพลต่อผลสำเร็จ ในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรไปปฏิบัติ พบว่า สมรรถนะภายในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ด้าน โครงสร้าง ด้านสถานที่ และด้านวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือและเครื่องใช้ ( $F=36.383$ ,  $p < .000$ ) มีอิทธิพลต่อผลสำเร็จ ในการนำ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรไปปฏิบัติ โดยสามารถอธิบายความผันแปรของผลสำเร็จ ในการนำ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรไปปฏิบัติได้ร้อยละ 34.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $R = .341$ ,  $R = 332$ ) และสมรรถนะภายในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ที่สามารถอธิบายความผันแปรของผลสำเร็จในการนำ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรไปปฏิบัติได้ดีที่สุด ได้แก่ ด้าน โครงสร้าง (B-379) ด้านสถานที่ (B-198) และด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ (B-185) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริพันธ์ หล่อตระกูล (2558) ศึกษารูปแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า 1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วน จังหวัดกาฬสินธุ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมาก 6 ด้าน เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อยได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมภายนอก (การเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี) ด้านการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย ด้านมาตรการการควบคุมประเมินผล ด้านลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไป ปฏิบัติ และ ด้านสมรรถนะขององค์การ) 2) ความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมาก 1 ด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง 5 ด้าน เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อยได้แก่ ด้านการพัฒนาคนและสังคม ด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและส่งเสริมการท่องเที่ยว ด้านการส่งเสริมพัฒนาเกษตรกรรม และ ภูมิปัญญา

ท้องถิ่น ด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ด้านการพัฒนาองค์กรและพัฒนาการศึกษา ท้องถิ่น และด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด 3) สมการพหุคูณเพื่ออธิบายปัจจัยที่ส่งผลการนำนโยบายไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ จากการวิจัยเชิงปริมาณคือ ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย ด้าน ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และด้านสมรรถนะขององค์การ สามารถทำนายผลได้ร้อยละ 72.8 ดังนั้นสมการทำนายเขียนได้ ดังนี้  $Y = 1.089 + 556X + 203X_1 + 16IX_2$  4) รูปแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ จากการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ คือ 1) ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย 2) ด้านลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ 3) ด้านสมรรถนะขององค์การ และ 4) ด้านการติดตาม ควบคุม และประเมินผล และ 5) ข้อเสนอแนะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีค่าความถี่สูงสุดแต่ละด้าน ปรากฏ ดังนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรจัดอบรมความรู้เรื่องนโยบายสาธารณะให้กับ นักการเมืองท้องถิ่นและผู้นำชุมชน หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ควรมีความพร้อมด้าน บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และมีการบริหารจัดการที่ทันสมัย ควรมีระบบการประสานงานที่เป็นระบบและชัดเจน ควรปรับ โครงสร้างขององค์การให้เหมาะกับงานที่ปรับเปลี่ยน เช่น ด้านการศึกษา ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติงานจากความคิดเห็นจาก ประชาชน และควรนำปัจจัยด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ประกอบการ กำหนดนโยบาย

ปิยาณี กปิตถย์ (2562) ศึกษาการนำนโยบายแรงงานต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว พบว่า 1) ผลการศึกษาการนำนโยบายแรงงานต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาไปปฏิบัติในพื้นที่ จังหวัดสระแก้ว พบว่า สระสำคัญของนโยบาย ยุทธศาสตร์ รัฐบาลไทยต้องการใช้แรงงานต่างด้าว เข้ามาจดทะเบียนให้ถูกต้อง เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบการ สถานประกอบการ และแรงงานต่างด้าวเอง และแนวทางการปฏิบัติงานของกระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงกลาโหม ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนมากขึ้น แต่แนวทางปฏิบัติยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับเจ้าหน้าที่ผู้นำนโยบาย แรงงานต่างด้าวไปปฏิบัติ มีความเห็นว่า วัตถุประสงค์และเป้าหมายนโยบาย ๆ โดยให้ความสำคัญไปที่วัตถุประสงค์ของนโยบายต้องมีความชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้ และเห็นด้วยในระดับมากต่อการกำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรม โดยให้ความสำคัญไปที่ หน่วยงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสามารถนำนโยบาย ยุทธศาสตร์ไปวางแผน ผู้การปฏิบัติได้ ตามลำดับ 2) ผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการนำนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับแรงงาน ต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว พบว่า แนวทางการปฏิบัติงาน ของกระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงกลาโหม ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนมากขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับนโยบายไปปฏิบัติร่วมมือให้ข้อมูล สนธิกำลัง ทั้งด้านการข่าวและด้านการปฏิบัติกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่น ทหาร, ตำรวจภูธร, ตำรวจตระเวนชายแดน, ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง, กำนันผู้ใหญ่บ้าน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้ตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายตามนโยบาย ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ประมาณ 60-70 3) ผลการศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของนโยบาย ยุทธศาสตร์ พบว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับปัจจัยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะการประสานความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการป้องกันปราบปรามแรงงานต่างด้าว แต่แนวทางปฏิบัติยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มีความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยน้อยต่อการประสานความร่วมมือของหน่วยงาน และ 4) ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการนำนโยบายแรงงานต่างด้าว สัญชาติกัมพูชาไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว พบว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติสามารถกระทำ ได้ปานกลาง เนื่องจากแนวปฏิบัติที่ยังไม่เป็นไปตามทิศทางเดียวกัน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้ จัดประชุมแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกัน ความไม่เพียงพอของอัตรากำลังพลในการปฏิบัติงาน และงบประมาณที่ได้รับที่จะช่วยสนับสนุนให้การปฏิบัติงานป้องกันปราบปรามแรงงานต่างด้าว ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน อีกทั้งเกิดจากนโยบายมีการปรับเปลี่ยนไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ประกอบการมีทัศนคติเชิงลบต่อนโยบาย ฯ

วรรณวนัช บุรณาม (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการรักษาความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงของเมืองพัทยาไปปฏิบัติ พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการรักษาความสงบเรียบร้อย และความมั่นคงของเมืองพัทยา พบว่า เจ้าหน้าที่เทศกิจของเมืองพัทยา ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มี ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการรักษาความสงบเรียบร้อยและความ มั่นคงของเมืองพัทยา ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีรายด้านที่มีระดับ ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก 4 ประเด็น สามารถเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ด้าน โครงสร้างองค์กร รองลงมาคือด้านทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ด้านความชัดเจนของนโยบาย และด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ ตามลำดับ และมีรายด้านที่อยู่ในระดับปานกลางอีก 1 ประเด็น ได้แก่ ด้านการจัดการทรัพยากร 2) ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า เจ้าหน้าที่เทศกิจของเมืองพัทยา ที่มีเพศ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพการสมรส อายุงาน และประเภทการทำงานต่างกัน มีความ คิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการรักษาความสงบเรียบร้อยและ



ความมั่นคงของ เมืองพัทยา แตกต่างกัน และ 3) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการ ปรับปรุงการนำนโยบายการรักษาความสงบและความปลอดภัยในเมืองพัทยา ไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ พบว่า เจ้าหน้าที่เทศกิจเมืองพัทยามีความคิดเห็นต่อประเด็นเรื่อง บุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ในนโยบายการรักษาความสงบและความปลอดภัยในเมือง พัทยา มากที่สุด รองลงมาคือประเด็นเรื่อง นโยบายการรักษาความสงบและความปลอดภัยในเมือง พัทยา ยังมีความไม่ชัดเจน โดยเฉพาะแนวทางใน การปฏิบัติงานที่ซับซ้อน

ชมพูนุช หุ่นนาค (2562) ศึกษาการนำนโยบายการทวงคืนพื้นที่ป่าไปปฏิบัติ ศึกษาพื้นที่ป่า ชายเลนภาคกลางในประเทศไทย พบว่า นโยบายสามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาในพื้นที่ได้จริง เนื่องจากสามารถทวงคืนผืนป่ากลับคืนมาได้จำนวนมาก แต่นโยบายมีปัญหาในทางปฏิบัติหลาย ส่วน เช่น งบประมาณในการฟื้นฟูผืนป่าไม่เพียงพอ การสื่อสารจากล่างขึ้นบนล่าช้า มติ คณะรัฐมนตรีมีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน และรูปแบบการนำนโยบายทวงคืนผืนป่าไปปฏิบัติที่เหมาะสมกับ บริบทของพื้นที่ป่าชายเลนนอกจากปัจจัยหลัก 6 ประการ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ของนโยบาย 2) ทรัพยากรของนโยบาย 3) การสื่อสารและการบังคับใช้ 4) ลักษณะของหน่วยปฏิบัติ 5) สภาพหรือ เงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม และ 6) ทักษะและความร่วมมือของผู้นำนโยบายไป ปฏิบัติ ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Van Meter & Van Horn และ Pressman & Wildavsky แล้ว ผู้วิจัย พบว่ามีปัจจัยเงื่อนไขเวลาในการดำเนินนโยบาย การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม รวมถึงปัจจัย สภาพหรือเงื่อนไขทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมด้วย ส่วนข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ที่สำคัญประเด็นหนึ่ง คือ รัฐเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการจัดการ ทรัพยากรร่วมให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

กันตนา มาใหญ่ (2562) ศึกษารูปแบบการนำนโยบายการศึกษาปฐมวัยไปปฏิบัติของศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชลบุรี พบว่า 1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชลบุรีที่สังกัดเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การ บริหารส่วนตำบลต่างให้การยอมรับนโยบายการศึกษาปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่กำหนดมา จากกรม ฯ เนื่องจากเห็นว่าเป็นนโยบายที่มีความสำคัญและตรงกับเป้าหมายของหน่วยงาน ผู้บริหาร และบุคลากรทางการศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้มีการปรับกระบวนการทำงานเพื่อให้สามารถ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปกครอง สร้างความปลอดภัยและคุณภาพของเด็กในหลายกรณี ส่งผลให้ผู้ปกครองและชุมชนมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นอย่างมาก 2) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ข้อค้นพบรูปแบบการนำนโยบายการศึกษาปฐมวัยไปปฏิบัติของศูนย์

พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชลบุรี ประกอบไปด้วยปัจจัย 7 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านการมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินนโยบายเฉพาะ การมีมาตรฐานในการสร้างความร่วมมือกับเครือข่าย การที่ชุมชนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการจัดการศึกษา การจัดสรรงบประมาณ การกระจายอำนาจ การจัดการศึกษา กฏระเบียบชัดเจน และกลไกขับเคลื่อนนโยบาย เป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกระบวนการการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมและชัดเจน

3) ปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายการศึกษาปฐมวัยไปปฏิบัติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ บุคลากรไม่พอ อาคารสถานที่ยังไม่ได้มาตรฐาน ปัญหาเรื่องการบริหารจัดการเอกสาร ทัศนคติของผู้ปกครอง จำนวนเด็กเกินและนโยบายด้านการจัดการศึกษาปฐมวัยมีความซ้ำซ้อน และข้อเสนอแนะการนำนโยบายการศึกษาปฐมวัยไปปฏิบัติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย การเข้าไปมีส่วนร่วมของฝ่ายบริหาร ในกรณีที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนสังกัด สพฐ. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรพิจารณาย้ายศูนย์แยกออกมาเป็นเอกเทศ การพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาชีพ การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานทางการศึกษาระดับอุดมศึกษา พัฒนาคณาจารย์อย่างต่อเนื่อง ควรมีการจัดอบรมเรื่องการดูแลเด็กพิเศษ ปรับปรุงมาตรฐานและตัวชี้วัด

วิจิตรา กุสุมภ์ และ สติศย์ นิยมญาติ (2563) ศึกษาประสิทธิผลการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ประสิทธิภาพของการบริหารนโยบายอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่อยู่ในระดับดีคือ การบริการสุขภาพ และการได้รับเบี้ยยังชีพตรงเวลา มีอุปสรรคในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย การเบิกจ่ายงบประมาณ กิจกรรมทางสังคม การเรียนรู้ ฝึกอาชีพ แนวคิดทฤษฎีฐานรากสู่ความสำเร็จของนโยบายมี 4 ปัจจัย 1) การปรับปรุงนโยบาย กฎหมาย และกระจายอำนาจ 2) สร้างเครือข่ายและประสานงาน 3) พัฒนาฐานข้อมูล 4) พัฒนาศักยภาพผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คุณภาพชีวิตในระดับดี และประสิทธิผลของนโยบายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $r=.262, p>.05$ )

### 2.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เป็นงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเลือกศึกษาเฉพาะผลงานวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลัง ที่มีการนำนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 – พ.ศ.2563 รวมจำนวน 19 ผลงาน โดยมีข้อค้นพบ ดังนี้

วสันต์ วิเชียร (2559) ศึกษาหลักการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน พบว่า ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ หน่วยงานมีการทำงานแยกส่วนทำให้มีความซ้ำซ้อนของการบริการหรือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรมีการกำหนดรูปแบบการดูแลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และโดยแบ่งการดูแลเป็นเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลแบบประคับประคอง

ชวลิต สวัสดิ์ผล ธวัชชัย เฟื่องพิณีจ อัครเดช เสนานิกรณ์ และ วารี ศรีสุรพล (2560) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่า บทบาทของชุมชนท้องถิ่นคือการเยี่ยมบ้านและดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้วยญาติ เพื่อนบ้านใกล้เคียง ผู้นำ อสม. องค์กรในชุมชน อบต.และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ โดยผสมผสานทุนทางสังคมและสวัสดิการมาช่วยเหลือ แต่ยังสามารถในวงแคบไม่ถึงถึงและไม่ต่อเนื่อง

รัตนานภิศ พละศึก (2560) ศึกษาตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวด้านค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล การตอบสนองการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บทบาทของผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทุกด้าน .ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเป็นกระบวนการเชิงระบบ คือ S-A-M-E-E Model ประกอบด้วย -การค้นหาความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ -การประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ -การจัดการ -การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ -การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีข้อเสนอว่าสมาชิกในครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสุขภาพ แกนนำชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลไกกองทุนตำบลและ อบต. เป็นกลไกที่เหมาะสมในการบริหารจัดการงบ LTC แต่ยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และศักยภาพในการบริหารจัดการ ซึ่งไม่มีแผนยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพท้องถิ่นและชุมชน มีการจัดบริการระบบการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องแต่มีข้อจำกัดด้านการขาดความมั่นใจ

ในระเบียบการใช้งบประมาณทั้งในส่วนของหน่วยบริการและหน่วย อปท. รวมถึงข้อจำกัดด้าน กลุ่มเป้าหมายที่ให้สิทธิเฉพาะผู้สูงอายุภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ในบางพื้นที่ ขาดกระบวนการประชุมหารือกับภาคีเครือข่ายต่างๆ และญาติ (Case Conference) เพื่อจัดทำ แผนการดูแลเฉพาะราย (Individual Care Plan) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของการบูรณาการการทำงาน ของภาคส่วนต่าง ๆ ให้ต่อเนื่อง เชื่อมโยงสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และให้ข้อเสนอแนะถึงหน่วยงาน ส่วนกลางว่าควรกำหนดทิศทาง นโยบายและการบูรณาการเชื่อมประสานการดำเนินงานที่ชัดเจน ของระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณและงบประมาณท้องถิ่น การประสานงานร่วมกันในระดับพื้นที่ การ ผลักดันให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสามารถจัดบริการให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมาก ขึ้น รวมถึงการเพิ่มช่องทางการสื่อสารมากกว่าการจัดประชุมและหนังสือเวียน การเพิ่มกลไกระดับ อำเภอให้มีระบบการจัดการในภาพรวมและทำหน้าที่บูรณาการสนับสนุนการทำงานของผู้จัดการ ระบบและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนควรมีการขยายกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มสิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล ให้ครอบคลุมผู้มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดไม่จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุและสิทธิ UC

สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์ (2560) ศึกษาการจัดการทรัพยากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0 พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เกิดสุขภาวะนั้น ต้องการความ พร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะและมีความสามารถจัดการทรัพยากรด้านต่างๆ ได้เหมาะสม รวมถึงการ จัดหาอุปกรณ์ของเครื่องใช้และการบำรุงรักษา และจัดสรรเวลาให้สมดุลระหว่างเวลาการดูแลกับ เวลาส่วนตัว จากผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ทูนของชุมชนและการได้รับสิทธิประโยชน์และ สวัสดิการทั้งจากภาครัฐและเอกชนอย่างเข้าถึงและเท่าเทียม

สุมิตรา วิชา (2560) ศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านและกลุ่มติดเตียง พบว่า รูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงฯ มี 5 องค์ประกอบ 1)การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของ ญาติผู้ดูแล 2)การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3)การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแล ต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี 4)การกำหนดคน นโยบาย แผนงาน โครงการและ งบประมาณ 5)การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อเสนอว่าควรมีการ สนับสนุนส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการประเมินและดูแล โดยการมีส่วนร่วมของคน ในชุมชน หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนให้เป็นรูปธรรมแบบบูรณาการที่ต่อเนื่องและลดความ ซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ รวมถึงทรัพยากร ตลอดจนมีการพัฒนาระบบสารสนเทศและนำ เทคโนโลยีใหม่ๆมาใช้ประกอบการดูแล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และคณะ (2560) ศึกษานโยบายสาธารณะกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามนโยบายของรัฐบาลในช่วงระยะเวลาเกือบ 2 ปี พบว่ายังไม่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายและมีแนวโน้มจะมีความยากลำบากในการขับเคลื่อน การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถตอบสนองปัญหาการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวภายใต้กระบวนการรับฟังข้อมูลรอบด้าน มีความสำคัญสำหรับการตัดสินใจในการพัฒนาปรับปรุงนโยบายให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทต่อไป

กิริติ กิจธีระวุฒิมงษ์ และ นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ (2561) ศึกษาทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่า การวางแผนกำลังคนผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอ เหมาะสมกับความจำเป็นทางสุขภาพ โดยควรมีการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลทั้งบริการด้านสาธารณสุขและด้านสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่ กำหนดคุณสมบัติให้เหมาะสม หลักสูตรที่ฝึกอบรมควรมีการจัดตามความจำเป็นของบริการคู่ขนานกับหลักสูตรของหน่วยงานพื้นที่ใช้ และภายหลังการอบรมควรมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะวิธีการใหม่ๆ โดยจัดอภิปราย การจัดการสอน การวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างสมรรถของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ รวมถึงพัฒนาการทำงานร่วมกันของหน่วยงานหลักในระดับอำเภอ

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และยุวดี รอดจากภัย (2561) ศึกษาสุขภาวะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านการยอมรับนับถือตนเอง บุคคลร่วมอาศัย ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะครอบครัว การมีส่วนร่วมกับชุมชน และการรับรู้สภาพร่างกายของตนเอง มีผลทำนายสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยเสนอว่าควรสนับสนุนให้ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชนให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดการยอมรับนับถือตนเองเพื่อส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดีสืบไป

งามเนตร เอี่ยมนาคะ (2561) ศึกษานโยบายบูรณาการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย พบว่า ปัญหาการขาดแคลนโครงสร้างกำลังคนและการสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพจากครอบครัว ชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ขาดการวิเคราะห์ความต้องการการบริการแต่ละระดับ โดยเฉพาะด้านการจัดบริการด้านการฟื้นฟูสภาพ ขาดการกำหนดมาตรฐานและแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุแต่

ละกลุ่มอายุและเหมาะสมกับโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนกับภาวะทุพพลภาพหรือพิการทางร่างกาย ขาดการจัดสรรงบประมาณระบบสวัสดิการและหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและยั่งยืน รวมถึงขาดการพัฒนาและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยข้อเสนอการขับเคลื่อนนโยบายเชิงกลยุทธ์เพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติประกอบด้วย 9 ประการ ได้แก่ 1) เตรียมความพร้อมบุคลากรบริการและผู้ให้การดูแล 2) เพิ่มหรือขยายปัจจัยอำนวยความสะดวกด้าน การดูแลระยะยาวให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน 3) ส่งเสริมบทบาทภาคประชาสังคมทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ ให้มีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว 4) เพิ่มงบประมาณภาครัฐเพื่อการลงทุนเชิงโครงสร้าง 5) สร้างกลไกเชื่อมโยงความร่วมมือรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างรัฐบาลกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6) ประเมินความต้องการได้รับบริการดูแลระยะยาว (Need Assessment) ก่อนจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ 7) เพิ่มประสิทธิภาพกลไกการจัดบริการ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม 8) จัดการโครงสร้างของระบบการดูแลระยะยาวภายใต้ นโยบายผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการยุทธศาสตร์ แผนงานและกิจกรรมระหว่างส่วนราชการและภาคส่วนต่างๆ ในสังคม (Organizing Cross-Department Groups of Long Term Care) และ 9) บริหารจัดการผลประโยชน์เชิงนโยบายด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ให้เป็นไปตามหลักการ (Mutual Benefits of Interest).

ธีรณรงค์ สกกุลศรี (2561) ศึกษากระบวนการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ด้านการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม พบว่า ภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทผูกขาดการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยรัฐควรเพิ่มบทบาทในการดึงภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการผู้สูงอายุและมีองค์กรกลางเป็นผู้ประสานงานเพื่อระดมทุน ให้ทุนดำเนินงาน โครงการหรือจ่ายค่าตอบแทนเมื่อโครงการประสบความสำเร็จ และสนับสนุนมาตรการการประกอบธุรกิจขนาดกลางและเล็กที่ให้บริการตรงถึงบ้านผู้สูงอายุ เช่น จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูร่างกายด้านกายภาพบำบัดและออกกำลังกาย การดำเนินงาน โรงเรียนผู้สูงอายุ

ปารัชชญาณ์ วงษ์ไตรรักษ์ (2561) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัวมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยอมรับการเป็นผู้ดูแล คือ มีการตัดสินใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก มีการประเมินตนเองและเศรษฐกิจของผู้ดูแล มีการจัดการตนเอง มีผลตอบแทนที่ตนเองได้รับจากการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก 2) การปรับตัวและการพัฒนาของผู้ดูแลหลักในด้านการเรียนรู้ การลงมือปฏิบัติ การปรับปรุงพัฒนา และการประเมินผล 3) ระยะ คือ ระยะเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้านหลังจากพักรักษา

ตัวที่โรงพยาบาล ระยะที่การดูแลที่บ้านและระยะ การพัฒนาและการดูแลที่ต่อเนื่อง และ 3) การเฝ้าอาหารจากชุมชน คือ เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน ทีมสุขภาพในชุมชน (ทีมหมอครอบครัว อสม. ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ) องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น มีการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ภาสกร สวนเรือง (2561) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบาย คือ 1) มุ่งองค์ความรู้และทักษะต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นจากการฝึกอบรมตามกิจกรรมประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพ การดูแลเรื่อง สุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้อายุ 2) มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยมีระบบพี่เลี้ยงและ บัณฑิต 3) มีรูปแบบในการทำงานที่ชัดเจนขึ้นเห็นได้ชัดจากการทำงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ รายบุคคล (Care Plans) ที่สอดคล้องความต้องการแต่ละราย

ลินดา ฐีเอียง (2561) ศึกษารูปแบบความต้องการการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีการบริการที่เอื้อต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ให้การดูแลเกี่ยวกับ โรคประจำตัว รวมทั้งการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ออกเยี่ยมบ้าน ภาครัฐควร สนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลในภาวะพึ่งพิงและญาติด้านองค์ความรู้ เพราะเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและควร เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

สรวงสุดา เจริญวงศ์ (2561) ได้ศึกษาสถานการณ์การดูแลและความต้องการการดูแลระยะ ยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ของไทย พบว่า 1.จุดเปลี่ยนของ ผู้สูงอายุที่นำสู่ภาวะพึ่งพิง คือ โรคความดันโลหิตสูงและอุบัติเหตุ 2.วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงอยู่ภายใต้วิถีและศักยภาพชุมชนในการพัฒนาการดูแลระยะยาว ได้แก่ ทุนทางวัฒนธรรม และ ทุนระดับบุคคล โดยยึดมั่นคำสอนของศาสนาและมีจิตสาธารณะ 3.ความต้องการการดูแลของ ผู้สูงอายุ ได้แก่ เพื่อนคุยคลายความเหงา การสนับสนุนข้อมูลการดูแล อุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือและ การช่วยเหลือดูแลบางเวลา

ยศ วัชรคุปต์ วรรณภา คุณากรวงศ์ พลิชฐ์ พัจณา และสาวิณี สุริยันรัตกร (2561) ศึกษา ประสิทธิภาพของการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การให้บริการ

การดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจกรรมประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้ถึง 5.7 ล้านบาทด้วยต้นทุนการให้บริการ 7.2 แสนบาท

ชญาณิช ลือวานิช สุวรรณมา หล่อโลหการ และประพรศรี นรินทรักษ์ (2562) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดภูเก็ต พบว่า ผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวอยู่ในระดับมาก ส่วนผลประเมินตามตัวชี้วัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ไม่มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน อุปสรรคในการดำเนินงานคือ 1) ระเบียบและขั้นตอนการเบิกจ่ายยุ่งยากไม่ชัดเจน 2) ผู้จัดการระบบต้องปฏิบัติงานจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งไม่ถนัด 3) ญาติผู้ดูแลบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการเยี่ยมผู้สูงอายุ 4) ระบบการตั้งคลังวัสดุทางการแพทย์ของการดูแลระยะยาวไม่สอดคล้องกับการเบิกจ่าย โดยเสนอว่าควรปรับระบบงานให้คล่องตัว ท้องถิ่นควรดำเนินงานพัสดุและคลังวัสดุทางการแพทย์ของการดูแลระยะยาว ควรสนับสนุนให้ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูความรู้ ทักษะอย่างต่อเนื่องและสวัสดิการการทำประกันอุบัติเหตุ และเลือกบริการเฉพาะผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ

สุกัญญา ปวงนิยม นงนภัทร รุ่งเนย และ อุไรรัชต์ บุญแท้ (2562) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม โดยวิเคราะห์ความต้องการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ กำหนดบทบาทหน้าที่และชี้แจงเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ วางแผนการดูแลรายบุคคล ประสานความร่วมมือและดำเนินงานจัดบริการดูแลระยะยาวแบบครบวงจรทุกมิติ และ 3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผล โดยมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเสนอแนะให้มีการทบทวนกฎระเบียบหรือแนวปฏิบัติในการเบิกจ่ายงบประมาณที่ชัดเจน การสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ การประสานงานการดูแลที่เหมาะสมและติดตามประเมินผลให้คำปรึกษา รวมถึงการใช้ข้อมูลทางคลินิกให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและการพัฒนาทีมสุขภาพ



ชวลิต สวัสดิ์ผล วารี ศรีสุรพล ธวัชชัย เฟื่องพิณี และ ปัญญาเดช พันธุ์วัฒน์ (2563) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความต้องการต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งที่เป็นธรรมชาติและทางการ ได้แก่ ทักษะที่ดี ความไว้วางใจ การรักษาความลับและเคารพสิทธิ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล โดยด้านการแปลงนโยบายสู่แผนงานการปฏิบัติขององค์กร ต้องการจำนวนเจ้าหน้าที่บุคลากร ความรู้และทักษะที่จำเป็นและการร่วมบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายกลไกเป็นแบบธรรมชาติ เน้นความเป็นเครือญาติ และคนในชุมชนรวมกลุ่มดูแลสุขภาพที่สอดคล้องประเพณี ความเชื่อของชุมชน มีระบบอาสาสมัครของชุมชนเป็นกลไกท้องถิ่นที่สำคัญ ซึ่งแนวทางการพัฒนาศักยภาพมีความหลากหลายทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม จิตใจ อารมณ์ ศาสนาวัฒนธรรมประเพณี สิ่งแวดล้อมและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน

## 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษา“การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติ กรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท” นี้ เป็นการวิจัยดำเนินงาน ระหว่างดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 - 2564 เพื่อศึกษาความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติที่เป็นผลลัพธ์ต่อองค์การด้านการจัดการบริการและด้านระบบการบริหารจัดการ รวมถึงผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจต่อการจัดการบริการของกองทุน LTC ซึ่งผู้วิจัย ได้รับประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดการประเมินกระบวนการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2561) โดยเชื่อมโยงถึงกระบวนการและปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาสู่การปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยมาจากแนวคิดทฤษฎีกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาคของ วรเดช จันทรศร (2551, น. 38-42) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการระดมพลัง ขั้นตอนการปฏิบัติ และขั้นตอนการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่อง ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดทฤษฎี ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม จำนวน 3 ตัวแบบ ได้แก่ 1) ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ของ Edwards (1980, pp. 148-149) 2) ตัวแบบการกระจายอำนาจ ของ Cheema & Rondinelli (1983, pp. 25-36) และ 3) ตัวแบบเชิงบูรณาการ ของ วรเดช จันทรศร (2559, น. 144-146) รวมถึงปัจจัยความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จากศุภชัย

ยาวะประภาส (2557, น. 101-118) ตลอดจนการสังเคราะห์จากผลงานวิจัยของนักวิชาการต่าง ๆ รวมจำนวนทั้งสิ้น 38 เรื่อง เพื่อพัฒนาเป็นกรอบแนวทางการศึกษาวิจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างและกลไกคณะกรรมการฯ LTC ด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน ด้านทรัพยากรการดำเนินงาน ด้านการวางแผนและควบคุม และด้านการมีส่วนร่วมในพื้นที่ ดังแสดงในรูปที่ 2.6



รูปที่ 2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

ที่มา : ผู้วิจัย, 2565

ผู้ศึกษาวิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาคของ วรเดช จันทรศร (2559, น. 37-42) ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม ของ เอ็ดเวิร์ด Edwards (1980) Cheema & Rondinelli (1983) และ วรเดช จันทรศร (2559) รวมถึงประยุกต์ใช้ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ จากศุภชัยยาวะประภาส (2557) แนวคิดการวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ของ Ripley & Franklin (1984) Pressman & Wildavsky (1973) วรเดช จันทรศร (2559) คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559, น. 40) และคู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2561, น. 58 -70) ตลอดจนการสังเคราะห์จากผลงานวิจัย ของนักวิชาการต่างๆ รวมจำนวนทั้งสิ้น 38 เรื่อง

โดยสรุป การศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาคมาเป็นแนวทางการศึกษา โดยประยุกต์ใช้ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบผสม ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยของนักวิชาการภายในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติและการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนแนวคิดคู่มือการปฏิบัติงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้านการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ และคู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประกอบการพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยสำหรับศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในบทถัดไป จะเป็นการนำเสนอวิธีดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยจะอธิบายถึงรูปแบบการวิจัย การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

## บทที่ 3

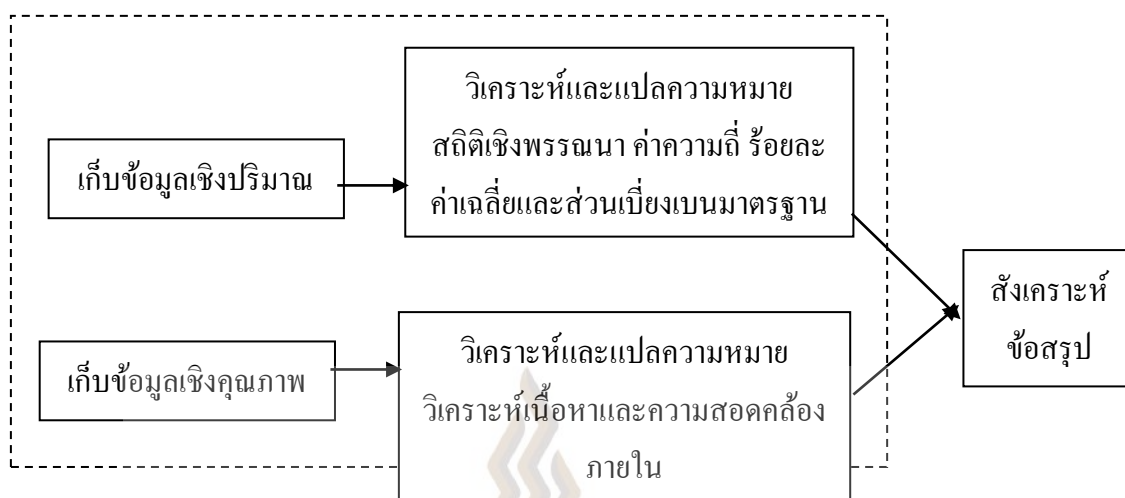
### วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษา เรื่อง “การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท” เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจต่อการนำนโยบายมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) เพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า “การนำนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในบริบทพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประสบความสำเร็จ มากน้อยเพียงใด มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และมีประเด็น ปัญหาอุปสรรคหรือช่องว่าง ที่ควรแก้ไขปรับปรุงอะไรบ้าง รวมถึง แนวทางพัฒนาการนำนโยบายมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ควรเป็นอย่างไร ซึ่งรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย จะอธิบายถึงรูปแบบการวิจัย การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในส่วนเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน แล้วจึงนำผลการวิเคราะห์มาสังเคราะห์ โดยพิจารณาความสอดคล้องข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง เติมเต็มข้อมูลให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและสร้างข้อสรุป ดังแบบแผนการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน ในรูปที่ 3.1



ภาพ 7 แบบแผนการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research)

### รูปที่ 3.1 แบบแผนการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research)

ที่มา : ผู้วิจัย, 2565

## 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### 3.2.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ใช้ในการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการน่านโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) ประชากรจากกลุ่มองค์กรที่น่านโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท คือ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามองค์ประกอบโครงสร้างที่มาของคณะกรรมการตามหลักเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทุกหน่วยประชากรแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 แห่ง/7ตำบล รวม 81 คน ดังตาราง 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มองค์กรที่นำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในเขตพื้นที่อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาท

องค์กรประกอบโครงสร้างที่มา ของตำแหน่ง	คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกรายตำบล (คน)							รวม
	ตลุก	บาง หลวง	หาด อายุ	สรรพ ยา	โพนาง คำออก	โพนาง คำตัก	เขา แก้ว	
	จำนวนกองทุนทั้งหมด	1	1	1	2	1	2	
1. ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ ผู้บริหารอื่นที่ได้รับ มอบหมาย	1	1	1	2	1	2	1	9
2. ผู้แทนกรรมการจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ	1	1	1	2	1	2	1	9
3. หัวหน้าหน่วยบริการ ประจำที่จัดบริการ สาธารณสุขในท้องถิ่นหรือ ผู้แทน	1	1	1	2	1	2	1	9
4. สาธารณสุขอำเภอหรือ ผู้แทน	1	1	1	2	1	2	1	9
5. หัวหน้าหน่วยบริการปฐม ภูมิที่จัดบริการสาธารณสุข ในท้องถิ่น	1	1	1	2	1	2	1	9
6. ผู้จัดการระบบการดูแล ระยะยาวค้ำสาธารณสุขใน พื้นที่ (Care Manager	1	1	1	2	1	2	1	9
7. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Caregiver: CG)	1	1	1	2	1	2	1	9
8. ปลัดองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่น ที่ ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. มอบหมาย	1	1	1	2	1	2	1	9
รวม	8	8	8	16	8	16	8	81

2) ประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ได้รับบริการตั้งแต่เริ่มนโยบายจนถึงปัจจุบัน (ปี พ.ศ.2559 – ปี พ.ศ.2564) และยังมีชีวิตอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพพยา จังหวัด

ชั้นนาท โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากทุกหน่วยประชากร รวมทั้งหมด 392 คน จำแนกรายตำบล ดังตาราง 3.2

ตารางที่ 3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ได้รับการตั้งแต่เริ่มนโยบายจนถึงปัจจุบัน (ปี พ.ศ.2559 – ปี พ.ศ.2564) และยังมีชีวิตอยู่ จำแนกรายตำบลในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ประเภท	กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล จำแนกรายตำบล (คน)							รวม
	ตลุก	บางหลวง	หาดอาสา	สรรพยา	โพนางคำออก	โพนางคำตัก	เขาแก้ว	
1. กลุ่มติดบ้าน (มี ADL ระหว่าง 5-11 คะแนน)	52	42	37	33	53	58	39	314
2. กลุ่มติดเตียง (มี ADL ระหว่าง 0-4 คะแนน)	16	18	13	13	7	7	4	78
รวม	68	60	50	46	60	65	43	392

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, 2564

### 3.2.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ใช้ในการศึกษากระบวนการนำนโยบายฯ มาปฏิบัติในพื้นที่ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของกองทุนสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 9 แห่ง ๆ ละ 5 คน ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการฯ เลขานุการคณะกรรมการฯ หรือผู้ช่วยเลขานุการ และคณะกรรมการฯ ที่มาจากหัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุข ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รวมทั้งทั้งหมด 45 คน

2) กลุ่มสนับสนุนระดับอำเภอและจังหวัด ได้แก่ ผู้บริหารและนักวิชาการผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในสำนักงานสาธารณสุข

อำเภอสรรพยา 1 คน โรงพยาบาลสรรพยา 3 คน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท 2 คน รวมทั้งหมด 6 คน

3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลที่ได้รับบริการจากกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอสรรพยา 9 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวมทั้งหมด 9 คน

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 3.3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัยที่นำเสนอไว้ในบทที่ 2 ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (รายละเอียดแบบสอบถามปรากฏในภาคผนวก ก) ต่อความสำเร็จขององค์การ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนาการนำนโยบายมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประกอบด้วยข้อคำถาม แบ่งเป็น 5 ส่วนรวมทั้งหมด 55 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นการเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ตำแหน่ง เพศ อายุ ประสบการณ์ และ ส่วนงานแผนกหรือภารกิจงานประจำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อความสำเร็จขององค์การในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามด้วยวิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากแนวคิดการวัดความสำเร็จของนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคู่มือการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และแนวคิดการวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจากเงื่อนไขหรือมิติต่าง ๆ ของ วรเดช จันทรศร ดังที่กล่าวไว้ในหัวข้อ 2.1.7 บทที่สอง โดยแบ่งการพิจารณาองค์ประกอบตัวชี้วัดความสำเร็จด้านระบบบริการ 6 ตัวชี้วัด จำนวน 10 ข้อ และด้านระบบบริหารจัดการ 10 ตัวชี้วัด



จำนวน 11 ข้อ รวมทั้งหมด 21 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามการประเมินของผู้ตอบ แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งเกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

หน่วยที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้นำกลุ่มหรือประธานชมรมไทยทรงดำ ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านชาติพันธุ์ไทยทรงดำ ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้แทน วัฒนธรรมจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียนในพื้นที่ และมหาวิทยาลัยในพื้นที่ จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

ระดับมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพปัจจุบันของความสำเร็จร้อยละ 81-100
ระดับมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพปัจจุบันของความสำเร็จร้อยละ 61-80
ระดับปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพปัจจุบันของความสำเร็จ ร้อยละ 41-60
ระดับน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพปัจจุบันของความสำเร็จ ร้อยละ 21-40
ระดับน้อยที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพปัจจุบันของความสำเร็จ ร้อยละ 0-20

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามด้วยวิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากแนวคิดทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม และตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังที่กล่าวในหัวข้อ 2.1.6 บทที่สอง ซึ่งพิจารณาองค์ประกอบตัวชี้วัดปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ จำนวน 6 ด้าน รวม 27 ข้อ แบ่งเป็น (1) ปัจจัยด้านโครงสร้างและกลไกขององค์กร จำนวน 5 ข้อ (2) ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร จำนวน 3 ข้อ (3) ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ (4) ปัจจัยด้านทรัพยากรการดำเนินงาน จำนวน 4 ข้อ (5) ปัจจัยด้านการวางแผนและควบคุมขององค์กร จำนวน 5 ข้อ และ (6) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 5 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามการประเมินของผู้ตอบ แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยเกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

ระดับมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับผลการส่งผลต่อความสำเร็จร้อยละ 81-100
ระดับมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับผลการส่งผลต่อความสำเร็จร้อยละ 61-80
ระดับปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับผลการส่งผลต่อความสำเร็จร้อยละ 41-60
ระดับน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับผลการส่งผลต่อความสำเร็จร้อยละ 21-40
ระดับน้อยที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับผลการส่งผลต่อความสำเร็จร้อยละ 0-20

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท เป็นคำถามปลายเปิด (Open Ended) ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็น จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะทางพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เป็นคำถามปลายเปิด (Open Ended) ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็น จำนวน 1 ข้อ

ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความคิดเห็นต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลภายหลังได้รับบริการตามนโยบายฯ ภายใต้การบริหารจัดการของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท (รายละเอียดแบบสอบถามปรากฏในภาคผนวก ข) โดยแบ่งข้อคำถามเป็น 5 ส่วน จำนวน 34 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นการเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สาเหตุของการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง บริบทและสภาวะแวดล้อมของครอบครัว และ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ซึ่งพัฒนาโดยมาร์โฮนิและบาร์เชล ดังที่กล่าวไว้ในหัวข้อ 2.1.7 บทที่สอง จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งคะแนนประเมินรายข้ออยู่ในระหว่าง 0 – 2 คะแนน ยกเว้น ข้อ 2 transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) และ ข้อ 6 Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) แบ่งคะแนนประเมินรายข้อ อยู่ในระหว่าง 0 – 3 คะแนน รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 คะแนน ซึ่งกำหนดเกณฑ์การแปลผล เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 กลุ่มคิดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการได้รับบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เจริญที่บ้าน โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดวิธีการปฏิบัติงาน Work Instruction (WI) ของกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ดังที่กล่าวไว้ในหัวข้อ 3.1 บทที่สอง และ แนวคิดจากผลงานวิจัยของ ชญานิศ ลือวานิช สุวรรณหา ล่อโลหการ และ ประพรศรี นรินทรรัชต์ ดังที่กล่าวไว้ในหัวข้อ 3.2 บทที่สอง เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น ประเภทการให้บริการแก่ผู้รับบริการจำนวน 4 ข้อ ด้านคุณภาพการให้บริการต่อผู้รับบริการจำนวน 8 ข้อ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ จำนวน 4 ข้อ และ ภาพรวมความพึงพอใจต่อนโยบายการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเกณฑ์การเลือกตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

พึงพอใจระดับมากที่สุด	หมายถึงข้อความนั้น ตรงกับความพึงพอใจต่อการให้บริการฯ
	LTC ร้อยละ 81 – 100
พึงพอใจระดับมาก	หมายถึงข้อความนั้น ตรงกับความพึงพอใจต่อการให้บริการฯ
	LTC ร้อยละ 61 – 80
พึงพอใจระดับปานกลาง	หมายถึงข้อความนั้น ตรงกับความพึงพอใจต่อการให้บริการฯ
	LTC ร้อยละ 41 - 60
พึงพอใจระดับน้อย	หมายถึงข้อความนั้น ตรงกับความพึงพอใจต่อการให้บริการฯ
	LTC ร้อยละ 21 – 40
พึงพอใจระดับน้อยที่สุด	หมายถึงข้อความนั้น ตรงกับความพึงพอใจต่อการให้บริการฯ
	LTC ร้อยละ 0 - 20

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัญหาอุปสรรคของการรับบริการฯ เป็นคำถามปลายเปิด (Open Ended) ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็น จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการและการรับบริการฯ เพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เป็นคำถามปลายเปิด (Open Ended) ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็น จำนวน 1 ข้อ

### 3.3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (รายละเอียดแบบสอบถามปรากฏในภาคผนวก ค) เพื่อเก็บข้อมูลภาคสนามในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยดำเนินการดังนี้

- 1) กำหนดประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยพิจารณาองค์ประกอบตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย
- 2) สร้างแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่กำหนด
- 3) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์กับกรอบความคิดในการวิจัยและหน่วยในการเก็บข้อมูลและให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง
- 4) ขณะที่สัมภาษณ์กลุ่ม เมื่อพบประเด็นที่เกี่ยวข้องก็ปรับปรุงข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการให้มากที่สุด

ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นหลัก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการศึกษาตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็น โดยแต่ละวิธีผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่ สุภางค์ จันทวานิช (2551, น. 82-84) ได้เสนอไว้ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และให้ได้ข้อมูลตามประเด็นการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

- 1) ศึกษาและตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อรวบรวมข้อมูลในประเด็นเกี่ยวกับการสัมภาษณ์ โดยยึดแนวการศึกษาของ Ekman (1988, pp. 203-204) ที่แบ่งไว้ 2 ประเภท คือ เอกสารที่เป็นทางการ และเอกสาร ที่ไม่เป็นทางการ

- 2) การเตรียมการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับจังหวัด อำเภอและตำบล เพื่อให้ช่วยประสานงานกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้สนับสนุนระดับจังหวัดและอำเภอ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล โดยนำเสนอกรอบโครงสร้างประเด็นการสัมภาษณ์ และนัดหมาย วัน เวลา ที่สะดวกที่สุดเพื่อให้สามารถจัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ และประสานผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อร่วมดำเนินการวิจัย เช่น เข้าร่วมสัมภาษณ์ จดบันทึก เก็บภาพกิจกรรม และบันทึกเทปเสียง เป็นต้น

- 3) การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้กล่าวแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเด็นในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อดำเนินการ

บันทึกเสียงและภาพระหว่างการสัมภาษณ์ ตลอดจนการนำผลการสัมภาษณ์ไปประกอบรายงาน การวิจัยในภาพรวม ต่อจากนั้นจึงดำเนินการสัมภาษณ์ตามประเด็นที่กำหนดไว้ทีละประเด็นจนครบทุกประเด็น

4) การจดบันทึกการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้วิธีจดบันทึกเนื้อหาที่สำคัญ ๆ ไว้เป็นแนวทาง เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละประเด็นได้มีการทบทวนและสรุปผลการสัมภาษณ์ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกครั้ง

5) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการสังเกตสภาพแวดล้อม พฤติกรรม และปฏิกิริยาตอบสนอง ของผู้ให้ข้อมูล ขณะลงพื้นที่สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การสัมภาษณ์กระบวนการปฏิบัติงาน โยบาย ความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ความพึงพอใจ การประเมิน ADL เพื่อรวบรวมผลการศึกษารูปธรรม ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้รับกับพฤติกรรมการแสดงออก เช่น พอใจ ไม่พอใจ ภาควิชา น้เสียง ท่าทีการแสดงออก เป็นต้น รวมถึงผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการเข้าร่วมสังเกตการณ์กิจกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของแต่ละองค์การ หน่วยงาน เพื่อนำผลมาประกอบการศึกษาวิจัยในประเด็นเดียวกับการสัมภาษณ์

6) ปิดการสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์ครบทุกประเด็นแล้ว ผู้วิจัยได้ขอบคุณผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคน พร้อมทั้งขอที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีที่ต้องการความชัดเจนในบางประเด็นเพิ่มเติม

### 3.3.3 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

1) ศึกษาตรวจสอบเอกสาร บทความ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบดัชนี และตัวชี้วัด ของแต่ละตัวแปรย่อย และใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

2) นำแบบสัมภาษณ์ฉบับร่าง เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย (1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการกองทุนระบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ นายพนมศักดิ์ เอมอยู่

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สปสช.เขต 3 นครสวรรค์ (2) ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคการวิจัย คือ ดร.วิสุทธิ์ โนจิตต์ รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายนาท และ (3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะ คือ รศ.ดร.กาสกร เต๊ะจันทมาก อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี จังหวัดลพบุรี เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำประเด็นคำถามไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3) นำแบบสอบถามฉบับร่าง เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเช่นเดียวกับข้อ 2 ในข้างต้น เพื่อตรวจสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (ตัวแปร) ในการวิจัย (Index of Item-objective Congruence: IOC) จำแนก IOC รายข้อ โดยกำหนดเป็นคะแนน +1 หรือ 0 หรือ -1 ตามสูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Rovinelli & Hambleton, 1997, p. 116) ดังนี้

$$\text{สูตร IOC} = \frac{\sum R}{N} \quad (3-1)$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$  แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคน

กำหนดเกณฑ์พิจารณารายการประเมิน

+1 หมายถึง แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

-1 หมายถึง แน่ใจว่าไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

4) ผลการหาค่า IOC ปรากฏว่า มีค่าตั้งแต่ .66 ถึง 1.00 ทุกข้อในขณะเดียวกันผู้เชี่ยวชาญได้มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นด้วย ผู้วิจัยจึงปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ (รายละเอียดการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับประเด็นหลักของผู้เชี่ยวชาญ (IOC) อยู่ในภาคผนวก ง

5) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ พื้นที่ตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 30 ชุด เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการตลอดจนมีความเหมาะสมหรือไม่ มีความยากง่ายเพียงใด จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม วิธีการของ Cronbach (1990 อ้างถึงในพวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538, น. 125-126) ปรากฏว่าได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุน การจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .989 โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 1 เกี่ยวกับองค์ประกอบตัวชี้วัดความสำเร็จด้านระบบบริการ และ ด้านระบบบริการ จำนวน 21 ข้อ เท่ากับ .949 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3 เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ จำนวน 27 ข้อ เท่ากับ .978 (รายละเอียดค่าความเชื่อมั่นปรากฏ ในภาคผนวก จ)

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลภายหลังได้รับบริการตามนโยบายฯ จำนวน 17 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .967 (รายละเอียดค่าความเชื่อมั่นปรากฏในภาคผนวก จ) ซึ่งแสดงว่าแบบสอบถามทั้งสองชุดนี้มีความเชื่อมั่นสูงมาก ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามทั้งสองชุดนี้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้

### 3.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงสร้างคดียุติพันธ์นำเสนอ ต่อผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท นายอำเภอสรรพยา ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กรของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ทราบ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิว่าการเข้าร่วมการวิจัย ครั้งนี้ ว่าเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย (รายละเอียดใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยปรากฏ ในภาคผนวก ง) และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้า โครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะถือเป็นความลับ จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) จัดทำบัญชีรหัสแบบสอบถามเพื่อกำหนดหน่วยข้อมูลและรายละเอียดข้อมูลที่จัดเก็บ

2) ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงและขอความร่วมมือ ไปยังหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยดำเนินการอธิบายเครื่องมือการศึกษาวิจัย และนำส่งด้วยตนเองทุกหน่วยงาน พร้อมกับนัดหมายระยะเวลาการส่งกลับคืนเมื่อกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตอบข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว โดยดำเนินการจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนธันวาคม 2564

3) ผู้วิจัยติดตามสอบถามทางโทรศัพท์เพื่อรวบรวมแบบสอบถามให้ได้มากที่สุด ซึ่งได้รับแบบสอบถามจากกลุ่มองค์กรที่นำนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท คือ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตอบกลับมาจำนวน 72 ชุด คิดเป็นร้อยละ 88.89 และกลุ่มผู้รับประโยชน์หรือผู้ที่ได้รับบริการตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล จำนวน 392 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

4) ผู้วิจัยดำเนินการจัดเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ตามจำนวนที่ออกแบบการวิจัยไว้ครบถ้วนทั้ง 3 กลุ่ม รวม 60 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยใช้ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2565 ถึงเดือน มีนาคม 2565

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการศึกษา ประกอบด้วย

#### 3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้



1) การวิเคราะห์ข้อมูล “คุณลักษณะทางประชากร” ของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตาราง

2) การวิเคราะห์ข้อมูล “ความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท” ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (ค่าเฉลี่ยเลขคณิต) และการวัดการกระจาย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) แล้วนำเสนอในรูปตาราง โดยกำหนดเกณฑ์ระดับความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทเป็น 5 ระดับ ซึ่งพิจารณาจากค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1981, p. 82) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง ความสำเร็จอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง ความสำเร็จอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง ความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง ความสำเร็จอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง ความสำเร็จอยู่ในระดับมากที่สุด

3) การวิเคราะห์ข้อมูล “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในบริบทพื้นที่อำเภอ สรรพยา จังหวัดชัยนาท” ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (ค่าเฉลี่ยเลขคณิต) และการวัดการกระจาย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) แล้วนำเสนอในรูปตาราง โดยกำหนดเกณฑ์ระดับการส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทเป็น 5 ระดับ ซึ่งพิจารณาจากค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1981, p. 82) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง ส่งผลต่อความสำเร็จในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง ส่งผลต่อความสำเร็จในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง ส่งผลต่อความสำเร็จในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง ส่งผลต่อความสำเร็จในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง ส่งผลต่อความสำเร็จในระดับมากที่สุด

4) การวิเคราะห์ข้อมูล “ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการดูแลเชิงรุกที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ได้แก่ จำนวนและร้อยละ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (ค่าเฉลี่ยเลขคณิต) และการวัดการกระจาย (ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน) แล้วนำเสนอในรูปแบบตาราง โดยกำหนดเกณฑ์ระดับความพึงพอใจต่อการได้รับบริการดูแลเชิงรุกที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 5 ระดับ ซึ่งพิจารณาจากค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1981, p. 82) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

### 3.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยจำแนกประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูล (Typological Analysis) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ทั้ง 3 วัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการศึกษาตรวจสอบเอกสาร แล้วนำมาวิเคราะห์ประกอบกัน ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ยึดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแบบสร้างข้อสรุป โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) แบบไม่ใช่ทฤษฎีที่ สุภางค์ จันทวานิช (2554, น. 136-137) เสนอไว้ คือ จำแนกข้อมูลที่วิเคราะห์ตามความเหมาะสมของข้อมูล ใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้วิจัยช่วย ประกอบกับคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยจำแนกข้อมูลชนิดต่างๆ ก่อน แล้วพิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูล อธิบายถึงความสัมพันธ์ และสาเหตุของปรากฏการณ์ โดยยึดกรอบการวิจัยเป็นหลัก ทั้งนี้ในขั้นตอนการวิจัย แบบผสม ใช้วิธีตรวจสอบการสอดคล้องข้อมูลแบบสามเส้า Triangulation Design: Convergence Model) โดยสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและทำการสอดคล้องข้อมูลระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อเติมเต็มและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และสังเคราะห์ข้อสรุปร่วมกัน เพื่อให้เกิดข้อสรุปเพียงหนึ่งเดียวอย่างสมเหตุสมผล

โดยสรุป วิธีดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยเครื่องมือแบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 81 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ 392 คน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจัดเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบสัมภาษณ์จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 กลุ่ม

ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ กลุ่มสนับสนุนระดับอำเภอและจังหวัด และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลที่ได้รับบริการจากกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอสรรพยา รวมทั้งหมดจำนวน 60 คน โดยในขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูลนั้น ผู้วิจัยให้ความสำคัญและระมัดระวังต่อการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ไปพร้อมกันทั้งในส่วนเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ต่อจากนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์ตามเกณฑ์การแปลผลที่กำหนดไว้ มาสังเคราะห์สู่การสร้างข้อสรุป โดยพิจารณาความสอดคล้องข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง และเติมเต็มข้อมูลจนสมบูรณ์

ในบทถัดไป เป็นการนำเสนอผลการศึกษารเรียงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยเริ่มจากผลการศึกษากลไก กระบวนการ และความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ต่อด้วยผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ โดยตอนท้ายนำเสนอถึงปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยพัฒนากรอบแนวคิดวิจัยจากแนวคิดทฤษฎีกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาคของ วรเดช จันทรร (2559, น. 37-42) ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบผสม (Hybrid Theories of Implementation) ได้แก่ ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ของ Edwards (1980, pp. 148-149) ตัวแบบการกระจายอำนาจของ Cheema & Rondinelli (1983, pp. 25-36) และ ตัวแบบเชิงบูรณาการ ของ วรเดช จันทรร (2559, น. 144-146) รวมถึงประยุกต์ใช้ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติจากศุภชัย ขวาระประภาส (2557, น. 101-118) และแนวคิดการวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ของ Ripley & Franklin (1984) Pressman & Wildavsky (1973) และ วรเดช จันทรร (2559) และคู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลและขยายด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559, น. 40) คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561, น. 58-70) ตลอดจนการสังเคราะห์จากผลงานวิจัยของนักวิชาการต่าง ๆ รวมจำนวนทั้งสิ้น 38 เรื่องใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เจาะจงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 กลุ่มประกอบด้วย กลุ่มองค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติระดับพื้นที่ คือคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและขยายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มผู้สนับสนุนนโยบายระดับอำเภอและจังหวัด และกลุ่มผู้รับบริการตามนโยบาย คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาทจัดเก็บข้อมูลด้วยการตรวจสอบเอกสาร การสอบถาม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิควิเคราะห์เนื้อและความสอดคล้องภายใน รายละเอียดดังที่กล่าวไว้ในบทที่ 3 โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

- 1) ความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท
- 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท
- 3) ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

#### 4.1 ความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอถึงความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นการอธิบายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 โดยแบ่งผลการศึกษาเรียงลำดับ ดังนี้ 1. กลไกและกระบวนการขั้นตอนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท และ 2. ความสำเร็จด้านผลลัพธ์ของการนำนโยบายมาปฏิบัติในด้านองค์การที่นำนโยบายมาปฏิบัติและด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นผู้รับบริการตามนโยบาย โดยจะนำเสนอผสมผสานทั้งข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการสำรวจ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตามที่กล่าวไว้ในบทที่ 3 ไปพร้อมกัน

##### 4.1.1 กลไกและกระบวนการขั้นตอนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอถึงกลไกการดำเนินงานในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยเชื่อมโยงผลการศึกษาให้เห็นถึงตัวแสดงนโยบายที่เป็นกลไกการดำเนินงานและการขับเคลื่อนกระบวนการขั้นตอนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาทตามบทบาทหน้าที่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ในหลักเกณฑ์การปฏิบัติ ดังนี้

- 1) กลไกการดำเนินงานในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของ คณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2553 โดยให้ความเห็นชอบต่อข้อเสนอเชิงนโยบายใน มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ.2552 เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อผลักดันความร่วมมือให้เกิดการปฏิบัติตามนโยบายจากระดับส่วนกลางสู่ ระดับพื้นที่ ดำเนินการในปลาย ปี พ.ศ.2558 โดยมีการจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรผ่าน “บันทึกความร่วมมือ” 4 ฝ่าย ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์กรบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ซึ่งส่งผลให้ต่อมาในปี พ.ศ.2559 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออก ประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานตามนโยบายและมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับส่วนกลางและเขตทำหน้าที่ควบคุมกำกับดูแลระบบการบริการ และพัฒนาระบบ รวมถึงสนับสนุนกระบวนการงานวิจัยและกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุก ภาคส่วน เพื่อสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบาย ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัด เพื่อเป็น ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบการตัดสินใจด้าน บริหารจัดการงบประมาณ จนกระทั่งในปี พ.ศ.2563 รัฐบาลกำหนดนโยบายขยายผลด้านขอบเขต การเข้าถึงบริการแก่กลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มสิทธิและทุกกลุ่มวัย รวมถึงปรับปรุง ประกาศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนท้องถิ่นฯ โดยจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบริการทาง การแพทย์เหมาจ่ายรายหัวให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดย การมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนรวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ตามเงื่อนไขที่กำหนดจากเดิม 5,000 บาทต่อราย เป็น 6,000 บาทต่อราย และยกเลิกการจัดสรรให้หน่วยบริการประจำ จะช่วยเป็นต้นทุนให้เกิดการ ยอมรับ และมีศักยภาพในการขับเคลื่อนบริหารจัดการระดมทรัพยากรมาบูรณาการจัดบริการและ ผลักดันนโยบาย LTC การปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้น โดยมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) ในรูปแบบของ “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ซึ่งต่อไปนี้เรียกชื่อย่อว่า “คณะอนุกรรมการฯ LTC” ทำ หน้าที่บริหารจัดการตามระเบียบคู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการตรวจสอบเอกสารพบว่า ภาพรวมระดับประเทศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมัครเข้าร่วมโครงการตามนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในปี พ.ศ. 2559 จำนวนทั้งหมด 1,069 แห่ง แบ่งเป็น อปท. ในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาท จำนวน 9 แห่ง คิดเป็น

ร้อยละ 0.84 ของ อปท.ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด และคิดเป็น ร้อยละ 15.25 ของจำนวน อปท. ทั้งหมดในจังหวัดชัยนาท (59 แห่ง) โดยเป็น อปท.ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยาเพียง 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลโพนางคำตอก ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ.2560 มี อปท.ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา สมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่มเติมอีกจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลโพพิพิทักษ์ เทศบาลตำบลโพนางคำ ออก เทศบาลตำบลบางหลวง เทศบาลตำบลเจ้าพระยา และเทศบาลตำบลสรรพยา และในปี พ.ศ. 2561 มี อปท.จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาแก้ว เทศบาลตำบลดุก และ เทศบาลตำบลหาดอาษา เข้าร่วมโครงการเพิ่มเติมทำให้ครบทุกแห่ง (9 แห่ง) คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโครงการและได้รับการยืนยันจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อปท. ทุกแห่งได้ดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การ กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการ กองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 ซึ่งระบุไว้ในบทที่ 2 (น. 7) ของคู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยพบว่า อปท.มีการจัดทำคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการ LTC เพียง 7 แห่ง อีก 2 แห่ง ใช้คำสั่งคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับตำบลซึ่งเป็นการดำเนินงานที่ยังไม่สอดคล้องตามประกาศคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ โดยจำนวนคณะกรรมการมีความแตกต่างกัน อยู่ในระหว่าง จำนวนต่ำสุด 9 คน สูงสุด 13 คน ซึ่งบุคคลที่แต่งตั้งเพิ่มเติมส่วนใหญ่เป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐม ภูมิ ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ช่วยเลขานุการ เนื่องจาก อปท.บางแห่ง มีจำนวนหน่วย บริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบ 2 แห่ง จึงประสงค์ให้เข้าร่วมทั้งหมดเพื่อความสะดวกรวดเร็ว ในการจัดบริการ LTC

สำหรับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของคณะกรรมการ LTC แต่ละ อปท. โดยการ สัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า คณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นการคัดเลือกและเสนอชื่อมาจากคณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เนื่องจากสวมหมวกหลายใบ อาทิ เป็น ผู้นำชุมชน แล้วเป็น อสม. และเป็น CG ด้วยเป็นหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิและเป็น CM ด้วย จึงไม่มีความแตกต่างในการ แสดงบทบาทเท่าที่ควร ส่วนมากมีความเห็นสอดคล้องกันว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญเป็นหลักในการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบาย LTC คือ เลขานุการคณะกรรมการฯ และ ผู้จัดการระบบ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่(CM) ซึ่งเป็นผู้นำริเริ่ม เสริมสร้างความเข้าใจด้านระเบียบ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ประสานงานระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ด้านทรัพยากรและกำลังคน

จัดบริการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ควบคุมกำกับงบประมาณ รวมถึงการติดตามประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงาน ส่วนคณะกรรมการที่มาจากผู้แทนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่รวมถึงสาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทน้อยมาก ส่วนใหญ่ คล้อยตามมติที่ประชุมการแสดงความคิดเห็นมีในระดับน้อยเพราะไม่ได้ศึกษาเชิงลึกหรือลงมือปฏิบัติด้านนี้โดยตรง โดยเฉพาะเรื่องระเบียบและวิธีการดำเนินงาน เข้าใจว่าเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ สามารถดำเนินการได้คืออยู่แล้ว

ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“แต่ละฝ่ายมีหน้าที่ที่พึงรับผิดชอบตามระเบียบหลักเกณฑ์ จึงควรพึงปฏิบัติหน้าที่ของตน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ อย่างเต็มที่ ตามกำหนดระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินงาน LTC จะได้ไม่เป็นภาระงานให้หน่วยงานอื่นต้องขอความอนุเคราะห์หรือแจ้งเตือนให้รายงานหรือ ปฏิบัติตามกำหนดระยะเวลา” (ผู้ช่วยเลขานุการ LTC แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 กันยายน 2564)

นอกจากนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการฯ เฉลี่ยปีละ 1 ครั้ง โดยเป็นการประชุมแจ้งการจัดสรรงบประมาณและพิจารณาอนุมัติงบประมาณที่เสนอขอในการจัดบริการ LTC ไม่มีเวทีสรุปผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างคณะอนุกรรมการ LTC และรวมถึงการไม่ได้ จัดทำเอกสารสรุปรายงานเชิงประจักษ์ในบางแห่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดกระบวนการวางแผนร่วมกันการมีภาระประจำหน้าที่เร่งด่วนและการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานทั้งในส่วนของ อปท.และสาธารณสุขทำให้ขาดการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดำเนินงาน รวมถึงขาดการ ติดตามกำกับจากผู้บริหารทั้ง 2 ฝ่ายตลอดจนขาดการเสริมสร้างพัฒนาศักยภาพคณะอนุกรรมการ LTC ให้รับรู้เข้าใจและมีความสามารถปฏิบัติตามบทบาทที่ได้รับการคัดเลือกและมอบหมายได้อย่าง แท้จริงดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

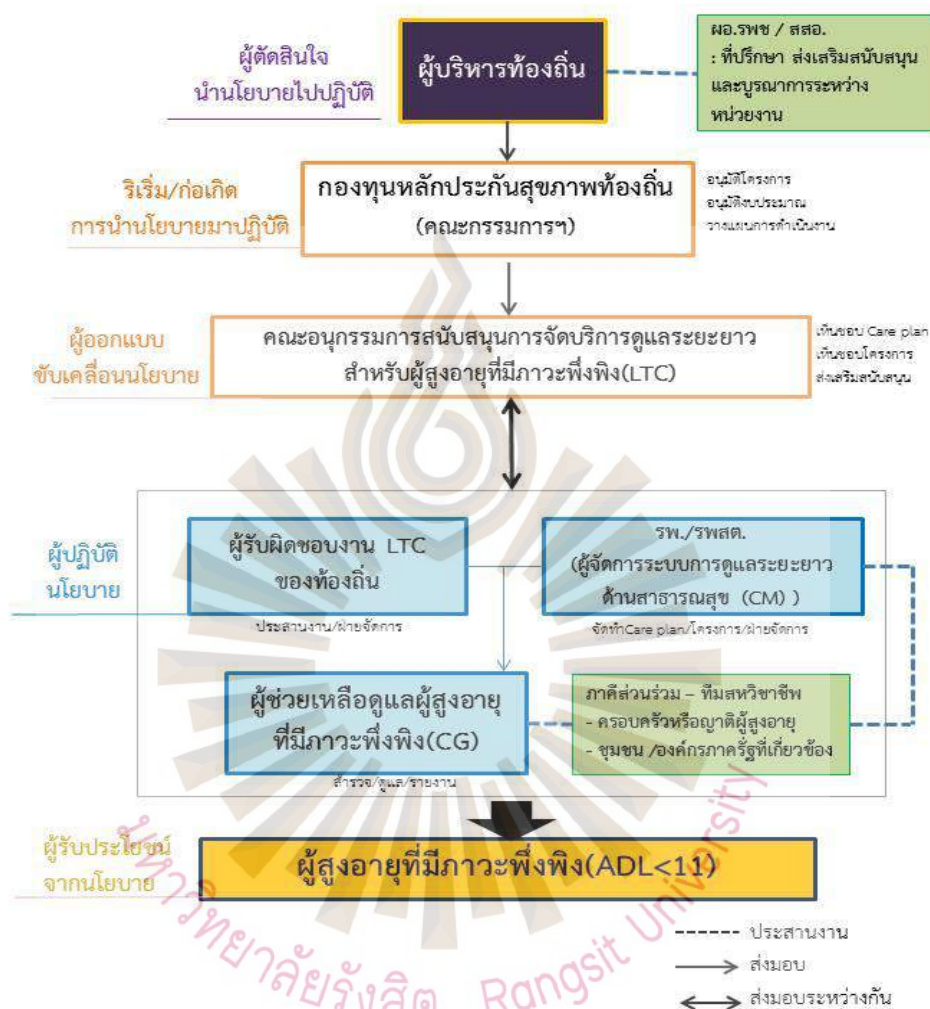
“การประชุมของคณะอนุกรรมการฯ LTC น้อยไปบางปีแทบไม่ได้ประชุมเลยเพราะไม่มี การเสนอของบประมาณและไม่มีการแข่งขันบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ จึงไม่รู้ว่า จะช่วยสนับสนุนอะไรได้บ้างส่วนใหญ่ก็เป็นองค์ประชุมให้ครบตามจำนวน คนรู้เรื่อง ชัดเจนก็เลขาฯกับหมออนามัย” (อนุกรรมการ LTC (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG)) แห่ง หนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 กันยายน 2564)



“ควรมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของพื้นที่ต้นแบบเพื่อสร้างความมั่นใจในการบริหารงานกองทุน LTC” (อนุกรรมการ LTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM)) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 7 กันยายน 2564)

สรุปได้ว่า ในบริบทพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรหลักในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยมีคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะอนุกรรมการ LTC) เป็นกลไกการขับเคลื่อนนโยบายซึ่งมีกระบวนการคัดเลือกและแต่งตั้งอย่างเป็นทางการทำให้ภาพรวมของกลไกการจัดการขับเคลื่อนนโยบายประสบความสำเร็จ กล่าวคือในเชิงปริมาณ พบว่าอปท.ทุกแห่งเข้าร่วมโครงการครอบคลุมร้อยละ 100 แม้ว่าจะเป็นลักษณะของการทยอยสมัครตั้งแต่ปี 2559 จำนวน 1 แห่ง และครบทุกแห่งภายในระยะเวลา 3 ปี ก็ตาม ในขณะที่ความสำเร็จในเชิงคุณภาพ พบว่าคณะอนุกรรมการ LTC สามารถจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมายได้ตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดแต่ยังมีบางประเด็นที่ควรทบทวนเพื่อการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นกระบวนการจัดประชุมให้มากกว่า 1 ครั้งต่อปี โดยคณะอนุกรรมการ LTC ควรมีการแสดงความเห็นต่อที่ประชุมให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งหากมองในแง่ลบในการดำเนินงานที่ผ่านมามีข้อได้ที่ว่า “ได้มีกรรมการ” แต่ “กรรมการไม่ได้ทำหน้าที่จริงจัง” โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ถึงสาเหตุว่าเกิดจากกระบวนการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ระดับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานทั้งในส่วนของอปท. และสาธารณสุขยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ การขาดกระบวนการพัฒนาศักยภาพแก่คณะอนุกรรมการ LTC ในแต่ละบทบาทหน้าที่รวมถึงขาดการติดตามสะท้อนข้อมูลผลลัพธ์ระหว่างการทำงานร่วมกันของคณะอนุกรรมการ LTC และหน่วยงานสนับสนุนระดับอำเภอ จังหวัดและเขต ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปผังแสดงกลไกและบทบาทหน้าที่ของตัวแสดงการนำนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ของอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยสังเคราะห์จากการตรวจสอบเอกสารและการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ดังรูปที่ 4.1

ผังแสดงกลไกและบทบาทหน้าที่ของตัวแสดงการนำนโยบายการดูแลระยะยาว  
ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติในระดับพื้นที่  
อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท



รูปที่ 4.1 กลไกหน่วยงานและบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิงมาสู่การปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท  
ที่มา : ผู้วิจัย, 2565

2) กระบวนการขั้นตอนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในระดับ  
พื้นที่ อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท

ในส่วนนี้ผู้วิจัยนำเสนอกระบวนการขั้นตอนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากที่ อปท.มีการ

กำหนดและจัดตั้งกลไกการจัดการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่เรียบร้อยแล้วทุกแห่ง โดยพิจารณาข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตามที่กล่าวไว้ในบทที่ 3 ไปพร้อมกันและนำเสนอผลตามประเด็นขั้นตอนย่อยของกระบวนการขั้นตอนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจุลภาค (Micro) (วรเดช จันทรศร, 2559, น. 37-42) ได้แก่ ขั้นตอนพลัง (Mobilization) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Deliverer Implementation) และขั้นตอนสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือต่อเนื่อง (Cohesion) รายละเอียดดังนี้

1) ขั้นตอนพลัง (Mobilization) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่หน่วยงานราชการ ในระดับพื้นที่จะต้องดำเนินการ 2 กิจกรรม คือ 1) การพิจารณารับนโยบาย และ 2) การแสวงหาการสนับสนุน โดยผลการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะอนุกรรมการฯ LTC จากอปท. ทั้ง 9 แห่ง พบว่าอปท. ทุกแห่งมีกระบวนการพิจารณารับนโยบายอย่างเป็นระบบตามที่สปสช. กำหนดไว้ผ่านการประชุมอบรมและการสื่อสารทางเอกสารหนังสือราชการ กล่าวคือเริ่มดำเนินการในช่วงปลายปี พ.ศ.2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช.เขต 3 นครสวรรค์ได้มีการสื่อสารนโยบายจากส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่ด้วยวิธีจัดทำหนังสือแจ้งเชิญชวนให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้าร่วมประชุมเพื่อรับฟังการชี้แจงเชิญชวนสมัครแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ นโยบายและกำหนดให้มีการยื่นเอกสารแสดงความจำนงและลงนามรับรองโดยผู้บริหารสูงสุดเทศบาล/อบต. ทำให้เลขานุการหรือผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เกิดการรับรู้แนวคิดและหลักการนโยบาย โดยมีการนำเรียนข้อมูลสำคัญ ได้แก่ วัตถุประสงค์ งบประมาณ วิธีการทำงานและประโยชน์ของนโยบายที่จะได้รับเสนอแก่ผู้บริหารท้องถิ่นแต่ละพื้นที่เพื่อตัดสินใจลงนามในเอกสารการสมัครเข้าร่วมโครงการแบบทยอยสมัครจนครบทุกแห่ง ซึ่งใช้ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ.2559-2561) ดังที่กล่าวในข้างต้นและผู้วิจัยได้วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ อปท. ในเขตอำเภอสรรพยาสมัครเข้าร่วมครอบคลุมทุกแห่ง พบว่าเกิดจากการรับรู้เหตุผล ในบทบาทหน้าที่ทางกฎหมายของผู้รับผิดชอบงานกองทุนและผู้บริหารสูงสุด โดยผู้รับผิดชอบงานอปท. ได้เข้าร่วมประชุมเสริมสร้างการรับรู้และความเข้าใจต่อแนวคิดหลักการของนโยบายจากสปสช. ว่ามีประโยชน์ต่อประชาชนทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงมีโอกาสได้รับการดูแลและฟื้นฟูความสามารถที่ดีขึ้น ได้มีการทบทวนทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่และรายละเอียดเพิ่มเติมแล้วนำเรียนผู้บริหารสูงสุด เพื่อตัดสินใจ โดยผู้บริหารสูงสุดส่วนใหญ่รับรู้และตัดสินใจเข้าร่วมดำเนินงาน ด้วยเหตุผลที่คำนึงถึงประโยชน์ต่อประชาชนซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการบริหารงานท้องถิ่น และมองว่านโยบายนี้มีงบประมาณสนับสนุนรายหัวจากสปสช. แยกต่างหาก ไม่กระทบภาระงบประมาณของหน่วยงานอปท. เพียงแค่ลงแรงและจัดกระบวนการบริหาร

จัดการ ประกอบกับอปท.มีพื้นฐานประสบการณ์ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(กองทุนสุขภาพตำบล)ที่เคยดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคร่วมกับส่วนสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขอยู่แล้วแต่ก็มีข้อกังวลเรื่องอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่อาจต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้น และข้อกฎหมายระเบียบวิธีการดำเนินงานที่ต้องทำให้ถูกต้องซึ่งผู้บริหารสูงสุด ส่วนใหญ่ไว้วางใจเชื่อมั่นว่าลูกน้องเป็นคนเก่งมีความรับผิดชอบสูง โดยคิดว่าสมัครเข้าร่วมโครงการไปก่อน ทีมงานน่าจะค่อยๆ เรียนรู้และพัฒนาได้

ดั่งบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มันเป็นประโยชน์ เป็นเรื่องดีเป็นประโยชน์ต่อประชาชน แล้วบางเรื่องบางอย่างที่เทศบาลทำไม่ได้ถ้าทำในรูปแบบชุมชนก็ทำได้ ทำเลยและสำเร็จเร็วขึ้นด้วย” (เลขานุการกรมการ LTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 13 กันยายน 2564)

“เรามีหมอน้อยที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็น โครงการร่วมกับกาชาดจังหวัดชัยนาท สนับสนุนให้การดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีความสำคัญมากขึ้น เพราะว่าอาสาสมัครที่ดูแลไปช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น บางครั้งถึงขนาดเข้าไปเปลี่ยนแพมเพิสให้ไปนวดให้ ทำทุกอย่าง ถ่ายภาพมาให้ดู พอมีนโยบายนี้มาก็น่าจะต่อยอดได้ อีกอย่างงบประมาณสปสช.ก็มีให้ต่างหากไม่ต้องใช้งบของเทศบาลซึ่งเรามีน้อยอยู่แล้ว จึงตัดสินใจสมัครเข้าร่วมเลย”(ประธานอนุกรรมการ LTC (นายกฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 ตุลาคม 2564)

นอกจากนี้ ยังพบว่า คำแนะนำให้เกิดความเชื่อมั่นจากผู้อื่นเป็นอีกหนึ่งสาเหตุ กล่าวคือ อำเภอสรรพยามีบุคคลสำคัญ คือ คุณดำรง ดำรงพันธุ์ ซึ่งอดีตเป็นสาธารณสุขอำเภอปัจจุบันเกษียณอายุราชการและดำรงตำแหน่งเป็นรองนายกเทศมนตรีตำบลตุ๊ก และเป็นประธานเครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชนทำหน้าที่เป็นผู้นำช่วยประสานความเข้าใจ กระตุ้นชักชวน เสริมพลังส่งผลให้อปท.ทุกแห่งในเขตอำเภอสรรพยาเชื่อมั่นและสมัครเข้าร่วมดำเนินงานพร้อมกันมากขึ้นดั่งบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก่อนหนังสือจะส่งมาให้สมัครร่วมดำเนินงานจาก สปสช. ได้ทราบข้อมูลบางส่วนจากประชุมต่างๆรวมทั้งท่านรองนายกเทศบาลตุ๊ก จึงได้รับรู้ข่าวสาร LTC เพิ่มขึ้นพอสมควร

ต่อมาได้หนังสือชี้แจงจึงศึกษาทำความเข้าใจเพิ่มเติม และนำเสนอนายกฯ โดยอธิบายถึงกระบวนการและประโยชน์ของโครงการ LTC ตอนนั้น ก็กังวลและตัดสินใจอยู่นาน เนื่องจากยังไม่มีความชัดเจน คือ ไม่มีเกณฑ์อะไรมาเลยทั้งกระบวนการทำงานและเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินต่าง ๆ” (เลขาธิการโครงการ LTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 28 กันยายน 2564)

สำหรับการแสวงหาการสนับสนุนนั้น พบว่า สปสช. ได้จัดทำหนังสือแจ้งขอความร่วมมือขับเคลื่อนนโยบายไปยัง กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นกระทรวงมหาดไทย โดยประสานข้อสั่งการให้ อปท. ที่เข้าร่วมโครงการฯ ถือปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 ในขณะที่ อปท. ทุกแห่งได้ดำเนินการกิจกรรมแสวงหาการสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งในระยะแรก ปี พ.ศ.2559 - พ.ศ.2561 พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพความรู้และทักษะแก่ทรัพยากรบุคคลทั้งประเภทวิชาการและปฏิบัติการ โดยเฉพาะ CM และ CG ฯลฯ เพื่อให้เพียงพอและสามารถจัดบริการ LTC ได้สอดคล้องกับแนวทางที่ สปสช. กำหนดโดยมีการประสานงานจัดประชุมคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อสร้างการรับรู้ในการปฏิบัติตามนโยบาย และร่วมกันพิจารณาเสนอชื่อบุคคลตามองค์ประกอบที่ สปสช. กำหนดเพื่อคัดเลือกและประกาศแต่งตั้งให้เป็นคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดำเนินงาน LTC ของแต่ละพื้นที่ให้ทำหน้าที่ช่วยผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายต่อไป โดยในระยะต่อมาช่วง ปี พ.ศ.2562 - พ.ศ.2564 ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านสาธารณสุขและด้านบริการทางสังคมควบคู่กันเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะด้านสังคมและสวัสดิการจากหน่วยงานสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด กองทุนเมตตาประชารัฐจากคณะสงฆ์ภายใต้โครงการวัดประชารัฐ เช่น วัสดุอุปกรณ์ที่กลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องใช้ประจำวัน เครื่องอุปโภค บริโภค การทำความสะอาดปรับปรุงที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือด้านสิทธิสวัสดิการทั้งนี้เกิดจากกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่มีเนื้อหาบรรยายเกี่ยวกับการเชื่อมโยงกระบวนการให้ความช่วยเหลือผ่านหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงการมีจิตอาสาของประชาสังคมทั้งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคนๆ เดียวกันแต่มีหลายบทบาท ตลอดจนผู้นำชุมชนที่ให้ความสนใจและช่วยประสานงานเพิ่มมากขึ้นดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีการจัดการดีขึ้น มีของใช้เพียงพอ ได้รับอุปกรณ์ชุดทำแผล ถูมือ แอส เทอร์โมมิเตอร์ แพมเพิร์สทำให้แบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของคนดูแลและครอบครัวคนป่วยได้มาก” (อนุกรรมการ LTC (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG)) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 กันยายน 2564)

“บางรายฐานะไม่ค่อยดี เกินกำลังเราที่จะช่วยเหลือ ก็จะแจ้งผู้ใหญ่บ้านให้ช่วยประสานหน่วยงานพมจ. เช่นจัดทำบัตรผู้พิการ อุปกรณ์ช่วยเหลืออื่น ๆ ไหว ซ่อมแซมบ้านและเงินสงเคราะห์ครอบครัวถ้าเป็นเครื่องใช้ประจำวันกับข้าวของบริโภค ก็จะประสานความช่วยเหลือไปที่เหล่ากาชาดจังหวัดกับพระคุณเจ้าพระสุธีรวัชรภรณ์ ท่านเจ้าคณะจังหวัดชัยนาทส่วนในชุมชนเรากับคนในครอบครัวของผู้ป่วยก็ช่วยกันทำความสะอาดบ้านและบริเวณรอบๆ มีการทำรอบบริหารแขนขาตามสภาพของผู้ป่วย” (เลขอนุกรรมการ LTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 15 กันยายน 2564)

2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Deliverer Implementation) เป็นขั้นต่อเนื่องจากขั้นระดมพลังโดยเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยน โครงการ หรือแนวทางการปฏิบัติหรือแผนงานให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบายและความต้องการตามบริบทของพื้นที่ในแต่ละช่วงเวลา

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเอกสารประกอบการดำเนินงานและการบริหารจัดการในบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ LTC และแนวทางการติดตาม และประเมินผลการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(กองทุนสุขภาพตำบล) ตามที่กล่าวแล้วในบทที่ 3 นำมาสรุปขั้นตอนที่สำคัญได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมด้านระบบบริหารจัดการของ อปท.และหน่วยบริการปฐมภูมิ

ภายหลัง ที่ อปท.ตัดสินใจแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานกับ สปสช.แล้ว ตั้งแต่ช่วงปลายปีพ.ศ.2559 และจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อดำเนินงานและบริหารจัดการงบประมาณ LTC ในระดับพื้นที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 ผู้วิจัย พบว่าอปท.ทุก

แห่งมีการเตรียมความพร้อมด้านระบบบริหารจัดการแบบไม่ลงลึกในรายละเอียดของการปฏิบัติโดยมีการนัดหมายคณะอนุกรรมการฯ LTC มาประชุมปรึกษาหารือวางแผนการบริหารจัดการด้านกำลังคนและงบประมาณมีการเสนอชื่อเพื่อระบุตัวแทนคณะอนุกรรมการฯ LTC ร่วมเปิดบัญชีเงินฝากรองรับการดำเนินงานมีการจัดเตรียมกำลังคนที่ปฏิบัติงานธุรการและประสานขับเคลื่อนโดยเข้ารับการอบรมชี้แจงการดำเนินงานจาก สปสช. รวมถึงการเตรียมกำลังคนสำหรับให้บริการเชิงรุกแก่กลุ่มเป้าหมายที่บ้าน คือ CM และ CG ซึ่งได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพจากศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ผ่านการประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา ตลอดจนการจัดเตรียมข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเพื่อจัดบริการ และข้อตกลงการเบิกจ่ายงบประมาณ ปัญหาอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จในขั้นตอนนี้ คือ (1) การขาดสมรรถนะในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ LTC อย่างแท้จริงส่วนใหญ่รับรู้และเข้าใจในภาพกว้างของการปฏิบัติตามนโยบายแต่ยังขาดความชัดเจนและไม่มั่นใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ โดยเฉพาะด้านการเงินและการจัดบริการเชิงรุกที่บ้าน (2) ขาดการกำหนดและหรือแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดบริการร่วมกันระหว่าง อปท. หน่วยบริการปฐมภูมิหรือคณะอนุกรรมการตำแหน่งอื่นๆ ที่ชัดเจน (3) ขาดผู้ปฏิบัติในระดับกองสาธารณสุข ของ อปท. ซึ่งผู้บริหารมีการมอบหมายด้วยวาจาให้เป็นงานฝากเพิ่มในภารกิจ อาทิ รองปลัด นักพัฒนาชุมชน นักวิชาการศึกษา เป็นต้น ส่งผลให้ไม่มีการปฏิบัติตามบทบาทที่กำหนด ขาดความเต็มใจไม่พร้อมรับที่จะทำงาน แต่ก็ไม่ถึงกับต่อต้านโดยมีข้อโต้แย้งว่ารอหนังสือระเบียบข้อสั่งการที่ชัดเจนจากผู้บังคับบัญชาทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด ทั้งนี้สรุปได้ว่า อปท. ทุกแห่งยังขาดความพร้อมในการบริหารจัดการด้านกำลังคนและงบประมาณทำให้การทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. และหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ราบรื่นและก้าวหน้าเท่าที่ควรดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ท้องถิ่นไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร ถ้ามีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลักทุกเทศบาลมันก็จะขับเคลื่อนได้ดีกว่านี้ เพราะงานสาธารณสุขหลักๆ ของท้องถิ่นมีหลายด้าน ภาระงานเยอะมาก แต่มีบุคลากรที่เป็นเจ้าหน้าที่คนเดียว ทำให้เกิดความล่าช้าและขาดประสิทธิภาพในการทำงาน แต่ก็ติดขัดเรื่องกรอบอัตรากำลังและงบประมาณบริหารจัดการ” (ประธานอนุกรรมการฯ LTC (นายกฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 กันยายน 2564)

“มันมีปัญหาในเรื่องบุคลากรในส่วนของ อปท. เนี่ยมันไม่พอมากกว่า และก็มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในเทศบาลบ่อย ยิ่งไม่มีกองสาธารณสุข ก็ให้เจ้าหน้าที่ด้านอื่นมาทำแทนการทำงานจึงไม่ค่อยเน้นหนักและต่อเนื่อง เพราะเขาก็มีงานประจำทำเป็นหลักก็

เห็นใจเขานะเราเองก็ใช้วิธีประสานทางโทรศัพท์เป็นเรื่อยๆ ไปส่วนใหญ่หลังจากประชุมพิจารณาจบแล้วต่างคนก็แยกย้ายกันไปทำหน้าที่” (อนุกรรมการ LTC (ผอ.รพสต.) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 14 กันยายน 2564)

## ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

หลักเกณฑ์การสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าบริการ LTC) ระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะถูกประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เชลเอ็ดิแอล และจัดทำเป็นฐานข้อมูล รวมทั้งนำข้อมูลผู้สูงอายุและบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน ADL (Activities of Daily Living) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้าน สาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เพื่อประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ซึ่งผู้วิจัย พบว่า โรงพยาบาลสรรพยาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง มีการประเมิน ADL ผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้งผ่านกลไกการสำรวจโดย CG และ อสม. ซึ่งได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพจาก CM และ CM ลงประเมินซ้ำ เฉพาะกลุ่มที่พบค่า ADL น้อยกว่า 11 คะแนน เพื่อจัดทำ CP ประกอบการเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณและวางแผนจัด CG ให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจากการตรวจสอบเอกสาร พบผลการดำเนินงาน ดังนี้

1) ผลการคัดกรองภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ จำแนกรายตำบลในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2564

พบว่า ภาพรวม หน่วยบริการสาธารณสุขมีผลงานการประเมินผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ.2561 – 2564 เรียงลำดับจาก ร้อยละ 85.95 เป็น 87.46, 88.88 และ 96.45 โดยเมื่อพิจารณาพื้นที่ที่มีการดำเนินงานประเมินคัดกรองภาวะพึ่งพิงสูงสุด พบว่า ตำบลบางหลวงสามารถคัดกรองได้มากกว่า ร้อยละ 90 ในทุกช่วงปีและเมื่อพิจารณาอัตราการพบภาวะพึ่งพิง (ค่า ADL น้อยกว่า 11 คะแนน) พบว่า ภาพรวมพบภาวะพึ่งพิงสูงสุดในปี พ.ศ.2561 ร้อยละ 4.35 และลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 – 2564 ร้อยละ 3.45, 3.11 และ 4.18 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผลงานการประเมินและพบภาวะพึ่งพิงสูงสุดเรียงตามลำดับปี พ.ศ.2561 ที่ตำบล โพนางคำออก ร้อยละ 10.87 ปี พ.ศ.2562 ที่ตำบลเขาแก้ว ร้อยละ 5.35 ปี พ.ศ.2563 ที่ตำบลโพนางคำออก ร้อยละ 4.91 และ ปี พ.ศ.2564 ที่ตำบลบางหลวง ร้อยละ 5.42 ดังตาราง 4.2



ตารางที่ 4.1 ผลการคัดกรองภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ จำแนกรายตำบลในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา  
จังหวัดชัยนาท เปรียบเทียบ ปี พ.ศ.2561-2564

ตำบล	2561		2562		2563		2564	
	คัด	พบภาวะ	คัด	พบภาวะ	คัด	พบภาวะ	คัด	พบภาวะ
	กรอง	พึ่งพิง	กรอง	พึ่งพิง	กรอง	พึ่งพิง	กรอง	พึ่งพิง
1.สรรพยา	95.77	1.88	92.74	2.33	90.97	2.81	89.75	3.33
2.ตลุก	79.55	0.52	80.53	3.96	85.11	2.66	90.43	3.93
3.เขาแก้ว	77.37	9.92	60.69	5.35	79.54	2.40	89.98	2.78
4.โพนางคำตก	92.04	5.21	88.62	3.49	86.36	3.84	94.47	4.75
5.โพนางคำออก	84.78	10.87	93.67	4.69	90.75	4.91	96.55	5.11
6.บางหลวง	96.96	3.33	94.59	2.96	95.75	3.11	97.27	5.42
7.หาดอาษา	75.52	4.00	89.32	2.85	90.02	2.02	96.01	3.52
รวม	85.92	4.35	87.46	3.45	88.8	3.11	93.45	4.18

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2565

2) ผลการจำแนกระดับภาวะพึ่งพิงเพื่อจัดทำแผนการดูแลและให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์จำแนกรายตำบลในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2564

พบว่า ภาพรวม หน่วยบริการสาธารณสุข สามารถจำแนกระดับภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายเพื่อจัดทำแผนการดูแล และให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้านที่มีผล ADLเท่ากับ 5 – 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง ที่มีผล ADL เท่ากับ 0-4 คะแนน โดยแผนการดูแลจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะด้านความถี่ของการดูแลและหัตถการที่ได้รับ ทั้งนี้เป็นการดำเนินงานภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งหน่วยบริการทุกแห่งต้องจัดทำแผนการดูแลเป็นรายบุคคล โดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าในระยะเริ่มแรกปี พ.ศ.2559 – 2561 การจัดทำแผนการดูแลอยู่ในรูปแบบของกระดาษเอกสาร ต่อมาในปีพ.ศ.2562 กรมอนามัยได้พัฒนาโปรแกรมการบันทึกแผนการดูแลในรูปแบบโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์แต่พบปัญหาการเชื่อมต่อกับระบบ LTC ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ไม่ได้รับความนิยมในการจัดทำโดยมีข้อเสนอให้มีการปรับปรุงระบบข้อมูลบนฐานอิเล็กทรอนิกส์ให้มีความเชื่อมโยงร่วมกันระหว่างกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อลดภาระงานของผู้ปฏิบัติซึ่งได้รับการแก้ไขปรับปรุงสมบูรณ์มากขึ้นในปี พ.ศ.2564ส่งผลให้เกิดความเชื่อมโยงระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการและใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาประสิทธิภาพงานมากยิ่งขึ้น ดังตาราง 4.2

ตารางที่ 4.2 ผลการจำแนกระดับภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (ADL=5-11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (ADL=0-4) จำแนกรายตำบลในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564

ตำบล	กลุ่มติดบ้าน (ADL= 5-11 คะแนน)				
	2560	2561	2562	2563	2564
1 สรรพยา	15	57	25	32	33
2 ตลุก	7	18	37	31	52
3 เขาแก้ว	31	20	12	9	10
4 โพนางคำตก	56	42	32	38	58
5 โพนางคำออก	103	37	46	44	53
6 บางหลวง	22	12	15	18	42
7 หาดอาษา	35	16	24	15	37
รวม	269	202	191	187	285

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2565

ตารางที่ 4.3 ผลการจำแนกระดับภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง (ADL=0-4) จำแนกรายตำบลในเขตพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2564

ตำบล	กลุ่มติดเตียง (ADL = 0-4 คะแนน)				
	2560	2561	2562	2563	2564
1 สรรพยา	8	8	5	5	13
2 ตลุก	0	14	20	10	16
3 เขาแก้ว	7	1	5	1	4
4 โพนางคำตก	6	9	9	8	7
5 โพนางคำออก	6	4	4	8	7
6 บางหลวง	13	15	16	15	18
7 หาดอาษา	11	8	11	11	13
รวม	51	59	70	58	78

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2565

สำหรับปัญหาอุปสรรคสำคัญของชั้นตอนนี้ คือ มีกลุ่มเป้าหมายบางส่วนที่เกิดขึ้นระหว่างปี และผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้รับการส่งต่อ

จากโรงพยาบาลหรือแจ้งข้อมูลจากญาติผู้ดูแลในครอบครัวหรือ อสม.หรือ CG ทำให้เกิดช่องว่างขาดการเข้าถึงบริการด้านการประเมินและการจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่อง ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล

“บางทีบางครั้งนะในเรื่องการดูแลอะ ยายคนนี้ได้รับการดูแลยายคนนี้ก็ใกล้เคียงกันแต่ไม่ได้รับการดูแลบ้านใกล้กัน ทำไมไม่มีใครมาหาฉันบ้างเลย” (เลขานุกรรมการ LTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 กันยายน 2564)

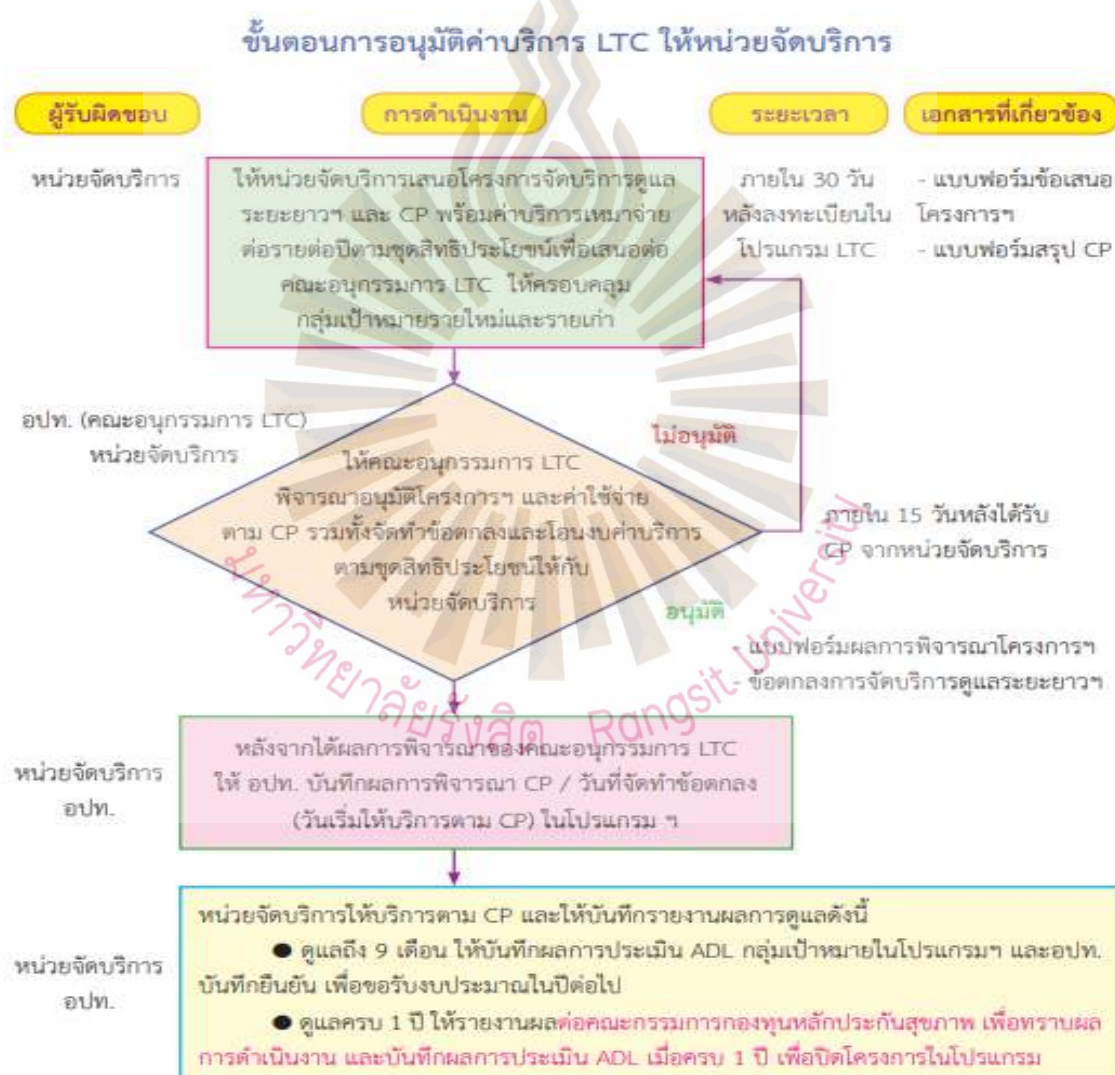
“หลังเข้ารับการอบรมกับหมอ ทำให้มีความรู้ และมั่นใจมากขึ้น สามารถประเมินอาการผู้สูงอายุและเข้าไปเยี่ยมพูดคุยดูแลสุขภาพเท่าที่ช่วยได้ เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ ทำแผล” (อนุกรรมการ LTC (อนุกรรมการ LTC (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG)) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 18 กันยายน 2564)

สรุปได้ว่า ในการดำเนินงานขั้นตอนที่ 2 หน่วยบริการสาธารณสุขในบทบาทของคณะอนุกรรมการ LTC ด้านการดูแลและจัดบริการตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถประเมินผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 – 2564 อัตราร้อยละ 85.95 เป็นร้อยละ 93.45 และสามารถค้นพบภาวะพึ่งพิงเพื่อนำมาดำเนินการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลตามชุดสิทธิประโยชน์ ในภาพรวม อยู่ระหว่าง ร้อยละ 3.11 ถึงร้อยละ 4.35 ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะมีลักษณะการขับเคลื่อนเป็นวงล้อ เริ่มจากสำรวจประเมิน คัดกรองภาวะพึ่งพิง จัดทำแผนการดูแล ให้บริการดูแลตามแผน และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงสถานะ ADL ตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นสุดปีงบประมาณ แล้วเริ่มคัดกรองประเมินใหม่ทุกวันในแต่ละปี อย่างไรก็ตามพบปัญหาอุปสรรคสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เกิดขึ้นในระหว่างปีซึ่งขาดการส่งต่อข้อมูลเพื่อการบริการ LTC ต่อเนื่อง ดังนั้นการดำเนินงานดังกล่าว ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จึงต้องมีการออกแบบและวางแผนงานบริการตลอดช่วงระยะเวลาปีงบประมาณ รวมถึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมลงพื้นที่ดำเนินงานด้วยเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของการประเมินและการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 การเสนอโครงการและพิจารณาอนุมัติ

คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561 กำหนดให้คณะอนุกรรมการฯ LTC มีอำนาจ

หน้าที่ในการพิจารณาอนุมัติโครงการ แผนการดูแลรายบุคคล รวมถึงค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ รวมทั้งจัดทำข้อตกลงและโอนงบประมาณบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ให้กับหน่วยจัดบริการ โดยที่หน่วยจัดบริการต้องเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และแผนการดูแลพร้อมค่าบริการเหมาจ่ายรายบุคคลต่อปีให้ครอบคลุมรายเก่าและรายใหม่ ภายใน 30 วัน หลังลงทะเบียนในโปรแกรม LTC ดังรูปที่ 4.2



รูปที่ 4.2 ขั้นตอนการอนุมัติค่าบริการ LTC ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการฯ LTC  
ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า คณะอนุกรรมการฯ LTC ทุกแห่ง มีการประชุมชี้แจงแนวทางการเสนอโครงการและพิจารณาอนุมัติงบประมาณค่าบริการ LTC โดยมีข้อตกลงร่วมกันให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยจัดบริการ LTC และยกเลิกการจัดบริการโดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเนื่องจากมีปัญหาอุปสรรคด้านการจัดทำข้อเสนอโครงการและบริหารจัดการงบประมาณซึ่งต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเชี่ยวชาญและเสียสละเวลาเป็นอย่างมาก ประกอบกับกังวลข้อห่วงหวังของ สตง. และการมีนโยบายสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขที่จะพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวผสมผสานกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ทำให้เกิดการผลักดันให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นแกนหลักในการจัดบริการ LTC ซึ่งส่งผลให้มีการจัดทำและใช้ข้อมูลการประเมินภาวะ ADL เป็นฐานในการจัดทำข้อเสนอโครงการชัดเจนมากขึ้นและโดยช่วงนำเสนอโครงการมีการนำข้อมูลและภาพถ่าย ความยากลำบากของกลุ่มเป้าหมายมาพูดคุยวิเคราะห์ปัญหาและพิจารณาสนับสนุนการแก้ไขดูแลและช่วยเหลือที่สอดคล้องกับบริบทและความจำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและตามแผนการดูแลที่แตกต่างกันเป็นรายบุคคล ทำให้คณะอนุกรรมการฯ LTC เกิดความมั่นใจและตัดสินใจพิจารณาอนุมัติงบประมาณได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ พบว่า ปัญหาอุปสรรคหลักของผู้ปฏิบัติในการดำเนินงานขั้นตอนนี้ คือ การจัดทำข้อเสนอโครงการที่มีรายละเอียดของแผนการดูแลเฉพาะรายบุคคลซึ่งมีองค์ประกอบข้อมูลค่อนข้างมากในแต่ละราย ทำให้ต้องใช้เวลามาก กล่าวคือ CM ต้องลงพื้นที่เยี่ยมกลุ่มเป้าหมายที่ ADL น้อยกว่า 11 คะแนนพูดคุยเพื่อสำรวจประเมินสภาพและตกลงวิธีจัดบริการร่วมกับ CG และญาติในครอบครัวที่มีทั้งให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและไม่ให้ความร่วมมือ รวมถึงไม่มีญาติดูแล โดยต้องระบุรายละเอียดจำนวนค่าใช้จ่ายที่สอดคล้องกันระหว่างบริการที่จัดกับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการจัดบริการซึ่งไม่ค่อยมั่นใจเกี่ยวกับราคาวัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ว่าถูกต้องหรือไม่เพราะไม่มีการกำหนดราคากลางร่วมกันของกองทุนฯ ต่อจากนั้นจึงนำข้อมูลมาบันทึก ใน โปรแกรม 3 C เพื่อออกรายงานการจัดทำ CP นำมาแนบข้อเสนอโครงการ ทำให้ล่าช้าต่อการพิจารณาอนุมัติงบประมาณ ประกอบกับปัญหาด้านการอนุมัติและโอนงบให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีการจัดทำฎีกากองทุนฯ เสนอผู้บริหารแล้วบันทึกใน โปรแกรม LTC เพื่อเปิดระบบการจัดบริการทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความท้อแท้ต่อการจัดทำข้อมูลทั้งระบบเอกสารและ โปรแกรม และเกิดความล่าช้าในการโอนงบประมาณดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพียงพอ แต่การจัดสรรล่าช้า และการบริหารจัดการงบประมาณยุ่งยาก ไม่ชัดเจน ทำให้เทศบาลไม่กล้าทำ” (อนุกรรมการLTC (ผู้จัดการ

การดูแลผู้สูงอายุ (CM) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 22 กันยายน 2564)

“มีการนำข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่แสดงถึงคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เชลเอดีแอลจำนวนผู้ที่ต้องได้รับการดูแลจำแนกรายกลุ่มและชื่อ CG มาเป็นฐานในการพิจารณาอนุมัติแผนงานโครงการ” (อนุกรรมการ LTC (ผอ. รพสต.) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 27 กันยายน 2564)  
ขั้นตอนที่ 4 การจัดบริการและจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์สนับสนุนการให้บริการ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำประกาศหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดประเภทและกิจกรรมบริการชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบุคลากรสาธารณสุขหรือทีมหมอครอบครัวบริการดูแลที่บ้านหรือชุมชนและให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล ร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัคร จิตอาสา (กิจกรรม รูปแบบการให้บริการและความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็นสำคัญตามคำแนะนำหรือมอบหมายของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข) รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจหรือได้รับจากสิทธิบริการอื่น ๆ เช่นจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด จาก อปท. หน่วยบริการ สถานบริการหรือภาคเอกชน ตลอดจนการประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล อย่างน้อย 1-6 เดือนต่อครั้งตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว (LTC) มีการจัดบริการแบบมีส่วนร่วม โดยได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการช่วยวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมและเป็นที่ปรึกษากรณีเกิดปัญหาและช่วยเหลือแก้ไขปัญหา เช่น เกษตรกรด้านปัญหาเรื่องการรับประทานยา นักกายภาพบำบัดเรื่อง ข้อติด เท้าตกนักแพทย์แผนไทยด้านการใช้สมุนไพรพื้นฟูแผลติดเชื้อ แผลกดทับ มาช่วยดูแลเป็นรายกรณีและได้รับความร่วมมือจาก CM / CG ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย CM ช่วยประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแล วางแผนและจัดทำแผนการดูแล Care Plan และมอบหมายให้ CG ออกปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน ซึ่ง CM คอยควบคุมกำกับและให้

คำปรึกษาติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องทุกเดือน นอกจากนี้ พบว่า บางครอบครัวให้ความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ช่วยทำกายภาพบำบัดกรณีที่ไม่ได้เข้าไปดูแลบางวัน ช่วยปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้านให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางครอบครัวก็ปฏิเสธการให้บริการ เนื่องจากรู้สึกถูกรุกล้ำความเป็นส่วนตัว แต่สามารถพูดคุยทำความเข้าใจกันได้ ตลอดจนได้รับความร่วมมือจากชมรมผู้สูงอายุและชมรม อสม. ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ที่ต้องได้รับการดูแลในพื้นที่เป็นอย่างดีทุก อปท. เช่นภาคประชาชน ประสานช่างตัดผม ในพื้นที่ช่วยมาตัดผมให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ยากไร้ที่บ้านหน่วยงานภาครัฐช่วยเหลือให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ยากไร้ ขาดคนดูแลเข้าอยู่สถานสงเคราะห์โรงงานเอกชนช่วยบริจาคอาหาร อุปกรณ์ดูแล ของใช้จำเป็นสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ข้าวสารนมกล่อง เป็นต้น ทั้งนี้ เมื่อจัดบริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครบ 9 เดือนและ 12 เดือน CM จะทำหน้าที่ประเมิน ADL เพื่อสรุปรายงานเอกสารเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ LTC และรายงานในระบบโปรแกรม LTC ของ สปสช. สำหรับปัญหาอุปสรรค พบว่า CM ขาดอุปกรณ์บางอย่างที่ค่อนข้างมีราคาสูง ไม่สามารถใช้งบ LTC ให้เป็นการเฉพาะราย เช่นที่นอนลม เครื่องออกซิเจนแบบพกพาที่สามารถนำไปบริการนอกสถานพยาบาลได้ประกอบกับความร่วมมือในการดูแลที่บ้าน พบว่า ช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การให้บริการค่อนข้างหยุดชะงัก เกิดความกังวลต่อการติดเชื้อทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และตัวผู้สูงอายุ จึงงดเว้นการดูแล ยกเว้นกรณีที่ไม่มียา ก็จัด CG ดูแลต่อเนื่องแต่เสริมอุปกรณ์ป้องกันและบริการที่ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อรวมถึงบางรายมีสภาพปัญหาซ้ำซ้อนทางสังคม เช่น ขาดและต้องการเครื่องอุปโภคบริโภคเป็นประจำ รายได้ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งคณะอนุกรรมการฯ LTC บางแห่งก็ให้ความช่วยเหลือได้ดีแต่ก็มีบางแห่งที่ยังไม่ได้วางแผนความร่วมมือในการช่วยเหลือที่ชัดเจนนอกจากนี้ พบว่า CM บางแห่งไม่ได้มีการจัดทำรายงานประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคลทั้งในส่วนกองทุนฯ และ สปสช. เนื่องจากมีภารกิจหลายด้านและไม่ได้รับการติดตามกำกับจากทั้ง 2 หน่วยงานดังกล่าวของ ผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“การจัดบริการ LTC คณะอนุกรรมการฯ ก็จะช่วยกันดูทั้งด้านสุขภาพและสังคม ตัวอย่างที่ภูมิใจ คือมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายหนึ่ง ดิฉันคนเดียวไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ภรรยาทำกล่องผักตบชวาส่งได้รายได้วันละประมาณ 70-140 บาท บุตรชายติดคุก ไม่มีคนดูแลเรา ประสานเทศบาลให้เงินช่วยเหลือเดือนละ 3,000 บาทจำนวน 3 เดือนทางหมู่บ้านกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ช่วยข้าวสารเดือนละ 5 กก. และมีทีมผู้นำชุมชน/อสม. มาช่วยทำความสะอาด

บ้านเรือน” (เลขอนุกรรมการLTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 กันยายน 2564)

“มีงานหลายด้าน ทั้งจรและประจำ ต้องช่วยเจ้าหน้าที่งานอื่นๆ ด้วยการติดตามประเมินจึงไม่ได้ลงพื้นที่เยี่ยมทุกราย ส่วนใหญ่ก็ให้ CG รายงานมา แล้วนำมาสรุปทุกเดือนครบปีก็รวมเล่มเอกสารเป็นรายงานผลการดำเนินงานส่งให้กองทุน ส่วนโปรแกรม LTC สปสช. ก็มี ปัญหาเข้าไม่ได้ ก็ไม่ได้พยายามเข้าหอรอกเพราะคิดว่ามีปัญหาที่ระบบเทคนิคของโปรแกรม จนจังหวัดแจ้งมาว่าถูกล็อกเพราะไม่เข้าใช้งานต่อเนื่องทุกเดือน”(อนุกรรมการLTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM)) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล ,10 กันยายน 2564)

#### ขั้นตอนที่ 5 การติดตามและประเมินการบริหารจัดการระบบ LTC

เพื่อให้กองทุนหลักประกันมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนและมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 (ข้อ 22) ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ประสานกับท้องถิ่นจังหวัด ในการติดตาม กำกับ ประเมินผลและส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และรายงานให้สำนักงานทราบ ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะอนุกรรมการฯ LTC จากอปท.ทั้ง 9 แห่ง พบว่า ที่ผ่านมามีทุกแห่งยังไม่เคยได้รับการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการระบบLTC ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวอย่างชัดเจนเป็นระบบ ทั้งในระดับเขตหรือหน่วยสนับสนุนในระดับจังหวัดและอำเภอ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ LTCที่มีการกำกับติดตามและประเมินผลผ่านเวทีการประชุมและรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินงาน (1 ปี) โดยในส่วน ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับงบประมาณสนับสนุนดำเนินงานจะมีการติดตามกำกับประเมินผลการปฏิบัติงานให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายของ CG ต่อเนื่องทุกเดือนด้วยวิธีการตรวจสอบเอกสารบัญชีลงชื่อปฏิบัติงานของ CG รายงานบันทึกผลการให้บริการดูแลสุขภาพเปรียบเทียบแผนการดูแลรายบุคคลที่มอบหมาย



จากการทบทวนคู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561 พบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการออกแบบประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการประสานงานติดตาม ประเมินผลและส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนฯ โดยระบุไว้ว่า “การกำกับติดตามนั้นอาจกระทำได้ตามขั้นตอนการสั่งการตามระเบียบวิธีปฏิบัติของหน่วยงานนั้นๆ” ซึ่งเป็นประเด็นที่สะท้อนถึงช่องว่างปัญหาสำคัญของการติดตามประเมินผลตามนโยบายฯ ที่หน่วยงานต่างๆจะเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติก็ได้ ประกอบกับจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับก็ไม่พบเอกสารคำสั่งหรือแผนงานด้านการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน LTC แต่อย่างใดดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ที่ผ่านมาก่อนมี LTC โรงพยาบาลก็จะออกมาเป็นครั้งคราวเฉพาะเคสที่เขาจะส่งตัวกลับมารักษาต่อที่บ้านแต่ก็ไม่ต่อเนื่อง บางทีเราก็ประสานงานเอง อย่างนักกายภาพบำบัดให้ช่วยลงมาทำให้คนไข้ที่บ้านบางรายมีญาติก็แนะนำให้พาไปทำกายภาพที่โรงพยาบาล เพราะนักกายภาพบำบัดมีน้อยไม่สามารถออกมาทำงานกับเราได้ทุกวัน ก็คิดอยู่นะ ว่าทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลกับ LTC น่าจะทำข้อตกลงหรือทำแผนร่วมกันลงมาดูแลเคสที่มีปัญหาข้อติดหรือเคลื่อนไหวไม่ได้จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู หรือมาบูรณาการงาน Home Health Care กับ LTC ร่วมกับเรา ก็จะทำให้คนเคส LTC มีโอกาสที่กลับคืนสภาพได้มากขึ้น” (อนุกรรมการ LTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM)) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2564)

3) ชั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่น (Cohesion) หรือต่อเนื่องเป็นขั้นที่ผู้กำหนดนโยบายจากส่วนกลางฝากไว้กับนักบริหารรัฐกิจในระดับชุมชนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายในชุมชนท้องถิ่นในการเป็นผู้ผลักดันตัวเองขึ้นมาเป็นผู้นำในการชักจูงให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของนโยบายอย่างต่อเนื่องซึ่งในขั้นนี้เปรียบได้ว่าการบริหารรัฐกิจตามนโยบายเป็นภารกิจประจำวันเพื่อให้เกิดการยอมรับทั้งจากหน่วยงานราชการและประชาชนในพื้นที่จัดทำนโยบาย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้บริหาร อปท.ส่วนใหญ่รับรู้และยอมรับให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมดำเนินงานตามนโยบาย LTC แต่ยังคงขาดกระบวนการผลักดันและเสริมพลังจูงใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเนื่องจากไม่มีเวทีกลางพูดคุยหรือทำความเข้าใจเชิงประจักษ์ร่วมกัน

ระหว่างผู้บริหาร อปท.กับหน่วยสนับสนุนระดับเขต จังหวัดหรืออำเภอ ประกอบด้วย ไม่มีระบบหรือกระบวนการติดตามกำกับและประเมินที่สะท้อนผลลัพธ์การบริหารจัดการระบบ LTC อย่างเป็นทางการทำให้ไม่เกิดการรับรู้สถานการณ์หรือผลลัพธ์ในการจัดบริการของตนเองหรือเปรียบเทียบกับแข่งขันกับแห่งอื่น โดยผู้วิจัยมีข้อสังเกต พบว่าอปท.ส่วนใหญ่ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีหรือโครงการเพื่อบริหารจัดการงบประมาณ LTC ที่ออกแบบหรือระบุกิจกรรมการทำงานร่วมกันในขั้นตอนสำคัญต่าง ๆ อาทิเช่นการสำรวจค้นหากลุ่มเป้าหมาย การเสนอพิจารณาอนุมัติโครงการ การโอนจัดสรรงบประมาณ การจัดบริการและการติดตามประเมินผล อย่างชัดเจน ส่วนใหญ่ขับเคลื่อนผ่านการประชุมของคณะกรรมการฯ LTC มีเพียง อปท.เป็นส่วนน้อยที่จัดทำแผนงาน โครงการ LTC ประจำปีและมีการประชุมขับเคลื่อนการปฏิบัติงานด้านระบบบริหารจัดการ LTC ได้อย่างต่อเนื่องโดยเฉลี่ยประมาณ 3 ครั้งต่อปี ได้แก่ เทศบาลตำบลบางหลวง และ เทศบาลตำบลตุ๊ก โดยพบว่า อปท.ทั้ง 2 แห่ง ออกแบบการประชุมกำหนดให้ครั้งที่ 1 เป็นการประชุมเพื่อพิจารณา กลุ่มเป้าหมายและอนุมัติงบประมาณดำเนินการให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิผู้เสนอโครงการ จัดบริการ LTC แก่กลุ่มเป้าหมาย ครั้งที่ 2 จัดประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการจัดบริการภายหลังจากที่อนุมัติโครงการได้ 3-6 เดือน

สำหรับครั้งที่ 3 จะเป็นการประชุมรับทราบผลการดำเนินงานครบ 9 เดือนเพื่อสรุปรายงานการบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและคณะกรรมการฯ LTC รวมถึงสปสข. นอกจากนี้ ยังพบว่า กระบวนการบริหารจัดการของ อปท.ส่วนมากสามารถจัดประชุมได้เพียงปีละ 1 ครั้งเท่านั้น เนื่องจากปัญหาอุปสรรคสำคัญ คือมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่รับผิดชอบงานทั้งในส่วนของหน่วยงาน อปท.และหน่วยงานสาธารณสุขประกอบด้วย ช่วงปี พ.ศ.2563 ถึง พ.ศ.2564 กระบวนการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานให้บริการ LTCเชิงรุกที่บ้านได้หยุดชะงักลงทุกแห่งเนื่องจากได้รับผลกระทบสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มเป้าหมายและครอบครัวมีความกลัวการติดเชื้อและปฏิเสธการรับบริการส่วนผู้ให้บริการเองก็กังวลและไม่มั่นใจ เช่นเดียวกัน รวมถึงกระแสการเมืองเรื่องเลือกตั้งผู้บริหารท้องถิ่น(เทศบาล) พร้อมกันทั่วประเทศทำให้กังวลเรื่องการบริการที่จะกระทบต่อการหาเสียงและขัดแย้งในระหว่างการเลือกตั้ง

สรุปได้ว่ากระบวนการขั้นตอนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นระดมพลัง (Mobilization) ขั้นการปฏิบัติ (Deliverer Implementation) และ ขั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือต่อเนื่อง (Cohesion) โดยประกอบด้วย 8 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (1) การพิจารณารับนโยบาย (2)

การแสวงหาการสนับสนุน (3) การเตรียมความพร้อมด้านระบบบริหารจัดการของ อปท.และหน่วยบริการปฐมภูมิ (4) การประเมินผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (5) การเสนอโครงการและพิจารณาอนุมัติ (6) การจัดบริการและจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์สนับสนุนการให้บริการ (7) การติดตามและประเมินการบริหารจัดการระบบ LTC และ (8) การชักจูงให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของนโยบายอย่างต่อเนื่องซึ่งประเด็นปัญหาอุปสรรคที่ควรพิจารณาพัฒนา ได้แก่ กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีหรือโครงการเพื่อบริหารจัดการงบประมาณ LTC แบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการฯ LTC และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

#### 4.1.2 ความสำเร็จด้านผลลัพธ์ของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นบริการที่จัด โดยกลไกการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคสาธารณสุขและภาคประชาสังคมภายใต้รูปแบบของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) ซึ่งสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ให้ได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งนี้เป้าประสงค์ของการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจึงมุ่งเน้นการฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะ (Functional Ability) มากกว่าการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยในส่วนนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอถึงความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นผลการศึกษาของวัตถุประสงค์การวิจัยข้อแรก โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท มิติผลลัพธ์ต่อองค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติประกอบด้วยผลลัพธ์ด้านระบบบริการและผลลัพธ์ด้านระบบบริหารจัดการ (2) ความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท มิติผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ (3) การสังเคราะห์ความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สนับสนุน นโยบายระดับอำเภอและจังหวัด และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท รายละเอียดดังนี้

1) ความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติของอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มิติผลลัพธ์ต่อองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

สำหรับความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติต่อองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยแบ่งความสำเร็จขององค์การออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ด้านระบบบริการ และด้านระบบบริหารจัดการ ดังที่กล่าวไว้แล้ว ในบทที่ 3 ซึ่งในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษา โดยพิจารณาทั้งในภาพรวม รายด้านและรายข้อ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.4 ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ (N = 72)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การ ในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านระบบบริการ	4.17	0.45	มาก
ด้านระบบบริหารจัดการ	3.82	0.46	มาก
รวมทุกด้าน	3.99	0.58	มาก

จากตารางข้างต้น ผลการศึกษา พบว่า ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (=3.99, S.D.=0.58) สูงสุด คือ ด้านระบบบริการ (=4.17, S.D.=0.45) และต่ำสุด คือ ด้านระบบบริหารจัดการ (=3.82, S.D.=0.46)

เมื่อพิจารณาระดับความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ จำแนกรายด้านและรายชื่อ เรียงตามลำดับสูงสุด พบว่า

#### 1) ผลลัพธ์ด้านระบบบริการ

ตารางที่ 4.5 ระดับความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ ด้านระบบบริการ (N = 72)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของคณะอนุกรรมการ LTC ต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติด้านระบบบริการ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
1. Care Manager ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	0	1.38	6.94	48.61	43.07	4.33	0.67	มาก
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการ "เยี่ยมบ้าน" เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์	0	0	9.72	52.77	37.51	4.28	0.63	มาก
3. Care Giver ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	0	1.38	8.33	52.77	37.52	4.26	0.67	มาก
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนได้รับการคัดกรองและประเมินความต้องการบริการLTC	0	0	2.77	69.46	27.77	4.25	0.49	มาก

ตารางที่ 4.5 ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ ด้านระบบบริการ (N = 72) (ต่อ)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของคณะกรรมการ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	LTC ต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติด้านระบบบริการ							
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
5. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)	0	0	12.50	51.38	36.12	4.24	0.66	มาก
6. ผู้สูงอายุได้รับการ "สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค" เจริญรุกตามชุดสิทธิประโยชน์	0	0	12.50	61.11	26.39	4.14	0.61	มาก
7. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนได้รับการสื่อสารและแจ้งให้ขอใช้สิทธิเข้าถึงระบบบริการLTC	0	0	12.50	80.56	6.94	3.94	0.44	มาก
8. ผู้สูงอายุได้รับการ "กายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด" เจริญรุกตามชุดสิทธิประโยชน์	0	0	23.60	65.28	11.12	3.88	0.58	มาก
9. ผู้สูงอายุได้รับการ "ด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์" เจริญรุกตามชุดสิทธิประโยชน์	0	2.77	19.44	66.67	11.12	3.86	0.63	มาก
10. ผู้สูงอายุได้รับการ "ด้านสังคม" เจริญรุกตามชุดสิทธิประโยชน์	0	2.77	25.01	56.94	15.28	3.85	0.70	มาก
รวม						4.17	0.45	มาก

จากตาราง 4.5 ผลการศึกษา พบว่าระดับความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ ด้านระบบบริการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $=4.17, S.D.=0.45$ ) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากทุกข้อ (ระหว่าง 3.85-4.33) สูงที่สุด คือ Care Manager ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ( $=4.33, S.D.=0.67$ ) รองลงมา คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์ ( $=4.28, S.D.=0.63$ ) และ Care Giver ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ( $=4.26, S.D.=0.67$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านที่ต่ำสุดคือ ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสังคมเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์ ( $=3.85, S.D.=0.70$ ) ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์ ( $=3.86, S.D.=0.63$ ) และ ผู้สูงอายุได้รับบริการกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัดเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์ ( $=3.88, S.D.=0.58$ ) ตามลำดับ

นอกจากนี้ จากการศึกษาเอกสารและสัมภาษณ์เชิงลึกคณะอนุกรรมการฯ LTC พบว่าความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติขององค์การที่สร้างการยอมรับด้านระบบบริการและก่อเกิดความพึงพอใจร่วมกันระหว่างผู้จัดบริการและกลุ่มเป้าหมายผู้รับประโยชน์มากขึ้น คือการสร้างหรือผลิตนวัตกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัสดุพื้นบ้านมาสนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยผู้ผลิตประกอบด้วย CM CG ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบพบข้อมูลการพัฒนานวัตกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการขับเคลื่อนนโยบายในระดับพื้นที่ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2561 – ปี พ.ศ.2564 รวมทั้งสิ้น 20 ชิ้น ดังนี้

ปี พ.ศ. 2561 มีนวัตกรรม 3 ชิ้นงาน ได้แก่

- 1) การดูแลสุขภาพช่องปากของ อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัดสาขาทันตสาธารณสุข คือ คุณพิกุล คุ่มผล “น้ำยาบ้วนปากฆ่าเชื้อโดยทำจากสมุนไพร”
- 2) การดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. คุณบังอร ปานสมบุญ “เม็ดสีเคลือบฟัน”
- 3) นวัตกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันสมองเสื่อม “ตาราง 9 ช่อง” ได้รับรางวัลระดับเขต ของนางสาวฉวีธิดา สายสุข นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ปี พ.ศ. 2562 มีนวัตกรรม 14 ชิ้นงาน ได้แก่

- 1) รพสต.ตลุก มีการใช้นวัตกรรม 2 ชิ้นงาน โดย พยาบาล CM คือ “ช่างถักเชือกคลายมือ” ในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงมีภาวะ มือเกร็ง จิกหรือกำมือตลอดเวลาทำให้ไม่เกิดแผลกดทับแผลจากการกำเกร็งมือตลอดเวลา และ “ผ้าขาวม้าโรม่า” ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) รพ.สรรพยา มีการใช้นวัตกรรม 1 ชิ้นงาน โดยพยาบาล CM ผลิตกวางเกงอุ้งใจที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีการพัฒนาให้เป็น“กางเกงอุ้งใจ” ที่ใช้ได้ทั้งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงและผู้พิการที่มีปัญหาระบบขับถ่ายเพื่อลดค่าใช้จ่าย ลดขยะติดเชื้อ และรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และต่อยอดการนำไปใช้ในงานสาขาภิบาล

3) รพ.สต.บางหลวง มีการใช้นวัตกรรม 3 ชิ้นงาน โดยพยาบาล CM นวัตกรรม “ล้อเลื่อนช่วยเคลื่อนไหว”, “เก้าอี้นวด” ผ่อนคลายสบายตัวจากวัสดุเหลือใช้ และ นวัตกรรม “ยางยืด ยืดอายุลดโรคเรื้อรัง” แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและพัฒนาต่อยอดขยายผลการนำไปใช้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั้งตำบล

4) รพ.สต.บ้านอ้อย มีการใช้นวัตกรรม 1 ชิ้นงาน โดยชมรมผู้สูงอายุ “มือบีบอัจฉริยะ” เพื่อป้องกันมือตก ข้อมือติด มือชา ได้รับรางวัลระดับเขตของชมรมผู้สูงอายุบ้านท่าทราย หมู่ 1 ตำบลบางหลวงโดยการนำทีมของท่านประธานขวง โพธิ์เพ็ชร รองประธานอำนวย นกเกตุ และ นางสาวบังอร ปานสมบุญ

5) รพ.สต.โพนางคำตึก มีการใช้นวัตกรรม 2 ชิ้นงาน โดยพยาบาล CM ผลิตนวัตกรรม “ผ้าขาวม้าลดปวดเมื่อยและก่่องห่วงใย”เพื่อลดการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยและเพิ่มการเคลื่อนไหวและทรงตัวของผู้สูงอายุที่ติดบ้าน

6) รพ.สต.โพนางคำออก มีการใช้นวัตกรรม 1 ชิ้นงาน โดยพยาบาล CM และญาติ ร่วมผลิตนวัตกรรม “รอกหรรษา” แก้ปัญหาแขนขาอ่อนแรง

7) รพ.สต.หาดอาษา มีการใช้นวัตกรรม 2 ชิ้นงาน โดยชมรมผู้สูงอายุ ผลิต “ไม้ก่ดเส้นท้อง” แก่ลมท้องอืดเพื่อ และ “ก่่องเตือนยาเตือนใจ” ให้ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

8) รพ.สต.สรรพยา มีการใช้นวัตกรรม 1 ชิ้นงาน โดย อสม.และ CG ให้เป็นจิตอาสาข้างเคียงด้วยธรรมะ เพื่อดูแลจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล

9) รพ.สต.เขาแก้ว มีการใช้นวัตกรรม 1 ชิ้นงาน โดยทันตภิบาล ผลิต “วงล้อมห้ศรรยัฐันโรคฟันและเหงือกในผู้สูงอายุ”

ปี พ.ศ. 2563 มีนวัตกรรม 2 ชิ้นงาน ได้แก่

รพ.สต.บ้านอ้อย มีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ “เก้าอี้นวดกดจุดและลูกกลิ้งพิชิตเมื่อย”เพื่อป้องกันอาการปวดหลัง ผ่อนคลาย สบายตัว รางวัลนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอันดับที่ 2 คปสอ.สรรพยาและรางวัลชมเชยงานวิชาการดีเด่นระดับจังหวัด

ปี พ.ศ.2564 มีนวัตกรรม 1 ชิ้นงาน ได้แก่



รพ.สต.เขาแก้ว โดยชมรมผู้สูงอายุ ได้คิดค้นนวัตกรรม “ราวจับพิชิตภัยเขาแก้ว” สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เคลื่อนไหว ไม่สะดวก โดยใช้วัสดุที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น เช่น ท่อพีวีซี ไม้ไผ่ ช่วยลดปัญหาพลัดตก หกล้มในผู้สูงอายุช่วยลดปัญหาพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและพัฒนาต่อยอดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยต่อยอดเป็นราวฝึกเดิน โดยการคิดค้นการทำราวจับของชมรมผู้สูงอายุ ริเริ่มเมื่อปี 2563 ที่ผ่านมานี้เนื่องจากชมรมสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุและทราบว่ามีปัญหาพลัดตกหกล้มเนื่องจากสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่เอื้ออำนวย จึงได้คิดนวัตกรรมราวจับขึ้นเพื่อลดปัญหาดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้วัสดุที่หาง่ายหรือเหลือใช้ภายในบ้าน เช่น ท่อพีวีซีและนำไม้ลวกใส่เข้าไปในท่อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงคงทนให้กับราวจับ ซึ่งการทำราวจับครั้งนี้ได้รับการมีส่วนร่วมจาก สสส. รพ.สต. อบต. ผู้ใหญ่บ้าน พระ อสม. ช่างประจําหมู่บ้านเป็นต้น โดยการติดตั้งราวจับจะพิจารณาจากจุดความเสี่ยง เช่น ห้องน้ำ ทางลาดชัน ปีที่ผ่านมาชมรมผู้สูงอายุได้ทำการติดตั้งราวจับให้กับบ้านผู้สูงอายุจำนวน 100 หลังคาเรือนผลที่จากการติดตั้งราวจับพบว่าการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุลดลงถึงร้อยละ 90เป็นส่วนช่วยในการป้องกันปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้

โดยผู้ผลิตมีความร่วมมือกันทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มญาติ ก่อให้เกิดความสุข ความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมการดูแลตลอดจนเป็นการประหยัดต้นทุนการบริการและเกิดความคุ้มค่าในการดำเนินงานที่มีการนำไปใช้ประโยชน์ต่อยอดขยายผลทั้งภายในพื้นที่และภายนอก ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“หลังจากได้ลงปฏิบัติงานก็มีนวัตกรรมเพิ่มขึ้นเพื่อ แก้ไขปัญหา ส่งเสริมสุขภาพ เช่น ล้อด้ายช่วยได้ผ้าขาวม้าแก้ปวดเมื่อย สมุนไพรลดอาการชาเท้า มีแนวทางพัฒนาเกี่ยวกับล้อด้าย อาจปรับให้มีความคงทนมากขึ้น” (อนุกรรมการLTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM)) รพ.สต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 21 กันยายน 2564)

“มีการอนุรักษ์สิ่งดีๆ ในชุมชนไว้เป็นมรดกให้ลูกหลานได้เห็น ภูมิใจ ผู้สูงอายุรู้สึกดีใจพัฒนาขยายและต่อยอดไปเรื่อย ๆ ทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีความสุข ไม่ต้องเป็นภาระให้ลูกหลานรวมกลุ่มกันเป็นกลุ่มอาชีพชุมชนผลิตนวัตกรรมหลากหลายใช้ช่องทางการขายผ่านทางสื่อโซเชียลของลูกหลาน การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ท้องที่และภาคีเครือข่ายทำให้เกิดความรักใคร่ สนับสนุน สามัคคี ครอบครัวยุบอุ่น ชุมชนเข้มแข็งสืบไป” (อนุกรรมการLTC (ผอ.รพ.สต.) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 23 กันยายน 2564)

## 2) ผลลัพธ์ด้านระบบบริหารจัดการ

ตารางที่ 4.6 ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์กรในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติด้านระบบบริหารจัดการ (N = 72)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของคณะกรรมการ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	LTC ต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์กรในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ ด้านระบบบริหารจัดการ							
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
1 มีการจัดการฐานข้อมูล ที่จำเป็นและนำมาใช้ ประโยชน์ต่อการ ดำเนินงานร่วมกัน	0	0	19.06	68.06	12.88	3.96	0.56	มาก
2 รับรู้นโยบายแนวทาง ระเบียบข้อกฎหมาย และกำหนดเป้าหมาย ของพื้นที่ร่วมกัน	0	1.38	19.44	20.83	58.35	3.86	0.56	มาก
3 มีช่องทางการให้ คำปรึกษา แลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันระหว่าง การทำงาน	1.38	2.77	20.83	55.55	19.47	3.86	0.78	มาก
4 กำหนดอัตราค่าจ้าง ค่าบริการ/ค่าตอบแทน สำหรับกลุ่มเป้าหมาย และผู้ดูแลได้เหมาะสม	0	6.94	13.88	16.66	12.52	3.85	0.72	มาก
5 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกคนได้รับการดูแล ตามแผนการดูแล รายบุคคล(Care plan)	1.38	1.38	22.24	59.72	15.28	3.84	0.73	มาก

ตารางที่ 4.6 ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์กรในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติด้านระบบบริหารจัดการ (N = 72) (ต่อ)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของคณะกรรมการ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	LTC ต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์กรในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ ด้านระบบบริหารจัดการ							
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
6 บริหารงบประมาณ การเบิกจ่ายได้ถูกต้อง และครบถ้วน	0	2.77	20.83	66.66	9.74	3.83	0.62	มาก
7 มีการสื่อสาร กระบวนการทำงาน และสะท้อนผลลัพธ์ ร่วมกันของผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง	0	0	26.40	66.66	6.94	3.81	0.54	มาก
8 การระดมทรัพยากร และเชื่อมโยงความ ร่วมมือจาก อปท. และสาขาชีพ	0	2.77	23.61	70.85	2.77	3.81	0.55	มาก
9 จัดหาและสนับสนุน สิ่งอำนวยความสะดวก สะดวกตามความ ต้องการต่อการ ดำเนินงาน	0	12.50	12.50	66.66	8.34	3.78	0.61	มาก
10 การติดตามเยี่ยมเสริม พลังและประเมินผล งานอย่างเป็นรูปธรรม ชัดเจน	1.38	2.77	27.77	58.36	9.72	3.72	0.73	มาก

ตารางที่ 4.6 ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติด้านระบบบริหารจัดการ (N = 72) (ต่อ)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของคณะกรรมการ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	LTC ต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ ด้านระบบบริหารจัดการ							
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
11 การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมบริการ LTC	2.77	8.34	36.10	50.02	2.77	3.42	0.74	มาก
	รวม					3.81	0.45	มาก

จากตาราง 4.6 ผลการศึกษา พบว่าระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ ด้านระบบบริหารจัดการ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $=3.81$ ,  $S.D.=0.45$ ) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากทุกข้อ (ระหว่าง  $3.42-3.96$ ) สูงที่สุด คือมีการจัดการฐานข้อมูลที่เป็นและนำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินงานร่วมกัน ( $=3.96$ ,  $S.D.=0.56$ ) รองลงมาคือ ได้รับความรู้ นโยบายแนวทางระเบียบข้อกฎหมายและกำหนดเป้าหมายของพื้นที่ร่วมกัน ( $=3.86$ ,  $S.D.=0.56$ ) และมีช่องทางการให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างการทำงาน ( $=3.86$ ,  $S.D.=0.78$ ) ตามลำดับส่วนด้านที่ต่ำสุดคือ การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมบริการ LTC ( $=3.42$ ,  $S.D.=0.74$ ) การติดตามเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลงานอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ( $=3.72$ ,  $S.D.=0.73$ ) และจัดหาและสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกตามความต้องการต่อการดำเนินงาน ( $=3.78$ ,  $S.D.=0.61$ ) ตามลำดับ

สำหรับปัญหาอุปสรรคสำคัญขององค์การขณะนำนโยบายมาปฏิบัติใน ระดับพื้นที่ด้านระบบบริการและกระบวนการบริหารจัดการ ตามแนวทางที่นโยบายกำหนดนั้น คณะกรรมการฯ LTC ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา ให้ข้อมูลและผู้วิจัยสรุปได้ ดังนี้

1) ปัญหาด้านความรู้ ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติของ อปท.และหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในระยะแรกของการดำเนินงานตามนโยบาย พบว่าได้รับการอบรมประชุมเพียงครั้งเดียว โดย สปสช.เขต 3 นครสวรรค์ เป็นการประชุมรวมทั้ง 5 จังหวัดการสร้างความเข้าใจก็ไม่ได้เต็มที่ บางแห่งผู้บริหารหรือปฏิบัติทั้ง 2 หน่วยงานหลักเข้าร่วมการอบรม ไม่ครบดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ผู้บริหารและปฏิบัติแต่ละ อปท.แตกต่างกัน มีบางท้องถิ่นการรับรู้และเข้าใจนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากถูกมองว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” (ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ อำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 กันยายน 2564)

2) ปัญหาด้านทักษะการปฏิบัติของทีมเลขานุการและ CM พบว่า มีความเข้าใจไม่ชัดเจนและไม่มั่นใจเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่าย ผลกระทบคือ CG ไม่ได้รับค่าตอบแทนและมีงบประมาณค้างจ่ายในระบบเป็นจำนวนมาก เนื่องจากยังไม่มีมีการเบิกจ่ายงบประมาณ LTC ในระดับกองทุน สอดคล้องกับการตรวจสอบข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยพบว่าสถานการณ์การเงินกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทในภาพรวมมีเงินคงเหลือ ณ เดือนกันยายน 2564 จำนวน 1,142,037.63 บาทคิดเป็นอัตราค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 228 ราย (อัตรา 5,000 บาท/ราย/ปี) โดยพบว่า กองทุนฯ ที่มีเงินคงเหลือมากที่สุด คือ ตำบลโพนางคำตก มีเงินคงเหลือจำนวน 333,195.72 บาท(67 ราย) รองลงมาได้แก่ ตำบลหาดอาษา จำนวน 228,494.75 บาท (จำนวน 46 ราย)และตำบลโพนางคำออก จำนวน 177,382.16 บาท (35 ราย) โดยกองทุนฯที่มีเงินคงเหลือน้อยที่สุด คือตำบลบางหลวง จำนวน 5,118.90 บาท (1 ราย)ทั้งนี้เงินที่คงเหลือค้างจ่ายเป็นเงินสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 และ พบว่า มีจำนวน 2กองทุนฯ ที่ไม่มีการขับเคลื่อนหรือเบิกจ่ายบฯ ต่อเนื่อง 3 ปี ได้แก่ กองทุนฯตำบลสรรพยา และกองทุนฯตำบลหาดอาษา ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละเงินกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ  
เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2562 – 2564

กองทุน	เงินคงเหลือ ณ เดือนกันยายน ของทุกปีงบประมาณ					
	ปี 2562		ปี 2563		ปี 2564	
	จำนวน (บาท)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ
กองทุนผู้สูงอายุ (เขาแก้ว)	176,641.98	25.79	117,074.38	17.09	86,109.14	7.54
กองทุนผู้สูงอายุ (ตลุก)	118,467.92	17.30	349.14	0.05	31,255.10	2.74
กองทุนผู้สูงอายุ (บางหลวง)	9,517.51	1.39	4,874.84	0.71	5,118.59	0.45
กองทุนผู้สูงอายุ (โพนางคำตก)	63,839.58	9.32	44,772.19	6.54	333,195.72	29.18
กองทุนผู้สูงอายุ (โพนางคำอก)	2,016.58	0.29	57,109.62	8.34	177,382.16	15.53
กองทุนผู้สูงอายุ (เจ้าพระยา)	302.36	0.04	145,549.07	21.25	162,828.12	14.26
กองทุนผู้สูงอายุ (สรรพยา)	86,146.85	12.58	86,462.31	12.62	86,678.33	7.59
กองทุนผู้สูงอายุ (โพธิ์พิทักษ์)	937.46	0.14	940.90	0.14	30,975.72	2.71
กองทุนผู้สูงอายุ (หาดอาษา)	227,093.72	33.15	227,925.31	33.27	228,494.75	20.01
รวม	684,963.96		685,057.76		1,142,037.63	

ที่มา : ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร, 2565

3) ปัญหาด้านกระบวนการวางแผนกลยุทธ์การบริหารจัดการกองทุนของคณะอนุกรรมการฯ LTC ซึ่งพบว่า ขาดกระบวนการวางแผนที่ดีขาดการกำหนดบทบาทและเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมและขาดการติดตามกำกับประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า กองทุน LTC บางแห่งขาดการดำเนินงานต่อเนื่องเพราะไม่มีการประชุมเพื่อวางแผนและแบ่งหน้าที่ตามความรับผิดชอบดังที่ระบุไว้ในคู่มือการปฏิบัติงานที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง เช่น ประธาน เลขานุการ CM CG รวมถึงผู้ช่วยเลขานุการ และเจ้าหน้าที่การเงิน ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการประสานงานและขับเคลื่อน ด้านธุรการและงบประมาณประกอบกับขาดการนำข้อมูลสถานการณ์กลุ่มเป้าหมายมานำเสนอและวิเคราะห์ห่ออกแบบการดำเนินงานร่วมกัน และไม่มีการจัดทำปฏิทินการปฏิบัติงานร่วมกันรวมถึงไม่มีการมอบหมายหน้าที่คณะอนุกรรมการฯ ให้เป็นผู้ติดตามกำกับและเสริมพลังการทำงานร่วมกันตลอดจนขาดการประชุมต่อเนื่องเพื่อรับทราบผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ความช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกัน ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“กองทุน LTC บางแห่ง ยังมีปัญหาอุปสรรคในการวางแผนสู่การปฏิบัติหลายเรื่อง เช่น 1. ระเบียบการจัดซื้อวัสดุ ในการดูแลผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรที่สามารถซื้อได้/ไม่ได้ 2. การเบิกค่าตอบแทนให้กับ Care Giver ซึ่งใช้เอกสารในแต่ละแห่งมีรูปแบบที่หลากหลายและใช้เอกสารแนบจำนวนมากในการเบิกค่าตอบแทนแต่ละครั้งซึ่งไม่มีงบประมาณรองรับกับค่าเอกสาร/ธุรการที่เกี่ยวข้อง 3. การได้รับข้อมูลจากหลายแหล่งที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งสอบถามกับทางจังหวัดหรือ สปสช. แล้วได้คำตอบที่หลากหลาย เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน เข้าใจไม่ตรงกันจึงทำให้ผลงานออกมาไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ และ 4. ระบบการการคลังข้อมูล มีความซับซ้อนทั้งโปรแกรมของ สปสช. และกรมอนามัย” (ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ อำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 กันยายน 2564)

“ข้อมูลปัญหาสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย เราวัดจากประเมินค่า ADL ทำครั้งเดียวในต้นปี สํารวจและประเมิน โดยอสม. หรือ CG แจงให้ CM ทราบ นำมาสรุปเสนอของบประมาณ มอบหมายให้ CG ดูแลที่บ้าน มี CM ติดตามกำกับการเบิกจ่ายงบประมาณแต่ละเดือนแต่ในระหว่างให้บริการเราไม่ได้มีการจัดประชุมทบทวนผลการให้บริการว่าดีขึ้นหรือแย่ลง รอรพ. สด. สรุปปลายปีทีเดียวเพราะต่างก็มีภารกิจประจำมาก” (เลขานุการกรมการ LTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 ตุลาคม 2564)

“การดำเนินงานของกองทุน LTC ยังไม่มีการติดตามควบคุมกำกับในที่ประชุมของคณะอนุกรรมการฯ LTC เนื่องจากไม่มีการแต่งตั้งคณะติดตามกำกับผลงานให้บริการ LTC โดยเฉพาะพอประชุมพิจารณาอนุมัติโครงการและแผนการดูแลแล้วก็ปล่อยให้มีการดำเนินการจนเสร็จสิ้นตามกระบวนการ การติดตามควบคุมกำกับส่วนใหญ่จึงเป็นหน้าที่ของ CM ทั้งวิธีการดูแล และรายงานบันทึกผลของการดูแล (ค่า ADL เมื่อครบ 9 เดือนในโปรแกรม สปสช. ซึ่งถ้ามีการทักท้วงทวงถามจาก สปสช. เราก็จะประสานหมออนามัยให้รับทำ” (ผู้ช่วยเลขานุการกรมการ LTC แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 ตุลาคม 2564)

4) ปัญหาด้านระบบและกลไกสนับสนุนระดับอำเภอ พบว่า ยังเป็นช่องว่างในการปฏิบัติตามนโยบายนี้ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้ปฏิบัติระดับอำเภอ ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่าไม่ได้ปฏิบัติตามทบทวนสนับสนุนเท่าที่ควรตั้งแต่เริ่มมีนโยบายจนถึงปัจจุบัน เนื่องจากการไม่มีการเชิญประชุมไม่มีการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ต้องจัดทำรายงานหรือการติดตามผลการดำเนินงานจาก

ระดับจังหวัดหรือเขตทำให้เกิดความตระหนักสำคัญน้อยมาก และเห็นว่ากิจกรรมที่ดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำที่หน่วยงานบริการปฐมภูมิดำเนินการอยู่แล้วทำให้เชื่อได้ว่าผู้เกี่ยวข้องสามารถขับเคลื่อนนโยบายฯ ได้เป็นอย่างดีประกอบกับเมื่อวิเคราะห์อำนาจหน้าที่ในการควบคุมกำกับตามกฎหมายของนโยบายฯ ไม่ได้ส่งมอบให้สาธารณสุขอำเภอ หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือท้องถิ่นอำเภอทำหน้าที่ควบคุมกำกับแต่อย่างใด จึงทำได้เพียงบทบาทที่เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการฯ LTCและคอยกระตุ้น หนุนเสริมบุคลากรสาธารณสุขและผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุส่วนการกำกับกำกับการเบิกจ่าย พบว่าอปท.ใช้วิธีการประสานแจ้งท่านผู้บริหารสูงสุดเพื่อกระตุ้นและกำกับบุคลากรของหน่วยงาน อปท.ดั่งบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“อปท.ส่วนใหญ่ มักมีปัญหาอุปสรรคด้านแนวทางปฏิบัติเรื่องของการเปิดประชุมเพื่อพิจารณาโครงการของLTC ซึ่งเป็นบทบาทหลักของ อปท. ในการเริ่มขับเคลื่อนนโยบายหากบุคลากรที่ได้รับมอบหมายของ อปท. ไม่ดำเนินการก็จะไม่มีการประชุมคณะกรรมการฯส่งผลทำให้ไม่มีการอนุมัติงบประมาณดำเนินงานและไม่มีการเบิกจ่ายซึ่งในภาพรวมของอำเภอสรรพหามีอยู่ 2เทศบาลที่ทั้งปีงบประมาณ ยังไม่มีการเปิดประชุมและไม่มีการดำเนินการเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้กับ CGโดยที่เราเองก็ทำอะไรได้ไม่มากเพราะระเบียบคู่มือการดำเนินงานไม่ได้มอบอำนาจหรือระบุให้มีอำนาจด้านการติดตามกำกับอย่างเป็นทางการเป็นเพียงที่ปรึกษากองทุน LTC และกองทุนสุขภาพตำบล ฯ จะสามารถกระทำได้ต่อเมื่อมีการประสานจากอปท.ให้ช่วยเร่งรัดการดำเนินงานผู้รับผิดชอบงาน LTC ของ รพ.สต.” (สาธารณสุขอำเภอสรรพหยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 กันยายน 2564)

5) ปัญหาด้านการสื่อสารข้อมูลนโยบาย ซึ่งแยกได้เป็น 2 ประเภท คือ 1)การสื่อสารภายในระดับคณะกรรมการฯ ด้วยกัน พบว่าจะเป็นการสื่อสารชี้แจงกันในที่ประชุมกันในการประชุมครั้งแรกๆ ส่วนทางผู้ปฏิบัติ CMได้รับการชี้แจงจากหน่วยทุกระดับลงมา จนถึง สตอ. ส่วน CG ก็จะได้รับ การสื่อสารจาก CM เป็นหลัก และ 2)การสื่อสารภายนอกที่ได้จากการอบรม ประชุมต่างๆ ของระดับจังหวัด ระดับอำเภอ โดยสาระของการสื่อสารส่วนใหญ่เน้นวัตถุประสงค์และเป้าหมายนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้แก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งมีการถ่ายทอดสื่อสารข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพียงบางตำบลเท่านั้น และพบปัญหา อปท.บางแห่งที่ไม่มีกองสาธารณสุข จะขาดการสื่อสารส่งผลต่อการชะลอและหยุดการดำเนินงาน โดยเฉพาะ ด้านการเบิกจ่ายงบประมาณดั่งบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้



“ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายหลังที่มีการนำนโยบายฯ มาปฏิบัติในระดับพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น คือมีการติดต่อประสานข้อมูลและช่วยเหลือกันคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว (LTC) สามารถระดมทรัพยากรหรือความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นได้เพิ่มขึ้นมากเพราะเกิดเครือข่ายคณะกรรมการฯ สามารถประสานขอความช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่องทันทั่วทั้ง” (อนุกรรมการLTC (ผอ.รพสต.) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 23 กันยายน 2564)

“ท้องถิ่นยังมองไม่เห็นถึงความสำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบาย จึงชะลอการเบิกจ่ายงบประมาณกระทบต่อการขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับให้บริการของ CM และ CG เช่น แพนเพิร์ส ผ้าก๊อซ สำลี เป็นต้น” (อนุกรรมการLTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 27 กันยายน 2564)

6) ปัญหาด้านระบบบริหารจัดการทรัพยากร พบว่าบางแห่งยังไม่สามารถจัดหาและบริหารทรัพยากรได้ตรงความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะทรัพยากรสำหรับบริการด้านสังคม เช่น เครื่องใช้อุปโภคบริโภค ที่อยู่อาศัยชั่วคราวโทรคมนาคมและรายได้ประจำวัน เป็นต้น ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ระยะ 2 ปีแรกมีปัญหามากมาย แต่พอปีที่ 3 นั้นปัญหาอุปสรรคก็เริ่มน้อยลงปัจจุบันก็จะมีปัญหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นบางประเภทของกลุ่มเป้าหมาย ที่ระเหยบไม่สามารถซื้อได้หรือบางอย่างที่ราคาสูง งบประมาณไม่พอ ก็จะแก้ไขโดยประสานขอบริจาคผู้ใจบุญหรือจากกาชาดหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือใช้งบตัวอื่นของท้องถิ่นจัดซื้อแต่ปัญหาเดิมของวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจและความมั่นใจของแนวทางในการจัดซื้อ ทั้งแนวทางและความเข้าใจของ จนท.ก็ค่อยๆดีขึ้น” (เลขาอนุกรรมการLTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 7 กันยายน 2564)

“เท่าที่สัมผัสจากการประชุมร่วมและพูดคุยกับคณะอนุกรรมการบางท่าน(อนุฯLTC) พบว่าคณะอนุกรรมการฯมีความพึงพอใจ สนใจในนโยบายนี้ เป็นแรงเสริมให้นโยบายนี้ประสบความสำเร็จเพราะประโยชน์เกิดกับคนในชุมชนของตัวเองผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่

ได้รับการดูแลมีความสุขและสุขภาพที่ดีขึ้น มีกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ลดภาระการดูแลของครอบครัวกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเช่น การเข้าร่วมกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการเข้าร่วม กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการได้บริจาคเครื่องอุปโภคบริโภคจากบุคลากร หน่วยงาน ต่างๆ” (ประธานอนุกรรมการLTC (นายกฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 13 กันยายน 2564)

7) ปัญหาด้านกำลังคน ของ อปท. พบว่า มีอปท.บางแห่งประสบปัญหาด้านกำลังคนด้านบริหาร และด้านการจัดบริการ LTC โดยมีเจ้าหน้าที่เพียง 1 คนที่รับงานทั้งบริหารและบริการโดยรวมทุก ขั้นตอนทำให้เกิดความล่าช้าด้านบริหารจัดการมีความล่าช้าและขาดการขับเคลื่อนบางกิจกรรมที่สำคัญ เช่นการจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน การติดตามกำกับประเมินผลการจัดบริการ เป็นต้นดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เวลาในการปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบงานเขาเองก็มีหน้าที่รับผิดชอบงานหลายอย่างบางครั้ง ทำให้งานเกิดความล่าช้าบ้าง ก็พูดคุยกันจัดลำดับความสำคัญของงานวางแผนอื่นมาช่วยงาน ส่วนกันก่อน และปรับทัศนคติ คิดบวก ให้กำลังใจกัน” (อนุกรรมการLTC (ผอ.รพสต.) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 23 กันยายน 2564)

ในขณะที่กำลังคนด้านบริการพบปัญหาประเด็นขวัญกำลังใจค่าตอบแทนและคุณภาพความ ต่อเนื่องบริการของ CG เนื่องจาก CGส่วนใหญ่พัฒนามาจาก อสม. มีอายุมาก เขียนหนังสือไม่คล่อง ไม่สะดวกในการให้บริการเชิงรุกที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และมีบางส่วนแจ้งขอยุติภารกิจบทบาท CG เพราะได้ค่าตอบแทนไม่เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับนักบริบาลท้องถิ่นที่ อปท.จัดจ้างดังบทสนทนา ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“Care Giver แต่ละหมู่บ้านก็หายาก ส่วนใหญ่เป็น อสม. มีงานประจำอยู่บ้าน ไม่มีเวลามา ทำเรื่อง LTCคนที่มีความก็อายุเยอะ สุขภาพไม่แข็งแรง ซึ่รถไม่เป็น บางรายผ่านการอบรม แล้วไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้สาเหตุจากสุขภาพ และบริบทของงาน ฯ ซึ่งยังไม่สามารถ หาแนวทางแก้ไขปัญหานี้ได้” (อนุกรรมการLTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ) แห่งหนึ่งใน อำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 27 กันยายน 2564)

“ถ้าเพิ่มสวัสดิการให้ Care Giver ได้จะดีมาก เพื่อจะได้มีกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ยิ่งตอนมีนักบริบาลท้องถิ่นมากก็ทำให้น้อยใจ อดเปรียบเทียบไม่ได้ว่า มาทีหลัง งานก็ทำเหมือนกัน แต่ได้เงินทุกเดือนและมากกว่าด้วย” (อนุกรรมการ LTC (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 21 กันยายน 2564)

2) ความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จากการตรวจสอบเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง และโปรแกรมข้อมูล 43 แฟ้ม และโปรแกรม 3 C ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจุบัน ณ เดือนตุลาคม 2564 อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 9,861 คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม 9,309 คน คิดเป็นร้อยละ 94.4 และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) จำนวน 552 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 ได้รับการจัดบริการระบบ LTC โดย อปท. จำนวน 392 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.0 ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด โดยจำแนกประเภทของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เซลเอดีแอลอินเดกซ์ (Barthel ADL index : ADL) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. ได้แก่

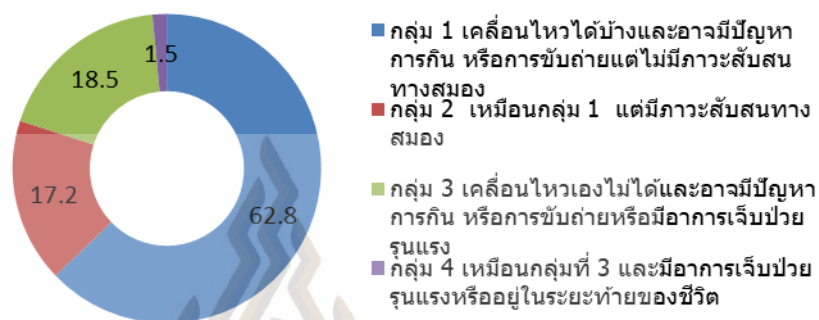
กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง (อัตราการชดเชยค่าบริการเหมาจ่าย ไม่เกิน 4,000 บาท/คน/ปี) จำนวนร้อยละ 62.8

กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง (อัตราการชดเชยค่าบริการเหมาจ่าย 3,000 -6,000 บาท/คน/ปี) จำนวนร้อยละ 17.2

กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง (อัตราการชดเชยค่าบริการเหมาจ่าย 4,000 - 8,000 บาท/คน/ปี) จำนวนร้อยละ 18.5

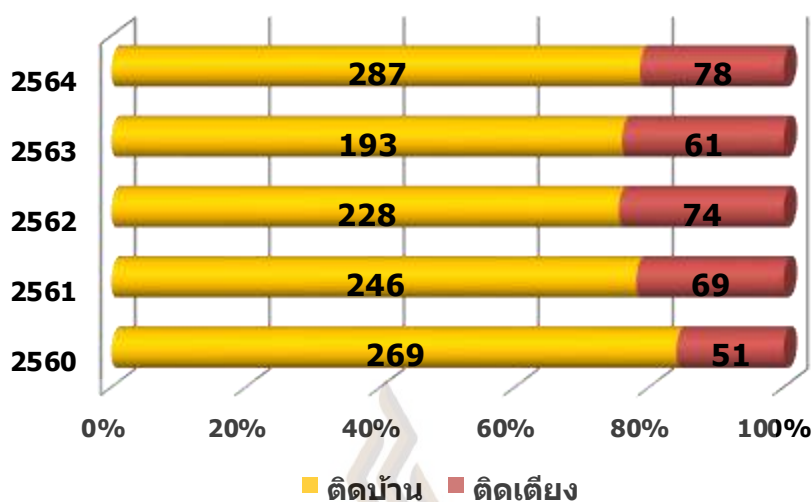
กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (อัตราการชดเชยค่าบริการเหมาจ่าย 5,000 - 10,000 บาท/คน/ปี) จำนวนร้อยละ 1.5

ทั้งนี้ สปสช.ได้ออกประกาศแนวทางการบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ 2564 โดยปรับการจ่ายจากเดิม อัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี เป็นอัตราจำนวน 6,000 บาท/คน/ปี ดังภาพ 10



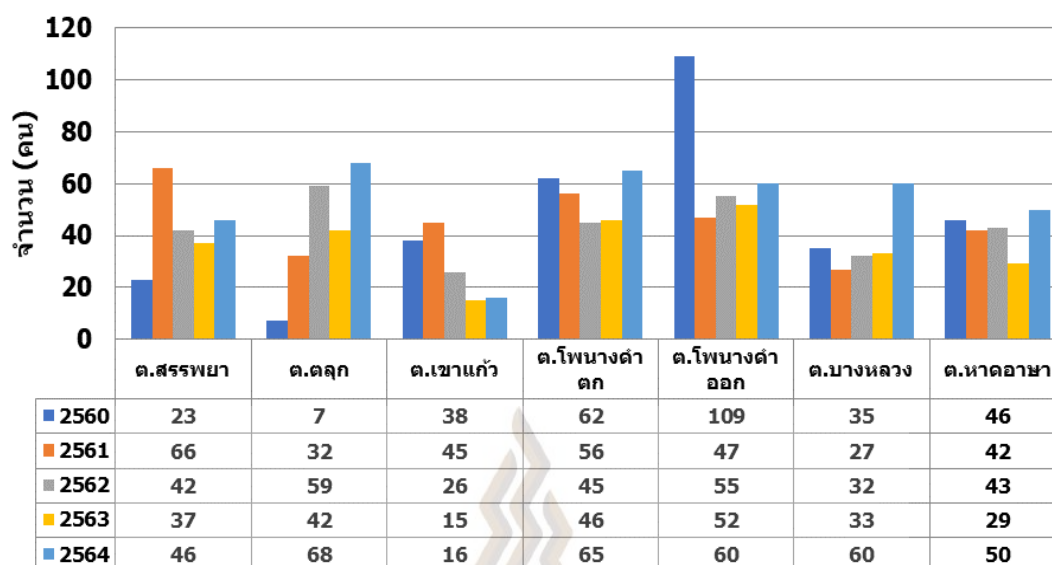
รูปที่ 4.3 ข้อมูลประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล 4 กลุ่ม เพื่อจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท  
ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบรายงานผลงานการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท เปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มมีการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาสู่การปฏิบัติ ในช่วงปี พ.ศ.2560 – 2564 จำแนกกลุ่ม ตัดบ้านและติดเตียง พบว่าแนวโน้มมีการให้บริการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียงสูงที่สุดในปี พ.ศ.2564 จำนวน 365 คน รองลงมาปี พ.ศ.2560 จำนวน 320 คน และ ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 315 คน ดังรูปต่อไปนี้



รูปที่ 4.4 ผลงานการให้บริการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาท เปรียบเทียบปี พ.ศ.2560-2564 จำแนกกลุ่มติดบ้านและติดเตียง  
ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565

เมื่อวิเคราะห์ผลงานการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาท จำแนกรายตำบลเปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มมีการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาสู่การปฏิบัติ ในช่วงปี พ.ศ.2560 – 2564 พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มผลงานการจัดบริการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นสูงสุด ในปี พ.ศ.2564 ที่ตำบลตลุก รองลงมาคือ ตำบลโพนางคำตัก และ ตำบลโพนางคำออก รวมถึงตำบลบางหลวง ดังรูป 4.5

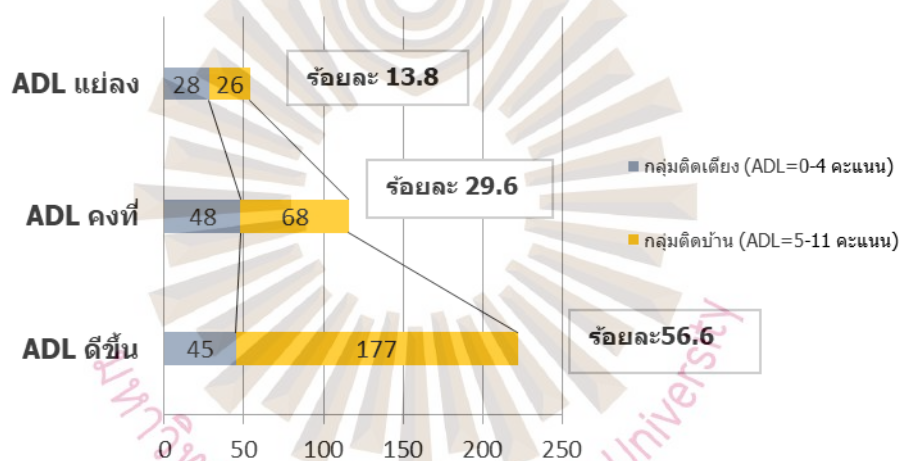


รูป 4.5 ผลงานการให้บริการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่  
อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท เปรียบเทียบปี พ.ศ.2560-2564 จำแนกรายตำบล  
ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสำรวจประเมินความคิดเห็นของผู้รับประโยชน์ จากนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับบริการตามนโยบายความพึงพอใจต่อการให้บริการและปัญหาอุปสรรคหรือข้อเสนอแนะ ตามรายละเอียดที่กล่าวแล้วในบทที่ 3 โดยสำรวจประเมินทุก อบต. ในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ของจำนวนที่จัดบริการในระบบ LTC และมีชีวิตอยู่จริงทั้งหมดจำนวน 392 ราย (อ้างอิงฐานข้อมูลโปรแกรม 3 C ของกรมอนามัย) โดยเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2564 – 15 พฤศจิกายน 2564 นำเสนอรายละเอียดดังนี้

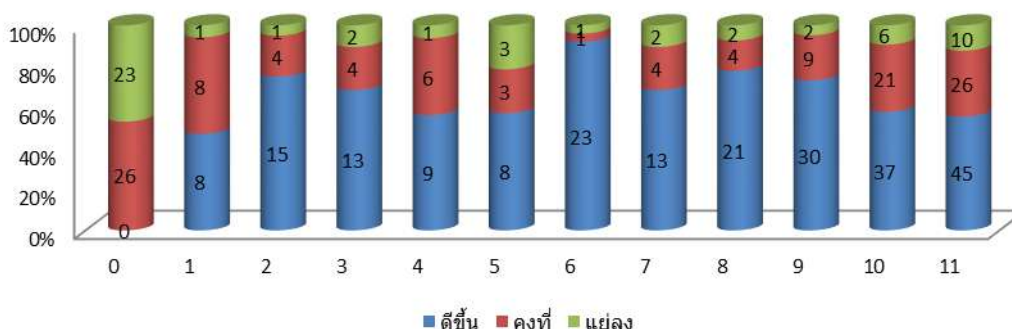
ผลการสำรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4 และอยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.3 สาเหตุของการเข้าสู่สภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.4 เกิดจากโรคประจำตัวและชราภาพ เช่น เบาหวานความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด สมองเสื่อม เก๊าต์ และมะเร็ง เป็นต้น รองลงมาเป็นอุบัติเหตุเกี่ยวกับกระดูกแขนขา เส้นประสาท ข้อเข่าเสื่อม หกล้มและอุบัติเหตุจากรถ ร้อยละ 24.7 โดยบริบทสภาพแวดล้อมของครอบครัว ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ยึดมั่นในความเชื่อและหลักคำสอนของ

ศาสนา อาชีพหลักคือทำนาและรับจ้างทั่วไปเป็นอาชีพรองก่อนข้างอยู่ในเศรษฐกิจฐานกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ตั้งบ้านเรือนบริเวณที่ราบลุ่มริมแม่น้ำเจ้าพระยามีทั้งลักษณะรวมกลุ่ม และกระจายรอบๆ แม่น้ำวัดจะเป็นจุดศูนย์รวมจิตวิญญาณ รวมถึงเป็นสถานที่ที่คนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ในการพบปะหรือทำกิจกรรมชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีคนในครอบครัวที่เป็นบุตรสามี/ภรรยาและพ่อแม่เป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 84.1 มีญาติและเพื่อนบ้านช่วยดูแล ร้อยละ 14.6 โดยส่วนน้อยที่ไม่มีคนดูแลและต้องดูแลตนเอง ร้อยละ 1.3 สำหรับภาวะสุขภาพด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 69.1 และมีคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 30.9 ซึ่งประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริการ ณ ปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถที่ดีขึ้น ร้อยละ 56.6 ระดับคงที่ ร้อยละ 29.6 และ แย่ลงร้อยละ 13.8 ดังรูป 4.6



รูปที่ 4.6 การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังได้รับการบริการ LTC ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท  
เปรียบเทียบกลุ่มติดบ้านและติดเตียง  
ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565

เมื่อพิจารณาแยกระดับการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับ 5-11 คะแนนมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับ 0-4 คะแนน โดยมีร้อยละการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นสูงสุดในกลุ่มระดับ ADL = 6 คะแนน รองลงมาในกลุ่มระดับ ADL = 8 คะแนนและ 9 คะแนน ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มระดับ ADL=0 ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้ ดังรูปที่ 4.7



รูปที่ 4.7 การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังได้รับการบริการ LTC ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

จำแนกตามระดับ ADL

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าการให้บริการระบบ LTC ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่บ้านก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านการเคลื่อนไหว การลุกนั่ง เดิน ยืนและนอน ตลอดจนการเข้าห้องน้ำมากขึ้น ผู้สูงอายุมีกำลังใจและอารมณ์ดีขึ้นให้ความร่วมมือในการดูแลและสามารถช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร หวีผม ล้างหน้าได้ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลภาคสนาม ดังนี้ ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เดิมป้าเป็นเก๊าต์ เมื่อ 5 ปี ก่อน ตอนกลับบ้านฝนตกเล็กน้อย ป้าเดินล้มข้างถนน รุ่งขึ้นปวดเข่า ข้อบวมแต่ก็ยังพอเดิน ไปมาได้ พอเป็นมากขึ้นก็ลุกไม่ไหว แล้วก็มาเป็นอัมพาตแขนขาข้างซ้ายเป็นอัมพาตมา 3 ปีแล้วเดินไม่สะดวก น้ำหนักตัวป้าก็เยอะ บัสสาวะไม่ได้ หมอก็ให้คาสายสวนตลอดเวลาเครียดต้องพึ่งพาคณะอื่นทั้งหมด มีหมออนามัยและผู้ช่วยหมอมายี่ยมดูแลแนะนำตลอดตั้งแต่ป้าเป็นอัมพาตมา เขามาคอยให้กำลังใจและฝึกให้ป้าใช้มือข้างที่ดีจับข้างที่ไม่ดียกชั๊บบ่อยๆทุกวัน สอนฉันกินข้าว ลุกนั่ง บอกไม่ให้ป้าอ่านอนอย่างเดียวจะไม่ดีหมอเขาช่วยทำราวไม้ให้ป้าฝึกยืน เอาได้ตัวบีบมือมาให้ป้าก็ทำได้บ้าง ไม่ได้ทำบ้างมันเหนื่อยบ่อยเลยไม่ค่อยได้ทำ (พูดด้วยน้ำเสียงและแวตาศรั้า)” (ผู้รับบริการ LTC รายหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 กันยายน 2564)

“พี่เขาแข็งแรงมากไม่คิดว่าจะเป็นแบบนี้ได้ เขาออกกำลังกายตลอด แต่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงไม่เคยไปโรงพยาบาล รักษาที่คลินิกหมอให้ยากินทุกวันๆละ 1 เม็ดน่าจะ



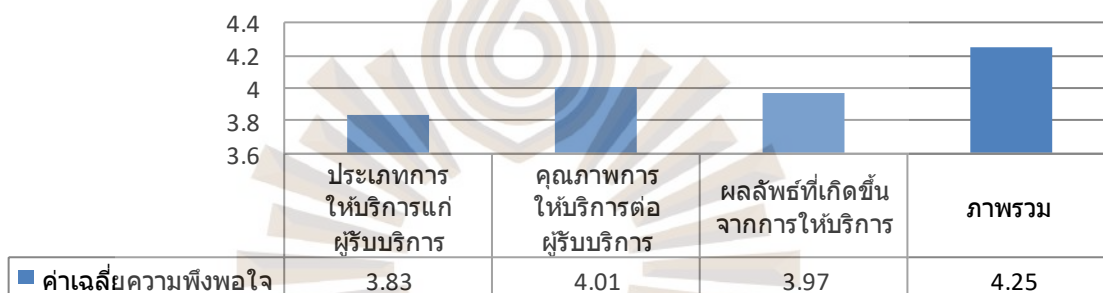
อดนอนหลายวันช่วงเข้าเวรงานพิธีราชการ บ่นปวดหัวมากพอไปโรงพยาบาลไม่รู้สีกตัว หมอบอกเส้นเลือดใหญ่ในสมองแตกต้องผ่าตัด โอกาสรอด 10% กลับออกมาก็พูดไม่ได้ แขนขาข้างขวาไม่รู้สีกตัว ก็ทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลและที่บ้านหมดไปหลายแสน กู้ยืมพี่น้องมารักษาทุกวิธี แต่โชคไม่ดีที่เขาฟังรู้เรื่องแต่ตอบโต้ไม่ได้ ฟังพระสวามนต์ได้ กำลังใจดีมีพี่น้องให้กำลังใจ มีพระมาเยี่ยม หมอที่อนามัยและผู้ช่วยหมอก็มาเยี่ยมให้บริการ บ่อยทุกเดือนมาช่วยคุยหยอกล้อและเชียร์ให้ฝึกพูดออกเสียง แนะนำเรื่องอาหารการกินซึ่ง ชมชอบคุณทิมหมอและฟังพอใจกับบริการมากแม้พี่เค้าจะไม่กลับมาเหมือนเดิมแต่กำลังใจ พี่เค้าดีมากนะ(พูดด้วยน้ำเสียงและแววตาสดใส)” (ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังในระบบ LTC รายหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 กันยายน 2564)

“พ่อเป็นโรคหัวใจ ความดันและเบาหวาน เริ่มเป็นไตวายระยะที่ 4 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เลย พูดไม่ได้แต่ฟังรู้เรื่อง ฉันเป็นโศกธรรมาสาพี่น้องดูแลพ่อเพราะคนอื่นเขาทำงานกรุงเทพ กันหมดแต่ก็ส่งเงินมาช่วยซื้อข้าวของเครื่องใช้ อาหารยาให้พ่อ เมื่อก่อนน้ำหนักพ่อก็ไม่ มากเหมือนตอนนี้ดูแลยากขึ้นต้องมีคนช่วยก็ได้ญาติ ข้างบ้านคอยช่วยตอนอาบน้ำหมอ อนามัยและผู้ช่วยมาเยี่ยมเดือนละครั้ง เขาก็จะมาดูเรื่องยาและแผลกดทับแล้วสอนให้ฉันทำ แผลและนวดให้พ่อเพื่อกระตุ้นให้เลือดลมดี ฉันทำทุกวันหลังอาบน้ำให้พ่อเสร็จพ่อก็หลับดี และตอนนี้ไม่มีแผลกดทับแล้ว และหมอก็ช่วยเป็นธุระทำบัตรคนพิการให้พ่อก็ได้รายได้ เบี้ยคนพิการช่วยซื้อของใช้ประจำวัน ต้องขอบคุณหมอและทีมงานมากนะฉันไปไหนไม่ ค่อยได้ต้องดูแลตลอดเวลาแต่หมอก็โทรศัพท์มาถามไถ่และเอาเครื่องมือมาตรวจแล้วเอายา มาให้ถึงบ้าน ดีจริงๆนะ”(ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังในระบบ LTC รายหนึ่งใน อำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 กันยายน 2564)

“ผมเป็นความดันโลหิตสูง ซึมเศร้า พวกบ้านก็พาไปหาหมอรับยามากินตลอด ขาฉันไม่มี แรงเดินไม่ได้ก็ตกใจให้ลูกพาไปหาหมอที่อนามัยความดันขึ้นสูงมาก หมอให้ยามากินและ ให้นอนพักแล้วหมออนามัยกับผู้ช่วยก็ตามมาเยี่ยมที่บ้านวัดความดันซ้ำ เจาะเลือดส่ง โรงพยาบาล ได้โรคเก๊าต์เพิ่มมาอีกหมออนามัยเลยให้ผู้ช่วยเข้ามาดูแลทุกอาทิตย์ มาช่วย ตรวจวัดความดัน ช่วยฝึกการเดินและยืนคอยดูการกินยา ผมดีขึ้นมากเลยครับ ได้ยิ้มและ หัวเราะมากขึ้น เริ่มเดินได้แล้ว ดีใจคิดถึงหมอกับผู้ช่วยเรื่อยถ้ายังไม่มา แม่บ้านก็ไม่ค่อย ได้ อยู่บ้านต้องไปขายของแต่เช้ามีคส่วนใหญ่อก็จะหาข้าวปลาไว้ให้ กลับบ้านก็เย็นไม่ค่อยได้ พุดคุย ตอนนี้อยากเดินให้คล่องๆขึ้น ไม่อยากเป็นภาระอัมพาตต้องนอนติดเตียง (พูดด้วย

น้ำเสียงดังฟังชัดและใบหน้ายิ้มแย้ม)” (ผู้รับบริการ LTC รายหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 กันยายน 2564)

นอกจากนี้ ข้อมูลการสำรวจความพึงพอใจ ตามรายละเอียดที่กล่าวแล้วในบทที่ 3 ด้านการให้บริการดูแลสุขภาพในระบบ LTC ที่บ้าน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการระบบ LTC ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ( $=4.25$ ,  $S.D.=0.69$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดในด้านคุณภาพการให้บริการต่อผู้รับบริการ ( $=4.01$ ,  $S.D.=0.55$ ) รองลงมาคือด้านผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ( $=3.97$ ,  $S.D.=0.61$ ) และประเภทการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ( $=3.83$ ,  $S.D.=0.67$ ) ตามลำดับ ดังรูป 4.8



รูปที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังได้รับการบริการระบบ LTC ที่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท  
ที่มา : ผู้วิจัย, 2565

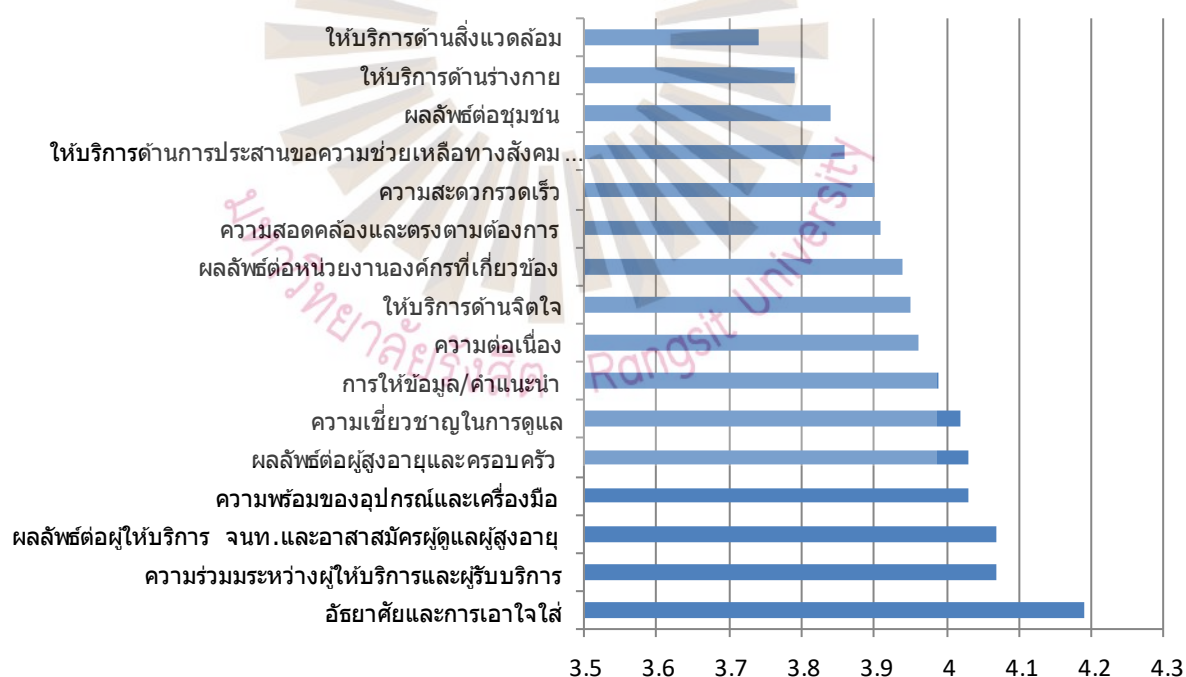
ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจจำแนกรายด้าน พบว่า

1) ด้านคุณภาพการให้บริการต่อผู้รับบริการมีความพึงพอใจ สูงสุด ประเด็นเกี่ยวกับการมีอัยยาศัยและการเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ ( $=4.19$ ,  $S.D.=0.66$ ) รองลงมาคือการให้ความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ( $=4.07$ ,  $S.D.=0.71$ ) และ ความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือ ( $=4.03$ ,  $S.D.=0.62$ ) ตามลำดับ โดยประเด็นที่มีความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการต่อผู้รับบริการ ต่ำสุด ได้แก่ ความสะดวกรวดเร็ว ( $=3.90$ ,  $S.D.=0.71$ ) รองลงมา คือ ความสอดคล้องและตรงตามความต้องการ ( $=3.91$ ,  $S.D.=0.71$ ) และ ความต่อเนื่อง ( $=3.96$ ,  $S.D.=0.73$ ) ตามลำดับ

2) ด้านประเภทการให้บริการแก่ผู้รับบริการ พบว่า มีความพึงพอใจสูงสุด เกี่ยวกับบริการด้านจิตใจ ( $=3.95$ ,  $S.D.=0.73$ ) รองลงมาด้านการประสานขอความช่วยเหลือทางสังคมและสวัสดิการ ( $=3.86$ ,  $S.D.=0.83$ ) และด้านร่างกาย ( $=3.79$ ,  $S.D.=0.73$ ) ตามลำดับ โดยประเด็นที่มีความพึงพอใจด้านประเภทการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ต่ำสุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ( $=3.74$ ,  $S.D.=0.79$ )

3) ด้านผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พบว่า มีความพึงพอใจสูงสุด เกี่ยวกับการมีผู้ให้บริการเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมาให้บริการที่บ้าน ( $=4.07$ ,  $S.D.=0.71$ ) รองลงมาคือ ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ( $=4.03$ ,  $S.D.=0.69$ ) และ ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ( $=3.94$ ,  $S.D.=0.67$ ) ตามลำดับ โดยประเด็นที่มีความพึงพอใจด้านผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่ำสุด คือ ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงต่อชุมชน ( $=3.84$ ,  $S.D.=0.69$ ) ดังรูปที่ 4.9

**ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระดับมากที่สุดของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการให้บริการระบบ LTC ที่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท**



รูปที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังได้รับการบริการระบบ LTC ที่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำแนกตามประเภทการให้บริการคุณภาพ การให้บริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ

ที่มา : ผู้วิจัย, 2565

ในขณะที่ กลุ่มผู้รับประโยชน์ ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ จำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 69.64 โดยระบุว่าปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สภาพร่างกายก็เริ่มมีปัญหาสายตา หูตึง หลงลืม เคลื่อนไหวตัวลำบาก และค่อนข้างมีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวและไม่ค่อยเชื่อฟังคนดูแลหรือญาติอยากให้อุ้มหรือผู้ช่วยหามาช่วยเหลือ ด้านการทำกายภาพ เครื่องมือทำแผลและเครื่องช่วยกายอุปกรณ์ร้อยละ 36.73 รองลงมา ได้แก่ อยากให้เทศบาลหรืออนามัยมีอาสาสมัครหรือคนมาช่วยผลัดดูแลแบ่งเบาภาระครอบครัวเป็นครั้งคราว ร้อยละ 34.95 และมีความต้องการให้สนับสนุนด้านเครื่องอุปโภคบริโภคทุนทรัพย์ ปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยห้องน้ำ ที่นอน และสวัสดิการรายได้หรืออาชีพ ร้อยละ 28.32 โดยส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่า อยากให้มีโครงการนี้ต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ ร้อยละ 90.31

ดังที่กล่าวในข้างต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งได้เข้าร่วมดำเนินการตามนโยบาย ตั้งแต่ปีแรกถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2559 – 2564) โดยมีคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะกรรมการฯ LTC) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการให้เป็นไปตามแนวทางที่นโยบายกำหนด ซึ่งจากการทบทวนเอกสาร การสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณและสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการฯ LTC ตามรายละเอียดที่กล่าวแล้วในบทที่ 3 พบว่า คณะกรรมการฯ LTC ส่วนใหญ่มีตำแหน่งทับซ้อนกับคณะกรรมการกองทุนสุขภาพ โดยมีอายุระหว่าง 41-55 ปี สูงสุด 70 ปี และต่ำสุด 26 ปี มีประสบการณ์ดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC สูงสุด 3-4 ปี ร้อยละ 45.1 และเป็นคณะกรรมการฯ LTC ใหม่ ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ร้อยละ 14.1 โดยบทบาทที่ปฏิบัติงานประจำและเกี่ยวข้องเชื่อมกับบทบาทคณะกรรมการฯ LTC มากที่สุด ได้แก่ การเบิกจ่ายงบประมาณ การติดตามประเมินผล และการพิจารณาข้อเสนอการจัดบริการ (ร้อยละ 57.1, 51.4 และ 48.6 ตามลำดับ) โดยบทบาทที่เกี่ยวข้องน้อยสุด ได้แก่ การกำหนดข้อเสนอบริการและอัตราขาดราชการสำรวจ จัดหาและประเมินกลุ่มเป้าหมาย และการจัดบริการเชิงรุกที่บ้าน (ร้อยละ 21.4, 34.3 และ 38.6 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ในภาพรวมความพร้อม การให้บริการขององค์กรเพื่อให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มเป้าหมายนั้น พบว่ามีการผลิตผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (CM) จำนวน 19 คนครอบคลุมทุกหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล (13 แห่ง) และมีการผลิตผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (CG) จำนวน 92 คน ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน (55 หมู่บ้าน) ซึ่งเป็นจำนวนสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 ที่จัดอบรมหลักสูตรผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และหลักสูตรอาสาสมัครการดูแลผู้สูงอายุ โดยศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใต้งบประมาณสนับสนุนจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและงบประมาณจังหวัดชัยนาทแต่มี

ข้อจำกัดด้านโควตาผู้เข้ารับการอบรม ต่อมาในปี 2562 ได้ขยายผล CG ให้ครอบคลุมระดับหมู่บ้านมากขึ้น จึงร่วมมือผลิต CG กับหน่วยงานศูนย์การศึกษาครอบครัวและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทเพื่อรองรับการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา กระจายอัตรากำลังให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลเป็นการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งที่สมัครเข้าร่วมดำเนินการตามนโยบาย ภายใต้ “โครงการความร่วมมือการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข” และในปี 2563 ได้จัดส่ง CG เข้ารับการอบรมหลักสูตรนักบริหารท้องถิ่นจำนวน 18 คนซึ่งเป็นหลักสูตรต่อยอดความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเมื่อผ่านการอบรมแล้วจะได้รับการจ้างงานเป็นลูกจ้างโครงการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นระยะเวลา 1 ปี เริ่มวันที่ 1 ตุลาคม 2564 สิ้นสุดวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล (เงินกู้โควิด-19) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สัดส่วนของบุคลากรที่ให้บริการ พบว่าสัดส่วนของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เท่ากับ 1 คนต่อการควบคุมกำกับดูแลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (CG) จำนวน 4.8 คน และเท่ากับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 29 คน โดยมีสัดส่วนของ CG 1 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 6 คนซึ่งสอดคล้องข้อกำหนดของนโยบายและเป็นไปตามมาตรฐานคู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ CM1 คน ดูแล CG 5-10 คน และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณ 35-40 คน

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะอนุกรรมการฯ LTC ตามรายละเอียดที่กล่าวแล้วในบทที่ 3 พบว่าปัญหาอุปสรรคสำคัญของการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการมีหลากหลายทั้งระบบกำลังคน ระบบการบริหารจัดการและระบบการสนับสนุน ดังนี้

1) อัตราค่าตอบแทนของ CG ที่น้อยมากเมื่อเทียบกับภาระงานและเปรียบเทียบกับอัตราค่าตอบแทนของนักบริหารท้องถิ่น และการค้างจ่ายค่าตอบแทนให้ CG ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล

“ค่าตอบแทนไม่ค่อยคุ้มเท่าไร ถ้าพนักงานน้ำมันรถก็หมดแล้วค่าตอบแทน 600 บาทถ้าปรับเกณฑ์ค่าตอบแทนใหม่ก็จะดีมาก เพื่อนบางคนทำงานแล้วก็ยังไม่ได้ค่าจ้างเลยสอบถามไปทางหมออนามัยหรือท้องถิ่นก็แจ้งว่าไม่รู้ และยังไม่เบิกจ่ายให้ติดขัดกันไปมาระหว่าง อปท.

และรพ.สต.” (อนุกรรมการLTC (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG)) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 18 กันยายน 2564)

“ควรมีแนวทางการดำเนินงานและระเบียบการใช้เงินของ สปสช. ที่ชัดเจน เพราะในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดความเหลื่อมล้ำการทำงานระหว่าง CG และ นักบริบาลท้องถิ่น จำนวนคนที่ดูแลเทียบเท่ากันงานอย่างเดียวกัน แต่ได้เงินค่าตอบแทนต่างกันมากระหว่าง 1,500 บาทกับ 5,000 บาททำให้เกิดความขัดแย้งในการบริหารจัดการทีม CGดูแลบริการที่บ้านแก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เดียวกันลำบากและไม่ราบรื่น” (อนุกรรมการLTC (ผอ.รพ.สต.) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 ตุลาคม 2564)

2) การหยุดชะงักให้บริการเนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล

“ในระยะแรกก่อนปี 2562 นโยบายชัดเจนแต่ระเบียบไม่ชัด โดยเฉพาะการเบิกจ่ายค่าตอบแทนของ CGทั้งที่ปฏิบัติงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้หยุดชะงักเพิ่งจะเริ่มเบิกจริงจังกันก็ในปี 2563 แต่ก็ติดสถานการณ์โควิด-19 อีกไม่สามารถจัดบริการและเบิกจ่ายค่าบริการกองทุน LTC ได้” (เลขานุการอนุกรรมการLTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 3 กันยายน 2564)

3) CM ขาดแผนงานการติดตามกำกับและลงปฏิบัติเชื่อมร่วมกับ CG ไม่มีการเชื่อมงานและบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งต่อและพัฒนาการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดโอกาสได้รับบริการด้านกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล

“การทำงานของ CG เป็นงานและเป็น โครงการที่ดีมากนอกจากได้ความรู้ทักษะการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายแล้ว ยังเป็นงานที่ทำให้สุขใจและภาคภูมิใจแต่ก็ติดขัดตรงที่มี CM คนเดียว และเขาก็มีภาระงานอื่น ๆ ทำให้ไม่สามารถลงพื้นที่ดูแลร่วมกับเราได้ทุกรายเรื่อง ความรู้ตรงค่าตอบแทนไม่ค่อยคุ้มเท่าไร ถ้าฟังค่าน้ำมันรถก็หมดแล้วค่าตอบแทน 600 บาทถ้าปรับเกณฑ์ค่าตอบแทนใหม่ก็จะดีมาก เพื่อน บางคนทำงานแล้วก็

ยังไม่ได้ค่าจ้างเลยสอบถามไปทางหมออนามัยหรือท้องถิ่นก็แจ้งว่าไม่รู้ และยังไม่เบิกจ่ายให้ติดขัดกันไปมาระหว่าง อปท.และรพ.สต.” (อนุกรรมการLTC (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG)) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 18 กันยายน 2564)

4) การกิจด้านการบริการตามนโยบายนี้ CM มีการรับรู้ แต่ไม่เกิดความเป็นเจ้าภาพการให้บริการเนื่องจากต้องทำทั้งเอกสารด้านการเงินเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณให้แก่ CG ทุกเดือนต้องจัดหาพัสดุการให้บริการและเบิกจ่ายจากหน่วยงานต้องจัดหากลุ่มเป้าหมายและสำรวจคัดกรองรวมถึงจัดทำแผนการดูแลกลุ่มเป้าหมายรายบุคคลผ่านระบบโปรแกรมทั้ง สปสช.และ กรมอนามัย ซึ่งต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือแรงจูงใจอื่นใด อีกทั้งต้องหวาดระแวงความถูกต้องตามระเบียบในการเบิกจ่ายเพราะขาดความชัดเจนในระเบียบทั้งด้านการเงินและกระบวนการทำงาน ซึ่งเคยปรึกษาส่วนกลางระดับเขตจังหวัดและอำเภอแต่ก็ไม่สามารถให้คำตอบปัญหาหรือแนะนำวิธีแก้ไขได้ชัดเจนและไม่สอดคล้องกันทำให้สับสนมากขึ้นในการทำงาน ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล

“เราทำหน้าที่ทั้งด้านบริหารจัดการงบประมาณและจัดบริการ ซึ่งก็หนักมาก และไม่มั่นใจในการเบิกจ่ายไม่มีตัวอย่างหรือแนวทางการบริหารจัดการเวชภัณฑ์สำหรับให้บริการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเราก็ไม่กล้าเบิกก็ต้องเป็นภาระให้ครอบครัวเขาจัดหา ส่งสารเขาเหมือนกัน ส่วนใหญ่ก็พวกเรา ก็ช่วยกันจ่ายหรือซื้อมาให้บ้างช่วยกันบอกต่อเรื่อยไปและหากคนบริจาคบ้างเท่าที่ทำได้ ถ้ามีศูนย์กลางช่วยเหลือ ก็จะแบ่งเบาภาระคนไข้ญาติและพวกเราได้” (อนุกรรมการLTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 ตุลาคม 2564)

5) การสนับสนุนกระบวนการให้บริการไม่ต่อเนื่องทั้งระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะระดับผู้บริหารขาดการผลักดันความร่วมมือให้เป็นรูปธรรมเป็นรูปแบบการพัฒนากระบวนการบูรณาการความร่วมมือที่ชัดเจนผู้ปฏิบัติต้องใช้พลังเยอะมากในการแสวงหาความร่วมมือและขอความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมในแต่ละกรณีที่มีความซ้ำซ้อนปัญหา ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล

“ปัญหาขาดแคลนกายอุปกรณ์ เช่น เติง รถเข็น เรามีให้ยืมแต่ไม่เพียงพอซึ่งขอเบิกจากทางโรงพยาบาลใช้เวลานานกว่าจะได้ และงบ อปท.ของกองทุน LTC ไม่สามารถจัดซื้อได้ อยากให้มีพร้อมใช้พร้อมยืม หรือมีกองทุนด้านกายอุปกรณ์ของหน่วยงานหรือภาคประชาสังคมสามารถสนับสนุนให้ได้ใช้ทันทีเมื่อผู้ป่วยร้องขอเพราะในพื้นที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เราให้ความช่วยเหลือได้ส่วนใหญ่เป็นของที่เราได้รับบริจาคจากคนที่เสียชีวิตหรือจากผู้ที่มิจิตศรัทธาบริจาคมา” (อนุกรรมการLTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 16กันยายน 2564)

“ไม่ค่อยได้รับคำแนะนำหรือหนุนเสริมจากผู้บริหารเท่าไรนัก ผู้บริหารท้องถิ่นเข้ามาใหม่ก็ไม่ได้รับรู้นโยบายคิดว่าถ้าหากผู้บริหารท้องถิ่นระดับตำบลและหน่วยงานกำกับระดับอำเภอกำหนดเป็นวาระร่วมกันมีนายอำเภอช่วยผลักดันให้มีการประสานงานและพูดคุยกัน เรื่องการขับเคลื่อนนโยบาย LTC นี้อย่างจริงจังนอกเหนือจากวาระประชุมกองทุนคิดว่าจะทำให้ผู้ปฏิบัติมีขวัญกำลังใจและไม่เหนื่อยยากในการแก้ไขปัญหาตามลำพังและยังเป็นการกระตุ้นการทำงานและติดตามประเมินผลงานต่อเนื่องได้ด้วย” (ผู้ช่วยเลขาอนุกรรมการ LTC แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 ตุลาคม 2564)

สรุปได้ว่าความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อผู้รับประโยชน์ พบว่าผลลัพธ์การดำเนินงานให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทเปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มมีการนำนโยบาย มาสู่การปฏิบัติ ในช่วง ปี พ.ศ.2560 – 2564 พบว่าแนวโน้มมีการให้บริการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียง สูงที่สุดในปี พ.ศ.2564 จำนวน 365 คนรองลงมา ปี พ.ศ.2560 จำนวน 320 คน และปี พ.ศ. 2564 จำนวน 315 คน โดยเฉพาะพื้นที่เขตเทศบาลตำบลตลุก เทศบาลตำบลโพนางคำตลก เทศบาลตำบลโพนางคำออกและเทศบาลตำบลบางหลวง ซึ่งผลการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้รับประโยชน์ส่วนใหญ่มีสาเหตุของภาวะพึ่งพิงจากโรคประจำตัวและชราภาพ ร้อยละ 69.4 และอุบัติเหตุ ร้อยละ 24.7ก่อนข้างอยู่ในเศรษฐฐานะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย มีคนในครอบครัวที่เป็นบุตรสามี/ภรรยาและพ่อแม่ เป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 84.1 มีญาติและเพื่อนบ้านช่วยดูแล ร้อยละ 14.6โดยส่วนน้อยที่ไม่มีคนดูแล และต้องดูแลตนเอง ร้อยละ 1.3ในขณะที่ภาวะสุขภาพด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 69.1 และมีคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 30.9 ซึ่งเมื่อประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริการ ปัจจุบัน พบว่า กลุ่มผู้รับประโยชน์มีการเปลี่ยนแปลง



ระดับความสามารถที่ดีขึ้น ร้อยละ 56.6 ระดับคงที่ร้อยละ 29.6 และ แย่ลง ร้อยละ 13.8 ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นส่วนใหญ่เป็นด้านการเคลื่อนไหวการลุกนั่ง การเดิน ยืนและนอน ตลอดจนการเข้าห้องน้ำ รวมถึงผู้สูงอายุมีกำลังใจและอารมณ์ดีขึ้นให้ความร่วมมือในการดูแลและสามารถช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร หิวผม ล้างหน้ามากขึ้นโดยพบว่า ผู้รับประโยชน์มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการระบบ LTC ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ( $=4.25, S.D.=0.69$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านคุณภาพการให้บริการต่อผู้รับบริการ ( $=4.01, S.D.=0.55$ ) และต่ำสุด คือ ความพึงพอใจในด้านประเภทการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ( $=3.83, S.D.=0.67$ ) ซึ่งประเด็นความพึงพอใจที่ควรปรับปรุงเรียงจากมากที่สุด ได้แก่ 1) การจัดการสิ่งแวดล้อม ( $=3.74, S.D.=0.79$ )

2) การบริการที่ก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ต่อชุมชน ( $=3.84, S.D.=0.69$ ) 3) การบริการที่สะดวกรวดเร็ว ( $=3.90, S.D.=0.71$ ) 4) การบริการที่สอดคล้องและตรงตามความต้องการ ( $=3.91, S.D.=0.71$ ) และ 5) ความต่อเนื่องของการให้บริการ ( $=3.96, S.D.=0.73$ ) ในขณะที่คณะอนุกรรมการฯ LTC ให้ความเห็นต่อสภาพการณ์ความสำเร็จในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านระบบบริการของผู้รับประโยชน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $=4.17, S.D.=0.45$ ) สูงที่สุด คือ Care Manager ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ( $=4.33, S.D.=0.67$ ) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์ ( $=4.28, S.D.=0.63$ ) และ Care Giver ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ( $=4.26, S.D.=0.67$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านที่ต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสังคมเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์ ( $=3.85, S.D.=0.70$ ) ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์ ( $=3.86, S.D.=0.63$ ) และ ผู้สูงอายุได้รับบริการกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัดเชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์ ( $=3.88, S.D.=0.58$ )

นอกจากนี้พบว่า แม้ความสำเร็จด้านการบริหารจัดการและระบบบริการจัดอยู่ในระดับมาก โดยผลการศึกษายืนยันได้จากภาวะการเปลี่ยนแปลง ADL ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปีงบประมาณและความพึงพอใจของผู้รับประโยชน์ต่อคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุดแต่ก็ยังคงมีปัญหาอุปสรรคสำคัญที่ทำทลายการพัฒนานโยบายเชิงระบบให้เกิดความสำเร็จของการปฏิบัติตามนโยบาย LTC เพิ่มสูงขึ้นทั้งในมิติดผลลัพธ์ต่อองค์กร และผลลัพธ์ต่อผู้รับประโยชน์ โดยผู้วิจัยสังเคราะห์และสรุปได้ 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัญหาด้านการเพิ่มอัตราค่าตอบแทนของ CG ในระบบ LTC

ให้เสมอภาคเท่าเทียมหรือใกล้เคียงกับอัตราจ้างของนักบริบาลท้องถิ่นสังกัด อปท. 2) ปัญหาการจัดระบบบริการที่ต่อเนื่องภายใต้การเผชิญสถานการณ์วิกฤติโรคระบาด 3) ปัญหาการเชื่อมโยงระบบข้อมูล ระบบงาน และบูรณาการทรัพยากรรวมถึงกระบวนการติดตามกำกับผลงานสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมด้านการเพิ่มความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุน LTC ร่วมกันระหว่าง ผู้ปฏิบัติงานให้บริการLTC เชิงรุกที่บ้าน ครอบครัวของกลุ่มเป้าหมาย ทีมสหวิชาชีพและผู้บริหารของหน่วยงานองค์กรสนับสนุนระดับพื้นที่และอำเภอ

3) การสังเคราะห์ความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สนับสนุนนโยบายระดับอำเภอและจังหวัดและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สนับสนุนนโยบายระดับอำเภอและจังหวัดและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสร้างข้อสรุปจากการตรวจสอบเอกสารแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง พบว่าคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลมีความคิดเห็นที่สอดคล้องในทิศทางเดียวกันโดยกล่าวถึงความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาทที่เกิดขึ้นต่อระบบบริการนั้นทำให้เกิดประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวที่ดีขึ้นเป็นอย่างมากทั้งด้านสภาวะสุขภาพ ความเป็นอยู่ทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่ดีขึ้นเกิดขวัญกำลังใจและรู้สึกผูกพันร่วมกันทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมถึงมีส่วนร่วมในพื้นที่ที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีขีดความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้นเป็นความภาคภูมิใจที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองมากขึ้นและได้เป็นส่วนหนึ่งในการเติมเต็มและแบ่งเบาภาระการดูแลของคนในครอบครัว รวมถึงความสำเร็จในการประสานความร่วมมือสร้างหลักประกันรัฐสวัสดิการทางสังคม อาทิ การรับรองความพิการ เครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การตรวจคัดกรองสัญญาณชีพการดูแลความสะอาดร่างกายการทำกายภาพและกิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการผลิตนวัตกรรมเพื่อกระตุ้นฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การ

ดูแลด้านจิตใจ และการดูแลด้านยารักษาโรคตลอดจนการช่วยเหลือด้านทรัพยากรสำหรับการปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมและเอื้อต่อบริบทภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

ในขณะที่หน่วยงานสนับสนุนระดับอำเภอและจังหวัดมีความเห็นต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท ด้านระบบการบริหารจัดการว่า แม้ภาพรวมองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นจะสมัครเข้าร่วมดำเนินงานตามนโยบายครอบคลุมทุกแห่งแต่เมื่อพิจารณาถึงความสำเร็จในด้านการขับเคลื่อนงบประมาณสำหรับการดำเนินงานนั้น พบว่ายังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาในบางแห่ง โดยเฉพาะการหยุดชะงักการดำเนินงานทั้งระบบบริการและบริหารจัดการช่วงเผชิญสถานการณ์ภาวะวิกฤติโควิด-19 โดยได้เสนอข้อควรพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้น คือควรมีการกำกับนโยบายเกี่ยวกับข้อระเบียบกฎหมายสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกแห่งด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่ควรหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดำเนินงานนโยบายนี้เพราะจะทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งควรมีการประชุมหรือพัฒนาศักยภาพผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะนายกเทศมนตรีหรือนายกองการบริหารส่วนตำบล เพื่อผลักดันเชิงนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และกำกับผลลัพธ์อย่างจริงจังอีกทั้งควรนำเสนอให้เป็นวาระการพัฒนาแบบบูรณาการระดับอำเภอด้านคุณภาพชีวิต ครอบคลุมมิติสุขภาพสังคม สภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจ แก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มสิทธิ์และทุกกลุ่มวัย

#### 4.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระดับพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่สอง โดยนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลฯ ในภาพรวมรายด้านและรายข้อ และ 2) ผลการสังเคราะห์ความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สนับสนุนนโยบายระดับอำเภอและจังหวัด และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอ สรรพยา จังหวัดชัยนาท รายละเอียดดังนี้

#### 4.2.1 ระดับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ตารางที่ 4.8 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ในภาพรวม (N=72)

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน	4.23	0.41	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่	4.22	0.37	มาก
ด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร	4.21	0.47	มาก
ด้านทรัพยากรการดำเนินงาน	4.21	0.38	มาก
ด้านการวางแผนและควบคุม	4.16	0.41	มาก
ด้านโครงสร้างและกลไกคณะกรรมการฯ LTC	4.16	0.42	มาก
รวมทุกด้าน	4.20	0.33	มาก

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ LTC ในระดับพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาทเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (= 4.20, S.D.=0.33) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน (ระหว่าง 4.17-4.23) สูงที่สุด คือ ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน (=4.23, S.D.=0.41) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ (=4.22, S.D.=0.37) และ ด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร(=4.21, S.D.=0.47) ตามลำดับ ส่วนด้านที่ต่ำสุด คือ ด้านการวางแผนและควบคุม (=4.16, S.D.=0.41) และด้านโครงสร้างและกลไกคณะกรรมการฯ LTC (=4.16, S.D.=0.42)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำแนกรายด้านและรายชื่อ เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด พบว่า

- 1) ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน

ตารางที่ 4.9 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอ  
สรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน (N=72)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	คณะอนุกรรมการฯ LTC เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผล							
	ต่อการนำนโยบายฯไปปฏิบัติ							
น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด				
1. ความร่วมมือจาก กลุ่มเป้าหมายและ ครอบครัวหรือญาติ ทำให้รู้สึกผูกพัน	0	0	1.38	55.55	43.07	4.42	0.52	มาก
2. การพูดคุยและ สะท้อนปัญหาช่วยทำ ให้บรรยากาศการ ทำงานมีความสุขมาก ขึ้น	0	0	2.77	61.11	36.12	4.33	0.53	มาก
3. การเสริมพลังจาก หน่วยงานที่ปรึกษาทำ ให้การทำงานมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	0	0	6.94	63.88	29.18	4.22	0.56	มาก
4. การเสริมรางวัล ความก้าวหน้าเป็น แรงจูงใจที่สำคัญของ LTC	0	1.38	16.66	55.55	26.41	4.07	0.69	มาก
5. การบูรณาการ บทบาทหน้าที่ตาม นโยบาย LTC กับงาน ประจำทำให้ไม่เป็น ภาระ	0	1.38	6.94	79.16	12.52	4.03	0.50	มาก
			รวม			4.23	0.41	มาก

จากตาราง 11 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก(=4.23, S.D.=0.41) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากทุกข้อ (ระหว่าง 4.03-4.42) สูงที่สุด คือทัศนคติต่อความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายและครอบครัวหรือญาติทำให้รู้สึกผูกพัน (=4.42, S.D.=0.52)รองลงมา คือ การพูดคุยและสะท้อนปัญหาช่วยทำให้บรรยากาศการทำงานมีความสุขมากขึ้น (=4.33,S.D.=0.53) และ การเสริมพลังจากหน่วยที่ปรึกษาทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (=4.22, S.D.=0.56)ตามลำดับ ส่วนด้านที่ต่ำสุด คือ การบูรณาการบทบาทหน้าที่ตามนโยบาย LTCกับงานประจำทำให้ไม่เป็นภาระ (=4.03, S.D.=0.50) และการเสริมรางวัลความก้าวหน้าเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของLTC (=4.07, S.D.=0.69)

## 2) ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่

ตารางที่ 4.10 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ (N=72)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของ คณะกรรมการฯ LTC เกี่ยวกับปัจจัยที่ ส่งผลต่อการนำนโยบายฯไปปฏิบัติ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด			
	1 การเปิดโอกาสให้ กลุ่มเป้าหมายและ ครอบครัวแสดงความ คิดเห็นและมีส่วนร่วม วางแผนฯ	0	0	0	70.84			
2 ผู้นำชุมชนและแกน นำในพื้นที่เป็นแรง เสริมที่มีบทบาท สำคัญต่อการ ขับเคลื่อนLTC	0	0	1.38	68.05	30.57	4.28	0.53	มาก

ตารางที่ 4.10 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ (N=72) (ต่อ)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	คณะอนุกรรมการฯ LTC เกี่ยวกับปัจจัยที่							
	ส่งผลต่อการนำนโยบายฯไปปฏิบัติ							
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด				
3 การกำหนดมาตรการร่วมจากทีมสหวิชาชีพด้านฟื้นฟูสภาพ	0	0	2.77	68.05	29.18	4.26	0.50	มาก
4 การกำหนดให้กลุ่มเป้าหมายแสดงความจำนงขึ้นทะเบียนขอรับบริการ LTC	0	0	6.94	69.44	23.62	4.17	0.53	มาก
5 การประกาศนโยบายการดำเนินงาน LTC ของคณะอนุฯ LTC แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	0	0	6.94	73.61	19.45	4.13	0.50	มาก
รวม						4.22	0.37	มาก

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (=4.22, S.D.=0.37) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากทุกข้อ(ระหว่าง 4.13-4.29) สูงที่สุด คือการเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายและครอบครัวแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมวางแผนฯ (=4.29, S.D.=0.45)รองลงมา คือ ผู้นำชุมชนและแกนนำในพื้นที่เป็นแรงเสริมที่มีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อน LTC (=4.28, S.D.=0.53) และ การกำหนดมาตรการร่วมจากทีมสหวิชาชีพด้านฟื้นฟูสภาพ (=4.26, S.D.=0.50) ตามลำดับส่วนด้านที่ต่ำสุด คือ

การประกาศนโยบายการดำเนินงาน LTC ของคณะอนุฯ LTC แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (=4.13, S.D.=0.50) และ การกำหนดให้กลุ่มเป้าหมายแสดงความจำนงขึ้นทะเบียนขอรับบริการ LTC (=4.17, S.D.=0.53)

### 3) ด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร

ตารางที่ 4.11 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร (N=72)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของคณะอนุกรรมการฯ LTC เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
	1 การประชุมสื่อสารความเข้าใจและยึดหลักคู่มือระเบียบกฎหมายกำกับการทำงาน	0	0	4.17	59.73			
2 การเพิ่มกระบวนการสื่อสารและช่องทางสื่อสารสาธารณะเพื่อความร่วมมือและพึงพอใจ	0	0	5.56	68.06	26.38	4.21	0.52	มาก
3 การประกาศนโยบายและสื่อสารความร่วมมือแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยนายก อบท.	0	0	6.94	73.26	19.44	4.13	0.50	มาก
	รวม					4.21	0.47	มาก



จากตารางที่ 4.11 พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท ด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $=4.21, S.D.=0.47$ ) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากทุกข้อ (ระหว่าง 4.32 - 4.13) สูงที่สุด คือการประชุมสื่อสารความเข้าใจและยึดหลักคู่มือระเบียบกฎหมาย กำกับการทำงาน ( $=4.32, S.D.=0.55$ ) รองลงมา คือ การเพิ่มกระบวนการสื่อสารและช่องทางสื่อสารสาธารณะเพื่อความร่วมมือและพึงพอใจ ( $=4.21, S.D.=0.52$ ) ส่วนด้านที่ต่ำสุด คือการประกาศนโยบายและสื่อสารความร่วมมือแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยนายก อบท. ( $=4.13, S.D.=0.50$ )

#### 4) ด้านทรัพยากรการดำเนินงาน

ตารางที่ 4.12 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านทรัพยากรการดำเนินงาน (N=72)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	คณะอนุกรรมการฯ LTC เกี่ยวกับปัจจัยที่							
	ส่งผลต่อการนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติ							
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด				
1 การนำข้อมูลและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน	0	0	5.56	63.88	30.56	4.25	0.55	มาก
2 การจัดสรรงบประมาณและพัฒนา CG ที่เพียงพอและให้มีขีดความสามารถที่สูงขึ้น	0	0	5.56	68.06	26.38	4.21	0.52	มาก
3 ระบบจัดสรรและจ่ายค่าตอบแทน CM และ CG ที่ชัดเจนและเหมาะสม	0	0	4.17	75.00	20.83	4.17	0.47	มาก

ตารางที่ 4.12 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่  
อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านทรัพยากรการดำเนินงาน (N=72) (ต่อ)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	คะแนนการฯ LTC เกี่ยวกับปัจจัยที่							
	ส่งผลต่อการนำนโยบายฯไปปฏิบัติ							
น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด				
4 การระดมทรัพยากร หรือเชื่อมโยงทุนหรือ ส่งต่อเพื่อ ลดต้นทุน บริการ LTC	0	0	11.12	70.84	18.04	4.07	0.53	มาก
	รวม					4.21	0.41	มาก

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านทรัพยากรการดำเนินงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก(=4.21, S.D.=0.41) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากทุกข้อ (ระหว่าง 4.07-4.25) สูงที่สุด คือการนำข้อมูลและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน (=4.25, S.D.=0.55) รองลงมาคือ การจัดสรรงบประมาณและพัฒนา CG ที่เพียงพอ และให้มีขีดความสามารถที่สูงขึ้น (=4.21, S.D.=0.52)และ ระบบจัดสรรและจ่ายค่าตอบแทน CM และ CG ที่ชัดเจนและเหมาะสม (=4.17, S.D.=0.47) ตามลำดับส่วนด้านที่ต่ำสุด คือ การระดมทรัพยากรหรือเชื่อมโยงทุนหรือส่งต่อเพื่อ ลดต้นทุนบริการ LTC(=4.07, S.D.=0.53)

##### 5) ด้านการวางแผนและควบคุม

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่  
อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการวางแผนและควบคุม (N=72)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของ คณะกรรมการฯ LTC เกี่ยวกับปัจจัยที่ ส่งผลต่อการนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด			
	1 การปรับปรุงแบบ แผนคู่มือระเบียบ และระบบข้อมูลฯ จากส่วนกลาง เขต และจังหวัด	0	0	8.33	56.95			
2 มีระบบรายงาน ความก้าวหน้าการ ดำเนินงาน CM และ CG ที่สะดวก ง่าย และเหมาะสม	0	0	4.17	72.22	23.61	4.19	0.49	มาก
3 คณะฯ LTC มี แนวทางควบคุม กำกับและติดตามผล การดำเนินงาน LTC ที่ชัดเจน	0	0	4.17	75.00	20.83	4.17	0.47	มาก
4 การจัดเวทีติดตาม ประเมินผลของ หน่วยงานสนับสนุน LTC เพื่อกระตุ้น ผลงานและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันอย่างน้อยปี ละ 1-2 ครั้ง	0	0	5.56	73.62	20.8	4.15	0.49	มาก

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่  
อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการวางแผนและควบคุม (N=72) (ต่อ)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของ คณะกรรมการฯ LTC เกี่ยวกับปัจจัยที่ ส่งผลต่อการนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด			
	5 การจัดทำข้อตกลง ร่วมและวางแผน ปฏิทินการ ดำเนินงานLTC ประจำปี	0	0	11.12	72.22			
รวม						4.16	0.41	มาก

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านการวางแผนและควบคุม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $=4.16$ ,  $S.D.=0.41$ ) โดยเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด (ระหว่าง 4.06-4.26) สูงที่สุด คือการปรับปรุงแบบแผนคู่มือระเบียบและระบบข้อมูลฯ จากส่วนกลาง เขตและจังหวัด ( $=4.26$ ,  $S.D.=0.60$ ) รองลงมา คือ มีระบบรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน CM และ CG ที่สะดวกง่ายและเหมาะสม ( $=4.19$ ,  $S.D.=0.49$ ) และ คณะอนุฯ LTC มีแนวทางควบคุมกำกับและติดตามผลการดำเนินงาน LTC ที่ชัดเจน ( $=4.17$ ,  $S.D.=0.47$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านที่ต่ำสุด คือการจัดทำข้อตกลงร่วมและวางแผนปฏิทินการดำเนินงาน LTC ประจำปี ( $=4.06$ ,  $S.D.=0.52$ ) และการจัดเวทีติดตามประเมินผลของหน่วยงานสนับสนุน LTC เพื่อกระตุ้นผลงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ( $=4.15$ ,  $S.D.=0.49$ )

#### 6) ด้านโครงสร้างและกลไกคณะกรรมการฯ LTC

ตารางที่ 4.14 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่  
อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านโครงสร้างและกลไกคณะกรรมการฯ LTC  
(N=72)

ประเด็น	ร้อยละของระดับความเห็นของ คณะกรรมการฯ LTC เกี่ยวกับปัจจัยที่ ส่งผลต่อการนำนโยบายฯไปปฏิบัติ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด			
	1 การมอบหมายหน้าที่ ความรับผิดชอบ บุคลากรที่เป็นลาย ลักษณ์อักษร	0	0	2.77	65.28			
2 การพัฒนาศักยภาพ คณะอนุฯLTCในระยะ ก่อนและระหว่าง ดำเนินงาน	0	1.38	2.77	63.88	31.97	4.26	0.58	มาก
3 การคัดเลือกคณะอนุฯ LTC จากผู้ที่มีคุณสมบัติ สามารถปฏิบัติ งานได้ จริงและสมัครใจ	0	0	4.17	72.22	23.61	4.19	0.49	มาก
4 การเสริมพลังติดตาม ผลและแก้ไขปัญหา อุปสรรคการ ดำเนินงานจาก ผู้บริหารLTC	0	0	4.17	72.22	23.61	4.19	0.49	มาก
5 สมรรถนะและ บทบาทของเลขานุการ คณะอนุฯLTC	0	6.94	12.5	65.28	15.28	3.89	0.74	มาก
	รวม					4.16	0.41	มาก

จากตาราง 4.14 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ด้านโครงสร้างและกลไกคณะกรรมการฯ LTC ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (=4.16, S.D.=0.41) โดยเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อยู่ในระดับมากทุกข้อ (ระหว่าง 3.89-4.29) สูงที่สุด คือ การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบบุคลากรที่เป็นลายลักษณ์อักษร (=4.29, S.D.=0.51) รองลงมา คือ การพัฒนาศักยภาพคณะอนุฯ LTC ในระยะก่อนและระหว่างดำเนินงาน (=4.26, S.D.=0.58) และ การคัดเลือกคณะอนุฯ LTC จากผู้ที่มีคุณสมบัติสามารถปฏิบัติงานได้จริงและสมัครใจ (=4.19, S.D.=0.49) ตามลำดับ ส่วนด้านที่ต่ำสุด คือ สมรรถนะและบทบาทของเลขานุการคณะอนุฯ LTC (=3.89, S.D.=0.74) และ การเสริมพลังติดตามผลและแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานจากผู้บริหาร LTC (=4.19, S.D.=0.49)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ อำเภอสรรพยา พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (=4.20, S.D.=0.33) สูงสุดคือ ปัจจัยด้านทัศนคติของคณะกรรมการฯ LTC (=4.23, S.D.=0.41) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ (=4.22, S.D.=0.37) และปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กรทั้งภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนสาธารณสุข (=4.21, S.D.=0.47) และต่ำสุด คือ ปัจจัยด้านการวางแผนและควบคุม (=4.16, S.D.=0.41) และปัจจัยด้านโครงสร้างและกลไกคณะกรรมการฯ LTC (=4.16, S.D.=0.42) โดยพบว่า ประเด็นที่ควรได้รับการปรับปรุงพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ การบูรณาการบทบาทหน้าที่ตามนโยบาย LTC กับงานประจำเพื่อไม่รู้สึกเป็นภาระ การประกาศนโยบายและสื่อสารความร่วมมือในการดำเนินงาน LTC แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยนายก อบต. และคณะกรรมการฯ LTC การระดมทรัพยากรหรือเชื่อมโยงทุนหรือส่งต่อเพื่อลดต้นทุนบริการ LTC การจัดทำข้อตกลงร่วมและวางแผนปฏิทินการดำเนินงาน LTC ประจำปี และการเพิ่มสมรรถนะและบทบาทของเลขานุการคณะอนุฯ LTC ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ผมเห็นว่านโยบายนี้ดีครับ คือว่าเทศบาลได้ทำหน้าที่ลงไปดูแลประชาชน คิดว่าน่าจะทำให้ได้ เรามอบหมายแล้วลูกน้องเขาก็เป็นคนเก่งรับผิดชอบ นายกเป็นกันเองมีอะไรเราก็ร่วมกันคิดร่วมกันทำ” (ประธานอนุกรรมการฯ LTC (นายกฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 กันยายน 2564)

“เราจะเน้นทำงานเป็นทีมร่วมกันกับ CG และ เทศบาล มีแผนการให้บริการ ออกเยี่ยมมอบของใช้ในชีวิตประจำวันพวกเราเองมีความสุขและพึงพอใจเพราะได้รับคำชื่นชมจากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย” (อนุกรรมการLTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(CM)) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 10 กันยายน 2564)

“การจัดบริการ LTC คณะอนุกรรมการฯ ก็จะช่วยกันดูทั้งด้านสุขภาพและสังคม ตัวอย่างที่ภูมิใจรายหนึ่งคิดเพียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภรรยาทำล่องผักตบชวาส่งได้รายได้วันละประมาณ 70-140 บาท บุตรชายติดคุก ไม่มีคนดูแล เราประสานเทศบาลให้เงินช่วยเหลือเดือนละ 3,000 บาทจำนวน 3 เดือน ทางหมู่บ้านกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ช่วยข้าวสารเดือนละ 5 กก.และมีทีมผู้นำชุมชน/อสม.มาช่วยทำความสะอาดบ้านเรือน” (อนุกรรมการLTC (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG)) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 ตุลาคม 2564)

“ระยะหลังมานี้ ได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชน หน่วยงานองค์กรอื่นทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน มากขึ้นนะครับ เช่น ชุมชน มีช่างตัดผมในพื้นที่ช่วยมาตัดผมให้ที่บ้าน, สภากาชาดไทย มอบถุงยังชีพช่วยเหลือให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ยากไร้, เอกชน/กลุ่มบุคคล บริจาคอาหารอุปโภคต่าง ๆ, พม. ช่วยซ่อมแซม ที่พักอาศัย และกศน.ช่วยส่งเสริมอาชีพ” (เลขานุการอนุกรรมการLTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 7 ตุลาคม 2564)

“อย่างกรรมการชุดใหญ่เราก็เข้าใจเนอะว่าต้องคัดมาจากตัวแทน อสม. ต้องคัดมาจากตัวแทนสมาชิกอะไรอย่างนี้และจังหวัดก็เคยจัดอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลให้ แต่คณะอนุกรรมการฯ LTC พอเขาเข้ามาแล้วเราก็อยากให้เขามีบทบาทให้เค้ารู้มากกว่านี้ ที่ผ่านมาก็เคยมีการอบรมให้เลย เราก็อยากให้พี่เลี้ยงระดับจังหวัดจัดอบรมให้เค้าบ้าง” (อนุกรรมการ LTC แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 ตุลาคม 2564)

**4.2.2 ผลการสังเคราะห์ความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สนับสนุนนโยบายระดับอำเภอและจังหวัด และผู้สูงอายุ**

## ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล ต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สนับสนุนนโยบายระดับอำเภอและจังหวัด และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสร้างข้อสรุปจากการตรวจสอบเอกสาร แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง พบว่า คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สนับสนุนนโยบายระดับอำเภอและจังหวัด มีความคิดเห็นที่สอดคล้องในทิศทางเดียวกันว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จสูงสุดคือ “กำลังคนผู้ปฏิบัติงาน” ซึ่งต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานทั้งระบบบริการและระบบบริหารจัดการ รวมถึงการนำไปผสมผสานเข้ากับภาระงานประจำอันเนื่องจากการเผชิญปัญหาความขาดแคลนและการโยกย้ายสับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงานหลัก คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้กระบวนการดำเนินงานตามนโยบายร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็น “ผู้ส่งมอบระบบบริการแก่กลุ่มเป้าหมาย” ขาดความต่อเนื่อง ต้องหยุดชะงักทั้งการให้บริการและการเบิกจ่ายงบประมาณค่าบริการ ส่งผลกระทบต่อกระบวนการทำงานเชิงรุกที่บ้านของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (CG: Care Giver) ที่นอกจากจะขาดแรงจูงใจในการทำงานแล้วยังรู้สึกท้อถอยต่อผลตอบแทนที่ได้ในอัตรา เพียง 600 – 1,500 บาทต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบกับระบบการให้บริการของ “อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น” ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2563 ซึ่งอนุมัติงบประมาณภายใต้แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจ และสังคมฯ โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้อัตรา 5,000 บาท ต่อเดือน ในขณะที่ ระบบการติดตามผลลัพธ์ และสนับสนุนทรัพยากรในส่วนของงบประมาณและอุปกรณ์การปฏิบัติงานของ CG มีความขาดแคลนต้องยืมหรือเบิกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกครั้ง ที่ปฏิบัติงาน ทำให้ไม่คล่องตัวในการทำงาน แต่ก็ยังสามารถขับเคลื่อนนโยบายได้เพราะปัจจัย ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งทีมสหวิชาชีพ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลที่ชื่นชมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีม CG ในการบริการเชิงรุกที่บ้าน สร้างกำลังใจมาก ช่วยกระตุ้นให้มีความหวัง และมีเป้าหมายชัดเจนในการพัฒนาตนเองเพื่อไม่ให้เป็นการแก่ครอครวโดยข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นนั้น เสนอให้หน่วยงานระดับนโยบายเพิ่มการเสริมรางวัลความก้าวหน้า แก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ และผู้บริหารในระดับพื้นที่ควรเพิ่มช่องทางการ



สื่อสารและพัฒนาความร่วมมือการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน กลุ่มเป้าหมาย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ชัดเจน

นอกจากนี้ พบว่าคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อบัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในด้าน “ทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน” เป็นลำดับแรกแตกต่างจากผลการทบทวนแนวคิดของนักวิชาการที่ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อโครงสร้างและกลไกขององค์กร ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นผลสืบเนื่องจากข้อกำหนดประกาศนโยบายที่วางกลไกการขับเคลื่อนนโยบายให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งสามารถทำหน้าที่ประสานความร่วมมือตามกฎหมายด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับพื้นที่ได้มากกว่าหน่วยงานองค์กรอื่น และนโยบายนี้ก็มีการดำเนินงานมานานถึง 5 ปี ผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้วิธีการทำงานร่วมกัน และสามารถปรับตัวรับมือกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามนโยบายได้พอสมควร ทำให้ปัจจัยเชิงโครงสร้างและกลไกที่กำหนดจึงไม่เป็นอุปสรรคสำคัญเหมือนกับการดำเนินงานในระยะแรก ประกอบกับตัวนโยบายนี้ ไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับผู้ปฏิบัติงานในแง่มุมมองการให้บริการสาธารณะ โดยเฉพาะมิติสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ทั้งผู้ให้บริการและแกนนำในชุมชนนั้นมีความรู้สึกผูกพันและมีความสุขกับการทำหน้าที่ในการดูแลให้บริการแก่ประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมความเป็นอยู่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว โดยในระยะหลังช่วงปีที่ 4 (พ.ศ. 2563) ของการขับเคลื่อนนโยบายนั้น พบว่า กระแสการตอบรับนโยบายจากผู้บริหารหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมีการพัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรคด้านการบริการทางสังคมและเศรษฐกิจเช่น จัดหาเครื่องอุปโภค บริโภค ภายอุปกรณ์ อุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวันและปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เป็นต้น ทำให้ “ทัศนคติ” ของผู้ปฏิบัติงานก่อเกิดพฤติกรรมบริการที่เป็น เชิงบวกมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยสะท้อนถึงการพัฒนาในระดับนโยบายควรแก้ไขข้อกั่วงวลและอุปสรรคคุกคามด้านจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการและการเบิกจ่ายงบประมาณรวมถึงผลักดันกระบวนการดำเนินงานให้เกิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติผู้ดูแลเพื่อบริหารจัดการสุขภาพร่วมกัน ก็จะทำให้การปฏิบัติตามนโยบายนี้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้าน (ค่า ADL ระหว่าง 5- 11 คะแนน) ซึ่งสามารถมีสมรรถภาพที่ดีขึ้นจากการดูแลและบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วลดภาระค่าใช้จ่าย

ทั้งเงินและเวลาในการดูแลของครอบครัวและชุมชน ลดสภาวะพิการ โรคแทรกซ้อนและติดเชื้อ อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างพลังและคุณค่าคืนศักดิ์ศรี แห่งความเป็นมนุษย์ได้ด้วย

#### 4.3 ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

สำหรับส่วนนี้ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่สาม โดยผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ปัญหาอุปสรรคของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา และส่วนที่ 2 แนวทางการพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่กล่าวไว้ในบทที่ 3 รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคณะอนุกรรมการฯ LTC กลุ่มผู้สนับสนุนนโยบาย LTC และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวหรือญาติ มีข้อค้นพบปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ด้านระบบการบริหารจัดการนโยบาย การจัดระบบบริการตามนโยบาย และการให้การสนับสนุนขับเคลื่อนการปฏิบัติตามนโยบาย และปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและญาติ ซึ่งผู้วิจัยสังเคราะห์และสรุปได้ ดังนี้

1) ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับองค์การที่นำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ด้านระบบการบริหารจัดการนโยบาย พบว่า ขาดการผลักดันกระบวนการบริหารจัดการการเสริมพลังและจัดหากำลังคนเพื่อปฏิบัติงานเกี่ยวกับกองทุน LTC ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนจากผู้บริหารนโยบายของ อปท. โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ทำหน้าที่เลขานุการกองทุน LTC ซึ่งเป็นปัญหาทุกแห่งของ อปท. ที่ไม่กองสาธารณสุข และพบว่ามีการบริหารจัดการที่ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานกิจกรรมสำคัญของกองทุน LTC เนื่องจากสาเหตุของการสับเปลี่ยนโยกย้ายงาน และไม่มี การส่งต่องานระหว่างผู้รับผิดชอบงานเก่าและใหม่ รวมถึงขาดคำสั่งการมอบหมายงานให้ปฏิบัติหน้าที่กองทุน LTC อย่างเป็นทางการที่เพิ่มเติมจากโครงสร้างงานประจำของบุคลากร อปท. ทำให้ผู้ขับเคลื่อนนโยบายเกิดทัศนคติและมุมมองว่างานนโยบาย LTC เป็นภาระ ทำก็ได้ไม่ทำก็ได้เพราะ

ไม่ใช่หน้าที่ที่พึงปฏิบัติตามกรอบงานที่กำหนด และหากทำต้องรับผิดชอบเมื่อเกิดข้อผิดพลาดในการดำเนินงาน ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“อปท.ที่เขาไม่มีกองสาธารณสุขก็จะเป็นงานฝากงานมออะไรอย่างเนี่ยะ ซึ่งเป็นคนที่ไม่มีความรู้โดยตรงมาทำอ่ะครับ ก็จะเครียดและไม่อยากทำเพราะมีงานประจำอยู่” (ผู้ช่วยเลขาธิการอนุกรรมการ LTC แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 กันยายน 2564)

“ผมว่าจำนวนบุคลากรของ อปท. ขนาดกลางเกือบก่อนประเทศบุคลากรเขาน้อย อย่างของหมยกตัวอย่างเนี่ย พนักงานรวมๆกันทั้งหมดที่แบ่งหน้าที่แล้วต้องไปรับหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายอีกมันค่อนข้างหลายตำแหน่งหลายหน้าที่ ปัญหาในเรื่องบุคลากรในส่วน ของ อปท. เนี่ยมันไม่เพียงพอมากกว่า” (เลขาธิการอนุกรรมการLTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 3 กันยายน 2564)

“ผู้บริหารของ อปท. และ ปลัดฯ(เลขฯ) บางแห่ง ขาดการผลักดันและให้ความสำคัญต่อบุคลากรที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อปท. บางแห่งยังไม่ทราบเลยว่าใครเป็นคนดูแลรับผิดชอบการจัดการงานกองทุน LTC เพราะผู้บริหารคิดว่า ได้มอบนโยบายไปแล้วและมองว่าเป็นหน้าที่ประจำของฝ่ายข้าราชการของ อปท.” (อนุกรรมการ LTC (ผอ.รพสต.)แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 กันยายน 2564)

“มันก็เลยชะงักไปเพราะว่าทางผู้บริหารเขาไม่แน่ใจ แล้วเขาก็ไม่ได้มาช่วยเรา ดูแต่คำพูดมันทำให้เราไม่กล้าที่จะก้าวเพราะว่าเหมือนว่าถ้าเราทำอะไรไปแล้วมันผิดพลาดไปเนี่ยเขาไม่ได้มาร่วมรับผิดชอบกับเรา” (เลขาธิการอนุกรรมการLTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 กันยายน 2564)

“ผู้บริหารของ อปท.(นายกฯ) บางส่วนขาดการรับรู้ และเข้าใจในตัวนโยบาย ทำให้การดำเนินงานมีความล่าช้าหรือไม่มีกรดำเนินงานเลย บางแห่งลงนามอนุมัติเสร็จแล้ว ก็ไม่ได้เข้าไปติดตามเลยว่าเงินมันเข้าหรือไม่เข้าอย่างไรหรือไปอย่างไรต่ออะไรเงี้ยครับ” (เลขาธิการอนุกรรมการLTC(ปลัดฯ)แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 ตุลาคม 2564)

2) ปัญหาอุปสรรคขององค์การที่นำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่เกี่ยวกับการจัดระบบบริการตามนโยบาย พบว่า ระหว่างดำเนินการขาดการพัฒนาหรือฟื้นฟูศักยภาพด้านความรู้หรือทักษะเพิ่มเติมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านระบบบริหารจัดการงบประมาณกองทุน LTC ของภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ปฏิบัติงานด้านระบบบริการของภาคส่วนสาธารณสุข คือ ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(CG) ส่งผลกระทบต่อปัญหาความกังวลและไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานทั้งด้านระเบียบกฎเกณฑ์การจัดการงบประมาณการจัดหาวัสดุอุปกรณ์บริการด้านการแพทย์และด้านสังคมสำหรับกลุ่มเป้าหมายการให้บริการเชิงรุกด้านกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัด และการจ่ายค่าตอบแทนการจัดบริการแก่ CG และCM ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ที่ผ่านมา เราไม่ได้รับการสนับสนุนการอบรมศักยภาพการดำเนินงาน LTC เท่าที่ควร เพราะต้องรอจังหวัดหรือ สปสช. หรือศูนย์อนามัยที่ 3 จัดอบรมเราได้นำคู่มือมาพูดคุยทำความเข้าใจในวาระการประชุมตามแต่ละประเด็นที่สงสัย คณะอนุกรรมการฯ และCG. ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนงานยังขาดความรู้และทักษะในการดำเนินงานเรื่องนี้อีกมาก” (อนุกรรมการLTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 กันยายน 2564)

“ปฏิบัติไม่ได้เนื่องจากผู้บริหารไม่แน่ใจในระเบียบของกองทุน และไม่เคยได้รับการอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่องและบรรลุผลสำเร็จล่าช้า มีปัญหาเกี่ยวกับการจัดซื้ออุปกรณ์ในการสนับสนุนงานของ CG. เช่น การจัดหาผ้าอ้อมผู้ใหญ่ยังไม่มียุรูปแบบการจัดซื้อ” (อนุกรรมการLTC ท่านหนึ่งในอำเภอสรรพพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 15 กันยายน 2564)

“ขาดวิธีการจัดสรรหรือบริหารจัดการงบประมาณตามระเบียบที่ถูกต้อง เหมาะสม ตามความต้องการใช้ที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ระเบียบในการดูแลผู้สูงอายุไม่ชัดเจน ไม่บอกได้ว่าอะไรที่สามารถซื้อได้/ไม่ได้แล้วก็ปรับปรุงล่าช้า เราก็ไม่เข้าใจและไม่เคยเชิญเราไปอบรมหรือชี้แจงทำความเข้าใจเพิ่มเติมต้องศึกษาความรู้เองหรือไม่ก็ถามเพื่อน อปท.อื่น แต่ก็ไม่ค่อยแน่ใจอีก” (เลขานุการLTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 22 กันยายน 2564)

“งบประมาณที่ได้รับเพื่อจัดระบบบริการ ส่วนใหญ่จะเป็นค่าตอบแทนของ CG. แต่ยังคงขาดงบประมาณด้านสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานของ CG. ที่เพียงพอ เช่น อุปกรณ์ทำแผล ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เครื่องวัดความดันโลหิตโดยเฉพาะ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบางคนมีฐานะยากจนแต่มีความจำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมหรือแผ่นรองกันเปื้อนซึ่งไม่สามารถที่จะจัดซื้อของที่เหล่านี้ให้กับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้” (อนุกรรมการ LTC (อนุกรรมการ LTC (ผอ.รพสต.) แห่งหนึ่งในอำเภอสุพรรณฯ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 ตุลาคม 2564)

3) ปัญหาอุปสรรคขององค์กรที่นานโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่เกี่ยวกับการสนับสนุนการปฏิบัติตามนโยบาย พบว่า การบริหารจัดการข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานนโยบายส่วนกลาง กับ หน่วยงานสนับสนุนระดับพื้นที่ที่มีความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล และแยกส่วนการปฏิบัติระหว่าง สปสช. และส่วนสาธารณสุข ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความยุ่งยาก และเสียเวลามากในการจัดการ และเป็นช่องว่างทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่ปัจจุบัน รวมถึงไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานเชิงคุณภาพได้ ประกอบกับ หน่วยงานสนับสนุนในระดับอำเภอ ซึ่งได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ หน่วยงานระดับจังหวัด ซึ่งได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด และหน่วยงานระดับเขตซึ่งได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต ไม่มีการติดตาม ควบคุมกำกับหรือประเมินผลการดำเนินงาน LTC ที่เป็นรูปธรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานหลักของการจัดบริการ LTC จึงไม่ได้รับการสะท้อนผลลัพท์การดำเนินงานเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนากระบวนการนำนโยบายมาปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในแต่ละปีงบประมาณ

ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ข้อมูลถูกออกแบบให้บันทึกในรูปแบบของโปรแกรม LTC สปสช. เพื่อเสนอชื่อรับงบประมาณฯ ซึ่งข้อมูลใช้จากการสำรวจของ รพ.สต. มาบันทึกและยืนยันตัวตนว่าอยู่ในเขตรับผิดชอบ ต่อมา สปสช. ก็จะแจ้งจัดสรร มาที่ อปท. ต่อจากนั้น รพ.สต. ก็ต้องนำข้อมูลชุดเดียวกันไปทำแผนการดูแล (Care Plan) ที่โปรแกรม 3 C ของกรมอนามัย ทำให้ภาระหนักอยู่ที่ CM เพราะ 2 โปรแกรมนี้ไม่เชื่อมถึงกันต้องบันทึกทีละครั้ง และระดับอำเภอหรือจังหวัดก็ไม่สามารถช่วยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนได้ จะทราบก็ต่อเมื่อได้รับการประสานงานจาก สปสช. เขต 3 หรือ ศูนย์อนามัยที่ 3 แจ้งข้อปัญหามาให้ประสานงาน

แก้ไขปรับปรุง” (ผู้รับผิดชอบงานกองทุน LTC ระดับจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยนาท, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 ตุลาคม 2564)

“ขาดการผลักดันบทบาทผู้บริหารหน่วยงานสนับสนุนการปฏิบัติงานตามนโยบาย LTC ในระดับพื้นที่ตั้งแต่ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขตทั้งด้านการบริหารจัดการและการติดตามกำกับประเมินผลทำให้ไม่เกิดการประสานงานความร่วมมือหรือเชื่อมบูรณาการด้านการบริหารจัดการระหว่าง” (ที่ปรึกษากองทุน LTC ท่านหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 13 กันยายน 2564)

“ไม่มั่นใจว่าจะช่วยสนับสนุน รพ.สต. ได้มากนัก เพราะที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ก็เป็นเรื่องเบิกจ่ายงบประมาณซึ่งกองทุน LTC จะโอนมาตั้งเบิกจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการและค่าวัสดุอุปกรณ์ของกลุ่มเป้าหมายที่รพ.สต. โดยต้องอ้างอิงและยึดหลักระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุฯ มันคิดตรงที่ว่าระเบียบเบิกจ่ายนั้น สปสข. ระบุวงเงินห้ามเกินห้าพันอะไรอย่างนี้ หรือแม้กระทั่งเหลือแล้วจะไปให้อีกคนก็ไม่ได้ ต้องรอให้พ้นปีไปก่อนถึงจะเอามาใช้กับคนต่อไปได้ ระเบียบมันค่อนข้างตึงเกิน” (ผู้รับผิดชอบงานกองทุน LTC ระดับอำเภอแห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 ตุลาคม 2564)

“หน่วยงานบริหารส่วนอำเภอ จังหวัดหรือเขต ไม่เคยมาประเมินผลควบคุมกำกับ หรือลงติดตามเยี่ยมกองทุน LTC เหมือนตอนที่เราทำเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ทำให้เราเหมือนไม่มีพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาชัดเจน มีเพียงสปสข.เขตเท่านั้นที่ตอบได้ซึ่งก็ติดต่อยากมากเพราะเขาดูแลทั้ง 5 จังหวัดในเขต” (เลขานุการกรมการ LTC (ปลัด) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 ตุลาคม 2564)

4) ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและญาติ พบว่า ครอบครัวและญาติรวมทั้ง ตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเอง มีบางส่วนที่ยังมีความเข้าใจว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นหน้าที่ของเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว ครอบครัวหรือญาติไม่มีความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการดูแลส่งผลกระทบต่อทำให้ไม่ได้รับการดูแลที่ดีหรือต่อเนื่องตามที่ควรจะเป็น ดังบทสนทนาผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ส่วนใหญ่ญาติก็ไม่ค่อยช่วยอะไร แคมยังโวยวายว่าย่ามายุ่งกับฉันได้” โหม่นนี่นั่น โดยเฉพาะในช่วงของสถานการณ์โควิด บ่นแต่ว่าหมอมานหรือยัง (หัวเราะ)” (อนุกรรมการ LTC (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 กันยายน 2564)

“บางรายแต่ส่วนน้อยที่ยังไม่เข้าใจและคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชีวิตประจำวันรู้สึกถูกรู้สึกว่าเป็นส่วนตัว และบางรายคิดว่าเป็นหน้าที่ของหน่วยงาน CG และ CM โดยจะปล่อยให้เป็นการของ CG ทำให้ไม่ค่อยเห็นผลการเปลี่ยนแปลง ADL เพราะ CG ไม่ได้ไปทุกวันและคนในครอบครัวหรือญาติไม่ช่วยทำต่อเนื่อง” (อนุกรรมการ LTC (ผอ.รพสต.) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 20 กันยายน 2564)

“ช่วงนี้ก็โรคระบาด โควิด-19 เป็นปัญหาทำให้การดูแลที่ต้องปฏิบัติต่อตัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นทำได้ยากขึ้นต้องใช้ความระมัดระวังเพิ่มมากขึ้น กลัวการติดเชื้อและระแวงในการให้บริการระหว่างกันทั้งคนดูแลและคนที่ได้รับการดูแล รวมถึงคนในครัวเรือนนั้น ๆ ” (อนุกรรมการ LTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM)) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 20 กันยายน 2564)

ส่วนที่ 2 แนวทางการพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สรุปได้ 3 ประการ ได้แก่

1) แนวทางการพัฒนาด้านระบบบริหารจัดการ โดย (1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับส่วนกลาง ควรจะมีการปรับปรุงระเบียบหรือกฎเกณฑ์การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ให้มีความชัดเจน ให้ตรงกับความต้องการหรือจำเป็นต้องใช้จริง และควรเป็นระเบียบที่กำหนดขึ้นมา โดยเฉพาะกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีข้อยกเว้นแยกออกมาจากกฎระเบียบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งจะทำให้การดำเนินงานตามนโยบายมีความต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับประโยชน์ รวมถึงควรสนับสนุนงบประมาณด้านการสร้างระบบการติดตามควบคุมกำกับกับการดำเนินงานทั้งระบบ ตั้งแต่ระดับประเทศลงมาโดยกำหนดให้ในแต่ละจังหวัด มีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่มาจากหน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการนิเทศควบคุมกำกับ ประเมินผล แล้วสรุปรายงานผลส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินงานแก้ไขปรับปรุงต่อเนื่องทุกปี (2) หน่วยงาน

เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุน เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา โรงพยาบาลสรรพยา ท้องถิ่นอำเภอสรรพยา ควรจะมีการประชุมชี้แจงให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบปัญหาอุปสรรคระหว่างดำเนินการ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีการขับเคลื่อนดำเนินงานตามนโยบายได้เข้าใจและเสริมพลังให้เกิดความมั่นใจในการทำงาน และควรมีการจัดประชุมทบทวนและออกแบบวางแผนปรับปรุงพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานส่วนสาธารณสุข ในระดับอำเภอ รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรผลักดันให้การขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลอื่นทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มสิทธิการรักษาที่ประสบปัญหาอยู่ในภาวะพึ่งพิงให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ความร่วมมือและหนุนเสริมจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ถ้ายังมีการดำเนินงานนโยบายในรูปแบบนี้ต่อไป ควรมีการกำหนดไว้ในกฎหมายให้ชัดเจนว่า อปท. ทุกแห่งต้องมีหน้าที่และบทบาทในการดำเนินงานตามนโยบาย LTC ไม่ใช่จะทำหรือไม่ทำก็ได้ เพราะเกิด ความยากลำบากในการประสานและเกิดความเหลื่อมล้ำต่อการจัดบริการในพื้นที่ใกล้เคียง” (อนุกรรมการ LTC (ผอ.รพสต.) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 14 กันยายน 2564)

“ควรมีการจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพหรือประชุมชี้แจง ให้กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้เกี่ยวข้อง ให้รับรู้และเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน บทบาทเชิงนโยบายของผู้บริหาร การสะท้อนปัจจัยการทำงานที่สำคัญเพื่อให้ท่านสนับสนุนและกำกับส่วนของ อปท.” (ที่ปรึกษากองทุน LTC ท่านหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 กันยายน 2564)

“ควรพัฒนาเรื่องศักยภาพผู้ให้บริการ(CG)อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาต่อเนื่องเรื่อย ๆ เพื่อขยายการให้บริการที่ครอบคลุมมากขึ้น ความรู้ทันต่อสถานการณ์เพื่อปรับกระบวนการให้บริการในภาวะวิกฤติหรือเร่งด่วน”(ผู้รับผิดชอบงานกองทุน LTC ระดับจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 ตุลาคม 2564)

“ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและมีคณะกรรมการกำกับเสริมพลังความรู้และผลการดำเนินงานระดับจังหวัดหรือเขต” (เลขานุการกองทุน LTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 7 ตุลาคม 2564)



2) แนวทางการพัฒนาด้านการจัดการระบบข้อมูล โปรแกรมโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการบูรณาการโปรแกรมบนที่ระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นโปรแกรมเดียวเท่านั้นเพื่อลดภาระงานและความซ้ำซ้อนของระบบข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ในการทำงาน และควรกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลระบบฯ อย่างเป็นทางการที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ทั้งภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนสาธารณสุขเพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพต่ออำนาจการตัดสินใจในการทำงาน ไม่เกิดความขัดแย้งเชิงความสัมพันธ์ระยะยาวระหว่างหน่วยงาน และเป็นการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือผลกระทบ ด้านประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ตามนโยบาย ดั่งบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ถ้ามีคนรับผิดชอบระบบข้อมูลของกองทุน LTC เป็นหลักทุกเทศบาลมันก็จะดี แล้วก็บางทีเหมือนรหัสไม่ได้เข้าไปแล้ว 6 เดือนมันเข้าไม่ได้ก็ต้องขอใหม่อะไรประมาณนั้นอะ เป็นที่ยุ่งยากมาก ควรกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลระบบอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อจะได้ติดต่อประสานงานและแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว” (เลขานุการกรมการ LTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอสุพรรณบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 7 กันยายน 2564)

“อยากให้พัฒนาระบบข้อมูล ระบบบางครั้งมันไม่สามารถย้อนดูข้อมูลได้ละ ของ LTC ควรพัฒนาระบบโปรแกรมให้ง่ายและสะดวกใช้ไม่เป็นภาระซ้ำซ้อนกันแต่ใช้ร่วมกันได้ทั้ง สปสช.และกระทรวงสาธารณสุข” (อนุกรรมการ LTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) รพสต. แห่งหนึ่งในอำเภอสุพรรณบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 20 กันยายน 2564)

3) แนวทางการพัฒนาด้านความร่วมมือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล โดยหน่วยงานกระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมดำเนินการ (1) สื่อสารนโยบายให้ประชาชนรับรู้ เช่น จัดทำประกาศหรือประชาคมชี้แจง สื่อสารนโยบายการจัดการบริการ LTC ให้ประชาชนทราบถึงขั้นตอนและแนวทางการเข้ารับบริการ (2) เสริมสร้างความเป็นเจ้าของร่วมในระบบบริการ LTC โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมและแสดงความจำนงสมัครขอขึ้นทะเบียน ใช้สิทธิเข้ารับบริการในช่องทางต่าง ๆ (3) ปรับปรุงคู่มือการดำเนินงานเพื่อผลักดันและสนับสนุนการจัดการดูแลแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและญาติ และผู้ให้บริการมากขึ้น รวมถึงการพัฒนา

คณะอนุกรรมการฯ ที่ได้รับมอบหมายด้านการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน มีสมรรถนะด้านการสำรวจและประเมินสถานะสุขภาพและความต้องการด้านบริการทางสังคมในกลุ่มเป้าหมายทุกราย รวมถึงร่วมวางแผนการจัดบริการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและครอบครัวญาติหรือคนในชุมชน ก่อนที่ผู้ให้บริการจะเริ่มกระบวนการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งจะเป็นการแก้ไขปัญหาอุปสรรค การนำนโยบายมาปฏิบัติและเสริมสร้างการยอมรับ การรับรู้เข้าใจ และเกิดความเป็นเจ้าของสถานะสุขภาพร่วมกัน ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการให้ความร่วมมือ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการเพื่อแก้ไขปัญหา ที่เผชิญอยู่อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้รับประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“คิดว่าปีต่อไป จะพัฒนาด้านการประชาสัมพันธ์ให้พี่น้องประชาชนกลุ่มเป้าหมายรับรู้เพิ่มมากขึ้น ในส่วนของกองทุน LTC ก็จะทำประกาศและประชาคมชี้แจงนโยบายการจัดบริการ LTC ให้ประชาชนทราบอย่างจริงจัง เกี่ยวกับขั้นตอนและแนวทางการรับบริการ” (เลขานุการ LTC (ปลัดฯ) แห่งหนึ่งในอำเภอ สรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 กันยายน 2564)

“อยากให้มีการพัฒนาระบบการสมัครเข้ารับบริการเพื่อแสดงความจำนงขอขึ้นทะเบียนใช้สิทธิเหมือนระบบการแสดงตัวตนรับเบี้ยยังชีพ เพื่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายดูแลให้บริการจะได้วางแผนก่อนเริ่มกระบวนการจัดบริการเพื่อให้พูดคุยแผนการจัดบริการร่วมกับผู้รับประโยชน์และสมาชิกในครอบครัว” (อนุกรรมการ LTC (ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM)) รพสต.แห่งหนึ่งในอำเภอสรรพยา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 16 กันยายน 2564)

“บางครอบครัวปฏิเสธการรับรู้ไม่ให้ความร่วมมือ รู้สึกถูกรุกถ้าความเป็นส่วนตัว ปล่อยให้เจ้าหน้าที่ของ Care Giver เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งควรมีการทำความเข้าใจร่วมกัน โดยเฉพาะก่อนการให้บริการ” (ผู้รับผิดชอบงานกองทุน LTC ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 กันยายน 2564)

โดยสรุป การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประสบผลสำเร็จในระดับมาก ทั้งต่อองค์การในด้านระบบบริการและระบบการบริหารจัดการและต่อประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นรวมถึงมีความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการตามนโยบายนี้อยู่ในระดับมาก โดย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จคือ ทักษะคิของผู้ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่และการสื่อสารนโยบายขององค์กรทั้งภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนสาธารณสุขประเด็นที่ควรได้รับการปรับปรุงพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่การบูรณาการบทบาทหน้าที่ตามนโยบาย LTC กับงานประจำการประกาศนโยบายและสื่อสารความร่วมมือแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและการระดมทรัพยากรหรือเชื่อมโยงทุนหรือส่งต่อเพื่อลดต้นทุนบริการซึ่งปัญหาอุปสรรคด้านบริหารจัดการนั้น ขาดการผลักดันและสนับสนุนเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมชัดเจนการจัดการระบบข้อมูลระหว่างหน่วยงานและปัญหาการมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการดูแลของครอบครัวและญาติโดยแนวทางการพัฒนาการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ดีขึ้นควรมีการปรับปรุงระเบียบหรือกฎเกณฑ์การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ให้มีความชัดเจนให้ตรงกับความต้องการหรือจำเป็นต้องใช้จริงมีการสนับสนุนงบประมาณด้านจัดการข้อมูลและสร้างระบบการติดตามควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานทั้งระบบ ตั้งแต่ระดับประเทศลงมาโดยกำหนดให้ในแต่ละจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่มาจากหน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการนิเทศควบคุมกำกับ ประเมินผล แล้วสรุปรายงานผลส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินงานแก้ไขปรับปรุงต่อเนื่องทุกปี และควรผลักดันให้การขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มสิทธิการรักษาที่ประสบปัญหาอยู่ในภาวะพึ่งพิงให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ความร่วมมือและหนุนเสริมจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และแนวทางสำคัญที่สุด คือ การพัฒนาความร่วมมือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลภายใต้การสนับสนุน โดยหน่วยงานกระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข

ในบทถัดไปเป็นการนำเสนอ สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย โดยเริ่มจากการสรุปผลการศึกษาเรียงตามลำดับของวัตถุประสงค์ที่กำหนดต่อด้วยการอภิปรายผลความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรพยา จังหวัดชัยนาท ปัจจัยที่ส่งผลและปัญหาอุปสรรครวมถึงแนวทางการพัฒนาการนำนโยบายไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในด้านองค์กร ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ โดยในท้ายบทนำเสนอถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัยต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ และการวิจัยครั้งต่อไป

## บทที่ 5

### สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท” มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำ 1) แนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาค ของ วรเดช จันทรร (2559) 2) ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม ของ Edwards (1980) Cheema & Rondinelli (1983) และ วรเดช จันทรร (2559) รวมถึงประยุกต์ใช้ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ จากศุภชัย ยาวะประภาส (2557) 3) แนวคิดการวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ของ Ripley & Franklin (1984) Pressman & Wildavsky (1973) และ วรเดช จันทรร (2559) และ 4) แนวทางการวัดความสำเร็จของนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) และ (2561) รวมถึง 5) ผลงานนักวิชาการที่เกี่ยวข้องจำนวน 38 เรื่อง มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากทุกหน่วยประชากรของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 9 แห่งรวม 81 คน และจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ได้รับบริการตั้งแต่เริ่มนโยบายจนถึงปัจจุบันและยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมดรวม 392 คน สำหรับเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การตรวจสอบเอกสาร การสังเกตและการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเลือกแบบเจาะจงจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของกองทุนสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวม 45 คน จากกลุ่มผู้สนับสนุนนโยบายระดับอำเภอและจังหวัดรวม 6 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล รวม 9 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิควิเคราะห์เนื้อหา และความสอดคล้องภายใน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัยดังนี้

## 5.1 สรุปผลการวิจัย

### 5.1.1 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

พบว่า เกิดจากกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ชั้นระดมพลัง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่พิจารณารับนโยบาย และแสวงหาการสนับสนุน (2) ชั้นการปฏิบัติ 5 กิจกรรมหลัก คือ การเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการของ อปท.และหน่วยบริการปฐมภูมิ การประเมินผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ การเสนอโครงการและพิจารณาอนุมัติการจัดบริการและจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์สนับสนุนการให้บริการ และการติดตามและประเมินการบริหารจัดการระบบ LTC และ (3) ชั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่น โดยผู้บริหาร อปท. และหน่วยบริการปฐมภูมิ ชักจูงให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของนโยบายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบ่งความสำเร็จออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความสำเร็จต่อองค์การที่ปฏิบัติตามนโยบาย และความสำเร็จต่อผู้รับประโยชน์จากนโยบาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำเร็จต่อองค์การที่นำนโยบายฯ มาปฏิบัติ พบว่า ระดับความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทต่อสภาพการณ์ความสำเร็จขององค์การในปัจจุบันภายหลังการนำนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.99$ , S.D.=0.58) และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดด้านจัดบริการ ( $\bar{X}=4.17$ , S.D.=0.54) และต่ำสุดด้านบริหารจัดการ ( $\bar{X}=3.81$ , S.D.=0.40) โดยผลงานเด่นชัด คือ ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันสร้างและผลิตนวัตกรรมสุขภาพจากภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัสดุพื้นบ้าน มาสนับสนุนการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการยอมรับต่อการจัดบริการ เกิดความสุข ความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมการดูแล ตลอดจนเป็นการประหยัดต้นทุนการบริการและเกิดความคุ้มค่าในการดำเนินงานที่มีการนำไปใช้ประโยชน์ ต่อยอดขยายผลทั้งภายในพื้นที่และภายนอก

ส่วนที่ 2 ความสำเร็จต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากนโยบายฯ พบว่า สามารถเพิ่มการเข้าถึงในการจัดบริการให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้นทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียง จากปี พ.ศ. 2560 - 2564 ร้อยละ 14.07 และเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการได้รับบริการ LTC เชิงรุกที่บ้าน ในทิศทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 56.6

โดยเฉพาะกลุ่มที่มีสภาพปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร และการขับถ่าย นอกจากนี้ พบว่า ภาพรวมผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการระบบ LTC อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.25$ , S.D.=0.69) โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ในด้านคุณภาพการให้บริการต่อผู้รับบริการ ( $\bar{X}=4.01$ , S.D.=0.55) รองลงมาคือ ด้านผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ( $\bar{X}=3.97$ , S.D.=0.61) และประเภทการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ( $\bar{X}=3.83$ , S.D.=0.67)

### 5.1.2. ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ อำเภอสรพยา

พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.20$ , S.D.=0.33) สูงสุด คือ ปัจจัยด้านทัศนคติของคณะอนุกรรมการฯ LTC ( $\bar{X}=4.23$ , S.D.=0.41) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ( $\bar{X}=4.22$ , S.D.=0.37) และปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กรทั้งภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนสาธารณสุข ( $\bar{X}=4.21$ , S.D.=0.47) และต่ำสุด คือ ปัจจัยด้านการวางแผนและควบคุม ( $\bar{X}=4.16$ , S.D.=0.41) และ ปัจจัยด้านโครงสร้างและกลไกคณะอนุกรรมการฯ LTC ( $\bar{X}=4.16$ , S.D.=0.42) โดยพบว่า ประเด็นที่ควรได้รับการปรับปรุงพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ การบูรณาการบทบาทหน้าที่ตามนโยบาย LTC กับงานประจำเพื่อไม่รู้สึกเป็นการการประกาศนโยบายและสื่อสารความร่วมมือในการดำเนินงาน LTC แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยนายก อบต. และคณะอนุกรรมการฯ LTC การระดมทรัพยากรหรือเชื่อมโยงทุนหรือส่งต่อเพื่อลดต้นทุนบริการ LTC การจัดทำข้อตกลงร่วมและวางแผนปฏิทินการดำเนินงาน LTC ประจำปี และการเพิ่มสมรรถนะและบทบาทของเลขานุการคณะอนุฯ LTC

### 5.1.3 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น พบว่า

1) ปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงไปปฏิบัติของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง สรุปได้ 3 ประการ ดังนี้

1.1) ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในระดับพื้นที่ โดยข้อค้นพบจากการ

สัมภาษณ์คณะอนุกรรมการฯ LTC พบว่า ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบทบาทของประธานคณะอนุกรรมการฯ ขาดการผลักดันและสนับสนุนเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ในการบริหารจัดการกำลังคนปฏิบัติงาน ที่มีปัญหาความขาดแคลนบุคลากรปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะอนุกรรมการฯ LTC เนื่องจาก มีการสับเปลี่ยนโยกย้ายงาน และไม่มีการส่งต่องานระหว่างผู้รับผิดชอบงานเก่า-ใหม่ รวมถึงปัญหาด้านการมอบหมายงานเพิ่มจากโครงสร้างที่ทำเป็นประจำ ทำให้เกิดทัศนคติและมุมมอง่างานนโยบาย LTC เป็นภาระ ตลอดจนจนในระหว่างดำเนินการขาดการพัฒนาหรือฟื้นฟูศักยภาพ ด้านความรู้หรือทักษะเพิ่มเติมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดบริการของภาคส่วนสาธารณสุข ได้แก่ ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(CG) ส่งผลกระทบต่อปัญหาความกังวลและไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานทั้งด้านระเบียบ กฎเกณฑ์ การจัดการงบประมาณ การจัดหาวัสดุอุปกรณ์บริการด้านการแพทย์และด้านสังคมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย การให้บริการเชิงรุกด้านกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัด และการจ่ายค่าตอบแทนการจัดบริการแก่ CG และ CM

1.2) ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการ โปรแกรมข้อมูลระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล และแยกส่วนการปฏิบัติระหว่าง สปสช.และส่วนสาธารณสุข ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าจะมีความยุ่งยาก และเสียเวลามากในการจัดการ และเป็นช่องว่างทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่ปัจจุบัน ประกอบกับ ข้อกฎหมาย ระเบียบหรือกฎเกณฑ์การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ไม่มีความชัดเจน อีกทั้งหน่วยงานสนับสนุนในระดับอำเภอ ซึ่งได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ ระดับจังหวัด ซึ่งได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด และระดับเขต ซึ่งได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต ไม่มีการติดตาม ควบคุมกำกับหรือประเมินผลการดำเนินงาน LTC ที่เป็นรูปธรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่จึงไม่ได้รับการสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานเพื่อปรับปรุงหรือ พัฒนาระบบการดำเนินงานนโยบายมาปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในแต่ละปีงบประมาณ

1.3) ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและญาติ พบว่า ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบบริการ ทำให้ขาดความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งผลกระทบไม่ได้รับการดูแลที่ดีหรือต่อเนื่องตามที่ควรจะเป็น

2) แนวทางพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สรุปได้ 3 ประการ ได้แก่

2.1) แนวทางการพัฒนาด้านการบริหารจัดการ โดย 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับส่วนกลาง ควรจะมีการปรับปรุงระเบียบหรือกฎเกณฑ์การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ให้มีความชัดเจน ให้ตรงกับความต้องการหรือจำเป็นต้องใช้จริง และควรเป็นระเบียบที่กำหนดขึ้นมาโดยเฉพาะกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีข้อยกเว้นแยกออกมาจากระเบียบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานตามนโยบายมีความต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับประโยชน์ รวมถึงควรสนับสนุนงบประมาณด้านการสร้างระบบการติดตามควบคุมกำกับกับการดำเนินงานทั้งระบบ ตั้งแต่ระดับประเทศลงมาโดยกำหนดให้ในแต่ละจังหวัด มีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่มาจากหน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการนิเทศควบคุมกำกับ ประเมินผล แล้วสรุปรายงานผลส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินงานแก้ไขปรับปรุงต่อเนื่องทุกปี 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุน เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา โรงพยาบาลสรรพยา ท้องถิ่นอำเภอสรรพยา ควรจะมีการประชุมชี้แจงให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบปัญหาอุปสรรคระหว่างดำเนินการ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีการขับเคลื่อนดำเนินงานตามนโยบายได้เข้าใจและเสริมพลังให้เกิดความมั่นใจในการทำงาน และควรมีการจัดประชุม ทบทวนและออกแบบวางแผนปรับปรุงพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานส่วนสาธารณสุข ในระดับอำเภอ รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรผลักดันให้การขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลอื่นทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มสิทธิการรักษา ที่ประสบปัญหาอยู่ในภาวะพึ่งพิงให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ความร่วมมือและหนุนเสริมจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2.2) แนวทางการพัฒนาด้านการจัดการระบบข้อมูลโปรแกรม โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ควรดำเนินการบูรณาการโปรแกรมบันทึกระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็น โปรแกรมเดียวเท่านั้นเพื่อลดภาระงานและความซ้ำซ้อนของระบบข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ในการทำงาน และควรกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลระบบฯ อย่างเป็นทางการที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ทั้งภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนสาธารณสุข เพื่อให้เกิด



ความเป็นเอกภาพต่ออำนาจการตัดสินใจในการทำงาน ไม่เกิดความขัดแย้งเชิงความสัมพันธ์ระยะยาวระหว่างหน่วยงาน และเป็นการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตามนโยบาย

2.3) แนวทางการพัฒนาด้านความร่วมมือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล โดยหน่วยงานกระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ควรร่วมดำเนินการ 1) สื่อสารนโยบายให้ประชาชนรับรู้ เช่น จัดทำประกาศหรือประชาคมชี้แจงสื่อสารนโยบายการจัดบริการ LTC ให้ประชาชนทราบถึงขั้นตอนและแนวทางการเข้ารับบริการ 2) เสริมสร้างความเป็นเจ้าของร่วมในระบบบริการ LTC โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมและแสดงความจำนงสมัครขอขึ้นทะเบียนใช้สิทธิเข้ารับบริการในช่องทางต่าง ๆ 3) ปรับปรุงคู่มือการดำเนินงานเพื่อผลักดันและสนับสนุนการจัดบริการดูแลแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและญาติ และผู้ให้บริการมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาคณะอนุกรรมการฯ ที่ได้รับมอบหมายด้านการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน มีสมรรถนะด้านการสำรวจและประเมินสภาวะสุขภาพและความต้องการด้านบริการทางสังคมในกลุ่มเป้าหมายทุกราย รวมถึงร่วมวางแผนการจัดบริการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและครอบครัว ญาติหรือคนในชุมชน ก่อนที่ผู้ให้บริการจะเริ่มกระบวนการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งจะเป็นการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานมาปฏิบัติและเสริมสร้างการยอมรับ การรับรู้เข้าใจ และเกิดความเป็นเจ้าของสภาวะสุขภาพร่วมกัน ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการให้ความร่วมมือ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้รับประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

## 5.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิจัยที่พบว่าการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท เกิดความสำเร็จในระดับมาก ทั้งด้านการจัดบริการ และด้านบริหารจัดการ สามารถอภิปรายตามแนวทาง ดังนี้

1) ความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยรวมอยู่ในระดับมากทั้งด้านการจัดบริการ และด้านบริหารจัดการนั้น เป็นผลสืบเนื่องจากการกระบวนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาปฏิบัติในพื้นที่อำเภอ

สรรพยา จังหวัดชัยนาทที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ เริ่มจากขั้นระดมพลัง ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งมีการพิจารณารับนโยบายด้วยความสมัครใจและยึดถือหลักปฏิบัติตามนโยบายที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 50 (7) ที่กำหนดว่าเทศบาลมีหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ และพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 66 และ มาตรา 67 (6) ที่กำหนดว่าองค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ ประกอบกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (10) ที่ระบุว่าให้เทศบาลมีอำนาจและหน้าที่ในการ สังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, น. 1-2) โดยมีการแสวงหาการสนับสนุนการปฏิบัติตามนโยบายด้วยการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อในขั้นการปฏิบัติได้ร่วมกันดำเนินงานตามประกาศหลักเกณฑ์ และคู่มือ จากส่วนกลาง และมีการสร้างความเป็นปึกแผ่นของการทำงานร่วมกันระหว่างคณะอนุกรรมการฯ LTC โดยมีการทบทวน สรุปผลการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของการดำเนินงานตามนโยบายอย่างต่อเนื่องจนถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวทำให้บรรลุผลสำเร็จทั้งต่อองค์กรที่ปฏิบัติตามนโยบาย และต่อผู้รับประโยชน์จากนโยบาย สอดคล้องกับแนวคิดตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม (Hybrid Theories of Implementation) ได้แก่ ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ของ Edwards (1980, pp. 148-149) ตัวแบบการกระจายอำนาจ ของ Cheema & Rondinelli (1983, pp. 25-36) และ ตัวแบบเชิงบูรณาการ ของ วรเดช จันทรร (2559, น. 144-146) ซึ่งสะท้อนถึงแนวทางการปฏิบัตินโยบายนี้ จำเป็นต้องมีการผสมผสานแนวคิดทั้งสามประการนี้ในทุกกระบวนการปฏิบัติ โดยกลไกผู้นำนโยบายไปปฏิบัติทั้งระดับผู้บริหาร ผู้ให้การสนับสนุน และผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างการเรียนรู้ถึงหลักการของแนวคิดดังกล่าว อันจะทำให้การดำเนินงานนโยบายเกิดความสร้างสรรค์และมีพลังในการจัดการปัญหาอุปสรรค ไม่หยุดชะงักและกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินนโยบาย

นอกจากนี้ พบว่า ช่วงเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ประสงค์เข้าร่วมดำเนินการตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่นั้น บทบาทการดูแลกลุ่มเป้าหมายจะเป็นไปในลักษณะงานประจำของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งพบข้อจำกัดปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานทั้งด้านบุคลากร และงบประมาณ ทำให้ประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายไม่เพิ่มขึ้นเท่าที่ควร ดังข้อค้นพบความสำเร็จผลการดำเนินงานโดยรวมระยะเวลา 5 ปี

(พ.ศ.2560 – 2564) ที่พบว่า จำนวนการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 14.07 และมีจำนวน 2 พื้นที่พบแนวโน้มจำนวนให้บริการลดลงร้อยละ 50 ขึ้นไป ดังนั้น ผลงานวิจัยนี้ จึงสะท้อนความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคส่วนสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญและช่วยผลักดันนโยบาย LTC นี้ เพื่อร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และร่วมเป็นหน่วยงานที่สนับสนุนไม่ขัดแย้ง หรือเพิกเฉยต่อพระราชบัญญัติกำหนดแผนขึ้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งได้กำหนดสิทธิที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับตามกฎหมาย เช่น การบริการทางแพทยบริการทางการศึกษา การประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง การอำนวยความสะดวกและปลอดภัยในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ บริการสาธารณะการช่วยเหลือค่าโดยสารพาหนะ การช่วยเหลือกรณีถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ตลอดจนควรปรับปรุงยุทธศาสตร์แผนงาน โครงการที่มุ่งเน้นการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการดำเนินงานที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ในอำนาจหน้าที่ และการบูรณาการร่วมกันทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ ซึ่งไม่ควรจำกัดเฉพาะหน่วยงานองค์กรด้านบริการสาธารณสุขแห่งรัฐหรือท้องถิ่น แต่ควรเปิดโอกาสให้เครือข่ายภาคประชาสังคมและเครือข่ายภาคเอกชน รวมถึงญาติหรือครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลงทุนทรัพยากรและศักยภาพ การดำเนินงานตามนโยบายในลักษณะของความเป็น “หุ้นส่วน” เพื่อการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งและตอบ โจทย์เจตนารมณ์ของนโยบายสู่การบรรลุผลลัพธ์ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจนมีชีวิตพลิกฟื้นกลับคืนภาวะปกติให้มากที่สุด

2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา ทั้งด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ และด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กรทั้งภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนสาธารณสุข นั้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวัฒน์ บุรภาม (2562, น. 77) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการรักษาความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงของเมืองพัทยาไปปฏิบัติ พบว่า ทัศนคติของเจ้าหน้าที่เทศกิจของเมืองพัทยา และการสื่อสารความชัดเจนของนโยบาย ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับมากเช่นกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของชาติ สวัสดิ์ผล และคณะ (2563, น. 132) ซึ่งศึกษาการพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ทัศนคติที่ดีของเจ้าหน้าที่บุคลากร ส่งผลต่อไว้วางใจและความต้องการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งที่เป็นธรรมชาติและทางการ ในขณะที่ข้อค้นพบการวิจัยถึงความเห็นของคณะอนุกรรมการฯ LTC ต่อ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติล่าสุด คือ ปัจจัยด้านการวางแผนและควบคุม และปัจจัยด้านโครงสร้างและกลไกคณะกรรมการฯ LTC ซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคลากร และเทคนิคกระบวนการทำงาน คือ การบูรณาการบทบาทหน้าที่ตามนโยบาย LTC กับงานประจำเพื่อไม่รู้สึกเป็นภาระของผู้ปฏิบัติงาน การประกาศนโยบายและสื่อสารความร่วมมือในการดำเนินงาน LTC แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยนายก อปท. และคณะกรรมการฯ LTC การระดมทรัพยากรหรือเชื่อมโยงทุนหรือส่งต่อ เพื่อลดต้นทุนบริการ LTC การจัดทำข้อตกลงร่วมและวางแผนปฏิทินการดำเนินงาน LTC ประจำปี และการเพิ่มสมรรถนะและบทบาทของเลขานุการคณะอนุฯ LTC พบว่า มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รัชฎากร วินิจกุล (2554, น. 79-96) ศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ : โครงการเขื่อนป่าสักชลสิทธิ์ ซึ่งพบว่า ความสำเร็จของโครงการเขื่อนป่าสักชลสิทธิ์ เกิดจากกระบวนการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งผู้นำและเทคนิคได้ส่งผลทำให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุमितตรา เจริญพันธ์ (2552, น. 37-45) เรื่องความสำเร็จของการนำนโยบายประหยัดพลังงานไปปฏิบัติในภาคราชการ โดยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความสำเร็จทั้งระดับบุคคล ระดับกลุ่มงาน และในภาพรวมของการนำนโยบายประหยัดพลังงานไปปฏิบัติในภาคราชการ คือ ผู้บริหาร ควบคุมมาตรการต่าง ๆ อีกทั้งเร่งรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ปฏิบัติตามเป้าหมายของนโยบายประหยัดพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ พบว่า คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อบริการที่ส่งผลต่อความสำเร็จในด้าน “ทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน” เป็นลำดับแรก แตกต่างจากผลการทบทวนแนวคิดของนักวิชาการที่ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อโครงสร้างและกลไกขององค์กร ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากนโยบายนี้มีการดำเนินงานมานานถึง 5 ปี ผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้วิธีการทำงานร่วมกัน และสามารถปรับตัวรับมือกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามนโยบายได้พอสมควร ทำให้ปัจจัยเชิงโครงสร้างและกลไกที่กำหนดจึงไม่เป็นอุปสรรคสำคัญเหมือนกับการดำเนินงานในระยะแรก ประกอบกับตัวนโยบายนี้ ไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับผู้ปฏิบัติงานในแง่มุมมองการให้บริการสาธารณะ โดยเฉพาะมิติสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ทั้งผู้ให้บริการและแกนนำในชุมชนนั้น มีความรู้สึกผูกพันและมีความสุขกับการทำหน้าที่ในการดูแลให้บริการแก่ประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมความเป็นอยู่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ประกอบกับ กระแสการตอบรับนโยบายจากผู้บริหารหน่วยงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมีการพัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรคด้านการบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น จัดหาเครื่องอุปโภค บริโภค ภายอุปกรณ์ อุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการ

ดำรงชีวิตประจำวัน และปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เป็นต้น ทำให้ “ทัศนคติ” ของผู้ปฏิบัติงานก่อเกิดพฤติกรรมการบริการเป็นเชิงบวกมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยสะท้อนถึงการพัฒนาในระดับนโยบาย ควรแก้ไขข้อกังวลและอุปสรรคคุกคามด้านจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการเชิงธุรการและการเบิกจ่ายงบประมาณ รวมถึงผลักดันกระบวนการดำเนินงานให้เกิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติผู้ดูแลเพื่อบริหารจัดการสุขภาพร่วมกัน ก็จะทำให้การปฏิบัติตามนโยบายนี้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้าน (ค่า ADL ระหว่าง 5- 11 คะแนน) ซึ่งสามารถมีสมรรถภาพที่ดีขึ้นจากการดูแลและบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งเงินและเวลาในการดูแลของครอบครัวและชุมชน ลดสภาพะพิการ โรคแทรกซ้อนและติดเชื้อ อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างพลังและคุณค่าคืนศักดิ์ศรี แห่งความเป็นมนุษย์ได้ด้วย

3) ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาการนำนโยบายไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ในด้านองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ สัมฤทธิ์ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561, น. 15-22) ที่พบปัญหาการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่า ผู้ปฏิบัติงานตามนโยบาย LTC ไม่มีแผนยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพ ทำให้ขาดความมั่นใจในระเบียบการใช้งบประมาณ ทั้งในส่วนของหน่วยบริการและหน่วย อปท. และเสนอแนวทางเพิ่มกลไกระดับอำเภอให้มีระบบการจัดการในภาพรวมและทำหน้าที่บูรณาการสนับสนุนการทำงานของผู้จัดการระบบและผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับข้อเสนองานวิจัยของ กิรติ กิจธีระวุฒิมงษ์ และ นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ (2561, น. 15-24) ที่ศึกษาทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ว่าควรมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูความรู้และสร้างสมรรถนะ ทักษะวิธีการใหม่ ๆ ในการทำงานร่วมกันของหน่วยงานหลักในระดับอำเภอให้มีคุณภาพมากขึ้น ประกอบกับ ผู้วิจัยมีข้อค้นพบปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จของการนำนโยบาย LTC ไปปฏิบัติด้านทรัพยากร เพิ่มเติมและแตกต่างไปจากการทบทวนแนวคิดการบริหารจัดการหลัก 4 M (คน เงิน วิธีการและสิ่งของ) ของนักวิชาการส่วนใหญ่ คือ ปัญหาการจัดการระบบข้อมูลด้วยโปรแกรมเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและลิงค์ข้อมูลร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล (2556, น.147) เรื่องนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ควรมีปรับปรุงการจัดทำฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ และสอดคล้องกับ วิจิตรา กุสุมภ์ และ

สถิติ นิยมญาติ (2563, น. 233-235) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา โดยพบว่า ระบบฐานข้อมูลแต่ละหน่วยงานไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ ทำให้ไม่สะดวก ไม่คล่องตัวในการดำเนินงาน และแนวทางสู่ความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ คือ การพัฒนาฐานข้อมูล เพราะฐานข้อมูล (Data Base) เป็นหัวใจในการวางแผนกลยุทธ์ในการบริหารการเปลี่ยนแปลงข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการประหยัดเวลา สื่อสาร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงด้านการจัดการสุขภาพได้ดีที่สุด (Best Care)

สำหรับข้อค้นพบปัญหาอุปสรรคด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากการนำนโยบาย พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อเสนอของ สุมิตรา วิชา (2560, น. 137) ที่ศึกษาการพัฒนา ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงว่า ควรมีการสนับสนุน ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการประเมินและดูแลโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนให้เป็นรูปธรรมแบบบูรณาการที่ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับ ข้อเสนอของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552, น. 188-189) ที่ศึกษาบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุไทย และให้ข้อเสนอว่า ควรมีการบูรณาการในระดับท้องถิ่นเพื่อเสริมสร้างระบบ การเข้าถึงบริการ (Point of Entry) ให้สามารถมีช่องทางเข้าถึงโดยง่าย สะดวก และหลากหลายวิธี มีการประเมินติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากครอบครัวผู้ใช้บริการ เพื่อ ถอดบทเรียนและพัฒนามาตรฐานการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

##### 1) ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1) การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ: 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมถึงกระทรวงมหาดไทยโดย ท้องถิ่นจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานร่วมผลักดันนโยบาย สนับสนุน กำกับนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน ตามนโยบาย สามารถนำผลการวิจัยไปออกแบบกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับผู้บริหาร และ ระดับผู้ปฏิบัติ รวมถึงครอบครัวและญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนภาคีการมีส่วนร่วมในพื้นที่

ทั้งภาคหน่วยงานภาคประชาสังคมหรือเอกชน เพื่อสร้างเสริมทัศนคติที่ดีต่อระบบการบริหารจัดการ และบูรณาการทรัพยากรร่วมกัน 2) กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น และคณะกรรมการ LTC สามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดเป็นมาตรการและแนวทางการจัดบริการแบบมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวและญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ได้

1.2) การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย: 1) กระทรวงมหาดไทย ควรกำหนดให้การดำเนินงานนโยบาย LTC ให้เป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อเสริมแรงสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการดำเนินงานตามนโยบายมีความมุ่งมั่นตั้งใจจัดบริการตามนโยบายสาธารณะให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และสามารถลดช่องว่างปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังด้านบุคลากร ที่ปฏิบัติงาน และการไม่สมัครเข้าร่วมดำเนินงานตามนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรปรับปรุงระเบียบหรือกฎเกณฑ์การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ให้มีความชัดเจน ตรงกับความต้องการหรือจำเป็นต้องใช้จริงในระดับพื้นที่ เป็นระเบียบที่กำหนดขึ้นมาโดยเฉพาะ และมีข้อยกเว้นแยกออกมาจากกฎระเบียบของ รพสต. และขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงควรสนับสนุนงบประมาณกำหนดให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการพัฒนาระบบการติดตามควบคุมกำกับ การดำเนินงานในระดับพื้นที่ แล้วสรุปรายงานผลเสนอผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อจัดการปัญหาอุปสรรคเชิงนโยบาย และมีข้อสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนควรพัฒนาระบบข้อมูลโปรแกรมเดี่ยวแต่สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน

## 2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรวิจัยประเมินผลและถอดบทเรียนการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ ที่มีผลงานการดำเนินงานตำบลดูแลและระยะยาว (ตำบล LTC) ดีเด่น ในระดับจังหวัด และหรือระดับเขตสุขภาพ เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบายจากการปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจมีความเหมือนหรือความแตกต่างในแต่ละบริบทพื้นที่ และอาจได้ ชุดความรู้ใหม่ของการปฏิบัติตามนโยบายนี้ สามารถนำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบและทางเลือกในการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนนโยบายที่เหมาะสมภายใต้ทุนศักยภาพของพื้นที่ต่อไป

2.2) ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ โดยกลไกสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เนื่องจากนโยบายนี้มีการถ่ายระดับอำนาจในการบริหารจัดการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่กำหนดให้การกำกับติดตามผลการปฏิบัติงาน รวมถึงการให้คำปรึกษาแนะนำ อยู่ในบทบาทของระดับอำเภอและจังหวัดหรือเขตสุขภาพ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านนี้ หากได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัย คาดว่าจะทำให้เกิดรูปแบบการติดตามกำกับเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายนี้ในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2.3) เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสำเร็จ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ มีความเกี่ยวข้องกับนามธรรมสูง ควรมีการนำทฤษฎีมิติวัฒนธรรม (Cultural Dimensions) ของ Hofstede & Bond (1984, pp. 417-433) ซึ่งประกอบด้วย การศึกษาความแตกต่างทางอำนาจการตัดสินใจ ความเป็นปัจเจกของบุคคล ความเสมอภาคและการได้รับการยอมรับทางสังคม การรับหรือหลีกเลี่ยง ความเสี่ยง การให้ความสำคัญต่อความสัมพันธ์ระยะยาว และการควบคุมความต้องการของคนในสังคม มาเสริมในการวิเคราะห์ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีของตัวแบบแบบผสม เพื่ออธิบายความเป็นรูปธรรม และใช้เป็นทฤษฎีสำหรับการวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อกำหนดมาตรการเฉพาะในการขับเคลื่อนนโยบาย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคส่วนสาธารณสุข ทั้งด้านทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ และการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจนขององค์กรในระดับพื้นที่ซึ่งเป็นข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ต่อไป



## บรรณานุกรม

- กระทรวงมหาดไทย. (ม.ป.ป.). *มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์แห่งประเทศไทย.
- กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร. (2564). *เอกสารวิธีการปฏิบัติงาน Work Instruction (WI)*. สืบค้น 15 ตุลาคม, 2565, จาก <https://webportal.bangkok.go.th/public>
- กัณทนา มาใหญ่. (2562). *รูปแบบการนำนโยบายการศึกษาปฐมวัยไปปฏิบัติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชลบุรี*. *วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง*, 8(3), 1-23.
- กীরดี กิจธีระวุฒิ และนิทรา กิจธีระวุฒวงษ์. (2561). *ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 15-24 สืบค้น 15 ตุลาคม, 2565, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/164854>
- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และยุวดี รอดจากภัย. (2561). *สภาวะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย*. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 13 (1), 113-127.
- งามเนตร เอี่ยมนาคะ. (2561). *นโยบายบูรณาการด้านการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของประเทศไทย*. *กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้น 15 ตุลาคม, 2565, จาก <http://ojslib3.buu.in.th/index.php/health/article/view/5770>
- จุมพล หนิมพานิช. (2549). *การวิเคราะห์นโยบาย: ขอบข่าย แนวคิดทฤษฎี และกรณีตัวอย่าง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชญานิศ ลือวานิช สุวรรณา หล่อโลหการ และประพรศรี นรินทรภักย์. (2562). *การประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดภูเก็ต*. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(4), 48-63.
- ชมพูนุช หุ่นนาค. (2562). *รูปแบบการนำนโยบายทวงคืนพื้นที่ป่าไปปฏิบัติ ศึกษาพื้นที่ป่าชายเลนภาคกลางในประเทศไทย*. *วารสารผู้ตรวจการแผ่นดิน*, 12(2), 37-67.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). *การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย*. *วารสารวิชาการสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา*, 10(18), 1-2.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล รัชชัย เฟื่องพินิจ อัครเดช เสนานิกรณ์ และวาริ ศรีสุรพล. (2560). *รายงานการวิจัยเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- ธีรณรงค์ สกกุลศรี. (2561). รายงานการวิจัยระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ด้านการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ชัยวรรณ. (2548). กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 21(1), 1-24.
- ประภา นัครา. (2556). กระบวนการและผลลัพธ์การนำนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปปฏิบัติในเมืองท่องเที่ยวภูเก็ต. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 33(2), 187-214.
- ปารัชชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์. (2561). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว (Unpublished Doctoral dissertation). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ปิยากร หวังมหาพร. (2563). การจัดบริการสาธารณสุขแบบร่วมผลิต : กรณีการดูแลผู้สูงอายุผ่านอาสาสมัคร. กรุงเทพฯ : บริษัท โอ.เอส. พรีเมียม เฮลท์ จำกัด.
- ปิยาณี กปิถถัย. (2562). การนำนโยบายแรงงานต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว (Unpublished Doctoral dissertation). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี
- พรศิริ สมจอมชาญ. (2558). การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ไปปฏิบัติของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์. กรุงเทพฯ : สำนักงานแพทย์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ภาสกร สวนเรือง อาณัติ วรรณศรี และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 437-450.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562*. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เมธี ทรัพย์ประสพโชค. (2554). การนำนโยบายจัดการศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนไปปฏิบัติ (Unpublished Doctoral dissertation). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- ยศ วัชรคุปต์ วรรณภา คุณากรวงศ์ พลิชฐ์ พังนา และสาวิณี สุริยันรัตกร (2561). ประสิทธิผลของการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษาจังหวัดอุดรราชธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 608-624.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- รัตนานภิศ พลະสีก. (2560). ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 135-150. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/102083>
- รัชฎากร วินิจกุล. (2554). *นวัตกรรมการบริหารงานสู่แนวปฏิบัติที่ดี : โครงการเชื่อมป่าสักชลสิทธิ์*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ลินลา ตู้อีียง. (2561). รูปแบบความต้องการการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 14(2), 47-52. สืบค้นจาก <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/6560>
- วรเดช จันทรศร. (2532). *การบริหารโครงการพัฒนาของรัฐ*. กรุงเทพฯ: เจเนอรัลบุ๊กเซนเตอร์.
- วรเดช จันทรศร. (2554). *ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พริกหวาน
- วรเดช จันทรศร. (2559). *ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ : พริกหวานกราฟฟิค.
- วรรณวนัช บุรภาม. (2562). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการรักษาความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงของเมืองพัทยาไปปฏิบัติ (Unpublished Master's thesis)*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วรัญญา รังสีวณิชอรุณ. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อการนำยุทธศาสตร์พัฒนาพุดินิสัยไปปฏิบัติ (Unpublished Master's thesis)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก <http://202.28.109.103:90/theses/master.php?page=36>
- วสันต์ วิเชียร. (2560). หลักการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*, 8(2), 81-93.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2563). ประสิทธิผลการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารชุมชนวิจัย*, 14(4), 226-238.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี. (2560). *รายงานวิจัยนโยบายสาธารณะ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. สืบค้น 13, พฤศจิกายน, 2565, จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/>

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศวิตา ประจวบแสง. (2555). *กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *บูรณาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจพรีน.
- ศิริณี ศรีหาคาด กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร สุทิดา อินทรเพชร และ วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ. (2564). *รายงานวิจัยการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อขยายผลปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านการแพทย์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.
- ศิรินันท์ หล่อตระกูล วัชรินทร์ สุทธิชัย วิทยา เจริญศิริ และทรงศักดิ์ จีระสมบัติ. (2559). รูปแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 10(3), 9-25.
- ศุภชัย ยาวะประภาส. (2557). *นโยบายสาธารณะ* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล. (2556). *นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. *วารสารรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์*, 1(1), 146-165.
- สมบัติ ชำรงชัยวงศ์. (2550). *นโยบายสาธารณะ : แนวความคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ*. กรุงเทพฯ : เสมาธรรม.
- สมบัติ ชำรงชัยวงศ์. (2555). *นโยบายสาธารณะ : แนวความคิด การวิเคราะห์ และกระบวนการ* (พิมพ์ครั้งที่ 25). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เสมาธรรม.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2562). *ตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ*. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 3(1), 98-113.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลรามารินทร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. (2562). *รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท พ.ศ.2562*. สืบค้น 15, ตุลาคม, 2565 จาก <http://203.157.210.2/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B9%81%E0%B8%A3%E0%B8%81#>

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. (2565). *สารระนำรู้*. สืบค้นจาก <https://cnt.hdc.moph.go.th/hdc/reports>
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา. (2563). *การรับการตรวจราชการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา ครั้งที่ 1 ปี 2563*. ชัยนาท : สำนักงานสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ. 2561)*. กรุงเทพฯ : แสงจันทร์การพิมพ์.
- สุกัญญา ปวงนิยม. (2562). ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทยเขต 4-5*, 8(3), 178-195.
- สุพิชญา หวังปิตพาณิชย์. (2561). การจัดการทรัพยากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในยุคประเทศไทย 4.0. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(2), 111-125.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่10)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพ ชุมรัมย์ย์. (2556). การน่านโยบายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการไปสู่การปฏิบัติในประเทศไทย. *วารสารชุมชนจิตตทางสังคมศาสตร์*, 3(2), 51-65.
- สุमितตรา เจิมพันธ์. (2552). *ความสำเร็จของการน่านโยบายประหยัดพลังงานไปปฏิบัติในภาคราชการ* (Unpublished Doctoral dissertation). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- สุमितตรา วิษา. (2560). *การพัฒนาาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. อ่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง*. สืบค้น 15, ตุลาคม, 2565 จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4827>
- สุรวีทย์ คนสมบูรณ์. (2556). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการน่านโยบายการใช้ไบโอ-เอทานอล เป็นพลังงานทดแทนในประเทศไปปฏิบัติ* (Unpublished Doctoral dissertation). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- หัตถยา พิมพ์สระเกษ. (2555). *การนำนโยบายป้องกันและควบคุมไข้หวัดคนไปปฏิบัติ:กรณีศึกษา จังหวัดนครราชสีมา* (Unpublished Master's thesis). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/45259>
- อลงกต แผนสนิท. (2557). *การนำนโยบายไปปฏิบัติตามหลักธรรมาภิบาลของราชการส่วนภูมิภาค ในจังหวัดนครราชสีมา* (Unpublished Doctoral dissertation). มหาวิทยาลัยศรีปทุม, กรุงเทพฯ.
- Bardach, E. (1980). *The Implementation : What Happens after a Bill Becomes a Law* (3rd ed). Cambridge: The M.T. Press.
- Barrett, S.M. and Fudge, C. (1981). *Policy and Action: Essay on the Implementation Public Policy*. London: Methuen.
- Best, J. W. (1981). *Research in education*. New jersey: Prentice-Hall.
- Cheema, G. S. and Rondinelli, D.A. (1983). *Decentralization and Development: Policy Implementation in Developing Countries*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing* (3rd ed). New York: Harper & Row.
- Edwards, G. C. (1980). *Implementing Public Policy*. Washington, D.C. : Congressional Quarterly Press.
- Ekman, P. (1988). Lying and nonverbal behavior : Theoretical issues and new findings. *Journal of Nonverbal Behavior*, 12(4), 203-204.
- George, E. C. (1980). *Implementing Public Policy*. Washington, D.C. : Congressional Quarterly Press.
- Gerston, E.M. (1983). *Making public policy: From conflict to resolution*. Illinois: Scott, Foresman and Company.
- Government of Singapore. (2019). *Retirement and Re-employment Act*. Retrieved from <https://sso.agc.gov.sg/Act/RRA1993>
- Hambleton, R. (1983). Planning systems and policy implementation. *Journal of Public policy*. 3(4), 406-411.
- Hargrove, E.C. (1975). *The Missing Link: The study of the Implementation of Social Policy*. Washington D.C : The Urban Institute.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Henry, N. (2004). *Public Administration and Public affair*. New York :Pearson Prentice-Hall.
- Hofstede, G., & Bond, M. H. (1984). Hofstede's culture dimensions: An independent validation using Rokeach's value survey. *Journal of cross-cultural psychology*, 15(4), 417-433.
- Iglesias, G. U. (1976). *Implementation : The Problem of Achieving Results*. Manila, Philippines : EROPA Publication.
- Jan-Erik, L. (1997). *Implementation, accountability and Trust*. Great Britain : Prentice Hall.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Marlyland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mazmanian, D.A. & Sabatier, P. A. (1982). The Implementation of Public Policy: a Framework of Analysis. *Policy Studies Journal*, 8(special issue), 538-550.
- McCurry, J. (2018). *The changing face of Japan: labour shortage opens doors to immigrant workers*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/world/2018/nov/09/the-changing-face-of-japan-labourshortage-opens-doors-to-immigrant-workers>. 2018.
- Open Access Government. (2017). *Italy's ageing population and the healthcare challenge*. Retrieved from <https://www.openaccessgovernment.org/italys-ageing-population-healthcare-challenge/32173/>
- Pressman, J. L. & Wildavsky, A. (1979). *Implementation* (2<sup>nd</sup> ed.). Berkeley California : University of California Press.
- Ripley, R. B., & Franklin, G. A. (1984). *The Bureaucracy and Public Policy*. Homewood: The Dorsey Press.
- Ripley, R. B., & Franklin, G. A. (1986). *Policy Implementation and Bureaucracy* (2<sup>nd</sup> ed.). Monterey, CA: Brook Cole.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the Assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2(1), 49-60.
- Sabatier, P. A. & Mazmanian, D. (1983). The conditions of effective implementation: A guide to accomplishing policy objective. *Policy Analysis*, 5(4), pp.481-504.
- Sabatier, P.A. (1980). *Successful Policy Implementation*. New York: Sage Publication, Inc.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Schofield, J. & Sausman, C. (2004). Symposium on Implementing Public Policy Learning from Theory and Practice Introduction. *Public Administration Journal*, 82(2), 235 – 248.
- Smith, T. B. (1973). The Politics of Policy Implementation Process. *Policy Science*, 4(1), 197-209.
- Van Meter, D.S. & Van Hom, C.E. (1975). The policy implementation process: A conceptual framework. *Administration and society*, 6(5), 445-488.
- Wagstyl, S. (2019). *Germany's demographic dilemma*. Retrieved from <https://www.ft.com/content/a4d8316e-8566-11e6-8897-2359a58ac7a5>
- Williams, W. (1971). *Social Policy Research and Analysis: The Experience in The Federal Social Agencies*. New York: American Elsevier







ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา  
แบบสอบถามชุดที่ 1

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบสอบถามคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิง(LTC) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นการสำรวจเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 5 ส่วน เพื่อสำรวจความคิดเห็นและสนับสนุนข้อมูลความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ของอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ.2564 ว่าเกิดความสำเร็จตามเจตนารมณ์นโยบายมากน้อยเพียงใด ทั้งด้านการเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มเป้าหมาย ด้านระบบการบริหารจัดการ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องตามบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ ตลอดจนข้อเสนอแนะทางพัฒนาพัฒนาการนำนโยบายมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ของอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ จำนวน 27 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคของการนำนโยบายมาปฏิบัติฯ ในระดับพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะทางพัฒนาการนำนโยบายมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 1 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไว้ ณ โอกาสนี้

นายไพศาล ขุนวิเศษ

นักศึกษาคณะรัฐประศาสนศาสตร์ดุสิต มหาวิทยาลัยรังสิต

(เบอร์โทร 081-9626030)

### **ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร**

**คำชี้แจง:** ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / หรือเติมคำในช่องว่าง ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ท่านดำรงตำแหน่งใดในคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

( ) ประธาน ( ) เลขานุการ ( ) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น

( ) ผู้แทนจากกองทุนสุขภาพตำบล ( ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน ( ) สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทน

( ) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ( ) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)

2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

3. อายุ.....ปี

4. ประสบการณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบาย LTC

( ) 1-2 ปี ( ) 3-4 ปี ( ) ตั้งแต่เริ่มดำเนินงานปี พ.ศ.2559-ปัจจุบันรวมจำนวน 5 ปี

5. ส่วนงาน/แผนกงาน/ภารกิจงานประจำของท่านเกี่ยวข้องกับบทบาทใดในคณะอนุกรรมการฯ LTC

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ด้านการสำรวจจัดหาและประเมินกลุ่มเป้าหมาย ( ) ด้านการจัดทำโครงการและแผนการดูแลกลุ่มเป้าหมาย

( ) ด้านการกำหนดข้อเสนอบริการและอัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ ( ) ด้านการพิจารณาข้อเสนอการจัดบริการ

( ) ด้านการจัดบริการเชิงรุกที่บ้าน ( ) ด้านการติดตามประเมินผล ( ) ด้านการเบิกจ่ายงบประมาณ

( ) ด้านการรายงานและเผยแพร่สื่อสารผลการดำเนินงาน ( ) อื่นๆ โปรดระบุ

.....

### **ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ**

**คำชี้แจง:** เป็นการแสดงความคิดเห็นต่อความสำเร็จขององค์การในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริการ จำนวน 10 ข้อ และด้านระบบบริหารจัดการ จำนวน 11 ข้อ รวม 21 ข้อ โดยขอให้ผู้ตอบประเมินระดับความสำเร็จที่ตรงกับสภาพปัจจัยขององค์การท่านในการนำนโยบายมาปฏิบัติฯ แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งเกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

ระดับมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพปัจจุบันของความสำเร็จ ร้อยละ 81-100

ระดับมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพปัจจุบันของความสำเร็จ ร้อยละ 61-80

ระดับปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพปัจจุบันของความสำเร็จ ร้อยละ 41-60

ระดับน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพปัจจุบันของความสำเร็จ ร้อยละ 21-40

ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพปัจจุบันของความสำเร็จ ร้อยละ 0-20

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความสำเร็จ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>1.ความสำเร็จด้านระบบบริการ</b>					
1.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ทุกคนได้รับการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อรับรู้และแจ้งขอใช้สิทธิการเข้าถึงระบบบริการการดูแลระยะยาว					
1.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ทุกคนได้รับการคัดกรองและประเมินความต้องการช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพและด้านสังคม					
1.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ทุกคนได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care plan)					
1.4 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง					
1.5 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(Care Giver) ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง					
1.6 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการ "เยี่ยมบ้าน"เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์					
1.7 ผส.ได้รับบริการ "สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค" เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์					
1.8 ผส.ได้รับบริการ "กายภาพบำบัด ,กิจกรรมบำบัด"เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์					
1.9 ผส.ได้รับบริการ "ด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์" เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์					
1.10 ผส.ได้รับบริการ "ด้านสังคม "เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์					

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ (ต่อ)

ประเด็น	ระดับความสำเร็จ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>2.ความสำเร็จด้านระบบบริหารจัดการ</b>					
2.1 มีการจัดการฐานข้อมูลที่เป็นและนำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินงานร่วมกัน					
2.2 รับรู้นโยบายแนวทาง ระเบียบข้อกฎหมาย และกำหนดเป้าหมายของพื้นที่ร่วมกัน					
2.3 มีช่องทางการให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างการทำงาน					
2.4 กำหนดอัตราค่าบริการ/ ค่าตอบแทนสำหรับกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแลได้เหมาะสม					
2.5 ผส.ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care plan)					
2.6 บริหารงบประมาณ การเบิกจ่ายได้ถูกต้องและครบถ้วน					
2.7 มีการสื่อสารกระบวนการทำงานและสะท้อนผลลัพธ์ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง					
2.8 การระดมทรัพยากรและเชื่อมโยงความร่วมมือจาก อปท.และสหวิชาชีพ					
2.9 จัดหาและสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกตามความต้องการต่อการดำเนินงาน					
2.10 การติดตามเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลงานอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน					
2.11 การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมบริการ LTC					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ

คำชี้แจง: ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ จำนวน 6 ด้าน รวม 27 ข้อ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างและกลไก จำนวน 5 ข้อ 2) ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบาย จำนวน 3 ข้อ 3) ปัจจัยด้านทัศนคติผู้ปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ 4) ปัจจัยด้านทรัพยากร จำนวน 4 ข้อ 5) ปัจจัยด้านการวางแผนและควบคุม จำนวน 5 ข้อ และ 6) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 5 ข้อ โดยขอให้ผู้ตอบประเมินใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับระดับการส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งเกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

ระดับมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการส่งผลกระทบต่อความสำเร็จฯ ร้อยละ 81-100
ระดับมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการส่งผลกระทบต่อความสำเร็จฯ ร้อยละ 61-80
ระดับปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการส่งผลกระทบต่อความสำเร็จฯ ร้อยละ 41-60
ระดับน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการส่งผลกระทบต่อความสำเร็จฯ ร้อยละ 21-40
ระดับน้อยที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการส่งผลกระทบต่อความสำเร็จฯ ร้อยละ 0-20

ประเด็นปัจจัย	ระดับการส่งผลกระทบต่อความสำเร็จฯ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.ปัจจัยด้านโครงสร้างและกลไก คณะอนุกรรมการฯLTC					
1.1 การคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติที่สมควรใจและสามารถปฏิบัติงานตามบทบาท คณะอนุกรรมการฯLTCได้อย่างแท้จริงมีผลต่อการดำเนินงานอย่างยิ่ง					
1.2 คณะอนุกรรมการฯLTCทุกคนควรได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะรวมถึงข้อระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ทั้งในระยะก่อนดำเนินงานและระหว่างดำเนินงาน					
1.3 การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบแก่บุคลากร ที่ร่วมขับเคลื่อนนโยบาย LTC ให้เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้บริหารหน่วยงานจะทำให้เกิดการยอมรับและร่วมมือปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง					
1.4 การเสริมพลังติดตามผลเชิงนโยบายของผู้บริหารหรือประธานคณะอนุกรรมการฯ LTC สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานและทำให้บรรลุผลสำเร็จเพิ่มขึ้น					
1.5 ความสำเร็จของการขับเคลื่อนกระบวนการบริหารจัดการ LTC เกิดจากสมรรถนะและบทบาทของเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ LTC มากที่สุด					
2.ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร					
2.1 นายก อปท.ควรมีการประกาศนโยบายและสื่อสารความร่วมมือดำเนินงานLTC แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ(ต่อ)

ประเด็นปัจจัย	ระดับการส่งผลต่อความสำเร็จ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
2.2 การประชุมคณะอนุกรรมการฯ LTC ต้องมีการนำคู่มือ ระเบียบกฎหมาย แนวทางการดำเนินงานมาชี้แจงสื่อสารความเข้าใจและใช้กำกับการทำงานอย่างสม่ำเสมอ					
2.3 การจัดการกระบวนการสื่อสารและเพิ่มช่องทางการสื่อสารนโยบาย LTC แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และพื้นที่สาธารณะมากขึ้นจะช่วยให้เกิดความเข้าใจให้ความร่วมมือปรึกษาหารือและสร้างเสริมความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตามนโยบาย LTC ในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น					
3. ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน					
3.1 การพูดคุยและสะท้อนปัจจัยปัญหาอุปสรรคเพื่อแก้ไขการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ช่วยทำให้บรรยากาศการทำงานมีความสุขมากขึ้น					
3.2 การได้รับสนับสนุนเสริมพลังความรู้และวิธีปฏิบัติงานจากหน่วยงานที่บริการระดับอำเภอ และจังหวัดหรือส่วนกลาง ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น					
3.3 การได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายและครอบครัวหรือญาติ ทำให้รู้สึกผูกพัน ภาคภูมิใจ และมีความพึงพอใจในการทำงานอย่างต่อเนื่อง					
3.4 การบูรณาการเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่ตามนโยบาย LTC เข้ากับระบบงานที่ทำอยู่ทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระ					
3.5 การเสริมรางวัลหรือความก้าวหน้าในหน้าที่การงานเป็นแรงจูงใจการทำงานที่สำคัญของผู้ปฏิบัติงาน LTC					



ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ(ต่อ)

ประเด็นปัจจัย	ระดับการส่งผลต่อความสำเร็จฯ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4.ปัจจัยด้านทรัพยากรการดำเนินงาน					
4.1 ระบบการจัดสรรและจ่ายค่าตอบแทนการดูแลกลุ่มเป้าหมายของ CM และ CG ควรมีการปรับปรุงให้เกิดความชัดเจนและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน					
4.2 คณะอนุกรรมการฯLTC ควรจัดสรรงบประมาณและวางแผนงานการพัฒนากำลังคนโดยเฉพาะ CG ให้มีจำนวนที่เพียงพอและมีขีดความสามารถการดูแลที่สูงขึ้น					
4.3 การนำข้อมูลปัญหาและความต้องการการดูแลของกลุ่มเป้าหมายมาเรียงลำดับความสำคัญทำให้สามารถวางแผนการสนับสนุนการดูแลแก่ CM และ CG ให้บรรลุผลสำเร็จตามนโยบายมากขึ้น					
4.4 การขับเคลื่อนนโยบายLTC ทำให้เกิดต้นทุนเพิ่มขึ้น ทั้งด้านสุขภาพและสังคม จำเป็นต้องมีการระดมทรัพยากรหรือจัดหาช่องทางเชื่อมโยงทุนหรือส่งต่อไว้เป็นการเฉพาะ					
5.ปัจจัยด้านการวางแผนและควบคุม					
5.1คณะอนุกรรมการฯLTC ต้องมีข้อตกลงร่วมและวางแผนปฏิทินการดำเนินงาน LTC ในพื้นที่ประจำปีเพื่อลดช่องว่างปัญหาการแทรกซ้อนภาระประจำ					
5.2.คณะอนุกรรมการฯLTC ควรกำหนดแนวทางควบคุมกำกับและติดตามผลการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง					
5.3 คณะอนุกรรมการฯLTC ควรออกแบบปรับปรุงระบบการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของ CM และ CG ให้มีความสะดวก ง่าย และเหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ(ต่อ)

ประเด็นปัจจัย	ระดับการส่งผลต่อความสำเร็จ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
5.4 หน่วยงานสนับสนุนระดับอำเภอและจังหวัด หรือส่วนกลางควรมีเวทีการติดตามประเมินผล การดำเนินงาน LTC อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยน เรียนรู้แก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกัน					
5.5 ส่วนกลาง เขตและจังหวัด ควรมีการทบทวน ปรับปรุงแบบแผนการดำเนินงาน คู่มือระเบียบ การเบิกจ่ายและระบบข้อมูลให้ชัดเจนและสื่อสาร แก่คณะอนุกรรมการฯLTC ใช้ประโยชน์ในการ วางแผนและควบคุมการดำเนินงาน					
6.ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในพื้นที่					
6.1 คณะอนุกรรมการฯLTC ควรกำหนดข้อตกลง การจัดการแบบมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมทุกภาค ส่วนและสื่อสารโดยประกาศนโยบาย/แนวทาง/ มาตรการการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใน พื้นที่					
6.2 การปรับปรุงกลยุทธ์ให้กลุ่มเป้าหมายและ ครอบครัว ได้แสดงความจำนงโดยประชาสัมพันธ์ ให้ขึ้นทะเบียนขอรับการสนับสนุนบริการLTC จะ ทำให้เกิดการยอมรับ รับรู้สิทธิประโยชน์และให้ ความร่วมมือบริการร่วมกันมากขึ้น					
6.3 คณะอนุกรรมการฯLTC ต้องให้สำคัญและ กำหนดมาตรการหลักเพื่อสร้างเสริมการ ดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะกลุ่ม ดิฉันที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทุกราย เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะติดเตียงและทำให้ กลุ่มเป้าหมายสามารถกลับมาดำเนินชีวิตกิจวัตร ประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ(ต่อ)

ประเด็นปัจจัย	ระดับการส่งผลต่อความสำเร็จ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6.ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในพื้นที่ (ต่อ)					
6.4 กลุ่มเป้าหมายและครอบครัวทุกรายที่เข้าร่วมโครงการ ควรได้รับโอกาสแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมวางแผนจัดบริการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม					
6.5 ผู้นำชุมชนและแกนนำในพื้นที่เป็นแรงเสริมที่มีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบาย LTC ทั้งด้านการสื่อสารความเข้าใจ การระดมทุนทรัพยากร และการแก้ไขปัญหาส่งต่อความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง					

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคของการนำนโยบายมาปฏิบัติฯ ในระดับพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะทางพัฒนาการนำนโยบายมาปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

.....

.....

.....

.....

-ขอขอบคุณทุกท่าน ไว้ ณ โอกาสนี้-

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา  
แบบสอบถาม ชุดที่ 2

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

### แบบสอบถาม

ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความคิดเห็นต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลภายหลังได้รับการตามนโยบายฯ ภายใต้การบริหารจัดการของ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ แบ่งประเด็นคำถามเป็น 5 ส่วน จำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เชิงรุกที่บ้าน 17 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัญหาอุปสรรคของการรับบริการฯ 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาระบบการให้บริการและการรับบริการฯ 1 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไว้ ณ โอกาสนี้

นายไพศาล ขุนวิเศษ

นักศึกษาคณะรัฐประศาสนศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต

(เบอร์โทร 081-9626030)

**แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล**  
**เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความคิดเห็นต่อความ**  
**พึงพอใจของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลภายหลังได้รับการตามนโยบายฯ ภายใต้การ**  
**บริหารจัดการของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  
**(LTC) ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท**

**คำชี้แจง :** แบบประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยหลักสูตรปริญญาเอก สาขารัฐประศาสนศาสตร์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามความคิดเห็นและประเมินความสำเร็จและค้นหาปัจจัย รวมถึงช่องว่างส่วนขาดในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ ร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและภาคประชาสังคม โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงที่ได้รับการบริการจากระบบ LTC ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 – ปัจจุบัน หรือญาติผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ( ) ผู้สูงอายุ ( ) ญาติผู้ดูแลในครอบครัว

1.1 เพศ.....

1.2 อายุ.....ปี

1.3 สาเหตุของการเข้าสู่สภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ.....

1.4 บริบทและสภาวะแวดล้อมของครอบครัวก่อนได้รับการตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

.....

1.5 ผู้ดูแลหลักในครอบครัว คือ.....

บทบาทหน้าที่.....

**ส่วนที่ 2** ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการ

2.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

กิจกรรม/ คะแนน	ก่อน	หลัง
<b>1. Feeding</b> (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ 1 = ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า 2 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ		
<b>2. Transfer</b> (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 0 = ไม่สามารถนั่งได้(นั่งแล้วจะล้มเสมอ)หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย 3 = ทำได้เอง		

กิจกรรม/ คะแนน	ก่อน	หลัง
<b>3. Grooming</b> (ล้างหน้า,หวีผม, แปรงฟัน,โกนหนวด) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 1 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)		
<b>4. Toilet Use</b> (การเข้าห้องน้ำ) 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระแล้วถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)		
<b>5. Bathing</b> (การอาบน้ำ) 0 = ต้องมีคนช่วย หรือทำให้ 1 = อาบน้ำได้เอง		
<b>6. Mobility</b> (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมหรือประตูได้ 2 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง		
<b>7. Stairs</b> (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0 = ไม่สามารถทำได้ 1 = ต้องการคนช่วยเหลือ 2 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)		
<b>8. Dressing</b> (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือน้อย 1 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)		
<b>9. Bowels</b> (การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 = กลั้นได้ปกติ		
<b>10. Bladder</b> (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้ 1 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) 2 = กลั้นได้ปกติ		
<b>รวมคะแนน</b>		

กรุณายกตัวอย่างอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

### ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ที่บ้าน

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>1.ประเภทการให้บริการแก่ผู้รับบริการ</b>					
1.1 ด้านร่างกาย					
1.2 ด้านจิตใจ					
1.3 ด้านสิ่งแวดล้อม					
1.4 ด้านการประสานขอความช่วยเหลือทางสังคมและสวัสดิการ					
<b>2.คุณภาพการให้บริการต่อผู้รับบริการ</b>					
2.1 ความสะดวกรวดเร็ว					
2.2 ความต่อเนื่อง					
2.3 ความสอดคล้องและตรงตามความต้องการ					
2.4 ความเชี่ยวชาญในการดูแล					
2.5 ความพร้อมของอุปกรณ์/เครื่องมือ					
2.6 อธยาศัยและการเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ					
2.7 การให้ข้อมูล / คำแนะนำด้านสุขภาพและบริการ					
2.8 ความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ					
<b>3.ผลลัพธ์ (การเปลี่ยนแปลง) ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ</b>					
3.1 ต่อผู้สูงอายุและครอบครัว					
3.2 ต่อผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ					
3.3 ต่อชุมชน					
3.4 ต่อหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง					
<b>4.โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อนโยบายการให้บริการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</b>					

**ส่วนที่ 4** ท่านประสบปัญหาอุปสรรคของการรับบริการฯ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

**ส่วนที่ 5** ท่านมีข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการและการรับบริการฯ เพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

---ขอแสดงความขอบคุณ ไว้ ณ โอกาสนี้---





ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

มหาวิทยาลัยรังสิต

Rangsit University

## แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

วิจัยเรื่องการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ  
ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท  
ผู้วิจัย นายไพศาล ชุนวิเศษ

### ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 1

กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของกองทุนสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ศึกษา 9 แห่ง ๆ ละ 5 คน ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการฯ เลขาธิการคณะกรรมการฯ หรือผู้ช่วยเลขาธิการ และคณะกรรมการฯ ที่มาจากหัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุข ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รวมทั้งหมด 45 คน

ประเด็นการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

- 1.1 บทบาท ( ) ผู้บริหาร ( ) ผู้ปฏิบัติ
- 1.2 เพศ.....( ) ชาย ( ) หญิง
- 1.3 อายุ.....ปี
- 1.4 การได้รับความรู้และทักษะสำหรับการให้บริการ LTC ( ) เพียงพอ ( ) ไม่เพียงพอ
- 1.5 ประสบการณ์การให้บริการด้าน LTC.....ปี

#### ส่วนที่ 2 ความสำเร็จในการนำนโยบาย LTC สู่การปฏิบัติ

- 2.1 ความสำเร็จต่อกลุ่มเป้าหมาย เปรียบเทียบก่อน-หลังดำเนินการตามนโยบายเป็นอย่างไรบ้าง

ประเด็นความสำเร็จ ระบบบริการ
1.จำนวนกลุ่มเป้าหมาย(มากขึ้น/เพิ่มขึ้น/ลดลง/จำกัดขอบเขตโคเวตดูแลหรือไม่)
2.ลักษณะกลุ่มเป้าหมาย(คือใคร/สภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร)
3.บริการ/ภาระหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับ LTC เพิ่มขึ้นมีหรือไม่ เรื่องอะไรบ้าง
4.ผลลัพธ์การให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (ADL ดีขึ้น/คงที่/ลดลง เฉลี่ยกี่รายต่อปี)

- 2.2 ความสำเร็จ ต่อองค์การเป็นอย่างไรบ้างเปรียบเทียบก่อน-หลังดำเนินการตามนโยบาย

ประเด็นความสำเร็จ ระบบการบริหารจัดการ
1.เกิดความรู้ และทักษะสำหรับการให้บริการ -เพิ่มขึ้นหรือไม่ -เรื่องอะไร -ด้วยวิธีการอย่างไร
2.มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน -เพิ่มขึ้นหรือไม่ -เรื่องอะไร/จากใครหรืออะไร -มีวิธีการสร้างความพึงพอใจอย่างไร
ประเด็นความสำเร็จ ระบบการบริหารจัดการ (ต่อ)

3.ความสามารถให้การดูแลที่ต่อเนื่องแก่กลุ่มเป้าหมาย -เพิ่มขึ้นหรือไม่ -เรื่องอะไร -ด้วยวิธีการอย่างไร
4.ความสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อจัดบริการได้มีประสิทธิภาพ -เพิ่มขึ้นหรือไม่ -เรื่องอะไร -ด้วยวิธีการอย่างไร
5.ความสามารถแก้ไขและปรับปรุงกระบวนการงานเพื่อลดภาวะขัดแย้งหรือแก้ไขปัญหาอุปสรรค -เพิ่มขึ้นหรือไม่ -เรื่องอะไร -ด้วยวิธีการอย่างไร

2.3 ความสำเร็จ ด้านความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐและภาคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร  
บ้างเปรียบเทียบก่อน-หลังดำเนินการตามนโยบาย

ประเด็นความสำเร็จ	
1.ชื่อ.....	-ลักษณะความร่วมมือที่เกิดขึ้น-วิธีการสร้างความร่วมมือ
2.ชื่อ.....	-ลักษณะความร่วมมือที่เกิดขึ้น-วิธีการสร้างความร่วมมือ
3.ชื่อ.....	-ลักษณะความร่วมมือที่เกิดขึ้น-วิธีการสร้างความร่วมมือ

2.4 ความสำเร็จ ด้านนวัตกรรมการทำงาน

1. เกิดนวัตกรรมกระบวนการหรือสิ่งประดิษฐ์ที่สนับสนุนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่เรื่องอะไรบ้าง และมีวิธีการพัฒนานวัตกรรมอย่างไร
2. โอกาสต่อยอดและหรือขยายผลนวัตกรรมมีหรือไม่ และควรดำเนินการอย่างไร
3. ท่านมีข้อเสนอต่อการสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อะไรบ้าง

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ

\*\* โปรดระบุระดับการส่งผล ได้แก่ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด 0= ไม่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยความสำเร็จ	ระดับการส่งผล	อธิบายเพิ่มเติม (ส่งผลอย่างไร/เพราะเหตุใด)
<b>3.1 โครงสร้างและกลไกของ กกก.กองทุน LTC</b> -การแบ่งส่วนงานย่อย ขอบเขต/บทบาทหน้าที่ที่ต้องทำและการใช้อำนาจ		
<b>3.2 การสื่อสารนโยบายของ กกก.กองทุน LTC</b> -การสื่อสารข้อความ ให้คำปรึกษา และพัฒนาวิชาการหรือวิจัย คู่มือ กฎระเบียบและมาตรฐานแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน		
<b>3.3 ทรัพยากรของ กกก.กองทุน LTC</b> -เงิน กำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์ ระบบข้อมูล		
<b>3.4 ทักษะจิตของผู้ปฏิบัติ</b> - การรับรู้ เข้าใจ ยอมรับ และผูกพันต่อการปฏิบัติตามนโยบาย		

ปัจจัยความสำเร็จ	ระดับการส่งผล	อธิบายเพิ่มเติม (ส่งผลอย่างไร/เพราะเหตุใด)
<b>3.5 การวางแผนและควบคุมการจัดบริการของ คกก. กองทุน LTC</b> -การกำหนดแผนงานหรือกิจกรรมการดำเนินงาน การติดตามควบคุม กำกับ และการประเมินผลที่ชัดเจน		
<b>3.6 การมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่</b> -การให้ความร่วมมือสนับสนุนและมีส่วนร่วมส่งเสริมการจัดบริการตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ/ CM / CG /ครอบครัวหรือญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/คนในชุมชน/ หน่วยงานองค์กรอื่นทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน		

#### ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อนโยบาย LTC ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

4.1 ภาพรวมของการดำเนินงานตามนโยบาย LTC ท่านมีความพึงพอใจระดับ.....คะแนน (เต็ม 10 คะแนน)

- จุดเด่นหรือความประทับใจที่สุด คือ.....
- จุดอ่อนหรือสิ่งที่ควรปรับปรุงเร่งด่วน คือ.....

4.2 ปัญหาอุปสรรคในการทำงานตามนโยบาย LTC มีหรือไม่ และท่านก้าวข้ามหรือมีแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคนั้น ๆ ได้อย่างไร.....

4.3 ข้อเสนอแนะแนวทางพัฒนาการนำนโยบาย LTC ไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้น

ข้อเสนอการพัฒนา ต่อบุคคล/หน่วยงาน/องค์กร ที่สำคัญ Key Person	ประเด็นอะไร/อย่างไร
1.คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล	
2.คณะอนุกรรมการ LTC	
3.ที่ปรึกษา สสอ./ผ.รพช./ท้องถิ่นอำเภอ	
4.ทีมสหวิชาชีพ แพทย์/ทันต/ กายภาพบำบัด/เภสัช/แพทย์แผนไทย/ นักโภชนาการ	

ข้อเสนอการพัฒนา ต่อบุคคล/หน่วยงาน/องค์กร ที่สำคัญ Key Person	ประเด็นอะไร/อย่างไร
5.อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	
6.ครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ ชุมชน	
7.ส่วนกลาง ระดับจังหวัด/เขต/	

## ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 2

กลุ่มสนับสนุนระดับอำเภอและจังหวัด ได้แก่ ผู้บริหารและนักวิชาการผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการดูแลผู้สูงอายุในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา 1 คน โรงพยาบาลสรรพยา 3 คน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท 2 คน รวมทั้งหมด 6 คน

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล :

1. บทบาท ( ) ผู้บริหาร ( ) ผู้ปฏิบัติ  
เพศ.....( ) ชาย ( ) หญิง อายุ.....ปี มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดำเนินงาน LTC เพียงพอหรือไม่ และมีประสบการณ์ด้าน LTC.....ปี
2. ท่านได้รับมอบหมายให้มีบทบาทหน้าที่ร่วมดำเนินการตามนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร

### ส่วนที่ 2 แนวคำถามตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

(1) ท่านคิดว่ากองทุน LTC ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา มีผลการดำเนินงาน LTC ประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด ทั้งระบบบริการ และ ระบบการบริหารจัดการ (โปรดยกตัวอย่าง)

(2) ท่านคิดว่าประชาชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน LTC หรือไม่ มากน้อยเพียงใด (โปรดยกตัวอย่าง)

(3) ท่านคิดว่าความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายหลังที่มีการนำนโยบายฯ มาปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยาการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร (โปรดยกตัวอย่าง)

(4) ท่านคิดว่าการดำเนินงาน LTC ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา มีการสร้างสรรค์นวัตกรรมที่สนับสนุนการดำเนินงานหรือไม่ อะไรบ้าง (โปรดยกตัวอย่าง) และท่านมีส่วนร่วมสนับสนุนการสร้างสรรค์นวัตกรรมนั้น ๆ หรือไม่อย่างไร

**ส่วนที่ 3 แนวคำถามตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาท

1. ท่านคิดว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบาย LTC ของอำเภอสรรพพยา เกิดจากปัจจัยอะไรบ้าง และปัจจัยเหล่านั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร ท่านมีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องกับปัจจัยนั้น ๆ หรือไม่ อย่างไร
2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบาย LTC ของอำเภอสรรพพยา

2.1. ปัจจัยเกี่ยวกับโครงสร้างและกลไกขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ด้านความสัมพันธ์ ีงพาทการทำงานระหว่าง อปท. /สธ./ชุมชน/กลุ่มเป้าหมายและครอบครัว/ภาคีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ การแบ่งความรับผิดชอบที่สอดคล้องกับมาตรฐานของงานตามทีนโยบาย LTC การกำหนดแนวทางการใช้อำนาจตัดสินใจ ความสามารถช่วยสนับสนุนหรือเจรจาต่อรองการต่อต้านจากฝ่ายต่าง ๆ ทั้งด้านสภาพแวดล้อม การเมือง เศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรม

2.2. ปัจจัยเกี่ยวกับการสื่อสารนโยบายขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ด้านข้อความวัตถุประสงค์และเป้าหมายนโยบาย การให้คำปรึกษา พัฒนาการ ฝีมือ ภาวะเป็ยมาตรฐานการทำงานให้แก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.3 ปัจจัยเกี่ยวกับทรัพยากรขององค์การ ความเพียงพอ วิธีการจัดสรรหรือบริหารจัดการด้านงบประมาณ กำลังคน และระบบข้อมูล

3.4 ทศนคติของผู้ปฏิบัติ เกี่ยวกับวิธีการเสริมสร้างการรับรู้และเข้าใจนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การยอมรับหรือมีข้อสงสัยต่อประโยชน์ของการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ความพึงพอใจ ให้ความสนใจ มีจิตอาสาและรู้สึกผูกพัน รวมถึงมีโอกาสร่วมร่วมใช้ดุลยพินิจต่อผลกระทบการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ

3.5 การวางแผนและควบคุมการจัดบริการขององค์การ เกี่ยวกับการใช้ข้อมูลเป็นฐานในการแปลงนโยบายเป็นแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม วิธีการหรือแนวทางการติดตามควบคุม กำกับกับการจัดบริการ LTC และการสะท้อนปัญหาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิธีการทำงาน และการมีมาตรการเสริมพลังให้คุณให้โทษเพื่อสร้างแรงจูงใจ เชิดชูเกียรติคุณ รวมถึงการสร้างเสริมพัฒนา ฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะความก้าวหน้าด้านวิชาชีพ ตลอดจนจนวนสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ต่อผู้ปฏิบัติงาน

3.6 การมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ เกี่ยวกับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ จาก CM / CG จากครอบครัวหรือญาติ และจากคนในชุมชน หน่วยงานองค์กรอื่นทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน

**ส่วนที่ 4 แนวคำถามตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3** เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

- 1) ท่านคิดว่า การดำเนินงาน LTC ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา ประสบปัญหาอุปสรรคหรือไม่ ด้านอะไรบ้าง (โปรดยกตัวอย่าง) และท่านมีส่วนร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน LTC หรือให้คำชี้แนะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรค การดำเนินงาน LTC ในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยาหรือไม่ เรื่องอะไรบ้าง และมีวิธีการอย่างไร (โปรดยกตัวอย่าง)
- 2) ท่านมีข้อเสนอแนะทางพัฒนาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นหรือไม่ อะไร และข้อเสนออื่น ๆ จะสามารถดำเนินการได้อย่างไร ใครควรเป็นผู้ดำเนินการ

### ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 3

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลที่ได้รับการจากกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอสรรพยา 9 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวมทั้งหมด 9 คน

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล :

บทบาท ( ) ผู้ป่วย ( ) ผู้ดูแลในครอบครัว ( ) ผู้ดูแลที่รับจ้าง

เพศ.....( ) ชาย ( ) หญิง อายุ.....ปี

ท่านประสบปัญหาที่ต้องรับบริการจากสาเหตุอะไร.....และได้รับการเชิงรุกที่บ้านตั้งแต่วันที่.....

#### ส่วนที่ 2 แนวคำถามตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

- (1) ท่านได้รับประโยชน์จากการให้บริการเชิงรุกที่บ้านของกองทุนฯ หรือไม่ อย่างไร (โปรดยกตัวอย่าง)
- (2) ภายหลังได้รับการฯ ท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร (โปรดยกตัวอย่าง)
- (3) ท่านมีส่วนร่วมในการจัดบริการฯ หรือไม่อย่างไร

#### ส่วนที่ 3 แนวคำถามตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

- (1) ท่านคิดว่า คณะทำงานที่จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกที่บ้าน มีการทำงานร่วมกันหรือไม่ อย่างไร
- (2) ท่านได้รับการสื่อสารนโยบายของหน่วยงานที่จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกที่บ้านหรือไม่ อย่างไร
- (3) ท่านคิดว่าหน่วยงานที่ให้บริการแก่ท่าน มีการบริหารจัดการทรัพยากรได้ดีหรือไม่ อย่างไร
- (4) ท่านคิดว่านโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไรบ้าง

(5) ท่านคิดว่าผู้ให้บริการด้านนี้ ควรได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติคุณ รวมถึงการสร้างเสริมพัฒนา ฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะความก้าวหน้าด้านวิชาชีพ ตลอดจนสิทธิสวัสดิการ ต่าง ๆ หรือไม่ อย่างไร

(6) ท่านคิดว่า หน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ มีความร่วมมือจัดบริการตามนโยบายนี้ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น ทีมสหวิชาชีพ จากโรงพยาบาล CM / CG หน่วยงานองค์กรอื่นทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน รวมถึงท่านและครอบครัวหรือญาติ

**ส่วนที่ 4 แนวคำถามตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการนำนโยบาย การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น**

- (1) ท่านคิดว่า ระบบการให้บริการนี้ ประสบปัญหาอุปสรรคหรือไม่ ด้านอะไรบ้าง (โปรด ยกตัวอย่าง) และท่านมีส่วนช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรคหรือไม่ เรื่องอะไรบ้าง และมีวิธีการ ใด (โปรดยกตัวอย่าง)
- (2) หากจะทำให้ระบบการดูแล ผส.ที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นดีขึ้น ท่านมีข้อเสนอแนะหรือไม่ อะไร และ ข้อเสนอแนะนั้น ๆ จะสามารถดำเนินการได้อย่างไร ใครควรเป็นผู้ดำเนินการหรือเกี่ยวข้องบ้าง





ภาคผนวก ง

แบบประเมินค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับกรอบการวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

**การประเมินค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับกรอบการวิจัย  
สำหรับการวิจัย เรื่อง การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอสรรพยา  
จังหวัดชัยนาท**

ประเด็น	ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC	สรุป
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
<b>ส่วนที่ 1 ข้อมูลความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ</b>					
<b>1.ความสำเร็จด้านระบบบริการ</b>					
1.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ทุกคนได้รับการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อรับรู้และแจ้งขอใช้สิทธิการเข้าถึงระบบบริการการดูแลระยะยาว	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ทุกคนได้รับการคัดกรองและประเมินความต้องการช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพและด้านสังคม	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ทุกคนได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care plan)	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.4 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.5 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(Care Giver) ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.6 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการ "เยี่ยมบ้าน" เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.7 ผล.ได้รับบริการ "สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค" เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.8 ผล.ได้รับบริการ "กายภาพบำบัด,กิจกรรมบำบัด" เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.9 ผล.ได้รับบริการ "दानอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์" เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.10 ผล.ได้รับบริการ "दानสังคม" เชิงรุกตามชุดสิทธิประโยชน์	1	0	1	0.67	ใช้ได้
<b>2.ความสำเร็จด้านระบบบริหารจัดการ</b>					
2.1 มีการจัดการฐานข้อมูลที่เป็นและนำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินงานร่วมกัน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.2 ระบุนโยบายแนวทาง ระเบียบข้อกฎหมายและกำหนดเป้าหมายของพื้นที่ร่วมกัน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.3 มีช่องทางให้การคำปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างการทำงาน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.4 กำหนดอัตราการจัดจ่ายค่าบริการ/ค่าตอบแทนสำหรับกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแลได้เหมาะสม	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.5 ผล.ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care plan)	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.6 บริหารงบประมาณ การเบิกจ่ายได้ถูกต้องและครบถ้วน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.7 มีการสื่อสารกระบวนการทำงานและส่งต่อข้อมูลร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.8 การระดมทรัพยากรและเชื่อมโยงความร่วมมือจาก อปท.และสหวิชาชีพ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.9 จัดหาและสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกตามความต้องการต่อการดำเนินงาน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.10 การติดตามเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลงานอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.11 การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมบริการLTC	1	1	1	1.0	ใช้ได้
<b>ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ</b>					
<b>1.ปัจจัยด้านโครงสร้างและกลไกของอนุกรรมการฯLTC</b>					
1.1 การคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติที่สมัครใจและสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทของอนุกรรมการฯLTCได้อย่างแท้จริงมีผลต่อการดำเนินงานอย่างไร	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.2 คณะอนุกรรมการฯLTCทุกคนควรได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะรวมถึงข้อระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ทั้งในระยะก่อนดำเนินงานและระหว่างดำเนินงาน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.3 การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบแก่บุคลากรที่ร่วมขับเคลื่อนนโยบาย LTC ให้เป็นสายสัมพันธ์อีกขงจากผู้บริหารหน่วยงานจะทำให้เกิดการยอมรับและร่วมมือปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1.0	ใช้ได้

ประเด็น	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1.4 การเสริมพลังติดตามผลเชิงนโยบายของผู้บริหารหรือประธานคณะอนุกรรมการฯ LTC สามารถแก้ไขปัญหายุ่งยากการดำเนินงานและทำให้บรรลุผลสำเร็จเพิ่มขึ้น	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.5 ความสำเร็จของการขับเคลื่อนกระบวนการบริหารจัดการ LTC เกิดจากสมรรถนะและบทบาทของเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ LTC มากที่สุด	1	1	1	1.0	ใช้ได้
<b>2.ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบายขององค์กร</b>					
2.1 นายก อปท.ควรมีการประกาศนโยบายและสื่อสารความร่วมมือดำเนินงานLTC แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.2 การประชุมคณะอนุกรรมการLTC ต้องมีการนำคู่มือ ระเบียบกฎหมาย แนวทางการดำเนินงานมาชี้แจงสื่อสารความเข้าใจและใช้กับการทำงานอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.3 การจัดกระบวนการสื่อสารและเพิ่มช่องทางการสื่อสารนโยบาย LTC แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และพื้นที่สาธารณะมากขึ้นจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือปรึกษาหารือและสร้างเสริมความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตามนโยบาย LTC ในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น	1	1	1	1.0	ใช้ได้
<b>3.ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน</b>					
3.1 การพูดคุยและสะท้อนปัจจัยปัญหาอุปสรรคเพื่อแก้ไขการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ช่วยทำให้บรรยากาศการทำงานมีความสุขมากขึ้น	1	1	1	1.0	ใช้ได้
3.2 การได้รับสนับสนุนเสริมพลังความรู้และวิธีปฏิบัติงานจากหน่วยงานที่ปรึกษาระดับอำเภอ และจังหวัดหรือส่วนกลาง ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	1	1	1	1.0	ใช้ได้
3.3 การได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายและครอบครัวหรือญาติ ทำให้รู้สึกผูกพันภาคภูมิใจและมีความพึงพอใจในการทำงานอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1.0	ใช้ได้
3.4 การบูรณาการเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่ตามนโยบาย LTC เข้ากับระบบงานที่ทำอยู่ทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
3.5 การเสริมรางวัลหรือความก้าวหน้าในหน้าที่การงานเป็นแรงจูงใจการทำงานที่สำคัญของผู้ปฏิบัติงาน LTC	1	1	1	1.0	ใช้ได้
<b>4.ปัจจัยด้านทรัพยากรการดำเนินงาน</b>					
4.1 ระบบการจัดสรรและจ่ายค่าตอบแทนการดูแลกลุ่มเป้าหมายของ CM และ CG ควรมีการปรับปรุงให้เกิดความชัดเจนและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน	0	1	1	0.67	ใช้ได้
4.2 คณะอนุกรรมการLTC ควรจัดสรรงบประมาณและวางแผนงานการพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะ CG ให้มีจำนวนที่เพียงพอและมีขีดความสามารถการดูแลที่สูงขึ้น	1	1	1	1.0	ใช้ได้
4.3 การนำข้อมูลปัญหาและความต้องการการดูแลของกลุ่มเป้าหมายมาเรียงลำดับความสำคัญ ทำให้สามารถวางแผนการสนับสนุนการดูแลแก่ CM และ CG ให้บรรลุผลสำเร็จตามนโยบายมากขึ้น	1	1	1	1.0	ใช้ได้
4.4 การขับเคลื่อนนโยบายLTC ทำให้เกิดต้นทุนเพิ่มขึ้นทั้งด้านสุขภาพและสังคม จำเป็นต้องมีการระดมทรัพยากรหรือจัดหาช่องทางเชื่อมโยงทุนหรือส่งต่อไว้เป็นการเฉพาะ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
<b>5.ปัจจัยด้านการวางแผนและควบคุม</b>					
5.1 คณะอนุกรรมการLTC ต้องมีข้อตกลงร่วมและวางแผนปฏิทินการดำเนินงาน LTC ในพื้นที่ประจำปีเพื่อลดช่องว่างปัญหาการแทรกซ้อนการประจำ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
5.2 คณะอนุกรรมการLTC ควรกำหนดแนวทางควบคุมกำกับและติดตามผลการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง	1	1	1	1.0	ใช้ได้
5.3 คณะอนุกรรมการLTC ควรออกแบบปรับปรุงระบบการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของ CM และ CG ให้มีความสะดวก ง่าย และเหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
5.4 หน่วยงานสนับสนุนระดับอำเภอและจังหวัดหรือส่วนกลางควรมีเวทีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน LTC อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกัน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
5.5 ส่วนกลาง เขตและจังหวัด ควรมีการทบทวนปรับปรุงแบบแผนการดำเนินงาน คู่มือระเบียบการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลให้ชัดเจนและสื่อสารแก่คณะอนุกรรมการLTC ใช้ประโยชน์ในการวางแผนและควบคุมการดำเนินงาน	1	1	0	0.67	ใช้ได้
				ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ	

ประเด็น	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	IOC	สรุป
<b>6.ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในพื้นที่</b>					
6.1 คณะอนุกรรมการฯLTC ควรกำหนดข้อตกลงการจัดบริการแบบมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและสื่อสารโดยประกาศนโยบาย/แนวทาง/มาตรการการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่	1	1	1	1.0	ใช้ได้
6.2 การปรับปรุงกลยุทธ์ให้กลุ่มเป้าหมายและครอบครัว ได้แสดงความจำนงโดยประชาสัมพันธ์ให้ขึ้นทะเบียนขอรับการสนับสนุนบริการLTC จะทำให้เกิดการยอมรับ รับรู้สิทธิประโยชน์และให้ความร่วมมือบริการร่วมกันมากขึ้น	1	1	1	1.0	ใช้ได้
6.3 คณะอนุกรรมการฯLTC ต้องให้ความสำคัญและกำหนดมาตรการหลักเพื่อสร้างเสริมการดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทุกรายเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะติดเตียงและทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถกลับมาดำเนินชีวิตกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น	1	1	1	1.0	ใช้ได้
6.4 กลุ่มเป้าหมายและครอบครัวทุกรายที่เข้าร่วมโครงการ ควรได้รับโอกาสแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมวางแผนจัดบริการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม	1	1	1	1.0	ใช้ได้
6.5 ผู้นำชุมชนและแกนนำในพื้นที่เป็นแรงเสริมที่มีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบายLTC ทั้งด้านการสื่อสารความเข้าใจ การระดมทุนทรัพยากร และการแก้ไขปัญหาส่งต่อความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและทันทั้งที่	1	0	1	0.67	ใช้ได้
<b>ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ที่บ้าน</b>					
<b>1.ประเภทการให้บริการแก่ผู้รับบริการ</b>					
1.1 ด้านร่างกาย	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.2 ด้านจิตใจ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.3 ด้านสิ่งแวดล้อม	1	1	1	1.0	ใช้ได้
1.4 ด้านการประสานขอความช่วยเหลือทางสังคมและสวัสดิการ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
<b>2.คุณภาพการให้บริการต่อผู้รับบริการ</b>					
2.1 ความสะดวกรวดเร็ว	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.2 ความต่อเนื่อง	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.3 ความสอดคล้องและตรงตามความต้องการ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.4 ความเชี่ยวชาญในการดูแล	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.5 ความพร้อมของอุปกรณ์/เครื่องมือ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.6 อธิยาศัยและการเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.7 การให้ข้อมูล / คำแนะนำด้านสุขภาพและบริการ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2.8 ความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
<b>3.ผลลัพธ์ (การเปลี่ยนแปลง) ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ</b>					
3.1 ต่อผู้สูงอายุและครอบครัว	1	1	1	1.0	ใช้ได้
3.2 ต่อผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	1	0	1	0.67	ใช้ได้
3.3 ต่อชุมชน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
3.4 ต่อหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง	1	1	1	1.0	ใช้ได้
<b>4.โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อยุทธศาสตร์การให้บริการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</b>	1	1	1	1.0	ใช้ได้

ภาคผนวก จ  
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและขยายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
RELIABILITY

```
FILE='C:\Users\asus\Downloads\Kโศภณ(1).sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
/VARIABLES=บพิพร2.1 บพิพร2.2 บพิพร2.3 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008 VAR00009
VAR00010 บพิพร2.11 สำเร็จ1.1 สำเร็จ1.2 สำเร็จ1.3 สำเร็จ1.4 สำเร็จ1.5 สำเร็จ1.6 สำเร็จ1.7 สำเร็จ1.8 สำเร็จ1.9 สำเร็จ2.0 VAR00001
VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008 VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013
VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017 VAR00018 VAR00019 VAR00020 VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024 VAR00025
VAR00026 VAR00027
/SCALE('ALL VARIABLES')ALL
MODEL=ALPHA
```

### Reliability

#### Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.989	48

RELIABILITY

```
/VARIABLES=บพิพร2.1 บพิพร2.2 บพิพร2.3 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008
VAR00009 VAR00010 บพิพร2.11 สำเร็จ1.1
สำเร็จ1.2 สำเร็จ1.3 สำเร็จ1.4 สำเร็จ1.5 สำเร็จ1.6 สำเร็จ1.7 สำเร็จ1.8 สำเร็จ1.9 สำเร็จ2.0
/SCALE('ALL VARIABLES')ALL
MODEL=ALPHA
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.949	21

```

GET
  FILE='C:\Users\asus\Downloads\K1\งาน(1).sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
/VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008
VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017
VAR00018 VAR00019 VAR00020 VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024 VAR00025 VAR00026
VAR00027|
/SCALE('ALL VARIABLES')ALL
MODEL=ALPHA

```

### Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.978	27

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะที่งัดหรือญาติผู้ดูแลภายหลังได้รับการคนไข้นอน

```

RELIABILITY
/VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008
VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017
/SCALE('ALL VARIABLES')ALL
MODEL=ALPHA

```

### Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.967	17

ภาคผนวก จ

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



**เอกสารแสดงความยินยอม**  
**ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)**  
**การวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  
**ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท”**

ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมตนให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ อันเนื่องจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม ..... พยาน

(.....)

**หมายเหตุ** กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พิมพ์ลายลงลายมือชื่อรับรองด้วย

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ และ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

## 1. ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ลำดับ	ประเภท	ชื่อ-สกุล
1	ด้านเนื้อหา	นายพนมศักดิ์ เอมอยู่ หัวหน้ากลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สปสข.เขต 3 นครสวรรค์
2	ด้านเทคนิค การวิจัย	ดร.วิสุทธิ์ โนจิตต์ รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเข็มนา
3	ด้านการ พัฒนา นโยบาย สาธารณะ	รศ.ดร.กาสัก เตชะชั้นหมาก อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี จังหวัดลพบุรี

## 2. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของกองทุนสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่แห่งละ 5 คน ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการฯ เลขานุการคณะกรรมการฯ หรือผู้ช่วยเลขานุการ และคณะกรรมการฯ ที่มาจากหัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุข ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว จำนวน 45 คน ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งในกองทุน	กองทุน LTC
1.	นายมงคล ตั้งทวี	ประธานคณะกรรมการ	ตำบลตลุก
2.	นายเสถียรพงศ์ มีสะอาด	เลขานุการคณะกรรมการฯ	ตำบลตลุก
3.	นางธนิดา แพหมาก	หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่ จัดบริการสาธารณสุข	ตำบลตลุก
4.	นางสาวกฤษมาภรณ์ เกิดดี	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว	ตำบลตลุก
5.	นางสุนีย์ อินคง	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	ตำบลตลุก
6.	นายจรัสศักดิ์ เจริญศิลป์	ประธานคณะกรรมการ	ตำบลบางหลวง
7.	นายชัชวรินทร์ หมั่นกล้า	เลขานุการคณะกรรมการฯ	ตำบลบางหลวง
8.	นายวิริยะ บัวเมือง	หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่ จัดบริการสาธารณสุข	ตำบลบางหลวง
9.	นางสร้อยสวรรค์ เกตุไทย	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว	ตำบลบางหลวง
10.	นางวรรณมา บุญปลูก	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	ตำบลบางหลวง

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งในกองทุน	กองทุน LTC
11	นางผ่องศรี กันทะปา(รักษาการ)	ประธานคณะกรรมการ	ตำบลเขาแก้ว
12	นางผ่องศรี กันทะปา	เลขานุการคณะกรรมการฯ	ตำบลเขาแก้ว
13	นางสาวอุษา อินทร์น้อย	หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่ จัดบริการสาธารณสุข	ตำบลเขาแก้ว
14	นางสาวนุจิย์ สิงห์เกิด	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว	ตำบลเขาแก้ว
15	นางสาวถนอมพร อยู่คง	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	ตำบลเขาแก้ว
16	นางนันทิชา สุภาวิตา	ประธานคณะกรรมการ	ตำบลหาดอาษา
17	จำเริญทรงศักดิ์ น่วมทิม	เลขานุการคณะกรรมการฯ	ตำบลหาดอาษา
18	นางศิริภาณี คงไทย นางสาววารุณี กันภัย	หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่ จัดบริการสาธารณสุข	ตำบลหาดอาษา
19	นางสาวกิริยา เงินแจ่ม	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว	ตำบลหาดอาษา
20	นางสาวสุปราณี แก้วเมือง	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	ตำบลหาดอาษา
21	นายมนตรี คุ่มเขตร	ประธานคณะกรรมการ	ตำบลโพนางดำ ออก
22	นายศราวุธ แป้นขำ	เลขานุการคณะกรรมการฯ	ตำบลโพนางดำ ออก
23	นางอุษา สินมา	หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่ จัดบริการสาธารณสุข	ตำบลโพนางดำ ออก
24	นางสาวกมลทิพย์ บุขบงค์	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว	ตำบลโพนางดำ ออก
25	นางอุษา บุญมี	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	ตำบลโพนางดำ ออก
26	นายนิรุจน์ มุขเฉลิมวงศ์	ประธานคณะกรรมการ	ตำบลโพนางดำ ตก
27	นางสาวจุฑารัตน์ ฉิ่งเชิด	เลขานุการคณะกรรมการฯ	ตำบลโพนางดำ ตก
28	นางสาวชั้นทอง บุญเสริม	หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่ จัดบริการสาธารณสุข	ตำบลโพนางดำ ตก
29	นางอภัสรา พิมพ์พรรณ	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว	ตำบลโพนางดำ ตก
30	นางสาวรุ่งอรุณ อินทรสร	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	ตำบลโพนางดำ ตก

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งในกองทุน	กองทุน LTC
31	นางกมลพร <u>โค้วคาศัย</u>	ประธานคณะกรรมการ	ตำบลโพธิ์พิทักษ์
32	นายขวัญชัย <u>พริจิตานนท์</u>	เลขานุการคณะกรรมการฯ	ตำบลโพธิ์พิทักษ์
33	นางอัจฉราภรณ์ <u>ทรัพย์รวงทอง</u>	หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่ จัดบริการสาธารณสุข	ตำบลโพธิ์พิทักษ์
34	นางสาวชมพูนุช <u>บุญเย็น</u>	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว	ตำบลโพธิ์พิทักษ์
35	นาง <u>ศิริลักษณ์</u> <u>หอมละม้าย</u>	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	ตำบลโพธิ์พิทักษ์
36	นายจักรพันธ์ <u>ตันติเสรีรัตน์</u>	ประธานคณะกรรมการ	ตำบลสรรพยา
37	นางสาวกาญจนา <u>อุดมญาติ</u>	เลขานุการคณะกรรมการฯ	ตำบลสรรพยา
38	นายโชคชัย <u>สนิกะวาทิ</u>	หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่ จัดบริการสาธารณสุข	ตำบลสรรพยา
39	นาง <u>บัณพร</u> <u>หนูเมือง</u>	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว	ตำบลสรรพยา
40	นางมาลัย <u>เที่ยงกินรี</u>	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	ตำบลสรรพยา
41	นายอิทธิพล <u>เสื่อน้อย</u>	ประธานคณะกรรมการ	ตำบลเจ้าพระยา
42	นางสาวสุชีรา <u>แนบสนิทธรรม</u>	เลขานุการคณะกรรมการฯ	ตำบลเจ้าพระยา
43	นางสร้อยสวรรค์ <u>เกตุไทย</u>	หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่ จัดบริการสาธารณสุข	ตำบลเจ้าพระยา
44	นาง <u>บัณพร</u> <u>หนูเมือง</u>	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว	ตำบลเจ้าพระยา
45	นาง <u>ลักษิกา</u> <u>ตาต้า</u>	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	ตำบลเจ้าพระยา

2.2 กลุ่มสนับสนุนระดับอำเภอและจังหวัด ได้แก่ ผู้บริหารและนักวิชาการผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา 1 คน โรงพยาบาลสรรพยา 3 คน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท 2 คน รวมทั้งหมด 6 คน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
1.	นางสาวสุปราณี <u>ต่ายเกิด</u>	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในสำนักงานสาธารณสุข อำเภอสรรพยา
2.	นพ.อุทุมพร <u>สุมากรณ์</u>	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา

ภาคผนวก ซ

ภาพกิจกรรมการดำเนินการวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

## 1. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อม

1.1 พบอาจารย์ที่ปรึกษา ศ.ดร.ศุภชัย ยาวะประภา เพื่อขอคำชี้แนะแนวทางการวิจัย และ  
กรอบแนวคิดทฤษฎีเพื่อพัฒนาโครงร่างวิจัย



1.2 ประชุมชี้แจงกระบวนการวิจัยและประสานความร่วมมือดำเนินงานวิจัยในกลุ่มแกนนำ  
หลักระดับพื้นที่ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบจาก อปท. CG และ CM ของ กองทุน LTC ทุกแห่ง



## 2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 ประสานขอความร่วมมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ และโรงพยาบาลสรรพยา ในวาระการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา เพื่อชี้แจงความสำคัญของการวิจัย แนวทางการประสานความร่วมมือในกระบวนการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้จากงานวิจัย



2.2 ประสานความร่วมมือหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.ชัยนาท เพื่อร่วมชี้แจงและเสริมสร้างความเข้าใจสาระข้อคำถามของแบบสอบถาม และร่วมวางแผนแนวทางการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ในกลุ่มผู้รับประโยชน์ แก่ CG ในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มผู้บริหารและปฏิบัติ แก่ CM ของ รพ.สต.ทุกแห่ง





2.3 ทดสอบและทบทวนความเข้าใจประเด็นสำคัญของแบบสอบถาม โดยให้ตัวแทน CM เป็นผู้นำกระบวนการ ทดสอบและทบทวนความเข้าใจ แก่ CG พร้อมกับนัดหมายการรวบรวม และจัดส่งแบบสอบถาม เพื่อดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการ วิเคราะห์ผลการศึกษา



### 3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1 นัดหมายและขออนุญาตเข้าพบผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติกองทุน LTC เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และมีผู้ช่วยวิจัยช่วยจดบันทึก พร้อมกับขออนุญาต บันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์





อปท.ตำบลบางหลวง



อปท.ตำบลเจ้าพระยา



อปท.ตำบลโพธิ์นางคำตอก



อปท.ตำบลเขานกั้ว



อปท.ตำบลโพธิ์นางคำออก



อปท.ตำบลโพธิ์พิทักษ์



อปท.ตำบลหาดฉาษา



อปท.ตำบลหาดฉาษา

3.2 การลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง และสอบถามผลลัพธ์ของการให้บริการ รวมถึงพูดคุยประเมินความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อนโยบายฯ ร่วมกับคณะผู้ปฏิบัติงานกองทุน LTC





กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง



กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง (ญาติผู้ดูแล)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

#### 4. ขั้นตอนการเขียนรายงานและสรุปผล

4.1 สะท้อนคืนข้อค้นพบผลการศึกษาและสอบทานข้อมูลผลการศึกษาวิจัย ร่วมกับผู้แทนกองทุน LTC



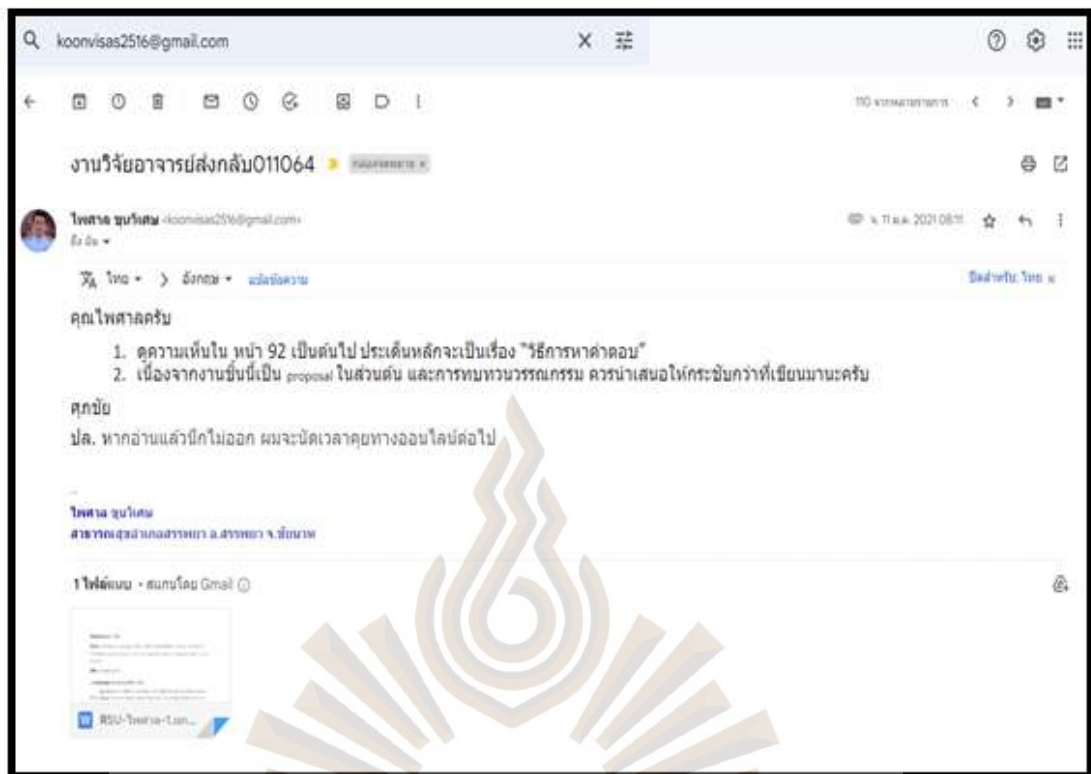
4.2 สะท้อนคืนข้อค้นพบผลการศึกษาและสอบทานข้อมูลผลการศึกษาวิจัย ร่วมกับผู้รับผิดชอบงาน LTC ของ รพ.สรรพยาและ รพ.สต.ทุกแห่งในเขตพื้นที่อำเภอสรรพยา



4.3 นำเสนอผลและพบอาจารย์ที่ปรึกษาทางระบบ Zoom ออนไลน์ – จัดหมายอิเล็กทรอนิกส์-อีเมล เพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติม และนำมาปรับปรุงความสมบูรณ์ของผลการศึกษา











ภาคผนวก ฅ

หนังสือราชการประกอบผลการวิจัย



คำสั่งเทศบาลตำบลโพนางคำออก

ที่ ๒๔๔/๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อ ๘/๑ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งชื่อ “คณะกรรมการการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” มีหน้าที่พิจารณาจัดทำกำหนดอัตราค่าชดเชย ค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

อาศัยอำนาจตามความแห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติข้อ๘/๑ จึงออกคำสั่งแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้ เป็นคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๑. นายเทศมนตรีตำบลโพนางคำออก	ตำแหน่ง	ประธานกรรมการ
๒. นายพจน์ธนพันธ์ ไพธี่ตุ่น	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๓. นางสมพร แสนพันธ์	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๕. สาธารณสุขอำเภอสรรพยา	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๖. ผอ.รพ.สต.วังสาคร	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๗. นางอุษา สินมา	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๘. นางนงนุช ไพธี่ตุ่น	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๙. ปลัดเทศบาลตำบลโพนางคำออก	ตำแหน่ง	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๐. นายณรงค์ เกตุช้าง	ตำแหน่ง	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๑. นายบุญเลิศ ปิ่นไต้	ตำแหน่ง	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอำนาจหน้าที่พิจารณาอนุมัติโครงการ แผนการดูแลรายบุคคล รวมถึงค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการหรือสถานบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์และตามอัตราที่กำหนด โดยให้ถือปฏิบัติตามประกาศ ระเบียบและข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยเคร่งครัด

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔

(นายมนตรี คุ่มเขตร)

นายกเทศมนตรีตำบลโพนางคำออก



คำสั่งเทศบาลตำบลเจ้าพระยา

ที่ ๑๗ /๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เพื่อให้การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นไปตามมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๖ และ ๑๒ วรรคสาม และวรรคห้า แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ เทศบาลตำบลเจ้าพระยา จึงออกคำสั่ง ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๑๒ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเจ้าพระยา ประกอบด้วย

๑.๑ คณะกรรมการกองทุน ประกอบด้วย		
(๑) นายกเทศมนตรีตำบลเจ้าพระยา		ประธานกรรมการ
(๒) นายวินัย รักบุญ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	รองประธานกรรมการ
(๓) นายเกรียงไกร ไม้เขียว	ผู้ทรงคุณวุฒิ	รองประธานกรรมการ
(๔) นางมยุรี ทองคำ	สมาชิกสภาเทศบาลตำบล ที่สภามอบหมายคนที่ ๑	กรรมการ
(๕) น.ส.จุติมา พูลสวัสดิ์	สมาชิกสภาเทศบาลตำบล ที่สภามอบหมายคนที่ ๒	กรรมการ
(๖) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอสรรพยา		กรรมการ
(๗) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดกำแพง		กรรมการ
(๘) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้อย		กรรมการ
(๙) นางลักขิกา ทาตา	อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในพื้นที่	กรรมการ
(๑๐) น.ส.สมบัติ นกเขต	อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในพื้นที่	กรรมการ
(๑๑) นายทวีเดช อ่อนจ้าย	ผู้แทนชุมชนหรือหมู่บ้าน	กรรมการ
(๑๒) นางสมพร เสือกล้อย	ผู้แทนชุมชนหรือหมู่บ้าน	กรรมการ
(๑๓) นายละเอิบต จันทวัง	ผู้แทนชุมชนหรือหมู่บ้าน	กรรมการ
(๑๔) นางบุพร นิธิเทียม	ผู้แทนชุมชนหรือหมู่บ้าน	กรรมการ
(๑๕) นางสุภาพร ใสโย	ผู้แทนชุมชนหรือหมู่บ้าน	กรรมการ
(๑๖) ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชุมชนหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ		กรรมการ
(๑๗) รองปลัดเทศบาลตำบลเจ้าพระยา		กรรมการและเลขานุการ
(๑๘) นางสาวอัญญาพิศา เชียงเงิน นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ		กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๙) นางสาวนิตินันท์ นาคง	ผู้อำนวยการกองคลัง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒ ที่ปรึกษาคณะกรรมการ ประกอบด้วย		
สาธารณสุขอำเภอสรรพยา		ที่ปรึกษากฎหมาย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา (หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่)		ที่ปรึกษากฎหมาย
ท้องถิ่นอำเภอสรรพยา		ที่ปรึกษากฎหมาย

ข้อ ๓ ให้คณะกรรมการ ตามข้อ ๑ มีวาระอยู่ในตำแหน่งและอำนาจหน้าที่ แห่งประกาศคณะกรรมการ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ  
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๘ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

*Om Aw*

(นายอิทธิพล เลื่อน้อย)  
นายกเทศมนตรีตำบลเจ้าพระยา



.....  
.....  
.....  
.....  
.....



ประกาศเทศบาลตำบลตุลก

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ข้อ ๑๘ ให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งชื่อ “คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง” และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒ นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลตุลก เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง รายละเอียดดังนี้

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| ๑. นายเทศมนตรีตำบลตุลก  | ตำแหน่ง ประธานกรรมการ                 |
| ๒. รองนายกเทศมนตรีตำบลตุลก  | ตำแหน่ง รองประธานกรรมการ              |
| ๓. นางสุณี โพธิ์ผ่อง ผู้แทนกองทุนหลักประกันสุขภาพ   | ตำแหน่ง อนุกรรมการ                    |
| ๔. นางสุนทรี เขียวเย็น ผู้แทนกองทุนหลักประกันสุขภาพ   | ตำแหน่ง อนุกรรมการ                    |
| ๕. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา   | ตำแหน่ง อนุกรรมการ                    |
| ๖. สาธารณสุขอำเภอสรรพยา   | ตำแหน่ง อนุกรรมการ                    |
| ๗. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตุลก   | ตำแหน่ง อนุกรรมการ                    |
| ๘. นางสาวสุพิศพร ทวีสุทธิ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว   | ตำแหน่ง กรรมการ                       |
| ๙. นางสาวกฤษมาภรณ์ เกิดดี ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว   | ตำแหน่ง อนุกรรมการ                    |
| ๑๐. นางดาระณี ขวัญนาค ผู้ช่วยเหลือดูแลดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง | ตำแหน่ง อนุกรรมการ                    |
| ๑๑. นางสุนีย์ อินคง ผู้ช่วยเหลือดูแลดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง   | ตำแหน่ง อนุกรรมการ                    |
| ๑๒. หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล  | ตำแหน่ง อนุกรรมการและเลขานุการ        |
| ๑๓. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน   | ตำแหน่ง อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
- จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๙ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓

  
 (นายมนต์ล ดั้งทวี)  
 นายกเทศมนตรีตำบลตุลก



คำสั่งเทศบาลตำบลโพนางคำตก  
ที่ ๒๓๖๒/๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามที่เทศบาลตำบลโพนางคำตกได้มีคำสั่งที่ ๑๐ / ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น

เนื่องจากได้มีการปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒ ) พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เพื่อให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงมีคำสั่งยกเลิกคำสั่งเทศบาลตำบลโพนางคำตก ที่ ๑๐/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๙ และให้ใช้คำสั่งฉบับนี้แทน โดยมีหน้าที่พิจารณาจัดหา กำหนดอัตราค่าชดเชยค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

อาศัยอำนาจเรื่องกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒ ) พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ จึงออกคำสั่งแต่งตั้งให้บุคคลต่อไปนี้ เป็นคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๑. นายเทศมนตรีตำบลโพนางคำตก	ตำแหน่ง	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวสุวรรณ สดใส	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๓. นางสาวจิราวรรณ คำมัน	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๕. สาธารณสุขอำเภอสรรพยา	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนางคำตก	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๗. นางสาวขันทอง บุญเสริม	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๘. นางหทัยรัตน์ ชิวมา	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๙. นางสาวจุฬารัตน์ จิงเข็ด	ตำแหน่ง	อนุกรรมการและเลขานุการ

โดยมีปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒ ) พ.ศ. ๒๕๖๒

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒

(ลงชื่อ)

(นายนิตรุจน์ มุขเฉลิมวงศ์)

นายกเทศมนตรีตำบลโพนางคำตก



คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลบางหลวง

ที่ ๔ / ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
ตำบลบางหลวง อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

\*\*\*\*\*

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๙ โดยกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการและจัดการทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เพื่อให้ประกาศดังกล่าวสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบางหลวง จึงได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลบางหลวง ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

๑. นายจรัสศักดิ์ เจริญศิลป์	นายกเทศมนตรีตำบลบางหลวง	เป็นประธานกรรมการ
๒. นายเฉลียว ปานไม้	ผู้แทนกรรมการกองทุน	เป็น กรรมการ
๓. นางสาวสุวรรณา อยูโต	ผู้แทนกรรมการกองทุน	เป็น กรรมการ
๔. ผอ.โรงพยาบาลสรรพยา		เป็น กรรมการ
๕. สาธารณสุขอำเภอสรรพยา		เป็น กรรมการ
๖. นายวิริยะ บัวเมือง	หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ	เป็น กรรมการ
๗. นางสร้อยสรรค์ เกตุไทย	หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ	เป็น กรรมการ
๘. นงวรัญญา วัชรูป	ผู้จัดการระยาวการดูแลระยะยาว	เป็น กรรมการ
๙. นางสาวกัญชพร เสือเจริญ	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ	เป็น กรรมการ
๑๐. นายชัชรินทร์ หมั่นกล้า	ผู้แทนปลัดเทศบาลตำบลบางหลวง	เป็นกรรมการ/เลขานุการ

ให้คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่พิจารณาจัดหา กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือสถานที่บริการให้ได้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนด

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๙

(นายจรัสศักดิ์ เจริญศิลป์)

นายกเทศมนตรีตำบลบางหลวง

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลบางหลวง



คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเขาแก้ว  
ที่ ๑ / ๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้มีความเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากขึ้น

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| ๑. นายกององค์การบริหารส่วนตำบลเขาแก้ว            | ประธานอนุกรรมการ                |
| ๒. นายวิฑูลย์ แป้นขำ                             | ผู้แทนกรรมการกองทุนฯ อนุกรรมการ |
| ๓. นายภุชณะ เกตุศิริ                             | ผู้แทนกรรมการกองทุนฯ อนุกรรมการ |
| ๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา                    | อนุกรรมการ                      |
| ๕. สาธารณสุขอำเภอสรรพยา                          | อนุกรรมการ                      |
| ๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแก้ว | อนุกรรมการ                      |
| ๗. นางสาวพรทิพย์ คล้ายจันทร์                     | อนุกรรมการ                      |
| ๘. นางสาวนุจรีย์ สิงห์เกิด                       | อนุกรรมการ                      |
| ๙. ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาแก้ว              | อนุกรรมการ                      |
| ๑๐. นางสาวเรณู บุญประกอบ                         | อนุกรรมการ/และเลขานุการ         |

โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

๑. พิจารณาแนวทางจัดการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการหรือสถานบริการ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒)
๒. กำหนดอัตราค่าชดเชยค่าบริการในการเข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งค่าตอบแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓. ประเมินผลการดำเนินงานและปรับแผนการให้บริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
๔. อื่นๆตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเขาแก้ว

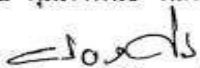
/โดยให้มี...



- ๒ -

โดยให้มีผลบังคับ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

  
(นางผ่องศรี กันทะปา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ปฏิบัติหน้าที่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาแก้ว

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเขาแก้ว





คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลหาดอาษา

ที่ ๑/๒๕๖๐

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒๐๑๙ ๐ ๒๐๑๙

เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ฉะนั้น อาศัยอำนาจ ตามประกาศ ดังกล่าว ข้อ ๘/๑ จึงแต่งตั้ง คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

- |   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| ๑. สิบโทสมหมาย อารมย์                   | นายกเทศมนตรีตำบลหาดอาษา                                 | ประธานคณะกรรมการ                |
| ๒. นายวิรัตน์ มากสัน                    | ผู้แทนกรรมการกองทุน                                     | อนุกรรมการ                      |
| ๓. นางปภากร อินทร์สนิห                  | ผู้แทนกรรมการกองทุน                                     | อนุกรรมการ                      |
| ๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยาหรือผู้แทน |   | อนุกรรมการ                      |
| ๕. สาธารณสุขอำเภอสรรพยาหรือผู้แทน       |   | อนุกรรมการ                      |
| ๖. นางอุไรวรรณ ไท่ก้อย                  | ผอ.รพสต.หาดอาษา   | อนุกรรมการ                      |
| ๗. นางศิราณี คงไทย                      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(รก.ผอ.รพสต.บ้านเขาคิน)        | อนุกรรมการ                      |
| ๘. นางสาววารุณี กันภัย                  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                                   | อนุกรรมการ                      |
| ๙. นางติ่ม นิมขำ                        | ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี<br>ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ | อนุกรรมการ                      |
| ๑๐. นายประภากร ประสิทธิ์                | รองปลัดเทศบาลตำบลหาดอาษา                                | อนุกรรมการ                      |
| ๑๑. นายไพฑูล หาญประกาศ                  | ปลัดเทศบาลตำบลหาดอาษา                                   | อนุกรรมการ                      |
| ๑๒. นางนลินรัตน์ ภูริศิริพัฒน์          | หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข                              | อนุกรรมการและเลขานุการ          |
| ๑๓. นางสาววิมลรัตน์ พรหม                | หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข                           | อนุกรรมการ/<br>ผู้ช่วยเลขานุการ |

มีหน้าที่ พิจารณา กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามข้อ ๗/๑ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนด

สั่ง ณ วันที่ ๑๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐

สิบโท

(สมหมาย อารมย์)

นายกเทศมนตรีตำบลหาดอาษา

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลหาดอาษา



คำสั่งเทศบาลตำบลโพธิ์พิทักษ์

ที่ ๓๔/๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามที่เทศบาลตำบลโพธิ์พิทักษ์ได้มีคำสั่งที่ ๓๐/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น

เนื่องจากได้มีการปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒ ) พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เพื่อให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงมีคำสั่งยกเลิกคำสั่งเทศบาลตำบลโพธิ์พิทักษ์ที่ ๓๐/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๙ และให้ใช้คำสั่งฉบับนี้แทน โดยมีหน้าที่ที่พิจารณาจัดหา กำหนดค่าใช้จ่ายค่าชดเชยค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการเข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

อาศัยอำนาจเจตนาของหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒ ) พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ จึงออกคำสั่งแต่งตั้งให้บุคคลต่อไปนี้ เป็นคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๑. นายกเทศมนตรีตำบลโพธิ์พิทักษ์	ตำแหน่ง	ประธานกรรมการ
๒. นายวีระพงษ์ คงอิน	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๓. นางน้าอ้อย โสภณ	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพยา	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๕. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยสาธารณสุข	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์บางตัวตึก	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๗. นางชุติมา พิสูจน์	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๘. นางสุพัฒนา พฤทธิสาริก	ตำแหน่ง	อนุกรรมการ
๙. นางสาวธรรษา ศรีจันทร์	ตำแหน่ง	อนุกรรมการและเลขานุการ

โดยมีปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒ ) พ.ศ. ๒๕๖๒

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๑ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นางกมลพร โค้วคาศัย)  
นายกเทศมนตรีตำบลโพธิ์พิทักษ์



## คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสรรพยา

ที่ ๓ / ๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

\*\*\*\*\*

ตามที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม ตามจุดสิทธิประโยชน์โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลัก ในการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) แบบบูรณาการในพื้นที่ ภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิในพื้นที่ นั้น

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ของเทศบาลตำบลสรรพยา เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับระเบียบที่แก้ไขปรับปรุง และบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๘ และข้อ ๑๙ จึงให้คณะกรรมการกองทุนฯ พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่ง ชื่อ "คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง" โดยออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานเป็นไปตามที่กำหนด ตามรายชื่อต่อไปนี้

๑. นายจักรพันธ์ ดันดีเสวีรัตน์	นายกเทศมนตรีตำบลสรรพยา	ประธานคณะกรรมการ
๒. นางประณอม พงษ์รัก	ผู้แทนกรรมการกองทุนฯ คนที่ ๑	อนุกรรมการ
๓. นายดำรงค์ สุขสมจิตร	ผู้แทนกรรมการกองทุนฯ คนที่ ๒	อนุกรรมการ
๔. นายไพศาล ชุนวิเศษ	สาธารณสุขอำเภอสรรพยา	อนุกรรมการ
๕. นางนริศรา เงินฉลาด	ผอ.รพ.สต. สรรพยา	อนุกรรมการ
๖. นางบัวพร หนูเมือง	ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)	อนุกรรมการ
๗. นางภิชาพร พุ่มมะลิ	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)	อนุกรรมการ
๘. นางสาวกาญจนา อุดมญาติ	ปลัดเทศบาล	อนุกรรมการ/เลขานุการ
๙. นางสุธาศิณีย์ ภูเพ็ชร	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฯ	อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- พิจารณาแนวทางจัดการบริหารการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง ของหน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสรรพยา
- สนับสนุนให้ประชาชนในท้องถิ่นสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
- ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย แก่หน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

/๔. ออกระเบียบ...

-๒-

๔. ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน ทั้งนี้ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ พ.ศ. ๒๕๖๑

๕. พิจารณาอนุมัติโครงการ แผนการดูแลรายบุคคล รวมถึงค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของหน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสรรพยา

๖. ให้การสนับสนุนการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างครอบคลุมอย่างทั่วถึง

๗. ประเมินผลการดำเนินงานและปรับแผนการให้บริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๘. พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานผลการอนุมัติโครงการ แผนการดูแลรายบุคคล ผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสรรพยา เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เทศบาลตำบลสรรพยา

๙. ดำเนินการอื่นใดตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

ให้คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับแต่งตั้งปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ หากมีปัญหาและอุปสรรคให้รายงานคณะกรรมการกองทุนรวบทั้งนี้ คำสั่งใดที่ขัดหรือแย้งกับคำสั่งนี้ให้ยกเลิกและให้ใช้คำสั่งฉบับนี้แทน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๘ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ตั้งหน้า

(นายจักรพันธ์ ตันติเสวีรัตน์)

ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ  
เทศบาลตำบลสรรพยา

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ไพศาล ขุนวิเศษ
วัน เดือน ปีเกิด	29 ธันวาคม 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยนาท ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์, 2538 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, 2546 มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, 2557 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, 2565
ที่อยู่ปัจจุบัน	316 หมู่ที่ 7 ตำบลเขาท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา
ตำแหน่งปัจจุบัน	สาธารณสุขอำเภอสรรพยา