

กระบวนการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่ ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

นิธิรัตน์ บุญตานนท์, พ.บ., ส.ม.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการความร่วมมือดังกล่าว โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 20 คน ใน 4 ภูมิภาค และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 408 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุमान ผลการวิจัยพบว่าความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดำเนินการผ่าน พชอ. ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชนในพื้นที่ มีบทบาทสำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการจัดการบริการการดูแลระยะยาวครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และชีวิตความเป็นอยู่ กระบวนการดำเนินการของ พชอ. ประกอบด้วย การคัดเลือกภาคีเครือข่ายเพื่อเข้าร่วมเป็นคณะความร่วมมือ การประชุมหารือวิเคราะห์สถานการณ์ เลือกระเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา วางแผนการปฏิบัติการ แบ่งภารกิจ ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุตามแผนที่วางไว้ และกำกับติดตาม เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พบว่า ระเบียบ การนำร่วม ประวัติในอดีต ทรพยากร และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับกระบวนการความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.858-0.904$, $p\text{-value}<0.05$) จึงควรมีการส่งเสริมปัจจัยเหล่านี้เพื่อทำให้เกิดกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความร่วมมือระดับพื้นที่; การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

^a Corresponding author : นธิรัตน์ บุญตานนท์ Email: DRNEST@HOTMAIL.COM

รับบทความ: 6 พ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 24 พ.ย. 65; ตอรับตีพิมพ์: 25 พ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 22 ธ.ค. 65

Process and Factors Related to Local Collaboration in Long-term Elderly Care

Nithirat Boontanon, MD, MPH^{*a}

Abstract

The objectives of this research were to study the process of local collaboration in implementing the long-term elderly care (LTC) and to analyze factors related to that collaborative process. It used as a mixed method research. Qualitative data were collected from in-depth interviews from 20 members of District Health Board (DHB) in 4 regions, which carried out LTC activities and quantitative data were collected by questionnaires from 408 members of DHB. Qualitative data were analyzed with content analysis and quantitative data were analyzed with descriptive and inferential statistics. The results showed that local collaboration for LTC was realized through the DHB, which was formed by working together between the public, private and people sectors in the area. They play an important role in ensuring the quality of life for the elderly by providing LTC services covering health, social and wellbeing. The operation process of DHB consists of selecting stakeholders to join the collaborative group, meetings for situation analysis, selecting issues according to problems, planning operations, sharing mission, implementing LTC as planned, and monitoring results. When analyzing correlated factors, it was found that regulation, collective leadership, history, resources, and motivation had a high correlation to the collaborative process in the implementation of LTC with statistical significance ($r=0.858-0.904$, $p\text{-value}<0.05$). Therefore, these factors should be promoted in order to create a sustainable collaborative process at the district level.

Keywords : Local Collaboration; Long-term Elderly Care; District Health Board

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Acting Director of Bureau of Elderly Health, Department of Health

^a Corresponding author : Nithirat Boontanon Email: DRNEST@HOTMAIL.COM

Received: Nov. 6, 22; Revised: Nov. 24, 22; Accepted: Nov. 25, 22; Published Online: Dec. 22, 22

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุและมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งประเทศ และมีการคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีประชากรผู้สูงอายุเป็นจำนวน 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ส่งผลให้ภาครัฐ และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในหลายมิติ อาทิ ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สวัสดิการสังคม การเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระ และมีหลักประกันทางสังคมที่มั่นคง⁽¹⁻²⁾ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น สมรรถนะการทำงานของร่างกายจะเสื่อมลง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถดถอยไปเช่นกัน ดังนั้น จึงต้องมีการจัดกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลระยะยาว ตลอดจนการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง อย่างเป็นรูปธรรม⁽²⁻³⁾

การดูแลระยะยาว เป็นการให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริการทางการแพทย์และสังคม โดยมุ่งให้บุคคลเหล่านี้สามารถดำเนินชีวิตอย่างเท่าเทียม บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁽⁴⁾ ในประเทศไทย การดูแลระยะยาวมุ่งเน้นให้บริการในด้านสุขภาพและสาธารณสุข โดยมีการระบุบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการคัดกรองสุขภาพ จัดทำฐานข้อมูล ทำแผนการดูแลรายบุคคล ตลอดพัฒนาผู้จัดการและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทสนับสนุนงบประมาณ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวในพื้นที่⁽⁴⁾ ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างแท้จริง

ความร่วมมือในระดับพื้นที่เป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในมิติที่มีความซับซ้อน เช่น ด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องใช้การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ตลอดจนการร่วมวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม⁽⁵⁾ โดยในปี พ.ศ. 2561 สำนักนายกรัฐมนตรีได้ออกระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ เพื่อสร้างการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ด้วยการบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ให้สามารถแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตตามสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ ด้วยการกำหนดให้ทุกอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และให้มีหน้าที่กำหนดประเด็นและพัฒนาคุณภาพชีวิตตามปัญหาของพื้นที่อย่างน้อยปีละ 2 ประเด็น โดยพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2563 มีการเลือก

ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านการดูแลระยะยาว และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.2 และร้อยละ 19.0 ตามลำดับ⁽⁶⁾

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาความร่วมมือเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตใช้กระบวนการสร้างเครือข่ายที่เป็นรูปธรรม การกำหนดภารกิจ ทรัพยากร บุคลากร และการให้บริการประชาชนร่วมกัน ตลอดจนการระบุกิจกรรมที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ รวมไปถึงการบริหารจัดการความขัดแย้งหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการความร่วมมือ⁽⁷⁻¹⁰⁾ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือตามแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ (Collaborative governance)⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีการใช้เพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายอย่างแพร่หลาย ได้แก่ ระเบียบข้อบังคับซึ่งประกอบด้วย การจัดการโครงสร้าง กฎกติกา และข้อตกลงการดำเนินงานร่วมกัน⁽⁹⁻¹³⁾ ภาวะผู้นำและภาวะการนำร่วมที่เอื้อให้เกิดความร่วมมือ^(9-11,14-15) ภูมิหลังหรือประวัติความร่วมมือและความขัดแย้งของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในอดีต^(9-11,16) การจัดการและกระจายทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร^(9-11,17) ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือโดยสมัครใจ^(9-12,18) แต่การศึกษาที่ผ่านมายังมีการวิเคราะห์ความร่วมมือในระดับพื้นที่เท่านั้น ยังไม่ได้มีการศึกษาในภาพรวมของประเทศซึ่งมีความแตกต่างกันด้านวัฒนธรรม ประเพณี สังคม และวิถีชีวิต ตลอดจนขาดการวิเคราะห์ถึงความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเฉพาะเจาะจง ดังนั้นการศึกษาระบบการความร่วมมือและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย จึงจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อวิเคราะห์และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในอนาคต อันจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

สมมติฐานการวิจัยเชิงปริมาณ

ปัจจัยระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรัพยากร และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากรในการวิจัย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่กำหนดประเด็นด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562–2564 จำนวน 506 คณะ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 10,120 คน และกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นคณะกรรมการ พชอ. ที่เป็นประธาน, เลขานุการ และตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างละ 1 คน จากพื้นที่ 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ พชอ.ขุนตาล จังหวัดเชียงราย, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พชอ.คอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ, ภาคกลาง พชอ.ชลอง จังหวัดจันทบุรี และ ภาคใต้ พชอ.ปากพั่น จังหวัดนครศรีธรรมราช รวมทั้งสิ้น 20 คน 2) การวิจัยเชิงปริมาณ กำหนดขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบประชากร⁽¹⁹⁾ จำนวนรวมไม่น้อยกว่า 371 คน ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NP (1 - P)}{e^2(N - 1) + \chi^2 P (1 - P)}$$

เมื่อ	n	=	ขนาดตัวอย่าง
	N	=	ขนาดประชากร
	P	=	ค่าสัดส่วนของประชากร (กำหนดที่ 0.5)
	e	=	ระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (กำหนดที่ 0.05)
	χ^2	=	ค่าไคสแควร์ที่ df=1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (มีค่า 3.841)

เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 408 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี two-stage random sampling โดยกำหนดการกระจายเท่ากันใน 4 ภูมิภาค ทำ Simple random sampling โดยจับสลากแบบไม่คืน เพื่อเลือกคณะกรรมการ พชอ. จำนวนภูมิภาคละ 34 คณะ จากนั้นสุ่มตัวอย่างในแต่ละคณะตามวัตถุประสงค์ (Purposive sampling) จำนวน 3 คน รวมภูมิภาคละ 102 คน โดยเป็นคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างละ 1 คน ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี มีการเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการ พชอ. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของการประชุมทั้งหมด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างในส่วนของภาคเอกชนหรือภาคประชาชน ไม่มีคุณสมบัติตามวัตถุประสงค์ พิจารณาเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนจากภาครัฐจนได้ข้อมูลครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structural interview) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 2) กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกรมมีส่วนร่วม 4) ผลกระทบจากการดำเนินงาน และ 5) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เพื่อคำนวณ Index of item objective congruence (IOC) พบว่ามีความตรงของเนื้อหาระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. แบบสอบถามสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาค เป็นตัวแทน และระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ พชอ. ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ระเบียบ (กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ การคัดเลือกภาคีเครือข่าย การสร้างข้อตกลงในที่ประชุม) จำนวน 6 ข้อ 2) ภาวะการนำร่วม (การสร้างความเสมอภาคในคณะกรรมการ การร่วมวางแผน การขจัดความขัดแย้ง การรับรู้บทบาทหน้าที่) จำนวน 6 ข้อ 3) ประวัติในอดีต (ประวัติความร่วมมือ ประวัติความขัดแย้ง ผลลัพธ์ในอดีต) จำนวน 4 ข้อ 4) ทรัพยากร (การระดมทรัพยากรงบประมาณ ความรู้ บุคลากร) จำนวน 4 ข้อ และ 5) แรงจูงใจ (การรับผลประโยชน์ร่วมกัน การเห็นความคุ้มค่า การทราบผลลัพธ์ระหว่างดำเนินการ) จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (การทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ การร่วมคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การร่วมจัดทำฐานข้อมูล การร่วมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การร่วมกำกับติดตาม การร่วมจัดการงบประมาณ การจัดระบบสนับสนุน) จำนวน 7 ข้อ โดยแบบสอบถามในส่วนที่ 2 และ 3 ใช้ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก 1–5 คะแนน ซึ่งหมายถึง น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เพื่อคำนวณ IOC พบว่ามีความตรงของเนื้อหาระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) จากคณะกรรมการ พชอ. ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ตัวอย่าง พบว่า Cronbach's alpha coefficient มีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ระเบียบอยู่ที่ 0.85 ภาวะการนำร่วมอยู่ที่ 0.88 ประวัติในอดีตอยู่ที่ 0.82 ทรัพยากรที่ 0.91 แรงจูงใจอยู่ที่ 0.93 และกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ที่ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล : ในรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยประสานงานกับเลขาธิการ พชอ. ทั้ง 4 คณะ เพื่อนัดวันสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 20 คน โดยระบุคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยให้เลขานุการ พชอ. รับทราบ และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลมาให้การสัมภาษณ์ตามวันนัดหมาย ส่วนการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ หลังจากผู้วิจัยได้รายชื่อ พชอ. ตามที่สุ่มตัวอย่างแล้ว

ดำเนินการประสานงานกับเลขานุการ พขอ. ทั้ง 136 คณะ เพื่อส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ แล้วรวบรวมแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนมา และนำมาบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณดำเนินการระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน-15 ตุลาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล : การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และตรวจสอบความสอดคล้องแบบสามเส้าด้านข้อมูล เพื่อสรุปความตามประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัย กำหนดระดับความสัมพันธ์ไว้ 4 ระดับ ได้แก่ 0.01-0.20 หมายความว่า ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก 0.21-0.50 หมายความว่า ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ 0.51-0.80 หมายความว่า ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และ 0.81-1.00 หมายความว่า ความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร : การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 543/2565 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2565 โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด โดยให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างเป็นอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยอาสาสมัครจะลงนามยินยอมเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยมีการใช้รหัสก่อนเข้าถึงข้อมูล และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนของอาสาสมัครได้

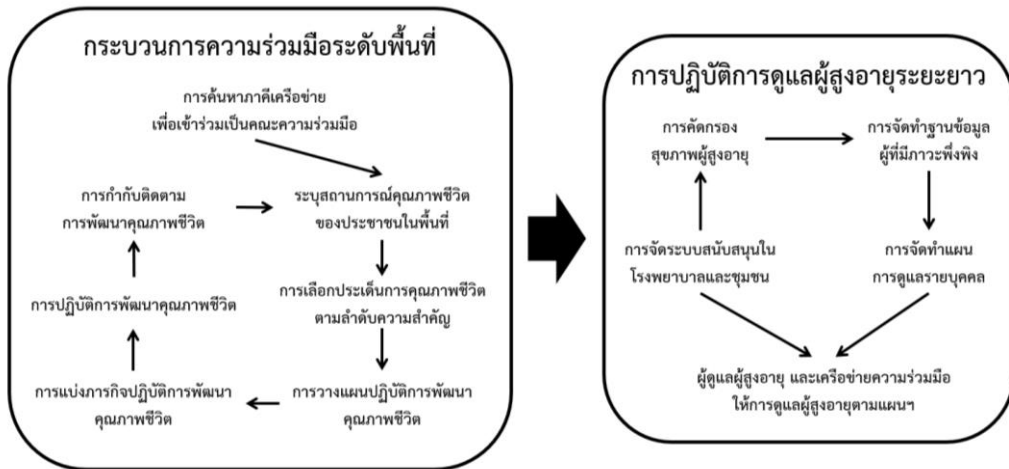
ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 คน พบว่า ความร่วมมือในระดับพื้นที่ดำเนินการผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) โดยมีองค์ประกอบ 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งปฏิบัติงานและอยู่อาศัยในอำเภอนั้นๆ โดยภาคส่วนต่างๆ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พขอ. ได้ 3 รูปแบบ คือ 1) การเป็นคณะกรรมการตามข้อกำหนดในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดให้นายอำเภอทำหน้าที่เป็นประธาน ส่วนสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เป็นเลขานุการ 2) ตัวแทนที่มาจากภาครัฐเกือบทั้งหมด อาทิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เกษตรอำเภอ ผู้ใหญ่บ้าน ได้รับข้อสั่งการจากผู้บังคับบัญชา ซึ่งคือ นายอำเภอ และ 3) การได้รับเชิญเข้ามาเป็นคณะกรรมการจากนายอำเภอ หรือสาธารณสุขอำเภอ

ซึ่งส่วนใหญ่เป็นตัวแทนจากภาคเอกชน และภาคประชาชน อาทิ เจ้าของสถานประกอบกิจการ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานชมรมผู้สูงอายุ โดยการพิจารณาว่าใครควรเข้าเป็นคณะกรรมการ พขอ. นั้น จะมีการเสนอชื่อบุคคลซึ่งเคยมีประวัติความร่วมมือที่ดีในอดีต โดยคณะกรรมการของสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้นายอำเภอพิจารณาเห็นชอบ และมีการทาบทามบุคคลเหล่านั้น ก่อนออกคำสั่งแต่งตั้งโดยนายอำเภอต่อไป

กระบวนการความร่วมมือในระดับพื้นที่ เกิดขึ้นจากการค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือภาคีเครือข่ายที่เคยร่วมมือกันอดีต หรือคาดการณ์ว่าจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เพื่อเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พขอ. โดยมีการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการจากนายอำเภอซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการ พขอ. หลังจากนั้นสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. ร่วมกับทีมงาน ดำเนินการทบทวนสถานการณ์คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ แล้วนำข้อมูลมานำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ พขอ. เพื่อให้คณะกรรมการร่วมกันวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และพิจารณาเลือกประเด็นที่จะปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งทั้ง 4 คณะมีการเลือกประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็น 1 ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต เนื่องจากสัดส่วนผู้สูงอายุในอำเภอมีเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตจากบุคคลในครอบครัวซึ่งต้องออกไปทำงานนอกบ้าน นอกจากนั้นระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำกับติดตามอยู่ มีแผนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม จึงเป็นต้นทุนที่สามารถต่อยอดพัฒนาได้ หลังจากนั้นคณะกรรมการ พขอ. จัดทำแผนการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เป็นกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ โดยบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสุขภาพ เข้ากับการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคม และความเป็นอยู่ พร้อมกับมอบหมายให้คณะกรรมการ พขอ. แต่ละภาคส่วน ร่วมดำเนินการตามแผนที่วางไว้ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ใหญ่บ้าน ทำหน้าที่ประเมินความเป็นอยู่และจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความต้องการ หน่วยงานเอกชน ทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณ หรือวัสดุอุปกรณ์ ภาคประชาชน ทำหน้าที่ร่วมปฏิบัติการและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างทั่วถึง เป็นต้น และในช่วงปลายปีงบประมาณหลังจากมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางที่คณะกรรมการ พขอ. กำหนด จะมีการกำกับติดตาม และทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ตลอดจนจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในปีถัดไป โดยมี 2 คณะ ยังคงมีแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อไป ในขณะที่อีก 2 คณะ มีการปรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นประเด็นอื่น และกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นภารกิจประจำที่ต้องดำเนินการตามระบบปกติของภาครัฐ โดยกระบวนการความร่วมมือแสดงตามแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินการความร่วมมือระดับพื้นที่เป็นไปอย่างราบรื่น โดยมีนายอำเภอเป็นผู้นำการประชุมและการปฏิบัติการ ด้วยการมีภาวะผู้นำและทำให้เกิดการเจรจาต่อรองอย่างกัลยาณมิตร สาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ในการประสานงาน รวบรวมข้อมูล และจัดการประชุม คณะกรรมการอย่างสม่ำเสมอ ภาครัฐมีบทบาทสนับสนุนบุคลากรในหน่วยงานให้ร่วมปฏิบัติการตามแผน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่วางไว้ ตลอดจนนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้คณะกรรมการ พขอ. ทราบสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ ภาคเอกชนมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากภาคธุรกิจ ตลอดจนสนับสนุนสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ส่วนภาคประชาชนมีบทบาทในการนำข้อมูลเชิงลึกจากประชาชนในพื้นที่ มานำเสนอในที่ประชุม เพื่อให้คณะกรรมการ พขอ. ทราบปัญหาที่สะท้อนจากมุมมองของผู้รับบริการ อย่างแท้จริง ซึ่งการที่ทุกภาคส่วนมีบทบาทการดำเนินงาน และมีการสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงาน ที่ผ่านมา ทำให้เกิดแรงจูงใจและความผูกพันต่อการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป นอกจากนี้ การที่คณะกรรมการ พขอ. ส่วนใหญ่มีประวัติความร่วมมือในอดีตที่ดี ทำให้การปฏิบัติการกิจกรรมต่างๆ เป็นไปได้อย่างราบรื่น

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากมีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยความร่วมมือระดับพื้นที่ใน 4 อำเภอ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง ได้เข้าร่วมการทำกิจกรรมทางสังคม ได้พบปะกับประชาชนอื่นๆ ในชุมชนมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. คณะกรรมการ พขอ. และภาคส่วนอื่นๆ ซึ่งทราบความต้องการจากการมีฐานข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับอำเภอ ตลอดจนได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ของใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การที่ภาครัฐมีภารกิจป้องกันและควบคุมโรคระบาดในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 ซึ่งทำให้การดูแลผู้สูงอายุดำเนินการไม่ต่อเนื่อง แต่เมื่อสถานการณ์โรคระบาดสงบลงเป็นช่วง ๆ ก็มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังพบอุปสรรคในการจัดการด้านงบประมาณ ซึ่งงบประมาณจากภาครัฐมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติการ จำเป็นต้องระดมทุนจากภาคเอกชน และการบริจาคต่างๆ จึงสามารถทำให้การดำเนินเป็นไปตามแผนงานที่วางไว้

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณเป็นคณะกรรมการ พชอ. จำนวนทั้งสิ้น 408 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ภูมิภาคละ 102 คน พบว่าเป็นเพศชายจำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 53.92 และเป็นหญิง จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 46.08 มีอายุระหว่าง 21-77 ปี อายุเฉลี่ย 48.03 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ 10.66 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 58.09 รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรี มีมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. อนุปริญญา หรือ ปวส. และต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ตามลำดับ ภาคส่วนที่เป็นตัวแทนมาจากภาครัฐร้อยละ 35.54 ภาคเอกชนร้อยละ 31.13 และภาคประชาชนร้อยละ 33.33 ระยะเวลาที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พชอ. ระหว่าง 1-5 ปี เฉลี่ย 2.92 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาฯ 1.38 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=408 คน)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	220	53.92
หญิง	188	46.08
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	8	1.96
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	37	9.06
อนุปริญญา หรือ ปวส.	21	5.15
ปริญญาตรี	237	58.09
สูงกว่าปริญญาตรี	105	25.74
ภาคส่วนที่เป็นตัวแทน		
ภาครัฐ	145	35.54
ภาคเอกชน	127	31.13
ภาคประชาชน	136	33.33

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว

การวิเคราะห์ระดับปัจจัย 5 ด้าน พบว่า ปัจจัยประวัติในอดีต มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดที่ 4.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81 รองลงมาคือ ปัจจัยระเบียบ มีค่าเฉลี่ย 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78 ปัจจัยทรัพยากร มีค่าเฉลี่ย 4.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 ปัจจัยภาวะการนำร่วม มีค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72 และปัจจัยแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดที่ 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85 โดยพบว่าปัจจัยทั้ง 5 ด้านมีสัมประสิทธิ์ของการกระจาย (Coefficient of Variance; C.V.) อยู่ที่ 0.077–0.118 ซึ่งมีการกระจายข้อมูลไม่แตกต่างกันมากนัก ค่าความเบ้ของข้อมูล (Skewness; Sk) อยู่ที่ -0.946–0.726 และค่าความโด่งของข้อมูล (Kurtosis; Ku) อยู่ที่ -0.399–0.396 ส่วนกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีค่าเฉลี่ย 4.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 C.V. อยู่ที่ 0.093 Sk อยู่ที่ -1.001 และ Ku อยู่ที่ 0.142 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 โดยค่าความเบ้และค่าความโด่งของข้อมูลเข้าใกล้ 0 แสดงว่ามีการกระจายข้อมูลเป็นปกติ

ตารางที่ 2 ระดับปัจจัยและกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ปัจจัยและกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ ^๓	ค่าเฉลี่ย	SD	C.V.	Sk	Ku
ปัจจัย					
ระเบียบ	4.07	0.78	0.118	-0.860	-0.399
ภาวะการนำร่วม	4.00	0.72	0.113	-0.946	0.396
ประวัติในอดีต	4.09	0.81	0.097	-0.802	-0.389
ทรัพยากร	4.04	0.82	0.099	-0.845	0.074
แรงจูงใจ	3.96	0.85	0.077	-0.726	-0.283
กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแล	4.09	0.79	0.093	-1.001	0.142
ผู้สูงอายุระยะยาว					

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยควบคุมตัวแปรภาคส่วนที่เป็นตัวแทน เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เข้าร่วมคณะกรรมการ พขอ. ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรัพยากร และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.858-0.904$) และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีค่า $p\text{-value}<0.001$ กล่าวคือ เมื่อปัจจัย

ระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรพยากร และแรงจูงใจมีระดับสูงขึ้น กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยก็จะสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์แยกภูมิภาค พบว่า ปัจจัยระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรพยากร และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ($r=0.870-0.944$) ภาคกลาง ($r=0.850-0.894$) และภาคใต้ ($r=0.874-0.942$) มีเพียงภาคเหนือที่พบว่า พบว่า ปัจจัยระเบียบ ภาวะการนำร่วม และทรพยากร มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.812, 0.807, 0.847$ ตามลำดับ) แต่ปัจจัยประวัติในอดีต และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.724, 0.773$ ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยและรายภูมิภาค

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการ ความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว		ปัจจัย				
		ระเบียบ	ภาวะการ นำร่วม	ประวัติใน อดีต	ทรพยากร	แรงจูงใจ
ประเทศไทย	Pearson's correlation	0.904	0.883	0.877	0.878	0.858
	p-value	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	ระดับความสัมพันธ์	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง
ภาคเหนือ	Pearson's correlation	0.812	0.807	0.724	0.847	0.773
	p-value	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	ระดับความสัมพันธ์	สูง	สูง	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	Pearson's correlation	0.944	0.892	0.894	0.885	0.870
	p-value	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	ระดับความสัมพันธ์	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง
ภาคกลาง	Pearson's correlation	0.850	0.894	0.878	0.891	0.887
	p-value	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	ระดับความสัมพันธ์	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง
ภาคใต้	Pearson's correlation	0.942	0.917	0.925	0.878	0.874
	p-value	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	ระดับความสัมพันธ์	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง

* p-value < 0.05 (2-tailed) ** p-value < 0.001 (2-tailed)

การอภิปรายผล

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดำเนินการด้วยความร่วมมือระดับพื้นที่ผ่านคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งมีภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการความร่วมมือ สอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่สระบุรี⁽⁷⁾ ชลบุรี⁽¹⁰⁾ และในต่างประเทศ^(8,16-17) ที่พบว่าบทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ ในระดับพื้นที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือเพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการตามความจำเป็น นอกจากนี้กลไกที่เป็นรูปธรรมของความร่วมมือระดับพื้นที่คือ กลไกของ พชอ.^(7,10) ที่มีนายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และคณะกรรมการที่มาจากภาครัฐ เอกชน และประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ (Collaborative governance)⁽¹¹⁾ ซึ่งระบุเงื่อนไขความร่วมมือว่าควรถูกจัดขึ้นโดยสถาบันของรัฐ มีหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐเข้าร่วม ความร่วมมือถูกจัดขึ้นอย่างเป็นทางการ ตลอดจนมีการหารือถึงเป้าหมายของความร่วมมือโดยมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

กระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ ประกอบด้วย การค้นหาภาคีเครือข่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้าร่วมเป็นคณะความร่วมมือ การระบุสถานการณ์ เลือกระเด็นที่ต้องการสร้างความร่วมมือตามลำดับความสำคัญของสถานการณ์ การวางแผนปฏิบัติการ แบ่งภารกิจให้ภาคีเครือข่าย การปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือระดับพื้นที่ในปฏิบัติการด้านสาธารณสุขและการดูแลปฐมภูมิในสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการทำงานร่วมกันต้องมีการระบุความสำคัญของปัญหาและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของประชาชน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีความชัดเจน และจะทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรอบในการดำเนินงานที่เป็นแนวทางเดียวกัน⁽⁸⁾ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือด้านสุขภาพและสังคมในประเทศสวีเดน ที่พบว่าการทำงานร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา และการปฏิบัติการร่วมกัน จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน อันจะลดอุปสรรคจากการดูแลสุขภาพและสังคมที่มีปัจจัยซับซ้อนลงได้⁽⁵⁾ นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความร่วมมือระดับพื้นที่หลายการศึกษา ยังระบุชัดเจนว่ากระบวนการในการสร้างความร่วมมือที่เป็นรูปธรรมต้องมีการค้นหาภาคีเครือข่ายที่จะร่วมดำเนินการ การมีกระบวนการสื่อสารความเข้าใจร่วมกันระหว่างคณะความร่วมมือ การวางแผนการดำเนินการร่วมกัน การแบ่งภารกิจอย่างเหมาะสม ตลอดจนการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กระบวนการความร่วมมือเป็นไปตามแผนงานหรือเป้าหมายที่คาดหวัง^(7,9-10) ดังนั้น การดำเนินการขับเคลื่อนความร่วมมือระดับพื้นที่จึงควรมีกระบวนการอย่างน้อย ดังนี้ 1) การค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) การระบุปัญหาหรือสถานการณ์ 3) การเลือกปัญหาสำคัญที่ต้องการแก้ไข 4) วางแผนการดำเนินการร่วมกันภายในคณะความร่วมมือ

5) การแบ่งภารกิจการดำเนินการ 6) การปฏิบัติกรตามแผนการ และ 7) การกำกับติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย ประกอบด้วย ระเบียบ ภาวะการนำร่วม ประวัติในอดีต ทรัพยากร และแรงจูงใจ สอดคล้องกับแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ (Collaborative governance)⁽¹¹⁾ ซึ่งระบุถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการความร่วมมือ ได้แก่ ความไม่สมดุลระหว่างทรัพยากร ความรู้ และอำนาจ การมีประวัติความร่วมมือหรือความขัดแย้งในอดีต การมีแรงจูงใจในการทำงานร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมีภาวะผู้นำและการนำร่วมที่ทำให้เกิดความมั่นใจและความราบรื่นของการหารือ ตลอดจนการออกแบบโครงสร้างสถาบันซึ่งประกอบด้วย การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกฎกติกาในการร่วมมือ นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างความร่วมมือในชุมชนของประเทศเกาหลีใต้⁽¹²⁾ ยังพบว่าความชัดเจนของกฎหมายหรือกติกาในการหารือ ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจที่เป็นรูปธรรม ส่งผลต่อการดำเนินการความร่วมมือเพื่อผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาความร่วมมือด้านสุขภาพปฐมภูมิในประเทศสเปน⁽¹³⁾ ที่พบว่าความชอบธรรมของกฎหมาย หรือระเบียบปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในระดับชุมชน

ภาวะการนำร่วมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษากรอบในการร่วมปกครอง (Co-governance) ร่วมจัดการ (Co-management) ร่วมปรึกษา (Co-consultation) และร่วมผลิต (Co-production) ของประเทศสิงคโปร์⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่า ภาวะผู้นำ และการเป็นผู้นำร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้เกิดความปรารถนาในการร่วมกันดำเนินการกิจกรรมใดๆ ให้ประสบความสำเร็จ ตลอดจนการศึกษาภาวะการนำร่วมที่มีต่อความร่วมมือด้านสุขภาพในสหรัฐอเมริกา⁽¹⁵⁾ ที่แสดงให้เห็นว่าภาวะการนำร่วมเป็นปัจจัยที่คณะความร่วมมือคำนึงถึงเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการความร่วมมือทั้งขั้นตอนการร่วมวางแผน และขั้นตอนการร่วมปฏิบัติการ นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่อีกปัจจัยหนึ่ง คือ ประวัติในอดีต สอดคล้องกับการสังเคราะห์ความร่วมมือด้านบริการสุขภาพในประเทศแคนาดา⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าประวัติความร่วมมือและความขัดแย้งในอดีต เป็นสิ่งที่ส่งผลด้านจิตวิทยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

นอกจากนี้ปัจจัยด้านทรัพยากรยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ระบุว่า การจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนความร่วมมือ^(9,10) ตลอดจนการศึกษาปัจจัยองค์การที่มีผลต่อความสำเร็จของความร่วมมือด้านสาธารณสุขและการดูแลปฐมภูมิในแคนาดา⁽¹⁷⁾ ที่พบเช่นเดียวกันว่าการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ทั้งด้านงบประมาณ เวลา และบุคลากร เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือด้านสุขภาพ นอกจากนี้ การศึกษาเพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบของแรงจูงใจในความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยรูปแบบ

ผสมผสาน⁽¹⁸⁾ ยังเป็นการศึกษาที่ยืนยันความสอดคล้องว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ภาครัฐควรมีการพัฒนากลยุทธ์ หรือแผนงานเพื่อสร้างความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เปราะบาง อย่างเป็นทางการและยั่งยืน
2. ภาครัฐควรมีมาตรการเพื่อส่งเสริมความร่วมมือระดับพื้นที่ของภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยเฉพาะด้านงบประมาณ อาทิ การลดภาษีเมื่อภาคเอกชนหรือภาคประชาชนสนับสนุนงบประมาณในกระบวนการความร่วมมือ หรือด้านแรงจูงใจ อาทิ การเชิดชูเกียรติแก่คณะความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ

1. ควรมีการส่งเสริมสมรรถนะของผู้นำความร่วมมือ โดยเฉพาะนายอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้มีภาวะผู้นำ และการนำร่วม ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือที่มีประสิทธิผล
2. ควรมีกระบวนการสร้างแรงจูงใจทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือโดยสมัครใจระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. ควรมีการทบทวนประวัติความร่วมมือและความขัดแย้งในอดีตของคณะความร่วมมือ เพื่อลดความขัดแย้ง หรือส่งเสริมให้เกิดความราบรื่นของกระบวนการความร่วมมือระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบความร่วมมือของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ที่ยังมีการดำเนินการค่อนข้างน้อย และยังไม่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
2. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. พหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น (Gerontology and Geriatric for Primary Care Practice). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย; 2561.
3. สำนักงานประสานการพัฒนา นโยบายรองรับสังคมสูงวัย. แนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายรองรับสังคมสูงวัยระดับพื้นที่. นนทบุรี: สำนักงานประสานการพัฒนา นโยบายรองรับสังคมสูงวัย; 2562.

4. อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, กฤษ ลิ้มทองอิน, ทศนีย์ เอกวานิช, วิมล บ้านพวน, สันติ ลาภเบญจกุล, วีระพงศ์ เจริญเกตุ, และคณะ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
5. Nyström ME, Karlton J, Keller C, Gäre BA. Collaborative and partnership research for improvement of health and social services: researcher's experiences from 20 projects. Health Research Policy System. 2018;16(46):1-17. doi:10.1186/s12961-018-0322-0
6. สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสำนักงาน พขอ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ธันวาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: <https://thlpmaph.moph.go.th>
7. จำรัส ประสว, วิสุทธิ์ สุกรินทร์. การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4. 2562;9(1):11-22.
8. Gyllstrom E, Gearin K, Nease D, Bekemeier B, Pratt R. Measuring Local Public Health and Primary Care Collaboration: A Practice-Based Research Approach. Journal of Public Health Management and Practice. 2019;25(4):382-89. doi:10.1097/phh.0000000000000809
9. ธีดาร์ักษ์ ลือชา, ธีระภัทรา เอกผายสวัสดิ์. การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ : กรณีการสร้างร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคเอกชน. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2564;9(2):274-94.
10. พิชญ์สินี เสรีโรจนกุล, ปิยากร หวังมหาพร. การพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565;7(4):277-97.
11. Ansell C, Gash A. Collaborative governance in Theory and Practice. Journal of Public Administration Research and Theory. 2007;28(1):16-32. doi:10.1093/jopart/mum032
12. Eun J. Public Accountability in collaborative governance: Lessons from Korean community Centers. The Korean journal of Policy Studies. 2010;25(1):143-73.
13. Rubio-Valera M, Jové AM, Hughes CM, Guillen-Solà M, Rovira M, Fernández A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. BMC Health Services Research. 2012;12(188):1-10. doi:10.1186/1472-6963-12-188

14. Poocharoen O, Ting B. Collaboration, Co-Production, Networks: Convergence of theories. *Public management review*. 2015;17(4):587-614.
doi:10.1080/14719037.2013.866479
15. Magrab PR, Bronheim SM. Collective Leadership, Academic Collaborations and Health Disparities: A Framework for Success. *Journal of Health Disparities Research and Practice*. 2018;11(2):165-83.
16. Morley L, Cashell AC. Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. 2017;48:207-16. doi:10.1016/j.jmir.2017.02.071
17. Valaitis R, Meagher-Stewart D, Martin-Misener R, Wong ST, MacDonald M, O'Mara L, et al. Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC Health Services Research*. 2018;18:1-17. doi:10.1186/s12913-018-3194-7
18. Ansell C, Doberstein C, Henderson H, Siddiki S. Understanding inclusion in collaborative governance: a mixed methods approach. *Policy and Society*. 2020;39(4):570-91. doi:10.1080/14494035.2020.1785726
19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(3):607-10.
doi:10.1177/001316447003000308