



กรมอนามัย

รายงานการวิจัย

ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ

(Care Manager) ปี ๒๕๖๖

Effectiveness of Capacity Development and Skills of

Care Manager, ๒๐๒๓

โดย

นางสาวลลิตชญา อูประรัตน์

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายจากสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนกว่า ๑๓.๗๒ ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ ๓ ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้ กรมอนามัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) และจัดอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ เพื่อให้บุคลากรสามารถดูแลผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังขาดการประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรอย่างเป็นทางการ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กับกลุ่มตัวอย่างผู้เข้ารับการอบรมในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๔๔๘ คน ซึ่งมีการเก็บข้อมูลคะแนนทดสอบก่อนและหลังการอบรม รวมถึงคะแนนฝึกปฏิบัติงาน พร้อมทั้งติดตามผลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต (ADL) ของผู้มีภาวะพึ่งพิงในปี ๒๕๖๗ และ ๒๕๖๘ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ dependent t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการวิจัยพบว่า การฝึกอบรมมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ โดยเห็นได้จากคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) ที่สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และคะแนนฝึกปฏิบัติงานเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๗.๓๘ นอกจากนี้ยังส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๘๒.๔๒ ในปี ๒๕๖๗ เป็น ๘๕.๐๒ ในปี ๒๕๖๘ และคุณภาพชีวิต (ADL) ก็ดีขึ้นจากร้อยละ ๒๓.๔๕ เป็น ๒๔.๔๒ ในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาว (Long Term Care) และจัดอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกลไกการนิเทศเพื่อพัฒนาทักษะและความรู้ของบุคลากรเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง สำหรับงานวิจัยในอนาคต ควรมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงหลักสูตรให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป การจัดทำคู่มือและช่องทางการเรียนรู้ออนไลน์ที่เข้าถึงง่าย จะช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถทบทวนและพัฒนาทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager), หลักสูตรฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข, บริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์, คุณภาพชีวิต (ADL)

Abstract

Thailand is confronting the challenges of a rapidly aging society, with an elderly population exceeding 13.72 million. Approximately 3% of these individuals are frail and require specialized care. To address this, the Department of Health initiated the Long Term Care system and developed a Care Manager training course in 2016 to enhance the skills of healthcare personnel. However, a formal evaluation of the course's effectiveness has been lacking. This study aimed to assess the impact of the 2023 Care Manager training course using a quasi-experimental research design. The sample group comprised 3,448 trainees. The research methodology involved comparing pre-test and post-test scores, evaluating practical performance, and conducting a two-year follow-up (2024-2025) to measure changes in the frail population's access to healthcare services and quality of life.

The results indicated that the training significantly improved the trainees' knowledge and skills, with post-test scores being statistically higher than pre-test scores ($p < 0.05$). The average practical performance score was 17.38. The training also led to positive outcomes for the frail population, as their access to healthcare services increased from 82.42% to 85.02%, and their quality of life improved from 23.45% to 24.42% over the follow-up period. Based on these findings, the study recommends that local administrative organizations should be encouraged to join the Long Term Care project. Furthermore, regular training, combined with knowledge-sharing platforms and mentorship programs, is crucial for continuous professional development. Future research should include ongoing performance evaluations of Care Managers to refine the curriculum, and the development of accessible online learning materials is suggested to facilitate continuous skill enhancement.

Keywords: frail population, Care Manager, Care Manager training course, Healthcare services, Quality of life

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ ได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ ที่กรุณาอนุมัติและสนับสนุนให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการ และขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงค์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ที่คอยแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และชี้แนะให้คำปรึกษา

ขอขอบคุณ นางรัชณี บุญเรืองศรี รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ที่กรุณาให้คำแนะนำสำหรับการเพิ่มพูนจุดเด่น เติมเต็มจุดด้อยของการดำเนินงาน และคำแนะนำทางวิชาการอันมีคุณค่าซึ่งเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการทำวิจัยแต่แรกจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ

ขอขอบคุณ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับเขตสุขภาพ ที่ร่วมดำเนินการจัดอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในด้านการประสานงาน อำนาจความสะดวก และควบคุมการฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมทั้งรวบรวมผลคะแนนการวัดและประเมินผลการฝึกอบรมในส่วนคะแนนการเข้าเรียน และคะแนนฝึกปฏิบัติงาน

ขอขอบคุณ ผู้เข้ารับการอบรมฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๔๔๘ คน ที่เข้าร่วมการเก็บข้อมูล และให้ข้อมูลจนทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ลลิตญา อุประรัตน์

สิงหาคม ๒๕๖๘

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทที่ ๑ บทนำ	
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑ - ๒
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๒
๑.๓ สมมติฐานของการวิจัย	๓
๑.๔ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๓
๑.๕ ขอบเขตของการวิจัย	๓
๑.๖ นิยามศัพท์เฉพาะ	๓ - ๔
๑.๗ กรอบแนวคิดในการวิจัย	๔
บทที่ ๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
๒.๑ สถานการณ์ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในประเทศไทย	๕ - ๑๔
๒.๒ ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในต่างประเทศ	๑๕ - ๒๐
๒.๓ สมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)	๒๑ - ๒๓
๒.๔ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) การพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และการวัดประสิทธิภาพโปรแกรม	๒๓ - ๓๐
๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๓๑ - ๓๔
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	
๓.๑ ประชากรที่ศึกษา	๓๕
๓.๒ การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม	๓๖ - ๓๗
๓.๓ สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ	๓๗ - ๓๘
๓.๔ เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)	๓๘
๓.๕ เกณฑ์การแยกออาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)	๓๘
๓.๖ เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)	๓๘ - ๓๙
๓.๗ การดำเนินการวิจัย	๓๙ - ๔๑
๓.๘ การเก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้	๔๑
๓.๙ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๔๑ - ๔๒

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป	๔๓ - ๔๔
ส่วนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์คะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)	๔๕ - ๔๖
ส่วนที่ ๓ ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)	๔๗
ส่วนที่ ๔ ผลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	๔๗ - ๕๐
บทที่ ๕ อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
๕.๑ สรุปผลการวิจัย	๕๑ - ๕๗
๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย	๕๗ - ๕๙
๕.๓ ปัญหาและอุปสรรค	๕๙
๕.๔ ข้อเสนอแนะ	๕๙ - ๖๐
เอกสารอ้างอิง	๖๑ - ๖๓
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบฝึกปฏิบัติการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข	๖๔ - ๖๗
ภาคผนวก ข ประวัติผู้วิจัย	๖๘

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ ๑ อัตราส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับเขตสุขภาพ	๙ - ๑๐
ตารางที่ ๒ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗	๑๑
ตารางที่ ๓ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๘	๑๒
ตารางที่ ๔ การมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗	๑๓
ตารางที่ ๕ การมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๘	๑๔
ตารางที่ ๖ การเปรียบเทียบระบบ LTC ในแต่ละประเทศ	๒๐
ตารางที่ ๗ แผนการสอนหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข	๒๘ - ๓๐

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
ตารางที่ ๘ จำนวนจังหวัด อำเภอ ตำบล และอัตราส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับเขตสุขภาพ	๓๖
ตารางที่ ๙ การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม	๓๗
ตารางที่ ๑๐ แบบทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Manager กระทรวงสาธารณสุข แยกตามหัวข้อ	๔๐
ตารางที่ ๑๑ การวัดและประเมินผลการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Manager กระทรวงสาธารณสุข	๔๐
ตารางที่ ๑๒ แสดงข้อมูลเพศของกลุ่มตัวอย่าง	๔๓
ตารางที่ ๑๓ แสดงข้อมูลตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่าง	๔๓
ตารางที่ ๑๔ แสดงข้อมูลหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง	๔๔
ตารางที่ ๑๕ แสดงคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ก่อนการฝึกอบรม (Pre-test)	๔๕
ตารางที่ ๑๖ แสดงคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน หลังการฝึกอบรม (Post-test)	๔๕
ตารางที่ ๑๗ แสดงคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนฝึกปฏิบัติงาน	๔๕
ตารางที่ ๑๘ แสดงคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) แยกเป็นระดับคะแนน	๔๕
ตารางที่ ๑๙ แสดงคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) แยกเป็นระดับคะแนน	๔๖
ตารางที่ ๒๐ แสดงคะแนนฝึกปฏิบัติงาน แยกเป็นระดับคะแนน	๔๖
ตารางที่ ๒๑ แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติทดสอบ t-test และระดับนัยสำคัญทางสถิติ ของคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)	๔๗
ตารางที่ ๒๒ แสดงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗	๔๗ - ๔๘
ตารางที่ ๒๓ แสดงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๘	๔๘
ตารางที่ ๒๔ แสดงการมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗	๔๙
ตารางที่ ๒๕ แสดงการมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๘	๕๐

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	๔

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น จำนวน ๖๕.๘๙ ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ จำนวน ๑๓.๗๒ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๘๒ ซึ่งถือว่าเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเกินร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรโดยรวมมีอัตราเพิ่มติดลบ (ประชากรลดลง) แต่ประชากรสูงอายุกลับกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ทั้งนี้ คาดว่าอีก ๒๐ ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก ๖๖ ล้านคน เหลือเพียง ๖๐ ล้านคน แต่ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจาก ๑๓ ล้านคนเป็น ๑๙ ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖) หากแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ตามกิจวัตรประจำวันสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกได้เป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ ๙๖.๕๕ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๒.๗๖ และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๖๙ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๘)

ด้านการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลัน เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ระยะยาว ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงจากขนาดครัวเรือนที่เล็ก มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมืองมากขึ้น หากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ พบว่า จากเดิมที่มีประชากรวัยทำงาน จำนวน ๔.๕ คน คอยดูแลประชากรวัยสูงอายุ ๑ คน ในปี ๒๕๕๗ จะลดลงเหลือ ๓.๒ คนต่อการดูแลประชากรวัยสูงอายุ ๑ คน ในปี ๒๕๖๗ ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือน มีแนวโน้มสูงขึ้น จากเดิมร้อยละ ๓.๖ ในปี ๒๕๓๗ เพิ่มเป็นร้อยละ ๑๒.๙ ในปี ๒๕๖๗ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๗) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ขาดผู้ดูแล แม้บางครอบครัวที่มีผู้ดูแล ลูกหลานก็ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ช่วงกลางวัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ขึ้นมารองรับ ซึ่งระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

กรมอนามัย จึงดำเนินโครงการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) ขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ – ปัจจุบัน เพื่อพัฒนาและยกระดับการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบ Long Term Care ที่บ้านและชุมชน ซึ่งการดำเนินงานภายใต้โครงการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) จำเป็นต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการจัดระบบเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีหน้าที่หลักในการประเมิน วางแผน และจัดการให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จาก ๓๔๕,๔๐๗ คน ในปี ๒๕๖๔ เพิ่มขึ้นเป็น ๔๗๗,๙๗๒ คน ในปี ๒๕๖๘ มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน ๒๐,๗๘๐ คน ซึ่งมาตรฐานอัตราส่วนในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ๑ คน สามารถดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ๓๕ - ๔๐ คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙) จากข้อมูลภาพรวมประเทศไทยในขณะนี้ มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ๑ คน ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ๒๓ คน ซึ่งเพียงพอในเรื่องของจำนวน แต่หากวิเคราะห์ลึกลงไปในระดับหน่วยบริการ จะพบว่า การกระจายตัวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึงทุกพื้นที่ และยังมีหน่วยบริการสาธารณสุขบางหน่วยที่ยังขาดแคลนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) อีกจำนวน ๑๓๘ แห่ง (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๘) และในปี ๒๕๖๘ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอีก ๒ กลุ่ม คือ ผู้ป่วยระยะท้าย และผู้ป่วยสมองเสื่อม ตั้งแต่ระยะปานกลางขึ้นไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๗) ส่งผลให้ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น และยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้หน่วยบริการขาดแคลน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) คือ มีการย้ายงาน การเกษียณอายุ และลาออกเป็นประจำทุกปี

กรมอนามัยได้พิจารณาปัญหาดังกล่าว เห็นควรต้องพัฒนาศักยภาพและทักษะบุคลากรใหม่ขึ้นทดแทนผู้ที่ออกไปเป็นประจำทุกปี รวมถึงต้องวางแผนงบประมาณในการจัดอบรมหลักสูตรดังกล่าวให้เพียงพอต่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๖ เป็นต้นมา สำนักอนามัยผู้สูงอายุได้ดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุขขึ้น จำนวน ๗๐ ชั่วโมง แบ่งเป็นภาคทฤษฎีจำนวน ๓๘ ชั่วโมง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการการดูแล (Care Management), คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของ Care Manager, Geriatric Syndrome, โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ, การค้นหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และการใช้เครื่องมือในการประเมิน, ระบบการจัดการ Care Plan และโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง, การช่วยในภาวะฉุกเฉิน, การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก กายภาพบำบัด, และการดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองและการทำแผนดูแลล่วงหน้า และการฝึกปฏิบัติ จำนวน ๓๒ ชั่วโมง โดยฝึกการจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) จากกรณีศึกษาจริงในพื้นที่ของตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรม ประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ หน่วยงานสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ และจากหน่วยงานสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครซึ่งมีความหลากหลายทั้งด้านคุณวุฒิ วิทยุฒิ และประสบการณ์การทำงาน ซึ่งในการจัดอบรมตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ จนถึงปัจจุบัน ได้มีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม และการประเมินความพึงพอใจ แต่ยังไม่มีการประเมินประสิทธิผลการฝึกอบรมหลักสูตร ผู้วิจัยจึงเห็นควรประเมินประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่ได้รับการพัฒนาในปี ๒๕๖๖ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผล ไปปรับปรุงรูปแบบในการฝึกอบรม กระบวนการฝึกอบรม ตั้งแต่การรับสมัคร การฝึกอบรม การประเมินผลหลังการฝึกอบรม และการฝึกปฏิบัติงานในชุมชน รวมถึงวิทยากรการฝึกอบรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการบริหารจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่ได้รับการพัฒนาในปี ๒๕๖๖

สมมติฐานของการวิจัย

๑. ผลคะแนนหลังการฝึกอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ สูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๒. หลังการฝึกอบรมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นกว่าก่อนการฝึกอบรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการบริหารจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ได้โดยผ่านผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓. นำผลการประเมินเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการบริหารจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากศูนย์อนามัยที่ ๑ – ๑๒ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ตำแหน่ง พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

- สังกัดกระทรวงมหาดไทย จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ตำแหน่ง ปลัดเทศบาล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รองปลัดเทศบาล รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข

- สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ตำแหน่ง พยาบาล

นิยามศัพท์เฉพาะ

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เป็นการให้บริการที่บ้านและชุมชน ในด้านการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟู โดยบุคลากรสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่า ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) บุคคลที่ได้รับการประเมินระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือ

(๒) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการประเมินระดับผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale ; PPS) เท่ากับหรือน้อยกว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์ หรือ

(๓) ผู้ป่วยสมองเสื่อมตามการประเมินระยะของภาวะสมองเสื่อม ดังต่อไปนี้

(ก) Functional Assessment Staging Test (FAST) ระยะปานกลาง ระยะรุนแรงปานกลาง หรือระยะรุนแรง หรือ

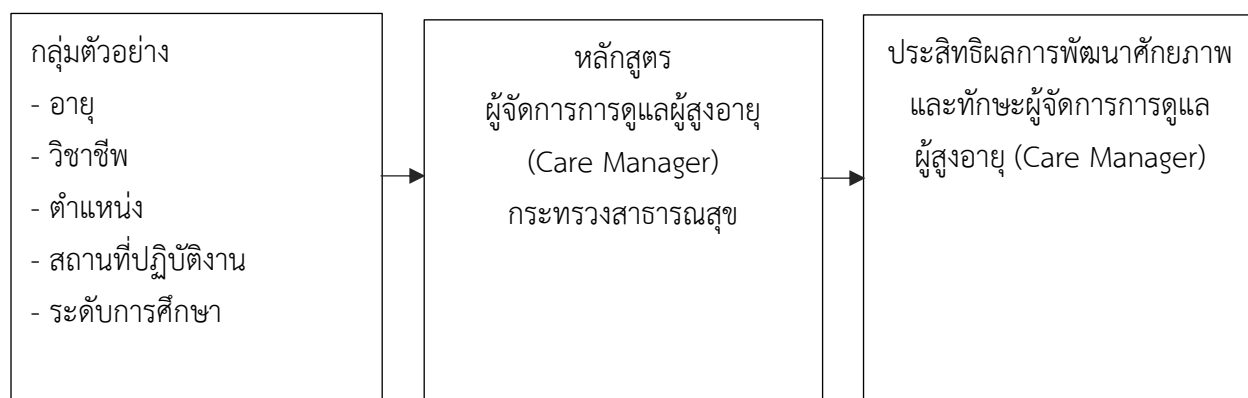
(ข) Global Deterioration Scale (GDS) ระยะที่ ๕ ระยะที่ ๖ หรือระยะที่ ๗ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๗)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) หมายถึง ผู้บริหารจัดการ และประสานให้ผู้ที่มิภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รวมทั้งประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

หลักสูตรฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง หลักสูตรฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เพื่อให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีจำนวน ๗๐ ชั่วโมง ภาคทฤษฎี จำนวน ๓๘ ชั่วโมง และฝึกปฏิบัติ จำนวน ๓๒ ชั่วโมง

ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) หมายถึง การประเมินผลการฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข โดยประเมินจากการเปรียบเทียบคะแนนทดสอบก่อนฝึกอบรม (Pre-test) และหลังฝึกอบรม (Post-test)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารตำราที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ ดังนี้

๑. สถานการณ์ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในประเทศไทย
๒. ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในต่างประเทศ
๓. สมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)
๔. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) การพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และการวัดประสิทธิภาพโปรแกรม
๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑. สถานการณ์ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในประเทศไทย

๑.๑ ที่มา แนวคิด ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ มีจำนวนผู้สูงอายุเกิน ๖๐ ปี ราว ๑๐ ล้านคน จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๑ และ ๒๔ ของประชากรรวมในอีก ๑๐ และ ๑๕ ปี ข้างหน้าตามลำดับ และสังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตามนิยามของสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ กล่าวคือ ทุกๆ ๕ คนที่เดินผ่านไป จะมีผู้ที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป ๑ คน และ ทุกๆ ๑๐๐ คนที่เดินผ่านไปจะมีผู้ที่มีอายุเกิน ๖๕ ปีขึ้นไปถึง ๑๔ คน โดยจะเพิ่มเป็น ๒๐.๕ ล้านคนในปี ๒๕๘๓ ขณะเดียวกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน อายุเฉลี่ยของหญิงไทยอยู่ที่ ๗๘.๔ ปี ในขณะที่ชายไทยมีอายุเฉลี่ย ๗๑.๖ ซึ่งจากการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุจำนวน ๖,๓๙๔,๐๒๒ คน ในปี ๒๕๕๘ โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ ๗๙ (๕ ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และอีกร้อยละ ๒๑ (๑.๓ ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือ เรียกว่า กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม

จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบอบาติวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงและจากขนาดครัวเรือนที่เล็ก มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดจนถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น โดยหากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ ๑ คน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของภาวะพึ่งพิงนั้น พบว่า จากเดิมที่มีประชากรวัยทำงาน จำนวนประมาณ ๔.๕ คน คอยดูแลประชากรวัยสูงอายุ ๑ คน ซึ่งอีกประมาณ ๑๔ ปีข้างหน้า สัดส่วนดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือประชากรวัยทำงาน จำนวนเพียงแค่ ๒.๕ คน ที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ ๑ คน ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้น ภาพผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้านและขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้จำกัด ภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม ถูกทอดทิ้ง ภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียวเพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน

แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแล ก็เป็นภาระของผู้ดูแลไม่น้อย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุได้จากไปแล้วอาจส่งผลกระทบต่อโอกาสในด้านต่างๆ ทางสังคมของผู้ดูแลได้ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา อยู่ในภาวะตั้งรับสามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และเป็นรูปการสงเคราะห์ชั่วคราวไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จาก ๖๐,๐๐๐ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๒๒๐,๐๐๐ ล้านบาท ในปี ๒๕๖๕ หรือคิดเป็นร้อยละ ๒.๘ ของ GDP จากสถานการณ์เหล่านี้คือความจำเป็นที่ต้องสร้าง **ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) ขึ้นมารองรับ**

ระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การเกิดขึ้นของนโยบายของระบบการดูแลระยะยาวส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๕๒ ซึ่งได้มีการบรรจุวาระ **การพัฒนาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง** ในการประชุมและเป็นมติสมัชชาในที่สุด โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญ คือ ให้รัฐมนตรีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ ในขณะที่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาการดูแลระยะยาวฯ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ในระดับตำบลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต่างล้วนเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบเพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน โดยมีเป้าประสงค์การพัฒนาการดูแลระยะยาวฯ คือ ๑) ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ๒) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ๓) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร ๔) ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (respite care) / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ๕) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ จึงมีดังนี้ ๑) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวฯ ได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว ๒) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ ในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง ๓) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ อาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล ๔) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

ดังนั้นการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ดังนี้ ๑. เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) ๒. คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต ๓. สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ๔. พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย ๑ คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย ๕ - ๑๐ คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารของ อปท.

แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ พัฒนามาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า อปท. เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ สู่ชุมชน ปัจจุบัน กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ อปท. เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน ขณะเดียวกันยังมีเครือข่ายสุขภาพอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีการสำรวจโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง ออกเป็น ๒ กลุ่มคือ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จากนั้นผู้จัดการระบบฯ ประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุแต่ละรายซ้ำ และประเมินความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุข และจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น จากนั้นจะทำการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ ผู้จัดการระบบฯ ต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายรวมถึงกำหนดบทบาทว่าภาคีใดต้องเข้าไปสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างไร ระบบการดูแลจะครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข โดยในกลุ่มติดเตียง ซึ่งมีภาวะพึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเคลื่อนไหวได้บ้าง จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระการดูแลในระยะยาว

ทางเลือกของรูปแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่เหมาะสมกับการนำมาปรับใช้กับสังคมไทย จึงมี ๒ ทางเลือก ได้แก่ ๑. การใช้โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเป็นฐาน ข้อดีของทางเลือกนี้ คือ สามารถเริ่มงานได้ทันที เนื่องจากประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ และเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่อยู่แล้ว แต่มีข้อเสียคือ การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงต้องบูรณาการด้านสาธารณสุขและสังคมเข้าด้วยกัน ถ้าเริ่มด้วยแนวทางนี้ โอกาสที่จะบูรณาการในระยะยาวจะทำได้ยาก และต้องลงทุนสร้างตัวระบบซึ่งค่อนข้างแพง สร้างภาระทางการเงินสูงมากประมาณ ๑๔๖,๐๐๐ บาท ต่อคนต่อปี ซึ่งเกินกำลังงบประมาณที่รัฐจะจัดการได้ จึงนำมาสู่การสร้างระบบการดูแลระยะยาวฯ ด้วยทางเลือกที่ ๒ คือ การให้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีข้อดีคือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนในครอบครัว ในท้องถิ่น จึงสามารถใช้อปท.เป็นกลไกในการจัดการและเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งในระยะแรกอาจทำงานค่อนข้างยากเพราะยังเป็นงานใหม่สำหรับ อปท. ระบบสนับสนุน และระบบตรวจสอบ โดยทางเลือกนี้จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๑๖,๐๐๐ บาท ต่อคนต่อปี ซึ่งอยู่ในวิสัยที่รัฐสามารถบริหารจัดการได้ โดยมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าทางเลือกที่ ๑ ถึง ๑๐ เท่า สปสช. โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติให้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ท้องถิ่นเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการ โดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการบูรณาการการจัดบริการสาธารณสุขกับบริการทางสังคมเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งได้ออกแบบระบบ

ให้มีความยืดหยุ่น และเอื้อต่อการบูรณาการงานในพื้นที่ โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงินและความยั่งยืนในระยะยาว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

๑.๒ นโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC)

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ คือสังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จาก ๔ ล้านคน (ร้อยละ ๖.๘) ในปี ๒๕๓๗ เป็น ๑๐ ล้านคน (ร้อยละ ๑๔.๙) ในปี ๒๕๕๗ และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ๒๐.๕ ล้านคน (ร้อยละ ๓๒.๑) ในปี ๒๕๘๓ และในปี ๒๕๘๘ กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน ๖,๓๙๔,๐๒๒ คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ ๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๗๙ และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียงจำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ ๑.๓ ล้านคน หรือร้อยละ ๒๑

ในปี ๒๕๕๙ รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้นรัฐบาลจึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน ๖๐๐ ล้านบาท ให้แก่ สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันดำเนินการ เป้าหมายการดำเนินงาน ในปี ๒๕๕๙ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ ราย ในพื้นที่ประมาณ ๑,๐๐๐ ตำบล ในทุกจังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น ๕๐๐,๐๐๐ ราย (ร้อยละ ๕๐) ครอบคลุม ๕,๐๐๐ พื้นที่ และเพิ่มเป็น ๑ ล้านราย (ร้อยละ ๑๐๐) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแล ดังนี้ ๑) บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด ๒) บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาว เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล ได้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือของ ๔ หน่วยงานได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์กรบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสปสช. เพื่อสนับสนุนให้ อปท. สามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบได้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ได้มีการจัดทำข้อตกลงการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสปสช. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณให้หน่วยบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) และ จำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนน Activities of Daily Living (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน ออกเป็น ๔ กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้ออปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙

คาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียงจะได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร อีกทั้งยังเป็นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อ "สังคมไทยสังคมผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง" ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นหลักชัยของสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

๑.๓ บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ : ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เป็นผู้บริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยจัดทำ Care Plan ประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มี Caregiver รวมทั้งประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม Care Plan โดย Care Manager ๑ คน ดูแล Caregiver ๕ - ๑๐ คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ ๓๕ - ๔๐ คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น จำนวน ๖๕.๘๙ ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ จำนวน ๑๓.๗๒ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๘๒ มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔๗๗,๙๗๒ คน และมีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน ๒๐,๗๘๐ คน จากข้อมูลภาพรวมประเทศ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ๑ คน ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ๒๓ คน โดยมีอัตราส่วนการดูแลระดับเขตสุขภาพ ดังต่อไปนี้ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๘)

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)	จำนวน CM (คน)	อัตราส่วน CM : ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	๓๓,๗๑๙	๒,๕๔๐	๑ : ๑๓.๒๘	เขตสุขภาพที่ ๑๓ มีข้อจำกัดในการขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่ กทม. ทำให้มีข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และการขึ้นทะเบียนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) บางส่วนเท่านั้น จึงไม่นำมาเปรียบเทียบกับอัตราส่วนกับเขตสุขภาพอื่น ๆ
เขตสุขภาพที่ ๒	๒๑,๐๑๙	๑,๔๒๒	๑ : ๑๔.๗๘	
เขตสุขภาพที่ ๓	๒๒,๔๔๑	๑,๐๐๑	๑ : ๒๒.๔๒	
เขตสุขภาพที่ ๔	๒๕,๐๓๐	๒,๑๓๒	๑ : ๑๑.๗๔	
เขตสุขภาพที่ ๕	๑๙,๐๖๙	๑,๔๓๙	๑ : ๑๓.๒๕	
เขตสุขภาพที่ ๖	๑๙,๘๕๘	๑,๔๖๗	๑ : ๑๓.๕๔	
เขตสุขภาพที่ ๗	๖๗,๕๕๓	๑,๖๕๕	๑ : ๔๐.๘๒	
เขตสุขภาพที่ ๘	๖๗,๕๓๑	๑,๕๒๘	๑ : ๔๔.๒๐	
เขตสุขภาพที่ ๙	๖๕,๔๖๑	๒,๑๕๙	๑ : ๓๐.๓๒	
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๘๔,๔๑๐	๒,๓๙๗	๑ : ๓๕.๒๑	
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๒๔,๕๔๒	๑,๓๔๘	๑ : ๑๘.๒๑	
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๒๓,๙๑๙	๑,๖๐๘	๑ : ๑๔.๘๘	

เขตสุขภาพ	จำนวน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)	จำนวน CM (คน)	อัตราส่วน CM : ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๓,๔๒๐	๘๔	๑ : ๔๐.๗๑	
รวม	๔๗๗,๙๗๒	๒๐,๗๘๐	๑ : ๒๓	

ตารางที่ ๑ อัตราส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับเขตสุขภาพ

จากตารางที่ ๑ พบว่าอัตราส่วนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๘ มีอัตราส่วนการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด Care Manager ๑ คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ ๔๔.๒๐ คน รองลงมาเขตสุขภาพที่ ๗ Care Manager ๑ คน ดูแลผู้สูงอายุ ๔๐.๘๒ คน ซึ่งมากกว่าจำนวนมาตรฐานที่กำหนด แสดงให้เห็นว่า Care Manager ในเขตสุขภาพที่ ๘ และ ๗ ต้องมีภาระงานมากกว่าเขตอื่นๆ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๘)

๑.๔ การบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๙ และได้ปรับปรุงประกาศให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน ปัจจุบันใช้ประกาศฉบับ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยกำหนดนิยามไว้ว่า

"การจัดบริการสาธารณสุข" หมายความว่า การจัดบริการในชุมชน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต นอกเหนือจากการจัดบริการปกติของหน่วยบริการ

"ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง" หมายความว่า บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับบริการสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามที่สำนักงานกำหนด

"บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง" หมายความว่า การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่บ้านหรือที่ชุมชน

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีอำนาจหน้าที่ พิจารณออนุมัติ ค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคล โดยมีกิจกรรมให้บริการ ดังนี้

- (๑) ประเมินและวางแผนการดูแลรายบุคคลก่อนให้บริการโดยผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข หรือบุคลากรสาธารณสุข
- (๒) ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมหมอครอบครัว
- (๓) ให้บริการดูแลที่บ้านหรือชุมชน และให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัคร จิตอาสา ตามแผนการดูแลรายบุคคลหรือตามคำแนะนำของผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข
- (๔) จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือขอรับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๑๐

(๕) ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล โดยผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข หรือบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้ กิจกรรมและรูปแบบการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย โดยเป็นไปตามแนวทางการดูแลของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามที่สำนักงานกำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๗)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๗ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้กับหน่วยบริการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ได้นิยาม "ผู้มีภาวะพึ่งพิง" หมายความว่า ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) บุคคลที่ได้รับการประเมินระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือ

(๒) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการประเมินระดับผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : PPS) เท่ากับหรือน้อยกว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์ หรือ

(๓) ผู้ป่วยสมองเสื่อมตามการประเมินระยะของภาวะสมองเสื่อม ดังต่อไปนี้

(n) Functional Assessment Staging Test (FAST) ระยะปานกลาง ระยะรุนแรงปานกลาง หรือระยะรุนแรง หรือ

(ข) Global Deterioration Scale (GDS) ระยะที่ ๕ ระยะที่ ๖ หรือระยะที่ ๗ (ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๓ กันยายน ๒๕๖๗)

๑.๕ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗

ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด จำนวน ๓๖๕,๙๕๓ คน เข้าถึงเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน ๓๐๑,๖๐๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๔๒ โดยแบ่งเป็นเขตสุขภาพ ดังนี้

เขตสุขภาพ	ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด	ผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์	ร้อยละ	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	๒๕,๙๐๐	๒๑,๐๔๖	๘๑.๒๖	เขตสุขภาพที่ ๑๓ มีข้อจำกัดในการขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่ กทม. ทำให้มีข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์บางส่วนเท่านั้น จึงไม่นำมาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเขตสุขภาพอื่น ๆ
เขตสุขภาพที่ ๒	๑๖,๙๕๓	๑๔,๓๐๑	๘๔.๓๖	
เขตสุขภาพที่ ๓	๑๗,๔๑๔	๑๔,๘๖๖	๘๕.๓๗	
เขตสุขภาพที่ ๔	๑๙,๑๗๔	๑๒,๓๑๑	๖๔.๒๑	
เขตสุขภาพที่ ๕	๑๓,๓๐๑	๑๑,๒๔๒	๘๔.๕๒	
เขตสุขภาพที่ ๖	๑๑,๙๖๐	๙,๖๗๐	๘๐.๘๕	
เขตสุขภาพที่ ๗	๕๓,๒๘๖	๔๕,๗๑๖	๘๕.๗๙	
เขตสุขภาพที่ ๘	๔๘,๙๘๒	๔๐,๑๖๔	๘๒.๐๐	
เขตสุขภาพที่ ๙	๕๑,๔๑๗	๔๒,๐๓๗	๘๑.๗๖	
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๖๙,๓๗๗	๕๙,๑๔๖	๘๕.๒๕	
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑๘,๕๘๗	๑๔,๗๙๑	๗๙.๕๘	
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑๖,๖๙๓	๑๓,๖๐๒	๘๑.๔๘	
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๒,๙๐๙	๒,๗๑๕	๙๓.๓๓	
รวม	๓๖๕,๙๕๓	๓๐๑,๖๐๗	๘๒.๔๒	

จากตารางที่ ๒ พบว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ เขตสุขภาพที่ ๗ มีผลการดำเนินงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๙ รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๓๗ เขตสุขภาพที่ ๑๐ คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๒๕ ตามลำดับ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๘)

๑.๖ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๘

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด จำนวน ๔๗๗,๓๕๖ คน เข้าถึงเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน ๔๐๕,๘๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๐๒ โดยแบ่งเป็นเขตสุขภาพ ดังนี้

เขตสุขภาพ	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์	ร้อยละ	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	๓๓,๘๔๗	๒๘,๕๘๔	๘๔.๔๕	เขตสุขภาพที่ ๑๓ มีข้อจำกัดในการขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่ กทม. ทำให้มีข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ บางส่วนเท่านั้น จึงไม่นำมาเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานกับเขตสุขภาพอื่น ๆ
เขตสุขภาพที่ ๒	๒๑,๑๙๘	๑๘,๘๒๙	๘๘.๘๒	
เขตสุขภาพที่ ๓	๒๒,๔๖๖	๑๙,๕๖๙	๘๗.๑๐	
เขตสุขภาพที่ ๔	๒๕,๒๕๒	๑๘,๑๒๗	๗๑.๗๘	
เขตสุขภาพที่ ๕	๑๘,๓๔๗	๑๕,๔๐๔	๘๓.๙๖	
เขตสุขภาพที่ ๖	๑๙,๘๗๕	๑๕,๑๒๑	๗๖.๐๘	
เขตสุขภาพที่ ๗	๖๗,๐๙๔	๕๙,๒๖๘	๘๘.๓๔	
เขตสุขภาพที่ ๘	๖๖,๖๕๕	๕๕,๓๓๖	๘๓.๐๒	
เขตสุขภาพที่ ๙	๖๔,๘๑๙	๕๕,๑๓๓	๘๕.๐๖	
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๘๕,๕๓๐	๗๖,๕๓๙	๘๙.๔๙	
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๒๔,๔๐๕	๑๙,๙๘๔	๘๑.๘๘	
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๒๔,๑๓๐	๒๐,๒๒๒	๘๓.๘๐	
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๓,๗๓๘	๓,๗๓๘	๑๐๐	
รวม	๔๗๗,๓๕๖	๔๐๕,๘๕๔	๘๕.๐๒	

ตารางที่ ๓ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๘

จากตารางที่ ๓ พบว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผลการดำเนินงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๔๙ รองลงมาเขตสุขภาพที่ ๒ ร้อยละ ๘๘.๘๒ และเขตสุขภาพที่ ๗ คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๓๔ ตามลำดับ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๘)

๑.๗ การมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะพืงพืงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗

ผู้ที่มีภาวะพืงพืงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุม ๑๐ – ๑๒ เดือน จำนวน ๒๐๔,๕๐๔ คน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น จำนวน ๔๗,๙๔๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔๕ โดยแบ่งเป็นเขตสุขภาพ ดังนี้

เขตสุขภาพ	ผู้ที่มีภาวะพืงพืง ที่ได้รับบริการสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุม ๑๐ – ๑๒ เดือน	คุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น	ร้อยละ	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	๑๔,๘๒๔	๓,๗๕๐	๒๕.๓๐	เขตสุขภาพที่ ๑๓ มีข้อจำกัดในการ ขับเคลื่อนนโยบาย ในพื้นที่ กทม. ทำให้มีข้อมูลผู้ที่มี ภาวะพืงพืงและ เข้าถึงการบริการ สาธารณสุขตาม ชุดสิทธิประโยชน์ บางส่วนเท่านั้น จึงไม่นำมา เปรียบเทียบ ผลการดำเนินงาน กับเขตสุขภาพอื่น ๆ
เขตสุขภาพที่ ๒	๑๒,๔๓๒	๒,๘๖๖	๒๓.๐๕	
เขตสุขภาพที่ ๓	๑๑,๑๐๑	๒,๗๕๒	๒๔.๗๙	
เขตสุขภาพที่ ๔	๗,๐๔๖	๑,๕๕๐	๒๒.๐๐	
เขตสุขภาพที่ ๕	๖,๕๔๕	๑,๕๗๕	๒๔.๐๖	
เขตสุขภาพที่ ๖	๕,๒๕๕	๙๙๘	๑๘.๙๙	
เขตสุขภาพที่ ๗	๓๑,๕๔๗	๗,๕๘๐	๒๔.๐๓	
เขตสุขภาพที่ ๘	๒๑,๘๙๙	๕,๕๘๕	๒๕.๕๐	
เขตสุขภาพที่ ๙	๒๘,๘๘๔	๖,๘๕๘	๒๓.๗๔	
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๔๘,๘๓๐	๑๐,๕๙๒	๒๑.๖๙	
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๘,๒๙๖	๑,๘๘๒	๒๒.๖๙	
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๖,๔๑๘	๑,๗๐๒	๒๖.๕๒	
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๑,๔๒๗	๒๕๗	๑๘.๐๑	
รวม	๒๐๔,๕๐๔	๔๗,๙๔๗	๒๓.๔๕	

ตารางที่ ๔ การมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะพืงพืงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗

จากตารางที่ ๔ พบว่าผู้ที่มีภาวะพืงพืงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุม ๑๐ – ๑๒ เดือน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีผลการดำเนินงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๕๒ รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ ๘ คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๕๐ เขตสุขภาพที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๓๐ ตามลำดับ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๘)

๑.๘ การมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะพืงพืงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๘

ผู้ที่มีภาวะพืงพืงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุม ๑๐ – ๑๒ เดือน จำนวน ๒๕๒,๒๒๙ คน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น จำนวน ๗๑,๓๕๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๔๒ โดยแบ่งเป็นเขตสุขภาพ ดังนี้

เขตสุขภาพ	ผู้ที่มีภาวะพืงพืง ที่ได้รับบริการสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุม ๑๐ – ๑๒ เดือน	คุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น	ร้อยละ	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	๒๐,๖๓๓	๕,๒๓๑	๒๕.๓๕	เขตสุขภาพที่ ๑๓ มีข้อจำกัดในการ ขับเคลื่อนนโยบาย ในพื้นที่ กทม. ทำให้มีข้อมูลผู้ที่มี ภาวะพืงพืงและ เข้าถึงการบริการ สาธารณสุขตาม ชุดสิทธิประโยชน์ บางส่วนเท่านั้น จึงไม่นำมา เปรียบเทียบ ผลการดำเนินงาน กับเขตสุขภาพอื่น ๆ
เขตสุขภาพที่ ๒	๑๗,๓๐๐	๔,๐๕๐	๒๓.๔๑	
เขตสุขภาพที่ ๓	๑๕,๑๐๒	๔,๐๑๙	๒๖.๖๑	
เขตสุขภาพที่ ๔	๑๐,๙๕๑	๒,๖๒๐	๒๓.๙๒	
เขตสุขภาพที่ ๕	๙,๕๒๘	๒,๓๔๑	๒๔.๕๗	
เขตสุขภาพที่ ๖	๘,๕๘๑	๑,๗๖๘	๒๐.๖๐	
เขตสุขภาพที่ ๗	๔๒,๙๘๓	๑๐,๗๘๘	๒๕.๑๐	
เขตสุขภาพที่ ๘	๓๓,๖๙๖	๘,๙๙๔	๒๖.๖๙	
เขตสุขภาพที่ ๙	๔๐,๑๗๐	๙,๘๘๑	๒๔.๖๐	
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๖๗,๖๖๙	๑๕,๒๑๙	๒๒.๔๙	
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑๒,๙๖๙	๓,๑๐๐	๒๓.๙๐	
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑๐,๗๔๔	๒,๙๗๓	๒๗.๖๗	
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๑,๙๐๓	๓๖๗	๑๙.๒๙	
รวม	๒๕๒,๒๒๙	๗๑,๓๕๑	๒๘.๔๒	

ตารางที่ ๕ การมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะพืงพืงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗

จากตารางที่ ๕ พบว่าผู้ที่มีภาวะพืงพืงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุม ๑๐ – ๑๒ เดือน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีผลการดำเนินงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๖๗ รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ ๘ คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๖๙ เขตสุขภาพที่ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๖๑ ตามลำดับ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๘)

๒. ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในต่างประเทศ

๒.๑ ระบบ LTC ในประเทศเยอรมนี

เยอรมนีเป็นประเทศแรกในโลกที่จัดตั้งระบบประกันภัยเพื่อการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Insurance: LTCI) อย่างเป็นทางการในปี ค.ศ. ๑๙๙๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและยั่งยืน โดยระบบนี้ถูกรวมอยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Statutory Health Insurance: SHI)

ระบบ LTCI ครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ โดยมีหลักการ “การแบ่งเบาภาระร่วมกันของสังคม” (solidarity) คือ ทุกคนต้องร่วมจ่ายเบี้ยประกัน โดยหักจากเงินเดือน และนายจ้างสมทบร่วมกันครึ่งหนึ่ง (Rothgang, 2010)

โครงสร้างและหลักการของระบบ LTC เยอรมนี

ระบบ LTCI ของเยอรมนีแบ่งออกเป็น ๓ องค์ประกอบหลัก คือ

๑. สิทธิประโยชน์ (Benefits) : ครอบคลุมทั้งบริการดูแลที่บ้าน (home care) และในสถานบริการ (institutional care) โดยประชาชนสามารถเลือกระหว่างการรับ “เงินสด (cash benefit)” เพื่อให้ครอบครัวดูแล หรือ “บริการแบบมีอาชีพร่วม (in-kind services)”
๒. การประเมินระดับความจำเป็น (Assessment) : ใช้ระบบการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) โดยแพทย์หรือผู้ประเมินจากองค์กรการแพทย์แห่งประกันสุขภาพ (Medical Service of Health Insurance: MDK)
๓. การร่วมจ่าย (Co-payment) : ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายค่าบริการบางส่วน ขึ้นอยู่กับประเภทและระดับของบริการที่ใช้ (Geraedts, et al., 2000)

การเข้าถึงบริการและการเลือกรูปแบบการดูแล

๑. บริการดูแลที่บ้าน (Home-based care) : บริการที่ดำเนินการโดย caregiver มีอาชีพร่วมหรือโดยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งได้รับการสนับสนุนทั้งเงินสดและอุปกรณ์ช่วยเหลือ
๒. บริการดูแลในสถาบัน (Institutional care) : เช่น nursing homes หรือศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีการควบคุมมาตรฐานโดยหน่วยงานรัฐ
๓. บริการผสม (Combination care) : ผู้ใช้บริการสามารถเลือกรับทั้งเงินสดและบริการในสัดส่วนที่เหมาะสมกับความต้องการ (Schneekloth & Müller, 2000)

การบริหารจัดการและกลไกควบคุมคุณภาพ

รัฐบาลกลางของเยอรมนีเป็นผู้กำกับดูแลภาพรวม ขณะที่องค์กรประกันสุขภาพ (Health Funds) และรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการด้านบริการโดยตรง ทั้งนี้ หน่วยงาน Medical Service of Health Funds (MDK) มีหน้าที่สำคัญในการ

๑. ประเมินคุณภาพของบริการ
๒. ตรวจสอบการใช้สิทธิและการจัดสรรทรัพยากร
๓. ตรวจสอบประเมินมาตรฐานสถานดูแลตามเกณฑ์ (Ebel, 2010)

ความท้าทายของระบบ LTC เยอรมนี

แม้ระบบ LTC ของเยอรมนีจะถือว่าเป็นต้นแบบของระบบ LTC สมัยใหม่ แต่ก็ยังเผชิญกับปัญหาและความท้าทายหลายประการ ได้แก่

๑. ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง : เนื่องจากอัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและผู้ใช้บริการอยู่ในระบบนานขึ้น
๒. การขาดแคลนแรงงานดูแล (care worker shortage) : โดยเฉพาะในเขตชนบท
๓. ความต้องการพัฒนา LTC แบบบูรณาการ (integrated care) : เพื่อเชื่อมโยงระหว่างการดูแลสุขภาพและการดูแลสังคม (Theobald, 2003)

๒.๒ ระบบ LTC ในประเทศเกาหลีใต้

เกาหลีใต้เริ่มใช้ระบบ LTCI ในปี ๒๐๐๘ โดยอ้างอิงจากโมเดลของญี่ปุ่นอย่างชัดเจน โดยเน้นการสนับสนุนผู้สูงอายุในสังคมที่กำลังเข้าสู่การสูงวัยอย่างรวดเร็ว

โครงสร้างระบบ

๑. เป็นระบบ ประกันภาคบังคับ สำหรับประชาชนอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป หรืออายุน้อยกว่าแต่มีภาวะเสื่อมตามเกณฑ์
๒. อยู่ภายใต้การบริหารของ National Health Insurance Service (NHIS)
๓. มีการจัดระดับความต้องการการดูแล (ระดับ ๑-๕)

จุดเด่น

๑. เน้นการรวบรวมข้อมูลสุขภาพและ LTC ในระบบเดียว
๒. พัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบฐานข้อมูลกลางในการติดตามและจัดการบริการดูแล

ข้อท้าทาย

๑. ยังขาด Care Manager แบบญี่ปุ่น
๒. มีปัญหาการกระจุกตัวของสถานบริการในเขตเมือง (Lee, et al., 2019)

๒.๓ ระบบ LTC ในประเทศเนเธอร์แลนด์

เนเธอร์แลนด์มีระบบ LTC ที่ครอบคลุมที่สุดในโลก โดยรัฐให้ความคุ้มครองสูงมากในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง

โครงสร้างระบบ

๑. ใช้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับควบคู่กับระบบ LTC ภายใต้กฎหมาย Long-Term Care Act (WLZ) เริ่มใช้ปี ๒๐๑๕
๒. ให้บริการที่บ้าน (Home care), สถานดูแล (Institutional care), และบริการแบบบูรณาการ
๓. ผู้รับบริการมีสิทธิ์เลือกผู้ให้บริการได้อิสระ

จุดเด่น

๑. บูรณาการ LTC กับระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๒. สนับสนุนบริการแบบ "self-directed care" และมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง
๓. ใช้ระบบประเมินแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centered assessment)

ข้อท้าทาย

๑. ค่าใช้จ่ายของระบบสูงมาก (คิดเป็นประมาณ ๓% ของ GDP)
๒. มีความซับซ้อนของหน่วยงานกำกับหลายหน่วย (Kroneman, et al., 2016)

๒.๔ ระบบ LTC ในประเทศญี่ปุ่น

ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) เป็นรูปแบบการให้บริการที่ออกแบบมาเพื่อรองรับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้พิการ ซึ่งต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การกิน การเดิน การอาบน้ำ และการเข้าห้องน้ำ โดยทั่วไป การดูแลระยะยาวจะมีทั้งในรูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home care) และการดูแลในสถานพยาบาล (Institutional care)

ระบบ LTC มีความสำคัญมากขึ้นในสังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศแรกๆ ที่มีการพัฒนาระบบ LTC อย่างเป็นระบบเพื่อรองรับภาวะสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยนำต้นแบบการจัดตั้งระบบ Long-Term Care Insurance (LTCI) มาจากประเทศเยอรมนี (Campbell, et al., 2009)

ประเทศญี่ปุ่นเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วตั้งแต่ช่วงทศวรรษ ๑๙๙๐ ทำให้รัฐบาลจำเป็นต้องวางระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ จึงได้จัดตั้ง ระบบประกันการดูแลระยะยาวแห่งชาติ (Long-Term Care Insurance: LTCI) ขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ (ค.ศ. ๒๐๐๐) LTCI ของญี่ปุ่นถูกออกแบบให้แยกออกจากระบบประกันสุขภาพทั่วไป โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care need) ด้วยความเสมอภาค โปร่งใส และยั่งยืน ผู้มีสิทธิ์ได้รับบริการคือประชาชนอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป และบุคคลอายุ ๔๐-๖๔ ปีที่มีโรคเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับวัยชรา (Tsutsui & Muramatsu, 2005)

ระบบ LTCI มีแหล่งเงินทุนจาก ๓ ส่วน คือ (๑) ค่าธรรมเนียมประกันจากประชาชน (๒) เงินสมทบจากรัฐบาลท้องถิ่น และ (๓) เงินสมทบจากรัฐบาลกลาง การจัดบริการดูแลจะผ่านผู้ให้บริการที่ได้รับการรับรองจากรัฐ โดยผู้รับบริการสามารถเลือกผู้ให้บริการเองตามแผนการดูแล (Care Plan) ซึ่งจัดทำโดย Care Manager ที่ได้รับใบอนุญาตจากรัฐ (Ikegami, 2004)

ประเภทของบริการในระบบ LTC ของประเทศญี่ปุ่น

ระบบ Long-Term Care Insurance (LTCI) ของญี่ปุ่นให้บริการครอบคลุมทั้งการดูแลที่บ้านและการดูแลในสถานพยาบาล ซึ่งออกแบบให้ตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ โดยบริการแบ่งออกได้เป็น ๓ ประเภทหลัก ดังนี้

๑. บริการดูแลที่บ้าน (Home-based services) : บริการนี้ออกแบบมาเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งรวมถึง :

- การดูแลส่วนบุคคลที่บ้าน เช่น ช่วยอาบน้ำ แต่งตัว ทานอาหาร
- บริการพยาบาลที่บ้าน การเยี่ยมบ้านโดยนักร่างกายบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัด
- บริการส่งอาหาร การปรับปรุงสภาพบ้านให้เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
- บริการเช่าอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รถเข็น เตียงปรับระดับ

๒. บริการดูแลช่วงกลางวัน (Day services) : เป็นบริการที่ให้ผู้สูงอายุเดินทางมายังศูนย์บริการในช่วงกลางวัน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพ และรับการดูแลเบื้องต้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัวด้วย

- ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพกลางวัน
- ศูนย์กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและสังคม

๓. **บริการดูแลในสถานพยาบาล (Institutional services)** : เป็นบริการดูแลที่ให้ในสถานประกอบการ เช่น บ้านพักคนชรา หรือสถานบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงหรือไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน
- สถานดูแลพิเศษ (Special Nursing Homes)
 - สถานดูแลกลุ่มเล็ก (Group Homes สำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อม)
 - สถานดูแลทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ (Geriatric Health Services Facilities) (Tamiya, et al., 2011)

การบริหารจัดการระบบ LTC ของประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ที่เรียกว่า Long-Term Care Insurance System (LTCI) ซึ่งถูกนำมาใช้เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๓ (ค.ศ. ๒๐๐๐) เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ระบบนี้บริหารจัดการโดยรัฐบาลท้องถิ่นในรูปแบบของ “การประกันภัยภาคบังคับ” สำหรับประชาชนอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพในชุมชนของตนเอง โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัว

องค์ประกอบหลักของระบบ LTCI ได้แก่

๑. **การประเมินความต้องการ (Needs Assessment)**: ผู้ขอรับบริการจะต้องผ่านกระบวนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อจัดระดับความต้องการ (Support Needs or Care Levels)
๒. **การวางแผนการดูแล (Care Plan)** : ดูแลโดย Care Manager (หรือ Care Planner) ซึ่งมีหน้าที่จัดแผนการดูแลเฉพาะบุคคล
๓. **การให้บริการผ่านผู้ให้บริการที่ได้รับใบอนุญาต** : ผู้ให้บริการสามารถเป็นภาครัฐหรือเอกชน และได้รับค่าตอบแทนผ่านระบบ LTCI
๔. **การร่วมจ่ายค่าบริการ (Co-payment)** : ผู้รับบริการจะต้องร่วมจ่ายในอัตรา ๑๐-๓๐% ขึ้นอยู่กับรายได้

ระบบ LTCI ของญี่ปุ่นถือว่าเป็นต้นแบบระดับโลก เนื่องจากความยั่งยืนและการเน้นการดูแลโดยชุมชน (Community-based Integrated Care System) (Ikegami & Campbell, 2004)

บทบาทหน้าที่ของ Care Manager

Care Manager ในระบบ LTC ของญี่ปุ่นมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานงานการดูแลและจัดการแผนการให้บริการแก่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีความต้องการการดูแลในระยะยาว โดยมีหน้าที่หลักดังนี้

๑. **การประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการ (Needs Assessment)** : รวบรวมข้อมูลทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุเพื่อนำมาวิเคราะห์ความต้องการเฉพาะ
๒. **การจัดทำและปรับปรุง Care Plan** : วางแผนการดูแลแบบรายบุคคล (Person-Centered Care) และทบทวนแผนเป็นระยะตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและความต้องการของผู้รับบริการ
๓. **การประสานงานกับหน่วยงานบริการต่างๆ** : เช่น สถานพยาบาล หน่วยบริการดูแลที่บ้าน ศูนย์ฟื้นฟู และครอบครัว เพื่อให้บริการเกิดความต่อเนื่อง
๔. **การติดตามผลและประเมินผลการให้บริการ** : เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุได้รับบริการที่เหมาะสมและตอบสนองต่อเป้าหมายการดูแล
๕. **การให้คำปรึกษาและสนับสนุนครอบครัว** : รวมถึงการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล

Care Manager จะต้องผ่านการอบรมและสอบใบรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการของญี่ปุ่น และมักจะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด หรือเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ (Tsutsui, 2014)

จุดแข็งของระบบ LTCI ญี่ปุ่น

๑. ระบบประกันภัยภาคบังคับครอบคลุมทั่วประเทศ

- ทุกคนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปต้องเข้าร่วมระบบประกัน LTCI ทำให้สามารถวางแผนการคลังและการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ช่วยให้ประชาชนมีสิทธิ์เข้าถึงบริการโดยไม่ขึ้นกับสถานะเศรษฐกิจ

๒. เน้นการดูแลในชุมชน (Community-Based Integrated Care)

- ญี่ปุ่นส่งเสริมระบบ “การดูแลแบบบูรณาการในระดับท้องถิ่น” ที่มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีในชุมชนของตนเอง
- เชื่อมโยงการดูแลทางการแพทย์ การดูแลสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๓. ระบบการประเมินและวางแผนที่เป็นมาตรฐาน

- มีการจัดระดับความต้องการการดูแลอย่างเป็นระบบ ช่วยให้จัดสรรทรัพยากรได้ตรงจุด
- มี Care Manager ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำและติดตาม Care Plan สำหรับแต่ละบุคคล

๔. มีบริการหลากหลายครอบคลุมทุกระดับของความต้อการ

- ทั้งบริการที่บ้าน (home care), ศูนย์ดูแลกลางวัน (day care), และสถานดูแลระยะยาว
- เพิ่มความยืดหยุ่นให้กับผู้รับบริการในการเลือกบริการที่ตรงกับความต้องการ (Campbell & Ikegami, 2000)

ความท้าทายของระบบ LTCI ญี่ปุ่น

๑. ค่าใช้จ่ายของระบบเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

- จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้ภาระทางการเงินของรัฐบาลและประชาชนสูงขึ้น
- คาดว่าในอนาคตจะต้องมีการปรับเพิ่มเบี้ยประกันและอัตราการร่วมจ่าย

๒. การขาดแคลนบุคลากรดูแล (Care Workers Shortage)

- จำนวนผู้ดูแลไม่เพียงพอกับความต้องการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท
- งานดูแลมีภาระทางร่างกายและรายได้น้อย ทำให้คนรุ่นใหม่ไม่สนใจเข้าสู่สายงานนี้

๓. ความซับซ้อนของระบบบริการ

- มีหน่วยงานและผู้ให้บริการจำนวนมากที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดปัญหาในการประสานงาน
- แม้จะมี Care Manager แต่ยังมีปัญหาในการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

๔. การจัดการกรณีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง (Loneliness & Isolation)

- แม้ระบบจะเน้นการดูแลในชุมชน แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากอาศัยอยู่คนเดียว (โดยเฉพาะในเมืองใหญ่)
- ทำให้เกิดปัญหา “การดูแลที่ขาดบริบททางสังคม” และเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกละเลย (Abe, 2010)

เปรียบเทียบระบบ LTC ในแต่ละประเทศ

ประเทศ	ระบบ LTC	ลักษณะเด่น	มี Care Manager	ปีเริ่มใช้
ญี่ปุ่น	ภาคบังคับ	ดูแลแบบบูรณาการในชุมชน, มี Care Plan ส่วนบุคคล	√	๒๐๐๐
เยอรมนี	ภาคบังคับ	สนับสนุน caregiver ครอบครัว, ยืดหยุ่นด้านการเลือก	×	๑๙๙๕
เกาหลีใต้	ภาคบังคับ	ใช้เทคโนโลยีเชื่อมกับข้อมูลสุขภาพ, ตามแบบญี่ปุ่น	×	๒๐๐๘
เนเธอร์แลนด์	รัฐสวัสดิการ	การดูแลคุณภาพสูง, ระบบ self-directed care	√ บางส่วน	๒๐๑๕

ตารางที่ ๖ การเปรียบเทียบระบบ LTC ในแต่ละประเทศ

๓. สมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เป็นผู้บริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยจัดทำ Care Plan ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มี Caregiver รวมทั้งประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม Care Plan โดย Care Manager ๑ คน ดูแล Caregiver ๕ – ๑๐ คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ ๓๕ – ๔๐ คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)

แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง ตารางการดูแล ที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดูแลบริการด้านสาธารณสุขให้ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน รวมทั้งการมอบหมายภารกิจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ก่อนที่จะมีการดำเนินการตามแผนการดูแล ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต้องมีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และยอมรับในแผนการดูแลโดย Care Plan อาจจัดทำเป็นแผนงานรายสัปดาห์ (Weekly Plan)/ รายเดือน (Monthly Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

สมรรถนะของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

สมรรถนะของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) คือ ความรู้ ทักษะ เจตคติ และความสามารถ เฉพาะทางที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ซึ่งสมรรถนะเหล่านี้ครอบคลุมทั้งด้านวิชาชีพ การสื่อสาร การวางแผน และการประสานงาน โดยสามารถจำแนก ออกเป็นหัวข้อหลัก ๆ ได้ดังนี้

๑. สมรรถนะความรู้ความเข้าใจในระบบสุขภาพและสังคม

- ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการด้านสาธารณสุข, กองทุนหลักประกันสุขภาพ, และนโยบายต่างๆ
- ความรู้เกี่ยวกับระบบสนับสนุนทางสังคม, การเชื่อมโยงกับเครือข่ายในชุมชน, และการส่งเสริมการดูแลในชุมชน

๒. สมรรถนะด้านการประเมินและวางแผนการดูแล

- ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ
- การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
- ใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
- การติดตามผลการดูแลและปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสม
- การจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. สมรรถนะด้านการบริหารจัดการกรณี (Case Management)

- จัดการและติดตามแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- ประสานทรัพยากรในชุมชน/ระบบสุขภาพ
- จัดการงบประมาณการดูแลและติดตามผลลัพธ์

๔. สมรรถนะด้านการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์

- การประสานงานกับบุคลากรทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ
- สื่อสารกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- สร้างความร่วมมือและความไว้วางใจ
- เจรจาและแก้ไขความขัดแย้ง การทำงานภายใต้ความกดดัน
- การเรียนรู้และปรับตัว

๕. สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย

- ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมวิชาชีพ เช่น การเคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
- เข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ

๖. สมรรถนะเพื่อคุณภาพและการปรับปรุงงาน (Quality Improvement)

- ปรับปรุงคุณภาพบริการ
- ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงงาน
- การถอดบทเรียนจากการปฏิบัติงาน, วิจัย, และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

๗. สมรรถนะด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- ความรู้เกี่ยวกับ Geriatric Syndrome (กลุ่มอาการที่พบในผู้สูงอายุ) และโรคที่พบบ่อย
- ความรู้ด้านสรีรวิทยา จิตวิทยา และโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
- การเข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบทของผู้สูงอายุ

๗. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการบริหารทีม

- การบริหารจัดการโครงการ Long Term Care และบูรณาการเครือข่ายความร่วมมือ
- เป็นผู้นำในการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบสหวิชาชีพ
- ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและพัฒนาศักยภาพของทีม
- วางแผน พัฒนา และประเมินผลกระบวนการดูแล

๘. สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม

- ความสามารถในการใช้ระบบโปรแกรมและเครื่องมือในการจัดการข้อมูล
- ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการดูแล เช่น ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ
- ประยุกต์เทคโนโลยีในการดูแล เช่น Telehealth, Smart home (เขาวรัตน์ และคณะ, ๒๕๖๓)

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

๑. ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และประเมินคัดกรองด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒. จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

๓. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan, Weekly Plan

๔. จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (Care Conference)

๕. เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการ อปท.และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตาม Care Plan

๖. พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม

๗. บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของ Caregiver ให้เป็นไปตาม Care Plan

๘. การประเมินและทบทวน Care Plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

การฝึกอบรม

๑. อย่างน้อย ๗๐ ชั่วโมง

๒. อบรมโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

ขั้นตอนในการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีขั้นตอนหลัก ๆ ในการดำเนินการดังนี้

๑. ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แสดงความจำนงเข้าร่วมจัดบริการไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับเขต และดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะกรรมการ LTC ประจำตำบล)
๒. Care Manager ที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยจัดบริการ (โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ) ดำเนินการคัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ นั้นมีความจำเป็นสำหรับการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม

๓. Care Manager บันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลงในระบบโปรแกรม LTC ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขอรับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด
๔. เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะดำเนินการตรวจสอบรายชื่อที่ Care Manager บันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอีกครั้ง และกดยืนยัน จากนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะดำเนินการโอนงบประมาณในการจัดบริการมาที่กองทุน Long Term Care ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๕. Care Manager ภาคีเกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ ประชุมวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย (Case Conference)
๖. Care Manager ขึ้นทะเบียนตนเอง และ Caregiver ที่อยู่ ภายใต้การดูแล ในระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัย และดำเนินการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ตามที่ได้วางแผนไว้ และมอบหมายภารกิจให้กับ Caregiver ในการดูแล
๗. Care Manager นำ Care plan ที่พิมพ์ออกจากโปรแกรม 3C กรมอนามัย แนบไปพร้อมกับโครงการ เสนอให้กับคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาอนุมัติค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ
๘. เมื่อมีการอนุมัติแล้วทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะดำเนินการโอนงบประมาณไปที่หน่วยจัดบริการ ตามที่ Care Manager ได้เสนอ Care Plan
๙. Caregiver ให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนดไว้ โดยจะมีการกำกับติดตามโดย Care Manager
๑๐. การควบคุม กำกับติดตาม เมื่อมีการดูแลไปเป็นระยะเวลา ๙ เดือนหรือ ๑๒ เดือน จะต้องรายงานผลการปฏิบัติงาน และสถานะของผู้สูงอายุ ว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหรือไม่ เพื่อจะดำเนินการขอรับงบประมาณในการดูแล ของโครงการรอบถัดไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙)

๔. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) การพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และการวัดประสิทธิภาพโปรแกรม

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย ทำให้บทบาทของ "ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ" (Care Manager) มีความสำคัญอย่างยิ่ง การพัฒนาคุณภาพบุคลากรในตำแหน่งนี้ จึงเป็นหัวใจหลักของการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

๔.๑ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) มีหลากหลายรูปแบบ เช่น การฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager), การประชุมเชิงปฏิบัติการ, การใช้แนวคิดเสริมพลังอำนาจผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม

๑) การฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

การฝึกอบรมเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีโครงสร้างชัดเจน เพื่อถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อบทบาทของ Care Manager ครอบคลุมเรื่องการเรียนรู้ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การออกแบบแผนการดูแลเฉพาะบุคคล การบริหารจัดการทีมผู้ดูแล และการประสานงานกับระบบบริการสุขภาพและสังคม

จุดเด่น

- ๑) มีหลักสูตรที่ชัดเจนและสามารถประเมินผลการเรียนรู้ได้
- ๒) พัฒนาแนวคิดและความเข้าใจด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน
- ๓) ส่งเสริมการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖)

๒) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop)

การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้น "การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ" โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เช่น การวิเคราะห์กรณีศึกษา การจำลองสถานการณ์ และการระดมสมอง ซึ่งช่วยกระตุ้นการคิดเชิงวิพากษ์และพัฒนาทักษะในการตัดสินใจที่ซับซ้อน

จุดเด่น

- ๑) สร้างประสบการณ์ตรงในการตัดสินใจและแก้ปัญหา
- ๒) สร้างการมีส่วนร่วมสูง
- ๓) พัฒนา soft skills เช่น ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม (Knowles, et al., 2015)

๓) การใช้แนวคิดเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

แนวคิด Empowerment มุ่งเน้นการกระตุ้นให้ผู้เรียนรู้จักตนเอง เห็นศักยภาพภายในตน และรู้สึกเป็นเจ้าของในกระบวนการเรียนรู้ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้เรียนสามารถมีบทบาททั้งในการกำหนดเนื้อหาและรูปแบบการเรียนรู้ โดยยึดหลักความเท่าเทียม ความเคารพ และการสะท้อนคิด

จุดเด่น

- ๑) เสริมสร้างความมั่นใจและอำนาจในการตัดสินใจ
- ๒) พัฒนาความรับผิดชอบต่องานและต่อผู้รับบริการ
- ๓) สร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบร่วมมือ (Zimmerman, 2000)

๔) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม (Group Process & Peer Learning)

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม (Group Process & Peer Learning) เปิดโอกาสให้ Care Manager ได้แบ่งปันประสบการณ์ ความสำเร็จ ความล้มเหลว และแนวทางปฏิบัติที่ดีในงานดูแลผู้สูงอายุ การเรียนรู้ลักษณะนี้ช่วยสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ และต่อยอดแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทจริง

จุดเด่น

- ๑) เสริมสร้างความเข้าใจจากประสบการณ์จริง
- ๒) ส่งเสริมการเรียนรู้แบบร่วมมือ
- ๓) พัฒนาเครือข่ายวิชาชีพ (Wenger, 2000)

๔.๒) การพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

การพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) หมายถึง การสร้างหรือเสริมสร้างทักษะ ความรู้ และคุณลักษณะของผู้จัดการให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงขึ้น ทั้งนี้ การพัฒนามาจากความต้องการในการตอบสนองต่อปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และแนวคิดในการพัฒนา คือ การเสริมพลังอำนาจ การเรียนรู้ การมีส่วนร่วม และการสร้างเครือข่าย โดยการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

๑) ทักษะการดูแล

การเรียนรู้ทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลด้านสุขภาพ การจัดการภาวะฉุกเฉิน การสื่อสารกับผู้สูงอายุ

๒) คุณลักษณะ

การพัฒนาคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ความอดทน ความเมตตา ความรับผิดชอบ และการทำงานเป็นทีม

ปัจจัยการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

๑) การเติบโตของประชากรสูงอายุ

จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความสามารถมากขึ้น

๒) ความซับซ้อนของปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาทางสุขภาพหรือความต้องการที่หลากหลาย ซึ่งต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะเฉพาะทาง

๓) การเปลี่ยนแปลงของสังคม

ความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และความต้องการที่หลากหลายในการดูแลทำให้ต้องมี การพัฒนาผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ให้มีความสามารถ ในการตอบสนองความต้องการเหล่านี้

แนวคิดในการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

๑) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

การสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๒) การเรียนรู้ตลอดชีวิต

การให้โอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

๓) การมีส่วนร่วม

การให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกิจกรรมต่าง ๆ

๔) การสร้างเครือข่าย

การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน (ศศิธร สุขจิตต์ และคณะ, ๒๕๖๓)

เป้าหมายการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

- ๑) ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ
- ๒) ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการและสิทธิของผู้สูงอายุ
- ๓) สร้างความพึงพอใจและความสุขให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว
- ๔) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว
- ๕) ลดภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

การพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่แข็งแกร่งและยั่งยืน (อาชัญญา รัตนอุบล, ๒๕๖๒)

๔.๓ การวัดประสิทธิภาพของโปรแกรม

การประเมินว่าโปรแกรมหักกล่าวมีความสำเร็จในการพัฒนาทักษะ ความรู้ และทัศนคติของผู้เข้าร่วม รวมถึงผลกระทบต่อการทำงานและการปฏิบัติงานขององค์กรหรือไม่ โดยใช้ตัวชี้วัดและ KPI ต่างๆ เพื่อติดตามความคืบหน้าและวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

๑) การประเมินทักษะและทัศนคติ

- ๑.๑) การวัดผลการเรียนรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม (เช่น แบบทดสอบ, การทดสอบปฏิบัติ)
- ๑.๒) การประเมินพฤติกรรมและทักษะใหม่ที่แสดงออกมาหลังการอบรม (เช่น การสังเกตจากหัวหน้างาน, การประเมินโดยผู้ร่วมงาน)

๒) การประเมินผลกระทบต่อการทำงาน

- ๒.๑) การวัดผลการทำงาน เช่น จำนวนงานที่เพิ่มขึ้น, ความเร็วในการทำงาน, คุณภาพของผลงาน
- ๒.๒) การวัดผลกระทบต่อประสิทธิภาพ เช่น การปรับปรุงคุณภาพกระบวนการทำงาน
- ๒.๓) การประเมินความพึงพอใจของลูกค้าหลังจากการปรับปรุงทักษะของผู้ปฏิบัติงาน

๓) การประเมินผลกระทบต่อองค์กร

- ๓.๑) การวัดผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กร เช่น การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ, การเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน
- ๓.๒) การวัดผลกระทบต่อการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง เช่น การมีนวัตกรรมใหม่ๆ, การปรับปรุงกระบวนการทำงาน (Kaizen Institute, 2025)

๔.๔ การฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) กระทรวงสาธารณสุข

หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข

๑. วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาศักยภาพและทักษะบุคลากรให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
๒. มีความรู้และทักษะในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) และการใช้ระบบโปรแกรมการบันทึกข้อมูล
๓. มีทักษะในการบริหารจัดการโครงการ Long Term Care และการบูรณาการเครือข่ายความร่วมมือในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามบริบทพื้นที่

๔. ถอดบทเรียนจากการปฏิบัติสู่งานวิชาการ วิจัยและสร้างนวัตกรรมด้านแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามบริบทพื้นที่ ร่วมกันทุกภาคส่วนและนำเสนอผลงานในเวทีระดับประเทศ ต่างประเทศ

๒. คำอธิบายหลักสูตร

ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการจัดการการดูแล (Care Management) คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของ Care Manager Geriatric Syndrome และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การค้นหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและการใช้เครื่องมือในการประเมินระบบการจัดการ Care Plan และโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง การช่วยในภาวะฉุกเฉิน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และกายภาพบำบัด และการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและการทำแผนดูแลล่วงหน้า

๓. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ในชุมชน สำหรับหน่วยงานภาครัฐ

๔. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

๑. มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๕ ปีบริบูรณ์
๒. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์/พยาบาล/พยาบาลและการผดุงครรภ์/สาธารณสุข/สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์/จิตวิทยาคลินิก/กายภาพบำบัด/เภสัชศาสตร์/เทคนิคการแพทย์/ทันตแพทย์/แพทย์แผนไทย
๓. กรณีหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์/พยาบาลเทคนิค ต้องมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า ๓ ปี และต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ๓ ปี
๔. กรณีเป็นบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่จบการศึกษาตามเงื่อนไขข้อ ๒ และข้อ ๓ ต้องเป็นผู้ดำรงตำแหน่งปลัดเทศบาล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ รองปลัดเทศบาล รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข/ ผู้อำนวยการกองการศึกษา/ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/ นักพัฒนาชุมชน
๕. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย
๖. มีใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีความแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

๕. เกณฑ์การประเมินผล

๑. ต้องมีเวลาเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ของเวลาเรียน
๒. เกณฑ์การตัดสินต้องผ่านการทดสอบภาคทฤษฎีด้วยคะแนนไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐
๓. ต้องผ่านการฝึกปฏิบัติภาคสนาม โดยฝึกปฏิบัติในหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่
๔. ศึกษาและเก็บตัวอย่างผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุมชนพร้อมเขียนแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)

๖. วิธีการประเมินผล

๑. จัดทำแบบทดสอบ Pre – Post ก่อนและหลังการอบรม
๒. ทดสอบในรายแผนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
๓. ทดสอบการปฏิบัติงานภาคสนาม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖)

แผนการสอนหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข

แผนการสอน	จำนวน ชั่วโมง	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	คุณสมบัติผู้สอน
๑. การจัดการการดูแล (Care Management) <ul style="list-style-type: none"> - นิยาม และหลักการพื้นฐาน Care Management - ขั้นตอนการปฏิบัติงาน Care Management - การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้สถานการณ์ - ทฤษฎีการสังคมสำหรับการจัดการการดูแล (Care Management) และการใช้ให้เป็นประโยชน์ในการจัดการการดูแลกับการใช้ทรัพยากร - การสื่อสารที่สำคัญสำหรับ Care Manager - เทคนิคการสื่อสารและการนำไปใช้ 	๕	๕	๐	บุคลากรทาง การแพทย์ และการ สาธารณสุข
๒. คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของ Care Manager <ul style="list-style-type: none"> - บทบาทหน้าที่ของ Care Manager - เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ - จริยธรรมของ Care Manager - สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ - ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - สิทธิประโยชน์ผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับการขับถ่าย 	๔	๔	๐	บุคลากรทาง การแพทย์ และการ สาธารณสุข/พม./ สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ
๓. Geriatric Syndrome และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ - ภาวะสมองเสื่อมและภาวะปรีชานบกพร่อง - การเคลื่อนไหวร่างกายและการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ - ภาวะขาดสารอาหารและการส่งเสริมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ - การให้อาหารทางสายยาง - การมองเห็น - การได้ยิน - สุขภาพจิตและจิตสังคม - ภาวะกลืนปัสสาวะ - การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกิ๊ง - การดูแลผิวหนังในผู้สูงอายุ - อื่นๆ ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable) 	๕	๕	๐	บุคลากรทาง การแพทย์ และการ สาธารณสุข

แผนการสอน	จำนวน ชั่วโมง	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	คุณสมบัติผู้สอน
<p>๔. การค้นหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและการใช้เครื่องมือในการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) - การประเมินสถานะและความสามารถในการทำกิจกรรม (Typology of Aged with Illustration : TAI) และการจำแนกกลุ่มตามความต้องการรับบริการทางด้านสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) - การประเมินสถานะตามบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disabilities and Health : ICF) - แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : PPS) - การประเมินผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว - การคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ๙ ด้าน 	๑๐	๗	๓	บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข
<p>๕. ระบบการจัดการ Care Plan และโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๕.๑ การจัดทำ Care Plan</p> <ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนการช่วยเหลือ การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ การกำหนดเป้าหมายการดูแล ข้อที่ต้องระวังในการกำหนดเป้าหมาย กระบวนการจัดทำ Care Plan <p>๕.๒ ความรู้เกี่ยวกับระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัย และระบบ LTC สปสช.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัย ระบบโปรแกรม LTC สปสช. คืออะไร ภาพรวมการทำงานของระบบ การเข้าสู่เว็บไซต์ (Website) - การลงทะเบียน Care Manager Caregiver Care Community ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - ฟังก์ชันการใช้งานระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัยและระบบโปรแกรม LTC สปสช. <p>๕.๓ การจัดทำ Care plan ด้วยระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลงทะเบียน และการซิงค์ข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - การจัดทำ Care plan เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการฯ LTC และการปฏิบัติงานของผู้ดูแล - การแก้ไข คัดลอก สั่งพิมพ์ และบันทึก Care plan - การประเมินภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ และการจัดทำแผนการสนับสนุน 	๑๑	๕	๖	บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข

แผนการสอน	จำนวน ชั่วโมง	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	คุณสมบัติผู้สอน
๖. การช่วยในภาวะฉุกเฉิน - การอุดกั้นของทางเดินหายใจ (Air way obstruction) - ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) - โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke) - โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) - ภาวะติดเชื้อ (Sepsis) - ภาวะช็อก - ภาวะดุ๊กหึกและข้อเคลื่อน - การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS)	๖	๒	๔	บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข
๗. การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และกายภาพบำบัด - การใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ - การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด สำหรับภาวะอัมพาตครึ่งซีก จากโรคหลอดเลือดสมอง	๓	๓	๐	แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด
๘. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและการทำแผนดูแลล่วงหน้า - การดูแลในแนวทางแบบประคับประคองสำหรับผู้รับบริการใน Long Term Care Program (Palliative approach in Long Term Care) - การวางแผนดูแลล่วงหน้า	๕	๓	๒	บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข
๙. ฝึกปฏิบัติงานให้การดูแลและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน	๑๗	๐	๑๗	บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข
๑๐. การวัดและการประเมินผล	๔	๔	๐	
รวม	๗๐	๓๘	๓๒	

ตารางที่ ๗ แผนการสอนหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข

๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๕.๑ การประเมินหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยอวมินทรราชินราช (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และคณะ, ๒๕๖๑)

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยอวมินทรราชินราช ในด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลต่อเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้ารับการอบรมรุ่นที่ ๑ และ ๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวน ๑๖๖ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามและคำถามปลายเปิดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และมีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ ๐.๙๒ ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการดูแลตามบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเป็นข้อสอบแบบเลือกตอบมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๕๖ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ t-test แบบ dependent ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต มีความเหมาะสมในระดับมาก โดยด้านผลผลิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ ๔.๑๐ (S.D = ๐.๖๖) รองลงมาคือ ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๓ (S.D = ๐.๔๖) และ ๔.๐๐ (S.D = ๐.๕๔) ตามลำดับ สำหรับความรู้เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการดูแลตามบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการอบรมผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ ส่วนด้านผลต่อเป้าหมาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้และประสบการณ์จากการอบรมในหลักสูตรไปประยุกต์ใช้ ร้อยละ ๘๕.๓๐ มีปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพในบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ ๖๕.๕๐ ส่วนข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพโดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในรูปแบบบูรณาการทั้งภาครัฐและเอกชน การบริหารจัดการทรัพยากรให้เพียงพอกับความต้องการและการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนะว่าสถานที่ฝึกอบรมควรมีความสะดวกในการเดินทาง รวมเอกสารประกอบการอบรมทุกหัวข้อเป็นเล่มเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาดูงานไม่น้อยกว่า ๒ วัน และเน้นการฝึกภาคปฏิบัติ ซึ่งผู้รับผิดชอบหลักสูตรควรนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทความต้องการของกรุงเทพมหานคร

๕.๒ การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ ๑ (อุมาพร นิมตระกูล และพิมพ์ภาภรณ์ นิมตระกูล, ๒๕๖๑)

การศึกษารุ่นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และแนวทางการดำเนินงานผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในตำบล Long Term Care ประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระบบการดูแลผู้สูงอายุและถอดบทเรียนผลการดำเนินงานการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในตำบล Long Term Care การดำเนินงานเก็บข้อมูลจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่เคยผ่านการอบรม Care Manager ในปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ ๘ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๑ และเข้ารับการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๒๖๘ คน ผลการวิจัยพบว่าผู้เข้าอบรมส่วนมากมีอายุ อยู่ในช่วง ๔๑-๕๐ ปี ร้อยละ ๔๓.๒ มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ ๗๖.๙ สถานภาพสมรส คือ สมรสและยังอยู่ด้วยกัน ร้อยละ ๖๗ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา ๑๐ ปีมากที่สุด ร้อยละ ๒๐.๔ มีความรู้ก่อนการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๒๕.๘๘ ± ๓.๔๒ คะแนน หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย

เท่ากับ 29.22 ± 2.85 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ความคิดเห็นด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) มีคะแนนเฉลี่ยรวมก่อนหลังเข้ารับการอบรม 4.31 ± 0.52 และ 4.39 ± 0.43 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ด้านการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) พบว่ามีการปฏิบัติงานด้านผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยรวม 3.57 ± 0.45 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในการปฏิบัติงานคือ การประพุดติและปฏิบัติตามระเบียบวินัยจริยธรรมของ Care Manager มีคะแนนเฉลี่ย 3.87 ± 0.39 รองลงมาคือหัวข้อให้ความช่วยเหลือ Caregiver ในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย 3.80 ± 20.53 และคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในการปฏิบัติงานคือได้จัดประชุม Care conference ตามรูปแบบที่กำหนดมีคะแนนเฉลี่ย 3.14 ± 0.92 ผู้เข้ารับการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเข้ารับการอบรมอยู่ในระดับมากที่สุดคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.25 ± 0.51 หรือคิดเป็นร้อยละ 85 จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่าส่วนมากปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การทำงานเป็นทีมมีความมุ่งมั่นตั้งใจ นโยบายชัดเจนได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย มีเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง กลไกในการขับเคลื่อนคือ ใช้ทีมสหวิชาชีพ กิจกรรมส่วนมากมีการประชุมชี้แจงการดำเนินงาน LTC จัดทำ Care plan ทำ Care conference ภัยคุกคามที่พบคืออุปท. ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ขาดการสนับสนุนงบประมาณ ขาดขวัญและกำลังใจ ผลการถอดบทเรียนทั้ง ๘ จังหวัดเกิด Best Practice จากการดำเนินงานในพื้นที่ครบทุกจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ ๑ เรื่อง

๕.๓ การพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง, ๒๕๖๓)

การพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เพื่อประเมินผลการจัดโครงการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของจังหวัดนนทบุรี เป็นการวิจัยประเมินผลแบบพรรณนา กลุ่มตัวอย่างในการประเมินบริษัท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ ประกอบด้วยผู้จัดและผู้เข้าอบรมทั้งสิ้น ๕๕ คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลผลิต จำนวน ๗๔ คน เลือกแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการอบรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย ๑) ด้านบริบท พบว่า นโยบาย วัตถุประสงค์ของโครงการมีความชัดเจน สามารถปฏิบัติและประเมินได้จริง ๒) ปัจจัยนำเข้าพบว่าวิทยากรมีความรู้ความสามารถในเนื้อหาที่บรรยาย และการถ่ายทอดเนื้อหาและเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, $SD = 0.60$; $\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.57$; $\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.55$ ตามลำดับ) ๓) กระบวนการ พบว่า หัวข้อการบรรยายเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.29$, $SD = 0.54$) และ ๔) ด้านผลผลิต พบว่า ร้อยละ ๕๖.๗๖ ของผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ในระดับดีมาก ผู้เข้ารับการอบรม มีทัศนคติระดับดีมาก และมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.48$; $\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.71$) สรุปผลควรสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และจัดอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง

๕.๔ การวิจัยประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยใช้แนวคิดการประเมินของสตัฟเฟิลบีม (ปริญญารณณ์ ธนะบุญปวง และ จิรียา อินทนา, ๒๕๖๔)

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโครงการการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยใช้แนวคิดการประเมินแบบซิปป์ของสตัฟเฟิลบีม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการ

การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๖๕ คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถาม ตรวจสอบความเที่ยงด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ ๐.๘๖ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า ด้านบริบท ได้แก่ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ของโครงการมีความสอดคล้อง และแผนการดำเนินงาน (ตามหลักสูตรฯ) ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ วิทยากรสอนภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ มีความรู้ความสามารถตรงกับโครงการอบรมและมีจำนวนเพียงพอ ระยะเวลาอบรม สถานที่ที่ใช้ในการอบรม ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีความเหมาะสม รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์มีความเพียงพอ ด้านกระบวนการ ได้แก่ การดำเนินงานเป็นไปตามแผนโครงการชั้นวางแผน ส่วนขั้นตอนการพบปัญหาเรื่องการเลื่อนระยะเวลาในการจัดอบรมเนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรค Covid ๑๙ จึงส่งผลให้ต้องเลื่อนการจัดอบรมระยะที่ ๒ ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ๑) ผลการดำเนินการฝึกอบรม พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งสิ้น ๖๕ คน มีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ การประเมินร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ ๒) คุณภาพผู้เข้ารับการอบรม ได้แก่ ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้หลังการอบรมอยู่ในระดับดีมาก ($M=๔.๒๓$, $SD = ๐.๕๙$) และสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมและทัศนคติ ต่อการดูแลผู้สูงอายุโดยภาพรวมหลังการอบรม อยู่ในระดับดีมาก ($M=๔.๓๘$, $SD = ๐.๓๙$) ๓) ความคิดเห็น ของผู้รับการอบรม พบว่า ความคิดเห็นต่อการจัดโครงการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M=๔.๔๓$, $SD = ๐.๕๘$) และ ๔) การตัดสินใจในการจัดการโครงการอบรมหลักสูตรต่อไป พบว่า ทีมผู้รับผิดชอบ โครงการและวิทยากรลงมติเห็นชอบให้นำข้อเสนอแนะของผู้เข้าอบรมครั้งนี้มาปรับปรุงกิจกรรมในการอบรม หลักสูตรครั้งต่อไป

๕.๕ การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ Care Manger เพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาว ในจังหวัดขอนแก่นและกาฬสินธุ์ (ปาลิชาติ ชนะหาญ, ๒๕๖๗)

การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ Care Manager เพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาว ในจังหวัดขอนแก่นและกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ของจังหวัดขอนแก่นและกาฬสินธุ์ ที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น จัดขึ้นใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น และแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมตามแนวทางการฝึกอบรม หลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย จากผู้เข้าอบรมทั้งสิ้นจำนวน ๒๑๓ คน แต่สมัครใจเข้าร่วม การประเมินจำนวน ๑๑๕ คน ได้รับข้อมูลแบบสอบถามการตอบกลับที่ครบถ้วนคืนทั้งหมด จำนวน ๙๘ ชุด คิดเป็น อัตราตอบกลับร้อยละ ๘๖ จากผลการประเมินในครั้งนี้พบว่าศักยภาพ ของ Care Manager หลังการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความสามารถในการบริหารจัดการการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมี ข้อเสนอแนะ ดังนี้ ประเด็นของการเขียนรายงานเพื่อการเบิก - จ่ายค่าตอบแทน การจัดประชุม Care Conference และ Monitoring การบันทึกตามแบบฟอร์ม เสนอให้การฝึกปฏิบัติในกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ Care Manager สามารถดำเนินการได้มีประสิทธิภาพและมั่นใจเพิ่มขึ้น

๕.๖ ผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ ๗ (โสภิตา เทิดทำดี, ๒๕๖๗)

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้ แบบผสมผสาน เขตสุขภาพที่ ๗ โดยใช้แนวคิดของเคิร์กแพทริก (Kirkpatrick) ประเมิน ๔ ด้าน คือ ด้านปฏิภิกิริยา

ด้านการเรียนรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านผลลัพธ์ของผู้เข้ารับการอบรมดังกล่าวในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๑๒๐ คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบแบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ด้านปฏิภริยา ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจต่อการอบรม อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งการอบรมออนไลน์ และการอบรมแบบเผชิญหน้าด้านการเรียนรู้ ความรู้ของผู้เข้ารับการอบรม เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการอบรม ด้านพฤติกรรมในการฝึกภาคปฏิบัติ อยู่ในระดับดีมาก ด้านผลลัพธ์ผู้เข้ารับการอบรมมีการนำความรู้ และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานอยู่ในระดับดี

จากการวิจัยครั้งนี้ ควรนำผลการประเมินเป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนาหลักสูตรให้มีคุณภาพมีและมาตรฐานสอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม และควรจัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์จากการทำงาน เพื่อรับรู้ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ปัญหา

๔.๗ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไหล่อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ (ปริชณา อยู่คง, ๒๕๖๘)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไหล่อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิง ภายในและภายนอกชุมชน ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทีมหมอครอบครัว ญาติของผู้สูงอายุหรือบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยก่อนพัฒนาระบบ จำนวน ๒๖๖ คน และภายหลังการพัฒนาระบบจำนวน ๒๗๙ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินงานวิจัย ๒ ระยะ ระยะที่ ๑ การพัฒนาระบบฯ ระยะเวลา ๒ ปี ๖ เดือน (มกราคม ๒๕๖๔ - มิถุนายน ๒๕๖๖) และระยะที่ ๒ การศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบฯ ระยะเวลา ๑ ปี (กรกฎาคม ๒๕๖๖ - กรกฎาคม ๒๕๖๗)

ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ ๑ การพัฒนาระบบมี ๓ ช่วงคือ ระยะก่อนปฏิบัติการ ระยะปฏิบัติการ และระยะหลังปฏิบัติการ และระยะที่ ๒ การศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่าภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ และระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนระดับการมีส่วนร่วมไม่มีความแตกต่างในระยะเวลาก่อนและหลังการพัฒนาระบบฯ

ซึ่งวิจัยทั้ง ๗ เรื่องข้างต้น มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสมมติฐาน การวิจัยประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ และสมมติฐานที่ต้องการทราบว่า คะแนนหลังการฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

บทที่ ๓

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการเปรียบเทียบผลคะแนนทดสอบก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และคะแนนทดสอบหลังการฝึกอบรม (Post-test) ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ ได้ดำเนินการดังนี้

๑. ประชากรที่ศึกษา
๒. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม
๓. สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ
๔. เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)
๕. เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)
๖. เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)
๗. การดำเนินการวิจัย
๘. การเก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้
๙. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. ประชากรที่ศึกษา

บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากศูนย์อนามัยที่ ๑ – ๑๒ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ตำแหน่ง พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

- สังกัดกระทรวงมหาดไทย จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ตำแหน่ง ปลัดเทศบาล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รองปลัดเทศบาล รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข

- สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วยตำแหน่ง พยาบาล

โดยทั้งนี้ ได้เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน ดังนี้

๑) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒,๒๙๑ คน ประกอบด้วย ศูนย์อนามัย ๓๒ คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๔๑ คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๑๔๕ โรงพยาบาลชุมชน ๓๙๐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑,๖๕๔ คน และศูนย์สุขภาพชุมชน ๒๙ คน

๒) สังกัดกระทรวงมหาดไทย จำนวน ๑,๐๙๗ คน ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด ๓๒ คน เทศบาล ๒๖๕ คน องค์การบริหารส่วนตำบล ๑๘๙ คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๖๑๑ คน

๓) สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน ๖๐ คน

๒. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) เป็นผู้บริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยจัดทำ Care Plan ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มี Caregiver รวมทั้งประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม Care Plan โดย Care Manager ๑ คน ดูแล Caregiver ๕ - ๑๐ คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ ๓๕ - ๔๐ คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙) ปัจจุบันมีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔๗๗,๙๗๒ คน และมีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน ๒๐,๗๘๐ คน จากข้อมูลภาพรวม ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ๑ คน ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ๒๓ คน โดยมีอัตราส่วนการดูแลระดับเขตสุขภาพ ดังต่อไปนี้ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๘)

เขตสุขภาพ	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)	จำนวน CM ที่มีในพื้นที่ (คน)	อัตราส่วน CM : ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
เขตสุขภาพที่ ๑	๘	๑๐๓	๗๖๙	๓๓,๗๑๙	๒,๕๔๐	๑ : ๑๓.๒๘
เขตสุขภาพที่ ๒	๕	๔๗	๔๑๘	๒๑,๐๑๙	๑,๔๒๒	๑ : ๑๔.๗๘
เขตสุขภาพที่ ๓	๕	๕๔	๔๑๒	๒๒,๔๔๑	๑,๐๐๑	๑ : ๒๒.๔๒
เขตสุขภาพที่ ๔	๘	๗๐	๗๐๘	๒๕,๐๓๐	๒,๑๓๒	๑ : ๑๑.๗๔
เขตสุขภาพที่ ๕	๘	๖๒	๖๓๕	๑๙,๐๖๙	๑,๔๓๙	๑ : ๑๓.๒๕
เขตสุขภาพที่ ๖	๘	๖๙	๕๓๑	๑๙,๘๕๘	๑,๔๖๗	๑ : ๑๓.๕๔
เขตสุขภาพที่ ๗	๔	๗๗	๖๖๐	๖๗,๕๕๓	๑,๖๕๕	๑ : ๔๐.๘๒
เขตสุขภาพที่ ๘	๗	๘๗	๖๔๔	๖๗,๕๓๑	๑,๕๒๘	๑ : ๔๔.๒๐
เขตสุขภาพที่ ๙	๔	๘๘	๗๖๑	๖๕,๔๖๑	๒,๑๕๙	๑ : ๓๐.๓๒
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๕	๗๐	๖๑๓	๘๔,๔๑๐	๒,๓๙๗	๑ : ๓๕.๒๑
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๗	๗๔	๕๑๘	๒๔,๕๔๒	๑,๓๔๘	๑ : ๑๘.๒๑
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๗	๗๗	๕๖๕	๒๓,๙๑๙	๑,๖๐๘	๑ : ๑๔.๘๘
เขตสุขภาพที่ ๑๓	-	-	-	๓,๔๒๐	๘๔	๑ : ๔๐.๗๑
รวม	๗๖	๘๗๘	๗,๒๕๕	๔๗๗,๙๗๒	๒๐,๗๘๐	๑ : ๒๓

ตารางที่ ๘ จำนวนจังหวัด อำเภอ ตำบล และอัตราส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับเขตสุขภาพ

จากตารางที่ ๘ มีอัตราส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) โดยเฉลี่ย ๑ คนต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ๒๓ คน ซึ่งถ้าเทียบเพียงเรื่องของจำนวน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์เพียงพอ แต่หากวิเคราะห์ลึกลงไปในระดับหน่วยบริการ จะพบว่า การกระจายตัวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึงทุกพื้นที่ ยังมีหน่วยบริการสาธารณสุขบางหน่วยที่ขาดแคลนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) อีกจำนวน ๑๓๘ แห่ง (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๘) และในปี ๒๕๖๘ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มโควตา (Quota Sampling) ตามสัดส่วนจำนวนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในแต่ละเขต โดยเบื้องต้นเขตที่มีจำนวนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต่ำสุดจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ๒๐๐ คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามความจำเป็นและความต้องการของแต่ละพื้นที่ เพื่อชดเชยบางเขตสุขภาพที่มีกลุ่มตัวอย่างน้อย ดังนี้

เขตสุขภาพ	จำนวน CM ที่มีในพื้นที่ (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	๒,๕๔๐	๕๔๙	
เขตสุขภาพที่ ๒	๑,๔๒๒	๓๘๐	
เขตสุขภาพที่ ๓	๑,๐๐๑	๒๐๘	
เขตสุขภาพที่ ๔	๒,๑๓๒	๒๕๑	
เขตสุขภาพที่ ๕	๑,๔๓๙	๑๑	เขตสุขภาพดำเนินการจัดอบรมเอง ก่อนที่จะมีการสำรวจข้อมูลการอบรม
เขตสุขภาพที่ ๖	๑,๔๖๗	๔๔๐	
เขตสุขภาพที่ ๗	๑,๖๕๕	๑	เขตสุขภาพดำเนินการจัดอบรมเอง ก่อนที่จะมีการสำรวจข้อมูลการอบรม
เขตสุขภาพที่ ๘	๑,๕๒๘	๓๑๓	
เขตสุขภาพที่ ๙	๒,๑๕๙	๒๐๐	
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๒,๓๙๗	๓๑๘	
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑,๓๔๘	๓๑๕	
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑,๖๐๘	๔๐๒	
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๘๔	๖๐	มีข้อจำกัดในการขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่ กทม. ทำให้มีข้อมูลการขึ้นทะเบียน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) บางส่วน เท่านั้น
รวม	๒๐,๗๘๐	๓,๔๔๘	

ตารางที่ ๙ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

๓. สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ

ดำเนินการจัดอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓ รุ่น ดังนี้

- ๑) รุ่น ๑ จัดอบรมในรูปแบบ Hybrid ภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๖ ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ภาคปฏิบัติในชุมชน ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๓๖๖ คน
 - ๒) รุ่น ๒ จัดอบรมในรูปแบบ Online ภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๘ เมษายน และ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมสำนักอนามัยผู้สูงอายุ อาคาร ๗ ชั้น ๔ กรมอนามัย ภาคปฏิบัติในชุมชน ระหว่างวันที่ ๒ - ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๒,๗๒๓ คน
 - ๓) รุ่น ๓ จัดอบรมในรูปแบบ Hybrid ภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ ๒๓, ๒๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา ภาคปฏิบัติในชุมชน ระหว่างวันที่ ๓ - ๗, ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๓๕๙ คน
- รวมทั้ง ๓ รุ่น จำนวน ๓,๔๔๘ คน

กลุ่มตัวอย่างรุ่น ๑ เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ด้านการบริหาร เหตุที่เลือกกลุ่มนี้เป็นอันดับแรก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนี้มีความสำคัญ และมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการบุคลากร ทรัพยากร สร้างเครือข่ายและประสานงาน ควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน รวมทั้งควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงาน โครงการ Long Term Care ประกอบด้วยบุคลากรจากศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๒ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล

กลุ่มตัวอย่างรุ่น ๒ และ ๓ เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปฏิบัติการ มีความสำคัญ เป็นลำดับรองลงมา เนื่องจากมีบทบาทหน้าที่ดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยตรง รวมถึงกำกับดูแล การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข

๔. เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

๑. มีอายุตั้งแต่ ๒๕ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
๒. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์/พยาบาล/พยาบาลและการผดุงครรภ์/สาธารณสุข/ สังกศคมสงเคราะห์ทางการแพทย์/จิตวิทยาคลินิก/กายภาพบำบัด/เภสัชศาสตร์/เทคนิคการแพทย์/ ทันตแพทย์/แพทย์แผนไทย
๓. กรณีหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์/พยาบาลเทคนิค ต้องมีประสบการณ์ การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า ๓ ปี และต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ๓ ปี
๔. กรณีเป็นบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่จบการศึกษาตามเงื่อนไขข้อ ๒ และข้อ ๓ ต้องเป็น ผู้ดำรงตำแหน่งปลัดเทศบาล/ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ รองปลัดเทศบาล/ รองปลัดองค์การ บริหารส่วนตำบล/ หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล/ หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ผู้อำนวยการ กองสาธารณสุข/ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/ นักสังคมสงเคราะห์/ นักพัฒนาชุมชน
๕. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อ ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย
๖. มีใบรับรองแพทย์ระบุว่าสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็น ผู้ติดสารเสพติด

๕. เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

๑. มีอายุต่ำกว่า ๒๕ ปีบริบูรณ์
๒. จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และจบปริญญาตรีด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการแพทย์/พยาบาล/ พยาบาลและการผดุงครรภ์/สาธารณสุข/สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์/จิตวิทยาคลินิก/กายภาพบำบัด/ เภสัชศาสตร์/เทคนิคการแพทย์/ทันตแพทย์/แพทย์แผนไทย
๓. กรณีหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์/พยาบาลเทคนิค มีประสบการณ์ การปฏิบัติงานน้อยกว่า ๓ ปี และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุน้อยกว่า ๓ ปี
๔. เป็นบุคลากรสังกัดอื่นที่ไม่ใช่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากเป็นบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำรงตำแหน่งอื่นๆ ที่ไม่ใช่ตำแหน่งปลัด/รองปลัด/หัวหน้าสำนักปลัด/ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข/ ผู้อำนวยการกองการศึกษา/ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/นักพัฒนาชุมชน
๕. เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และเคยมีประวัติการกระทำผิดต่อ ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย
๖. เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และเป็นผู้ติดสารเสพติด

๖. เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

๑. ไม่ได้เข้าทดสอบ หรือไม่มีผลคะแนนการทดสอบก่อนฝึกอบรม (Pre – test)
๒. มีระยะเวลาเข้าเรียนจนจบหลักสูตร น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

๓. ไม่ได้เข้าทดสอบ หรือมีผลคะแนนการทดสอบหลังฝึกอบรม (Post – test) น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๔. มีคะแนนการฝึกปฏิบัติงาน น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๗. การดำเนินการวิจัย

ใช้หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๙ แล้วนำมาพัฒนาปรับปรุงใหม่ ให้สอดคล้องกับองค์ความรู้ แนวทาง และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑) จัดประชุมพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Manager กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๑ ในวันอังคารที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักอนามัยผู้สูงอายุ อาคาร ๗ ชั้น ๔ กรมอนามัย และประชุมผ่านระบบ Video Conference โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากส่วนกลาง ศูนย์อนามัยที่ ๑ – ๑๒ จำนวน ๒๐ คน เพื่อยกร่างหัวข้อในการปรับปรุงหลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข

๒) จัดประชุมพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Manager กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๒ ในวันอังคารที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักอนามัยผู้สูงอายุ อาคาร ๗ ชั้น ๔ กรมอนามัย โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากส่วนกลาง ศูนย์อนามัยที่ ๑ – ๑๒ รวมจำนวน ๒๕ คน เพื่อนำเสนอรายละเอียดหัวข้อในการปรับปรุงหลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข และมอบหมายผู้รับผิดชอบจัดทำรายละเอียดเนื้อหา

๓) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข ในวันจันทร์ที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมสำนักอนามัยผู้สูงอายุ อาคาร ๗ ชั้น ๔ กรมอนามัย โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากส่วนกลาง ศูนย์อนามัยที่ ๑ – ๑๒ รวมจำนวน ๒๕ คน เพื่อนำเสนอเนื้อหาแผนการสอน และรับฟังข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

๔) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาปรับปรุงคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ ระหว่างวันที่ ๑ – ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเดอะ วินเทจ โฮเทล เขาใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากส่วนกลาง ศูนย์อนามัยที่ ๑ – ๑๒ ผู้แทน Care Manager รวมจำนวน ๔๐ คน เพื่อจัดทำคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager กรมอนามัย ฉบับสมบูรณ์ แบบทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรม และแผนการฝึกปฏิบัติงานจริงในสถานบริการและชุมชน

โดยแบบทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Manager กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำเป็นข้อคำถามแบบปรนัย ๔ ตัวเลือก จากหัวข้อในหลักสูตร ๑๐ หัวข้อ จำนวน ๖๕ ข้อ และผ่านการพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม ความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญงานผู้สูงอายุ และผู้แทน Care Manager มาเรียบร้อยแล้ว ในการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาปรับปรุงคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ ดังตารางต่อไปนี้

หัวข้อ	ทฤษฎี (ชม.)	ปฏิบัติ (ชม.)	แบบทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรม (ข้อ)
๑. การจัดการการดูแล (Care Management)	๕	-	๕
๒. คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของ Care Manager	๔	-	๗
๓. Geriatric Syndrome และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	๕	-	๕
๔. การค้นหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและการใช้เครื่องมือในการประเมิน	๗	๓	๑๐
๕. ระบบโปรแกรมและแนวทางการจัดทำ Care Plan ที่เกี่ยวข้องกับระบบ LTC	๕	๖	๙
๖. การช่วยในภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ	๒	๔	๑๐
๗. การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและกายภาพบำบัด	๓	-	๗
๘. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและการทำแผนดูแลล่วงหน้า	๓	๒	๑๒
๙. การวัดและการประเมินผล	๔	-	-
๑๐. ฝึกปฏิบัติงานให้การดูแลและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน	-	๑๗	-
รวม	๓๘	๓๒	๖๕

ตารางที่ ๑๐ แบบทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Manager กระทรวงสาธารณสุข แยกตามหัวข้อ

การวัดและประเมินผลการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Manager กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมและผ่านการประเมินทั้ง ๔ กิจกรรม จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การอบรมหลักสูตรผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Manager กระทรวงสาธารณสุข ดังตารางต่อไปนี้

ลำดับ	กิจกรรม	คะแนนเต็ม	รายละเอียด	เกณฑ์การผ่าน
๑.	คะแนนทดสอบก่อนฝึกอบรม (Pre – test)	๖๕ คะแนน	ทดสอบในวันฝึกอบรม	เข้าทดสอบ และมีผลคะแนนการทดสอบก่อนฝึกอบรม (Pre – test)
๒.	คะแนนเข้าเรียน	๑๒ คะแนน	เข้าเรียน ๖ วัน คิดเป็น ๑๒ ครั้ง (เช้า - บ่าย)	มีระยะเวลาเข้าเรียนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๓.	คะแนนทดสอบหลังฝึกอบรม (Post – test)	๖๕ คะแนน	ทดสอบในวันฝึกอบรม	เข้าทดสอบและมีผลคะแนนการทดสอบหลังฝึกอบรม (Post – test) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ หรือได้คะแนนตั้งแต่ ๓๙ คะแนนขึ้นไป
๔.	คะแนนฝึกปฏิบัติงาน	๒๐ คะแนน	เก็บข้อมูลกรณีศึกษาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดทำใบงานส่งตามที่กำหนด	มีคะแนนการฝึกปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ หรือได้คะแนนตั้งแต่ ๑๖ คะแนนขึ้นไป

ตารางที่ ๑๑ การวัดและประเมินผลการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Manager กระทรวงสาธารณสุข

๕) สํารวจความต้องการผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในพื้นที่ที่ขาดแคลนทั้ง ๑๓ เขตสุขภาพ เพื่อสํารวจและเก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในแต่ละพื้นที่ไปยัง ศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๓ เพื่อเป็นผู้สํารวจและส่งข้อมูลกลับมายังผู้วิจัย

๖) รวบรวมข้อมูล วางแผนการจัดอบรม และเตรียมการจัดอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

๗) ดำเนินการจัดอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ตามแผนการจัดอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ Care Manager กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ โดยแบ่งออกเป็น ๓ รุ่น ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๘. การเก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการเปรียบเทียบผลคะแนนทดสอบก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) คะแนนทดสอบหลังการฝึกอบรม (Post-test) และคะแนนฝึกปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๔๔๘ คน สถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบผลคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรม ใช้สถิติเชิงพรรณนา และ dependent t - test อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ด้วยแบบทดสอบก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) แบบทดสอบหลังการฝึกอบรม (Post-test) และแบบทดสอบฝึกปฏิบัติงาน

๒. ผลคะแนนความรู้ก่อนการฝึกอบรม (Pre-test)

๓. การเข้าร่วมฝึกอบรมหลักสูตร ภาคทฤษฎี จำนวน ๓๘ ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ จำนวน ๓๒ ชั่วโมง

๔. ผลคะแนนความรู้หลังการฝึกอบรม (Post-test)

๕. คะแนนการฝึกปฏิบัติ

๖. ผลการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๑. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับเรื่อง เพศ ตำแหน่ง หน่วยงาน คะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) คะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) คะแนนฝึกปฏิบัติงาน และการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์

๒. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และหลังการฝึกอบรม (Post-test) โดยใช้การทดสอบ (dependent t - test)

๙. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ ตำแหน่ง หน่วยงาน

๒. แบบทดสอบก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และแบบทดสอบหลังการฝึกอบรม (Post-test) เป็นข้อคำถามแบบปรนัย ๔ ตัวเลือก จาก ๑๐ หัวข้อในหลักสูตร รวม ๖๕ ข้อ

๓. แบบฝึกปฏิบัติ ให้กลุ่มตัวอย่างจัดเก็บข้อมูลกรณีศึกษาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ๑ ราย ในพื้นที่ ตามหัวข้อ ดังนี้

๑) ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ชื่อ - นามสกุล อายุ อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา/การใช้ยา

๒) สภาพที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๓) แนวคิด ความคาดหวังของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและญาติที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

- ๔) ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม)
 - ๕) เป้าหมาย ผลลัพธ์ของการให้ความช่วยเหลือโดยรวมในระยะยาว
 - ๖) เป้าหมายผลลัพธ์ของการให้ความช่วยเหลือโดยรวมในระยะสั้น
 - ๗) ข้อควรระวังในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
 - ๘) บริการช่วยเหลือที่จำเป็นและเพิ่มเติมตามประเด็นที่สนับสนุนการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 - ๙) กำหนดการดูแลรายสัปดาห์ (Weekly Plan) (ตามรายละเอียดในชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศ สปสช. ปี ๒๕๖๑)
 - ๑๐) กิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว
 - ๑๑) สิ่งที่คุณได้รับการอบรมได้ความรู้และนำมาใช้ในการศึกษาหรือดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งนี้
 - ๑๒) ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ
 - ๑๓) การวิเคราะห์ปัญหาและการเขียนแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 - ๑๔) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
๔. การบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ มีกิจกรรมให้บริการ ดังนี้
- ๑) ประเมินและวางแผนการดูแลรายบุคคลก่อนให้บริการโดยผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข หรือ บุคลากรสาธารณสุข
 - ๒) ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมหมอบรรเทา
 - ๓) ให้บริการดูแลที่บ้านหรือชุมชน และให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัครจิตอาสา ตามแผนการดูแลรายบุคคลหรือตามคำแนะนำของผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข
 - ๔) จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือขอรับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๑๐
 - ๕) ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล โดยผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข หรือ บุคลากรสาธารณสุข

บทที่ ๔

วิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์คะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)

ส่วนที่ ๓ ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)

ส่วนที่ ๔ ผลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๑๒ แสดงข้อมูลเพศของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	๒๘	๐.๘๑
หญิง	๓,๔๒๐	๙๙.๑๙
รวม	๓,๔๔๘	๑๐๐

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน พบว่าเป็นเพศชาย จำนวน ๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๑ เพศหญิง จำนวน ๓,๔๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๑๙

ตารางที่ ๑๓ แสดงข้อมูลตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่าง

ตำแหน่ง	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาล	๑,๙๓๑	๕๖.๐๐
นักวิชาการสาธารณสุข	๑,๐๕๖	๓๐.๓๔
นักกายภาพบำบัด	๙	๐.๒๖
แพทย์แผนไทย	๑๐๐	๒.๙๐
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	๒๖๖	๗.๗๑
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	๒๓	๐.๖๗
หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล	๘	๐.๒๓
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข	๒๐	๐.๕๘
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม	๘	๐.๒๓
นักพัฒนาชุมชน	๓๗	๑.๐๗
รวม	๓,๔๔๘	๑๐๐

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน พบว่ามีตำแหน่งพยาบาลมากที่สุด จำนวน ๑,๙๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๖ รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๑,๐๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๔ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข จำนวน ๒๖๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๗๑ แพทย์แผนไทย จำนวน ๑๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๐ นักพัฒนาชุมชน จำนวน ๓๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๗ เจ้าหน้าที่งานทันสาธารณสุข จำนวน ๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๗ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข จำนวน ๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๘ นักกายภาพบำบัด จำนวน ๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๖ หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๓ และผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๓ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๔ แสดงข้อมูลหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง

หน่วยงาน	จำนวน	ร้อยละ
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๒,๒๙๑	๖๖.๔๔
ศูนย์อนามัย	๓๒	๐.๙๓
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๔๑	๑.๑๙
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	๑๔๕	๔.๒๑
โรงพยาบาลชุมชน	๓๙๐	๑๑.๓๑
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๑,๖๕๔	๔๗.๙๗
ศูนย์สุขภาพชุมชน	๒๙	๐.๘๔
สังกัดกระทรวงมหาดไทย	๑,๐๙๗	๓๑.๘๒
องค์การบริหารส่วนจังหวัด	๓๒	๐.๙๓
เทศบาล	๒๖๕	๗.๖๙
องค์การบริหารส่วนตำบล	๑๘๙	๕.๔๘
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๖๑๑	๑๗.๗๒
สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	๖๐	๑.๗๔
ศูนย์บริการสาธารณสุข	๖๐	๑.๗๔
รวม	๓,๔๔๘	๑๐๐

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน พบว่าเป็นบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด จำนวน ๒,๒๙๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๔๔ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑,๖๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๙๗ โรงพยาบาลชุมชน ๓๙๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๑ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๑๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๒๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๙ ศูนย์อนามัย ๓๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๓ และ ศูนย์สุขภาพชุมชน ๒๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๔ รองลงมา คือ บุคลากรสังกัดกระทรวงมหาดไทย จำนวน ๑,๐๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๘๒ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๖๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๗๒ เทศบาล ๒๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๖๙ องค์การบริหารส่วนตำบล ๑๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๔๘ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ๓๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๓ และบุคลากรสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน ๖๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๔ ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน ๖๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๔

ส่วนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์คะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) คะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) และคะแนนฝึกปฏิบัติงาน

ตารางที่ ๑๕ แสดงคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test)

การทดสอบ	คะแนนเต็ม	N	ต่ำสุด	สูงสุด	\bar{X}	S.D
คะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test)	๖๕	๓,๔๔๘	๙	๖๓	๓๖.๖๐	๗.๗๖

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน พบว่ามีคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) คะแนนต่ำสุด ๙ คะแนน คะแนนสูงสุด ๖๓ คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบ ๓๖.๘๐ คะแนน

ตารางที่ ๑๖ แสดงคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)

การทดสอบ	คะแนนเต็ม	N	ต่ำสุด	สูงสุด	\bar{X}	S.D
คะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)	๖๕	๓,๔๔๘	๓๙	๖๕	๕๕.๑๔	๖.๙๗

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน พบว่ามีคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) คะแนนต่ำสุด ๓๙ คะแนน คะแนนสูงสุด ๖๕ คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบ ๕๕ คะแนน

ตารางที่ ๑๗ แสดงคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนฝึกปฏิบัติงาน

การทดสอบ	คะแนนเต็ม	N	ต่ำสุด	สูงสุด	\bar{X}	S.D
คะแนนฝึกปฏิบัติงาน	๖๕	๓,๔๔๘	๑๖	๒๐	๑๗.๓๘	๐.๙๗

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน พบว่ามีคะแนนฝึกปฏิบัติงาน คะแนนต่ำสุด ๑๖ คะแนน คะแนนสูงสุด ๒๐ คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบ ๑๗.๓๘ คะแนน

ตารางที่ ๑๘ แสดงคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) แยกเป็นระดับคะแนน

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการฝึกอบรม (Pre-test)		
๙ - ๑๙ คะแนน	๙๕	๒.๗๖
๒๐ - ๓๐ คะแนน	๕๔๘	๑๕.๘๙
๓๑ - ๔๑ คะแนน	๑,๙๔๑	๕๖.๒๙
๔๒ - ๕๒ คะแนน	๘๐๐	๒๓.๒๐
๕๓ - ๖๓ คะแนน	๖๔	๑.๘๖
รวม	๓,๔๔๘	๑๐๐

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน พบว่ามีระดับคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) ๓๑ - ๔๑ มากที่สุด จำนวน ๑,๙๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๒๙ รองลงมาคือ ระดับคะแนน ๔๒ - ๕๒ จำนวน ๘๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๒๐ ระดับคะแนน ๒๐ - ๓๐ จำนวน ๕๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘๙ ระดับคะแนน ๙ - ๑๙ จำนวน ๙๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๖ และระดับคะแนน ๕๓ - ๖๓ จำนวน ๖๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๖ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๙ แสดงคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) แยกเป็นระดับคะแนน

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
หลังการฝึกอบรม (Post-test)		
๓๙ - ๔๔ คะแนน	๓๕๙	๑๐.๔๑
๔๕ - ๕๐ คะแนน	๔๘๒	๑๓.๙๘
๕๑ - ๕๖ คะแนน	๘๔๘	๒๔.๕๙
๕๗ - ๖๒ คะแนน	๑,๓๑๔	๓๘.๑๑
๖๓ - ๖๕ คะแนน	๔๔๕	๑๒.๙๑
รวม	๓,๔๔๘	๑๐๐

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน พบว่ามีระดับคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) ๕๗ - ๖๒ มากที่สุด จำนวน ๑,๓๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๑๑ รองลงมาคือ ระดับคะแนน ๕๑ - ๕๖ จำนวน ๘๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๕๙ ระดับคะแนน ๔๕ - ๕๐ จำนวน ๔๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๙๘ ระดับคะแนน ๖๓ - ๖๕ จำนวน ๔๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๙๑ และระดับคะแนน ๓๙ - ๔๔ จำนวน ๓๕๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๔๑ ตามลำดับ

ตารางที่ ๒๐ แสดงคะแนนฝึกปฏิบัติงาน แยกเป็นระดับคะแนน

คะแนนฝึกปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
๑๖ คะแนน	๕๖๕	๑๖.๓๙
๑๗ คะแนน	๑,๕๒๘	๔๔.๓๒
๑๘ คะแนน	๙๘๒	๒๘.๔๘
๑๙ คะแนน	๒๓๗	๖.๘๗
๒๐ คะแนน	๑๓๖	๓.๙๔
รวม	๓,๔๔๘	๑๐๐

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน พบว่ามีคะแนนฝึกปฏิบัติงาน ๑๗ คะแนน มากที่สุด จำนวน ๑,๕๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๓๒ รองลงมาคือ ระดับ ๑๘ คะแนน จำนวน ๙๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๔๘ ระดับ ๑๖ คะแนน จำนวน ๕๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๓๙ ระดับ ๑๙ คะแนน จำนวน ๒๓๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๘๗ และระดับ ๒๐ คะแนน จำนวน ๑๓๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๙๔ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๓ ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)

ตารางที่ ๒๑ แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติทดสอบ t-test และระดับนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)

การทดสอบ	คะแนนเต็ม	N	\bar{X}	S.D	t-test	p-value
คะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test)	๖๕	๓,๔๔๘	๓๖.๖๐	๗.๗๖	๑๑๘.๓๖	๐.๐๐๐
คะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)	๖๕	๓,๔๔๘	๕๕.๑๔	๖.๙๗		

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) พบว่าคะแนนหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ส่วนที่ ๔ ผลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผลการประเมินติดตามหลังจบการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน ๒ ปี คือ ปี ๒๕๖๗ และปี ๒๕๖๘ โดยกลุ่มตัวอย่างซึ่งผ่านการอบรมเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) มีความรู้จากการอบรม ทำให้เป็นผู้มีบทบาทหลักในการสนับสนุนให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ และก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิต (ADL) ที่ดีในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๒๒ แสดงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗

เขตสุขภาพ	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์	ร้อยละ	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	๒๕,๙๐๐	๒๑,๐๔๖	๘๑.๒๖	เขตสุขภาพที่ ๑๓ มีข้อจำกัดในการ
เขตสุขภาพที่ ๒	๑๖,๙๕๓	๑๔,๓๐๑	๘๔.๓๖	ขับเคลื่อนนโยบาย
เขตสุขภาพที่ ๓	๑๗,๔๑๔	๑๔,๘๖๖	๘๕.๓๗	ในพื้นที่ กทม.
เขตสุขภาพที่ ๔	๑๙,๑๗๔	๑๒,๓๑๑	๖๔.๒๑	ทำให้มีข้อมูลผู้ที่มี
เขตสุขภาพที่ ๕	๑๓,๓๐๑	๑๑,๒๔๒	๘๔.๕๒	ภาวะพึ่งพิงและ
เขตสุขภาพที่ ๖	๑๑,๙๖๐	๙,๖๗๐	๘๐.๘๕	เข้าถึงการบริการ
เขตสุขภาพที่ ๗	๕๓,๒๘๖	๔๕,๗๑๖	๘๕.๗๙	สาธารณสุขตาม
เขตสุขภาพที่ ๘	๔๘,๙๘๒	๔๐,๑๖๔	๘๒.๐๐	ชุดสิทธิประโยชน์
เขตสุขภาพที่ ๙	๕๑,๔๑๗	๔๒,๐๓๗	๘๑.๗๖	บางส่วนเท่านั้น
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๖๙,๓๗๗	๕๙,๑๔๖	๘๕.๒๕	จึงไม่นำมา
				เปรียบเทียบ

เขตสุขภาพ	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึง การบริการสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์	ร้อยละ	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑๘,๕๘๗	๑๔,๗๙๑	๗๙.๕๘	ผลการดำเนินงาน กับเขตสุขภาพอื่น ๆ
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑๖,๖๙๓	๑๓,๖๐๒	๘๑.๔๘	
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๒,๙๐๙	๒,๗๑๕	๙๓.๓๓	
รวม	๓๖๕,๙๕๓	๓๐๑,๖๐๗	๘๒.๔๒	

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด จำนวน ๓๖๕,๙๕๓ คน สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน ๓๐๑,๖๐๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๔๒ โดยเขตสุขภาพที่ ๗ มีผลการดำเนินงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๙ รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๓๗ เขตสุขภาพที่ ๑๐ คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๒๕ เขตสุขภาพที่ ๕ คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๕๒ เขตสุขภาพที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๓๖ เขตสุขภาพที่ ๘ คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๐๐ เขตสุขภาพที่ ๙ คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๗๖ เขตสุขภาพที่ ๑๒ คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๔๘ เขตสุขภาพที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๒๖ เขตสุขภาพที่ ๖ คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๘๕ เขตสุขภาพที่ ๑๑ คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๘๕ และเขตสุขภาพที่ ๔ คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๒๑ ตามลำดับ

ตารางที่ ๒๓ แสดงการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๘

เขตสุขภาพ	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึง การบริการสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์	ร้อยละ	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	๓๓,๘๔๗	๒๘,๕๘๔	๘๔.๔๕	เขตสุขภาพที่ ๑๓ มีข้อจำกัดในการ ขับเคลื่อนนโยบาย ในพื้นที่ กทม. ทำให้มีข้อมูลผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงและ เข้าถึงการบริการ สาธารณสุขตาม ชุดสิทธิประโยชน์ บางส่วนเท่านั้น จึงไม่นำมา เปรียบเทียบ ผลการดำเนินงาน กับเขตสุขภาพอื่น ๆ
เขตสุขภาพที่ ๒	๒๑,๑๙๘	๑๘,๘๒๙	๘๘.๘๒	
เขตสุขภาพที่ ๓	๒๒,๔๖๖	๑๙,๕๖๙	๘๗.๑๐	
เขตสุขภาพที่ ๔	๒๕,๒๕๒	๑๘,๑๒๗	๗๑.๗๘	
เขตสุขภาพที่ ๕	๑๘,๓๔๗	๑๕,๔๐๔	๘๓.๙๖	
เขตสุขภาพที่ ๖	๑๙,๘๗๕	๑๕,๑๒๑	๗๖.๐๘	
เขตสุขภาพที่ ๗	๖๗,๐๙๔	๕๙,๒๖๘	๘๘.๓๔	
เขตสุขภาพที่ ๘	๖๖,๖๕๕	๕๕,๓๓๖	๘๓.๐๒	
เขตสุขภาพที่ ๙	๖๔,๘๑๙	๕๕,๑๓๓	๘๕.๐๖	
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๘๕,๕๓๐	๗๖,๕๓๙	๘๙.๔๙	
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๒๔,๔๐๕	๑๙,๙๘๔	๘๑.๘๘	
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๒๔,๑๓๐	๒๐,๒๒๒	๘๓.๘๐	
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๓,๗๓๘	๓,๗๓๘	๑๐๐	
รวม	๔๗๗,๓๕๖	๔๐๕,๘๕๔	๘๕.๐๒	

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด จำนวน ๔๗๗,๓๕๖ คน เข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน ๔๐๕,๘๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๐๒ โดยเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผลการดำเนินงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๔๙ รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘๒ เขตสุขภาพที่ ๗ คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๓๔ เขตสุขภาพที่ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๑๐ เขตสุขภาพที่ ๙ คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๐๖ เขตสุขภาพที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๔๕ เขตสุขภาพที่ ๕ คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๙๖ เขตสุขภาพที่ ๑๒ คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๘๐ เขตสุขภาพที่ ๘ คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๐๒ เขตสุขภาพที่ ๑๑ คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๘๘ เขตสุขภาพที่ ๖ คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๐๘ และเขตสุขภาพที่ ๔ คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๗๘ ตามลำดับ

ตารางที่ ๒๔ แสดงการมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗

เขตสุขภาพ	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับบริการสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ ครบรอบ ๑๐ - ๑๒ เดือน	คุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น	ร้อยละ	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	๑๔,๘๒๔	๓,๗๕๐	๒๕.๓๐	เขตสุขภาพที่ ๑๓
เขตสุขภาพที่ ๒	๑๒,๔๓๒	๒,๘๖๖	๒๓.๐๕	มีข้อจำกัดในการ ขับเคลื่อนนโยบาย ในพื้นที่ กทม.
เขตสุขภาพที่ ๓	๑๑,๑๐๑	๒,๗๕๒	๒๔.๗๙	ทำให้มีข้อมูลผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงและ เข้าถึงการบริการ สาธารณสุขตาม ชุดสิทธิประโยชน์ บางส่วนเท่านั้น จึงไม่นำมา เปรียบเทียบ
เขตสุขภาพที่ ๔	๗,๐๔๖	๑,๕๕๐	๒๒.๐๐	
เขตสุขภาพที่ ๕	๖,๕๔๕	๑,๕๗๕	๒๔.๐๖	
เขตสุขภาพที่ ๖	๕,๒๕๕	๙๙๘	๑๘.๙๙	
เขตสุขภาพที่ ๗	๓๑,๕๔๗	๗,๕๘๐	๒๔.๐๓	
เขตสุขภาพที่ ๘	๒๑,๘๙๙	๕,๕๘๕	๒๕.๕๐	
เขตสุขภาพที่ ๙	๒๘,๘๘๔	๖,๘๕๘	๒๓.๗๔	
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๔๘,๘๓๐	๑๐,๕๙๒	๒๑.๖๙	ผลการดำเนินงาน กับเขตสุขภาพอื่น ๆ
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๘,๒๙๖	๑,๘๘๒	๒๒.๖๙	
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๖,๔๑๘	๑,๗๐๒	๒๖.๕๒	
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๑,๔๒๗	๒๕๗	๑๘.๐๑	
รวม	๒๐๔,๕๐๔	๔๗,๙๔๗	๒๓.๔๕	

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ครบรอบ ๑๐ - ๑๒ เดือน จำนวน ๒๐๔,๕๐๔ คน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น จำนวน ๔๗,๙๔๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔๕ โดยเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีผลการดำเนินงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๕๒ รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ ๘ คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๕๐ เขตสุขภาพที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๓๐ เขตสุขภาพที่ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๗๙ เขตสุขภาพที่ ๕ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๐๖ เขตสุขภาพที่ ๗ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๐๓ เขตสุขภาพที่ ๙ คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๗๔ เขตสุขภาพที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๐๕ เขตสุขภาพที่ ๑๑ คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๖๙ เขตสุขภาพที่ ๔ คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๐๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐ คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๖๙ และเขตสุขภาพที่ ๖ คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๙๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๒๕ แสดงการมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๘

เขตสุขภาพ	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับบริการสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ ครบรอบ ๑๐ - ๑๒ เดือน	คุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น	ร้อยละ	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	๒๐,๖๓๓	๕,๒๓๑	๒๕.๓๕	เขตสุขภาพที่ ๑๓
เขตสุขภาพที่ ๒	๑๗,๓๐๐	๔,๐๕๐	๒๓.๔๑	มีข้อจำกัดในการ
เขตสุขภาพที่ ๓	๑๕,๑๐๒	๔,๐๑๙	๒๖.๖๑	ขับเคลื่อนนโยบาย
เขตสุขภาพที่ ๔	๑๐,๙๕๑	๒,๖๒๐	๒๓.๙๒	ในพื้นที่ กทม.
เขตสุขภาพที่ ๕	๙,๕๒๘	๒,๓๔๑	๒๔.๕๗	ทำให้มีข้อมูลผู้ที่มี
เขตสุขภาพที่ ๖	๘,๕๘๑	๑,๗๖๘	๒๐.๖๐	ภาวะพึ่งพิงและ
เขตสุขภาพที่ ๗	๔๒,๙๘๓	๑๐,๗๘๘	๒๕.๑๐	เข้าถึงการบริการ
เขตสุขภาพที่ ๘	๓๓,๖๙๖	๘,๙๙๔	๒๖.๖๙	สาธารณสุขตาม
เขตสุขภาพที่ ๙	๔๐,๑๗๐	๙,๘๘๑	๒๔.๖๐	ชุดสิทธิประโยชน์
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๖๗,๖๖๙	๑๕,๒๑๙	๒๒.๔๙	บางส่วนเท่านั้น
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑๒,๙๖๙	๓,๑๐๐	๒๓.๙๐	จึงไม่นำมา
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑๐,๗๔๔	๒,๙๗๓	๒๗.๖๗	เปรียบเทียบ
เขตสุขภาพที่ ๑๓	๑,๙๐๓	๓๖๗	๑๙.๒๙	ผลการดำเนินงาน
รวม	๒๙๒,๒๒๙	๗๑,๓๕๑	๒๔.๔๒	กับเขตสุขภาพอื่น ๆ

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ครบรอบ ๑๐ - ๑๒ เดือน จำนวน ๒๙๒,๒๒๙ คน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น จำนวน ๗๑,๓๕๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๔๒ โดยเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีผลการดำเนินงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๖๗ รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ ๘ คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๖๙ เขตสุขภาพที่ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๖๑ เขตสุขภาพที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๓๕ เขตสุขภาพที่ ๗ คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๑๐ เขตสุขภาพที่ ๙ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๖๐ เขตสุขภาพที่ ๕ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๕๗ เขตสุขภาพที่ ๔ คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๙๒ เขตสุขภาพที่ ๑๑ คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๙๐ เขตสุขภาพที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔๑ เขตสุขภาพที่ ๑๐ คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๔๙ และเขตสุขภาพที่ ๖ คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๖๐ ตามลำดับ

บทที่ ๕

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่ได้รับการพัฒนาในปี ๒๕๖๖ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการเปรียบเทียบผลคะแนนทดสอบก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) คะแนนทดสอบหลังการฝึกอบรม (Post-test) ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๔๔๘ คน ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากการฝึกอบรม ด้วยแบบทดสอบก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) แบบทดสอบหลังการฝึกอบรม (Post-test) และแบบทดสอบฝึกปฏิบัติงาน และติดตามผลการประเมินหลังจบการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ด้วยการวัดผลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และการมีคุณภาพชีวิต (ADL) ที่ดี ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน ๒ ปี คือ ปี ๒๕๖๗ และปี ๒๕๖๘

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน ที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒,๒๙๑ คน สังกัดกระทรวงมหาดไทย จำนวน ๑,๐๙๗ คน และสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน ๖๐ คน โดยจัดการอบรมออกเป็น ๓ รุ่น ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- ๑) รุ่น ๑ จัดอบรมในรูปแบบ Hybrid ภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๖ ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ภาคปฏิบัติในชุมชน ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๓๖๖ คน
- ๒) รุ่น ๒ จัดอบรมในรูปแบบ Online ภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๘ เมษายน และ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมสำนักอนามัยผู้สูงอายุ อาคาร ๗ ชั้น ๔ กรมอนามัย ภาคปฏิบัติในชุมชน ระหว่างวันที่ ๒ - ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๒,๗๒๓ คน
- ๓) รุ่น ๓ จัดอบรมในรูปแบบ Hybrid ภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ ๒๓, ๒๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา ภาคปฏิบัติในชุมชน ระหว่างวันที่ ๓ - ๗, ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๓๕๙ คน

สำหรับข้อมูลทั่วไป มีผลเป็นดังนี้

๑.๑ เพศ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

- ๑) เพศหญิง จำนวน ๓,๔๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๑๙
- ๒) เพศชาย จำนวน ๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๑

๑.๒ ตำแหน่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยตำแหน่งดังต่อไปนี้

- ๑) พยาบาล จำนวน ๑,๙๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๖
- ๒) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๑,๐๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๔
- ๓) เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน ๒๖๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๗๑
- ๔) แพทย์แผนไทย จำนวน ๑๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๐
- ๕) นักพัฒนาชุมชน จำนวน ๓๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๗
- ๖) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน ๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๗
- ๗) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข จำนวน ๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๘
- ๘) นักกายภาพบำบัด จำนวน ๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๖
- ๙) หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๓
- ๑๐) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๓

๑.๓ หน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น ๓ สังกัด ดังนี้

บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนมากที่สุด คือ ๒,๒๙๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๔๔ ประกอบด้วย

- ๑) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑,๖๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๙๗
- ๒) โรงพยาบาลชุมชน ๓๙๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๑
- ๓) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๑๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๒๑
- ๔) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๙
- ๕) ศูนย์อนามัย ๓๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๓
- ๖) ศูนย์สุขภาพชุมชน ๒๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๔

บุคลากรสังกัดกระทรวงมหาดไทย จำนวนรองลงมา คือ ๑,๐๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๘๒ ประกอบด้วย

- ๑) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๖๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๗๒
- ๒) เทศบาล ๒๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๖๙
- ๓) องค์การบริหารส่วนตำบล ๑๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๔๘
- ๔) องค์การบริหารส่วนจังหวัด ๓๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๓

บุคลากรสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวนน้อยที่สุด คือ ๖๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๔ ประกอบด้วย

- ๑) ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน ๖๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๔

๒. ผลการวิเคราะห์คะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) คะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) และคะแนนฝึกปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน มีคะแนนก่อนฝึกอบรม (Pre-test) ต่ำสุด ๙ คะแนน สูงสุด ๖๓ คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบ ๓๖.๘๐ คะแนน หลังการฝึกอบรม (Post-test) มีคะแนนต่ำสุด ๓๙ คะแนน คะแนนสูงสุด ๖๕ คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบ ๕๕ คะแนน และคะแนนฝึกปฏิบัติงาน มีคะแนนต่ำสุด ๑๖ คะแนน คะแนนสูงสุด ๒๐ คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยจากการฝึกปฏิบัติงาน ๑๗.๓๘ คะแนน โดยแยกระดับคะแนน ได้ดังนี้

๒.๑ ระดับคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test)

- ๑) ระดับคะแนน ๓๑ - ๔๑ จำนวน ๑,๙๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๒๙
- ๒) ระดับคะแนน ๔๒ - ๕๒ จำนวน ๘๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๒๐
- ๓) ระดับคะแนน ๒๐ - ๓๐ จำนวน ๕๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘๙
- ๔) ระดับคะแนน ๙ - ๑๙ จำนวน ๙๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๖
- ๕) ระดับคะแนน ๕๓ - ๖๓ จำนวน ๖๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๖

๒.๒ ระดับคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)

- ๑) ระดับคะแนน ๕๗ - ๖๒ จำนวน ๑,๓๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๑๑
- ๒) ระดับคะแนน ๕๑ - ๕๖ จำนวน ๘๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๕๙
- ๓) ระดับคะแนน ๔๕ - ๕๐ จำนวน ๔๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๙๘
- ๔) ระดับคะแนน ๖๓ - ๖๕ จำนวน ๔๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๙๑
- ๕) ระดับคะแนน ๓๙ - ๔๔ จำนวน ๓๕๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๔๑

๒.๓ ระดับคะแนนฝึกปฏิบัติงาน

- ๑) ระดับ ๑๗ คะแนน จำนวน ๑,๕๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๓๒
- ๒) ระดับ ๑๘ คะแนน จำนวน ๙๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๔๘
- ๓) ระดับ ๑๖ คะแนน จำนวน ๕๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๓๙
- ๔) ระดับ ๑๙ คะแนน จำนวน ๒๓๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๘๗
- ๕) ระดับ ๒๐ คะแนน จำนวน ๑๓๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๙๔

๓. ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) และคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓,๔๔๘ คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการฝึกอบรม (Post-test) (Mean = ๓๖.๖, SD = ๗.๗๖) สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) (Mean = ๕๕.๑๔, SD = ๖.๙๗) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} < ๐.๐๕$ ($t = ๑๑๘.๓๖$, $p < ๐.๐๕$)

๔. ผลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการประเมินติดตามหลังจบการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน ๒ ปี คือ ปี ๒๕๖๗ และปี ๒๕๖๘ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ซึ่งได้รับความรู้หลังจากเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่เป็นบทบาทหลักในการสนับสนุนให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์และก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิต (ADL) ที่ดีในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ โดยผลที่ได้หลังจากผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าว เห็นได้ว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการได้ครบทุกเขต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกเขต อีกทั้ง มีแนวโน้มที่สามารถเข้าถึงบริการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แตกต่างจากก่อนมีผู้อบรมเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ซึ่งแยกได้ดังนี้

๘) เขตสุขภาพที่ ๔ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ครบรอบ ๑๐ - ๑๒ เดือน จำนวน ๑๐,๙๕๑ คน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น จำนวน ๒,๖๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๙๒

๙) เขตสุขภาพที่ ๑๑ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ครบรอบ ๑๐ - ๑๒ เดือน จำนวน ๑๒,๙๖๙ คน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น จำนวน ๓,๑๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๙๐

๑๐) เขตสุขภาพที่ ๒ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ครบรอบ ๑๐ - ๑๒ เดือน จำนวน ๑๗,๓๐๐ คน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น จำนวน ๔,๐๕๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔๑

๑๑) เขตสุขภาพที่ ๑๐ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ครบรอบ ๑๐ - ๑๒ เดือน จำนวน ๖๗,๖๖๙ คน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น จำนวน ๑๕,๒๑๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๔๙

๑๒) เขตสุขภาพที่ ๖ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ครบรอบ ๑๐ - ๑๒ เดือน จำนวน ๘,๕๘๑ คน มีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น จำนวน ๑,๗๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๖๐

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาเรื่อง “ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๖๖” ทำให้ผู้วิจัยทราบผลการประเมินประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่ได้รับการพัฒนาในปี ๒๕๖๖ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผน พัฒนาหลักสูตรการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยสามารถอภิปรายผลตามประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

๑. ประเด็นด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด ๓,๔๔๘ คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๙๙.๑๙ และเป็นเพศชายร้อยละ ๐.๘๑ โดยเมื่อแบ่งตามตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่างจะเห็นว่า มีตำแหน่งพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ ๕๖ รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ ๓๐.๓๔ และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ร้อยละ ๗.๗๑ ตามลำดับ และหากแบ่งตามหน่วยงาน จะพบว่า เป็นบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ ๖๖.๔๔ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ ๔๗.๙๗ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๑๑.๓๑ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ ๔.๒๑) รองลงมา คือ สังกัดกระทรวงมหาดไทย ร้อยละ ๓๑.๘๒ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ ๑๗.๗๒ เทศบาล ร้อยละ ๗.๖๙ และองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ ๕.๔๘) และน้อยที่สุด คือ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๑.๗๔ (ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ ๑.๗๔) ซึ่งสอดคล้องกับระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในประเทศญี่ปุ่น การจัดการบริการดูแลจะเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับการรับรองจากรัฐ โดยผู้รับบริการสามารถเลือกผู้ให้บริการเองตามแผนการดูแล (Care Plan) ซึ่งจัดทำโดย Care Manager ที่ได้รับใบอนุญาตจากรัฐ Care Manager อื่นทั้ง จะต้องผ่านการอบรมและสอบใบรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการของญี่ปุ่น และมักจะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจากหน่วยงานของรัฐเป็นหลัก รองลงมา คือ ผู้ให้บริการจากภาคเอกชน ได้แก่ บุคลากรด้านพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด หรือเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัย เรื่องผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ ๗ ของโสภิตา เทิดทำดี (๒๕๖๗) ได้ทำการวิจัยประเมินผลการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการอบรม และพบว่า ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ ๕๓.๓ สถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ ๗๒.๕

๒. ประเด็นด้านผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓,๔๔๘ คน พบว่า มีคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) ผ่านเกณฑ์การวัดและประเมินผลไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ หรือได้คะแนนตั้งแต่ ๓๙ คะแนนขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ และมีผลคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ซึ่งสอดคล้องกับนิยามการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่เป็นการเสริมสร้างทักษะความรู้ และคุณลักษณะของผู้จัดการให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงขึ้น ผ่านหลายรูปแบบ เช่น การฝึกอบรม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (ศศิธร สุขจิตต์ และคณะ, ๒๕๖๓) ซึ่งการประเมินผลการฝึกอบรมเป็นการวัดประสิทธิภาพของโปรแกรมว่ามีความสำเร็จในการพัฒนาทักษะ ความรู้ ของผู้เข้าร่วม เพื่อติดตามความคืบหน้าและวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Kaizen Institute, 2025) การประเมินผลการฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จึงแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดำเนินการจัดอบรมตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกระทรวงมหาดไทย และสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) โดยได้รับความรู้จากหลักสูตรในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดการการดูแล (Care Management) คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของ Care Manager การค้นหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและการใช้เครื่องมือในการประเมิน Geriatric Syndrome และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ระบบโปรแกรมและแนวทางการจัดทำ Care Plan ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) การช่วยในภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและกายภาพบำบัด และการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและการทำแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งความรู้เหล่านี้สอดคล้องกับสมรรถนะสำคัญในการปฏิบัติงานดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คือ สมรรถนะด้านความรู้ความเข้าใจในระบบสุขภาพและสังคม ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ Geriatric Syndrome และกลุ่มอาการที่พบในผู้สูงอายุ ด้านการประเมินและวางแผนการดูแล ด้านการบริหารจัดการกรณี (Case Management) ด้านการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ ด้านภาวะผู้นำและการบริหารทีม และด้านการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม (เขาวรัตน์ และคณะ, ๒๕๖๓) และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการประเมินหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย นวมินทราชราช ของเบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และคณะ (๒๕๖๑) และงานวิจัยเรื่อง ประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยใช้แนวคิดการประเมินของสตีฟเฟิลบีมของปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง และ จิรยา อินทนา (๒๕๖๔) ที่ได้ทำการวิจัยประเมินผลการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตสุขภาพที่ ๕ ทำการวิจัยประเมินผลการฝึกอบรมหลักสูตร ผลการวิจัยทั้ง ๒ เรื่อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนหลังการฝึกอบรม (Post-test) สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม (Pre-test) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๓. ประเด็นด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ จากผลการศึกษาพบว่า หลังการฝึกอบรมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้นกว่าก่อนการฝึกอบรม โดยประเมินผลจากการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ปี ๒๕๖๗ จากร้อยละ ๘๒.๔๒ เพิ่มเป็น ๘๕.๐๒ ในปี ๒๕๖๘ และมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีขึ้น ปี ๒๕๖๗ จากร้อยละ ๒๓.๔๕ เพิ่มเป็น ๒๔.๔๒ ในปี ๒๕๖๘ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้จัดการการดูแล

ผู้สูงอายุ (Care Manager) ปี ๒๕๕๖ ที่มีคุณภาพ สามารถสร้างบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ให้มีความรู้และประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว สามารถปฏิบัติงานทดแทนบุคลากรที่ย้ายงาน เกษียณอายุ หรือลาออก ซึ่งผลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์สอดคล้องกับสมรรถนะที่สำคัญในการปฏิบัติงานดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คือ สมรรถนะด้านการประเมินและวางแผนการดูแลเป็นการประเมินความต้องการของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น ติดตามผล และปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสม (เยาวรัตน์ และคณะ, ๒๕๖๓) อีกทั้ง สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการและสิทธิของผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ (อาชัญญา รัตนอุบล, ๒๕๖๒) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ Care Manger เพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในจังหวัดขอนแก่นและกาฬสินธุ์ ของปาลิชาติ ชนะหาญ (๒๕๖๗) ที่ได้ทำการวิจัยประเมินผลการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการอบรม และพบว่าหลังการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) มีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความสามารถในการบริหารจัดการการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ ๗ ของโสภิตา เทิดทำดี (๒๕๖๗) ได้ทำการวิจัยประเมินผลการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการอบรม และพบว่าหลังการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ด้านพฤติกรรมในการฝึกภาคปฏิบัติ อยู่ในระดับดีมาก ด้านผลลัพธ์ผู้เข้ารับการอบรมมีการนำความรู้ และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานอยู่ในระดับดี

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ดังนี้

๑) การจัดอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ในครั้งนี้เป็นการจัดอบรมในรูปแบบ Hybrid กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมในรูปแบบ Online บางหน่วยงานที่มีบุคลากรน้อยไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จึงให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในหน่วยงานไปพร้อมกับการเข้ารับการอบรม และบางพื้นที่มีปัญหาสัญญาณ Internet ขาดหายขณะเข้ารับการอบรม ทำให้การรับฟังขณะฝึกอบรมขาดหายไปในช่วง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดความเข้าใจในบางหัวข้อ

๒) การจัดอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข ด้านการฝึกปฏิบัติในชุมชน ที่ต้องให้กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลกรณีศึกษาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ๑ รายในพื้นที่นั้น บางพื้นที่ไม่มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบของหน่วยงานตนเอง ทำให้ต้องเก็บข้อมูลในพื้นที่ใกล้เคียงแทน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

๑) เนื่องจากยังมีผู้รับบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขบางกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรดังกล่าวอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น จึงควรส่งเสริมและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งจัดให้มีการอบรมบุคลากรเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เพื่อให้สามารถดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๒) ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

๓) จัดตั้งกลไกการนิเทศและพี่เลี้ยงเพื่อให้ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) สามารถขอคำปรึกษา และรับการสนับสนุนจากผู้มีประสบการณ์ ช่วยให้มีมั่นใจว่าการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน

๔) ควรจัดให้มีการฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เป็นประจำทุกปี รวมถึงอาจขยายความร่วมมือการอบรมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อบูรณาการความคิด เพิ่มจำนวนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และเป็นการลดความเสี่ยงด้านการขาดบุคลากรด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จากการลาออก ย้ายงาน หรือเกษียณอายุประจำปี ให้สามารถดำเนินงานด้านการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

๕) ส่งเสริมและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงความสำคัญและบทบาทของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และส่งผลถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

๑) ควรมีการติดตามประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ และคุณภาพของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่มีต่อการให้บริการ และเป็นการทราบถึงข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรต่อไป

๒) ควรมีการจัดทำคู่มือประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถใช้คู่มือในการพัฒนาตนเอง ศึกษาเนื้อหาหลักสูตรที่สำคัญกับการให้บริการ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถศึกษา ทบทวน และนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

๓) ควรจัดเตรียมช่องทางการเข้าถึงหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข แบบออนไลน์ในระหว่างการอบรมที่เสถียรและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเข้าใจเนื้อหาได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถทบทวนเนื้อหาผ่านวิดีโอย้อนหลังได้ตามความสะดวก ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้และส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

๔) ควรมีการขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายมากขึ้น และกระจายไปยังพื้นที่ให้บริการที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนภาพรวมของระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างรอบด้าน อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพและสามารถประยุกต์ใช้ได้หลากหลายบริบท

เอกสารอ้างอิง

- ๑ กรมกิจการผู้สูงอายุ. (๒๕๖๕). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๖๕. (พิมพ์ครั้งที่ ๑). บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอร์เรชั่นส์ จำกัด (มหาชน). https://www.dop.go.th/download/knowledge/th๑๖๙๖๒๓๘๙๙๕-๒๕๒๑_๐.pdf
- ๒ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (๑๘ พ.ค. ๒๕๖๘). ระบบรายงานข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. <https://sites.google.com/view/agingdatapofile>
- ๓ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๖๗). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๗. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/๒๐๒๕/๒๐๒๔๑๒๐๙๑๔๕๐๐๓_๒๗๑๘๘.pdf
- ๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๙). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (พิมพ์ครั้งที่ ๑). ม.ป.ท <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/download/?did=๒๐๑๕๓๒&id=๖๔๐๐๗&reload=๕>
- ๕ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (๑๘ พ.ค. ๒๕๖๘). ระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัย. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. <https://ltc.anamai.moph.go.th/>
- ๖ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๖๗). ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๗. หน้า ๑-๒. <https://www.nhso.go.th/th/docman-document/nhso-payment-condition/nhso-payment-service-fees-for-public-health-with-local-organizations/๕๐๒-๒-๒๕๖๗/file>
- ๗ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๗. (๓ กันยายน ๒๕๖๗). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๔๑. ตอนพิเศษ ๒๓๙ง. หน้า ๑๔๑-๑๔๗.
- 8 Rothgang, H. (2010). Social insurance for long-term care: An evaluation of the German model. *Social Policy & Administration*, 44(4), 436–460. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00722.x>
- 9 Geraedts, M., Heller, G. V., & Harrington, C. (2000). Germany's long-term-care insurance: Putting a social insurance model into practice. *The Milbank Quarterly*, 78(3), 375–401. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00178>
- 10 Schneekloth, U., & Müller, R. (2000). *Pflege im Heim – Ergebnisse der Forschung*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94390/>
- 11 Ebel, K. (2010). Long-term care insurance in Germany. *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 35(4), 563–576. <https://doi.org/10.1057/gpp.2010.22>
- 12 Theobald, H. (2003). Long-term care insurance in Germany: An old idea newly realised. *Journal of Aging & Social Policy*, 15(1), 25–42. https://doi.org/10.1300/J031v15n01_03
- 13 Lee, H. Y., Jang, S. N., & Lee, S. (2019). The expansion of long-term care insurance coverage in South Korea. *European Geriatric Medicine*, 10(3), 395–402. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00171-8>

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- 14 Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., et al. (2016). Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 18(2), 1–239.
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/netherlands-health-system-review-2016>
- 15 Campbell, J. C., Ikegami, N., & Kwon, S. (2009). Policy learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea. *International Social Security Review*, 62(4), 63–80. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2009.01345.x>
- 16 Tsutsui, T., & Muramatsu, N. (2005). Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(3), 522–527.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53176>.
- 17 Ikegami, N. (2004). Financing long-term care: Lessons from Japan. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4), 589–605. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.005>
- 18 Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., et al. (2011). Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The Lancet*, 378(9797), 1183–1192.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61176-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61176-8)
- 19 Ikegami, N., & Campbell, J. C. (2004). Japan's health care system: Containing costs and attempting reform. *Health Affairs (Millwood)*, 23(3), 26–36. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.005>
- 20 Tsutsui, T. (2014). Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan. *International Journal of Integrated Care*, 14, e002.
<https://doi.org/10.5334/ijic.1066>
- 21 Campbell, J. C., & Ikegami, N. (2000). Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs (Millwood)*, 19(3), 26–39. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.19.3.26>
- 22 Abe, Y. (2010). Aging in Japan: The continuing challenges of long-term care. *The Gerontologist*, 50(4), 539–540. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq051>
- ๒๓ เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง และคณะ. (๒๕๖๓). การพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, ๑๔(๒), ๙๓–๑๐๓. <https://he๐๑.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/๒๔๐๘๙๔/๑๖๖๒๑๒>
- ๒๔ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (๒๕๖๖). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) (พิมพ์ครั้งที่ ๑). บริษัทจีดี โปรดักชั่น จำกัด.
- 25 Knowles, M. S., Holton III, E. F., & Swanson, R. A. (2015). *The Adult Learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (8th ed.). Routledge.
https://archive.org/details/adultlearnerdefi0000know_g9i5

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- 26 Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), Handbook of community psychology (pp. 43–63). Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-4193-6_2
- 27 Wenger, E. (1998). Communities of practice: Learning, meaning, and identity. Cambridge University Press. https://www.academia.edu/57026160/Wenger_E_1998_Communities_of_practice_Learning_meaning_and_identity
- ๒๘ ศศิธร สุขจิตต์ และคณะ. (๒๕๖๓). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสภากาชาดสาธารณสุข, ๓(๒), ๑๐๙-๑๑๘.
- ๒๙ อาชญญา รัตนอุบล. (๒๕๖๒). ข้อเสนอการพัฒนากิจกรรมดำเนินงานส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, ๑๑(๑), ๒๖-๔๖. <file:///C:/Users/HP-๒๕๕G๑๐-R๕-๒๐๐๑/Downloads/sueduresearchjournal,+%20๒๓%๒๓default.groups.name.editor%20%2๓,+๕+Archanya+Ratana-Ubol.pdf>
- 30 Kaizen Institute (June 11, 2025). Capability building for continuous improvement. Kaizen. <https://kaizen.com/insights/capability-building-continuous-improvement/>
- ๓๑ เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และคณะ. (๒๕๖๑). การประเมินหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารเกื้อการุณย์, ๒๕(๒), ๒๑๐-๒๒๘. <file:///C:/Users/HP-๒๕๕G๑๐-R๕-๒๐๐๑/Downloads/The+Evaluation+of+Care+Manager+Course+on+Elderly+in+Bangkok+Metropolis+of+Kuakarun+Faculty+of+Nursing,+Navamindradhiraj+University.pdf>
- ๓๒ อุมพร นิมตระกูล และพิมพ์ภรณ์ นิมตระกูล. (๒๕๖๑). การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ ๑. ฐานข้อมูลผลงานวิจัย ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่.
- ๓๓ เขียวรัตน์ รุ่งสว่าง และคณะ. (๒๕๖๓). การพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, ๑๔(๒), ๙๓-๑๐๓ <https://he๐๑.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/๒๔๐๘๙๔/๑๖๖๒๑๒>
- ๓๔ ปริชญานภรณ์ ธนะบุญปวง และ จิรียา อินทนา. (๒๕๖๔). การวิจัยประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔. วารสารการวัด ประเมินผล สถิติ และการวิจัยทางสังคมศาสตร์, ๒(๑), ๘๒-๙๖. <https://so๐๓.tci-thaijo.org/index.php/mesr/article/view/๒๕๓๔๔๕>
- ๓๕ ปาลีชาติ ชนะหาญ. (๒๕๖๗). การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ Care Manger เพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในจังหวัดขอนแก่นและกาฬสินธุ์. ฐานข้อมูลผลงานวิจัย ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น. <http://๒๐๓.๑๕๗.๗๑.๑๔๘/hpc๗data/Res/ResDetail.aspx>
- ๓๖ โสภิตา เทิดทำดี. (๒๕๖๗). ผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ ๗. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, ๑๗(๒), ๑๑๕-๑๒๘. <https://he๐๒.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/๒๖๙๓๑๙>
- ๓๗ ปรัชญา อยู่คง (๒๕๖๘). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. ๑๐(๑), ๒๑๐-๒๒๓. <https://he๐๓.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/๔๒๖๑/๓๑๒๒>

ภาคผนวก ก

แบบฝึกปฏิบัติการฝึกรอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้ารับการอบรมจัดเก็บข้อมูลกรณีศึกษาผู้สูงอายุ / ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ๑ ราย ในพื้นที่ ณ สถานที่ที่ลงทะเบียนไว้ตามระยะเวลาที่กำหนด

แบบฝึกปฏิบัติการฝึกรอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ - นามสกุล Care Manager ตำแหน่ง

หน่วยบริการที่ฝึกภาคสนาม อำเภอ จังหวัด

ชื่ออาจารย์พี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา

๑. ชื่อ - นามสกุลผู้สูงอายุ.....อายุ.....ปี

อาชีพ.....สิทธิการรักษา.....

โรคประจำตัว.....

ประวัติการเจ็บป่วย.....

ประวัติการรักษา/การใช้ยา

๒. สภาพที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๓. แนวคิด ความคาดหวังของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและญาติที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

๔. ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา (ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม) ที่พบจากการประเมินคัดกรองตามเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้และโปรดระบุรายละเอียด

๕. เป้าหมาย ผลลัพธ์ของการให้ความช่วยเหลือโดยรวมในระยะยาว

๖. เป้าหมายผลลัพธ์ของการให้ความช่วยเหลือโดยรวมในระยะสั้น

.....

.....

๗. ข้อควรระวังในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

.....

.....

๘. บริการช่วยเหลือที่จำเป็นและเพิ่มเติมตามประเด็นที่สนับสนุนการดูแลตามแผนการดูรายบุคคล (Care Plan)

- ภายอุปกรณ์

.....

.....

- บริการอื่น ๆ เช่น อปท. (บริการรถรับ ส่ง ในการพบแพทย์ตามนัด) ชมรมผู้สูงอายุ (เพื่อนเยี่ยมเพื่อน)

.....

.....

- การปรับสภาพแวดล้อม (บ้าน ห้องน้ำ ราวจับ ทางลาดชัน เป็นต้น) โดยหน่วยงานใด

.....

.....

๙. กำหนดการดูแลรายสัปดาห์ (Weekly Plan) (ตามรายละเอียดในชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศ สปสช. ปี ๒๕๖๑)

.....

.....

๑๐. กิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว

.....

.....

๑๑. สิ่งที่คุณได้รับการอบรมได้ความรู้และนำมาใช้ในการศึกษาหรือดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งนี้

.....

.....

๑๒. ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

.....

.....

๑๔. การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

ชื่อ - นามสกุลผู้สูงอายุ		ที่อยู่.....บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล/แขวง		วันที่จัดทำ Care Plan						
วัน /เดือน /ปีเกิด		หมู่บ้าน.....อำเภอ		/..... /.....						
อายุ ปี		เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้)		การวินิจฉัยทางการแพทย์ ADL =..... ,TAI=..... กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่.....						
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต		แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)		ข้อควรระวัง						
ประเด็นปัญหาในการดำรงชีวิต (ความต้องการ)		เป้าหมายการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น)		วันบรรลุเป้าหมาย						
				บริการที่นอกเหนือจากรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal)						
ประเภท Informal	เวลา	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิตประจำวัน	ผู้รับผิดชอบ
ชื่อ - นามสกุล Care Manager ผู้จัดทำ Care Plan					ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้					
ลงวันที่					ลงชื่อ (ผู้สูงอายุ /ญาติ)					
					วันที่ / /.....					

ภาคผนวก ข

ประวัติผู้วิจัย

- ชื่อ - สกุล : นางสาวลลิตญา อุประรัตน์
- ตำแหน่งปัจจุบัน : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
- ที่ทำงานปัจจุบัน : กลุ่มคุ้มครองสุขภาพและพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๘๘/๒๒ หมู่ ๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
- ประวัติการศึกษา : ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ