

Ho 131628

ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม

นายยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
พ.ศ. 2566

สงวนลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม



ใบอนุญาตวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ นายยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิทยา เจริญศิริ)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ โภคสถิตติอัมพร)

กรรมการ

(อาจารย์ ดร.สัญญา เคนมาภูมิ)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิ์สิงห์)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยุภาศ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาคร คัยนันท์)

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล วรคำ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....ปี.....
21 มี.ค. 2566

ชื่อเรื่อง : ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

ผู้วิจัย : นายยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ

ปริญญา : รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐประศาสนศาสตร์)
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิ์สิงห์
รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาค

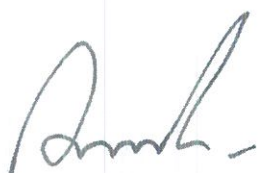
ปีที่สำเร็จการศึกษา : 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาระดับการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม (2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม และ (3) เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 128 คน สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตรรกของ ทาโร ยามาเน่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า (1) การบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับมาก (2) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน และปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม สามารถร่วมกันพยากรณ์ ได้ร้อยละ 55.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (3) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ได้แก่ ควรเชิญวิทยากรที่มีประสบการณ์มาถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานเชิงพื้นที่ลงพื้นที่ร่วมกับผู้นำชุมชนในการชี้แจงโครงการต่าง ๆ ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ คณะกรรมการควรให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำงาน รับฟังความคิดเห็นของทุกคนและนำมาปรับปรุงการทำงานร่วมกัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ คณะกรรมการควรได้รับการอบรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการกองทุน

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผลต่อ, การบริหารจัดการ, ผู้สูงอายุ



อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

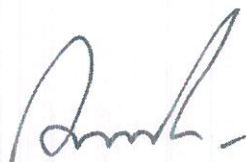
Title : Factors Affecting Management of Public Health Long-Term Care Fund for Dependent Elderly, Kae Dam District, Mahasarakham Province
Author : Mr.Yutthasart Keawwiset
Degree : Master of Public Administration (Public Administration)
Rajabhat Maha SaraKham University
Advisor : Assistant Professor Dr.Phakdee Phosing
Associate Professor Dr.Yupaporn Yupas
Year : 2023

ABSTRACT

The objectives of this research were (1) to study the management level of the Long-Term Care System Fund for the dependent elderly, Kae Dam District, Mahasarakham Province, (2) to study the factors affecting the management of the Long-Term Care System Fund for the elderly, and (3) to study other recommendations. The sample group consisted of 128 people randomly assigned using Taro Yamane's formula. The research instruments were questionnaires. The statistics used for data analysis were percentage, mean, frequency, standard deviation. and multiple regression analysis.

The results of the research were as follows: (1) Management of public health long-term care fund for dependent elderly, Kae Dam District, Mahasarakham Province, (2) Factors affecting the management of public health long-term care fund for the dependent elderly, Kae Dam District, Mahasarakham Province, namely factors on knowledge and understanding of work performance. Promotional policy factors from the government sector Factors related to participation from the people and teamwork factors can predict 55.20% together with statistical significance at the .05 level, and (3) other suggestions include: should invite experienced speakers to share their knowledge and share their experiences in working in the area. Visit the area with community leaders to explain various projects for the people in the area to be informed the committee should provide useful suggestions for work. Listen to everyone's opinions and improve collaboration. The relevant agencies should support the budget. Adequate materials and equipment for operation the committee should be trained by expert speakers in fund operations.

Keywords: Factors Affecting, Management, Elderly



Major Advisor

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความอนุเคราะห์จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โปธิ์สิงห์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ยุภาพร ยูภาศ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิทยา เจริญศิริ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.สัณญา เคนาภูมิ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ นายอำเภอแกดำ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล สาธารณสุข อำเภอ คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ผู้ช่วยเหลื่อ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคลากรสาธารณสุข ในเขต อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการตอบแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา-มารดา และขอขอบคุณ พ่อ แม่ ภรรยา ที่คอยสนับสนุน อำนวยความสะดวกและให้กำลังใจเข้าพเจ้าตลอดมา จนทำให้การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นายยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
บทคัดย่อ	ก
ABSTRACT	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.3 สมมติฐานการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	9
2.1 นโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care: LTC)	9
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการ	14
2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	18
2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุน	64
2.5 บริบททั่วไป	78
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	80
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	86
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	87
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	87
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	89
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	91
3.4 การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	91
3.5 สถิติที่ใช้ในการวิจัย	92
บทที่ 4 ผลการวิจัย	93
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย	93
4.2 ลำดับการนำเสนอผลการวิจัย	94
4.3 ผลการวิจัย	95

หัวเรื่อง	หน้า
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	113
5.1 สรุป	113
5.2 อภิปรายผล	117
5.3 ข้อเสนอแนะ	120
บรรณานุกรม	122
ภาคผนวก	129
ภาคผนวก ก แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	130
ภาคผนวก ข ค่าความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย	138
ภาคผนวก ค ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย	141
การเผยแพร่ผลงานวิจัย	144
ประวัติผู้วิจัย	145



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	40
2.2	จำนวนคณะกรรมการและทีมผู้ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	79
3.1	จำนวนคณะกรรมการและทีมผู้ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	88
4.1	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	95
4.2	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ	96
4.3	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ	97
4.4	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน	98
4.5	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม	99
4.6	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร	100
4.7	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน	101
4.8	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ	102

ตารางที่	หน้า
4.9	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล 103
4.10	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการให้บริการดูแลระยะยาว 104
4.11	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการบริการดูแลที่บ้านและชุมชน 105
4.12	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ 106
4.13	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล 107
4.14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปร 109
4.15	การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดมหาสารคาม 110
4.16	ผลการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุน ระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดมหาสารคาม 111
ข.1	ค่าความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย 139
ค.1	ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย 142

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ชั้นตอนที่ 1-2	33
2.2	บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ชั้นตอนที่ 3-4	34
2.3	บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ชั้นตอนที่ 5	35
2.4	บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ชั้นตอนที่ 6-7	36
2.5	บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ชั้นตอนที่ 8-9	37
2.6	บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ชั้นตอนที่ 10	38
2.7	กรอบแนวคิดการวิจัย	86



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมดเป็นสังคมสูงอายุที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุอันดับที่สองในอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2559) แม้ภาครัฐตระหนักและเห็นความสำคัญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเป็นสังคมสูงวัยซึ่งเห็นได้จากนโยบาย แผนงาน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง แต่จากการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างเร็วหากเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วทำให้ยังไม่มีความพร้อมเชิงนโยบาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังขาดความชัดเจนในขณะที่ยังอยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยและ/หรือมีอายุมาก การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังเป็นบทบาทของครอบครัวจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของขนาดครัวเรือนจาก 6 คน ในปี 2503 เหลือ 3 คน ในปี 2553 และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ที่อยู่คนเดียวสูงขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยยิ่งขึ้น ขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาครัฐยังทำได้จำกัด ถึงแม้รัฐจะได้กำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับบริการอย่างทั่วถึง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 และในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียงจำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21 ในปี 2559 รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้นรัฐบาล จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้านบาทให้แก่สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันดำเนินการเป้าหมายการดำเนินงาน ในปี 2559 คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 100,000 ราย ในพื้นที่ประมาณ 1,000 ตำบล ในทุกจังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร คาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียงจะได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคม

อย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมเป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร อีกทั้งยังเป็นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการพัฒนาที่มหอมกรอบครัว และอาสาสมัครในชุมชน เพื่อ“สังคมไทยสังคมผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึง ฟังได้” ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นหลักชัยของสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ปี 2559 รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันความพิการ การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจึงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีการทำบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ในวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 มุ่งเน้นร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพเน้นการบริการด้านการแพทย์เชิงรุกในพื้นที่ โดยในปี พ.ศ. 2559 มีการบริหารจัดการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประมาณ 1,000 แห่งรวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น 500,000 ราย (ร้อยละ 50) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้าน (ร้อยละ 100) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 และพ.ศ. 2561 (สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ ระบบที่ประกันให้ประชาชนทั้งหมดและชุมชนสามารถ เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างมั่นใจ ทั้งการส่งเสริมการป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟู สมรรถภาพและการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพเพียงพอและมีประสิทธิภาพ โดยไม่มีปัญหา ด้านค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการ โดยรวมมีความหมายครอบคลุมวัตถุประสงค์ใหญ่ ๆ 3 ประการ คือ 1) ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยทุกคนที่มีความจำเป็นรับบริการควรได้รับบริการ ไม่ใช่เฉพาะผู้ที่สามารถจ่ายได้ 2) บริการต้องมีคุณภาพเพียงพอที่จะทำให้สุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้น และ 3) ทุกคนควรได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายหรือความเสี่ยงทางการเงินเมื่อเจ็บป่วยเพื่อให้มั่นใจว่า จะไม่ล้มละลายจากการใช้บริการคณะกรรมการหลักๆ โดย สปสช. เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับประเทศมีกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือ การลงทะเบียนสิทธิของประชาชน การกำหนดสิทธิประโยชน์ การจัดหาหน่วยบริการให้ประชาชน การจัดซื้อบริการสาธารณสุข (การบริหาร จัดการกองทุน) การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ การจัดให้มีระบบสารสนเทศและข้อมูล การติดตามและประเมินผล การปกป้องสิทธิและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของ สปสช. อาจยังมีช่องว่างหรือไม่ทั่วถึงรวมถึงอาจมีปัญหาคู่ปรกอื่น ๆ อีกมาก ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการการประสานกำหนดให้ อปท. เป็นผู้ดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จะช่วยปิดช่องว่างและเพิ่มการเข้าถึง บริการของประชาชนในท้องถิ่น ดังนั้นประกาศคณะกรรมการหลักตั้งตั้งแต่ ปี 2557 จนถึงฉบับปี 2561 จึงออกแบบให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพโดยมีทุนหรืองบประมาณ ที่เป็นการสมทบร่วมกันระหว่าง สปสช. กับ อปท. ที่เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

หรือพื้นที่” เป็นเครื่องมือให้ อบท. เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กร หรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นให้กองทุนฯ เป็นฐานในการดูแลสุขภาพให้กับชุมชนและเป็นทุนหนุนเสริมสร้างประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ (คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

ปัญหาการดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสม ยังขาดการบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลและขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจนโดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุไทยที่ต้องเผชิญในอนาคต คือ การขาดผู้ดูแลอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปหางานทำที่อื่นของสมาชิกวัยแรงงานทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนไม่น้อยถูกทอดทิ้งต้องช่วยตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครัวเรือนมีขนาดเล็กส่งผลกระทบต่อศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีประเด็นคำถามว่า ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างไร ปัญหาและต้องการความช่วยเหลือจากกลไกที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นหรือไม่ ชุมชนท้องถิ่นดำเนินการหรือมีแผนงาน ตลอดจนแสวงหาแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมอย่างไร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สำหรับกลไกที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายต่อไป (การสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการ ครั้งที่ 9 ปี 2560)

อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2560–2565 มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น ร้อยละ 14.2, 14.54 และ 14.85 ตามลำดับ มีผู้สูงอายุ 5,126 คน ได้รับการประเมินเป็นผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในปี 2564 พบว่า กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม 5,023 คน ร้อยละ 97.99 กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน 244 คน ร้อยละ 4.86 และกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง 27 คน ร้อยละ 0.45 โดยมีหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ 1 แห่ง โรงพยาบาลแกดำ ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่งและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 แห่ง และสมัครรับงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น จำนวน 6 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 100 จากข้อมูลเชิงลึก การดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง คณะกรรมการบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข การพัฒนาองค์ความรู้ยังไม่ครอบคลุมทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพแกดำ ชุมชน และภาคีเครือข่าย ยังไม่เข้มแข็ง มีส่วนร่วมน้อย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ, 2564) ดังนั้นด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาระดับการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

1.2.3 เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

1.3 สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในพื้นที่อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

1.4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

1.4.2.1 ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ
- 2) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน
- 3) ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม
- 4) ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร
- 5) ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

1.4.2.2 ตัวแปรตาม คือ การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ (สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่, 2561)

- 1) ด้านการประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล
- 2) ด้านการให้บริการดูแลระยะยาว
- 3) ด้านการบริการดูแลที่บ้าน และชุมชน
- 4) ด้านการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์
- 5) ด้านการประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล

1.4.3 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.4.3.1 ประชากร เป็นคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ทีมผู้ดูแลระยะยาว (ประกอบด้วยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)) และบุคลากรสาธารณสุข ในเขตอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 187 คน (อ้างอิงข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ ตุลาคม 2561)

1.4.3.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ทีมผู้ดูแลระยะยาว (ประกอบด้วยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)) และบุคลากรสาธารณสุข ในเขตอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 128 คน ได้มาโดยการกำหนดขนาดด้วยสูตรของ (Yamane, 1973, p. 727) และการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนและวิธีการจับฉลาก

1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการอยู่ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2565

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

คณะกรรมการ หมายถึง คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีหน้าที่พิจารณาจัดทำกำหนดอัตราค่าบริการและเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหรือหน่วยบริการหรือสถานบริการเข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้าย โดยให้มีองค์ประกอบอย่างน้อย ดังต่อไปนี้ 1) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองท้องถิ่นหรือประธานอนุกรรมการ ผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย 2) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ (2 คน) อนุกรรมการ 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่หรือผู้แทน (1 คน) อนุกรรมการ 4) สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน (1 คน) อนุกรรมการ 5) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในพื้นที่ (1 คน) อนุกรรมการ 6) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข อนุกรรมการ ในพื้นที่ (1 คน) 7) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (1 คน) อนุกรรมการ 8) ปลัดองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่น อนุกรรมการ ที่ได้รับมอบหมาย (1 คน) และเลขานุการ (คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

การบริหารจัดการ หมายถึง การทำให้กลุ่มบุคคลในองค์กรเข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันขององค์กร การจัดการประกอบด้วย การวางแผน การจัดการองค์กร การสรรหาบุคลากร การนำหรือการสั่งการ และการควบคุมองค์กรหรือความพยายามที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน การจัดการทรัพยากร ประกอบด้วย การใช้งานและการจัดวางทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรการเงิน ทรัพยากรเทคโนโลยี และทรัพยากรธรรมชาติ และยังช่วยการบริหารให้กับองค์กรต่าง ๆ ให้เจริญรุ่งเรือง (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2555)

การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะ ยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยสรุป คือ เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาลในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่าและมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น (คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือตามเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือชุมชนโดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ

การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยให้สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหน่วยบริการหรือสถานบริการเพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่

1. ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) หมายถึง ประเมินและวางแผนโดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ประกอบด้วยแผนการดูแล

2. ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมหมอบรรเทา หมายถึง การดูแลและให้บริการโดยบุคลากรสาธารณสุข (Care Manager) ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย ประกอบด้วย การดูแลด้านการพยาบาล บริการสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลด้านโภชนาการ การดูแลด้านเภสัชกรรม และการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็น

3. บริการดูแลที่บ้าน ชุมชนและให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หมายถึง การดูแลโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ประกอบด้วย การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดสภาพแวดล้อม

4. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ หมายถึง อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยประกอบด้วย ที่นอนลม ชุดให้ออกซิเจน เตียงปรับระดับ ชุดดูดเสมหะ ฯลฯ

5. ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล หมายถึง การประเมินอาการโดยรวมและประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย

ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง เงื่อนไขและปัจจัยที่ส่งผลการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำเร็จ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ หมายถึง ภาครัฐมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการบริหารจัดการกองทุน ภาครัฐสนับสนุน โดยมีระเบียบ กฎหมาย และแผนงานรองรับในบริหารจัดการกองทุน กำหนดหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบ ตลอดจนประสานความร่วมมือกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน ในบริหารจัดการกองทุน การพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานร่วมและผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุน สนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอ ในการบริหารจัดการกองทุน

2. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน หมายถึง เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับส่วนราชการ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน เปิดโอกาสให้ประชาชนได้การตัดสินใจร่วมกับการบริหารจัดการกองทุน รับฟังปัญหาและความต้องการของประชาชนและวางแผนการทำงานร่วมกัน มีการประเมินผล ตรวจสอบการทำงานจากภาคประชาสังคมและชุมชน

3. ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม หมายถึง คณะกรรมการมีการวางแผนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน มีการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงาน มีความเอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ เสียสละในการปฏิบัติงานมีการประเมินผลการทำงานร่วมกันและร่วมกันพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

4. ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร หมายถึง หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอต่อการดำเนินโครงการ มีการวางแผน กำหนดโครงสร้าง หน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำงาน หน่วยงานภาครัฐมีบุคลากรอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงานมีการวางแผนระดมความคิดก่อนการจัดทำโครงการที่เป็นประโยชน์

5. ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง บุคลากรได้รับการอบรมชี้แจงรายละเอียดงานก่อนปฏิบัติงาน เข้าใจระเบียบ กฎหมาย ในการปฏิบัติงาน มีการพัฒนาต่อยอด เรียนรู้สิ่งใหม่และนำมาปรับใช้ในการทำงาน มีการจัดโครงสร้างบุคลากรตามความสามารถเพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงานมีการทบทวนการทำงานและปรับปรุงการดำเนินงานอยู่เสมอ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบถึงระดับการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากองทุนต่อไป

1.6.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม ไปใช้ในการส่งเสริมและบริหารจัดการกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6.3 ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. นโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care: LTC)
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการ
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุน
5. บริบททั่วไป
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 นโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care: LTC)

2.1.1 ความเป็นมา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ราว 10 ล้านคน จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวมในอีกสิบและสิบสี่ปีข้างหน้าตามลำดับและสังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตามนิยามของสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2568 กล่าวคือ ทุก ๆ 5 คนที่เดินผ่านไปจะมีผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 1 คน และทุก ๆ 100 คน ที่เดินผ่านไปจะมีผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไป ถึง 14 คน โดยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน ในปี 2583 ขณะเดียวกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน อายุเฉลี่ยของหญิงไทย อยู่ที่ 78.4 ปี ในขณะที่ชายไทย มีอายุเฉลี่ย 71.6 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2558) ซึ่งจากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คน ในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และอีก ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเรียกว่า กลุ่มติดบ้านติดเตียงและต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมจากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทยร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่องในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงและจากขนาดครัวเรือนที่เล็ก มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมืองสตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น โดยหากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงาน

ต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของภาวะพึ่งพิงนั้น พบว่า จากเดิมที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คนคอยดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้า สัดส่วนดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คนที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน(คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้น ภาพผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้านและขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้จำกัด ภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง ภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียวเพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแลก็เป็นภาระของผู้ดูแลไม่น้อย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุได้จากไปแล้วอาจส่งผลต่อการเสียโอกาสในด้านต่าง ๆ ทางสังคมของผู้ดูแลได้ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมาอยู่ในภาวะตั้งรับ สามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัดและเป็นในรูปการสงเคราะห์ชั่วคราวไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 60,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565 เหล่านี้คือ ความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) ขึ้นมารองรับระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์การเกิดขึ้นของนโยบายของระบบการดูแลระยะยาวส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุมติภาวะการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในการประชุมและเป็นมติสมัชชาในที่สุด โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญ คือ ให้อำนาจหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลักและคณะกรรมการมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ในขณะที่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ในระดับตำบลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่างล้วนเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบเพื่อไปสนับสนุน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้นและเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน โดยมีเป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ คือ 1) ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรองและมีระบบส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแลระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาวให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง 3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจรตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาวให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง 3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

อย่างครบวงจร 4) ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (Respite Care)/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) 5) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัวหลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ จึงมีดังนี้

1. มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

2. การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ ในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุนยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง

3. ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ อาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

4. ทุกพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น ดังนั้นการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ดังนี้

4.1 เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว)

4.2 คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต

4.3 สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

4.4 พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager, CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารของ อปท. แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ พัฒนามาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า อปท. เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่าง ๆ สู่ชุมชน ปัจจุบันกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ อปท. เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่าง ๆ ในชุมชน ขณะเดียวกันยังมีเครือข่ายสุขภาพอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีการสำรวจโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้าน

และกลุ่มติดเตียงจากนั้นผู้จัดการระบบฯ ประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุแต่ละรายซ้ำและประเมินความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขและจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น จากนั้นจะทำการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ ผู้จัดการระบบฯ ต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายรวมถึงกำหนดบทบาทว่าภาคีใดต้องเข้าไปสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างไร ระบบการดูแลจะครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข โดยในกลุ่มติดเตียงซึ่งมีภาวะพึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวันส่วนกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเคลื่อนไหวได้บ้างจะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระการดูแลในระยะยาวทางเลือกของรูปแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่เหมาะสมกับการนำมาปรับใช้กับสังคมไทย จึงมี 2 ทางเลือก ได้แก่

1. การใช้โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเป็นฐาน ข้อดีของทางเลือกนี้ คือ สามารถเริ่มงานได้ทันที เนื่องจากประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพและเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่อยู่แล้ว แต่มีข้อเสีย คือ การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงต้องบูรณาการด้านสาธารณสุขและสังคมเข้าด้วยกันถ้าเริ่มด้วยแนวทางนี้ โอกาสที่จะบูรณาการในระยะยาวจะทำได้ยากและต้องลงทุนสร้างตัวระบบซึ่งค่อนข้างแพง สร้างภาระทางการเงินสูงมากประมาณ 146,000 บาท/คน/ปี ซึ่งเกินกำลังงบประมาณที่รัฐจะจัดการได้ จึงนำมาสู่การสร้างระบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ด้วยทางเลือกที่ 2 คือ การให้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีข้อดี คือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนในครอบครัวในท้องถิ่น จึงสามารถใช้ อปท. เป็นกลไกในการจัดการและเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพซึ่งในระยะแรกอาจทำงานค่อนข้างยากเพราะยังเป็นงานใหม่ สำหรับ อปท. ระบบสนับสนุน และระบบตรวจสอบ โดยทางเลือกนี้จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 16,000 บาท/คน/ปี ซึ่งอยู่ในวิสัยที่รัฐสามารถบริหารจัดการได้ โดยมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าทางเลือกที่หนึ่งถึง 10 เท่า สปสช. โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติให้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ท้องถิ่นเป็นฐานภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการ โดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขเป็นการบูรณาการการจัดบริการสาธารณสุขกับบริการทางสังคมเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งได้ออกแบบระบบให้มีความยืดหยุ่นและเอื้อต่อการบูรณาการงานในพื้นที่ โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงินและความยั่งยืนในระยะยาวในปี 2559 รัฐบาลมีนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สปสช. เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ ของ อปท. ประมาณ 1,000 แห่งรวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น 500,000 ราย (ร้อยละ 50) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้านราย (ร้อยละ 100) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี 2560 และ 2561 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแล ดังนี้

1.1 บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด

1.2 บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล ได้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสปสช. เพื่อสนับสนุนให้ อปท. สามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบได้ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ได้มีการจัดทำข้อตกลงการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) และจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน Activities of Daily Living (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชุดเซviceค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการ

จากการทบทวนและศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีการบริหารจัดการ ผู้วิจัยสามารถรวบรวม ได้ดังนี้

2.2.1 ความหมายของการบริหารจัดการ

ธงชัย สันติวงษ์ (2543) กล่าวว่า “การบริหาร” (Administration) มีรากศัพท์มาจาก ภาษาลาติน “Administatrae” หมายถึง ช่วยเหลือ (Assist) หรืออำนวยความสะดวก (Direct) การบริหาร มีความสัมพันธ์หรือมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า “Minister” ซึ่งหมายถึง การรับใช้หรือผู้รับใช้ หรือผู้รับใช้รัฐ คือ รัฐมนตรี สำหรับความหมายดั้งเดิมของคำว่า Administer หมายถึง การติดตาม ดูแล สิ่งต่าง ๆ ส่วน “การจัดการ” (Management) นิยมใช้ในภาคเอกชนหรือภาคธุรกิจซึ่งมีวัตถุประสงค์ ในการจัดตั้งเพื่อมุ่งแสวงหากำไร (Profit) หรือกำไรสูงสุด (Maximum Profits) สำหรับผลประโยชน์ ที่จะตกแก่สาธารณะถือเป็นวัตถุประสงค์รองหรือเป็นผลพลอยได้ (By Product)

การบริหาร บาคครั้งเรียกว่า การบริหารจัดการ หมายถึง การดำเนินงาน หรือปฏิบัติงาน ใด ๆ ของหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ (ถ้าเป็นหน่วยงานภาคเอกชน หมายถึง ของหน่วยงาน หรือบุคคล) ที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งของและหน่วยงานโดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น 1) การบริหารนโยบาย (Policy) 2) การบริหารอำนาจหน้าที่ (Authority) 3) การบริหารคุณธรรม (Morality) 4) การบริหาร ที่เกี่ยวข้องกับสังคม (Society) 5) การวางแผน (Planning) 6) การจัดองค์การ (Organizing) 7) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Staffing) 8) การอำนวยความสะดวก (Directing) 9) การประสานงาน (Coordinating) 10) การรายงาน (Reporting) และ 11) การงบประมาณ (Budgeting) เช่นนี้ เป็นการนำ “กระบวนการบริหาร” หรือ “ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร” ที่เรียกว่า (PAMS-POSDCORB) แต่ละตัวมาเป็นแนวทางในการให้ความหมาย

อาจให้ความหมายได้อีกว่า การบริหาร หมายถึง การดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานใด ๆ ของหน่วยงานของรัฐ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งของ และหน่วยงานโดยครอบคลุมเรื่อง ต่าง ๆ เช่น 1) การบริหารคน (Man) 2) การบริหารเงิน (Money) 3) การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) 4) การบริหารงานทั่ว ๆ ไป (Management) 5) การบริหารการให้บริการประชาชน (Market) 6) การบริหารคุณธรรม (Morality) 7) การบริหารข้อมูลข่าวสาร (Message) 8) การบริหารเวลา (Minute) และ 9) การบริหารการวัดผล (Measurement) เป็น “ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร” ที่เรียกว่า 9M นอกจากนี้แล้วยังอาจนำปัจจัยอื่นมาใช้เป็นแนวทางในการให้ความหมายได้อีก เป็นต้นว่า 4M ซึ่งประกอบ การบริหารคน (Man) การบริหารเงิน (Money) การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) การบริหารงานทั่ว ๆ ไป (Management) และ 5 ป ซึ่งประกอบด้วย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ประหยัด ประสานงาน และประชาสัมพันธ์

ธงชัย สันติวงษ์ (2543) กล่าวถึง ลักษณะของงานบริหารจัดการไว้ 3 ด้าน คือ

1. ในด้านที่เป็นผู้นำหรือหัวหน้างาน งานบริหารจัดการ หมายถึง ภาระหน้าที่ของบุคคล ใดบุคคลหนึ่งที่ปฏิบัติตนเป็นผู้นำภายในองค์กร
2. ในด้านของภารกิจหรือสิ่งที่ต้องทำ งานบริหารจัดการ หมายถึง การจัดระเบียบ ทรัพยากรต่าง ๆ ในองค์กรและการประสานกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยกัน

3. ในด้านของความรับผิดชอบ งานบริหารจัดการ หมายถึง การต้องทำให้งานต่าง ๆ ลุล่วงไปด้วยดีด้วยการอาศัยบุคคลต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

วิจิตร ศรีสอาน (2546) ได้ให้ความเห็นระหว่างการบริหารและการจัดการไว้ว่า การบริหารและการจัดการไม่ได้มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ การบริหาร มักนิยมแปลเป็นไทยว่า การบริหาร ส่วนการจัดการมักนิยมแปลว่าการจัดการ บางครั้งก็แปลว่าการบริหารเหมือนกัน ดังนั้น คำสองคำนี้มีความหมายเหมือนกันแต่การบริหารมักนิยมในการบริหารราชการหรืองานภาครัฐ ส่วนการจัดการนั้นนิยมให้เกี่ยวกับงานด้านธุรกิจแต่ความแตกต่างมักจะมองที่ระดับของการบริหาร

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2548) กล่าวว่า การบริหารจัดการ (Management Administration) การบริหารการพัฒนา (Development Administration) แม้กระทั่งการบริหารการบริการ (Service Administration) แต่ละคำมีความหมายคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกันที่เห็นได้ชัดเจนมีอย่างน้อย 3 ส่วน คือ

1. ล้วนเป็นแนวทางหรือวิธีการบริหารภาครัฐที่หน่วยงานของภาครัฐ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ นำมาใช้ในการปฏิบัติราชการเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารราชการ

2. มีกระบวนการบริหารงานที่ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การคิด (Thinking) หรือการวางแผน (Planning) การดำเนินงาน (Acting) และการประเมินผล (Evaluating)

3. มีจุดมุ่งหมายปลายทาง คือ การพัฒนาประเทศไปในทิศทางที่ทำให้ประชาชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งประเทศชาติมีความเจริญก้าวหน้าและมั่นคงเพิ่มขึ้น สำหรับส่วนที่แตกต่างกัน คือ แต่ละคำมีจุดเน้นต่างกัน กล่าวคือ การบริหารจัดการเน้นเรื่องการนำแนวคิดการจัดการของภาคเอกชน เข้ามาในการบริหารราชการ เช่น การมุ่งหวังกำไร การแข่งขัน ความรวดเร็ว การตลาด การประชาสัมพันธ์ การจูงใจด้วยค่าตอบแทน การลดขั้นตอน และการลดวิธีการ เป็นต้น ในขณะที่การบริหารการพัฒนาให้ความสำคัญเรื่องการบริหารรวมทั้งการพัฒนานโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมของหน่วยงานของภาครัฐ ส่วนการบริหารการบริการเน้นเรื่องการอำนวยความสะดวกและการให้บริการแก่ประชาชน

อย่างไรก็ตามในทางวิชาการ คำว่า การบริหาร และการจัดการ ไม่ได้มีความแตกต่างกันตามที่ดังกล่าวไว้ข้างต้น คำว่า การจัดการก็ใช้กับหน่วยงานราชการ หรือองค์กรภาครัฐและใช้ดำเนินการในระดับนโยบายเช่นกัน ทั้งนี้เพราะแนวคิดการจัดการสมัยใหม่เน้นการผสมผสานองค์ความรู้ทั้งศาสตร์ การบริหาร และศาสตร์การจัดการ ตลอดจนพฤติกรรมศาสตร์เข้าด้วยกันอย่างแยกไม่ออก ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้คำว่า “การจัดการ” ซึ่งมีความหมายเดียวกับคำว่า การบริหาร และการจัดการ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา

2.2.2 กระบวนการบริหาร

ในหลักการบริหารองค์การ กระบวนการบริหารเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้องค์กรมุ่งสู่ความสำเร็จมีผู้ที่ทำการศึกษาได้ให้ความเห็นไว้หลากหลายแนวคิด พอสรุปได้ดังนี้

วิจิตร ศรีสอาน (2536) กล่าวว่า ตามทฤษฎีองค์การ ในการจัดการนั้น ถือว่าองค์ประกอบสำคัญ มีสองส่วน คือ “งาน” และ “คน” ในขณะที่ทรัพยากรการบริหารที่สำคัญมี 4 อย่าง หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า 4Ms ซึ่งได้แก่ บุคลากร (Man) เงิน (Money) วัสดุ อุปกรณ์ (Material) และการจัดการ (Management) หากมีการบริหารจัดการปัจจัย ทั้ง 4 ด้าน อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือตามเป้าหมายที่วางไว้โดยเฉพาะถ้าหากมีการบริหารจัดการ “งาน” และ “คน” อย่างมีประสิทธิภาพ 4M in Production Process ปัจจัยในกระบวนการผลิต 4 ด้าน ในการผลิต

จะมีขั้นตอนควบคุมการผลิตเป็นสิ่งสำคัญเพื่อที่จะสร้างความเชื่อมั่นในผลผลิตที่ได้ให้เกิดกับลูกค้า ดังนั้นในกระบวนการผลิตจะเน้นเรื่องของความสามารถในการควบคุมการผลิต โดยมีเป้าหมายที่จะควบคุมให้การผลิตมีคุณภาพที่ดี มีความสม่ำเสมอสามารถผลิตสินค้าได้ตรงตามเป้าหมายในการจัดการกับปัจจัย หรือตัวแปรในการผลิตโดยทั่วไปแล้วมักจะให้ความสำคัญกับการควบคุมปัจจัยหลักที่สำคัญ 4 กลุ่ม ได้แก่ Man, Method, Material และ Machine หรือที่มักนิยมเรียกว่า 4M เพราะปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการผลิตได้รายละเอียดปัจจัยในแต่ละกลุ่ม

1. ทรัพยากรมนุษย์ (Man) คือ คนงาน พนักงาน หรือบุคลากรทั้งจากภายในและภายนอก ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่สุดเพราะการผลิตหรือดำเนินการใด ๆ จะต้องเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยคน ทั้งในด้านความคิด การวางแผน การดำเนินการ หรือจัดการทำให้เกิดการผลิตหรือกิจกรรมทางธุรกิจทุกรูปแบบการพัฒนาคนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจ การบริหารกำลังคนต้องมีการพัฒนาคนด้านความรู้ ทักษะ และวางแผนการใช้คนให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลกับงานให้มากที่สุด

2. วิธีปฏิบัติงาน (Method) คือ วิธีการ ขั้นตอน หรือขบวนการในการทำงาน หรือการผลิต ซึ่งปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญเป็นอันดับต่อมาเพราะความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมที่มีนั้นจะต้องมาจากการปฏิบัติงานและขั้นตอนของการผลิตหรือการดำเนินธุรกิจที่ดี ต้องมีการจัดการ การวางแผน การติดตาม การตรวจสอบ และการควบคุมการผลิตหรือการดำเนินกิจกรรม โดยกำหนดให้มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานที่ดีมีประสิทธิภาพการบริหารวิธีปฏิบัติงานต้องมีการพัฒนาขั้นตอนการทำงานนำเอาความรู้เทคโนโลยีใหม่และวางแผนขบวนการทำงานให้ดี มีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก ประหยัดเวลา สามารถติดตามตรวจสอบได้ง่ายและกระบวนการจัดการบริหารควบคุม เพื่อให้งานทั้งหมดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิด

3. วัสดุ (Material) คือ วัสดุสิ่งของ วัตถุดิบ ชิ้นส่วนอะไหล่ ผลิตภัณฑ์ บริการ หรืออุปกรณ์อื่น ๆ ซึ่งมีส่วนนำมาใช้ในการผลิตสินค้า เป็นสิ่งสำคัญอันดับต่อมาเพราะทุกธุรกิจต้องอาศัยสิ่งที่ได้ในกลุ่มนี้มาใช้ในการผลิต ดังนั้นต้องรู้จักบริหารจัดการวัตถุดิบให้มีประสิทธิภาพสามารถมีเพียงพอในการผลิตบริหารจัดการให้ได้ต้นทุนที่ต่ำในการผลิตและทำให้ธุรกิจได้ผลกำไรสูงสุด การบริหารวัสดุในการดำเนินงานว่าทำอย่างไรให้สิ้นเปลืองทรัพยากรในการผลิตให้น้อยที่สุด หรือการใช้ให้เกิดประโยชน์คุ้มค่าสูงสุด

4. เครื่องจักร (Machine) คือ เครื่องจักร เครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการผลิตในส่วนนี้แม้จะเป็นส่วนสุดท้ายของปัจจัย เนื่องจากหากพิจารณาในเรื่องการผลิตจะสามารถทำได้แม้จะมีเพียงปัจจัยใน 3 ส่วนแรก แต่การผลิตก็อาจจะยังมีข้อจำกัดในเรื่องความสามารถ อาจไม่สามารถทำการผลิตได้ในปริมาณที่มากหากขาดเครื่องมือเครื่องจักรมาช่วย เพราะปัจจัยในกลุ่มนี้จะเป็นส่วนที่มาช่วยเติมเต็มในส่วนที่ความสามารถของมนุษย์ไม่สามารถทำได้ เช่น ระยะเวลาทำงานที่ต่อเนื่อง ความถูกต้องแม่นยำ ความเร็วในการผลิต ความสม่ำเสมอที่เป็นมาตรฐาน หรือความทนทานในบางสถานการณ์ที่มนุษย์ทำไม่ได้ เช่น สภาพอากาศในที่อุณหภูมิสูงหรือต่ำ สภาพแวดล้อมอากาศที่มีก๊าซพิษ เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นว่าหลายครั้งที่ความสำเร็จในการผลิตจะตัดสินได้จากปัจจัยในกลุ่มนี้ หรือกล่าวได้ว่าใช้ปัจจัยในกลุ่มนี้เป็นตัวที่ใช้ชี้ขาดความสำเร็จของงานได้เลยการบริหารเครื่องจักร โดยให้มีการใช้เครื่องจักรให้เกิดความคุ้มค่า มีการควบคุมคุณภาพเครื่องจักร การดูแลรักษา การปรับปรุง

สภาพการทำงานให้ที่อยู่เสมอเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลกับงานให้มากที่สุด โดยเน้นคุณภาพ ความเที่ยงตรงสูง ใช้เวลาน้อย และมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดจากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าปัจจัยในกระบวนการผลิต (Factors in Production Process: 4M) เรื่องของคนถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะมีผลกับการผลิต และปัจจัยต่าง ๆ ก็จะมีคามสำคัญมากน้อยตามลำดับความเหมาะสมในแต่ละองค์กร ขึ้นอยู่กับความต้องการ ความสามารถ และการจัดการขององค์กรเหล่านั้นว่ามีการบริหารจัดการที่ดีหรือไม่ จากการศึกษา 4M มีความสำคัญจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการผลิตได้ ดังนั้นบางครั้งเราจะเห็นว่า มีลูกค้าบางราย มักจะกำหนดให้ผู้ผลิตต้องมีการควบคุมการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยเหล่านี้ โดยเมื่อไรที่ผู้ผลิตต้องการเปลี่ยนปัจจัยเหล่านี้จะต้องทำการแจ้งให้ลูกค้ารับทราบและให้เขานุมัติก่อน

วิรัช วิรัชนิการวรรณ (2545) กล่าวว่า ในปัจจุบันได้มีผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารหลายท่าน ได้พยายามสรุปกระบวนการบริหารว่า มีทั้งหมด 8 ประการ ได้แก่

1. การวางแผน (Planning) เป็นหน้าที่แรกในการบริหารงานเพื่อกำหนดแนวทางการบริหารดำเนินงานสำหรับอนาคต ซึ่งแผนงานและวัตถุประสงค์จะบอกให้ทราบถึงจุดมุ่งหมาย และทิศทางขององค์การหน่วยงานและผู้ปฏิบัติ

2. การตัดสินใจ (Decision Making) ผู้บริหารต้องตัดสินใจเลือกกลยุทธ์หรือวิธีการดำเนินงานจากทางเลือกหลาย ๆ วิธี โดยเฉพาะอย่างยิ่งยุคโลกาภิวัตน์ด้วยแล้ว การตัดสินใจอย่างชาญฉลาด และมีจริยธรรมเป็นสิ่งที่ทำทนายสำหรับผู้บริหารทุกคน

3. การจัดระเบียบองค์การ (Organization) ผู้บริหารต้องพิจารณาโครงสร้างต่าง ๆ ขององค์การ เช่น สายบังคับบัญชา การแบ่งงาน และการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ในการบริหารองค์การ ดังนั้นการจัดระเบียบองค์การอย่างระมัดระวังและเหมาะสม จะช่วยประกันให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การบริหารงานบุคคล (Staffing) การบริหารงานบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรมเกี่ยวกับการสรรหา การฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นหน้าที่ที่ผู้บริหารจะต้องรับผิดชอบ

5. การสื่อสาร (Communication) ผู้บริหารในปัจจุบันต้องรับผิดชอบในการสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความรู้ คำชี้แนะ กฎระเบียบ และข้อมูลที่เป็นต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของงาน โดยยึดกระบวนการสื่อสารสองทางเป็นหลักปฏิบัติ นอกจากนั้นการสื่อสารระหว่างองค์การต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับหน่วยงานทั้งโดยตรงและโดยอ้อมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้บริหารในสภาวะการณ์ปัจจุบันและอนาคต

6. การจูงใจ (Motivating) สิ่งสำคัญสำหรับการบริหารงานในปัจจุบัน ก็คือ การจูงใจบุคคลให้มุ่งมั่นทำงานจนบรรลุวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ได้ด้วยการสนองความต้องการของบุคคล มอบงานที่มีความหมาย ทำทนายความสามารถและให้รางวัลที่มีผลตอบสนองอย่างคุ้มค่า คู่ควรกับผลงาน

7. การเป็นผู้นำ (Leading) ผู้บริหารต้องเป็นผู้นำที่ดีโดยการเป็นตัวอย่างเป็นตัวอย่างสำหรับการบริหารงานในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล

8. การควบคุมการทำงาน (Controlling) การกระทำเพื่อการแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดจากการเปรียบเทียบผลงานจริงกับผลงานที่ต้องการหรือคาดหวังเป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ในการควบคุมของผู้บริหาร

Gulick and Urwick (1973, อ้างถึงใน วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2545) กล่าวถึง แนวคิด กระบวนการบริหาร โปสคอรบ (POSDCoRB) ขั้นตอนการบริหาร 7 ประการ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การบริหารงานบุคคล (Staffing) การอำนวยการ (Directing) การประสานงาน (Coordinating) การรายงาน (Reporting) และการงบประมาณ (Budgeting)

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำที่ใช้เรียกบุคคลว่า ชราหรือสูงอายุนั้น โดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกแทนบุคคลที่มีอายุมากผมขาว หน้าตาเหี่ยวแห้ง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542, น. 347) ให้ความหมายของคำว่าชราว่าแก่ด้วย อายุขจรุดทรุดโทรมแต่คำนี้ไม่เป็นที่ยอมรับเพราะก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และท้อแท้สิ้นหวัง ทั้งนี้จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธานได้กำหนดคำให้เรียกว่า ผู้สูงอายุแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้เป็นคำที่มีความหมายยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพกว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์มากกว่า สूरกุล เจนอบรม (2541, น. 6-7) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุไว้ว่าบุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมารวมพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง
4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

เสาวลักษณ์ แยมตรี, ชุมพล พลนรา และอานนท์ แยมตรี (2542, น. 4) ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายในช่วงอายุของมนุษย์และดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ ประเทศไทยกำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นผู้สูงอายุและถือเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการปลดเกษียณอายุราชการด้วยความสูงอายุเมื่อเกิดกับผู้ใดจะมีลักษณะ ดังนี้

1. ผิวหนังเหี่ยวแห้ง ผมหงอก ฟันโยก ผู้หญิงหมดประจำเดือน และมีความเสื่อมโทรมปรากฏให้เห็นโดยทั่วไป
2. มีความรู้สึกเรียวแรงอ่อนลง เหนื่อยง่าย มองภาพไม่ชัด หูตึง รับรส กลืนน้อยลง ความจำเสื่อม เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ช้า ขาดความคล่องแคล่ว การทำงานลดลง เจ็บป่วยง่าย

3. ขาดความมั่นใจในตนเอง วิตกกังวลง่าย หงอยเหงา ใจน้อย บางครั้งซึมเศร้า แยกตัวหรือบางคนอาจพูดมาก เพื่อเจ้อ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544, น. 10-11) ได้เสนอข้อคิดเห็น ของ (Barrow and Smith, 1979) ว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุแต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงาน เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลบางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด ในผู้สูงอายุ คือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุ มองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวันสิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพโดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไป จึงกำหนดว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความมกอดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้นยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความมกอดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปีขึ้นไป

Murray and Zentner (1985, pp. 4-5, อ้างถึงใน ธีราธร ดวงแก้ว และศิริธัญญา เดชอุดม, 2550, น. 11) อธิบายว่า ผู้สูงอายุหรือวัยสูงอายุเป็นภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้นโดยพิจารณา ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป และถือว่าวัยนี้เป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย

James and Renner (1977, pp. 4-5, อ้างถึงใน เพ็ญผกา กาญจนโณภาส, 2541, น. 11) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ว่าหมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิตและได้แบ่งระดับของความสูงอายุ ออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุดามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุดามวัยตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป
2. การสูงอายุดามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น
3. การสูงอายุดามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซอาน์ปัญญาและลักษณะที่ปรากฏในระยะเวลาต่าง ๆ ของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. การสูงอายุดามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญในฐานะผู้ที่มีประสบการณ์

United Nation (1995, pp. 2-3) จากการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติในองค์การสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. 1995 United Nation Conference on Aging ใช้คำว่า “Older Person” สำหรับเรียกผู้สูงอายุและได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยพิจารณาจากกระบวนการทางชีววิทยาที่เป็นช่วงสุดท้ายของวัฏจักรชีวิตของเรา โดยเฉพาะในระยะ 1 ใน 3 หรือ 1 ใน 4 ของช่วงอายุของเรา จะมีความสูญเสียทางจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมมากที่สุด

Cavanaugh (1996, อ้างถึงใน ธรรธร ดวงแก้ว และศิริธัญญา เดชอุดม, 2550, น. 11) องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization: WHO) ใช้คำว่า “Elderly” สำหรับเรียกผู้สูงอายุและได้รับความหมายว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับความหมายขององค์การสหประชาชาติและได้แบ่งช่วงของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงด้วยกัน คือ ช่วงที่หนึ่ง เรียกว่า “The Elderly” เป็นช่วงอายุระหว่าง 60-75 ปี ช่วงที่สอง เรียกว่า “The Old” หมายถึง ช่วงอายุระหว่าง 76-90 ปี และช่วงสุดท้าย เรียกว่า “The Very Old” หมายถึง ช่วงอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป

สรุปแล้วผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมลงมีบทบาททางสังคมและกิจกรรมทางอาชีพที่ลดลง

2.3.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสรีระ ด้านจิตใจ และด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้สามารถสรุป (โกศล วงศ์สวรรค์, สุธิธา ตูลยะเสถียร, และสถิต วงศ์สวรรค์, 2544, เพื่อนช่วยจำ, 2551 และจินตนา สงค์ประเสริฐ, 2538) ได้ดังนี้

2.3.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในทุกๆระบบหน้าที่ของร่างกายซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนน้อยลง เซลล์ที่เหลืออยู่เจริญช้าลงทำให้การหายของแผลช้าลง การทำงานของตัวรับการกระตุ้นที่ผิวหนังและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลายลดลง จึงทำให้เกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย ผิวหนังขาดการตั้งตัว ไขมันใต้ผิวหนังลดลงที่บริเวณใบหน้าและหลังมือแต่เพิ่มขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา รวมทั้งการกดทับเส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนัง จะหนา การซึมผ่านของออกซิเจน อาหารเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อต่ำ ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง

ผมและผมมีจำนวนน้อยลงเมลานินซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมลดลงทำให้ผมและผมทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีขาวหรือสีเทา เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตบริเวณศีรษะลดลง (Squire)

2) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น มีผลทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนที่ของร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของเอนไซม์ในกล้ามเนื้อลดลง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นและไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน เช่น ชายโครง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง ทำให้กระดูกผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย แม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุความยาวของกระดูกสันหลังลดลงและพุงมากขึ้น เพราะหมอนรองกระดูกบางลงทำให้เกิดหลังค่อมและเอียงมากขึ้นความสูงลดลง 2 นิ้ว จากอายุ 20-70 ปี (1.2 เซนติเมตร ทุก 20 ปี) ความยาวของกระดูกยาวคงที่แต่ภายในจะกลวงมากขึ้น การทรงตัวไม่ดี ไม่กระฉับกระเฉง ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นสาเหตุทำให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกันเกิดข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย

3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังพืดไขมันและสารไลโปฟุสซินมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดีเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ผนังหลอดเลือดหนาและมีความยืดหยุ่นน้อยลงเพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความแรงของชีพจรลดลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

4) ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและหลอดลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดลดลงเพราะมีเส้นใยอีลาสตินลดลง ความแข็งแรงและการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง เนื้อหุ้มปอดแห้งทึบ ทำให้ปอดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย เกิดโรคถุงลมโป่งพองง่าย หลอดลมแข็งขาดความยืดหยุ่นทำให้หายใจหอบเหนื่อยได้ง่าย

5) ระบบทางเดินอาหาร การผลิตเอนไซม์ และลดลง 1 ใน 3 ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง การผลิตน้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะอาหารลดลง การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็ก วิตามินบี 2 ลดลง ผู้สูงอายุเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลงประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลงและผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายที่ไม่มีกาก จึงเป็นเหตุให้เกิดภาวะท้องผูกทำให้เบื่อบ่อย ท้องอืดง่าย ดับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลง จึงเกิดพิษของยาได้ง่ายในผู้สูงอายุปริมาณน้ำดีลดลง รวมทั้งมีความหนืดเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่ายดื่มน้ำที่ใส่มลพิษที่เสื่อมลง ผลิตอินซูลินได้น้อยและที่ผลิตมานั้นมีประสิทธิภาพในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อทำให้น้ำตาลที่เหลือถูกสะสมเป็นไขมันส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจะคงอยู่ในกระแสเลือดและมีบางส่วนเท่านั้นที่ถูกขับออก ผู้สูงอายุจึงเป็นเบาหวานอย่างอ่อนได้หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยหนุ่ม-สาว

6) ระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการกรองของไตลดลงทำให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ทำให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลงทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่ดี กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง จึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากมายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง

มีผลทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุชายมีต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะได้ลำบาก ผู้หญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะในหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

7) ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง มีความสามารถในการผสมกับไข่น้อยลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ไขมันบริเวณใต้ผิวหนังและขนลดลง ผู้สูงอายุหญิงรังไข่จะฝ่อเล็ก มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลง มีเนื้อพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง รอยย่นและความยืดหยุ่นทางช่องคลอดเล็กน้อยทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศและความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดสีขาวซีด เพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลงภายในช่องคลอดมีความเป็นด่างมากขึ้นทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

8) ระบบต่อมไร้ท่อ น้ำหนักของต่อมใต้สมองลดลง 20 เปอร์เซ็นต์ มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนรังไข่เพิ่มขึ้นในผู้หญิงแต่คงที่และเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในผู้ชาย ส่วนการผลิตฮอร์โมนอื่นอาจคงที่หรือลดลง

9) ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ประสิทธิภาพการทำงานทางสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลงทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิด เชื่องช้า บางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทำงานได้ไม่สัมพันธ์กัน อาจทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ง่าย ความจำเสื่อม โดยเฉพาะความจำเรื่องราวใหม่แต่สามารถจำเรื่องราวเก่า ๆ ในอดีตได้ดี โดยความจำเสื่อมจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยในช่วงอายุ 60-70 ปีและค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ การเรียนรู้และความจำ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป โดยความจำประกอบด้วยความจำในอดีต (Remote Memory) คือความจำเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา ความจำในเรื่องปัจจุบัน (Recent Memory) เป็นความจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เรื่องราว ประสบการณ์ หรือข้อมูลที่ได้รับในรอบ 24 ชั่วโมง ความจำเฉพาะหน้า (Immediate Memory) เป็นการจดจำเรื่องที่เกิดขึ้นในทันที ช่วงระยะเวลาอันสั้น (ตัวเลข 5-7 หลัก) ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ ลดลงต้องอาศัยเวลานานในการเรียนรู้สามารถทำงานที่มีประสบการณ์มาแล้วได้ดี ความกระตือรือร้นลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

10) รูม่านตาเล็กลง ปฏิกิริยาตอบสนองทางม่านตาต่อแสงลดลงทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่าง ๆ ไม่ดี ความไวในการมองตามภาพลดลง ความสามารถในการเทียบสีลดลง ทำให้แยกสีที่คล้ายกันได้ยากขึ้น การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

11) การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะสูญเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเป็นคนแยกตัว ช่างสงสัยและวาดระแวงในสิ่งต่าง ๆ

12) การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูกและกระเปาะรับกลิ่นในสมองทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับกลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ เช่น กลิ่นก๊าซรั่ว กลิ่นไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง โดยเฉพาะต่อมรับรสหวาน จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดมากขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร การรับความรู้สึกสัมผัสต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การรับความรู้สึกเจ็บปวด ทั้งภายในและภายนอกร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอันตรายได้ง่ายโดยไม่มีอาการเตือน

เมื่อสภาพร่างกายเสื่อมโทรมลง ทำให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงมาตลอดมีโอกาสเป็นโรคต่าง ๆ ได้มากขึ้นกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เช่น โรคปอดบวม ปอดอักเสบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น นอกจากนี้ เนื่องจากความเสื่อมของการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวที่ไม่สัมพันธ์กันทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อยก็อาจไปทำให้เกิดอันตรายแก่กระดูก หลอดเลือด หรือเส้นประสาททำให้เกิดความพิการติดตามมาอีกด้วย

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมักจะมีหลายโรค (Multiple Pathology and Diseases) และมีการแสดงของโรคที่แตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไป เช่น เป็นปอดบวม แต่อาการและอาการแสดงของปอดไม่ชัดเจน กลับมีอาการซึม สับสน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2535) เมื่อมีหลายโรคก็มักจะไต่ยาพร้อม ๆ กันหลายชนิด ทำให้ร่างกายได้รับผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่าง ๆ เข้าไปอีก นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือกระดูก กล้ามเนื้อได้รับอันตราย ก็จะมีฟันผุและหายใจมีปัญหาอื่น ๆ ตามมา

2.3.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและสังคม การแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกของสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และลักษณะพัฒนาการด้านต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิตและบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล โดยทั่วไปแล้วสภาพความเสื่อมทางอารมณ์และจิตใจ มักจะเกิดควบคู่กันกับการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมทางด้านร่างกายประกอบกับการต้องสูญเสียบทบาท ตำแหน่ง หรือหน้าที่ทางสังคม เช่น การเกษียณอายุ หรือการเคยเป็นผู้เป็นที่พึ่งของลูกหลาน ก็ต้องเปลี่ยนสภาพมาเป็นผู้พึ่งพาลูกหลานแทน การต้องสูญเสียสิ่งที่รักหรือบุคคลอันเป็นที่รัก รวมถึงการขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวหรือทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง จึงทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ (เต็มศักดิ์ คทวนิช, 2550) ประกอบกับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่ ความจำ เขavnปัญญา การเรียนรู้ บุคลิกภาพ และความเจ็บป่วยตาย ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1) ความจำ ความจำเสื่อมถอยลงเป็นปรากฏการณ์เบื้องต้นของการเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยสูงอายุ ความจำต่อสิ่งใหม่ ๆ มีน้อย กระบวนการจำมีเพียงระยะสั้น มักลืมเหตุการณ์ปัจจุบันหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ง่ายแต่พบว่าจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดี การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลังเป็นสิ่งปกติวิสัยในผู้สูงอายุ

2) เขavnปัญญา ความรวดเร็วของการใช้ความคิดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ความแม่นยำยังคงมีเท่า ๆ กับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้นผู้สูงอายุสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นหรือใช้วิจารณญาณได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยความสุขุม จากประสบการณ์และความรู้อันได้รับการสะสมมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ส่วนความสามารถในการคำนวณวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ อาจลดลงแต่ความรู้สึกรู้สึกทั่วไปและที่เกี่ยวกับภาษา ยังคงมีอยู่กระทั้งในบั้นปลายของชีวิต

3) การเรียนรู้ ความสามารถในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความทรงจำ ซึ่งมักจะลดน้อยลงในวัยชรา การรับรู้ และการเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ในบริบทของชีวิตที่มีความซับซ้อนจะเรียนรู้ได้ยาก เช่น เทคโนโลยีใหม่ๆทางด้านสารสนเทศ และการขาดแรงจูงใจจะมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ในระยะนี้

4) บุคลิกภาพ ลักษณะและรูปแบบที่เป็นมาแต่ดั้งเดิมของคุณลักษณะทางบุคลิกภาพจะยังคงไว้แต่ลักษณะเด่นเฉพาะและจะแสดงออกมาในวัยสูงอายุตามอิทธิพลหรือข้อจำกัดทางกายและจิตใจ

5) ภาวะเหงา เป็นภาวะที่แสดงถึงการขาดการสนองตอบโต้ทางอารมณ์จากการศึกษา พบว่า ในวัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 42 เป็นหม้าย ฉะนั้นวัยนี้จะต้องพบกับการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต คือ การสูญเสียคู่สมรสซึ่งจะสร้างความกระทบกระเทือนใจได้สูงมาก การอยู่อย่างโดดเดี่ยวขาดคู่คิดจะทำให้จิตใจหดหู่ รวมทั้งเพื่อนฝูงในวัยเดียวกันก็ได้ล้มหายตายจากไปบ้างแล้วที่เหลืออยู่ ก็อาจจะขาดการติดต่อเนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวยในการเดินทาง จึงต้องอยู่อย่างเหงาหงอยก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต มีอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย สิ้นหวังและอาจเป็นสาเหตุทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายยิ่งอ่อนแอลงได้อีก

6) ความรู้สึกไม่มั่นคง ขาดเสถียรภาพทางจิตใจ (Insecure) ภาวะไม่มีเสถียรภาพทางจิตใจเกิดจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านความคุ้มครองให้ปลอดภัยทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย สะเทือนใจง่าย ด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำให้กลายเป็นคนหุนหันุนใจ ใจน้อย ฉุนเฉียว โกรธง่าย และวุ่นวายในกิจการของผู้อื่น เป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้

7) ความรู้สึกกลัวตาย ความกลัวตายทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้น จึงมักจะต้องพบแพทย์บ่อย ๆ เพราะความกลัวตายนี้ทำให้ผู้สูงอายุหาโรคร้ายไข้เจ็บใส่ตนเอง จนบางครั้งลูกหลานอาจช่นเคืองและรำคาญได้

8) ความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง (Helplessness and Hopelessness) เนื่องจากความเสื่อมของสมรรถภาพ ทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความคิดสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่ลูกหลานให้แก่สังคม อาจกระทำตนให้เป็นประโยชน์แต่ถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจที่ผู้สูงอายุไม่อาจจะยับยั้งได้ความรู้สึกหมดหวังทำให้เกิดความรู้สึกโกรธตนเองอาจกลายเป็นภาวะเศร้าได้ในที่สุด

9) ผู้สูงอายุที่ปรับตัวไม่ได้ อาจเกิดปัญหาทางจิตตามมา ซึ่งปัญหาทางจิตในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย คือ ซึมเศร้า ซึ่งอาการซึมเศร้านี้อาจจะเกิดเนื่องจากภาวะทางจิตโดยตรงหรืออาจเกิดเนื่องจากการมีพยาธิสภาพที่สมองหรือเซลล์สมองเสื่อมร่วมด้วยก็ได้ นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้วโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดคลั่ง (Mania และ Bipolar Disorder) ก็พบได้ แต่มักจะมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยาบางชนิดหรือเป็นผู้ที่ปัญหาทางด้านอารมณ์มาก่อนแล้วนอกจากนี้การที่ประสิทธิภาพการรับรู้ของผู้สูงอายุเสื่อมประกอบกับความไม่สมดุลทางอารมณ์ก็ทำให้เกิดโรคจิตหวาดระแวงได้

โดยสรุปแล้วการเปลี่ยนแปลงทางจิตของผู้สูงอายุมีผลเกี่ยวเนื่องจากความเสื่อมทางกายความสามารถในการปรับตัวปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ตลอดจนภาวะทางเศรษฐกิจ ครอบครัวย และสิ่งแวดล้อม

2.3.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม สังคมของมนุษย์มีการอยู่ร่วมกันมีปฏิริยาโต้ตอบมีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นซึ่งกันและกันและมีความรู้สึกว่าตนเป็นสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคมในผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องการ การยอมรับจากสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่มในครอบครัวและในสังคมแต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมช้าลง เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายจึงทำให้ผู้สูงอายุถูกจำกัดหรือลดความสำคัญ

ทางสังคม โดยสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเหลือแค่เพียงครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่มีความสนใจและค่านิยมคล้าย ๆ กัน เท่านั้น พฤติกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุจะเน้นความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ได้แก่ คู่ครอง บุตร-หลาน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาทในครอบครัวจากเป็นผู้นำหรือหัวหน้าครอบครัว ก็เปลี่ยนมาเป็นที่ปรึกษาของบุตรหลานแทน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว

สังคมไทยในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมยุคอุตสาหกรรมเกิดการเคลื่อนย้ายของกลุ่มผู้ใช้แรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง ทั้งผู้สูงอายุไว้ที่บ้าน ผู้สูงอายุที่เคยใช้ชีวิตที่อบอุ่นในอดีตกับลูกหลานต้องประสบกับปัญหาในการปรับตัวให้กับสังคมสมัยใหม่ มีการใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมากขึ้นก่อให้เกิดความวิตกกังวล หดหู่ น้อยใจ ว้าเหว่ และปัญหาสุขภาพจิตตามมา

2) การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง

วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ได้รับการกระทบกระเทือนใจอยู่เสมอ จากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนสนิท ซึ่งการสูญเสียคู่ชีวิตนับเป็นการสูญเสียที่กระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2543)

3) การปลดเกษียณหรือออกจากงาน

การปลดเกษียณหรือออกจากงานถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เคยรับราชการหรือมีบทบาททางสังคม ทั้งนี้เพราะเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุถูกแยกออกจากงาน เพื่อนร่วมงาน บทบาทและหน้าที่ในสังคมลดลง ตลอดจนเป็นการลดบทบาทการเป็นผู้นำ ผู้หาเลี้ยงครอบครัว ผู้สูงอายุ จึงรู้สึกด้อยค่าในตนเองมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง ขาดการพบปะ ติดต่อกับญาติและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่นและแยกตัวออกจากสังคม

4) การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมไทย เปลี่ยนไปในลักษณะคล้ายกับสังคมตะวันตกมากยิ่งขึ้นเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับบุตรหลาน มีความขัดแย้งกันในระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนในวัยหนุ่มสาวในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมิมีการยึดมั่นขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมดั้งเดิม

จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคมด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องดูแลและรักษาในสุขภาพกาย สุขภาพจิต

2.3.3 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยหนุ่มสาวมีสัดส่วนน้อยลง ทั้งที่ยังมีหน้าที่การงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้งทางด้าน สุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น ปัญหาดังกล่าว นอกจากกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคมในภาพรวมที่ต้องให้การดูแล และให้สวัสดิการผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น การรักษาพยาบาล การให้สวัสดิการต่าง ๆ อีกมากมาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2524, น. 5) ได้เน้นถึงความต้องการของผู้สูงอายุโดยยึดแนวคิด ของ (Clark) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการในสิ่งต่อไปนี้

1. ต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
2. ต้องการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ชุมชน
3. ต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
4. ต้องการเข้าร่วมสนุกกับเพื่อนตามปกติ
5. ต้องการการยอมรับนับถือ
6. ต้องการแสดงออกในผลสำเร็จของตน

ศรีทับทิม รัตนโกศล (2527, น. 4) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยว จะขาดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจรวมทั้งเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคล หรือองค์กรสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุน จากครอบครัวของตนเองควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่มอาสาสมัคร ทั้งองค์การภาครัฐและองค์การภาคเอกชน

2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทประกัน ชราภาพเมื่อเข้าสู่วัยชราและเลิกประกอบอาชีพแล้วจะได้รับบำนาญชราภาพเพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิต อยู่ได้อย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่อัตภาพในบั้นปลายชีวิตไม่เป็นภาระแก่บุตรหลาน และสังคม

3. ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภท ในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้นให้มีโอกาส ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการพัฒนาตนเองในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการปรับปรุง วัฒนธรรมและในการรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. ความต้องการที่ลดการพึ่งพาตนเองให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคมส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมแล้วจะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จัก พึ่งพาตนเองไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายชีวิต

5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่

5.1 ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มสังคม

5.2 ความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัว

และสังคม

5.3 ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่ม ของชุมชน และของสังคม

5.4 ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีกับบุคคลภายในครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้

5.5 ความต้องการมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนปรารถนา

6. ความต้องการทางกายและจิตใจ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัย 4 ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัย โดยเฉพาะความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย คลายจากความวิตกกังวลและความหวาดกลัว ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคม และครอบครัว ความต้องการโอกาสก้าวหน้า โดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของการทำงาน ในบั้นปลายชีวิต

7. ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการได้รับการช่วยเหลือ ด้านการเงินจากบุตรหลาน เพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วยต้องการให้รัฐช่วยจัดหาอาชีพ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้เพื่อตนจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจ ช่วยให้ตนพ้นจากภาวะบีบคั้นของเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

จากแนวความคิดสรุปได้ว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุก็จะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน ทั้งนี้สำหรับการปรับตัวของผู้สูงอายุนั้นจะต้องอาศัยการสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่ายเพื่อจะเป็นการลดปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

2.3.4 ทฤษฎีผู้สูงอายุ

2.3.4.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุการสูงอายุ

ประนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537, น. 9-18) กล่าวว่า นักทฤษฎีในศาสตร์ต่าง ๆ ได้สนใจสาเหตุที่ทำให้มีการสูงอายุ (แก่) เช่น นักชีวภาพ นักจิตวิทยา และสังคมวิทยา นักทฤษฎี ทั้ง 3 สาขา ดังกล่าวได้ยอมรับว่าความรู้จากศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่ง ไม่สามารถที่จะใช้อธิบายกระบวนการสูงอายุที่เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีดังนี้

1) ศาสตร์ด้านชีวภาพ

1.1) ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) สรุปได้ว่า สิ่งมีชีวิตนั้นแก่ขึ้น เพราะมีการถ่ายทอดข้อมูลที่ผิดปกติจากนิวเคลียสของเซลล์ ซึ่งภายในนิวเคลียสของเซลล์มีสารพันธุกรรม DNA มีโครงสร้างเป็นกรดนิวคลีอิก 2 เส้น พันกันเป็นเกลียวคู่ คอยเก็บรักษาหรือข้อความของเซลล์ การถ่ายทอดข้อมูลที่ผิดปกติเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการถ่ายทอดรหัสปกติของ DNA เมื่อมีการผลิตมากเซลล์แก่ขึ้น โอกาสถ่ายทอดผิดพลาดย่อมมีมาก

1.2) ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุไว้ว่าเมื่ออวัยวะมีการใช้งานก็ย่อมมีการเสื่อม

1.3) ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาเคมีในร่างกายกับกระบวนการสูงอายุ ข้อคิดจากการอธิบายของทฤษฎีนี้ คือ การลดกระบวนการเผาผลาญอาหาร การลดอุณหภูมิของร่างกาย เหล่านี้ช่วยให้อายุยืน ดังคำกล่าวที่ว่าสิ่งที่เรารับประทานเข้าไปล้วนมีความหมายอย่างยิ่งใหญ่ต่อการมีอายุยืนของเรา

2) ศาสตร์ด้านจิตวิทยา

อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ได้เปลี่ยนแปลงไปโดยให้ความสนใจต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ โดยอธิบายว่าพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นผลมาจากปัจจัยหลายอย่าง พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของคนแต่ละวัย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล การศึกษาปัจจัยภายในของบุคคลต้องเข้าใจในเรื่องความทรงจำ การรับรู้ และบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งปรากฏการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ในผู้สูงอายุจะผันแปรไปตามการเปลี่ยนแปลงในระดับต่าง ๆ ของร่างกายนับตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ อวัยวะ และระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนในการศึกษาปัจจัยภายนอกของบุคคลด้านจิตวิทยาอธิบายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของเสรีภาพของร่างกายกับสัมพันธ์ภาพของร่างกายมีต่อสังคม ซึ่งเสรีภาพของสังคมนั้นคือ พันธุกรรมของแต่ละบุคคล และส่วนของสังคมนั้น คือ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และโครงสร้างสังคม

ผู้สูงอายุมีเซลล์ประสาทในสมองตายไปมากแต่ขณะเดียวกันจะสะสมประสบการณ์อันเกิดจากการเรียนรู้ไว้มากถ้าผู้สูงอายุเคยมีประสบการณ์ที่ดีในอดีตได้รับการยอมรับที่ดี มีสภาพอารมณ์มั่นคง ก็จะมีผลต่อวัยที่สูงขึ้นมีความรอบคอบสุขุมเกิดขึ้นตามมาด้วยและในด้านจิตวิทยาส่วนใหญ่เชื่อว่าทุกคนทุกเชื้อชาติเมื่อมีอายุมากขึ้นมักจะมีเขาวัวปัญญาเสื่อมลง กล่าวคือ เขาวัวปัญญาพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและต่อจากนั้นจะมีเขาวัวปัญญาเสื่อมลงค่อนข้างคงที่ประมาณ 10 ปี แล้วจึงค่อย ๆ เสื่อมลงซึ่งแนวคิดทางจิตวิทยา ได้แก่

2.1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือมีความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาด้านจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยที่ถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็จะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่ต้องมีความเดือดร้อนแต่ในทางกลับกันถ้าผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบ ผู้สูงอายุผู้นั้นก็มักจะเป็นผู้ที่ไม่ค่อยมีความสุข

2.2) ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยความเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่างอยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดี พอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

นักจิตวิทยายอมรับว่า ในการอธิบายกระบวนการสูงอายุทางด้านจิตวิทยาจะสามารถอธิบายได้ด้วยข้อมูลที่มีและแนวคิดที่สำคัญมากมายหลายประการแต่ความสอดคล้องสัมพันธ์ของข้อมูลและแนวคิดที่จะอธิบายเป็นหนึ่งเดียวยังไม่ชัดเจน

3) ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา

ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา กล่าวว่า คนไม่ได้เป็นผู้คอยแต่รับสิ่งหรือรับผลที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติแต่คนสามารถที่จะเป็นผู้เปลี่ยนแปลงทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง มีทฤษฎีทางสังคมศาสตร์อยู่ 3 กลุ่ม ที่เป็นพื้นฐานอธิบายพฤติกรรมของผู้สูงอายุ คือ กลุ่มที่ 1 การถอยห่าง กลุ่มนี้อธิบายว่าผู้สูงอายุจะถอยห่างจากสังคม กลุ่มที่ 2 การเป็นอิสระ ผู้สูงอายุต้องการมีชีวิตอิสระมากขึ้น และกลุ่มที่ 3 ความร่วมกัน ผู้สูงอายุนั้นจะมีความเหมือนหรือความคล้ายคลึงกันอยู่

3.1) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociology Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคลสัมพันธ์ภาพและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกันกับสังคมในช่วงท้ายของชีวิต (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2539, น. 19) หรือเป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป พยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ถ้าสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วจะทำให้สถานะของผู้สูงอายุถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย และสถานะทางสังคมจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุในสังคมนั้น ซึ่งแนวคิดทางสังคมวิทยาที่สำคัญ ได้แก่

3.1.1) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสภาพทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกถอนตัวออกไปแต่ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมและจิตวิทยาเหมือนกับบุคคลในวัยกลางคน ดังนั้นผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมาความพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจและร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ทำให้สุขภาพดีทั้งกายและใจ กิจกรรมจึงมีความสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้แนะนำถึงการรักษาระดับของ กิจกรรมที่จะคงไว้และให้เหมาะสมกับกระบวนการสูงอายุ เช่น การเล่นเกมที่ใช้สติปัญญาแทนการใช้กำลัง การทำกิจกรรมจะทำให้สภาวะทางกาย จิตใจ และสังคมดีขึ้น จึงควรมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่อไปเพื่อความมั่นคงอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, 2536, น. 57-58)

3.1.2) ทฤษฎีไร้การผูกพัน (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพที่เสื่อมถอยรวมทั้งความตายที่ค่อย ๆ มาถึงผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงหนีถอนตัวออกจากสังคมเพื่อลดความเครียดและพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและบทบาทของสังคมนั้นเป็นการถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่หนุ่มสาวหรือคนที่จะมีบทบาทได้ดีกว่าในระยะแรกนั้น ผู้สูงอายุอาจจะรู้สึกวิตกกังวล มีความบิบบคั้นแต่ในที่สุดผู้สูงอายุก็ยอมรับสภาพใหม่ คือ การไม่เกี่ยวข้องกับสังคมได้ (อัมพร สว่างแจ้ง, 2546, น. 7)

3.1.3) ทฤษฎีแห่งบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องปรับสภาพต่าง ๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ซึ่งเป็นไปแบบวัยผู้ใหญ่ ยอมรับบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์ในรูปแบบของคนสูงอายุและละเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรส เนื่องจากการตายของฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

3.2) ทฤษฎีของการสูงอายุนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (โยธิน แปมจันทึก, 2549, น. 20-24)

3.2.1) ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย 9 ทฤษฎี ดังนี้

3.2.1.1) ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theory)

เชื่อว่าเมื่อเข้าวัยสูงอายุสารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน (Collagen) และไฟบรัสโปรตีน (Fibrous Protein) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกิดการจับตัวกันมากทำให้เส้นใยหดสั้นเข้าปรากฏรอยย่นมากขึ้น ซึ่งถ้าอยู่ตรงบริเวณกระดูกข้อต่อจะมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจน ซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ 30-35 ปี บริเวณที่มีการจับตัว ได้แก่ ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และหัวใจ

3.2.1.2) ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory)

เชื่อว่าเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติได้น้อยลงพร้อมๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้นทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่าย และภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้วและไม่มีการแบ่งตัวใหม่ เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

3.2.1.3) ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) เชื่อว่า

การสูงอายุนั้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะบางส่วน ของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วคนเมื่อมีอายุเท่ากัน

3.2.1.4) ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาด

ของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation and Error Theory) ทฤษฎีแรก กล่าวถึง สภาวะการแบ่งตัว ผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำหรือได้รับ ขนาดสูงทันทีจะมีผลทำให้เซลล์ชีวิตสั้นลง ส่วนทฤษฎีความผิดพลาดเชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเปลี่ยนแปลงในด้านโครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA และเอนไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ขึ้นมาใหม่ เอนไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งภายในเซลล์ มีผลต่อขบวนการเผาผลาญซึ่งอาจเสื่อมหรือสูญเสีย สมรรถภาพถ้าจำนวน RNA ลดลงมากมีผลทำให้เสียชีวิต

3.2.1.5) ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear Tear Theory)

ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักร เชื่อว่าหลังจากการใช้งานครั้งแล้วครั้งเล่า ย่อมมีการสึกหรอแต่สิ่งมีชีวิตต่างจากเครื่องจักรตรงที่สามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเองได้ เนื้อเยื่อ บางชนิด เช่น ผิวหนัง เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เก่า ที่ตายไปอย่างต่อเนื่องเป็นการชะลอความเสื่อมและถดถอยแต่ในระบบเซลล์อื่น ๆ เช่น เซลล์ประสาท และเซลล์กล้ามเนื้อจะไม่มีการเพิ่มเซลล์ใหม่อีก เมื่อเข้าสู่การมีอายุการเสริมสร้างจะต่างจากพวกแรก คือ เป็นการเสริมสร้างภายในเซลล์เดิมประสิทธิภาพการซ่อมแซมจึงด้อยกว่าจึงชะลอความเสื่อมและ ถดถอยได้น้อยกว่าซึ่งจะเห็นว่าถ้าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้างมีการใช้ก็จะทำให้เกิดการหมดอายุ ถ้ามีการใช้มากมีผลทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

3.2.1.6) ทฤษฎีว่าด้วยการอดซึมที่บกพร่อง (Deprivation Theory)

เมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ของระบบ

ต่าง ๆ ภายในร่างกายเป็นผลให้การดูดซึมหรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ในกระแสเลือด ไปสู่เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ไปรับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ อวัยวะต่าง ๆ จึงเสื่อมลง

3.2.1.7) ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory)

กล่าวว่า ในน้ำเหลือง (Serum) ของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุ พบว่า มีการสะสมของสารบางอย่างซึ่งมีผล ทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์และสารนี้มักจะไม่พบน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อย สารที่สะสมนี้ มีผลแทรกแซงขบวนการเผาผลาญของเซลล์ทำให้ประสิทธิภาพของการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงในที่สุดจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

3.2.1.8) ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory)

กล่าวถึง การให้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่น ๆ จะทำให้เกิดอนุมูลอิสระอันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ทำให้เสื่อมสลายลง สารนี้ถูกเร่งให้เกิดมากขึ้น โดยการปลดการคณาผลาญของร่างกาย นอกจากนั้นพวกวิตามินเอ วิตามินซี และไนอาซีน ยังช่วยจับสารอนุมูลอิสระอีกด้วย

3.2.1.9) ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory)

กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตาย บุคคลต้องเผชิญความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นย่างเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

จากทฤษฎีดังกล่าวสรุปได้ว่า ทฤษฎีความสูงอายุในแง่ชีววิทยา มีความคล้ายคลึงกัน คือ การอธิบายสาเหตุของความชราที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายใน

3.2.2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา ประกอบด้วย 2 ทฤษฎี ดังนี้

3.2.2.1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)

ทฤษฎีนี้ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือมีความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาด้านจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัยเห็นความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็จะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุขสามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่ต้องมีความเดือดร้อนแต่ในทางกลับกันถ้าผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบ ผู้สูงอายุผู้นั้นก็มักจะเป็นผู้ที่ไม่ค่อยมีความสุข

3.2.2.2) ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยความเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่างอยู่เสมอมีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลาผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

สรุปได้ว่า ทฤษฎีทางจิตวิทยา มีความคล้ายคลึงกันที่มองว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวงตลอดจนสังคมวิทยาที่มีผู้ศึกษานั้น ๆ อาศัยอยู่

3.2.3) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา ประกอบด้วย 5 ทฤษฎี ดังนี้

3.2.3.1) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory)

มีแนวความคิดว่าการปรับตัวต่อการเป็นวัยผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีบทบาท คือ บุคคลผู้นั้นจะรับบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันไปตลอดชั่วชีวิตของเขา เช่น บทบาทการเป็นพ่อแม่ สามี ภรรยา ฯลฯ ความเป็นอยู่

ของบุคคลจะถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับกำลังเป็นอยู่ได้เหมาะสมเพียงใด โดยที่อายุจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในการที่จะกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลในช่วงชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง อันจะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมที่กำลังจะมาถึงหรือกำลังจะเปลี่ยนไปในอนาคต

3.2.3.2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอ ๆ จะมีบุคลิกที่กระฉับกระเฉงและมีภารกิจอย่างสม่ำเสมอจะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและการปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ใด ๆ มีสภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวกและชอบในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุยังเป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการที่ต้องเป็นเป้าหมายและการเกษียณอายุจากการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ควรต้องมีบทบาททางสังคมหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น มีงานอดิเรกทำ หรือการเป็นสมาชิกกลุ่ม สมาคม ชมรม เป็นต้น

3.2.3.3) ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมและบทบาททางสังคมนั้น เป็นการถอนสถานภาพและบทบาทของตนเองตามปกติแล้วผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมให้น้อยลงในขณะที่จะปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการของการเป็นผู้สูงอายุ

3.2.3.4) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมให้มาทดแทนบทบาททางสังคมเก่าที่ตนสูญเสียไปและยังคงสภาพที่จะพยายามปรับตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

3.2.3.5) ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) อายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ เป็นต้น ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุจากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง

เสนอ อินทรสุขศรี (2552) ได้ให้ทฤษฎีที่เป็นสาเหตุการสูงอายุไว้เช่นกัน โดยกล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้คนเราแก่ขึ้น มีอยู่ 7 ทฤษฎี สามารถสรุปได้ดังนี้

ทฤษฎีที่ 1 กล่าวว่า ที่คนแก่นั้นก็เพราะเกิดภาวะของการขาดน้ำภายในอวัยวะต่าง ๆ อวัยวะเหล่านั้นทุกอวัยวะจะแห้งเหือดไปที่ละน้อย ๆ จึงทำให้คนแก่ลง ๆ

ทฤษฎีที่ 2 กล่าวว่า ที่คนเราแก่นั้นก็เพราะความสัมพันธ์ในการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ของร่างกายผันแปรไป การทำหน้าที่ไม่สัมพันธ์กัน หรือแม้เพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายทำหน้าที่ไม่สัมพันธ์กัน คนก็แก่ลง

ทฤษฎีที่ 3 กล่าวว่า ที่คนเราแก่ก็เพราะพิษที่เกิดขึ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ จากอาหารและสิ่งแวดล้อมที่เข้าสู่ร่างกายอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่เกิดเรื่อยมาพิษที่ได้รับเข้าสู่ร่างกายนั้นค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนทำให้อวัยวะทั่วร่างกายเสื่อมโทรม คนจึงแก่

ทฤษฎีที่ 4 กล่าวว่า ที่คนเราแก่ก็เพราะสารเคมีที่อยู่ในน้ำรอบเซลล์ทั่วร่างกายตามปกตินั้นเกิดความผิดปกติผันแปรไปจึงเกิดความเสื่อมโทรมของเซลล์ อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมไป คนจึงแก่

ทฤษฎีที่ 5 กล่าวว่า ที่คนเราแก่ก็เพราะการขาดความสมดุลของน้ำย่อยที่มีอยู่ภายในร่างกายจากความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ จึงเสื่อม คนจึงได้แก่

ทฤษฎีที่ 6 กล่าวว่า ที่คนเราแก่ก็เพราะตับและไต ซึ่งมีหน้าที่ทำลายและกำจัดพิษต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ไม่อาจทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ดีพอเมื่อพิษที่เข้าสู่ร่างกายมีมากขึ้น ๆ ก็จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมไป คนจึงแก่

ทฤษฎีที่ 7 กล่าวว่า ที่คนเราแก่ก็เพราะ สารเคมีที่วัตถุธาตุต่าง ๆ ที่มีอยู่มีน้ำที่อยู่นอกเซลล์และในเซลล์ทั่วร่างกายผืนแปรผิตปกติไป อวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายจึงเสื่อมโทรม คนจึงแก่ได้

สาเหตุที่ทำให้คนเราแก่นั้นมีกล่าวไว้มากมายหลายความเห็น ดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ซึ่งความแก่จะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามแต่ความแก่ของคนเรานั้นล้วนเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง

2.3.5 ความหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง





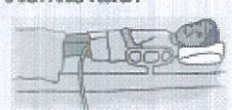
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่า ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม และมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้าย

**บันทึกการประเมินคัดกรองความสามารถ
ในการดำเนินชีวิตประจำวัน : ADL**

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

กิจกรรมประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
① รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า					
0. ไม่สามารถ ตักอาหารเข้าปากได้	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
1. ตักอาหาร เองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อน ตักเตรียมไว้ให้ หรือตักเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. ตักอาหาร และช่วยตัวเอง ได้เป็นปกติ	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
② ล้างหน้า ทนึม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา					
0. ต้องการ ความช่วยเหลือ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

ภาพที่ 2.1 บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ชั้นตอนที่ 1-2

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)					
	1	2	3	4	5	
๕) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียง ไปยังเก้าอี้ 0. ไม่สามารถ นั่งได้ (นั่งแล้ว จะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	
	1. ต้องการ ความช่วยเหลือ อย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		2. ต้องการ ความช่วยเหลือ บ้าง เช่น บอกให้ ทำตาม หรือช่วย พยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย 	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	☐ 2
3. ทำได้เอง 	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
๔) ใช้ห้องน้ำ 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	


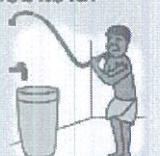

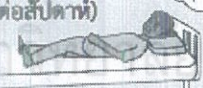

ภาพที่ 2.2 บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ชั้นตอนที่ 3-4

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
<p>1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> 	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<p>2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วม เองได้ ทำความสะอาด ได้เรียบร้อยหลังจาก เสร็จธุระ ผดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p> 	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<p>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน</p> <p>0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<p>1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเอง ให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมี คนเข็นให้) และจะต้อง เข้าออกมุ้งห้อง หรือประตูได้</p> 	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<p>2. เดินหรือเคลื่อนที่ โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย</p> 	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<p>3. เดินหรือ เคลื่อนที่ได้เอง</p> 	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3


ภาพที่ 2.3 บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ขั้นตอนที่ 5

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
6 การสวมใส่เสื้อผ้า 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย  1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย  2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้) 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
7 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 0. ไม่สามารถทำได้  1. ต้องการคนช่วย  2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย) 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

ภาพที่ 2.4 บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ชั้นตอนที่ 6-7

กิจกรรมประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
8 การอาบน้ำ 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้  1. อาบน้ำเองได้ 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
9 การก้มการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0. ก้มไม่ได้ หรือต้องการการสวน อุจจาระอยู่เสมอ  1. ก้มไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)  2. ก้มได้ เป็นปกติ 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

ภาพที่ 2.5 บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ชั้นตอนที่ 8-9

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
10 การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0. กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
1. กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) 	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. กลืนได้เป็นปกติ 	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
คะแนนรวม	.....	.....	.....	.....	.....
อยู่ในกลุ่มที่	.....	.....	.....	.....	.....

ผลการประเมิน

ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (12 คะแนนขึ้นไป)

ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน)

ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทิศการหรือทุพพลภาพ (0-4 คะแนน)

หมายเหตุ : ควรประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับสภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ที่มา : Barthel ADL Index ประยุกต์โดยกรมอนามัย

ภาพที่ 2.6 บันทึกคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ADL ขั้นตอนที่ 10

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่า ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

2.3.6 แนวคิดเกี่ยวกับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน
 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
 หรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 ซึ่งต่อไปในการอธิบายในบทนี้จะใช้คำว่า “ประกาศ ปี 2559” ประกาศ
 ฉบับนี้เป็นการเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์
 เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 ซึ่งมีผลบังคับใช้ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2557 ซึ่งต่อไปในการอธิบาย
 ในบทนี้จะใช้คำว่า “ประกาศ ปี 2557” โดยมีสาระสำคัญของประกาศ ปี 2559 ประสงค์ให้มีการกำหนด
 หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุนเพื่อให้เกิดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 พ.ศ. 2545 ตามมาตรา 47 ซึ่งบัญญัติให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนและประสาน
 กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหาร
 จัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกัน
 สุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 18 (3) (4) (8) (9) ซึ่งบัญญัติให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 มีอำนาจหน้าที่ กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและ
 การดำรงชีวิต กำหนดหลักเกณฑ์ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 เพื่อสนับสนุนและประสานและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนองค์กร
 เอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลัก
 หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ
 เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ นอกจากนี้ยังใช้อำนาจตามมาตรา 3 (12)
 ซึ่งบัญญัติเกี่ยวกับนิยามความหมายคำว่าค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขซึ่งถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายอื่นที่
 จำเป็นเพื่อบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดและมาตรา 7
 ซึ่งบัญญัติให้สถานบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์
 วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนด

2.3.6.1 เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและ
 บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 8
 กุมภาพันธ์ 2559

2.3.6.2 ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ
 ที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย/รายปี)

ตารางที่ 2.1 ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข			
ประเภทและกิจการบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต
1. ประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข (Care Plan)	1. ประเมินและวางแผน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหรือ Care Manager 1 ครั้ง/ปี	1. ประเมินและวางแผน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหรือ Care Manager 1 ครั้ง/ปี	1. ประเมินและวางแผน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหรือ Care Manager 1 ครั้ง/ปี	1. ประเมินและวางแผน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหรือ Care Manager 1 ครั้ง/ปี
2. ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) (กิจกรรมรูปแบบ การให้บริการและ ความถี่ในการให้บริการ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ละรายเป็นสำคัญ)	ความถี่ของการให้บริการ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 1. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึกสอน แก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่	ความถี่ของการให้บริการ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 1. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน เพื่อให้บริการ แก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำ และฝึกสอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่	ความถี่ของการให้บริการ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 1. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึกสอน แก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่	ความถี่ของการให้บริการ อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง 1. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึกสอน แก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข				
ประเภทและกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะล้มลงทางสมอง</p> <p>1.1 การดูแลด้าน</p> <p>การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรค หรือความเจ็บป่วย</p> <p>การให้การพยาบาล ทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยงต่อ การเจ็บป่วย/หกล้ม</p> <p>การป้องกันภาวะ สมองเสื่อม ประเมิน และป้องกัน</p>	<p>กลุ่มที่ 2</p> <p>เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มี ภาวะล้มลงทางสมอง</p> <p>1.1 การดูแลด้าน</p> <p>การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรค หรือความเจ็บป่วย</p> <p>การให้การพยาบาล ทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย/ หกล้มประเมิน และป้องกัน ภาวะล้มลง</p>	<p>กลุ่มที่ 3</p> <p>เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง</p> <p>1.1 การดูแลด้าน</p> <p>การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรค หรือความเจ็บป่วย</p> <p>การให้การพยาบาล ทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกัน ภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย</p> <p>การป้องกันภาวะ สมองเสื่อมประเมิน และป้องกันภาวะ ล้มลง บริการ</p>	<p>กลุ่มที่ 4</p> <p>เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต</p> <p>1.1 การดูแลด้าน</p> <p>การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรค หรือความเจ็บป่วย</p> <p>การให้การพยาบาล ทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย</p> <p>ประเมินและป้องกัน ภาวะล้มลง การให้บริการ</p>
	<p>41</p>			

(ต่อ)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
<p>เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง</p> <p>ภาวะซึมเศร้าบริการ</p> <p>สร้างเสริมสุขภาพและ การออกกำลังกาย ที่เหมาะสม เป็นต้น</p>	<p>เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มี ภาวะสับสนทางสมอง</p> <p>บริการสร้างเสริม สุขภาพการกระตุ้น ความรู้ ความคิด ความเข้าใจ (Cognitive Stimulation)</p> <p>การให้บริการพยาบาล เฉพาะรายตามสภาวะ ความเจ็บป่วย เป็นต้น</p>	<p>เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง</p> <p>สร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>การให้บริการพยาบาล เฉพาะราย เช่น การป้องกัน ฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและดูแลแผล กัดทับ การดูแลสาย สวมต่าง ๆ เป็นต้น</p>	<p>เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีมือการ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต</p> <p>พยาบาลเฉพาะราย เช่น การป้องกัน ฝ้าระวังภาวะ แทรกซ้อน การป้องกัน และดูแลแผลกัดทับ การดูแลสายสวนต่าง ๆ การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การประคบเย็น และดูแลเพื่อลด ความทรมาน จากความเจ็บปวด เป็นต้น</p>

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
ประเภทและกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะล้มสั่นทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มี ภาวะล้มสั่นทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง
	<p>กลุ่มที่ 4</p> <p>เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต</p>	<p>1.2 การฟื้นฟูสภาพ</p> <p>ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การทำ กิจกรรมบำบัด การกระตุ้น การกลืน การให้บริการ แพทย์แผนไทย/แพทย์ ทางเลือกป้องกัน การตกเตียง การป้องกัน ข้อติด/ข้อขัด การฝึก ผู้ดูแลในการเคลื่อน ย้ายผู้ป่วย เป็นต้น</p>	<p>1.2 การฟื้นฟูสภาพ</p> <p>ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การทำ กิจกรรมบำบัด การกระตุ้น การกลืน การให้บริการ แพทย์แผนไทย/แพทย์ ทางเลือก การป้องกันการตกเตียง การป้องกัน ข้อติด/ ข้อขัด การฝึกผู้ดูแล ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น</p>
	<p>1.2 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย</p> <p>เช่น การทำกายภาพ บำบัด การทำกิจกรรม บำบัด การกระตุ้น การกลืน การให้บริการ แพทย์แผนไทย/แพทย์ ทางเลือกการป้องกัน การหกล้ม การป้องกัน ข้อติด/ข้อขัด การฝึก ผู้ดูแลในการช่วยเหลือ ผู้ป่วย เป็นต้น</p>	<p>1.2 การฟื้นฟูสภาพ</p> <p>ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การกระตุ้น การกลืน การให้บริการแพทย์ แผนไทย/แพทย์ ทางเลือกการป้องกัน การหกล้ม การป้องกัน ข้อติด/ข้อขัดการฝึก ผู้ดูแลในการช่วยเหลือ ผู้ป่วย เป็นต้น</p>	<p>1.2 การฟื้นฟูสภาพ</p> <p>ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การทำ กิจกรรมบำบัด การกระตุ้น การกลืน การให้บริการ แพทย์แผนไทย/แพทย์ ทางเลือก การป้องกันการตกเตียง การป้องกัน ข้อติด/ ข้อขัด การฝึกผู้ดูแล ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น</p>

(ต่อ)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข				
ประเภทและกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มี ภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต
	1.3 การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมิน ความสามารถการบริ เคี้ยว การกลืนและภาวะ โภชนาการเพื่อแนะนำ ส่งเสริมและแก้ไข ภาวะโภชนาการ ที่เหมาะสมรายบุคคล การแนะนำวางแผน และมีข้อเสนอการเตรียม อาหารทั่วไป/อาหาร เสริม/อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล	1.3 การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมิน ความสามารถการบริ เคี้ยว การกลืนและ ภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคลการแนะนำ วางแผนและฝึกสอน การเตรียมอาหารทั่วไป/ อาหารเสริม/อาหาร พิเศษที่เหมาะสม รายบุคคล	1.3 การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมิน ความสามารถการบริ เคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะโภชนาการ ที่เหมาะสมรายบุคคล การแนะนำวางแผน และฝึกสอน การเตรียม อาหารทั่วไป/อาหาร เสริม/อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล	1.3 การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมิน ความสามารถการบริ เคี้ยว การกลืนและภาวะ โภชนาการเพื่อแนะนำ ส่งเสริมและแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอน การเตรียมอาหารทั่วไป /อาหารเสริม/อาหาร พิเศษที่เหมาะสม รายบุคคล เช่น การให้ อาหารปั่นทางสายยาง เป็นต้น

(ต่อ)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

		ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข			
		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
ประเภทและกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มี ภาวะสับสนทางสมอง	เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีการ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต	
	1.4 การดูแลด้านเภสัชกรรม	เช่น การประเมิน ความจำเป็นและการใช้ยา ที่เหมาะสม การป้องกัน การใช้ยาผิดหรือเกิด ความจำเป็น การป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะ แทรกซ้อนจากการใช้ยา ให้คำแนะนำปรึกษา เรื่องยาเวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล	1.4 การดูแลด้านเภสัชกรรม เช่น การประเมิน ความจำเป็นการป้องกัน การใช้ยาผิดหรือเกิน ความจำเป็น การป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะ แทรกซ้อนจากการใช้ยา ให้คำแนะนำปรึกษา เรื่องยาเวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล	1.4 การดูแลด้านเภสัชกรรม เช่น การประเมิน ความจำเป็นและ การใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้ป่วยอายุ 65 ปีหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยาคำแนะนำ ปรึกษาเรื่องยาเวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคลและคำแนะนำ /ผู้ดูแลในการจัดเตรียม และการให้ยา	

(ต่อ)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข				
กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4	
<p>ประเภทและกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)</p> <p>เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง</p> <p>1.5 การดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นต้น</p>	<p>เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง</p> <p>1.5 การดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นต้น</p>	<p>เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง</p> <p>รายบุคคลและการเฝ้าระวังเฉพาะราย</p> <p>1.5 การดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นต้น</p>	<p>เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต</p> <p>อย่างเหมาะสม</p> <p>กับผู้ป่วยเฉพาะราย การบริหารจัดการ</p> <p>เพื่อการเข้าถึงยาปวดอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วย</p> <p>1.5 การดูแล สุขภาพด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นต้น</p>	
<p>3. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน และให้คำแนะนำแก่ญาติ และผู้ดูแลอายุโดยผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ</p>	<p>ความถี่ของการให้บริการ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง</p>	<p>ความถี่ของการให้บริการ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง</p>	<p>ความถี่ของการให้บริการ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง</p>	<p>ความถี่ของการให้บริการ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง</p>

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ประเภทและกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มี ภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต
(Caregiver) หรือเครือข่าย สุขภาพอื่น ๆ จิตอาสา (กิจกรรมรูปแบบ การให้บริการและความถี่ ในการให้บริการขึ้นอยู่กับ สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย เป็นสำคัญตามคำแนะนำ /มอบหมายของบุคลากร วิชาชีพ	1. การบริการสาธารณสุข เบื้องต้นทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การทำ กายภาพบำบัด การดูแล ด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัดสัญญาณชีพ และตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การช่วย ฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น	1 การบริการสาธารณสุข เบื้องต้นทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การทำ กายภาพบำบัด การดูแล ด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัดสัญญาณชีพ การทำแผล การดูแลสายสวน และตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การช่วย ฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น	1 การบริการสาธารณสุข เบื้องต้นทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพ บำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการอาจรวมถึง การวัดสัญญาณชีพ การทำแผล การดูแลสายสวน และตรวจ คัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาล ในเลือด การให้ออกซิเจน การดูแลเสมหะ การปฐม พยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ พื้นฐาน เป็นต้น	

(ต่อ)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
ประเภทและกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะล้มเหลวทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มี ภาวะล้มเหลวทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง
	<p>กลุ่มที่ 4</p> <p>เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต</p>	<p>กลุ่มที่ 4</p> <p>เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต</p>	<p>เหมือนกลุ่มที่ 3</p> <p>เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง</p>
	<p>2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแลเรื่อง การกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>3. การจัดการสภาพแวดล้อม/ บ้านเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันอุบัติเหตุและ การดูแลระยะยาว</p>	<p>2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแลเรื่อง การกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>3. การจัดการสภาพแวดล้อม/ บ้านเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระยะยาว/ ผู้ป่วยอนติเตเตียง</p>	<p>2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแลเรื่อง การกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>3. การจัดการสภาพแวดล้อม/ บ้านเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระยะยาว/ ผู้ป่วยอนติเตเตียง/ระยะ สุดท้าย</p>

(ต่อ)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

		ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
ประเภทและกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะล้มสับสนทางสมอง	เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะล้มสับสนทางสมอง	เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต	
4. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (อุปกรณ์เครื่องช่วย และอุปกรณ์เครื่องช่วย อาจได้รับจากสิทธิบริการอื่น ๆ เช่น จาก อปท. หรือสถานบริการสาธารณสุข หรือภาคเอกชน)	1. จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ และอุปกรณ์เครื่องช่วย ที่จำเป็นตามสภาพ ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	1. จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ และอุปกรณ์เครื่องช่วย ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	1. จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียงปรับระดับ เป็นต้น	1. จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดให้ออกซิเจน เตียงปรับระดับ ชุดดูดเสมหะ/ของเหลว เป็นต้น	
5. ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการให้บริการ	1. โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือ Care Manager อย่างน้อย 6 เดือน/ครั้ง	1. โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือ Care Manager อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง	1. โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือ Care Manager อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง	1. โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือ Care Manager อย่างน้อย 1 เดือน/ครั้ง	
อัตราการชดเชยค่าบริการ (เหมาจ่าย/คน/ปี)	ไม่เกิน 4,000 บาท/คน/ปี	3,000-6,000 บาท/คน/ปี	4,000-8,000 บาท/คน/ปี	5,000-10,000 บาท/คน/ปี	

สรุปได้ว่า การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่า การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือชุมชน โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

2.3.7 แนวคิดเกี่ยวกับผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Case Manager: CM)

2.3.7.1 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Case Manager: CM)

เป็นผู้ที่มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการและประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 โดยการจัดทำ Care Plan ประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และจัดให้มี CG รวมทั้งเชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท. และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม Care Plan โดย CM 1 คน ดูแล CG 5-10 คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ 35-40 คน

1) บทบาทหน้าที่ของ CM

1.1) ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธอลเอตี้แอลและประเมินคัดกรองด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก

1.3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan, Weekly Plan

1.4) จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาารายกรณี (Care Conference)

1.5) เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการฯ อปท. และเครือข่าย

ที่เกี่ยวข้องตาม Care Plan

1.6) พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม

1.7) บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของ CG ให้เป็นไปตาม Care Plan

1.8) การประเมินและทบทวน Care Plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

2) คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็น CM

2.1) มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์

2.2) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์ หรือการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการสาธารณสุข หรือประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ

2.3) จบปริญญาตรีด้านอื่น หรือจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพยาบาลเทคนิคและต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี

2.4) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย

2.5) มีใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีความแข็งแรง ไม่เป็นผู้พิการหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

3) การฝึกอบรม

3.1) อย่างน้อย 70 ชั่วโมง

3.2) อบรมโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขหรือเทียบเท่า หลักสูตรการอบรมผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager: CM)

3.2.1) แผนการสอนที่ 1 สังคมผู้สูงอายุกับประเด็นปัญหา

3.2.1.1) วัตถุประสงค์การเรียนรู้: วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจในสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุและตระหนักถึงความจำเป็น ในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2.1.2) วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

(1) บอกถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย

ในปัจจุบัน

(2) อธิบายถึงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยได้

(3) อธิบายเกี่ยวกับสถานะสุขภาพผู้สูงอายุและเหตุผล

ความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุได้

3.2.1.3) เป้าหมาย: ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ

เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โครงสร้างทางประชากรของประเทศไทย สถานการณ์ผู้สูงอายุ สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุและเหตุผลความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งสร้างความตระหนักให้กับผู้เข้ารับการอบรมในการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่ดี

3.2.1.4) เนื้อหาวิชา:

(1) สถานการณ์

(2) ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ

3.2.1.5) ระยะเวลา: ทฤษฎี 2 ชั่วโมง

3.2.1.6) รูปแบบ/วิธีการสอน:

(1) การบรรยาย

(2) ถาม-ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่

3.2.1.7) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม:

(1) วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนด้วยคำถามถึงสถานการณ์

ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ใฝ่ล้นนำเสนอตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นข่าวทางสื่อมวลชนและอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ

(2) แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม อภิปราย และนำเสนอเรื่อง “สถานะสุขภาพผู้สูงอายุ” และ “มีความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร”

- และเสนอแนะความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม
- (3) ร่วมกันสรุปผลจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม
- (4) วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ
- 3.2.1.8) สื่อประกอบการเรียนการสอน/อุปกรณ์:
- (1) หนังสือคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager
- ข่าวจากหนังสือพิมพ์
- (2) สื่อการอบรม: ไฟล์นำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ
- อนาคต
- (3) กราฟโครงสร้างประชากร อดีต ปัจจุบัน และ
- (4) สถิติสถานะสุขภาพผู้สูงอายุและอื่น ๆ
- 3.2.1.9) คำแนะนำสำหรับวิทยากร
- (1) ควรจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- ที่นำเสนอผ่านสื่อมวลชนแขนงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนสนใจและตั้งใจเข้าสู่บทเรียนและร่วมแสดงความคิดเห็น
- (2) กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด
- 3.2.1.10) การประเมินผล:
- (1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
- (2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม
- 3.2.2) แผนการสอนที่ 2 หลักการพื้นฐานการบริหารจัดการพยาบาล
- ดูแล (Care Management)
- 3.2.2.1) วัตถุประสงค์การเรียนรู้: วัตถุประสงค์ทั่วไป
- เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในนิยามโครงสร้าง
- ของ Care Management หลักการพื้นฐานของ Care Management หลักการเคาเพอทิฟทีมมนุษยชน
- การยกระดับคุณภาพชีวิตและการควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost Control)
- 3.2.2.2) วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ
- (1) บอกถึงนิยาม และ อธิบายถึงโครงสร้างของ
- Care Management ได้
- (2) อธิบายหลักการพื้นฐานของ Care Management
- หลักการเคาเพอทิฟทีมมนุษยชน การยกระดับคุณภาพชีวิตและการควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost Control) ได้
- 3.2.2.3) เป้าหมาย:
- ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในนิยามโครงสร้าง
- ของ Care Management หลักการพื้นฐานของ Care Management หลักการเคาเพอทิฟทีมมนุษยชน
- การยกระดับคุณภาพชีวิตและการควบคุมค่าใช้จ่าย (CostControl) ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานในการทำงาน

ของ Care Manager อีกทั้งสร้างความตระหนักให้กับผู้เข้ารับการอบรมในการเข้าใจบทบาทการทำงานของ Care Manager ที่ดีต่อไป

3.2.2.4) เนื้อหาวิชา:

- (1) นิยาม
- (2) โครงสร้างของ Care Management
- (3) หลักการพื้นฐานของ Care Management
- (4) หลักการเคารพสิทธิมนุษยชน
- (5) การยกระดับคุณภาพชีวิตและ การควบคุมค่าใช้จ่าย

(Cost Control)

3.2.2.5) ระยะเวลา: ทฤษฎี 2 ชั่วโมง

- (1) รูปแบบ/วิธีการสอน:
 - (1.1) การบรรยาย
 - (1.2) ถาม-ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่

3.2.2.6) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม:

(1) วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยนิยามของ Care Manager ไฟล์นำเสนอตัวอย่างการทำงานของ Care Manager และอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจถึงนิยามโครงสร้าง ของ Care Management หลักการพื้นฐานของ Care Management หลักการเคารพสิทธิมนุษยชนการยกระดับคุณภาพชีวิตและการควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost Control)

(2) แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม อภิปราย และนำเสนอเรื่องโครงสร้างของ Care Management หลักการพื้นฐานของ Care Management หลักการเคารพสิทธิมนุษยชนการยกระดับคุณภาพชีวิตมีความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร

(3) ร่วมกันสรุปผลจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม และเสนอแนะความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม

- (4) วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

3.2.2.7) สื่อประกอบการเรียนการสอน/อุปกรณ์:

(1) หนังสือคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager

(2) สื่อการอบรม: ไฟล์นำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ ขาวจากหนังสือพิมพ์

3.2.2.8) คำแนะนำสำหรับวิทยากร:

(1) ควรจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่นำเสนอผ่านสื่อมวลชนแขนงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนสนใจและตั้งใจเข้าสู่บทเรียนและร่วมแสดงความคิดเห็น

(2) กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด

3.2.2.9) การประเมินผล:

- (1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
- (2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม
- (3) ประเมินจากการถาม-ตอบ

3.2.3) แผนการสอนที่ 3 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Care Management)

3.2.3.1) วัตถุประสงค์การเรียนรู้: วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจในองค์ประกอบ และขั้นตอนการปฏิบัติงานตามกระบวนการ Care Management 7 ขั้นตอน และวิธีเกี่ยวกับ Reflection ซึ่งมีความสำคัญและมีความจำเป็นในการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ

3.2.3.2) วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

(1) อธิบายถึงขั้นตอนการปฏิบัติงานตามกระบวนการ Care Management 7 ขั้นตอนการ

- (2) อธิบายถึงวิธีคิดเกี่ยวกับ Reflection ได้

3.2.3.3) เป้าหมาย:

ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในองค์ประกอบ และขั้นตอนการปฏิบัติงานตามกระบวนการ Care Management 7 ขั้นตอน และวิธีเกี่ยวกับ Reflection ซึ่งมีความสำคัญและเป็นความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุอีกทั้งสร้างความตระหนักให้กับผู้เข้ารับการอบรมในการเตรียมตัวเป็น Care Manager ที่ดีต่อไป

3.2.3.4) เนื้อหาวิชา:

- (1) องค์ประกอบการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน

(1.1) ความรู้ และวิธีคิดเกี่ยวกับ Reflection

(1.2) การฝึกปฏิบัติ/ประชุมพิจารณาตัวอย่าง

ด้วยการคิดแบบ Reflection

3.2.3.5) ระยะเวลา: ทฤษฎี 2 ชั่วโมง

- (1) รูปแบบ/วิธีการสอน:

(1.1) การบรรยาย

(1.2) ถาม-ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่

3.2.3.6) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม:

- (1) วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยคำถามถึงองค์ประกอบ

การดำเนินงาน Care Management หรือประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหรือการดูแลผู้ป่วย ควรประกอบด้วยขั้นตอนอย่างไรบ้าง ไฟล์นำเสนอตัวอย่างการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติงานตามกระบวนการ Care Management 7 ขั้นตอน และวิธีคิดเกี่ยวกับ Reflection

- (2) แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มตามความ

เหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรมฝึกปฏิบัติ/ประชุมพิจารณาตัวอย่างด้วยการถอดแบบ Reflection อภิปราย และนำเสนอ

และเสนอแนะแนวคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม

(3) ร่วมกันสรุปผลจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม

(4) วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

3.2.3.7) สื่อประกอบการเรียนการสอน/อุปกรณ์:

(1) หนังสือคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร

Care Manager

(2) สื่อการอบรม: ไฟล์นำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ

ข่าวจากหนังสือพิมพ์

(3) โจทย์ตัวอย่างวิธีคิดเกี่ยวกับ Reflection

(4) อื่น ๆ

3.2.3.8) คำแนะนำสำหรับวิทยากร :

ในการปฏิบัติงานตามกระบวนการของ Care Management เพื่อให้ผู้เรียนสนใจ และตั้งใจเข้าสู่บทเรียน และร่วมแสดงความคิดเห็น

(1) ควรจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอน

มีส่วนร่วมมากที่สุด

(2) กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรม

3.2.3.9) การประเมินผล:

(1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

(2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม

(3) ประเมินจากการถาม-ตอบ

3.2.4) แผนการสอนที่ 4 ทรัพยากรสังคมสำหรับการบริหารจัดการ (Care Management) และการใช้ให้เป็นประโยชน์

3.2.4.1) วัตถุประสงค์การเรียนรู้: วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจในบริการพยาบาล ดูแลกับการใช้ทรัพยากรการจำแนกประเภทของทรัพยากรวิธีนำทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้อย่างเหมาะสม กับความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2.4.2) วัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

(1) บอกบริการพยาบาลดูแลกับการใช้ทรัพยากรได้

(2) อธิบายถึงการจำแนกประเภทของทรัพยากร

และวิธีนำทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้อย่างเหมาะสมกับความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมได้

3.2.4.3) เป้าหมาย:

ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ บริการพยาบาลดูแลกับการใช้ทรัพยากร การจำแนกประเภทของทรัพยากร วิธีนำทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้อย่างเหมาะสม กับความต้องการ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2.4.4) เนื้อหาวิชา :

- (1) ทรัพยากรสังคมสำหรับบริหารจัดการ (Care Management) และการใช้ให้เป็นประโยชน์ในการจำแนกประเภทของทรัพยากร
- (2) วิธีนำทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้อย่างเหมาะสมกับความต้องการด้านร่างกายและสังคม

3.2.4.5) ระยะเวลา: ทฤษฎี 2 ชั่วโมง

- (1) รูปแบบ/วิธีการสอน:
- (1.1) การบรรยาย
- (1.2) ถาม-ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่
- (1.3) การฝึกทำแบบทดสอบเกี่ยวกับทรัพยากร

3.2.4.6) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม :

- (1) วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนด้วยคำถามถึงทรัพยากรในการดูแลสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุให้ผู้เข้ารับการอบรมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจบริการพยาบาลดูแลกับการใช้ทรัพยากร การจำแนกประเภทของทรัพยากรและวิธีนำทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้อย่างเหมาะสมกับความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม
- (2) แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม อภิปราย และนำเสนอ เรื่องบริการพยาบาลดูแลกับการใช้ทรัพยากร การจำแนกประเภทของทรัพยากรและวิธีนำทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้
- (3) ร่วมกันสรุปผลจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม และเสนอแนะแนวคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม

- (4) วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

3.2.4.7) สื่อประกอบการเรียนการสอน/อุปกรณ์:

- (1) หนังสือคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager
- (2) สื่อการอบรม: ไฟล์นำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ
- ข่าวจากหนังสือพิมพ์
- (3) อื่น ๆ

3.2.4.8) คำแนะนำสำหรับวิทยากร:

- (1) ควรจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรต่าง ๆ และการนำมาใช้หรือที่มีการบริหารทรัพยากรที่เสนอผ่านสื่อมวลชนแขนงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนสนใจ และตั้งใจเข้าสู่บทเรียน และร่วมแสดงความคิดเห็น
- (2) กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด

3.2.4.9) การประเมินผล:

- (1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
- (2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม

(3) ประเมินจากการถาม-ตอบ

3.2.5) แผนการสอนที่ 5 เรียนรู้เทคนิคการสัมภาษณ์ในระบบ (Care Management)

3.2.5.1) วัตถุประสงค์การเรียนรู้: วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจในการรับฟัง และวิธีการถ่ายทอดที่ช่วยยกระดับทักษะการสื่อสารเทคนิคการใช้อำกัปกรณ์การทำความเข้าใจ การแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertion) และการแสดงออกอย่างเหมาะสมในรูปของสิทธิมนุษยชน

3.2.5.2) วัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

(1) อธิบายถึงการรับฟังและวิธีการถ่ายทอดที่ช่วยยกระดับทักษะการสื่อสารได้

(2) อธิบายเทคนิคการใช้อำกัปกรณ์การทำความเข้าใจ การแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertion) ได้

(3) อธิบายถึงการแสดงออกอย่างเหมาะสมในรูปของสิทธิมนุษยชนได้

3.2.5.3) เป้าหมาย:

ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจในการรับฟังและวิธีการถ่ายทอดที่ช่วยยกระดับทักษะการสื่อสารเทคนิคการใช้อำกัปกรณ์การทำความเข้าใจ การแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertion) และการแสดงออกอย่างเหมาะสมในรูปของสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานในการทำงานของ Care Manager อีกทั้งสร้างความตระหนักให้กับผู้เข้ารับการอบรมในการเข้าใจบทบาทการทำงานของ Care Manager ที่ดีต่อไป

3.2.5.4) เนื้อหาวิชา:

(1) การรับฟังและวิธีการถ่ายทอดที่ช่วยยกระดับทักษะการสื่อสาร

(2) เทคนิคการใช้อำกัปกรณ์การทำความเข้าใจ การแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertion) และการแสดงออกอย่างเหมาะสมในรูปของสิทธิมนุษยชน

3.2.5.5) ระยะเวลา: ทฤษฎี 4 ชั่วโมง

(1) รูปแบบ/วิธีการสอน:

(1.1) การบรรยาย

(1.2) ถาม-ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่

3.2.5.6) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม:

(1) วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยเทคนิคการรับฟัง และเทคนิคการใช้อำกัปกรณ์และอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจถึงการรับฟังและวิธีการถ่ายทอดที่ช่วยยกระดับทักษะการสื่อสาร เทคนิคการใช้อำกัปกรณ์การทำความเข้าใจ การแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertion) และการแสดงออกอย่างเหมาะสมในรูปของสิทธิมนุษยชน

(2) แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม อภิปราย และฝึกปฏิบัติการรับฟังวิธีการถ่ายทอดที่ช่วยยกระดับทักษะ

การสื่อสาร เทคนิคการใช้คำกับปฏิกิริยาการทำความเข้าใจ การแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertion) และการแสดงออกอย่างเหมาะสมในรูปของสิทธิมนุษยชน

(3) ร่วมกันสรุปผลจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม

และเสนอแนะความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม

(4) วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

3.2.5.7) สื่อประกอบการเรียนการสอน/อุปกรณ์:

(1) หนังสือคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care

Manager

(2) สื่อการอบรม: ไฟล์นำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ

ข่าวจากหนังสือพิมพ์

3.2.5.8) คำแนะนำสำหรับวิทยากร:

(1) ควรจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเทคนิค

การสื่อสารและการอากัปกิริยารูปแบบต่าง ๆ ที่นำเสนอผ่านสื่อมวลชนแขนงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนสนใจ และตั้งใจเข้าสู่บทเรียนและร่วมแสดงความคิดเห็น

(2) กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรม

มีส่วนร่วมมากที่สุด

3.2.5.9) การประเมินผล:

(1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

(2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม

(3) ประเมินจากการถาม-ตอบ

3.2.6) แผนการสอนที่ 6 การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือ และการรับรู้สถานการณ์

3.2.6.1) วัตถุประสงค์การเรียนรู้: วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการที่เราจะ

ค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือได้อย่าง การ Screening ลักษณะพิเศษของผู้รับการช่วยเหลือและระดับ ความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ Care Management

3.2.6.2) วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

(1) อธิบายถึงการที่เราจะค้นพบผู้เป็นเป้าหมาย

การช่วยเหลือได้

(2) อธิบายการ Screening ลักษณะพิเศษของผู้รับ

การช่วยเหลือได้

(3) อธิบายถึงระดับความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ

Care Management

3.2.6.3) เป้าหมาย:

ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการที่เราจะค้นพบ ผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือได้อย่าง การ Screening ลักษณะพิเศษของผู้รับการช่วยเหลือ และระดับ ความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ Care Management ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานในการทำงานของ Care Manager อีกทั้งสร้างความตระหนักในการค้นหาผู้ควรได้รับการช่วยเหลือและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือ ได้ตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วนได้

3.2.6.4) เนื้อหาวิชา:

(1) การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้ สถานการณ์

(2) การ Screening ลักษณะพิเศษของผู้รับการช่วยเหลือ และระดับความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ Care Management

3.2.6.5) ระยะเวลา: 2 ชั่วโมง

(1) รูปแบบ/วิธีการสอน:

(1.1) การบรรยาย

(1.2) ถาม-ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่

3.2.6.6) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม:

(1) วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนด้วยคำถามวิธีการค้นหา ผู้เป็นเป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือเทคนิคการค้นหาการ Screening ลักษณะพิเศษของผู้รับการช่วยเหลือ และระดับความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ Care Management และอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจ

(2) ระบุแบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มตามความ เหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม อภิปราย และฝึกปฏิบัติเทคนิคการค้นหา Screening ลักษณะพิเศษ ของผู้รับการช่วยเหลือและระดับความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ Care Management

(3) รวบรวมกันสรุปผลจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม และเสนอแนะแนวความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม

(4) วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

3.2.6.7) สื่อประกอบการเรียนการสอน/อุปกรณ์:

(1) หนังสือคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager

(2) สื่อการอบรม: ไฟล์นำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ ข่าวจากหนังสือพิมพ์

3.2.6.8) คำแนะนำสำหรับวิทยากร:

(1) ควรจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเทคนิค การค้นหาการ การ Screening ลักษณะพิเศษของผู้รับการช่วยเหลือและระดับความเร่งด่วนที่จะต้อง ดำเนินการ Care Management รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนสนใจ และตั้งใจเข้าสู่บทเรียน และร่วม แสดงความคิดเห็น

(2) กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรม

มีส่วนร่วมมากที่สุด

3.2.6.9) การประเมินผล:

- (1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
- (2) ประเมินจากการถาม-ตอบ

3.2.7) แผนการสอนที่ 7 งานการรับรู้เหตุการณ์ (Intake Work)

3.2.7.1) วัตถุประสงค์การเรียนรู้: วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการรับ การยื่นเรื่อง รวบรวมข้อมูล การรับรู้เรื่องราว (Intake Work) ในความเป็นจริง เทคนิคการสัมภาษณ์ และการจดบันทึก

3.2.7.2) วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

ข้อมูลได้

(1) อธิบายถึงการรับ การยื่นเรื่อง และการรวบรวม

ในความเป็นจริงได้

(2) อธิบายถึงการรับรู้เรื่องราว (Intake Work)

(3) บอกถึงเทคนิคการสัมภาษณ์และการจดบันทึก

3.2.7.3) เป้าหมาย:

ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการรับ การยื่นเรื่อง รวบรวมข้อมูล การรับรู้เรื่องราว (Intake Work) ในความเป็นจริง เทคนิคการสัมภาษณ์และการจดบันทึก ซึ่งมีความสำคัญในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและครอบครัว

3.2.7.4) เนื้อหาวิชา:

- (1) การรับ การยื่นเรื่อง และการรวบรวมข้อมูล
- (2) การรับรู้เรื่องราว (Intake Work) ในความเป็นจริง

เทคนิคการสัมภาษณ์และการจดบันทึก

3.2.7.5) ระยะเวลา: ทฤษฎี 1 ชั่วโมง

(1) รูปแบบ/วิธีการสอน:

- (1.1) การบรรยาย
- (1.2) ถาม-ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่
- (1.3) ฝึกปฏิบัติจดบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง
- (1.4) ฝึกปฏิบัติเทคนิคการสัมภาษณ์และจดบันทึก

3.2.7.6) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม:

(1) วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนด้วยคำถามเรื่องการรับ

การให้ได้มาซึ่งข้อมูลของผู้ต้องการรับความช่วยเหลือและอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจในการรับ การยื่นเรื่อง รวบรวมข้อมูล การรับรู้เรื่องราว (Intake Work) ในความเป็นจริง เทคนิคการสัมภาษณ์ และการจดบันทึก

(2) แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม อภิปราย และฝึกปฏิบัติ จัดบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริงและฝึกปฏิบัติ เทคนิคการสัมภาษณ์และการจัดบันทึก

(4) ร่วมกันสรุปผลจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม และเสนอแนะแนวคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม

(5) วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

3.2.7.7) สื่อประกอบการเรียนการสอน/อุปกรณ์:

(1) หนังสือคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร

Care Manager

(2) สื่อการอบรม: ไฟล์นำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ

ข่าวจากหนังสือพิมพ์

(3) อื่น ๆ

3.2.7.8) คำแนะนำสำหรับวิทยากร:

(1) ควรจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง เทคนิคการสัมภาษณ์และจัดบันทึกต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนสนใจ และตั้งใจเข้าสู่บทเรียน และร่วมแสดงความคิดเห็น

มีส่วนร่วมมากที่สุด

(2) กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรม

3.2.7.9) การประเมินผล:

(1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

(2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม

(3) ประเมินจากการถาม-ตอบ

3.2.8) แผนการสอนที่ 8 ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมิน

3.2.8.1) วัตถุประสงค์การเรียนรู้: วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในความหมาย และจุดมุ่งหมายของการประเมิน Care Manager พิจารณาผ่านการประเมินและข้อควรระวังในการประเมิน

3.2.8.2) วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

(1) บอกความหมายและจุดมุ่งหมายของการประเมินได้

(2) อธิบายสิ่งที่ Care Manager พิจารณาผ่าน

การประเมินได้

(3) บอกถึงข้อควรระวังในการประเมินได้

3.2.8.3) เป้าหมาย:

ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในความหมาย และจุดมุ่งหมาย ของการประเมินสิ่ง Care Manage พิจารณาผ่านการประเมิน และข้อควรระวัง ในการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลเท็จจริงได้ข้อมูลที่ถูกต้องในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและครอบครัว

3.2.8.4) เนื้อหาวิชา:

ความหมายและจุดมุ่งหมายของการประเมิน

- (1) สิ่งที่ Care Manager พิจารณาผ่านการประเมิน
- (2) ข้อควรระวังในการประเมิน

3.2.8.5) ระยะเวลา: ทฤษฎี 2 ชั่วโมง

(1) รูปแบบ/วิธีการสอน:

- (1.1) การบรรยาย
- (1.2) ฝึกปฏิบัติจดบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง
- (1.3) ฝึกปฏิบัติเทคนิคการสัมภาษณ์และจดบันทึก
- (1.4) ถาม-ตอบ รายบุคคล และรายกลุ่ม

3.2.8.6) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม:

(1) วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนด้วยคำถามเรื่องการเทคนิคการประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ เช่นการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และวิทยากรการบรรยายความหมาย จุดมุ่งหมายของการประเมินและสิ่งที่ Care Manager พิจารณาผ่านการประเมิน รวมถึงข้อควรระวังในการประเมิน

(2) แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม อภิปราย และฝึกปฏิบัติการประเมินตามกระบวนการ

(3) ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมฝึกปฏิบัติรายบุคคล และให้นำเสนอ

(4) สมาชิกกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ

(5) วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

3.2.8.7) สื่อประกอบการเรียนการสอน/อุปกรณ์:

(1) หนังสือคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร

Care Manager

(2) สื่อการอบรม: ไฟล์นำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ

ข่าวจากหนังสือพิมพ์

(3) อื่น ๆ

3.2.8.8) คำแนะนำสำหรับวิทยากร:

(1) ควรจัดเตรียมแบบประเมินต่าง ๆ ให้พร้อมและยกตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ตามลักษณะการประเมินให้เห็นชัดเพื่อให้เรียนสนใจและตั้งใจเข้าสู่บทเรียนและร่วมแสดงความคิดเห็น

มีส่วนร่วมมากที่สุด

(2) กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรม

3.2.8.9) การประเมินผล:

- (1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
- (2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม
- (3) ประเมินจากการถาม-ตอบรายบุคคลและรายกลุ่ม

สรุปว่า ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Case Manager: CM) หมายถึง ทีมสหวิชาชีพหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

2.3.8 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG)

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการ LTC หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบบทบาทหน้าที่ของ CG

2.3.8.1 ดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่

- 1) ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
- 2) สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุและต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ
- 3) ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 4) เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
- 5) กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุงประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาดและถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
- 6) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องโดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง
- 7) ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง
- 8) จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือนเพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

สรุปได้ว่า การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) หมายถึง การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการหรือสถานบริการเพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่

1. ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) หมายถึง ประเมินและวางแผนโดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ประกอบด้วย แผนการดูแล

2. ให้บริการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมหมอบรรเทา
หมายถึง การดูแลและให้บริการโดยบุคลากรสาธารณสุข (Care Manager) ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย ประกอบด้วย การดูแลด้านการพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพ
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลด้านโภชนาการ การดูแลด้านเภสัชกรรม และการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ
ตามความจำเป็น

3. บริการดูแลที่บ้าน ชุมชนและให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ
(Caregiver) หรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หมายถึง การดูแลโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)
ประกอบด้วย การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดสภาพแวดล้อม

4. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ หมายถึง อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วย
ประกอบด้วย ที่นอนลม ชุดให้ออกซิเจน เตียงปรับระดับ ชุดดูดเสมหะ ฯลฯ

5. ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล หมายถึง การประเมินอาการโดยรวม
และประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุน

2.4.1 ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ

ปวีณสุตา จันทุณี (2562) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัย พบว่า
1) ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรี
อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ปัจจัย
ที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนคร
นนทบุรี อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านนโยบายภาครัฐ และ 3) ความสัมพันธ์
ระหว่างประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับปัจจัยที่มีต่อ
ประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความสัมพันธ์กัน
ในเชิงบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล (2563) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาการจัดบริการ
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัย
พบว่า การจัดบริการดูแลระยะยาว ประกอบด้วยภาคีหลักที่สำคัญ 3 ภาคี ได้แก่ ภาคีด้านสุขภาพ ภาคี
ด้านสังคม และภาคีด้านชุมชน การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community Resource and
Policy) เป็นการกำหนดและการมีข้อตกลงร่วมกันของภาคีหลัก 3 ภาคี ในการใช้และการจัดสรรทรัพยากร
ร่วมกัน (บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ) เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงาน
เชื่อมโยงประสานกัน ลดการทำงานซ้ำซ้อนเกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรเพื่อให้มี
ประสิทธิภาพเท่าเทียมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผู้วิจัย ได้สรุปนโยบายและภารกิจของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

1. กระทรวงสาธารณสุข

ส่งเสริมและจัดให้หน่วยงานและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือ อปท. เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลให้สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความพร้อมความเหมาะสมและตามภารกิจที่ตกลงกัน

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้ อปท. เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้จัดตั้งระบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในพื้นที่และสามารถบริหารจัดการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

2.2 จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการและกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในพื้นที่ตามภารกิจที่ตกลงกันตามกรอบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

2.3 ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ อปท. เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลอันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปได้ด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

3. สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้ อปท. สามารถดำเนินการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่

4. ตามข้อตกลงดำเนินงานร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2559 ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อ วันที่ 7 มกราคม 2559 กำหนดบทบาทและภาระหน้าที่ของทั้งสองฝ่ายดังต่อไปนี้

4.1 กระทรวงสาธารณสุข

ส่งเสริมและจัดให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือ อปท. เช่น เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลให้สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยจะมอบหมายให้หน่วยบริการในสังกัดดำเนินการ ดังนี้

4.1.1 เตรียมความพร้อมของระบบบริการเพื่อรองรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รวมทั้งประสานและสนับสนุนด้านวิชาการ

เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อปท. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาสาธารณสุข เพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

4.1.2 จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอตีแอล และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ต่อไป

4.1.3 จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และบริการตามอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

4.1.4 ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับ อปท. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

4.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.2.1 สนับสนุนงบประมาณแต่ละปี ให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามภารกิจในข้อ 1

4.2.2 ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาและสนับสนุนด้านอื่น ๆ ให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถดำเนินการร่วมกับ อปท. เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่ อันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

4.3 หน่วยบริการ สถานบริการ และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

4.3.1 จัดบริการเชิงรุก/บริหารจัดการจัดบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุการวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุทั้งบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

4.3.2 จัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ร่วมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

4.3.3 จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบล กระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับตำบลใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

4.3.4 ประสานงานกับผู้จัดการระบบฯ ควบคุมกำกับการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

4.3.5 ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อปท./ภาคประชาชน ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.3.6 ร่วมกับผู้จัดการระบบฯ เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ทั้ง การนิเทศติดตาม การให้คำปรึกษาทั้งทางด้านการดูแลและการทำงาน เช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ความเครียด

4.3.7 เสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ

4.3.8 แสวงหา ประสานความร่วมมือจาก โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อปท. รวมถึงสมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อร่วมจัดบริการ รวมทั้งร่วมสนับสนุนงบประมาณ

4.3.9 ร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

4.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.4.1 ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวฯ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่บูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคมที่มีการดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว

4.4.2 ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4.4.3 ประสานงานกับคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ในการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการ LTC (กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) เพื่อพิจารณาจัดหา กำหนดอัตราค่าชดเชยค่าบริการและเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการระบบดูแลระยะยาวฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

4.4.4 ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

4.4.5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานส่วนกลาง

4.4.5.1 จัดทำกรอบแนวทาง ประกาศ ระเบียบ พื้นที่เป้าหมายร่วมกับเขตและกระทรวงสาธารณสุข

- ที่เข้าร่วมดำเนินงาน
- 4.4.5.2 จัดสรรงบประมาณรายเขตที่จะโอนให้กองทุน อปท. ในพื้นที่
- ที่จำเป็นต้องใช้
- 4.4.5.3 สนับสนุนด้านข้อมูล วิชาการ องค์ความรู้ และเครื่องมือต่าง ๆ
- ตามชุดสิทธิประโยชน์
- 4.4.5.4 กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์การได้รับการสนับสนุน
- จัดการระบบการดูแลระยะยาวฯ
- 4.4.5.5 พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวฯ
- 4.4.5.6 สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนกลาง เขตและพื้นที่
- พื้นที่
- 4.4.5.7 จัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง
- 4.4.5.8 ติดตามและประเมินผลการศึกษาและพัฒนาขยายผล

4.5 สปสช.สาขาเขต และเขตบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

- 4.5.1 ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่กองทุน อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และจัดสรรงบประมาณตามหลักเกณฑ์แนวทางในแต่ละปี
- 4.5.2 บริหารจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การฝึกอบรม CM CG เป็นต้น
- 4.5.3 ประสานสนับสนุนการดำเนินงานกลไกคณะกรรมการคณะอนุกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ คณะอนุกรรมการ LTC และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวฯ
- 4.5.4 ร่วมจัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่
- 4.5.5 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาขยายผล

2.4.2 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน

อรพินท์ ส孚โชคชัย (2550, น. 48) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมเสนอปัญหา/ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดแนวทาง ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา

2. หลักการในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น เริ่มมาจากบทเรียนของความล้มเหลวในการพัฒนาชุมชนชนบทที่ไม่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและการพัฒนาแบบยั่งยืนประกอบด้วย กระแสความคิดของนักวิชาการ ทั้งในประเทศและในระดับสากลเกี่ยวกับเรื่องของความร่วมมือของประชาชนทำให้การพัฒนาในยุคหลัง ๆ ได้เน้นประชาชนในชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนาและมีส่วนร่วมของประชาชน (People's Participation) จึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาชุมชน โดยตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 เป็นต้นมา ได้มีการกำหนดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ค่อนข้างชัดเจน

ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ก็คือ กระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างภาครัฐ และภาคอื่น ๆ นอกจากภาครัฐ เช่น ธุรกิจเอกชน ประชาชน ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ให้ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ เพราะการพัฒนาที่ทรงพลังและยั่งยืนในสังคม ประชาธิปไตย เกิดจากการพัฒนาที่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินการ และร่วมรับประโยชน์จากการพัฒนาสำหรับแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนนั้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ซึ่งหากขาดขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งไปจะทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนที่จะนำไปสู่การพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ โดย 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 2.1 การมีส่วนร่วมในการรับรู้สามารถให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
- 2.2 การมีส่วนร่วมในการเลือกและเสนอแนวทางเพื่อตัดสินใจ
- 2.3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ
- 2.4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการติดตามตรวจสอบ
- 2.5 การมีส่วนร่วมรับประโยชน์และเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะ

ประชุม สุวดีติ (2551, น. 29) ได้กล่าวถึง ลักษณะเงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของบุคคลเกิดจากพื้นฐาน 2 ประการ คือ

1. เป็นบุคคลที่จะต้องมีความสามารถที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ จะต้องเป็นผู้มีศักยภาพที่จะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ เช่น จะต้องมีความสามารถในการค้นหา ความต้องการวางแผนการบริหารจัดการ การบริการองค์กร ตลอดจนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
2. เป็นบุคคลที่มีความพร้อมที่เข้ามามีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้นั้น จะต้องมีสภาพทางเศรษฐกิจวัฒนธรรม และ ภายภาพที่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมได้
3. เป็นบุคคลที่มีความประสงค์จะเข้าร่วม กล่าวคือ เป็นผู้ที่มีความเต็มใจ สมัยครใจที่จะเข้าร่วมเล็งเห็นผลประโยชน์ของการเข้าร่วมจะต้องไม่เป็นการบังคับหรือผลักดันให้เข้าร่วมโดยที่ตนเองไม่ประสงค์จะเข้าร่วม
4. เป็นบุคคลที่ต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ เป็นผู้มีโอกาสที่จะเข้าร่วม ซึ่งถือว่าเป็นการกระจายอำนาจให้กับบุคคลในการตัดสินใจและกำหนดกิจกรรมที่ตนเองต้องการในระดับที่เหมาะสมบุคคลจะต้องมีโอกาสและมีความเป็นไปได้ที่จะจัดการด้วยตนเอง สำหรับลักษณะการมีส่วนร่วมของบุคคล โดยทั่วไปแล้วยังมีปัจจัยอีกหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพครอบครัว, ระดับการศึกษา, สถานภาพทางสังคม, อาชีพ และรายได้ เป็นต้น

ทำนอง ภูเกิตพิมพ์ (2551, น. 34) ได้ให้ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วม หมายถึง การทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพความคิด ความเชื่อ และความยึดมั่นของแต่ละบุคคล แต่ละหน่วยงาน แต่ละองค์กร อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับกาลเวลาแต่ละยุคสมัยอีกด้วย การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลัง การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม (Teamwork) ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาเพราะการมีส่วนร่วมทำให้ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนร่วมเข้าใจสถานการณ์และอุทิศตนมากยิ่งขึ้นเพื่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา

2. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

2.1 ความสนใจและความกังวลร่วมกันเกิดจากความสนใจ และความห่วง กังวล ส่วนบุคคล ซึ่งบังเอิญเห็นด้วยกัน กลายเป็นความสนใจ และความห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม

2.2 ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกันที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น ผลักดันให้มุ่งไปสู่การรวมกลุ่มวางแผนและลงมือกระทำร่วมกัน

2.3 การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่ม หรือชุมชนไปในทิศทางที่พึง สอนงตอบความเห็นของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

สรยุทธ จันสุข (2552, น. 34) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมว่าการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลในชั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่ง การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนที่เป็นไปในรูปของผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมกระทำให้เกิดผลของกิจกรรมที่เข้าร่วม มิใช่เป็นผู้ร่วมคิดตัดสินใจหรือผู้ได้รับประโยชน์เท่านั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมพัฒนา ไม่ใช่กระทำถึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรมตามที่ได้จัดทำขึ้นและหมู่บ้านหรือชุมชนมีกิจกรรมและ วิธีดำเนินงานของตนเองอยู่แล้ว ประชาชนมีศักยภาพที่จะพัฒนาชุมชนของตนเองได้ การที่ประชาชน หรือชุมชนสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สำหรับการกำหนดนโยบายการพัฒนาที่เป็นกระบวนการ ขั้นต้นของการวางแผนการพัฒนาชุมชนในส่วนที่เป็นที่อยู่อาศัยในการดำรงชีวิตของตนเอง นอกจากนี้ การกำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนร่วมกันก็เป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตามแผนงานโครงการ ดังกล่าว และมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จากการบริการรวมทั้งมีส่วนร่วมในการควบคุม ประเมิน โครงการของชุมชน ซึ่งอาจเป็นไปโดยการมีส่วนร่วมแบบตัวแทน หรือเป็นไปโดยการได้เข้ามามีส่วนร่วม ด้วยตนเอง

วันชัย วัฒนศัพท์ (2553, น. 3-4) ได้เสนอแนะแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นหลักการสากลที่อารยประเทศให้ความสำคัญ และเป็นประเด็นหลักที่สังคมไทยให้ความสนใจ เพื่อพัฒนาการเมืองเข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบ มีส่วนร่วมตามหลักการธรรมาภิบาลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน รับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของภาครัฐให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุก ๆ ฝ่าย

2. การบริหารราชการ เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และพระราชกฤษฎีกา ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 จึงต่างให้ความสำคัญต่อการบริหารราชการ อย่างโปร่งใส สุจริต เปิดเผยข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายสาธารณะการตัดสินใจทางการเมือง รวมถึงการตรวจสอบ การใช้อำนาจรัฐในทุกระดับ หลักการ สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐการนั้น (International Association for Public Participation) ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

2.1 การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นการณ์มีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุดเพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศและการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2.2 การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2.3 การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานหรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

2.4 ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วมโดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจและมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

2.5 การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ทำให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น

Brownlea (1987, p. 21) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง การได้รับความยินยอมให้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผล หรือการที่บุคคลหนึ่งที่ได้รับการปรึกษาหารือเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ส่วน เบียร์เลย์

Barley (1990, p. 28) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการของความร่วมมือกัน (Collaborative Process) และเป็นรูปแบบหนึ่งของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) ซึ่งจะต้องมีความเกี่ยวพันกันกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การแบ่งปันอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกันระหว่างบุคคล

2.4.3 ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม

ทองทิพภา วิริยะพันธุ์ (2551, น. 11) กล่าวถึง ความสำคัญของการทำงานเป็นทีม ดังนี้ เนื่องจากความสำเร็จขององค์การขึ้นอยู่กับการบริหารทีมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารทีมงาน จึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของกระบวนการในการบริหารทีมงาน ให้กระจ่างชัดในทุกแง่มุม ไม่ว่าจะเป็นหลักในการทำงานเป็นทีม องค์ประกอบของทีมงาน การกำหนด วัตถุประสงค์ของทีมงาน ตลอดจนวิธีกระตุ้นหรือจูงใจให้เกิดการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ ทีมงานได้ช่วยกันทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายขององค์การ หากผู้บริหารสามารถเรียนรู้ และนำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ที่จะส่งผลดีต่อองค์การเป็นอย่างมากทั้งในด้านการเพิ่มขีดความสามารถ ในการแข่งขันให้แก่องค์การและในด้านการสร้างความแข็งแกร่งขององค์การทำให้องค์การเจริญก้าวหน้า อย่างยั่งยืน

กาญจนา มังคละศิริ (2552, น. 28) ได้กล่าวว่า ความสำคัญของการทำงานเป็นทีม ดังนี้

1. มนุษย์ทุกคนมีความจำกัดของพลัง การทำแต่เพียงคนเดียวให้สำเร็จนั้นย่อมเป็นการยาก โดยเฉพาะในงานใหญ่ ๆ
2. มนุษย์ทุกคนมีความจำกัดและความแตกต่างในเรื่องสติปัญญา ความคิด การทำงาน ใด ๆ คนเดียวย่อมสู้หลายคนไม่ได้ เพราะหลายคนสามารถช่วยกันคิด ช่วยกันดูให้กว้าง และรอบคอบ
3. มนุษย์เป็นสัตว์สังคมอยู่อย่างโดดเดี่ยวลำพังไม่ได้ จะเป็นต้องพึ่งพาอาศัยให้ การช่วยเหลือกัน การที่มนุษย์เป็นสัตว์สังคมก็เพราะว่ามนุษย์มีความต้องการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม กับผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์
4. สังคมปัจจุบันคนต้องการทำงานร่วมกันทุกระดับและองค์กร หากเราไม่สามารถ ทำงานเป็นทีมแล้วก็จะเกิดปัญหาไปทุกระดับและทุกองค์กร
5. ผลงานของทีมดีกว่าการทำงานเดี่ยว เนื่องจากการรวมตัวกันเป็นนั้นมีมีความหมาย มากกว่าการนำบุคคลมารวมกัน
6. บุคคลได้มีโอกาสรวมกลุ่มกันทำงานช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้จากผู้อื่น เกิดความคิด ความเจริญงอกงามแห่งคนขึ้น และส่งผลให้ทีมด้วย

ธีระ รุญเจริญ (2553, น. 221) ได้กล่าวว่า ทีมงานจะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีองค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านสมาชิกในกลุ่ม
 - 1.1 สมาชิกในทีมควรมีคุณสมบัติ อย่างน้อย 4 ประการ ดังนี้
 - 1.1.1 มีเจตนาที่ดีและตั้งใจทำงานถึงความกระตือรือร้นที่จะทำงานร่วมกัน ภักดีและซื่อตรงต่อกันยึดมั่นในอุดมการณ์กลุ่มยอมรับวัตถุประสงค์ที่ได้ช่วยกันกำหนดไว้
 - 1.1.2 มีทักษะในการทำงานนั้น หมายถึง เชื่อมั่นในความสามารถของเพื่อน สมาชิกด้วยกันและพร้อมที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
 - 1.1.3 มีความร่วมมือและประสานกันอย่างดี หมายถึง มีการติดต่อสื่อสาร และประสานงานระหว่างสมาชิกด้วยความยินดี มีความรู้สึกว่าคุณทุกคนในกลุ่มมีความสำคัญและยอมรับ กันและกัน

1.1.4 มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี หมายถึง มีความไว้วางใจที่ตระหนักถึงความต้องการและความรู้สึกของบุคคลอื่นในกลุ่ม พยายามปรับค่านิยมให้กลมกลืน มีความไวเนื้อเชื่อใจกัน และพยายามเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลอื่น

2. องค์ประกอบด้านผู้นำกลุ่ม

2.1 ผู้นำทีมงานต้องมีคุณสมบัติของผู้นำที่ดีอดทน ตั้งใจจริง ไม่หงุดหงิดในความล่าช้า พยายามให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง ไม่บังคับกลุ่มในการตัดสินใจและเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้เป็นผู้นำบ้างที่สำคัญ คือ มีความสามารถชักจูงสมาชิกเกิดความร่วมมือ

2.2 ผู้นำทีมสามารถจัดความขัดแย้งของกลุ่มและผู้นำที่ดีจะต้องรู้จักใช้ความขัดแย้งในกลุ่มไปในทางสร้างเสริมได้

2.3 ผู้นำต้องเอาใจใส่กลุ่ม เพิ่มพูนความรู้ให้แก่สมาชิกมีความเชื่อมั่นที่จะทำงาน

2.4 ผู้นำต้องมีเทคนิคในการจูงใจสมาชิก

2.5 ผู้นำต้องมีความเข้าใจพฤติกรรมของสมาชิกในแต่ละคน

2.6 ผู้นำต้องมีความรอบรู้และความรู้ในการวางแผนปฏิบัติงานการติดตาม

และประเมินผล

มัลลิกา วิชขุรืองครัต (2553, น. 11) ได้กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมมีความสำคัญมากต่อความสำเร็จขององค์การที่ต้องอาศัยความทุ่มเท ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ของผู้ปฏิบัติงาน และมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพในช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงองค์การจะต้องปรับปรุงอย่างรวดเร็วเพื่อการแข่งขัน เพื่อส่งผลให้องค์การเจริญก้าวหน้า

อำนาจ มีสมทรัพย์ (2553, น. 13-16) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมมีดังนี้

1. ทฤษฎีการทำงานร่วมกันของโฮแมน (Homans) ได้พัฒนาแนวคิดการทำงานร่วมกันแล้วตั้งเป็นทฤษฎีขึ้น โดยอธิบายถึงหลักการสำคัญของทฤษฎีนี้ว่า การทำงานร่วมกันเป็นทีมจะต้องประกอบด้วย สิ่งสำคัญอันเป็นพื้นฐาน คือ กิจกรรม การกระทำและความรู้สึก องค์ประกอบทั้งสามนี้เกี่ยวโยงซึ่งกันและกันอยู่ คือ สมาชิกมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่มเพิ่มมากเท่าไรพฤติกรรมและความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกก็จะมีมากขึ้น เพราะสมาชิกมิใช่เพียงแค่ทำงานใกล้ชิดกันแต่ยังมีการพูดจา ติดต่อบริการ ปรึกษาหารือ ประสานงานกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ตัดสินใจร่วมกัน และมุ่งความสำเร็จโดยมีเป้าหมายเดียวกัน ดังนั้นสมาชิกในกลุ่มเมื่อรวมกันแล้วจึงมีพลังสูงมาก

2. ทฤษฎีผลสัมฤทธิ์ของกลุ่ม สโตกดิลล์ (Stogdill) รวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการทำงานร่วมกันและสร้างเป็นทฤษฎีขึ้น เรียกว่า ทฤษฎีผลสัมฤทธิ์ของกลุ่มโดยอธิบายว่ามีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ

2.1 การรวมตัวกันของสมาชิก เมื่อบุคคลมารวมกลุ่มกันจะมีการแสดงออกและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน รวมถึงการคาดหวังผลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมารวมกลุ่มกันจะมีการแสดงออกระหว่างสมาชิก ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การแสดงออกเป็นลักษณะของการตอบโต้และตอบสนอง โดยการตัดสินใจหรือการแสดงออกให้ความคิดเห็น เงิน หรือการให้ความร่วมมือ ความคาดหวังเป็นส่วนประกอบที่จะช่วยให้สมาชิกรู้สึกพึงพอใจจากการที่ได้เข้ามาร่วมกลุ่ม เช่น เป้าหมายของกลุ่มหรือการแสดงบทบาทต่าง ๆ ที่เสริมสร้างในกลุ่ม

2.2 สื่อกลางในการรวมกันของกลุ่มสมาชิก สิ่งที่จะช่วยให้เป้าหมายของกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ คือ การกำหนดโครงสร้างของกลุ่มเป็นแนวปฏิบัติสำหรับสมาชิก ซึ่งประกอบด้วย สิ่งสำคัญ ดังนี้ โครงสร้างที่เป็นทางการเป็นการกำหนดตำแหน่งหน้าที่และรายละเอียดของงานโครงสร้างสำหรับบทบาทของสมาชิก คือ การกำหนดอำนาจของการตัดสินใจ ผลสัมฤทธิ์ของกลุ่ม เป็นผลที่เกิดจากสมาชิก ได้มาร่วมกิจกรรม มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการคาดหวังและแสดงตามโครงสร้างกลุ่มที่เกิดขึ้นจะประกอบด้วย เนื้องาน ขวัญและกำลังใจในกลุ่มสมาชิกและความสามัคคี เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวระหว่างสมาชิก

เทพินทร์ จารุศุกร (2554, น. 15) ได้กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม มีความสำคัญมากในองค์กร ไม่เพียงแต่จะช่วยทำให้วัตถุประสงค์ขององค์กรบรรลุเป้าหมายเท่านั้น แต่ยังมีอิทธิพลต่อบรรยากาศการทำงานขององค์กรนั้นอีกด้วย เพราะเป็นการดึงเอาความสามารถของแต่ละบุคคลที่มีอยู่ออกมาสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ เตรียมพร้อมสำหรับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและงานที่ต้องอาศัยการทุ่มเทอย่างเต็มที่เพื่อการแก้ปัญหาและสร้างความสัมพันธ์สามารถหาทางออกได้หลายวิธี โดยตั้งอยู่บนผลประโยชน์ร่วมกันเป็นการพัฒนาสมาชิกในทีมให้เปิดใจกว้างมากขึ้น

อริศขรา อุ่มสิน (2560, น. 12) ได้กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมมีความสำคัญมากต่อความสำเร็จขององค์กรที่ต้องอาศัยการทุ่มเทความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ของผู้ปฏิบัติงานและมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพในช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงองค์กรจะต้องปรับตัวอย่างรวดเร็วในการแข่งขันเพื่อส่งผลให้องค์กรเจริญก้าวหน้า

อริศขรา อุ่มสิน (2560, น. 17) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมต้องมีเป้าหมายร่วมกัน มีความไว้วางใจกัน การมีปฏิสัมพันธ์ หรือมีความผูกพันเป็นเครือข่ายมากกว่าเป็นส่วนตัวร่วมกัน ฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการพัฒนาตนเองและทีมงานตลอดเวลา นอกจากมีการแบ่งงานและการประสานงานแล้วยังต้องมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในกลุ่มให้ชัดเจน โดยคำนึงถึงความรับผิดชอบในเป้าหมายหรือความสำเร็จร่วมกัน

อริศขรา อุ่มสิน (2560, น. 20) ได้กล่าวว่า คุณลักษณะของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพนั้น สมาชิกในทีมงานจะต้องมีความไว้วางใจกันไว้วางใจกัน ซึ่งจะนำมายอมรับในความรู้ ความสามารถ และเห็นคุณค่าของสมาชิก การมีมนุษยสัมพันธ์อันดีต่อกัน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการคิด การปฏิบัติ และการแก้ปัญหาโดยใช้การสื่อสารแบบเปิดเป็นการสื่อสารสองทางโดยสามารถนำไปสู่เป้าหมาย ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จของทีมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Woodcock (1989, p. 4) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของการทำงานเป็นทีม ไว้ว่า

1. มีลักษณะเป็นครอบครัว สมาชิกให้การสนับสนุน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
2. มีการประสานกิจกรรมของแต่ละบุคคลให้รวมกัน
3. สมาชิกกำหนดข้อตกลงร่วมกัน

Johnson and Johnson (2003, p. 437) กล่าวถึง ความสำคัญของการทำงานเป็นทีม ดังนี้

1. โดยทั่วไปของการปฏิบัติงานของกลุ่มหนึ่ง ทีมจะมีประโยชน์หรือประสิทธิภาพดีกว่าการทำงานโดยบุคคลเดียว

2. เมื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจกลุ่มกับการตัดสินใจคนเดียว พบว่า การตัดสินใจกลุ่มมีประสิทธิภาพมากกว่าและการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่า
3. บุคคลเรียนรู้ที่จะเป็นผู้มีค่านิยมในการช่วยเหลือผู้อื่น เมตตาปราณีมีความรับผิดชอบ เข้าใจผู้อื่น เสียสละ ฯลฯ จากการที่เขาได้เข้าร่วมกลุ่ม
4. แสดงออกทางอารมณ์ต่าง ๆ เช่น สนุกสนาน ตื่นเต้น ร่าเริง ผิดหวัง ฯลฯ เหล่านี้ จะมีความเข้มข้นกว่าปกติเมื่อบุคคลอยู่ในกลุ่มมากกว่าเมื่ออยู่เพียงคนเดียว
5. คุณภาพการใช้ชีวิตประจำวันจะสูงขึ้นเพราะผมได้มีการแบ่งงานกันทำตามความชำนาญของแต่ละคน
6. การขจัดความขัดแย้ง สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงเมื่อได้อยู่ในกลุ่ม การจัดการกับผู้มีอิทธิพลทางสังคมก็ดีกว่า ถ้าไม่มีกลุ่มก็จะมีมาตรฐานของสังคม ไม่มีค่านิยมของสังคม ไม่มีกฎระเบียบของสังคม ความเจริญย่อมเกิดขึ้นได้
7. เอกลักษณ์ของบุคคล การยอมรับนับถือในตนเอง และสมรรถภาพทางสังคม ของคนเราล้วนแล้วไม่กลมเกลียวหรือหล่อหลอมจากสังคม
8. ถ้าปราศจากการร่วมมือระหว่างคน กลุ่มและองค์กรทั้งหลายย่อมอยู่รอดไม่ได้

2.4.4 ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร

เปรมชัย สโรบล (2550, น. 12) กล่าวว่า ปัจจัยการบริหาร หมายถึง ทรัพยากรพื้นฐานสำคัญ ที่องค์การนำมาใช้เป็นปัจจัยในการดำเนินงานให้เป็นไปได้ด้วยดีและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทั้งในแง่ปรัชญา ปณิธาน วิสัยทัศน์ และภารกิจที่กำหนดไว้ปัจจัยบริหารหรือทรัพยากรบริหาร (Administrative Resources) ที่สำคัญประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคลากร (Man) ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร (Management) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) ปัจจัยด้านงบประมาณ (Money) และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Management Information System: MIS)

รังสรรค์ อินทน์จันทร์ (2552, น. 47) ได้กล่าวว่า ทรัพยากรการบริหาร หมายถึง การที่ องค์การได้นำสิ่งที่เป็นทรัพยากรการบริหารมาสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อทำให้เกิดการขับเคลื่อน กระบวนการบริหารและนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพโดยทรัพยากร การบริหาร ได้แก่ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) การจัดการ (Management) กระบวนการทำงานหรือวิธีการปฏิบัติงาน (Method) การตลาด (Market) และเวลา (Time)

Greenwood (1965, p. 33) ได้กล่าวว่า ทรัพยากรทางการบริหารมีความสำคัญและจำเป็น ต่อการบริหารงานให้ประสบสำเร็จได้ด้วยดีและช่วยให้การทำงานบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบ อย่างน้อย 7 ประการ คือ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) อำนาจ หน้าที่ (Authority) เวลา (Time) กำลังใจในการทำงาน (Will) และความสะดวกต่าง ๆ (Facilities)

Simon (1972, p. 28) กล่าวไว้ว่า ปัจจัยการบริหารเป็นเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนให้งาน บรรลุวัตถุประสงค์โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 7 ประการ คือ บุคลากร (Man) เงิน (Money) การบริหาร ทั่วไป (Management) การบริการประชาชน (Market) คุณธรรม (Moral) ข้อมูลข่าวสาร (Message) การวัดผล (Measurement)

2.4.5 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

น้ำทิพย์ วิภาวิน (2547, น. 7-8) ได้อธิบายว่า พื้นฐานของการแสวงหาความรู้ของการเรียนรู้ตลอดชีวิต ได้แก่ การอ่าน การฟัง การไต่ถาม และการจดบันทึก ซึ่งสอดคล้องกับหลักหัวใจนักปราชญ์คือ สุ จิ ปุ ลิ

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) (2551, น. 321) ได้อธิบายให้เห็นถึงความหมายของปัญญาว่า “ความรู้ทั่ว, ปรีชาหยั่งรู้เหตุผล, ความรู้เข้าใจชัดเจน, ความรู้เข้าใจหยั่งแยกได้ในเหตุผล ดีชั่ว คุณโทษ ประโยชน์มิใช่ประโยชน์ เป็นต้น และรู้ที่จะจัดแจง จัดสรรจัดการ, ความรอบรู้ในกองสังขารมองเห็น ตามเป็นจริง”

บดีนทร์ วิจารณ์ (2553, น. 35) ได้ให้นิยามของความรู้ไว้ว่า ทรรศนะขององค์กร อันได้แก่ ประเพณี วัฒนธรรม เทคโนโลยี การปฏิบัติงาน ระบบปฏิบัติงานต่าง ๆ บนพื้นฐานของความรู้ของความรู้ความชำนาญ

สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (2553, น. 37) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษา การค้นคว้า การไต่ถาม การได้ฟัง การคิดหรือปฏิบัติความเข้าใจ ประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ และทักษะที่ได้รับมาจากองค์กร และการเรียนรู้ในแต่ละสาขา

พระศรีคัมภีรญาณ (สมจินต์ วันจันทร์) (2556, น. 124) ได้ให้ความหมายของคำว่า ปัญญาว่า แปลว่า ความรู้ นิยามความโดยพิสดาร คือ “ความรู้ชัด กิริยาที่รู้ชัด ความเลือกเฟ้นทั่ว ความกำหนดพร้อม ความเข้าไปกำหนด ความเข้าไปกำหนดเฉพาะ ความเป็นบัณฑิต ความเป็นผู้ฉลาด ความเป็นผู้ละเอียดอ่อน ปัญญาเป็นเครื่องจำแนก ความคิด ความพิจารณา ปัญญาตั้งแผ่นดิน ความปรีชา ปัญญาอันน้อมไป ปัญญาเพียงดั่งศาสตรา ปัญญาเพียงดั่งปราสาท ปัญญาเพียงดั่งแสงสว่าง ปัญญาเพียงดั่งรัศมี ปัญญาเพียงดั่งรัตนะ ความไม่หลง ความเลือกเฟ้นธรรม สัมมาทิฐิ ชื่อว่าปัญญา” มีคำสำคัญ 3 คำที่ใช้เรียกชื่อ “ปัญญา” คือ 1) “ธ” ปัญญาทรงจำ 2) “โธนา” ปัญญาเครื่องกำจัดล้าง ชักฟอกกิเลส 3) “โมนะ” ปัญญาทำเครื่องความเป็นมุนี

นงลักษณ์ พะไถยะ (2561) กล่าวว่า รูปแบบการจัดระบบบริการมีทั้งการบริการในชุมชน เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและบริการในสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลรัฐและเอกชน คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น ระบบที่เลี้ยงที่เกื้อหนุนนั้นเป็นไปตามเจตนารมณ์ของ สปสช. ที่จะสร้างความรู้ความเข้าใจพัฒนาศักยภาพที่เลี้ยงให้เกิดการรับรู้และสร้างความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ ซึ่งได้กำหนดบทบาทที่เลี้ยงกองทุนเป็นทีมสนับสนุนและกำกับติดตาม Senge (1990, p. 3) ได้ให้นิยามของความรู้ หมายถึง ความสามารถที่นำไปสู่การกระทำที่มีประสิทธิภาพ

Davenport and Prusak (1998, p. 53) ได้กล่าวว่าความรู้ หมายถึง กรอบของการผสมผสานกันของประสบการณ์ ค่านิยม บริบท สารสนเทศ และการรู้แจ้งที่ซ้ำของทำให้เกิดกรอบงานสำหรับการประเมินค่าและการประสานประสบการณ์กับสารสนเทศใหม่ ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นและถูกนำไปใช้ในชีวิตประจำวันของผู้รู้

Nonaka and Takeuchi (1995, pp. 12-14) ได้แบ่งความรู้ออกเป็น 2 ประเภท คือ ความรู้ที่แจ้งชัด (Explicit Knowledge) และความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล (Tacit Knowledge) ความรู้ที่แจ้งชัด (Explicit Knowledge) นั้น เป็นความรู้ที่จับต้องได้ (Objective) และมีเหตุผล (Rational) สามารถแสดงผ่านออกได้ทางคำพูดและตัวเลขทั้งยังแบ่งปันได้ในรูปแบบของข้อมูล สูตรทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีการแก้ปัญหา คู่มือ ฐานข้อมูล และอื่น ๆ อีกมากมาย ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศได้

ผู้วิจัย สามารถสรุปว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง เจือจางและปัจจัยที่ส่งผลการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำเร็จ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ หมายถึง ภาครัฐมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการบริหารจัดการกองทุน ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุน โดยมีระเบียบ กฎหมาย และแผนงานรองรับในการบริหารจัดการกองทุน กำหนดหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบ ตลอดจนประสานความร่วมมือกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน ในการบริหารจัดการกองทุน การพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานร่วมและผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุน สนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอในการบริหารจัดการกองทุน

2. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน หมายถึง เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสียได้ มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับส่วนราชการ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนเปิดโอกาสให้ประชาชนได้การตัดสินใจร่วมกับการบริหารจัดการกองทุน รับฟังปัญหาและความต้องการของประชาชนและวางแผนการทำงานร่วมกัน มีการประเมินผล ตรวจสอบการทำงานจากภาคประชาสังคมและชุมชน

3. ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม หมายถึง คณะกรรมการมีการวางแผนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน มีการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงาน มีความเอื้อเฟื้อ เพื่อแผ้วถางเสียสละในการปฏิบัติงานมีการประเมินผลการทำงานร่วมกันและร่วมกันพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

4. ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร หมายถึง หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอต่อการดำเนินโครงการ มีการวางแผน กำหนดโครงสร้าง หน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำงาน หน่วยงานภาครัฐมีบุคลากรอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงานมีการวางแผนระดมความคิดก่อนการจัดทำโครงการที่เป็นประโยชน์

5. ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง บุคลากรได้รับการอบรมชี้แจงรายละเอียดงานก่อนปฏิบัติงาน เข้าใจระเบียบ กฎหมาย ในการปฏิบัติงาน มีการพัฒนาต่อยอด เรียนรู้สิ่งใหม่และนำมาปรับใช้ในการทำงาน มีการจัดโครงสร้างบุคลากรตามความสามารถ เพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน มีการทบทวนการทำงานและปรับปรุงการดำเนินงานอยู่เสมอ

2.5 บริบททั่วไป

2.5.1 ประวัติความเป็นมา

อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ได้ก่อตั้งเป็นกิ่งอำเภอแกดำขึ้น เมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2520 โดยแยกออกจากอำเภอเมืองมหาสารคาม เนื่องจากมีสภาพทุรกันดาร ห่างจากตัวเมืองมหาสารคาม การเดินทางคมนาคมไม่สะดวก ในครั้งแรกกิ่งอำเภอแกดำ ประกอบด้วย 3 ตำบล คือ ตำบลแกดำ ตำบลหนองกุง ตำบลมิตรภาพต่อมาได้ขยายออกอีก 2 ตำบล คือ ตำบลวังแสง แยกออกจากตำบลแกดำ และตำบลโนนภิบาล แยกออกจากตำบลหนองกุงรวมเป็น 5 ตำบล กิ่งอำเภอแกดำได้ยกฐานะเป็นอำเภอแกดำ เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2531

2.5.2 ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอแกดำ มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียง ดังต่อไปนี้

- 2.5.2.1 ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอเมืองมหาสารคาม
- 2.5.2.2 ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอศรีสมเด็จ (จังหวัดร้อยเอ็ด)
- 2.5.2.3 ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอลำทะเมนชัย
- 2.5.2.4 ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอเมืองมหาสารคาม

2.5.3 การปกครอง

อำเภอแกดำ แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 5 ตำบล 89 หมู่บ้าน ได้แก่

- 2.5.3.1 แกดำ (Kae Dam) 18 หมู่บ้าน 1,769 ครัวเรือน ประชากร 8,715 คน
- 2.5.3.2 วังแสง (Wang Saeng) 20 หมู่บ้าน 1,181 ครัวเรือน ประชากร 5,728 คน
- 2.5.3.3 มิตรภาพ (Mittraphap) 21 หมู่บ้าน 1,411 ครัวเรือน ประชากร 6,833 คน
- 2.5.3.4 หนองกุง (Nong Kung) 15 หมู่บ้าน 853 ครัวเรือน ประชากร 4,194 คน
- 2.5.3.5 โนนภิบาล (Non Phiban) 14 หมู่บ้าน 803 ครัวเรือน ประชากร 3,881 คน

นี้ถึงอำเภอแกดำต้อง สะพานไม้เก่าแก่ในบรรยากาศแบบท้องทุ่ง เป็นอีกหนึ่งสถานที่ท่องเที่ยวใหม่ของจังหวัดมหาสารคามที่ควรค่าแก่การอนุรักษ์และเที่ยวชมเพื่อสัมผัสของกลิ่นไอแห่งความเป็นชาวบ้านกับสะพานที่ทอดตัวยาวท่ามกลางหนองน้ำแกดำไกลสุดต่ำกว่า 1 กิโลเมตร ท่ามกลางบึงบัวและพืชน้ำสีเขียวและความหลากหลายทางธรรมชาติ ถือว่าเป็นสะพานสุด Unseen อีกแห่งหนึ่งที่ควรค่าแห่งการเดินทางมาเช็คอิน ณ มหาสารคาม

2.5.4 การปกครองส่วนท้องถิ่น

ท้องที่อำเภอแกดำ ประกอบด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 6 แห่ง ได้แก่

- 2.5.4.1 เทศบาลตำบลแกดำ ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลแกดำ
- 2.5.4.2 เทศบาลตำบลมิตรภาพ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลมิตรภาพทั้งตำบล
- 2.5.4.3 องค์การบริหารส่วนตำบลแกดำ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลแกดำ
- 2.5.4.4 องค์การบริหารส่วนตำบลวังแสง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลวังแสงทั้งตำบล
- 2.5.4.5 องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกุง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลหนองกุงทั้งตำบล
- 2.5.4.6 องค์การบริหารส่วนตำบลโนนภิบาล ครอบคลุมพื้นที่ตำบลโนนภิบาลทั้งตำบล

2.5.5 ข้อมูลกองทุนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC)

อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2560-2565 มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นร้อยละ 14.2, 14.54 และ 1485 ตามลำดับ มีผู้สูงอายุ 5,126 คน ได้รับการประเมินเป็นผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในปี 2564 พบว่า กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม 5,023 คน ร้อยละ 97.99 กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน 244 คน ร้อยละ 4.86 และกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง 27 คน ร้อยละ 0.45 โดยมีหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ 1 แห่ง โรงพยาบาลแกดำ ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่งและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 แห่ง และสมัครรับงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น จำนวน 6 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 2.2 จำนวนคณะกรรมการและทีมผู้ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ลำดับที่	ชื่อคณะ	ประชากร
1	คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC)	48
2	ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)	14
3	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)	69
4	ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	27
5	บุคลากรสาธารณสุข ในเขตอำเภอแกดำ	29
รวม 5 กลุ่ม		187

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก จำนวนคณะกรรมการและทีมผู้ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, โดย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ, 2564. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ.

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มยุรี สุวรรณโคตร (2551) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคมประสบการณ์ในการดำเนินงานกองทุนที่เกี่ยวกับสุขภาพทัศนคติต่อกองทุนพัฒนาสุขภาพ แรงกดดันทางสังคมคาดหวังในผลประโยชน์การมีโอกาสในการเข้าร่วม การมีความสามารถในการเข้าร่วมและการมีอิสระในการเข้าร่วม ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน คือ การคาดหวังในผลประโยชน์ การมีโอกาสในการเข้าร่วมการมีความสามารถในการเข้าร่วมทัศนคติต่อกองทุนพัฒนาสุขภาพแรงกดดันทางสังคมและระดับการศึกษา ร่วมกันทำนาย ได้ร้อยละ 65.40 ดังนั้นข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน จึงควรให้ความสำคัญในเรื่องการคาดหวังในผลประโยชน์การมีโอกาสในการเข้าร่วมการมีความสามารถในการเข้าร่วมทัศนคติต่อกองทุนพัฒนาสุขภาพแรงกดดันทางสังคมและระดับการศึกษา

ศรศักดิ์ บุญมั่น (2551) ได้ทำการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดอุทัยธานี พบว่า การดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในระดับปานกลาง รองลงมา ระดับและในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์การดำเนินการตามอำนาจหน้าที่รายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการดำเนินการตามอำนาจหน้าที่มากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่บ้านได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ต่ำสุด คือ การมีส่วนร่วมในการจัดทำสรุปผลการดำเนินงานและบุคลากรและการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีระบบหลักประกันสุขภาพ

ชยพล ฉิมพลี (2552) ได้ทำการวิจัยเรื่องการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กรณีศึกษาเทศบาลเมืองหนองสำโรง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ด้านการวางแผน โดยภาพรวมส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานและการบริหารกองทุน คิดเป็นร้อยละ 70.7 ด้านการติดตามประเมินผล ภาพรวมมีการตรวจสอบติดตามประเมินผลคิดเป็นร้อยละ 100.0

สุพัฒน์ กองศรีมา (2552) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ค่าคะแนนโครงสร้างกรรมการกองทุนสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับสูง การบริหารจัดการงบประมาณกองทุนสุขภาพตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนดอยู่ในระดับสูง การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ อยู่ในระดับสูง การจัดการรายงานอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง การกำกับ ติดตาม ประเมินผลอยู่ในระดับสูง การสร้างเสริมสุขภาพอยู่ โดยประชาชนและองค์กรในระดับสูง บทบาทหน้าที่ของกรรมการอยู่ในระดับสูง ความรู้ ความสามารถของกรรมการกองทุนสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

อนันต์ คำอ่อน (2552) ได้ทำการวิจัยเรื่อง แนวทางการพัฒนาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ผลการวิจัย พบว่า 1) บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ การบรรจุโครงการจัดตั้งและการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพไว้ในแผนพัฒนาตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล การสนับสนุนงบประมาณและการบริหารจัดการงบประมาณ การบริหารจัดการกองทุนการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและการติดตามประเมินผล 2) การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ได้มีการตัดตั้งกองทุนในปีพุทธศักราช 2549 มีการบริหารงานในรูปคณะกรรมการ ขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล

ถนอม คะตะวงค์ (2553) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านความชัดเจนของนโยบาย ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับผลการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัตนากร พลโพธิ์ (2553) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอชุมแพ จังหวัดชัยภูมิ การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการและผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบางพลับ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบางพลับ จำนวน 135 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัย ด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนฯ ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ ผลการดำเนินงานของกองทุนฯ โดยมีค่าความเที่ยงระหว่าง 0.78-0.95 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า สมาชิกกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีอายุเฉลี่ย 53.14 ปี รายได้เฉลี่ย/เดือน 8,116.93 บาท และระยะเวลาการอยู่ในพื้นที่เฉลี่ย 40 ปี ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ปัจจัยด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ และปัจจัยด้านผลการดำเนินงานกองทุนฯ อยู่ในระดับมาก อายุ รายได้/เดือน และระยะเวลาการอยู่ในพื้นที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน และปัจจัยด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบางพลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ คือ คณะกรรมการกองทุนฯ ควรพัฒนาปัจจัยด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ ให้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยการจัดทำแผนงาน/กิจกรรมประจำปี

และเสนอแผนงาน/กิจกรรมผ่านเวทีประชาคมของหมู่บ้าน เพื่อให้สมาชิกกองทุนฯ ได้รับรู้และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนฯ และตรงตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่

ลดาวัลย์ จ้อยประดิษฐ์ (2553) ได้ทำการวิจัยเรื่อง กระบวนการและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในจังหวัดราชบุรี พบว่า กองทุนที่มีการจัดกิจกรรมตามเกณฑ์ มีกระบวนการจัดการครบตามองค์ประกอบและกองทุนที่มีการจัดกิจกรรมไม่ครอบคลุม พบว่า กระบวนการจัดการขาดขั้นตอนการวางแผนและการรายงานผลการดำเนินงาน พบว่า กองทุนที่มีการจัดกิจกรรมครอบคลุมตามเกณฑ์ มีการจัดบริการสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยกองทุน 1 ใน 2 แห่งที่มีการแบ่งสัดส่วนการใช้งบประมาณด้านสุขภาพอย่างชัดเจน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและเสนองบประมาณ ทั้งคณะกรรมการและประชาชนมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ประภาส สุนันท์ (2554) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัย พบว่า คณะกรรมการบริหารมีระดับความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นบ้าง การมีส่วนร่วมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ อาชีพ ตำแหน่ง กับความรู้และการมีส่วนร่วมและระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนที่ค่าความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ การขาดความชัดเจนของระเบียบการดำเนินงานของกองทุนและความล่าช้าของการสนับสนุนงบประมาณ

ปิยพร ขนอม (2554) ได้ทำการวิจัยเรื่อง กระบวนการทางานและปัจจัยเงื่อนไขในการพัฒนางานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า โครงการด้าน สาธารณสุขที่ดำเนินการมากที่สุด ได้แก่ การดำเนินการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ร้อยละ 92.6 โครงการที่ทำแล้วบรรลุเป้าหมายมากที่สุด ได้แก่ การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาสภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง การสนับสนุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของสถานีอนามัย และการสนับสนุนยาที่จำเป็นไว้ที่ศสมช. โดยพบร้อยละ 100.0 ของโครงการที่ทำ

วรรณาทอง กาวแก้ว (2554) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดยะลา พบว่า การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ด้านคณะกรรมการกองทุนอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการดำเนินกิจกรรมของกองทุนฯ อยู่ในระดับปานกลาง คุณลักษณะประชากรและสังคม ได้แก่ บทบาททางสังคม การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ ไม่มีเสาร่วมกิจกรรม ไม่มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบอย่างทั่วถึง

สุรเชษฐ์ กรงจักร (2554) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแรด อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย พบว่า การบริหารจัดการกองทุน แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ภาพรวมผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด 2) ด้านการบริหารด้านการเงิน งบประมาณ ทรัพย์สินของกองทุน จากการประเมินการให้คะแนนจากประเด็นในเอกสารที่จัดเก็บและงานที่เกี่ยวข้อง

กับการดำเนินงานกองทุน พบว่า ในภาพรวมผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก 3) ด้านการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการจากการประเมินการให้คะแนนจากประเด็นในเอกสารที่จัดเก็บและงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน พบว่า ในภาพรวมผลการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง 4) ด้านการจัดหาแผนและข้อมูลของกองทุนจากการประเมินการให้คะแนนจากประเด็นในเอกสารที่จัดเก็บและงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน พบว่า ในภาพรวมผลการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย 5) ด้านการสรุปผลการดำเนินงานของกองทุน จากการประเมินการให้คะแนนจากประเด็นในเอกสารที่จัดเก็บและงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน พบว่า ในภาพรวมผลการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด 6) ด้านการบริหารงานด้านคณะกรรมการ คณะทำงาน และบุคลากรจากการประเมินการให้คะแนนจากประเด็นในเอกสารที่จัดเก็บและงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน พบว่า ในภาพรวมผลการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของคณะกรรมการบริหารกองทุน พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมน้อยทำให้มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และระเบียบข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกองทุนน้อยและขาดประสบการณ์ในการบริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามอำนาจหน้าที่และจากการสนทนาตัวแทนกลุ่มประชาชน พบว่า ความพร้อมในด้านบุคลากรยังไม่ค่อยมีความเหมาะสมเนื่องจากเห็นว่าคณะกรรมการบริหารกองทุนส่วนใหญ่ ขาดความเข้าใจในบทบาท หน้าที่และระเบียบข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกองทุน โดยเห็นว่าการทางานขับเคลื่อนของกองทุนขึ้นอยู่กับข้าราชการประจำที่ได้รับมอบหมายหรือเจ้าหน้าที่ตัวแทนทางสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่และประชาชนส่วนใหญ่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแรม รู้จักกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อย

พจนารถ ดวงคำน้อย และขจรศักดิ์ วงษ์จันทร์ (2555) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครพนม พบว่า เพศ การศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง ประสบการณ์ การเป็นคณะกรรมการกองทุนต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี ไม่แตกต่างกัน ในส่วนอายุต่างก็มีความเห็นคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี ในประเด็นความสำเร็จของงานและความร่วมมือแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในประเด็นการใช้ทรัพยากร มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี ประสบการณ์การทำงานการบริหารด้านอื่น ๆ แตกต่างก็มีความ เห็นคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี ในประเด็นความร่วมมือและการใช้ทรัพยากรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนประเด็นความสำเร็จของงานไม่แตกต่างกัน

พิสิฐ พรหมคำ (2555) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การประเมินการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี พบว่า การบริหารจัดการกองทุน ส่วนใหญ่มีการใช้จ่ายงบประมาณสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุข โดยสนับสนุนกิจกรรมการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์มากที่สุดร้อยละ 35.57 รองลงมา คือ กิจกรรมสร้างสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น ร้อยละ 15.6 และการบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาศักยภาพกรรมการกองทุน ร้อยละ 5.14

กัลยาพร ภูจิตทอง (2556) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การสนับสนุนจากองค์การในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ส่วนการบริหารกองทุนสุขภาพพบว่า ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง การวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการบริหารกองทุนสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนจากองค์การ 4 ด้าน ได้แก่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยี และเวลา ร่วมกันสามารถทำนายการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพ ได้ร้อยละ 49.1 ปัญหาและอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ คือ ปัญหาด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน

อารินทร์ ไชโยธราช (2556) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ตามมาตรฐานการบริหาร จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พบว่า คณะกรรมการบริหารและคณะอนุกรรมการกองทุน มีคะแนนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าพระ โดยรวมและรายด้าน 2 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการกองทุน และด้านการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการสร้างนวัตกรรมอยู่ในระดับน้อย หลังการพัฒนาคณะกรรมการบริหารและคณะอนุกรรมการกองทุน มีคะแนนการดำเนินงาน โดยรวม 2 ด้าน คือ ด้าน การบริหารจัดการกองทุนและด้านการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง

ทัศนีย์ พานพรหม (2557) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งในชุมชน จำนวนประชากรในความรับผิดชอบ การรับรู้ประโยชน์ของกองทุนสุขภาพตำบล การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการและการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในด้านความรู้เกี่ยวกับกองทุนสุขภาพตำบล ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การบริหารกองทุนสุขภาพตำบล ควรจัดอบรมหลักสูตรแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ให้แก่แกนนำในชุมชนและมีการพัฒนาศักยภาพให้กับคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลในเรื่องการบริหารงบประมาณรวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอแผนงานโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล

ปวีณสุดา จันทุณี (2562) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัย พบว่า 1) ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรีอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรี อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านนโยบายภาครัฐ และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับปัจจัยที่มีต่อ

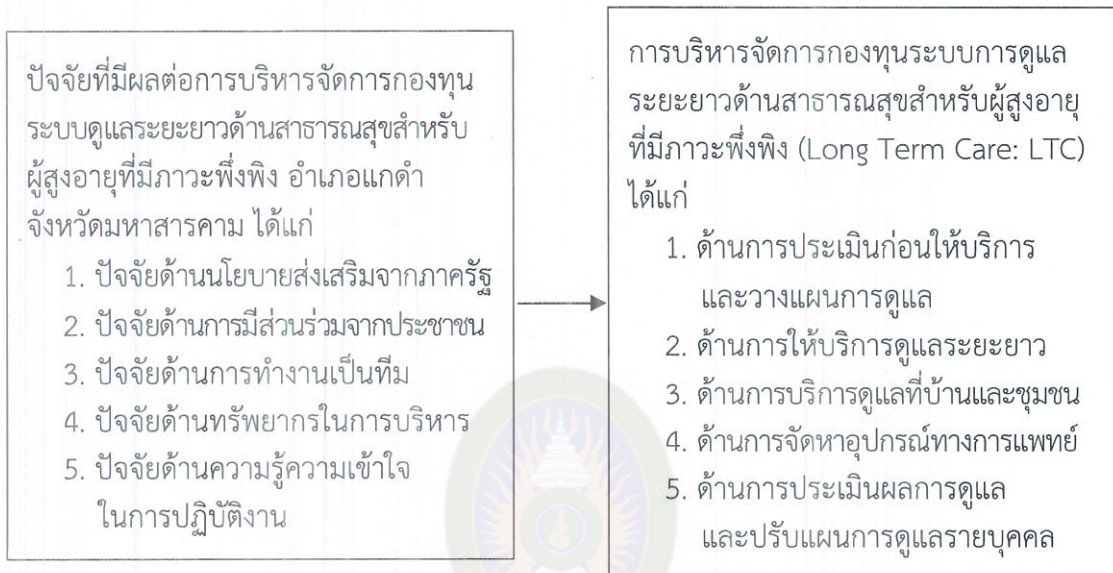
ประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล (2563) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า การจัดบริการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย ภาควิชาที่สำคัญ 3 ภาควิชา ได้แก่ ภาควิชาด้านสุขภาพ ภาควิชาด้านสังคม และภาควิชาด้านชุมชน การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community Resource and Policy) เป็นการกำหนดและการมีข้อตกลงร่วมกันของภาควิชาหลัก 3 ภาควิชา ในการใช้และการจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน (บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ) เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานเชื่อมโยงประสานกัน ลดการทำงานซ้ำซ้อน เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือองค์กร เพื่อให้มีประสิทธิภาพเท่าเทียมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ชัชยา ปานันท์ (2564) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: มุมมองผู้ให้บริการ ผลการวิจัย พบว่า การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการดำเนินงานในระยะแรก โดยอยู่ระหว่างการพัฒนาบบบริการบนพื้นฐานการดำเนินงานในระดับพื้นที่ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองผู้ให้บริการและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน One Way ANOVA (Tukey's HSD) และ Kruskal-Wallis test เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึง มีนาคม 2564 ผลการวิจัยพบ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 384 คน ใน 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหารและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 156 คน 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติการวางแผนและดูแล 157 คน และ 3) กลุ่ม ผู้ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน 71 คน เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนมุมมองผู้ให้บริการพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามกลุ่ม ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบอายุผู้ให้บริการด้วย Kruskal-Wallis test พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามกลุ่ม ($p < 0.001$) กลุ่มผู้ให้บริการมีมุมมองในการจัดการองค์กรที่แตกต่างกันบนพื้นฐาน ตำแหน่งและอายุ โดยมีมุมมองระบบการดูแลระยะยาวเน้นการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การพัฒนาบุคลากรและระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ รวมถึงการพัสดุเป็นอุปสรรคที่ต้องแก้ไข

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดวิจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) (คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่, 2561) ดังนี้



ภาพที่ 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และกำหนดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ตามขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร (Population)

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคลากรสาธารณสุข ในเขตอำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 187 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกด้า, 2564)

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคลากรสาธารณสุข ในเขตอำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 128 คน ได้มาโดยการกำหนดขนาดด้วยสูตรของ (Yamane, 1973, p. 727) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2} \quad (3-1)$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน จำนวนประชากรทั้งหมด
 e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกินได้ไม่เกิน .05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{187}{1+187(.05)^2}$$

$$= 127.43 \text{ คน}$$

เพื่อให้ได้จำนวนเต็ม จึงเพิ่มเป็น 128 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว (128) เป็นขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยที่ต้องนำมาศึกษา อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้แยกเป็นอำเภอเพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งจังหวัดอย่างสมบูรณ์ จึงกำหนดให้แต่ละกลุ่มประชากร (ทั้งหมด 5 กลุ่ม) ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่าง 128 ซึ่งถือว่ามีความสูงกว่ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างนี้ (128) จึงสอดคล้องกับ (Kerlinger, 1986, pp. 117-119) ระบุว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยขึ้นอยู่กับระดับความถูกต้องของการวิจัยและจำนวนตัวแปรในการวิจัย คือ ถ้าต้องการให้การวิจัยมีความถูกต้องมากและคลาดเคลื่อนน้อยต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ และถ้าประชากรมีลักษณะที่หลากหลายจะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่กว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประชากรมีลักษณะใกล้เคียงกันและถ้าการวิจัยมีตัวแปรจำนวนมากจะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าการวิจัยที่มีจำนวนตัวแปรน้อยกว่า ดังนั้นการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก 127 คน เป็น 128 คน จึงถือว่าไม่เป็นกำหนดขนาดตัวอย่างที่ฝ่าฝืนเกณฑ์การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3.1 จำนวนคณะกรรมการและทีมผู้ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ลำดับที่	ชื่อคณะ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC)	48	33
2	ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)	14	10
3	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)	69	47
4	ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	27	18
5	บุคลากรสาธารณสุข ในเขตอำเภอแกดำ	29	20
รวม 5 กลุ่ม		187	128

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างและใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (Simple Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างของคณะกรรมการและทีมผู้ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 ลักษณะเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยข้อคำถามได้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 เป็นคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

ตอนที่ 3 เป็นคำถามการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

3.2.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.2.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

3.2.2.2 กำหนดขอบเขตคำถามให้ครอบคลุมกรอบคิด วัตถุประสงค์ และองค์ประกอบที่ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม แล้วนำมาเป็นข้อมูลในการสร้างแบบสอบถามทั้งแบบสอบถามปลายปิดและแบบสอบถามปลายเปิด

3.2.2.3 นำร่างแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขและเสนอแนะปรับปรุงเพื่อความเหมาะสมและถูกต้องของแบบสอบถาม

3.2.3 การหาคุณภาพของแบบสอบถาม

3.2.3.1 นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้สูตร IOC (Index of item Objective Congruence) ตามวิธีของ Rovinelli and Hambleton (1997, อ้างถึงใน สมนึก ภัททิยธนี, 2544, น. 219-233) เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ให้คะแนน + 1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 เมื่อผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน - 1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตร

$$IOC = \frac{\sum X}{N} \quad (3-2)$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์
 $\sum X$ แทน ผลคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

- เกณฑ์ 1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 -1.00 มีค่าความเที่ยงตรงสูง ใช้ได้
 2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.66 ต้องปรับปรุงยังใช้ไม่ได้

การตรวจสอบครอบคลุมความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ความถูกต้องของรูปแบบแบบสอบถามและการใช้ภาษา เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาและเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถามโดย ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่

1) ดร.รุ่งเรือง แสนโกษา วุฒិการศึกษาศาสตร์ รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ร.ป.ด) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตรวจสอบเป็นด้านเชี่ยวชาญ ด้านเนื้อหา

2) ดร.สุวิมล สมไชย วุฒิการศึกษาศาสตร์ การศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) สาขาวิชาภาษาไทย ตำแหน่ง อาจารย์ประจำหลักสูตรศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาภาษาไทย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาลัยศาสนศาสตร์โยธธา เป็นผู้เชี่ยวชาญ ด้านภาษา

3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ วุฒิการศึกษาศาสตร์ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิชาประชากรศาสตร์ ตำแหน่งคณบดี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านวัดผลและประเมินผล

3.2.3.2 นำแบบสอบถามมาตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัยและพิจารณาหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยวิธีการหาค่า IOC (Index of Consistency) แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .67 ขึ้นไป

3.2.3.3 นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try out) กับ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 42 คน แล้วนำมาหาอำนาจจำแนกรายข้อด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายระหว่างรายข้อกับโดยรวม (Item Total Correlation) ได้ค่าระหว่าง .248-.897 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ตามวิธีของ ครอนบาค (Cronbach) (บุญชม ศรีสะอาด, 2553, น. 102) งานวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่น .904

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทุกด้าน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.3.1 นำหนังสือจากคณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ถึงสาธารณสุขอำเภอแกลง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกลง ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ในเขตอำเภอแกลง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งในเขตอำเภอแกลง เพื่อประสาน การเก็บข้อมูล

3.3.2 นำหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไปยังคณะกรรมการบริหารจัดการ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ญาติที่ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

3.3.3 ให้มีผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัย

3.3.4 เก็บข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง

3.4 การจัดการทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

3.4.1 นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง

3.4.2 นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้ว ลงรหัสตามแบบ (Coding Form)

3.4.3 นำแบบสอบถามที่ลงรหัสแล้วให้คะแนนแต่ละข้อมากำหนดเกณฑ์ของการให้คะแนน ดังนี้

3.4.3.1 การจัดการทำคะแนนระดับขีดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของ ลิเคิร์ท (Lilert's Scale) มี 4 ระดับ ได้แก่

มากที่สุด กำหนดให้ 5 คะแนน

มาก กำหนดให้ 4 คะแนน

ปานกลาง กำหนดให้ 3 คะแนน

น้อย กำหนดให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด กำหนดให้ 1 คะแนน

จากนั้นนำคะแนนมาวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) จากนั้นนำมาเทียบกับเกณฑ์การให้ความหมายค่าเฉลี่ย (รังสรรค์ สิงห์เลิศ, 2551, น. 186) ตามสูตร ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นของเกณฑ์}} \quad (3-2)$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} &= \frac{5-1}{5} \\ &= 0.8 \end{aligned}$$

เกณฑ์คะแนนระดับการปฏิบัติงาน 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

ระดับคะแนน 1.81-2.60 หมายถึง น้อย

ระดับคะแนน 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง

ระดับคะแนน 3.41-4.20 หมายถึง มาก

ระดับคะแนน 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด

3.5 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยใช้สถิติ คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

3.5.2 การวิเคราะห์ระดับการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.5.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ใช้การวิเคราะห์พหุคูณถดถอยเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Method)

3.5.4 การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม จะใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำเสนอในเชิงพรรณนาความด้วยการแจกแจงความถี่

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาเสนอข้อมูลด้วยตารางประกอบการอธิบายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาตามขั้นตอน ดังนี้

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย
2. ลำดับชั้นในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
3. ผลการวิจัย

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัยเพื่อแปลความหมาย มีดังนี้

n	แทน	จำนวนหน่วยตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
R	แทน	สัมประสิทธิ์สัมพันธ์หาคูณ
R^2	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
β	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที
X_1	แทน	ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ
X_2	แทน	ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน
X_3	แทน	ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม
X_4	แทน	ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร
X_5	แทน	ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน
Y	แทน	การบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม
\hat{Y}	แทน	คะแนนของปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ได้จากการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

Z_y แทน คะแนนของปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาว

ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม
ได้จากการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

* แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ลำดับการนำเสนอผลการวิจัย

ในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคามผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

4.3 ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อ	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	เพศ		
1.1	ชาย	50	39.1
1.2	หญิง	78	60.9
	รวม	128	100.0
2.	อายุ		
2.1	อายุระหว่าง 18-30 ปี	14	10.9
2.2	อายุระหว่าง 31-40 ปี	32	25
2.3	อายุ 41-50 ปี	64	50
2.4	51 ปีขึ้นไป	18	14.1
	รวม	128	100.0
3.	ระดับการศึกษา		
3.1	ต่ำกว่าปริญญาตรี	23	18
3.2	ปริญญาตรี	73	57
3.3	สูงกว่าปริญญาตรี	32	25
	รวม	128	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 128 คน ด้านเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวนหญิง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 และเพศชาย จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1

1. ด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ อายุ 31-40 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 25 อายุ 51 ปีขึ้นไป จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1 อายุ 18-30 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9

2. ด้านระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 57 รองลงมา คือ สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และ ต่ำกว่า จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 18

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม

1. ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม โดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ

ข้อ	ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม	ระดับความคิดเห็น			
		\bar{X}	S.D.	แปลผล	อันดับที่
1.	ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ	3.98	0.84	มาก	2
2.	ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน	3.79	1.06	มาก	4
3.	ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม	3.69	0.96	มาก	5
4.	ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร	3.94	0.89	มาก	3
5.	ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน	4.18	0.81	มาก	1
	โดยรวม	3.92	0.91	มาก	-

จากตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.18$) ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ ($\bar{X} = 3.98$) ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร ($\bar{X} = 3.94$) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน ($\bar{X} = 3.79$) ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม ($\bar{X} = 3.69$) ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายด้านและรายชื่อ

2.1 ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ

ข้อ	ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.	ภาครัฐมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการบริหารจัดการกองทุน	3.81	0.84	มาก
2.	ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุน โดยมีระเบียบ กฎหมาย และแผนงาน รองรับในการบริหารจัดการกองทุน	3.98	0.81	มาก
3.	ภาครัฐมีนโยบายกำหนดหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบ ตลอดจนประสานความร่วมมือกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชนในการบริหารจัดการกองทุน	4.09	0.87	มาก
4.	ภาครัฐมีนโยบายการพัฒน่องค์ความรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ร่วมและผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุน	3.93	0.88	มาก
5.	ภาครัฐมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนด้านงบประมาณ อย่างเพียงพอในการบริหารจัดการกองทุน	4.08	0.81	มาก
	โดยรวม	3.98	0.84	มาก

จากตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ภาครัฐมีนโยบายกำหนดหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบ ตลอดจนประสานความร่วมมือกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน ในการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 4.09$) ภาครัฐมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอในการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 4.08$) ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุน โดยมีระเบียบ กฎหมาย และแผนงานรองรับในการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 3.98$) ภาครัฐมีนโยบายการพัฒน่องค์ความรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานร่วมและผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 3.93$) ภาครัฐมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 3.81$) ตามลำดับ

2.2 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายชื่อ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน

ข้อ	ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.	เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับส่วนราชการ	3.88	1.06	มาก
2.	ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน	3.76	1.10	มาก
3.	เปิดโอกาสให้ประชาชนได้การตัดสินใจร่วมกับการบริหารจัดการกองทุน	3.72	1.02	มาก
4.	รับฟังปัญหาและความต้องการของประชาชนและวางแผนการทำงานร่วมกัน	3.80	1.06	มาก
5.	มีการประเมินผล ตรวจสอบการทำงานจากภาคประชาสังคม และชุมชน	3.80	1.04	มาก
โดยรวม		3.79	1.06	มาก

จากตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายชื่อ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชนหลักประกันสุขภาพ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับส่วนราชการ ($\bar{X} = 3.88$) รับฟังปัญหาและความต้องการของประชาชนและวางแผนการทำงานร่วมกัน ($\bar{X} = 3.81$) มีการประเมินผล ตรวจสอบการทำงานจากภาคประชาสังคมและชุมชน ($\bar{X} = 3.88$) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 3.76$) เปิดโอกาสให้ประชาชนได้การตัดสินใจร่วมกับการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 3.72$) ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม

ข้อ	ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.	มีการวางแผนการทำงานอย่างมีส่วนร่วม	3.67	1.00	มาก
2.	มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน	3.75	1.00	มาก
3.	มีการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงาน	3.70	0.95	มาก
4.	มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เสียสละในการปฏิบัติงาน	3.73	0.82	มาก
5.	มีการประเมินผลการทำงานร่วมกันและร่วมกันพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น	3.62	1.01	มาก
โดยรวม		3.69	0.96	มาก

จากตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ($\bar{X} = 3.75$) มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เสียสละในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.73$) มีการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงาน ($\bar{X} = 3.70$) มีการวางแผนการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ($\bar{X} = 3.67$) มีการประเมินผลการทำงานร่วมกันและร่วมกันพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ($\bar{X} = 3.62$) ตามลำดับ

2.4 ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายชื่อ ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร

ข้อ	ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.	หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์	3.82	0.92	มาก
2.	หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอต่อการดำเนินโครงการ	3.92	0.89	มาก
3.	มีการวางแผนกำหนดโครงสร้าง หน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำงาน	3.95	0.87	มาก
4.	หน่วยงานภาครัฐมีบุคลากรอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน	3.97	0.90	มาก
5.	มีการวางแผนระดมความคิดก่อนการจัดทำโครงการที่เป็นประโยชน์	4.04	0.86	มาก
โดยรวม		3.94	0.89	มาก

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายชื่อ ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการวางแผนระดมความคิดก่อนการจัดทำโครงการที่เป็นประโยชน์ ($\bar{X} = 4.04$) หน่วยงานภาครัฐมีบุคลากรอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.97$) มีการวางแผนกำหนดโครงสร้าง หน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำงาน ($\bar{X} = 3.95$) หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอต่อการดำเนินโครงการ ($\bar{X} = 3.92$) หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ($\bar{X} = 3.82$) ตามลำดับ

2.5 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

ข้อ	ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.	บุคลากรได้รับการอบรมชี้แจงรายละเอียดงานก่อนปฏิบัติงาน	3.99	0.88	มาก
2.	เข้าใจระเบียบ กฎหมาย ในการปฏิบัติงาน	3.91	0.96	มาก
3.	มีการพัฒนาต่อยอด เรียนรู้สิ่งใหม่และนำมาปรับใช้ในการทำงาน	4.25	0.67	มากที่สุด
4.	มีการจัดโครงสร้างบุคลากรตามความสามารถเพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน	4.39	0.83	มากที่สุด
5.	มีการทบทวนการทำงานและปรับปรุงการดำเนินงานอยู่เสมอ	4.36	0.72	มากที่สุด
โดยรวม		4.18	0.81	มาก

จากตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการจัดโครงสร้างบุคลากรตามความสามารถเพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.39$) มีการทบทวนการทำงานและปรับปรุงการดำเนินงานอยู่เสมอ ($\bar{X} = 4.36$) มีการพัฒนาต่อยอด เรียนรู้สิ่งใหม่และนำมาปรับใช้ในการทำงาน ($\bar{X} = 4.25$) บุคลากรได้รับการอบรมชี้แจงรายละเอียดงานก่อนปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.99$) เข้าใจระเบียบ กฎหมาย ในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.91$) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม

1. ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ

ข้อ	การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม	ระดับความคิดเห็น			
		\bar{X}	S.D.	แปลผล	อันดับที่
1.	ด้านการประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล	4.25	0.8	มากที่สุด	2
2.	ด้านการให้บริการดูแลระยะยาว	3.88	0.98	มาก	4
3.	ด้านการบริการดูแลที่บ้านและชุมชน	4.05	1.08	มาก	3
4.	ด้านการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์	4.26	0.61	มากที่สุด	1
5.	ด้านการประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล	3.67	0.88	มาก	5
โดยรวม		4.02	0.87	มาก	-

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ การบริหารงบประมาณการเงิน ($\bar{X} = 4.26$) การบริหารแผนงานโครงการ ($\bar{X} = 4.25$) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ($\bar{X} = 4.05$) การดำเนินตามแผนงาน/โครงการ ($\bar{X} = 3.88$) การติดตามประเมินผล ($\bar{X} = 3.67$) ตามลำดับ

1.1 ด้านการประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล

ข้อ	ด้านการประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.	มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับขั้นตอนการทำงาน	4.22	0.85	มากที่สุด
2.	มีการประเมินพื้นที่ก่อนให้บริการ	4.28	0.78	มากที่สุด
3.	มีการวางแผนร่วมกันก่อนการดำเนินการ	4.20	0.82	มาก
4.	มีการวางแผนในการบริหารความเสี่ยงในการทำงาน	4.06	0.87	มาก
5.	มีการปรับแผนในการดำเนินงานตามลักษณะสถานการณ์ในการทำงาน	4.51	0.67	มากที่สุด
โดยรวม		4.25	0.80	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานบริหารจัดการของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.25$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการปรับแผนในการดำเนินงานตามลักษณะสถานการณ์ในการทำงาน ($\bar{X} = 4.51$) มีการประเมินพื้นที่ก่อนให้บริการ ($\bar{X} = 4.28$) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการทำงาน ($\bar{X} = 4.22$) มีการวางแผนร่วมกันก่อนการดำเนินการ ($\bar{X} = 4.20$) มีการวางแผนในการบริหารความเสี่ยงในการทำงาน ($\bar{X} = 4.06$) ตามลำดับ

1.2 ด้านการให้บริการดูแลระยะยาว

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการให้บริการดูแลระยะยาว

ข้อ	ด้านการให้บริการดูแลระยะยาว	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.	มีการใช้เทคนิคในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.43	1.18	มาก
2.	มีวิธีการแก้ปัญหาได้หลากหลายแนวทาง	3.54	1.14	มาก
3.	มีวิธีการเรียนรู้ค้นคว้าวิธีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ	3.51	1.20	มาก
4.	สามารถเสนอแนะเทคนิคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานแก่เพื่อนร่วมงาน	4.47	0.72	มากที่สุด
5.	มีการปรับเปลี่ยนวิธีในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	4.45	0.67	มากที่สุด
	โดยรวม	3.88	0.98	มาก

จากตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการให้บริการดูแลระยะยาว พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ สามารถเสนอแนะเทคนิคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานแก่เพื่อนร่วมงาน ($\bar{X} = 4.47$) มีการปรับเปลี่ยนวิธีในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 4.45$) มีวิธีการแก้ปัญหาได้หลากหลายแนวทาง ($\bar{X} = 3.54$) มีวิธีการเรียนรู้ค้นคว้าวิธีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 3.51$) มีการใช้เทคนิคในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 3.43$) ตามลำดับ

1.3 ด้านการบริการดูแลที่บ้านและชุมชน

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการบริการดูแลที่บ้านและชุมชน

ข้อ	ด้านการบริการดูแลที่บ้านและชุมชน	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.	หน่วยงานมีเทคนิควิธีการที่หลากหลายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน	3.88	1.20	มาก
2.	มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการเป็นระยะ	4.13	1.24	มาก
3.	มีการกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	3.99	1.08	มาก
4.	มีการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง	3.91	1.04	มาก
5.	มีการพัฒนาการทำงานให้ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	4.35	0.83	มากที่สุด
โดยรวม		4.05	1.08	มาก

จากตารางที่ 4.11 ผลการวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการบริการดูแลที่บ้านและชุมชน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการพัฒนาการทำงานให้ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 4.35$) มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการเป็นระยะ ($\bar{X} = 4.13$) มีการกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.99$) มีการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 3.91$) หน่วยงานมีเทคนิควิธีการที่หลากหลายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ($\bar{X} = 3.88$) ตามลำดับ

1.4 ด้านการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการจัดหา อุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อ	ด้านการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.	มีการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานได้อย่างเพียงพอ	4.22	0.74	มากที่สุด
2.	มีการจัดทรัพยากรอย่างเพียงพอ	4.20	0.73	มาก
3.	มีการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่การปฏิบัติหน้าที่	4.21	0.75	มากที่สุด
4.	มีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์อย่างทันเวลา เมื่อมีปัญหาขณะปฏิบัติงาน	4.35	0.68	มากที่สุด
5.	มีการสำรวจความต้องการวัสดุ อุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ	4.29	0.67	มากที่สุด
โดยรวม		4.26	0.61	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.26$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ มีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์อย่างทันเวลา เมื่อมีปัญหาขณะปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.35$) มีการสำรวจความต้องการวัสดุ อุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 4.29$) มีการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานได้อย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 4.22$) มีการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่การปฏิบัติหน้าที่ ($\bar{X} = 4.21$) มีการจัดทรัพยากรอย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 4.20$) ตามลำดับ

1.5 ด้านการประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล

ข้อ	ด้านการประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล	ระดับความคิดเห็น		
		\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.	มีคุณภาพงานตามมาตรฐานตัวชี้วัดที่กำหนด	3.74	0.86	มาก
2.	มีการปฏิบัติงานที่รวดเร็ว ทันเวลาตรงตามเป้าหมายของงาน	3.65	0.87	มาก
3.	มีการแก้ปัญหาการปฏิบัติเป็นทีม	3.60	0.89	มาก
4.	มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ละเอียดรอบคอบ มีความประณีต	3.66	0.88	มาก
5.	ปฏิบัติหน้าที่ได้สำเร็จตามเป้าหมายเกิดประโยชน์คุ้มค่า	3.71	0.90	มาก
โดยรวม		3.67	0.88	มาก

จากตารางที่ 4.13 ผลการวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ ด้านการประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.67$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีคุณภาพงานตามมาตรฐานตัวชี้วัดที่กำหนด ($\bar{X} = 3.74$) ปฏิบัติหน้าที่ได้สำเร็จตามเป้าหมายเกิดประโยชน์คุ้มค่า ($\bar{X} = 3.71$) มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ละเอียดรอบคอบ มีความประณีต ($\bar{X} = 3.66$) มีการปฏิบัติงานที่รวดเร็ว ทันเวลาตรงตามเป้าหมายของงาน ($\bar{X} = 3.65$) มีการแก้ปัญหาการปฏิบัติเป็นทีม ($\bar{X} = 3.60$) ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปร จำนวน 5 ตัวแปร และนำมาวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง และสร้างสมการทำนายพยากรณ์ตัวแปรตาม คือ การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม และนำเสนอผลการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม และระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน เป็นการหาระดับความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่เรียกว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่าเป็นบวก (+) หมายความว่าข้อมูลสองชุดเปลี่ยนแปลงตามกัน กล่าวคือ ถ้าค่าของตัวแปรหนึ่งสูง ค่าของอีกตัวแปรหนึ่งจะสูงไปด้วยและถ้าค่าของตัวแปรหนึ่งต่ำค่าของตัวแปรอีกตัวหนึ่งจะต่ำด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่าเป็นลบ (-) หมายความว่าข้อมูลสองชุดเปลี่ยนแปลงในทางตรงกันข้ามหรือกลับกัน กล่าวคือ ถ้าค่าของตัวแปรหนึ่งสูง ค่าของอีกตัวแปรหนึ่งจะต่ำและถ้าค่าของตัวแปรหนึ่งต่ำค่าของตัวแปรอีกตัวแปรหนึ่งจะสูง ค่าระดับความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากค่า (Correlation Coefficient (r)) มีเกณฑ์การวัดระดับความสัมพันธ์ (ดุขฎี อายุวัฒน์, 2553, น. 2) ดังนี้

ระดับความสัมพันธ์ระหว่าง 0.001-0.500 มีระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ

ระดับความสัมพันธ์ระหว่าง 0.501-0.700 มีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

ระดับความสัมพันธ์ระหว่าง 0.701 ขึ้นไป มีระดับความสัมพันธ์สูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน ควรมีค่าไม่เกิน 0.80 เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการเกิด (Multicollinearity) ซึ่งหมายถึง ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงมากเกินไป จนไม่เหมาะที่จะนำตัวแปรคู่ที่มีความสัมพันธ์กันสูงเข้าไปในสมการทั้งสองตัว

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระด้วยกัน จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่

X_1 แทน ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ

X_2 แทน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน

X_3 แทน ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม

X_4 แทน ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร

X_5 แทน ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 4.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅
X ₁	1	-	-	-	-
X ₂	.627**	1	-	-	-
X ₃	.531**	.635**	1	-	-
X ₄	.670**	.358**	.701**	1	-
X ₅	.648**	.516**	.609**	.652**	1

หมายเหตุ. * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปร พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .516-.701 ไม่มีคู่ใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เกิน .80 ที่จะก่อให้เกิดปัญหาที่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) เมื่อนำไปวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

2. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple Linear Regressions)

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงมีลักษณะที่สำคัญ คือ การวิเคราะห์หาผลหรืออิทธิพลของตัวแปรอิสระหลาย ๆ ตัวที่มีต่อตัวแปรตามหนึ่งตัว โดยมีข้อสมมติฐานว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear Relationship) เพื่อที่จะทำให้สามารถนำผลของตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่มีผลต่อตัวแปรตามมารวมกันได้ (Additivity) กล่าวคือ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีผลต่อตัวแปรตามหรือไม่และตัวแปรอิสระทุกตัวรวมกันมีผลต่อตัวแปรตามมากน้อยเพียงใด ก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบดูว่าตัวแปรอิสระสัมพันธ์กันหรือไม่ โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวเป็นอิสระจากกันและไม่มีปัญหาเกี่ยวกับ (Multicollinearity) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple Linear Regressions) ตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple Linear Regression Analysis)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานบริหารจัดการของกองทุนระบบดูแลและยกระดับด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple Linear Regression Analysis) โดยใช้การวิเคราะห์แบบกำหนดตัวแปรเข้าไปในสมการทั้งหมด (Enter Method) จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่

X₁ แทน ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ

X₂ แทน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน

X₃ แทน ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม

X₄ แทน ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร

X₅ แทน ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

ตัวแปรตาม คือ การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลและยกระดับด้านสาธารณสุขสำหรับผู้

สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม Y

ตารางที่ 4.15 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม

ลำดับ	ตัวแปรอิสระ	b	S.E.	β	t	Sig.
a	ค่าคงที่ (Constant)	1.581	.130	-	12.165	.000
1.	การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (X ₁)	.245	.034	.400	7.252	.000*
2.	การได้เรียนรู้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (X ₂)	.065	.029	.139	2.242	.026*
3.	ความรู้เรื่องปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (X ₃)	.076	.035	.133	2.140	.033*
4.	เจตคติต่อปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (X ₄)	.005	.038	.009	.140	.889
5.	ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน (X ₅)	.335	.047	.407	7.096	.000*

R = .743, R² = .552

หมายเหตุ. * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.15 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้การวิเคราะห์แบบกำหนดตัวแปรเข้าไปในสมการทั้งหมด (Enter Method) ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม (Y) เท่ากับ 0.743 (R = .743) แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร รวมกันมีความสัมพันธ์การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม (Y) ในระดับมาก

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม (Y) เท่ากับ .552 (R² = .552) แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถอธิบายการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม (Y) ได้ร้อยละ 55.20

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 4 ตัวแปร สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ เรียงลำดับจากตัวแปรที่มีผลต่อการผันแปรในตัวแปรตามในแบบคะแนนมาตรฐานจากมากที่สุดไปหาน้อย ดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน (X₅) (β = .407)

3.2 ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ (X₁) (β = .400)

3.3 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน (X₂) (β = .139)

3.4 ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม (X₃) (β = .133)

ดังนั้น เมื่อทราบค่าคงที่ (Constant) เท่ากับ 1.581 ทราบค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวพยากรณ์ ซึ่งอยู่ในรูปคะแนนดิบ (b) และทราบน้ำหนักความสำคัญของตัวพยากรณ์ ซึ่งอยู่ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) จึงสามารถสร้างสมการถดถอย ได้ดังนี้

สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ คือ $\hat{Y} = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n$

แทนค่าในสูตร $\hat{Y} = 1.581 + 0.335 (X_5) + 0.245 (X_1) + 0.065 (X_2) + 0.076 (X_3)$

สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ $Z = B_1Z_1 + B_2Z_2 + \dots + B_nZ_n$

แทนค่าในสูตร $Z_{\hat{y}} = 0.407 (X_5) + 0.400 (X_1) + 0.139 (X_2) + .133 (X_3)$

เมื่อ \hat{Y} และ $Z_{\hat{y}}$ = ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ส่วนตัวแปรปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหารหลักประกันสุขภาพ (X_d) ($\beta = .009$) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 4.16 ผลการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

ข้อ	ผลการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ความถี่
1.	ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ	
1.1	เชิญวิทยากรที่มีประสบการณ์มาถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานเชิงพื้นที่	25
1.2	ควรให้ความรู้ด้านการแก้ไขปัญหาระหว่างปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน	12
1.3	อบรมความรู้การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน	10
2.	ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน	
2.1	ลงพื้นที่ร่วมกับผู้นำชุมชนในการชี้แจงโครงการต่าง ๆ ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ	35
2.2	ควรประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อที่ทันสมัย เช่น Facebook, Line	24
2.3	ควรรณรงค์สร้างการรับรู้ให้ประชาชนในพื้นที่ผ่านผู้นำชุมชน	11
3.	ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม	
3.1	คณะกรรมการควรให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำงานรับฟังความคิดเห็นของทุกคนและนำมาปรับปรุงการทำงานร่วมกัน	27
3.2	มีการระดมความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาด้วยกัน	15
3.3	มีการบูรณาการทำงานร่วมกับชุมชน ควรสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทในการตรวจสอบการทำงานของคณะกรรมการ	10

(ต่อ)

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ข้อ	ผลการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ความถี่
4.	ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร	
4.1	สนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ	30
4.2	มีพี่เลี้ยงในการดำเนินการกองทุน	22
4.3	จัดให้มีสถานที่ในการประชุมดำเนินงาน	20
5.	ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน	
5.1	คณะกรรมการควรได้รับการอบรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการกองทุน	28
5.2	ผู้นำควรมีการชี้แจงนโยบายและแนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอ	17
5.3	มีการวางแผนการดำเนินงานกองทุนร่วมกัน และกำหนดเป้าหมายการทำงานอย่างชัดเจน	10

ตารางที่ 4.16 สรุปข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ ได้แก่ เชิญวิทยากรที่มีประสบการณ์มาถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานเชิงพื้นที่ ควรให้ความรู้ด้านการแก้ไขปัญหาระหว่างปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน อบรมความรู้การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

2. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน ได้แก่ ลงพื้นที่ร่วมกับผู้นำชุมชนในการชี้แจงโครงการต่าง ๆ ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ ควรประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อที่ทันสมัย เช่น Facebook, Line ควรณรงค์สร้างการรับรู้ให้ประชาชนในพื้นที่ผ่านผู้นำชุมชน

3. ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม ได้แก่ คณะกรรมการควรให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำงาน รับฟังความคิดเห็นของทุกคนและนำมาปรับปรุงการทำงานร่วมกัน มีการระดมความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน มีการบูรณาการทำงานร่วมกับชุมชน ควรสนับสนุนให้ภาคประชาสังคม มีบทบาทในการตรวจสอบการทำงานของคณะกรรมการ

4. ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร ได้แก่ สนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ มีพี่เลี้ยงในการดำเนินการกองทุน จัดให้มีสถานที่ในการประชุม ดำเนินงาน

5. ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ คณะกรรมการควรได้รับการอบรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการกองทุน ผู้นำควรมีการชี้แจงนโยบายและแนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการวางแผนการดำเนินงานกองทุนร่วมกัน และกำหนดเป้าหมายการทำงานอย่างชัดเจน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัย ได้ทำการสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ตามลำดับต่อไปนี้

1. สรุป
2. อภิปรายผล
3. ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุป

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ได้ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 128 คน จำแนกได้ดังนี้

5.1.1.1 ด้านเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวนหญิง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 และเพศชาย จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1

5.1.1.2 ด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอายุ 31-40 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 25 อายุ 51 ปีขึ้นไป จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1 อายุ 18-30 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9

5.1.1.3 ด้านระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 57 รองลงมา สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และต่ำกว่า จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 18

5.1.2 ผลการวิจัย พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.18$) ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ ($\bar{X} = 3.98$) ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร ($\bar{X} = 3.94$) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน ($\bar{X} = 3.79$) ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม ($\bar{X} = 3.69$) ตามลำดับ ประกอบด้วย

5.1.2.1 ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ภาครัฐมีนโยบายกำหนดหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบ ตลอดจนประสานความร่วมมือกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน ในบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 4.09$) ภาครัฐมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอในการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 4.08$) ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุน โดยมีระเบียบ กฎหมาย และแผนงานรองรับในการบริหารจัดการ

กองทุน ($\bar{X} = 3.98$) ภาครัฐมีนโยบายการพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานร่วมและผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 3.93$) ตัวท่านหรือครอบครัวได้รับประโยชน์จากกองทุน ($\bar{X} = 3.81$) ตามลำดับ

5.1.2.2 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชนหลักประกันสุขภาพ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับส่วนราชการ ($\bar{X} = 3.88$) รับฟังปัญหาและความต้องการของประชาชนและวางแผนการทำงานร่วมกัน ($\bar{X} = 3.81$) มีการประเมินผล ตรวจสอบการทำงานจากภาคประชาสังคมและชุมชน ($\bar{X} = 3.88$) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 3.76$) เปิดโอกาสให้ประชาชนได้การตัดสินใจร่วมกับการบริหารจัดการกองทุน ($\bar{X} = 3.72$) ตามลำดับ

5.1.2.3 ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ($\bar{X} = 3.75$) มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เสียสละในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.73$) มีการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงาน ($\bar{X} = 3.70$) มีการวางแผนการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ($\bar{X} = 3.67$) มีการประเมินผลการทำงานร่วมกันและร่วมกันพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ($\bar{X} = 3.62$) ตามลำดับ

5.1.2.4 ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการวางแผนระดมความคิดก่อนการจัดทำโครงการที่เป็นประโยชน์ ($\bar{X} = 4.04$) หน่วยงานภาครัฐมีบุคลากรอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.97$) มีการวางแผนกำหนดโครงสร้าง หน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำงาน ($\bar{X} = 3.95$) หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอต่อการดำเนินโครงการ ($\bar{X} = 3.92$) หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ($\bar{X} = 3.82$) ตามลำดับ

5.1.2.5 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการจัดโครงสร้างบุคลากรตามความสามารถเพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.39$) มีการทบทวนการทำงานและปรับปรุงการดำเนินงานอยู่เสมอ ($\bar{X} = 4.36$) มีการพัฒนาต่อยอด เรียนรู้สิ่งใหม่และนำมาปรับใช้ในการทำงาน ($\bar{X} = 4.25$) บุคลากรได้รับการอบรมชี้แจงรายละเอียดงานก่อนปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.99$) เข้าใจระเบียบ กฎหมายในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.91$) ตามลำดับ

5.1.3 การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ การบริหารงบประมาณการเงิน ($\bar{X} = 4.26$) การบริหารแผนงานโครงการ ($\bar{X} = 4.25$) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ($\bar{X} = 4.05$) การดำเนินตามแผนงาน/โครงการ ($\bar{X} = 3.88$) การติดตามประเมินผล ($\bar{X} = 3.67$) ตามลำดับ

5.1.3.1 ด้านการประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.25$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการปรับแผนในการดำเนินงานตามลักษณะสถานการณ์ในการทำงาน ($\bar{X} = 4.51$) มีการประเมินพื้นที่ก่อนให้บริการ ($\bar{X} = 4.28$) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการทำงาน ($\bar{X} = 4.22$) มีการวางแผนร่วมกันก่อนการดำเนินการ ($\bar{X} = 4.20$) มีการวางแผนในการบริหารความเสี่ยงในการทำงาน ($\bar{X} = 4.06$) ตามลำดับ

5.1.3.2 ด้านการให้บริการดูแลระยะยาว พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ สามารถเสนอแนะเทคนิคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานแก่เพื่อนร่วมงาน ($\bar{X} = 4.47$) มีการปรับเปลี่ยนวิธีในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 4.45$) มีวิธีการแก้ปัญหาได้หลากหลายแนวทาง ($\bar{X} = 3.54$) มีวิธีการเรียนรู้ค้นคว้าวิธีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 3.51$) มีการใช้เทคนิคในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 3.43$) ตามลำดับ

5.1.3.3 ด้านการบริการดูแลที่บ้าน และชุมชน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการพัฒนาการทำงานให้ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 4.35$) มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการเป็นระยะ ($\bar{X} = 4.13$) มีการกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.99$) มีการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 3.91$) หน่วยงานมีเทคนิควิธีการที่หลากหลาย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ($\bar{X} = 3.88$) ตามลำดับ

5.1.3.4 ด้านการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.26$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ มีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์อย่างทันเวลาเมื่อมีปัญหาขณะปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.35$) มีการสำรวจความต้องการวัสดุ อุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 4.29$) มีการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานได้อย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 4.22$) มีการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่การปฏิบัติหน้าที่ ($\bar{X} = 4.21$) มีการจัดทรัพยากรอย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 4.20$) ตามลำดับ

5.1.3.5 ด้านการประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.67$) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ มีคุณภาพงานตามมาตรฐานตัวชี้วัดที่กำหนด ($\bar{X} = 3.74$) ปฏิบัติหน้าที่ได้สำเร็จตามเป้าหมายเกิดประโยชน์คุ้มค่า ($\bar{X} = 3.71$) มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ละเอียดรอบคอบ มีความประณีต ($\bar{X} = 3.66$) มีการปฏิบัติงานที่รวดเร็ว ทันเวลาตรงตามเป้าหมายของงาน ($\bar{X} = 3.65$) มีการแก้ปัญหาการปฏิบัติเป็นทีม ($\bar{X} = 3.60$)

5.1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้การวิเคราะห์แบบกำหนดตัวแปรเข้าไปในสมการทั้งหมด (Enter Method) ดังนี้

5.1.4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม (Y) เท่ากับ 0.743 ($R = .743$) แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร รวมกันมีความสัมพันธ์การดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม (Y) ในระดับมาก

5.1.4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม (Y) เท่ากับ .552 ($R^2 = .552$) แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถอธิบายการดำเนินงานของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม (Y) ได้ร้อยละ 55.20

5.1.4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 4 ตัวแปร สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ เรียงลำดับจากตัวแปรที่มีผลต่อการผันแปรในตัวแปรตามในแบบคะแนนมาตรฐานจากมากที่สุดไปหาน้อย ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน (X_5) ($\beta = .407$)
- 2) ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ (X_1) ($\beta = .400$)
- 3) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน (X_2) ($\beta = .139$)
- 4) ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม (X_3) ($\beta = .133$)

ดังนั้น เมื่อทราบค่าคงที่ (Constant) เท่ากับ 1.581 ทราบค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวพยากรณ์ ซึ่งอยู่ในรูปคะแนนดิบ (b) และทราบน้ำหนักความสำคัญของตัวพยากรณ์ ซึ่งอยู่ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) จึงสามารถสร้างสมการถดถอย ได้ดังนี้

สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ คือ $\hat{Y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$

แทนค่าในสูตร $\hat{Y} = 1.581 + 0.335 (X_5) + 0.245 (X_1) + 0.065 (X_2) + 0.076 (X_3)$

สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ $Z_{\hat{y}} = B_1z_1 + B_2z_2 + \dots + B_nz_n$

แทนค่าในสูตร $Z_{\hat{y}} = 0.407 (X_5) + 0.400 (X_1) + 0.139 (X_2) + .133 (X_3)$

เมื่อ \hat{Y} และ $Z_{\hat{y}}$ = ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ส่วนตัวแปรปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหารหลักประกันสุขภาพ (X_4) ($\beta = .009$) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5.1.5 สรุปข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกองทุนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกุดคำ จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

5.1.5.1 ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ ได้แก่ เชิญวิทยากรที่มีประสบการณ์มาถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานเชิงพื้นที่ ควรให้ความรู้ด้านการแก้ไขปัญหาระหว่างปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน อบรมความรู้การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

5.1.5.2 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน ได้แก่ ลงพื้นที่ร่วมกับผู้นำชุมชนในการชี้แจงโครงการต่าง ๆ ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ ควรประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อที่ทันสมัย เช่น Facebook, Line ควรรณรงค์สร้างการรับรู้ให้ประชาชนในพื้นที่ผ่านผู้นำชุมชน

5.1.5.3 ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม ได้แก่ คณะกรรมการควรให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำงาน รับฟังความคิดเห็นของทุกคนและนำมาปรับปรุงการทำงานร่วมกัน มีการระดมความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน มีการบูรณาการทำงานร่วมกับชุมชน ควรสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทในการตรวจสอบการทำงานของคณะกรรมการ

5.1.5.4 ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร ได้แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ มีพี่เลี้ยงในการดำเนินการกองทุน จัดให้มีสถานที่ในการประชุมดำเนินงาน

5.1.5.5 ด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ คณะกรรมการควรได้รับการอบรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการกองทุน ผู้นำควรมีการชี้แจงนโยบายและแนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการวางแผนการดำเนินงานกองทุนร่วมกันและกำหนดเป้าหมาย การทำงานอย่างชัดเจน

5.2 อภิปรายผล

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

5.2.1 อภิปรายผลตาม สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกุดคำ จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกุดคำ จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

5.2.1.1 ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกุดคำ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า นโยบายการดำเนินการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นตัวกำหนดทิศทางให้ระบบราชการดำเนินงานไปสู่เป้าหมาย โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จอย่างชัดเจน โดยมุ่งหวังทำให้ประชาชนผู้สูงอายุได้รับประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ อรสา กงตาล (2563) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ผลการวิจัย พบว่า การจัดบริการดูแลระยะยาว ประกอบด้วยภาคีหลักที่สำคัญ 3 ภาคี ได้แก่ ภาคีด้านสุขภาพ ภาคีด้านสังคม และภาคีด้านชุมชน การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community Resource and Policy) เป็นการกำหนดและการมีข้อตกลงร่วมกันของภาคีหลัก 3 ภาคีในการใช้และการจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน (บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ) เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานเชื่อมโยงประสานกัน ลดการทำงานซ้ำซ้อนเกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือองค์กร เพื่อให้มีประสิทธิภาพเท่าเทียมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปวีณสุดา จันทุนี (2562) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัย พบว่า 1) ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรีอยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรี อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านนโยบายภาครัฐ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌนอม คะตะวงค์ (2553) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล มี 5 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านความชัดเจนของนโยบาย 2) ปัจจัยด้านทรัพยากรองค์กร 3) ปัจจัยด้านสมรรถนะของหน่วยงานที่ปฏิบัติ 4) ปัจจัยด้านการได้รับความร่วมมือจากประชาชน 5) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและกลุ่มเป้าหมายประชาชนผู้รับบริการ

5.2.1.2 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนทำให้เกิดภาคีเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิบัติงานเชิงรุกเกี่ยวกับการส่งเสริมการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนการดำเนินโครงการอื่น ๆ ในการเสนอข้อคิดเห็น สะท้อนปัญหาความต้องการและร่วมกันมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายตลอดจนการประเมินผล สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชยานภิก รัชตะวรรณ และคณะ (2562) ได้ทำการวิจัยเรื่อง กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ มี 5 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินกิจกรรม การใช้ประโยชน์ การร่วมรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยรูปแบบของการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การร่วมตัดสินใจ ร่วมในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล ผลจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะเกิดประโยชน์ต่อผู้รับผลการพัฒนา ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมรวมถึงการกระจายประโยชน์สู่ชุมชน ดังนั้นหากบุคลากรด้านสุขภาพ มีศักยภาพในการสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพย่อมเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนกร พลโพธิ์ (2553) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอชุมแพ จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนและปัจจัยด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ คือ

คณะกรรมการกองทุนฯ ควรพัฒนาปัจจัยด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ ให้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยการจัดทำแผนงาน/กิจกรรมประจำปี และเสนอแผนงาน/กิจกรรมผ่านเวทีประชาคมของหมู่บ้าน เพื่อให้สมาชิกกองทุนฯ ได้รับรู้และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนฯ และตรงตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่และสอดคล้องกับแนวคิดของ วันชัย วัฒนศัพท์ (2553, น. 3-4) ได้เสนอแนะแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ดังนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นหลักการสากลที่อารยประเทศให้ความสำคัญและเป็นประเด็นหลักที่สังคมไทยให้ความสนใจเพื่อพัฒนาการเมืองเข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมตามหลักการธรรมาภิบาลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อสร้างความโปร่งใส และเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของภาครัฐให้ดีขึ้นและเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุก ๆ ฝ่าย

5.2.1.3 ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การทำงานเป็นทีมนับเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญขององค์กรเมื่อบุคลากรร่วมมือร่วมใจกันจะทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ส่งเสริมกระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น บรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่วางไว้ อีกทั้งการทำงานเป็นทีมยังช่วยให้ได้ความคิดริเริ่มใหม่ ๆ จากสมาชิกในทีมที่มีทักษะ ประสบการณ์ที่หลากหลาย ซึ่งอาจทำให้เกิดการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ อริศษรา อุ่มสิน (2560, น. 20) ได้กล่าวว่า คุณลักษณะของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพนั้น สมาชิกในทีมงานจะต้องมีความไว้วางใจกัน ไว้วางใจกัน ซึ่งจะนำมายอมรับในความรู้ ความสามารถ และเห็นคุณค่าของสมาชิก การมีมนุษยสัมพันธ์อันดีต่อกัน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการคิด การปฏิบัติ และการแก้ปัญหา โดยใช้การสื่อสารแบบเปิดเป็นการสื่อสารสองทางโดยสามารถนำไปสู่เป้าหมาย ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จของทีมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ ทองทิพภา วิริยะพันธุ์ (2551, น. 11) กล่าวถึง ความสำคัญของการทำงานเป็นทีม ดังนี้ เนื่องจากความสำเร็จขององค์การขึ้นอยู่กับการบริหารทีมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารทีมงานจึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของกระบวนการในการบริหารทีมงานให้กระจ่างชัดในทุกแง่มุม ไม่ว่าจะเป็นหลักในการทำงานเป็นทีม องค์ประกอบของทีมงาน การกำหนดวัตถุประสงค์ของทีมงาน ตลอดจนวิธีกระตุ้นหรือจูงใจให้เกิดการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทีมงานได้ช่วยกันทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายขององค์การ หากผู้บริหารสามารถเรียนรู้และนำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ จะส่งผลดีต่อองค์การเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้แก่องค์การและในด้านการสร้างความแข็งแกร่งขององค์การทำให้้องค์การเจริญก้าวหน้าอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้กำหนดสมรรถนะที่ต้องการสำหรับบุคลากรสาธารณสุขโดยกำหนดสมรรถนะหลัก (Core-Competency) หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ทักษะความสามารถและคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคลากรสร้างผลงานที่โดดเด่น ในองค์กร ด้านความร่วมมือร่วมใจ (ทำงานเป็นทีม) (Teamwork-TW) พฤติกรรมแสดง 1) ความตั้งใจที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งในทีม หน่วยงาน หรือองค์กร โดยผู้ปฏิบัติมีฐานะเป็นสมาชิกในทีมมิใช่ฐานหัวหน้าทีม และ 2) ความสามารถในการสร้างและดำรงรักษาสัมพันธ์กับสมาชิกในทีม

5.2.1.4 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายแนวทางการปฏิบัติของกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัด สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการกองทุนได้ และบริหารจัดการกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ นางลักษณีย์ พะโกยะ (2561) กล่าวว่า รูปแบบการจัดระบบบริการมีทั้ง การบริการในชุมชน เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และบริการในสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลรัฐและเอกชน คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น ระบบที่เลี้ยงที่เกิเกิดขึ้นนั้นเป็นไปตามเจตนารมณ์ของ สปสช. ที่จะสร้างความรู้ความเข้าใจพัฒนาศักยภาพที่เลี้ยงให้เกิดการรับรู้และสร้าง ความเข้าใจในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ ซึ่งได้กำหนดบทบาทที่เลี้ยงกองทุนเป็นทีมสนับสนุนและกำกับติดตาม และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ พานพรหม (2557) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการและการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.1.1 รัฐบาลควรมีนโยบายสนับสนุนการด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการบริหารจัดการกองทุนอย่างเพียงพอ ตลอดจนพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการกองทุน

5.3.1.2 คณะกรรมการกองทุนควรเปิดโอกาสให้ประชาชนได้การตัดสินใจร่วมกับการบริหารจัดการกองทุน สะท้อนบริบทเชิงพื้นที่ให้คณะกรรมการได้ทราบและออกแบบวางแผนการทำงานร่วมกันโดยการจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงาน

5.3.1.3 คณะกรรมการกองทุนควรมีการสร้างธรรมาภิบาลในการดำเนินการกองทุน มีการจัดตั้งคณะกรรมการและร่วมประเมินผลการทำงานร่วมกัน ตลอดจนปรับปรุงการทำงานร่วมกันให้ดียิ่งขึ้น

5.3.1.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลควรมีบทบาทในการสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการทำงานระดับพื้นที่ สนับสนุนเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการประชุม สั่งการ และปรึกษาหารือในการปฏิบัติงานด้วยโปรแกรม Zoom, Google Meet เป็นต้น

5.3.1.5 มีการอบรมสร้างความเข้าใจระเบียบ กฎหมาย ในการปฏิบัติงาน ตลอดจนสร้างแนวทางปฏิบัติงานร่วมกัน มาตรการในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการกองทุน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อการวางแผนในการทำงานเชิงรุก

5.3.2.2 ควรศึกษาการสร้างเครือข่ายชุมชนในการทำงานสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

5.3.2.3 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่มีผลต่อการทำนายนายการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพ



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

บรรณานุกรม

- กัลยาพร ภูจิตทอง. (2556). การบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กาญจนา มังคละคีรี. (2552). องค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองนครพนม (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). นครพนม: มหาวิทยาลัยนครพนม.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2524). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: เจริญกิจ.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). จอมปราชญ์นักการศึกษา: สังเคราะห์ วิเคราะห์ และประยุกต์แนวพระราชดำรัส ด้านการศึกษาและพัฒนาคน. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- โกศล วงศ์สวรรค์, สุธิลา ตุลยะเสถียร, และสถิต วงศ์สวรรค์. (2544). มลพิษสิ่งแวดล้อม (ปัญหาสังคมไทย). กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.
- คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). สนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- โครงการสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการ ครั้งที่ 9 ประจำปี 2560. นวัตกรรมเพื่อการเข้าถึงของคนทั้งหมด (Innovation towards Accessibility for All). วันที่ 26-27 กรกฎาคม 2560. กรุงเทพฯ: ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เขตหลักสี่.
- จินตนา สงค์ประเสริฐ. (2538). ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- ชยพล ฉิมพลี. (2552). การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองหนองสาโรง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชัยยา ปานันท์ และบุญมา สุนทรวิรัตน์. (2564). ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: มุมมองผู้ให้บริการ. วารสารวิชาการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข, 30(ฉบับเพิ่มเติม), 87-101.
- เดิมศักดิ์ คทวนิช. (2550). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- ถนอม คะตะวงศ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดอุบลราชธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ทองทิพภา วิริยะพันธุ์. (2551). การบริหารทีมงานและการแก้ปัญหา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สหธรรมิก.
- ทัศนีย์ พานพรหม. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(1), 6-13.
- ทำนอง ภูเกิดพิมพ์. (2551). แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการจัด การศึกษาของชุมชน. กาสสินธุ์: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาสสินธุ์ เขต 2.

- เทพินทร์ จารุศุกร. (2554). *แนวทางและวิธีการในการพัฒนาการทำงานเป็นทีมของครูโรงเรียนสาธิตสาธิต
วิเทศเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2543). *กลยุทธ์และนโยบายธุรกิจ*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (2550). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา
ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- ธีระ รุญเจริญ. (2553). *ความเป็นมืออาชีพในการจัดและบริหารการศึกษายุคปฏิรูปการศึกษาเพื่อปฏิรูป
รอบ 2 และประเมินภายนอกกรอบ 3*. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- น้ำทิพย์ วิกาวิน. (2547). *การจัดการความรู้กับคลังความรู้*. กรุงเทพฯ: เอสอาร์ พรินติ้งแมสโปรดักส์.
- บดีนทร์ วิจารณ์. (2553). *การพัฒนาองค์การแห่งการเรียนรู้ (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหาร
จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 และหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข
การรับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- ประชุม สุวดีถิ. (2551). *การตลาดอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์.
- ประนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2537). *การศึกษาความต้องการการพยาบาลของ
ผู้สูงอายุ ในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาส สุนันท์. (2554). *ความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหาร ในการบริหารจัดการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ปวีณสุดา จันทุณี. (2562). *ประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง
ของเทศบาลนครนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. ในการประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ครั้งที่ 4 วันที่ 26-28 มิถุนายน 2542*. กรุงเทพฯ: โรงแรม
รอยัลริเวอร์.
- ปิยพร ขนอม. (2554). *กระบวนการทำงานและปัจจัยเงื่อนไขในการพัฒนางานสาธารณสุขขององค์การ
บริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและระบบสาธารณสุข, 5(4), 539-547*.
- ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล. (2563). *การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสีม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์,
40(3), 48-65*.
- เปรมชัย สโรบล. (2550). *ปัจจัยการบริหารที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการศึกษาของโรงเรียนนายร้อย
พระจุลจอมเกล้า* (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พจนารถ ดวงคำน้อย และขจรศักดิ์ วงษ์จันทร์. (2554). *ประสิทธิผลการบริหารกองทุนหลักประกัน
สุขภาพระดับท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี. วารสารสุขภาพประชาชนภาคเหนือ, 6(1)*.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2551). *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม (พิมพ์ครั้งที่ 16)*.
กรุงเทพฯ: เอส. อาร์. พรินติ้งแมสโปรดักส์.
- พระศรีคัมภีร์ญาณ (สมจิตต์ วันจันทร์). (2556). *พุทธปรัชญา*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

- พิสิฐ พรหมคำ. (2555). การประเมินการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญผกา กาญจนภาส. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพื่อนช่วยจำ. (2551) ทบทวนการพยาบาลผู้ใหญ่ ANR. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- มยุรี สุวรรณโคตร. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนา สุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(2), 33-44.
- มัลลิกา วิชุกรองครัด. (2553). การศึกษาการทำงานเป็นทีมของพนักงานเทศบาลสังกัดเทศบาลเมือง ชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โยธิน แป่มจ้านัก. (2549). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านทักษิณ จังหวัดยะลา (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). ยะลา: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.
- รังสรรค์ สิงห์เลิศ. (2551). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- รังสรรค์ อินทน์จันทน์. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น: ศึกษาเฉพาะกรณี องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในจังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- รัตนกร พลโพธิ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของกรรมการกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอชุมแพ จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- ลดาวลัย จ้อยประดิษฐ์. (2553). กระบวนการและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในจังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรรณ ทอแก้วแก้ว. (2554). การมีส่วนร่วมในการดำเนินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดยะลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 3(1), 16-32.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2553). คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน: คู่มือการจัดการสร้างความปรองดองในระบบบริการ สาธารณสุข. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- วิจิตร ศรีสอาน. (2536). ปรัชญาและพัฒนาการบริหาร. ในคณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาหลัก และระบบบริหารการศึกษา บรรณาธิการ. เอกสารการสอนชุดวิชา หลักและระบบบริหาร การศึกษา หน่วยที่ 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิจิตร ศรีสอาน. (2546). การศึกษาเรื่องการพัฒนา. ในรายงานการประชุม “รวมพลังเพื่อพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานการศึกษาไทย”. (น. 5-10). ฉะเชิงเทรา: สถาบันราชนครินทร์.

- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2545). *การบริหารเมืองหลวงและการบริหารท้องถิ่น: สหรัฐอเมริกาอังกฤษ ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น และไทย*. กรุงเทพฯ: โฟร์เพช.
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2548). *การบริหารจัดการและการบริหารการพัฒนาขององค์กรตามรัฐธรรมนูญ และหน่วยงานของรัฐ*. กรุงเทพฯ: นิติธรรม.
- ศรศักดิ์ บุญมั่น. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดอุทัยธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศรีทับทิม รัตนโกศล. (2527). *สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว. รวมบทความวิทยุเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการครอบครัวและเด็ก และอื่น ๆ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). *สวัสดิการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สนอ อินทรสุขศรี. (2552). *อยู่อย่างมีค่า ชราอย่างมีความสุข (ตอนที่1). สารรักผู้สูงวัย, 1(2), 14.*
- สมนึก ภัททิยธนี. (2544). *การวัดผลการศึกษา*. กทม. สิ้นธุ์: ประสานการพิมพ์.
- สรยุทธ จันสุข. (2552). *การศึกษาตัวชี้วัดการพัฒนาชุมชนตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน). (2553). *คู่มือการประเมินคุณภาพภายนอกกรอบสามระดับอุดมศึกษา (ฉบับสถานศึกษา) พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สมศ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลง. (2564). *กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม*. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลง.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลง. (2564). *จำนวนคณะกรรมการและทีมผู้ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุพัฒน์ กองศรีมา. (2552). *ประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดอุดรธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: นิซินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- สุรเชษฐ์ กรงจักร. (2554). *ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแรด อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย* (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- เสาวลักษณ์ แยมตรี, ชุมพล พลนรา และอานนท์ แยมตรี. (2542). *รูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนชน*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- อนันต์ คำอ่อน. (2552). *แนวทางการพัฒนาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อรพินท์ สฟโชคชัย. (2550). *การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- อริศขรา อุ่มสิน. (2560). *การศึกษากการทำงานเป็นทีมของครูผู้สอนในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษา เขต 17 (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต)*. จันทบุรี: มหาวิทยาลัย ราชภัฏรำไพพรรณี.
- อารินทร์ ไชโยธราช. (2555). *การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ตามมาตรฐานการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อำนาจ มีสมทรัพย์. (2553). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีมกับการบริหารงานวิชาการ ของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาพระนครศรีอยุธยา เขต 1 (วิทยานิพนธ์ปริญญา ครุศาสตรมหาบัณฑิต)*. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- Brownlea, A. (1987). Participation: myths, reality and prognosis. *Soc Sci Med*, 25(6), 605-614.
- Davenport, T. and Prusak, L. (1998). *Working knowledge: How organizations manage what they know*. Boston: Harvard Business School Press.
- Greenwood, W.T. (1965). *Management and Organizational Behavior: An Interdisciplinary Approach*. Ohio: South Western Publishing Co.
- Gulick, L. and Urwick, L., ed. (1973). *Papers on the Science of Administration Englewood Chiffs*. NJ: Prentice-Hall.
- James, E. and Jayne, V.R. (1977). *Research on the Psychology of Aging: Principles and Experimentation*. In *Handbook of the Psychology of Aging*.
- Johnson, D.W. and Johnson, F.P. (2003). *Joining Together: Group Theory and Group Skills (7th ed.)*. New York: Pearson Education.
- Kall, V.R. and Cavanaugh, C.J. (1996). *Human Development*. California: Brooks Cole Publishing Company.
- Murray, R.B. and Zentner, J.P. (1985). *Nursing Assessment and Health Promotion Through the Life Span (3rded.)*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Nonaka, I. and Takeuchi, H. (1995). *Knowledge creating company*. New York: Oxford University Press.
- Rovinelli, R.J. and Hambleton, R.K. (1997). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Senge, P.M. (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Simon, H.A. (1972). Sistem Seksei to Soshikiron (System Planning and Organization Theory). *Soshiki Kagaku (Organizational Science)*, 6(1), 27-34.

- Taro, Y. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (3rd ed.). New York: Harper and Row Publications.
- United Nation. (1995). *Quality of life in the ESCAP region*. New York: Author.
- Woodcock, M. (1989). *Team development manual* (2nd ed.). Worcester, Great Britain: Billing & Son.



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการนำผลที่ได้รับไปพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ต่อไป

2. แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

3. กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

นายยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ

นักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาควิชาการศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

1.1 ชาย1.2 หญิง

2. อายุ

2.1 18-30 ปี2.2 31-40 ปี2.3 41-50 ปี2.4 51 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

3.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี3.2 ปริญญาตรี3.3 สูงกว่าปริญญาตรี

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง: ท่านจงพิจารณาประเด็นข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านตามเกณฑ์
ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง มีความคิดเห็น อยู่ในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง มีความคิดเห็น อยู่ในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง มีความคิดเห็น อยู่ในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง มีความคิดเห็น อยู่ในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง มีความคิดเห็น อยู่ในระดับน้อยที่สุด

รายการ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม					
ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม					
1.	ปัจจัยด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ				
1.1	ภาครัฐมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุน ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการบริหารจัดการ กองทุน				
1.2	ภาครัฐสนับสนุน โดยมีการเป็ยบ กฎหมาย และแผนงานรองรับในการบริหาร จัดการกองทุน				
1.3	ภาครัฐมีนโยบายกำหนดหน่วยงาน หลักในการรับผิดชอบ ตลอดจนประสาน ความร่วมมือกับภาคเอกชน ภาคประชา สังคม และชุมชนในการบริหารจัดการกองทุน				
1.4	ภาครัฐมีนโยบายการพัฒนาองค์ความรู้ ร่วมกันระหว่างหน่วยงานร่วมและผู้ ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุน				
1.5	ภาครัฐมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุน ด้านงบประมาณอย่างเพียงพอในการบริหาร จัดการกองทุน				
2.	ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมจากประชาชน				
2.1	เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสีย ได้มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูล กับส่วนราชการ				

รายการ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2.2	ประชาชนสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้ามา มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน				
2.3	เปิดโอกาสให้ประชาชนได้การตัดสินใจ ร่วมกับการบริหารจัดการกองทุน				
2.4	รับฟังปัญหาและความต้องการของ ประชาชนและวางแผนการทำงาน ร่วมกัน				
2.5	มีการประเมินผล ตรวจสอบการทำงาน จากภาคประชาสังคมและชุมชน				
3.	ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม				
3.1	มีการวางแผนการทำงานอย่างมีส่วนร่วม				
3.2	มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน				
3.3	มีการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงาน				
3.4	มีความเอื้อเพื่อเผื่อแผ่ เสียสละในการ ปฏิบัติงาน				
3.5	มีการประเมินผลการทำงานร่วมกัน และร่วมกันพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น				
4.	ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริหาร				
4.1	หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์				
4.2	หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนงบประมาณ อย่างเพียงพอต่อการดำเนินโครงการ				
4.3	มีการวางแผนกำหนดโครงสร้าง หน่วยงาน ที่รับผิดชอบในการทำงาน				
4.4	หน่วยงานภาครัฐมีบุคลากรอย่างเพียงพอ ในการปฏิบัติงาน				
4.5	มีการวางแผนระดมความคิดก่อนการจัดทำ โครงการที่เป็นประโยชน์				
5.	ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน				
5.1	บุคลากรได้รับการอบรมชี้แจงรายละเอียด งานก่อนปฏิบัติงาน				
5.2	เข้าใจระเบียบ กฎหมาย ในการปฏิบัติงาน				

รายการ		ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.3	มีการพัฒนาต่อยอด เรียนรู้สิ่งใหม่ และนำมาปรับใช้ในการทำงาน					
5.4	มีการจัดโครงสร้างบุคลากรตามความสามารถเพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน					
5.5	มีการทบทวนการทำงานและปรับปรุงการดำเนินงานอยู่เสมอ					

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม

การบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม

1.	ด้านการประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล				
1.1	มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการทำงาน				
1.2	มีการประเมินพื้นที่ก่อนให้บริการ				
1.3	มีการวางแผนร่วมกันก่อนการดำเนินการ				
1.4	มีการวางแผนในการบริหารความเสี่ยงในการทำงาน				
1.5	มีการปรับแผนในการดำเนินงานตามลักษณะสถานการณ์ในการทำงาน				
2.	ด้านการให้บริการดูแลระยะยาว				
2.1	มีการใช้เทคนิคในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ				
2.2	มีวิธีการแก้ปัญหาได้หลากหลายแนวทาง				
2.3	มีวิธีการเรียนรู้ค้นคว้าวิธีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ				
2.4	สามารถเสนอแนะเทคนิคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานแก่เพื่อนร่วมงาน				
2.5	มีการปรับเปลี่ยนวิธีในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น				
3.	ด้านการบริการดูแลที่บ้านและชุมชน				
3.1	หน่วยงานมีเทคนิควิธีการที่หลากหลายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน				

รายการ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.2	มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการเป็นระยะ				
3.3	มีการกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน				
3.4	มีการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง				
3.5	มีการพัฒนาการทำงานให้ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น				
4.	ด้านการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์				
4.1	มีการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานได้อย่างเพียงพอ				
4.2	มีการจัดทรัพยากรอย่างเพียงพอ				
4.3	มีการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่การปฏิบัติหน้าที่				
4.4	มีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์อย่างทันเวลาเมื่อมีปัญหาขณะปฏิบัติงาน				
4.5	มีการสำรวจความต้องการวัสดุ อุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ				
5.	ด้านการประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล				
5.1	มีคุณภาพงานตามมาตรฐานตัวชี้วัดที่กำหนด				
5.2	มีการปฏิบัติงานที่รวดเร็ว ทันเวลาตรงตามเป้าหมายของงาน				
5.3	มีการแก้ปัญหาการปฏิบัติเป็นทีม				
5.4	มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ละเอียดรอบคอบ มีความประณีต				
5.5	ปฏิบัติหน้าที่ได้สำเร็จตามเป้าหมาย เกิดประโยชน์คุ้มค่า				

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบดูแลระยะยาว
ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดมหาสารคาม

1. ด้านนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ

.....

.....

.....

2. ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

.....

.....

.....

3. ด้านการทำงานเป็นทีม

.....

.....

.....

4. ด้านเครือข่ายในการทำงาน

.....

.....

.....

5. ด้านแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์

.....

.....

.....

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ขอขอบพระคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ข

ค่าความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ตารางที่ ข.1 ค่าความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย

คำถามข้อ	คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม	ค่าเฉลี่ย
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
X1	+1	+1	+1	3	1
X2	+1	+1	+1	3	1
X3	+1	+1	+1	3	1
X4	+1	+1	+1	3	1
X5	+1	+1	+1	3	1
X6	+1	+1	+1	3	1
X7	+1	+1	+1	3	1
X8	+1	+1	+1	3	1
X9	+1	+1	+1	3	1
X10	+1	+1	+1	3	1
X11	+1	+1	+1	3	1
X12	+1	+1	+1	3	1
X13	+1	+1	+1	3	1
X14	+1	+1	+1	3	1
X15	+1	+1	+1	3	1
X16	+1	+1	+1	3	1
X17	+1	+1	+1	3	1
X18	+1	+1	+1	3	1
X19	+1	+1	+1	3	1
X20	+1	+1	+1	3	1
X21	+1	+1	+1	3	1
X22	+1	+1	+1	3	1
X23	+1	+1	+1	3	1
X24	+1	+1	+1	3	1
X25	+1	+1	+1	3	1
Y1	+1	+1	+1	3	1
Y2	+1	+1	+1	3	1
Y3	+1	+1	+1	3	1
Y4	+1	+1	+1	3	1
Y5	+1	+1	+1	3	1
Y6	+1	+1	+1	3	1

(ต่อ)

ตารางที่ ข.1 (ต่อ)

คำถามข้อ	คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม	ค่าเฉลี่ย
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
Y7	+1	+1	+1	3	1
Y8	+1	+1	+1	3	1
Y9	+1	+1	+1	3	1
Y10	+1	+1	+1	3	1
Y11	+1	+1	+1	3	1
Y12	+1	+1	+1	3	1
Y13	+1	+1	+1	3	1
Y14	+1	+1	+1	3	1
Y15	+1	+1	+1	3	1
Y16	+1	+1	+1	3	1
Y17	+1	+1	+1	3	1
Y18	+1	+1	+1	3	1
Y19	+1	+1	+1	3	1
Y20	+1	+1	+1	3	1
Y21	+1	+1	+1	3	1
Y22	+1	+1	+1	3	1
Y23	+1	+1	+1	3	1
Y24	+1	+1	+1	3	1
Y25	+1	+1	+1	3	1

ภาคผนวก ค

คำอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ตารางที่ ค.1 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย
X1	0.583
X2	0.325
X3	0.378
X4	0.259
X5	0.746
X6	0.355
X7	0.459
X8	0.535
X9	0.568
X10	0.493
X11	0.372
X12	0.438
X13	0.592
X14	0.431
X15	0.583
X16	0.467
X17	0.514
X18	0.534
X19	0.746
X20	0.583
X21	0.325
X22	0.583
X23	0.325
X24	0.378
X25	0.259
Y1	0.378
Y2	0.248
Y3	0.355
Y4	0.459
Y5	0.535

(ต่อ)

ตารางที่ ค.1 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย
Y6	0.568
Y7	0.493
Y8	0.459
Y9	0.535
Y10	0.568
Y11	0.355
Y12	0.459
Y13	0.535
Y14	0.325
Y15	0.897
Y16	0.568
Y17	0.355
Y18	0.459
Y19	0.535
Y20	0.325
Y21	0.897
Y22	0.568
Y23	0.355
Y24	0.459
Y25	0.535

หมายเหตุ: Reliability Coefficients, N of Cases = 42, N of Items = 50, Alpha = .904

การเผยแพร่ผลงานวิจัย

ยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ, ภัคดี โพธิ์สิงห์ และยุภาพร ยูภาศ. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการ
กองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแกดคำ
จังหวัดมหาสารคาม. ในการประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ (ครั้งที่ 5) “วิจัย
และนวัตกรรมในยุค NEXT NORMAL”. วันที่ 12 กรกฎาคม 2565 (น. 185-195). ชัยภูมิ:
มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ.



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ
วันเกิด	11 พฤศจิกายน 2517
สถานที่เกิด	เลขที่ 20 หมู่ 5 ตำบลพระธาตุนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม 44180
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 48 หมู่ 5 ตำบลพระธาตุนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม 44180
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอยางสีสุราช ตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
ตำแหน่ง	สาธารณสุขอำเภอยางสีสุราช
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2538	ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2542	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2566	รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (ร.ป.ม.) สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY