

**การจัดการเครือข่าย: กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในเทศบาล
เมืองวารินชำราบ และเทศบาลตำบลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี**

**Network Management: A Case of Elderly Care in
Warin Chamrap Municipality and Namyuen
Municipality, Ubon Ratchathani Province**

อรุณี สันฐิติวณิช

Arunee Santhitivanich

คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Faculty of Political Science, Ubon Ratchathani University

E-mail: arunee.de@gmail.com

Received: Apr 07, 2017

Revised: Jan 15, 2018

Accepted: Feb 06, 2018

บทคัดย่อ

การจัดบริการสาธารณะในรูปแบบเครือข่ายมีลักษณะการจัดการที่แตกต่างจากการให้บริการสาธารณะในระบบราชการ เนื่องจากขึ้นอยู่กับลักษณะตามธรรมชาติและโครงสร้างของตัวแสดงในเครือข่าย ดังนั้น การพัฒนาบริการสาธารณะที่ให้บริการในลักษณะเครือข่ายจึงต้องศึกษาเป็นรายกรณี การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาการจัดการเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี โดยเลือกพื้นที่เทศบาลเมืองวารินชำราบ และเทศบาลตำบลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นกรณีศึกษาตามเป้าประสงค์

จากการสำรวจเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องและการสนทนากลุ่มพบว่า ตัวแสดงในเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในกรณีศึกษานี้มีทั้งตัวแสดงภาครัฐ ทั้งราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และยังมีภาคประชาสังคมที่ทำหน้าที่ส่งเสริมและเติมเต็มข้อจำกัดของโครงสร้างและระบบการทำงานของภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณากิจกรรมการบริหารในภาพรวม พบว่า ยังเป็นลักษณะการบริหารจัดการแบบสั่งการจากบนลงล่าง เนื่องจากเป็นบริการที่จำเป็นต้องมีความรู้เฉพาะทาง

คำสำคัญ: เครือข่ายนโยบายสาธารณะ การดูแลผู้สูงอายุ การจัดบริการ
สาธารณะ

Abstract

Network-based approach in public service management is different from the approach of public service by bureaucratic system because the former relies on the nature and structure of actors within the network. Therefore, developing public services that provide network-based service requires case-by-case studies. This study chooses to look at the network management of elderly care in Ubon Ratchathani province; it specifically studies the management in Warin Chamrad and Nam Yuen Municipality.

From document surveys, interviews with relevant actors, and focus groups, the study found that the actors in elderly care networks came from both state sector, whether central, regional, and local administration agencies, and civil society sector who effectively promote and fulfill the working structure and system of the state. However, considering overall management, it is still top-down management because this service requires specific knowledge.

Keywords: Policy network, Elderly care, Public services

บทนำ

โครงสร้างประชากรของไทยได้เคลื่อนตัวเข้าสู่สังคมสูงวัย อันเกิดจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2557 สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานอยู่ที่ 1:4.3 และแนวโน้มในปี พ.ศ. 2573 สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานจะอยู่ที่ 1:2.2 และจะลดลงถึง 1:1.7 ใน ปี พ.ศ. 2583 (Foundation of Thai Gerontology Research and development Institute, 2015: 22) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 12 จึงให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ โดยเฉพาะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใน พ.ศ. 2564 เราจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 19.8 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (Office of the National Economics and Social Development Council, 2016) อันทำให้ภารกิจของรัฐในการดูแลเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

อย่างไรก็ตาม ทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 มิได้ผูกขาดโดยตัวแสดงภาครัฐอีกต่อไป เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรภาครัฐไม่จำเป็นงบประมาณหรือจำนวนบุคลากร และศักยภาพที่จำกัดของรัฐในการตอบสนองความต้องการของประชาชนที่แตกต่างหลากหลาย การให้ตัวแสดงต่าง ๆ นอกเหนือจากรัฐมาร่วมเป็นเครือข่ายในการให้บริการสาธารณสุขจึงเป็นทางออกที่ได้รับการยอมรับในการบริหารจัดการสมัยใหม่ (Pestoff, Osborne and Brandsen, 2006; Kamolvej, 2015; Tamronglak, 2013) โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้รับผลประโยชน์จากบริการรัฐร่วมจัดบริการนั่นเอง นอกจากนี้จะทำให้การดำเนินการตรงต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายแล้ว ยังช่วยส่งเสริมคุณค่าและศักยภาพของพลเมืองที่มาร่วมดำเนินการกับรัฐด้วย (Boyle and Harris, 2009; Considine, 1994)

ทั้งนี้ บริการการดูแลผู้สูงอายุของไทยสามารถแบ่งได้เป็น 2 แนวทาง คือ การรักษาโรค และการป้องกันโรค โดยแนวทางการรักษาโรคเป็นการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะโรคแล้ว จึงต้องใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลรักษา ดังนั้น ผู้ให้บริการหลัก จึงเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข เป็นต้น ในขณะที่แนวทางการป้องกันโรค หรือ “สร้างนำซ่อม” เกี่ยวข้องกับภารกิจของกรมควบคุมโรคในการป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ กรมอนามัยที่ดูแลสุขอนามัยของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคต่าง ๆ และกรมสุขภาพจิตที่ดูแลและป้องกันมิให้ผู้สูงอายุซึมเศร้า และวิตกกังวล

แนวทางนี้เปิดโอกาสให้ตัวแสดงในภาคส่วนอื่นนอกจากรัฐสามารถเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายในการจัดบริการสร้างนำซ่อมได้ เนื่องจากภาคส่วนอื่นที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุย่อมเข้าใจความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุมากกว่ารัฐ และยังช่วยให้การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุมีการพัฒนาไปอย่างรอบด้านตามมุมมองของผู้มีส่วนร่วมในเครือข่ายมากขึ้น (Needham, 2007; Meijer, 2011) และคงไว้ซึ่ง

เป้าหมายเดียวกัน คือเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ

การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุจะไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จหากเราไม่เข้าใจหรือไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับกลไกการจัดการภายในของเครือข่ายตัวแสดงต่าง ๆ ที่มาร่วมกันจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นข้าราชการ ผู้เชี่ยวชาญ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และอาสาสมัคร เนื่องจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดูแลผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับตัวแสดงในเครือข่าย (Peterson 2003 cited in Kamolvej, 2015: 124) ซึ่งมีธรรมชาติและกลไกที่แตกต่างกันแต่ต้องมาร่วมกันทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน ดังนั้น ประเภทของสมาชิก การพึ่งพาทรัพยากร โครงสร้าง และวิธีการในการบริหารจัดการเครือข่าย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เครือข่ายสามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันได้ (Tamronglak, 2013)

Rhodes (2003) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเครือข่ายนโยบาย หรือชุมชนนโยบายโดยเสนอให้คำนึงถึงปัจจัย 4 ประการ คือ ชนิดของผลประโยชน์ของตัวแสดง การบูรณาการหรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงในเครือข่าย ทรัพยากร และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

ในขณะที่ Kamolvej (2015) เสนอว่าการวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคม ควรให้ความสำคัญกับปัจจัย 4 ด้าน คือ (1) ตัวแสดง หรือผู้กระทำว่ามีความเป็นอิสระต่อกันหรือไม่ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงในเครือข่าย ซึ่งจะทำให้เราทราบช่องทางการสื่อสารและการไหลของทรัพยากร ตลอดจนสถานะของตัวแสดงในเครือข่ายด้วย (3) การวิเคราะห์บทบาท ความสำคัญ และข้อจำกัดของการกระทำในระดับปัจเจกบุคคล และ (4) รูปแบบของเครือข่าย อันหมายถึงรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงในเครือข่าย

ดังนั้น บทความนี้จึงนำข้อเสนอของ Rhodes (2003) และ Kamolvej (2015) มาเป็นกรอบในการศึกษาโดยจะนำเสนอผลการสำรวจบทบาทหน้าที่ของตัวแสดงในเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในระดับปฏิบัติ ตลอดจนกระบวนการบริหารจัดการภายในเครือข่ายซึ่งจะแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจจะระหว่างตัวแสดง และการสื่อสารของเครือข่าย และผลประโยชน์ที่แต่ละตัวแสดงในเครือข่ายได้รับ

จากการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน โดยเลือกศึกษาเฉพาะพื้นที่อำเภอวารินชำราบ และ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานีเท่านั้น

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ มีผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 273,687 คน นับว่ามากเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ (Statistical Forecasting Bureau, 2014) ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในจังหวัดมีเพียง 4 แห่ง และตั้งอยู่ในอำเภอเมืองอุบลราชธานีและอำเภอวารินชำราบเท่านั้น

Table 1 Basic information on the number of elderly person per district

	District	Percent of elderly	Number of Elderly club	Area (Km ²)
Urban	Mueang Ubon	11	168	406.4
	Ratchathani			
	Warin Chamrap	11	206	619
Rural	Nam Yuen	7	83	854.5
	Khemarat	10	114	526.75

ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถศึกษาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม จึงเลือกพื้นที่ขนาดใหญ่ และมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นเกณฑ์ในการเลือก อันจะช่วยให้สามารถค้นหาตัวแสดงนอกเหนือจากภาครัฐได้มากที่สุด และเห็นถึงการจัดการกรณีที่รัฐมีข้อจำกัดมากที่สุด ซึ่งเป็นการเลือกพื้นที่ศึกษาที่เฉพาะเจาะจงตามเป้าประสงค์ของการศึกษา (Babbie, 2007) ดังนั้น จากตารางที่ 1 ผู้เขียนแบ่งเกณฑ์ลักษณะพื้นที่ที่เป็นเขตเมืองและเขตชนบท เพื่อให้เห็นบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จากนั้นจึงเลือกพื้นที่อำเภอวารินชำราบ และ อำเภอน้ำยืน เนื่องจากมีขนาดพื้นที่ใหญ่ที่ต้องการทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก

ในการเก็บข้อมูลนั้นผู้เขียนใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (qualitative method) ได้แก่ (1) การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องเช่นแผนพัฒนาสามปี รายงานผลการดำเนินงานโครงการของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง (2) การสัมภาษณ์ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับตัวแสดงในเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุรวม 15 คน แบ่งเป็นตัวแสดงภาครัฐที่เกี่ยวข้อง 4 คน ผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง 6 คน และพื้นที่ชนบท 5 คน ซึ่งได้รับคำแนะนำจากตัวแสดงภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และ (3) การสนทนากลุ่มกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการจัดการเครือข่ายผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานีจะนำเสนอในลักษณะการเล่าเรื่อง (story-telling) ภาพรวมของการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะการดูแลเป็น 3 กลุ่ม เพื่อให้ทราบบทบาทและการปฏิสัมพันธ์ของตัวแสดงในเครือข่าย จากนั้นจะอธิบายบทบาทตัวแสดงในเครือข่ายตามกิจกรรมทางการบริหาร และผลประโยชน์ที่ตัวแสดงได้รับจากการเข้ามาอยู่ในเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ

การดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

เครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี สามารถแบ่งได้ตามลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจึงจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน (Bureau of Health Promotion, 2009) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่ม 1 กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ ต้องพึ่งคนอื่น จึงต้องการการบริการทางการแพทย์ และการดูแลกายใจ และสังคม ผู้ที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงคือ (1) กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำหน้าที่บริการโรคเรื้อรัง ดูแลสมรรถนะ และระบบส่งต่อไปยังสถานพยาบาลเฉพาะทาง และ (2) ผู้ช่วย หรือผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งจะต้องผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงก่อน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เช่น ทำกายภาพในผู้สูงอายุ การพลิกตัวกรณี

เป็นผลกดทับ ดูแลอาหารที่เหมาะสม ตรวจประเมินสุขอนามัยในบ้าน เป็นต้น ซึ่งผู้ช่วยนี้ส่วนใหญ่จะเป็น อสม. ที่ทำหน้าที่เยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ ชมรมผู้สูงอายุที่มาเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้กำลังใจ และดูแลสุขภาพที่บ้านผู้สูงอายุติดเตียง

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของเทศบาลเมืองวารินชำราบ และเทศบาล ตำบลน้ำยี่นั้น ไม่แตกต่างกัน จากการสัมภาษณ์สมาชิก อสม. และการสัมภาษณ์ กลุ่ม อสม. ทั้งสองเทศบาล ได้ข้อมูลตรงกันว่า การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น อสม. ทำหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพลักษณะภายในบ้านสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ไปเยี่ยมผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 2 ครั้ง พร้อมตรวจสอบสุขภาพพื้นฐาน และนำข้อมูลดังกล่าวมาเขียนรายงานส่งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กรณีเทศบาลตำบลน้ำยี่ และส่งเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการ สาธารณสุข กรณีเทศบาลเมืองวารินชำราบ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้ข้อมูลจาก อสม. ก็จะวิเคราะห์อาการของผู้สูงอายุติดเตียงรายดังกล่าว หากต้องใช้อุปกรณ์อะไรเพิ่ม ก็ จะมอบหมายให้ อสม. มารับจากโรงพยาบาลไปมอบ และสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้ เครื่องมือดังกล่าว เช่น “พอทราบว่าเขาเป็นผลกดทับ หมอก็ก็นำเอาเตียงที่ปรับ ระดับได้มาให้ใช้ เราก็ต้องไปสอน” (Village health volunteer in Warin Chamrap Municipality, interview, 25 September 2014)

ในกรณีที่ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเบื้องต้นและพบอาการ ผิดปกติ ก็จะรีบโทรแจ้งแพทย์ที่ดูแลเพื่อให้แพทย์ตัดสินใจดำเนินการขั้นต่อไป หากไม่สามารถติดต่อแพทย์ที่รับผิดชอบได้ ก็จะปฐมพยาบาลเบื้องต้น แล้วใช้รถ ส่วนตัวของตนเอง หรือเพื่อนบ้าน พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล โดย อสม. คนหนึ่ง กล่าวว่า “ไม่อยากใช้รถเทศบาล เพราะไม่ค่อยว่าง งานเทศบาลเขาเยอะ เราเลย ใช้รถเราเองหรือให้เพื่อนบ้านพาไปโรงพยาบาลแทน มันเร็วกว่า” (Buatum, interview, 11 March 2014)

กลุ่ม 2 กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง จึงต้องการการ ดูแลด้านกาย จิตใจ และสังคม ผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุติดสังคม วัดส่งเสริมสุขภาพ อสม. และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านนี้จะคล้ายกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ ติดบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ไม่ต้องใช้ความรู้เฉพาะทางมากนัก ซึ่ง อสม. สามารถ ดูแล และคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับพื้นฐานได้ เช่น การวัดความดัน

โลหิต การชั่งน้ำหนัก การหาดัชนีมวลกาย การตรวจระดับน้ำตาล และการวัด อุณหภูมิร่างกาย เป็นต้น ซึ่งช่วยให้ลดระยะเวลาการรอบริการที่โรงพยาบาลได้

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียงต้องการ คือ การดูแล ทางสังคม ซึ่งในกรณีของเทศบาลตำบลน้ำเย็น และเทศบาลเมืองมีการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวไม่แตกต่างกัน จากการสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงมีอาการดีใจแบบเห็นได้ชัด เมื่อเห็น อสม. มาเยี่ยมที่บ้าน โดยผู้สูงอายุติดเตียงบางคน “ถึงกับน้ำตาไหล เมื่อเห็นเราไป เยี่ยม...บางคนลูกหลานเขาฝากไว้กับเราก็มี” (Julanee, interview, 11 March 2014) หรือ “หากถึงกำหนดเวลาที่เราจะต้องไปเยี่ยมเขา แล้วเราไม่ไป เขาก็จะ คอย มีถามว่าทำไมไม่มา ก็มีความผูกพัน” (Village health volunteer in Warin Chamrap Municipality, interview, 25 September 2014)

กลุ่ม 3 กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ และช่วยเหลือคนอื่น ได้ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมบางคนเป็น อสม. และเป็นสมาชิกหรือคณะทำงานเพื่อ สาธารณะอื่นๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กรรมการชุมชน (หรือกรรมการหมู่บ้าน) กรรมการการเลือกตั้งระดับหมู่บ้าน กรรมการกองทุนหมู่บ้าน วุฒิสภาสาธารณสุข สมอฯ เป็นต้น ซึ่งการเป็นสมาชิกหรือเป็นคณะทำงานต่าง ๆ ในชุมชนนั้น ส่วน หนึ่งคือ การหากิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุคลายเหงา รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคม และ สามารถดูแลซึ่งกันและกันได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมบางคนเป็น อสม. มาก่อนที่จะเข้าสู่ช่วงวัยผู้สูงอายุ จึงสามารถดูแลตัวเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ โดย ผู้สูงอายุกลุ่มที่เป็น อสม. ก่อนเข้าสู่ช่วงผู้สูงอายุระบุตรงกันว่า “เราอบรมมาแล้ว เราก็มีความรู้ ว่า พออายุเท่านี้เราควรตรวจอะไรบ้าง ก็เป็นการดูแลตัวเอง” (Tongpa, interview, 27 February 2014) “เราไม่ต้องรอให้ถึงช่วงวัยที่เขาบอก เราก็ไปตรวจก่อนได้ รู้เร็วก็หายเร็ว” (Buatum, interview, 11 March 2014) “เราดูแลตัวเองได้ เราก็ไม่ต้องเป็นภาระใคร” (Kamsaman, interview, 5 February 2014)

จากการสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์กลุ่มย่อย พบว่า ผู้สูงอายุติดสังคม ของ เทศบาลเมืองวารินชำราบ และเทศบาลตำบลน้ำเย็น มีกิจกรรมและรูปแบบการ ทำงานเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุติดสังคมในเขตเทศบาล เมืองวารินชำราบ ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการเกษียณอายุอาสาสมัครช่วยเหลือและ

พัฒนาชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และสามารถเป็นตัวแทนชมรมผู้สูงอายุในระดับอำเภอวารินชำราบ เพื่อเข้าร่วมประชุมในสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ ประจำจังหวัดอุบลราชธานีได้ โดยอดีตข้าราชการทหาร สมาชิกชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอวารินชำราบ และ อดีตคณะกรรมการชุมชนชลประทาน ระบุว่า

“พอกี้ไปร่วมประชุมสภาผู้สูงอายุด้วย แล้วเรากี้เป็นวุฒิวาสาฯ ด้วย เรากี้คุยกันในกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุ ว่าใครมีปัญหาอะไร หรืออยากให้จังหวัดอุบลราชธานีพัฒนาไปทางใด เรากี้ไปเสนอในที่ประชุมคลังปัญญาผู้สูงอายุ ที่มีรองผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ” (Kamsaman, interview, 5 February 2014)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุติดสังคมในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบยังได้ก่อตั้งกลุ่มเฉพาะของตนเองขึ้นมา เรียกว่า “กลุ่มรากแก้ว” มีบทบาทในการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม และทรัพยากรธรรมชาติของจังหวัดอุบลราชธานีด้วย ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลกองทุนผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีระบุว่า “กลุ่มรากแก้ว เขาเข้มแข็งมาก” (Social Development Technical Officer, interview, 14 March 2015) ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมรายหนึ่งระบุในการสนทนากลุ่มว่า “จริงๆ การดูแลผู้สูงอายุที่เห็นคือ กลุ่มรากแก้ว ... เป็นคนตั้งเรื่อง เขียนโครงการเสนอ สสส. และสมาคมผู้สูงอายุฯ โดยเอาเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมาทำงานให้ความรู้ผู้สูงอายุร่วมกัน”

ลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุติดสังคมในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นอดีตข้าราชการที่มีบ้านพักในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ ซึ่งเมื่อเกษียณอายุราชการแล้วก็ยังอาสาเป็นคนะทำงาน ที่ปรึกษา หรือกรรมการของส่วนราชการต่าง ๆ ในจังหวัดอุบลราชธานี ทำให้มีเครือข่ายในหน่วยงานต่าง ๆ ภายในจังหวัด เมื่อชมรมผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในพื้นที่เสนอโครงการใดก็มักได้รับความสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ (Kotruro, interview, 21 January 2015)

ในขณะที่ ผู้สูงอายุติดสังคมในเขตเทศบาลตำบลน้ำยืนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และค้าขาย ทำให้กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะประโยชน์ของผู้สูงอายุติดสังคมในเขตเทศบาลตำบลน้ำยืนมีไม่มากนัก จากการ

สัมมนากลุ่มย่อย พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลน้ำเย็นมักจะพบปะพูดคุยกัน ช่วงเย็นของทุกวัน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารภายในชุมชน แต่ก็เป็นการพูดคุย กลุ่มเล็กๆ เรื่องส่วนตัวมากกว่าเรื่องปัญหาในชุมชนหรือภาพรวมในจังหวัด เช่น การตายของเพื่อนผู้สูงอายุ การปรับทุกข์ในเรื่องครอบครัว เป็นต้น แม้เทศบาลตำบลน้ำเย็น มีชมรมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2557 รวม 83 ชมรม แต่เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้มแข็งจริงๆ มีน้อย ส่วนใหญ่ยังต้องหาเลี้ยงครอบครัว ยังต้องทำงานอยู่ การรวมกลุ่มเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุก็มักเป็นการสร้างอาชีพตามที่เจ้าหน้าที่เทศบาลแนะนำเท่านั้น (Sangkum, interview, 18 March 2014)

การจัดการภายในเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

จากการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มข้างต้น สามารถวิเคราะห์กระบวนการจัดการภายในเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุได้ ตามกิจกรรมทางการบริหาร ดังนี้

1. การวางแผน โดยทั่วไป อสม. จะทำหน้าที่เยี่ยมและติดตามผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและติดเตียง เป็นประจำตามความจำเป็นตามมาตรฐานของตัวชี้วัด การปฏิบัติงานของ อสม. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งต้องรายงานต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือเทศบาลเมืองที่รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่จะต้องมาลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงด้วยตนเองด้วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น มักจะเกิดขึ้นในระดับการปฏิบัติการณ์ในพื้นที่ชุมชนหรือระดับตำบล เนื่องจากแผนด้านการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องเฉพาะทาง ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี คนหนึ่ง ระบุว่า “เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สั่งการ เพราะมันเกี่ยวข้องกับความรู้เฉพาะทาง ไม่งั้นคุณหมอเขาจะเสียเวลาเรียนมาทำไมหลายปี จังหวัดก็ทำหน้าที่ติดตามตรวจสอบ ถามการประเมินที่รวบรวมจากระดับตำบลขึ้นมา” (Public Health Technical Officer, interview, 27 February 2014)

2. การจัดการทรัพยากร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอัตรา 45 บาทต่อประชากรหนึ่งคน นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับเงินอุดหนุนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ชุมชนละ 15,000 บาท โดย อสม. หรือ คณะกรรมการชุมชน สามารถ

เสนอโครงการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากนั้นจึงตั้งเป็นเทศบัญญัติรายจ่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แล้วจึงนำมาซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จากการสนทนากลุ่ม พบว่า กรณีที่เงินอุดหนุนข้างต้นไม่เพียงพอที่จะดำเนินโครงการของชุมชนได้ทั้งหมดอาสาสมัคร หรือ อสม. ก็ใช้วิธีการเรียกรายเงินทุนกันเองเพื่อให้ภารกิจบรรลุตามเป้าประสงค์ นอกจากนี้ กรณีที่อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ อสม. ใช้ในการตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุหากมีไม่เพียงพอก็จะใช้วิธีการบริหารจัดการระหว่างกลุ่ม อสม. พื้นที่อื่น เนื่องจาก อสม. ทุกคนรู้จักกันดีผ่านการไปศึกษาดูงานหรือการอบรมร่วมกันก่อนหน้านี้

3. การติดตามและตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นผู้กำหนดกรอบตัวชี้วัด และจัดทำคู่มือปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อผู้สูงวัย สายใยรักครอบครัว ชุมชน เพื่อเป็นแนวทางและกลไกการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้งนี้ อสม. จะมีสมุดประจำตัวที่บันทึกรายละเอียดการลงพื้นที่ ซึ่งจะต้องส่งให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) หรือเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขตรวจประเมิน เพื่อให้คะแนนแก่ อสม. ทุกเดือน ซึ่งในการรายงานผลการปฏิบัติงานจะมีการแลกเปลี่ยนปัญหาที่พบในการทำงานแต่ละเดือน จากนั้นเจ้าหน้าที่จะจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานดังกล่าวไปยังสาธารณสุขอำเภอเพื่อรวบรวมผลการดำเนินงานไปยังสาธารณสุขจังหวัด เพื่อตรวจสอบผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดตามสายการบังคับบัญชา

ทั้งนี้ ระบบการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ จะสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขข้างต้น แต่สำหรับ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำยืนซึ่งการเดินทางเป็นปัญหาของคนในพื้นที่จึงมีการรายงานผลการปฏิบัติงานตรวจเยี่ยมครัวเรือนสองลักษณะ คือ การรายงานผลการปฏิบัติงานต่อประธานชุมชน โดย อสม. ในแต่ละหมู่บ้านมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไขภายในกลุ่มเป็นประจำทุกเดือน และการรายงานผลการปฏิบัติงานต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลที่ตนสังกัด การรายงานต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุขภาพระดับตำบลนี้ อสม. จะประชุมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อส่งผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดรายบุคคลที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และรับคำตอบแทน

4. โครงสร้างและการปฏิสัมพันธ์ ลักษณะโครงสร้างสายการบังคับบัญชาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งเทศบาลเมืองวารินชำราบ และเทศบาลตำบลน้ำเย็น มีลักษณะที่ถูกกำหนดมาแล้วจากส่วนกลาง กล่าวคือ ขึ้นตรงต่อกระทรวงสาธารณสุขตามสายการบังคับบัญชาของการบริหารราชการส่วนกลางและภูมิภาค แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครที่ดูแลผู้สูงอายุพบว่า มีลักษณะแตกต่างกันไปตามธรรมชาติของสมาชิกกลุ่ม กล่าวคือ อาสาสมัครในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบมีลักษณะเพื่อร่วมงาน ไม่มีหัวหน้า ไม่มีลูกน้อง ใช้การพูดคุยปรึกษาหารือกัน เพื่อหาข้อสรุปของปัญหาต่าง ๆ และหากเกิดความไม่ลงรอยกัน ก็จะใช้วิธีการลงคะแนนเสียง (vote) เพื่อหาข้อยุติร่วมกัน ในขณะที่ โครงสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเทศบาลตำบลน้ำเย็นมีการจัดลำดับความสัมพันธ์ค่อนข้างชัดเจน โดยกลุ่ม อสม. จะมีประธาน และรองประธาน อสม. เป็น “แกนนำ” ที่ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมติดต่อประสานงานกับเทศบาลตำบลน้ำเย็น

5. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยทั่วไป อสม. ทุกคนต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค การคัดกรองผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลที่ต้นสังกัด ซึ่งหน่วยที่ทำหน้าที่อบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแก่ อสม. ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่นี้เทศ และติดตามการปฏิบัติงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง และให้ความรู้เกี่ยวกับวิชาการการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพลักษณะในบ้าน การจัดทำคู่มือต่าง ๆ

ผลประโยชน์ของตัวแสดงในเครือข่าย

การดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นภารกิจหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งการบริหารจัดการโดยใช้รูปแบบเครือข่าย นอกจากจะช่วยแก้ไขปัญหาลูกหลานคนดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทแล้ว ยังทำให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินนโยบายสร้างนำซ่อมได้ ซึ่งหากไม่มีอาสาสมัคร หรือ อสม. ก็จะไม่มีการที่จะเข้าตรวจเยี่ยมและดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ในแต่ละครัวเรือนได้ และจะไม่สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ ที่ป้องกันได้ จากการตรวจประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การมีชมรมผู้สูงอายุทำให้อัตราผู้ป่วยด้าน

จิตใจของผู้สูงอายุลดลง (Public Health Technical Officer, interview, 27 February 2014)

นอกจากนี้ เครือข่ายยังช่วยให้เกิดระบบติดตามและตรวจสอบสุขภาพ และอาการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และมารายงานต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยดูแลเรื่องความเข้าใจในการใช้ยาของผู้สูงอายุหลังจากกลับจากโรงพยาบาลแล้ว และช่วยให้ทราบถึงความต้องการทางการแพทย์ที่จำเป็นแท้จริงเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน ซึ่งโดยปกติบุคลากรทางการแพทย์จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ เนื่องจากปัญหาการขาดบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล และที่สำคัญการใช้ระบบเครือข่ายแม้บางครั้งจะเป็นภาระของอาสาสมัครที่เข้ามามีบทบาทในเครือข่าย แต่สิ่งที่การจัดการแบบเครือข่ายช่วยการจัดบริการสาธารณสุขได้มากคือ การจัดการที่รวดเร็วและยืดหยุ่นในการจัดการทรัพยากรระหว่างพื้นที่เป็นการลดข้อจำกัดของระบบบริหารงานภาครัฐที่ต้องอิงตามสายการบังคับบัญชาและขั้นตอนอย่างเป็นทางการ

ตัวแสดงในเครือข่ายที่เป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุเองก็สามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมเพื่อทำหน้าที่ อสม. มาปรับใช้กับสุขภาพตนเองและบุคคลใกล้เคียงได้ และได้รับความภาคภูมิใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ส่วนผู้สูงอายุติดเตียงและติดบ้านที่อยู่กับหลานหรือสมาชิกวัยทำงานย้ายไปทำงานในเมืองก็จะมีเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเป็นที่ปรึกษาปัญหา และดูแลกันและกันทำให้เกิดการเยียวยาสภาพจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวได้

ในขณะที่ตัวแสดงในเครือข่ายที่เป็นอาสาสมัครแต่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ นอกจากจะได้สวัสดิการและเงินช่วยเหลือการศึกษาบุตรแล้ว การเป็นอาสาสมัครในเรื่องต่าง ๆ ก็ช่วยพัฒนาตนเองด้วย โดย อสม. ส่วนใหญ่ระบุตรงกันว่า “ทุกหน่วยงานราชการเขาเอาเราไปช่วยงานหมดเลย ค่าตอบแทนก็น้อยมาก แต่เราได้กำลังใจจากชุมชน ผลที่ได้ก็เป็นผลดีต่อตัวเอง เรารู้ว่าอายุเท่านี้ต้องตรวจอะไรบ้าง ไม่ต้องรอให้ถึงวัย” หรือ “งานทุกอย่างมันลงมาที่ อสม. หมด ผู้ใหญ่บ้านบางคนยังทำงานสู้ อสม. ไม่ได้เลย” หรือ “อย่างน้อยเราก็ได้พัฒนาตัวเอง เพราะเราทำเท่าที่ทำได้ แต่เราจะไม่หยุดนิ่ง เพราะการอยู่กับที่ คือไม่พัฒนาแล้ว”

สรุป และข้อเสนอแนะ

การจัดการเครือข่าย การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษาพบว่า ตัวแสดงที่เกี่ยวข้องมีทั้งระดับส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสุขภาพต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณและองค์ความรู้ตามลักษณะเฉพาะของบริการต้นสุขภาพที่ต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ตัวแสดงระดับภูมิภาคที่ทำหน้าที่กำกับติดตาม ตรวจสอบและรายงานผลการปฏิบัติงานพร้อมทั้งป้อนข้อมูลส่งกลับ (feedback) ให้กับผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในการปรับปรุงหรือพัฒนาบริการในส่วนกลาง และตัวแสดงระดับท้องถิ่นที่มีหน้าที่ในการส่งมอบ (delivery) การดูแลผู้สูงอายุในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ

ในขณะที่ภาคประชาสังคมที่เป็น ตัวแสดงสำคัญในเครือข่ายคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่ในการสนับสนุนและรับช่วงต่อจากการบริการในสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงกลุ่มผลประโยชน์ได้มากขึ้นและทำให้การออกแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุตรงต่อความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนได้ดี เนื่องจากโครงสร้างความสัมพันธ์ของกลุ่มอาสาสมัครนั้นมีความยืดหยุ่นและคล่องตัวมากกว่าระบบราชการ ทำให้สามารถทดแทนและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่ระบบการทำงานตามสายการบังคับบัญชาและการทำงานอย่างเป็นทางการไม่สามารถจัดการได้ ส่งผลให้การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้เห็นว่าปัจจัยเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงตามที่ Rhodes (2003) เสนอนั้น ในการดูแลผู้สูงอายุไม่ควรเป็นรูปแบบระบบราชการ

การศึกษาระหว่างกรณีศึกษาที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าด้วยธรรมชาติของอาสาสมัครที่แตกต่างกันทำให้โครงสร้างการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายแตกต่างกันเล็กน้อย แต่สิ่งที่แตกต่างกันค่อนข้างมากคืออาสาสมัครในเขตชนบทที่เป็นกรณีศึกษานั้นมีฐานะที่ยากจนจึงไม่สามารถแบ่งทรัพยากรของตนเองให้กับผู้รับบริการได้บ่อยนัก จึงแก้ปัญหาด้วยการยืมทรัพยากรจากอาสาสมัครพื้นที่อื่นซึ่งอาจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี แต่หากพิจารณาในลักษณะความพร้อมแล้วเรื่องสุขภาพย่อมเป็นเรื่องที่ต้องเตรียมพร้อมตลอดเวลา ดังนั้น เมื่อพิจารณาข้อเสนอของ Rhodes (2003) และ Kamolvej (2015) ที่ระบุว่าทรัพยากรและความสัมพันธ์เป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการเครือข่ายนั้นเป็นเรื่องที่ถูกต้อง ซึ่งสำหรับการศึกษารุ่นนี้ พบรายละเอียดว่า

ในความสัมพันธ์ที่เอื้อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะที่ไม่เป็นทางการเป็นหลัก

ในมิติของกิจกรรมทางการบริหารพบว่า การวางแผนนั้นถูกกำหนดโดยผู้มีความรู้เฉพาะทางในกระทรวงสาธารณสุขในลักษณะการสั่งการแบบบนลงล่าง (top-down) เช่นเดียวกับการจัดสรรทรัพยากรของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง แต่เมื่อการให้บริการเกิดปัญหาเครือข่ายในระดับปฏิบัติการโดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครจำเป็นต้องใช้วิธีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อให้ภารกิจนั้นสำเร็จลุล่วง ซึ่งมักใช้เครือข่ายความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการหรือทรัพยากรส่วนตัวในการแก้ไขปัญหา

การติดตามประเมินผลในปัจจุบันมีลักษณะของการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งกับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่จะได้ปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามคำแนะนำและสะท้อนความต้องการของตนเองผ่านตัวแสดงอาสาสมัครได้ และเป็นประโยชน์กับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องที่สามารถรวบรวมข้อมูลในระดับปฏิบัติการขึ้นไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในส่วนกลางได้

ทั้งนี้ การปฏิสัมพันธ์ภายในเครือข่ายนั้นเป็นไปตามลักษณะเฉพาะของตัวแสดง เช่น ตัวแสดงภาครัฐย่อมใช้โครงสร้างการสื่อสารที่เป็นทางการ ตรงข้ามกับตัวแสดงอาสาสมัครในเมืองที่มีความยืดหยุ่นมากกว่า แต่สำหรับตัวแสดงอาสาสมัครในพื้นที่ชนบทในกรณีศึกษากลับมีโครงสร้างผสมเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร เป็นต้น

จากผลการศึกษสามารถยืนยันตามแนวคิดของ Needham (2007) Meijer (2011) Peterson (2003) และ Tamronglak (2013) ได้เนื่องจากความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษานั้นขึ้นอยู่กับทุกตัวแสดงในเครือข่าย หากขาดความรู้ในวิธีการและขั้นตอนในการปฏิบัติและทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องย่อมไม่สามารถให้การดูแลได้ถูกต้อง และเพียงพอ ในขณะที่หากขาดอาสาสมัครที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุต่อจากสถานพยาบาลและติดตามประเมินผลย่อมไม่มีทางทราบข้อมูลจริงของผู้สูงอายุและไม่สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ทันที อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว ลักษณะการจัดการการดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นเพียงการร่วมนำนโยบายตามแนวทางที่ภาครัฐผู้รับผิดชอบหลักกำหนดเท่านั้น การกำหนดแผนงานและการออกแบบบริการยังถูกผูกขาดโดยตัวแสดงในเครือข่ายที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง แม้ตัวแสดง

อาสาสมัครจะทำหน้าที่ส่งข้อมูลย้อนกลับ แต่การตัดสินใจยังอยู่ที่ตัวแสดงภาครัฐในการบริหารส่วนกลางเท่านั้น ซึ่งต่างจากข้อค้นพบของ Needham (2007) และ Meijer (2011) ที่มีส่วนร่วมในการจัดบริการแบบเครือข่ายจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการพัฒนาและออกแบบบริการสาธารณะมากขึ้น

ดังนั้น เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงเสนอให้ตัวแสดงที่มีหน้าที่วางแผนและจัดสรรทรัพยากรได้รวบรวมและถ่ายทอดบทเรียนความสำเร็จของแต่ละพื้นที่เพื่อให้เป็นตัวอย่างและแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะปัญหาใกล้เคียงกัน และควรสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายอาสาสมัครโดยให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

References

- Babbie, Earl. 2007. **The Practice of Social Research** (11th ed.). CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Boyle, David and Michael Harris. 2009. **The Challenge of Co-production**. UK: New Economic Foundation.
- Buatum, B. 2014, 11 March. Interview. (In Thai)
- Bureau of Health Promotion, Department of Health. 2009. **Handbook of Village Health Volunteer for Elder, Family and Community**. (In Thai)
- Considine, Mark. 1994. **Public Policy: A critical approach**. Hong Kong: Macmillan.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. 2015. **Thai Elderly Situations B.E. 2557**. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (In Thai)
- Julanee, S. 2014, 11 March. Interview. (In Thai)

- Kamolvej, T. 2015. “ Social Network Analysis in Public Policy,” In Luangprapat, W., Ungsuchaval, T. and Tantrajin, P. (eds.), **Unboxing Public Policy: Multi-lens on study of contemporary public policy**, (pp. 122-155) . Bangkok: Faculty of Political Science, Thammasart University. (In Thai)
- Kamsaman, T. 2014, 5 February. Interview. (In Thai)
- Kotruro, T. 2015, 21 January. Interview. (In Thai)
- Meijer, Albert J. 2011. “Networked Coproduction of Public Services in Virtual Communities: From a government-centric to a community approach to public service support.” **Public Administration Review**: 598-607.
- Needham, Catherine. 2007. “Realising the Potential of Co-production: Negotiating improvements in public services.” **Social Policy & Society**: 221-231.
- Office of the National Economics and Social Development Council. 2016. The Twelfth National Economic and Social Development Plan 2017 – 2021. **Ratchakittha** No. 133 Section 115 Ko.
- Pestoff, Victor, Sephen P. Osborne and Taco Brandsen. 2006. “Patterns of Co-production in Public Services: Some concluding thoughts.” **Public Management Review**: 591-595.
- Public Health Technical Officer. 2014, 27 February. Interview. (In Thai)
- Rhodes, R. A. W. 2003. **Understanding Governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability**. Maidenhead: Open University Press.

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2562

Sangkum, N. 2014, 18 March. Interview. (In Thai)

Social Development Technical Officer. 2015, 14 March. Interview. (In Thai)

Statistical Forecasting Bureau, National Statistical Office. 2014. **Report on Elderly Survey in Thailand B.E. 2557**. Bangkok: Text and Journal Publication. (In Thai)

Tamronglak, A. 2013. “ Public Governance in the 21st Century,” In Tamronglak, A. (ed.) , **Public Governance: Public Administration in the 21st century** (2nd ed.). Bangkok: Faculty of Political Science, Thammasart University. (In Thai)

Tongpa, B. 2014, 27 February. Interview. (In Thai)

Village health volunteer in Warin Chamrap Municipality. 2014, 25 September. Interview. (In Thai)