การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

สุเนตรา สมกำลัง

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

สุเนตรา สมกำลัง

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ"

ของ สุเนตรา สมกำลัง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา)

อนุมัติ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัย สุเนตรา สมกำลัง

ประธานที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์

ประเภทสารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565

คำสำคัญ สมรรถนะการดูแลระยะยาว, ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ, ระบบสุขภาพอำเภอ, การวิจัยแบบผสมผสาน

บทคัดย่อ

ผู้จัดการการดูแลระยะยาว มีบทบาทสำคัญในการให้บริการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ อย่างไรก็ตามเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการดูแลระยะยาวของผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่อยู่ในระบบสุขภาพอำเภอ ปัจจุบันยังมีน้อย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว และเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

รูปแบบการวิจัย ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานเชิงสำรวจ แบบการพัฒนาเครื่องมือ ขั้นตอนแรกเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จำนวน 34 คน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบการดูแลระยะยาว ประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานและนักวิชาการที่ครอบคลุมระดับชาติและระดับจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและได้รับการยืนยันความน่าเชื่อถือแบบสามเส้า หลังจากนั้นเชื่อมต่อข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาเป็นแบบสอบถามได้ข้อคำถาม 106 ข้อ ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน พิจารณาตรวจสอบข้อคำถามแบบเผชิญหน้า ปรับแก้ไขเหลือ 73 ข้อ จากนั้นตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 7 คน ได้ค่า S-CVI/Ave = 0.95 และ S-CVI/UA= 0.81 ปรับแก้ไขข้อคำถาม เหลือ 49 ข้อ เป็นเครื่องมือร่างฉบับที่ 1 นำไปทดลองใช้กับผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ปฏิบัติงานในอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่และอำเภอพาน จังหวัดเชียงรายที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 30 คน เหลือจำนวน 33 ข้อ ตรวจสอบความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา = 0.960 ต่อมานำเครื่องมือไปทดสอบคุณสมบัติในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 378 คน วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ใช้วิธีองค์ประกอบร่วมหมุนแกนด้วยวิธี Varimax และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อยืนยันความตรงเชิงโครงสร้าง

ของแบบสอบถาม ได้สมรรถนะการดูแลระยะยาว 4 องค์ประกอบ ได้ข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ โดยมีองค์ประกอบ คือ 1) การบริหารงาน 2) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ และ 4) การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ ซึ่งทุกด้านอธิบายค่าความแปรปรวนได้ร้อยละ 73.284 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดลอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ดังนี้ c2/df = 1.06 p-value = 0.265 GFI = 0.95 AGFI = 0.93 CFI = 1.00 RMSEA = 0.012 และ SRMR = 0.047 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.917 ค่า Item-total Correlation รายด้านอยู่ระหว่าง 0.385-0.709 ซึ่งยืนยันความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามทั้งภาพรวมและรายด้าน

การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ เป็นเครื่องมือที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ เพื่อใช้ในการประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว และเป็นข้อมูลในการวางแผนโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ให้บริการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ

Title DEVELOPING AN INSTRUMENT FOR ASSESSMENT OF LONG-TERM CARE COMPETENCIES AMONG CARE MANAGER IN DISTRICT HEALTH SYSTEM

Author Sunattra Somkamlang

Advisor Associate Professor Nithra Kitreerawutiwong

Academic Paper Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2022

Keywords Long-term care competencies, Care manager, District health system, Mixed method

ABSTRACT

The care managers play an important role in providing long-term care in district health systems. However, there are currently few tools for assessing the long-term care capacity of the care managers in the district health systems. This study aimed to explore the meanings and components of competencies of the care managers and to develop a tool to assess the competencies of the care managers in the district health systems.

Exploratory mixed method: instrument development design was used. The first step of qualitative data through in-depth interviews and focus groups of 34 people who were stakeholders in the long-term care system, including policymakers, practitioners and academics covering national and provincial levels were conducted. Data were analyzed by content analysis and data triangulation was confirmed. Then the qualitative result was connected data to develop of the questionnaires, obtained 106 items. The second step was to check the quality of the tools by 7 experts to consider examining items on face validity, remained 73 questions. Then 7 experts were invited to examine the content validity, obtained the values of S-CVI/Ave= 0.95 and S-CVI/UA= 0.81, with the 49 items were remained. The first draft questionnaire was undertaken to try out with care managers who had at least 2 years of working experience and worked in Chom Thong District, Chiang Mai Province and Phan District

in Chiang Rai Province, with a totally of 30 persons, and the total 33 items were remained. The internal consistency reliability was checked with Cronbach's Alpha Coefficient = 0.960. The tool was conducted a field test in a large sample of 378 care managers working in the health region 1. Construct validity was examined by exploratory factor analysis. Principal component analysis was applied as a method using the varimax rotation method and confirmatory factor analysis (CFA) were used to confirm the structural validity of the questionnaire, obtained 4 components of long-term care competencies with a total of 24 items, including 1) management 2) Caring for the Older Person 3) (Inter-sectoral Collaboration 4) Resilience. All aspects were described the value of variance at 73.284%. The results of the confirmatory factor analysis indicated that the fit index of the model was at an acceptable level as follows: c2/df = 1.06, p-value = 0.265 GFI = 0.95, AGFI = 0.93, CFI = 1.00, RMSEA = 0.012, and SRMR = 0.047 Cronbach's Alpha Coefficient =0.917 The value of item-total correlation with the range of 0.385-0.709, which confirmed the internal consistency of the questionnaires both in the overall and in each dimensions.

Developing an instrument for assessment of long-term care competencies among care manager in district health system is a valid and reliable tool for evaluating the competencies of care managers and for planning the training programs to promote the competence of care managers to provide long-term care services in district health systems.

ประกาศคุณูปการ

ขอกราบขอบพระคุณประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คุณอุไรวรรณ ชัยมินทร์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลการวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร. กิตติศักดิ์ นิวรัตน์ ในการให้คำปรึกษาเรื่องสถิติที่ใช้ในการวิจัย ท้ายสุดนี้ขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงแก่บิดา มารดา ขอขอบคุณนายวิศิษฏ์ สมกำลัง ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนการศึกษาจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

คุณค่าและคุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอน้อมบูชาแด่ผู้มีพระคุณ ตลอดจนบูรพาจารย์ทุกท่าน

สุเนตรา สมกำลัง

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

ประกาศคุณูปการ ..... ช

สารบัญ ..... ซ

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญภาพ ..... ฏ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 7

จุดมุ่งหมายของการศึกษา 7

ขอบเขตของงานวิจัย 8

นิยามศัพท์เฉพาะ 9

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 10

ผู้สูงอายุ 11

ระบบการดูแลระยะยาว 17

กองทุนการดูแลระยะยาว 26

ผู้จัดการการดูแลระยะยาว 29

สมรรถนะ 40

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะ 59

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 65

กรอบแนวคิดในการวิจัย 72

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 74
รูปแบบการวิจัย 74
พื้นที่ที่ศึกษา 75
ขั้นตอนการดำเนินงาน 77
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 100

บทที่ 4 ผลการวิจัย 101
ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ: ผลการค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของ
ผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ 101
ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ: ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแล
ระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ 107

บทที่ 5 บทสรุป 150
สรุปผลการวิจัย 150
อภิปรายผล 155
จุดแข็งและข้อจำกัดของการวิจัย 161
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย 162

บรรณานุกรม 163

ภาคผนวก 179

ประวัติผู้วิจัย 204

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงขอบเขต สถานที่ให้บริการและผู้ให้บริการตามความหมายของการดูแลระยะยาวในต่างประเทศและประเทศไทย 17
ตาราง 2 แสดงความหมายของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในต่างประเทศและประเทศไทย 30
ตาราง 3 แสดงแผนการเรียนหลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว จำแนกเป็นจำนวนชั่วโมงทฤษฎีและปฏิบัติ 38
ตาราง 4 แสดงสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว 42
ตาราง 5 แสดงการอบรม Certified Health Care Manager™ Program ของ RUTGERS School of Management and Labor Relations ในประเทศสหรัฐอเมริกา 45
ตาราง 6 แสดงเนื้อหาและวิธีการประเมินผลตามคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 48
ตาราง 7 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบเนื้อหาในการอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว 57
ตาราง 8 แสดงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการดำเนินการและผลผลิตของการวิจัย 75
ตาราง 9 แสดงผู้ให้ข้อมูลหลัก คุณสมบัติและจำนวนในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 78
ตาราง 10 แสดงกลุ่มที่ จำนวน วิธีการเก็บข้อมูลและตัวอย่างข้อคำถามในแต่ละกลุ่มที่ผู้ให้ข้อมูล ... 80
ตาราง 11 แสดงค่าคะแนนและความหมายของสมรรถนะที่ประเมิน 85
ตาราง 12 แสดงจำนวนตัวแปร อำนาจจำแนกรายข้อและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า- ครอนบาร์ครายด้าน .. 91
ตาราง 13 แสดงจำนวนผู้จัดการการดูแลระยะยาวในแต่จังหวัด และจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามสัดส่วน 94
ตาราง 14 แสดงค่าที่เหมาะสมและดัชนีความความสอดคล้องเพื่อการตรวจสอบความตรงของโมเดล 99
ตาราง 15 แสดงความหมายและองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบรองของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ 102
ตาราง 16 แสดงจำนวนข้อคำถามในแต่ขั้นตอนจำแนกตามตามองค์ประกอบหลักองค์ประกอบย่อยและความหมายของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ 109
ตาราง 17 แสดงจำนวนข้อคำถามจำแนกตามการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ... 114
ตาราง 18 แสดงค่าความเชื่อมั่นรายด้านและภาพรวม จากการทดลองใช้เครื่องมือ (n=30) 116
ตาราง 19 แสดงเปรียบเทียบค่าความเชื่อมั่นก่อนและหลังตัดข้อคำถาม (n=30) 118
ตาราง 20 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 120

ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 121
ตาราง 22 แสดงค่าความเชื่อมั่นรายด้านและทั้งฉบับของแบบสอบถามภายหลังนำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (แบบสอบถามฉบับร่างที่ 2) (n=378)..... 124
ตาราง 23 แสดงค่าความเชื่อมั่นรายด้านและทั้งฉบับของแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 ภายหลังตัดข้อคำถาม (n=378)..... 125
ตาราง 24 แสดงค่า Eigen Value จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 1 128
ตาราง 25 แสดงค่า Eigen Value จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 2 129
ตาราง 26 แสดงสรุปจำนวนข้อคำถามที่ตัดจากเกณฑ์การพิจารณาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจก่อนนำไปการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน..... 130
ตาราง 27 แสดงจำนวนข้อคำถามและน้ำหนักองค์ประกอบที่ 1 การบริหารงาน..... 131
ตาราง 28 แสดงจำนวนข้อคำถามและน้ำหนักองค์ประกอบที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.. 132
ตาราง 29 แสดงจำนวนข้อคำถามและน้ำหนักองค์ประกอบที่ 3 การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ..... 133
ตาราง 30 แสดงจำนวนข้อคำถามและน้ำหนักองค์ประกอบที่ 4 การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ 134
ตาราง 31 แสดงค่าไอเกน ร้อยละความผันแปรของข้อมูลและข้อมูลสะสม จากการสกัดองค์ประกอบ 135
ตาราง 32 แสดงค่าดัชนีความความสอดคล้องของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่งของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ 136
ตาราง 33 แสดงค่าดัชนีความความสอดคล้องของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ 138
ตาราง 34 แสดงความเชื่อมั่นรายด้านและรวมทั้งฉบับของแบบสอบถามภายหลังวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน..... 139
ตาราง 35 แสดงสรุปความหมายขององค์ประกอบหลักและย่อย จำนวนข้อคำถามและรายละเอียดต่างๆ ของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ . 140
ตาราง 36 แสดงจำนวนข้อคำถามจำแนกตามแต่ละองค์ประกอบของสมรรถนะ 146
ตาราง 37 แสดงผลการตรวจสอบข้อมูลของแบบสอบถาม..... 148
ตาราง 38 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนต่ำสุดและสูงสุดจำแนกตามองค์ประกอบหลัก (n=378) 149
ตาราง 39 แสดงผลการแปลงค่าคะแนนรายองค์ประกอบหลัก (n=378)..... 149

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการดำเนินการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ 22
ภาพ 2 แสดงขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการจากงบประมาณในกองทุนการดูแลระยะยาว 28
ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดของการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ในระบบบริการสุขภาพ ... 40
ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย 73
ภาพ 5 แสดงองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่งของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ 137
ภาพ 6 แสดงองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ 138

อักษรย่อ

AGFI	=	Adjusted goodness of fit index
AIC	=	Agency for Integrated Care
ADL	=	Barthel Activities of Daily Living
CG	=	Caregiver
CM	=	Care Manager
CP	=	Care Plan
CFA	=	Confirmatory Factor Analysis
CVR	=	Content Validity Ratio
CFI	=	Comparative Fit Index
DHS	=	District Health System
EFA	=	Exploratory Factor Analysis
GFI	=	Goodness of Fit Index
GNC	=	Guided Care Nurse
GCPFF	=	Guided Care Program for Families and Friends
ICF	=	International Classification of Functioning
I-CVI	=	Item-Content Validity Index
IOC	=	Item Objective Congruence
KMO	=	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling adequacy
LTC	=	Long Term Care
RMSEA	=	Root Mean Square Error of Approximation
S–CVI	=	Scale- Content Validity Index
SPICE	=	Singapore Program for Integrated Care for the Elderly
SRMR	=	Standardized Root Mean Square Residual
TAI	=	Typology of Aged with Illustration

บทที่ 1

บทนำ

บทนำนี้เป็นการนำเสนอรายละเอียดของเนื้อหาที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา โดยมีเนื้อหาแบ่งเป็นหัวข้อต่างๆ ตั้งแต่ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา การตั้งคำถาม วัตถุประสงค์ในการวิจัย นิยามเชิงปฏิบัติการของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะรับจากการวิจัยในครั้งนี้ เนื้อหาโดยละเอียด ดังนี้

ความเป็นมาของปัญหา

ผลการสำรวจของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2563 พบจำนวนผู้สูงอายุ 12.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.0 และเพิ่มขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ในปี พ.ศ. 2564 ทำให้ประเทศไทยถูกจัดให้เป็นสังคมสูงอายุ และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 20.5 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 31.4 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่งผลต่อร้อยละของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่สูงขึ้น จากการสำรวจร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามอายุ ปี 2545-2560 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2560) พบว่าในระยะเวลาเพียง 15 ปี ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเบาหวานสูงขึ้นเป็น 2 เท่า และโรคความดันโลหิตสูงขึ้นเป็น 1.3 เท่า อีกทั้งพบแนวโน้มของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังและอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพังสูงขึ้น ปี พ.ศ. 2560 พบผู้สูงอายุอยู่คนเดียวลำพังและผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง ร้อยละ 10.7 และร้อยละ 20.0 แต่ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.0 และร้อยละ 21.1 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

จากข้อมูลข้างต้น จำนวนผู้สูงอายุที่สูงขึ้น ส่งผลให้ร้อยละของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุสูงขึ้น ทำให้การเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องได้การบริการดูแลแบบต่อเนื่อง รวมทั้งร้อยละผู้สูงอายุอยู่คนเดียวลำพังและผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพังที่ในสังคมเพิ่มสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ในขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมอยู่ในภาวะตั้งรับให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข) และเป็นในรูปแบบการสงเคราะห์ไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาวขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีขีด

ความสามารถในการดูแลสูงอายุเพิ่มขึ้น การดูแลระยะยาวถูกกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปลายปี พ.ศ. 2557 โดยจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเป็นผลมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆ รวมทั้งผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข)

ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายการดูแลระยะยาว โดยเน้นบริการดูแลในชุมชนและที่บ้าน เพราะการดูแลโดยสถาบันหรือสถานสงเคราะห์คนชรา/เอกชนยังไม่เป็นที่นิยม และผู้สูงอายุของไทยชอบอยู่บ้านหรืออยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับลูกหลาน (Aung et al., 2022; Glinskaya, Wanniarachchi, & Jinadhi, 2021) โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบโครงการการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับผู้สูงวัย และทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเป็นองค์กรหลักที่รับผิดชอบในการจัดการระบบ โดยได้รับการสนับสนุนจากระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอของประเทศ (Kitreerawutiwong, Jordan, & Hughes, 2017) ทำให้รูปแบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยเป็นรูปแบบที่เรียกว่า การดูแลระยะยาวที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community Based Long Term Care) ซึ่งการดูแลระยะยาวนี้ เป็นการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่ตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วย เรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งบริการทดแทนเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) การดำเนินงานการดูแลระยะยาว จำเป็นต้องได้ความร่วมมือจากหลายๆภาคส่วน เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน พ.ศ. 2559 ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินโครงการเฉพาะผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 100,000 คน โดยใช้แนวทางการขับเคลื่อน ด้วยการสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ประกอบด้วย 1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการ ด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาว 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการการดูแลระยะยาว (Care Manager: CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG)

ที่ผ่านการฝึก อบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน เนื่องจากเป็นระยะจุดตั้งต้นของนโยบายและระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนของไทย (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพ, ศาลวิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และบวรศม ลีระพันธ์, 2561) ทำให้ยังไม่ครอบคลุมตามความหมายของระบบการดูแลระยะยาวข้างต้น

ผู้จัดการการดูแลระยะยาว (Care Manager: CM) คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผน และจัดการให้ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง (ภาวะพึ่งพิง) เข้าถึงบริการสาธารณสุขและสังคมได้อย่างเหมาะสม โดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลระยะยาว (70 ชั่วโมง) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ช่วยลดผลกระทบด้านความเครียดของสมาชิกภายในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยการใช้วางแผนการดูแลเฉพาะรายในผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายไว้ล่วงหน้า (Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010) สามารถลดต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลให้น้อยลง โดยผู้สูงอายุยังสามารถได้รับการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Wideman, 2012) และการสนับสนุนของผู้จัดการการดูแลระยะยาว มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องที่บ้าน เช่น ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกด้านความผูกพัน ความพึงพอใจของผู้ดูแล (Kuroda et al., 2007) และความสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพของผู้จัดการการดูแลระยะยาวมีผลกระทบมากที่สุดต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย (Carayon et al., 2015) แต่ผลจากการดำเนินของระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ระบุว่ากระบวนการประชุมหารือเพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย ระหว่างผู้สูงอายุ ญาติ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังไม่สามารถดำเนินการครอบคลุมในทุกพื้นที่ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561)

ในการดูแลระยะยาว มีการใช้แผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan: CP) เป็นเครื่องมือที่เชื่อมโยงและบูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ และทีมสหวิชาชีพร่วมกัน เพื่อจัดบริการการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้ครอบคลุมและรอบด้านทั้งด้านสาธารณสุขและสังคม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายมีแผนการดูแลเฉพาะราย ผู้จัดการการดูแลระยะยาว จะนำไปมอบหมายภารกิจการดูแลให้ผู้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งใช้ติดตามความก้าวหน้าในการดูแล กำกับการจัดบริการ สรุปและประเมินผลการดำเนินงานการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุนั้นมีคุณลักษณะซึ่งแตกต่างจากการการดูแลสุขภาพแบบเฉียบพลันหรือผู้ป่วยนอก จึงจำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้หลากหลายวิชาชีพมาทำงานร่วมกัน ในต่างประเทศผู้ที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ประกอบด้วย ผู้จัดการหน่วยบริการ แพทย์ พยาบาล นักสุขภาพจิต เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ผู้ทำงานด้านสังคมสงเคราะห์ ในประเทศไทย ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้จัดการการดูแลระยะยาว คือ จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์ หรือการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการสาธารณสุข

หรือประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือจบปริญญาตรีด้านอื่น หรือจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพยาบาลเทคนิคและต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข) ผลจากการวิจัยของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) พบว่า ผู้ที่เข้ารับการอบรมเพื่อทำหน้าที่ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.0 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือนักวิชาการสาธารณสุข และร้อยละ 5.0 ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น นักสังคมสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่ด้านอื่นของท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุหรือกองทุนตำบล จากข้อมูลข้างต้น เห็นได้ว่าผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่มีคุณสมบัติในระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย มาจากหลากหลายวิชาชีพ ซึ่งการพัฒนากำลังคนในระบบบริการสุขภาพ ในขณะที่โครงสร้างของกำลังคนด้านสุขภาพมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน เช่น มีการผสมทักษะร่วมกันระหว่างวิชาชีพ กำลังคนด้านสุขภาพนั้นต้องมีสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ ทัศนคติ พฤติกรรมและความพอใจ) เพื่อนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ในระบบสุขภาพที่ดี เช่น การเข้าถึงบริการ การปกป้องทางการเงิน ความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ ประสิทธิผล ประสิทธิภาพและการตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพ (Tudor Car, Kyaw, & Atun, 2018) ดังนั้นการให้บริการการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมบริการทั้งด้านสาธารณสุขและสังคม จึงต้องการผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน

สมรรถนะ (Competencies) เป็นสิ่งที่สามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการทำงานสอดคล้องกับ Tsutsui & Higahisno (2010) ที่กล่าวว่าสมรรถนะในการทำงานของผู้จัดการการดูแลระยะยาวช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวของผู้สูงอายุได้ โดยกำลังคนที่มีสมรรถนะจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ ธำรงรักษาคนในระบบ พัฒนาคุณภาพการดูแล เช่น ส่งมอบบริการที่ตรงกับความจำเป็นทางสุขภาพ (Langins, 2015) ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย (Okuyama, Martowirono, & Bijnen, 2011) เพราะการระบุสมรรถนะในผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ทำงานในระบบการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็น (Mary & Robyn, 2009) ดังนั้นการกำหนดสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว จึงมีความสำคัญในการพัฒนากำลังคนที่นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ในระบบสุขภาพที่ดี สามารถใช้เป็นเครื่องมือประเมินกำลังคนเพื่อนำไปสู่การออกแบบวิธีการอบรมพัฒนา การคัดเลือกกำลังคนเข้าทำงานที่เหมาะสม การให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานและการทำแผนพัฒนากำลังคนแบบรายบุคคลได้ (Kak, Burkhalter, & Cooper, 2001)

การกำหนดสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศของ Dever (2018); Jeans & Rowat (2005); Milena et al. (2011); National Case Management Network (2012); Santric Milicevic, Bjegović-MikanovićBrooks (2009) พบว่า สมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำและการแก้ไขปัญหา 2) การประสานงาน 3) การทำงาน

เป็นทีม 4) ความเป็นมืออาชีพ 5) การวางแผนงาน และ 6) การจัดการ แต่หากเป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ปฏิบัติงานเฉพาะในโรงพยาบาล (Merav & Ronit, 2016) พบว่า ต้องเพิ่มสมรรถนะด้านความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในการรักษา และหากปฏิบัติงานเฉพาะในชุมชน (Thompson et al., 2018) พบว่า ต้องเพิ่มสมรรถนะด้านค่านิยมและทัศนคติ และสมรรถนะด้านความสามารถทางวัฒนธรรม ในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการกำหนดสรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่มาจากคุณสมบัติหลายวิชาชีพในระบบการดูแลระยะยาวปัจจุบัน มีเพียงพยาบาลวิชาชีพด้านผู้สูงอายุเท่านั้นที่มีการกำหนดสรรถนะ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ 2) สมรรถนะด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ 3) สมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ 4) สมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ 5) สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ 6) สมรรถนะด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุ 7) สมรรถนะด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุและ 8) สมรรถนะด้านการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ (รุ่งฟ้า อธิราษฎร์ไพศาล และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2553) แต่หากปฏิบัติงานในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (สุธาสินี ช่วยใจดี, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) พบสมรรถนะที่แตกต่างที่พยาบาลวิชาชีพด้านผู้สูงอายุต้องมี คือ 1) สมรรถนะด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม 2) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและบริหารจัดการองค์กร 3) สมรรถนะด้านการจัดการเงิน และ 4) สมรรถนะด้านการศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าสมรรถนะของผู้ที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวที่แตกต่างตามบทบาทหน้าที่และบริบทของสถานที่จะมีสมรรถนะที่กำหนดแตกต่างกัน

การอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว ปัจจุบันหน่วยงานหลักที่จัดอบรมคือ ศูนย์อนามัย เขต 1-12 ที่สังกัดกรมอนามัยเป็นหน่วยหลักในการจัดอบรม ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลเกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ขออนุญาตใช้หลักสูตร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการจัดอบรม เนื้อหาการอบรมออกเป็น 17 เรื่อง ใช้เวลา 70 ชั่วโมง แบ่งเป็นบรรยาย 56 ชั่วโมงและฝึกปฏิบัติการดูงาน 14 ชั่วโมง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเนื้อหาการอบรม พบเป็นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติและทักษะการดูแลระยะยาวทางด้านสุขภาพ เช่น ด้านผู้สูงอายุ (โครงสร้าง การประเมินและการจำแนก) สิทธิและกฎหมาย การควบคุมค่าใช้จ่าย การบูรณาการทรัพยากรทางสังคม การสื่อสาร การบริหารจัดการและจริยธรรมของผู้จัดการการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตาม Harada (2011) และ Yoshie, Takahashi, SaitoKai (2004) กล่าวว่า การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการบรรยายและการวางแผนการดูแลเฉพาะรายอาจไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนให้เกิดทักษะและความสามารถในการทำงานจริง และ Frenk et al. (2010) กล่าวว่าการจัดการศึกษาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21

ควรทำเป็นการฝึกอบรมที่เน้นสมรรถนะเป็นฐาน ไม่ควรจัดการเรียนการสอนจากหลักสูตรที่แยกส่วน เพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อมไปปฏิบัติงานในระบบสุขภาพที่ซับซ้อนและส่งผลต่อการให้บริการที่ตรงกับความจำเป็นทางสุขภาพและการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ

ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีการประกาศใช้นโยบายระบบบริการสุขภาพอำเภอ โดยกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และวุฒิชัย จริยา, 2558) องค์ประกอบของการปฏิบัติเพื่อนำนโยบายดังกล่าวไปใช้คือ การจัดให้มีบริการที่จำเป็นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ แบ่งเป็นทรัพยากรและทำงานร่วมกัน วางแผน ติดตาม พัฒนากำลังคนในพื้นที่ และให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อมุ่งให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ (Lawn et al., 2008) ร่วมกับปลายปี พ.ศ. 2557 ระบบการดูแลระยะยาวถูกกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และเริ่มดำเนินการในระยะแรกปี พ.ศ. 2559 โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับการดูแลเข้าถึงบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลระยะยาว ลดภาระการดูแลและอาศัยในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีอย่างอิสระได้นานที่สุด โดยอาศัยการพัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีในชุมชนที่มีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหลักในการบริหารจัดการบูรณาการบริการต่างๆ จากระบบเครือข่ายความร่วมมือต่างๆประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งส่วนกลางและสาขาเขต การวางนโยบาย การกำกับติดตามและการจัดสรรงบประมาณ ส่วนหน่วยงานเครือข่ายและบุคลากรทั้งในและนอกระบบสุขภาพ เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่น รพศ./รพท. และ รพ.ชุมชน) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่น รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสหวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข และอาสาสาสมัครทำหน้าที่ร่วมดูแล ประเมิน รวบรวมและยืนยันจำนวน จัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายและโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับเพื่อทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าระบบการดูแลระยะยาวมีเป้าหมายและกระบวนการทำงานที่เสมือนองค์ประกอบการปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอที่ผู้ปฏิบัติงานต้องมีการประสานงาน การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาคสังคมประชาชนและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ดังนั้นการกำหนดสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย จำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทของระบบสุขภาพอำเภอด้วย

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ในระบบการดูแลระยะยาวที่อยู่ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ จะเกิดการผสมทักษะของกำลังคน ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ในระบบบริการสุขภาพ ทำให้สมรรถนะถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (Tudor Car et al., 2018) โดยสมรรถนะถูกนำไปสร้างเป็นเครื่องมือประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อนำผลที่ได้

ไปปรับปรุงพัฒนาให้สอดรับและก่อให้เกิดประสิทธิผลที่เหมาะสมในการทำงานของกำลังคนในแต่องค์กรมากขึ้น ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะในระบบการดูแลระยะยาว พบว่าส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ประเมินสมรรถนะของรูปแบบการดูแลระยะยาวระดับสถาบัน (Institution based long term care) มีเพียงหนึ่งการวิจัยเท่านั้นที่เป็นการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวที่มีชุมชนเป็นฐาน แต่เป็นการศึกษาภายใต้บริบทเพียง 1 จังหวัด ทำให้ความครอบคลุมในมิติของระบบสุขภาพอำเภออาจไม่เพียงพอ อีกทั้งผลการวิจัยของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2565) พบสถิติผู้สูงอายุสูงสุดจำแนกตามจังหวัด 10 ลำดับแรกของประเทศไทย พ.ศ. 2565 ได้แก่ ลำปาง (ร้อยละ 26.62) แพร่ (ร้อยละ 26.22) ลำพูน (ร้อยละ 26.12) สิงห์บุรี (ร้อยละ 26.06) ชัยนาท (ร้อยละ 24.93) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 24.70) พะเยา (ร้อยละ 24.66) อ่างทอง (ร้อยละ 24.16) อุตรดิตถ์ (ร้อยละ 23.89) และสุโขทัย (ร้อยละ 22.95) ทั้งนี้หากพิจารณาข้อมูลดังกล่าวตามการแบ่งพื้นที่เขตสุขภาพในระบบสุขภาพอำเภอ พบว่าสัดส่วนของจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด (4 จาก 10 จังหวัด) อยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 คือ ลำปาง แพร่ ลำพูน พะเยา จึงทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 1 ผลการศึกษาที่ได้นำไปใช้ในการจัดทำหลักสูตรหรือการจัดอบรมสำหรับผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ใช้สมรรถนะเป็นฐานการพัฒนาการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing Education Programs) เพื่อผลิตผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดการได้รับบริการที่มีคุณภาพและประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งในระบบการดูแลระยะยาว ในชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ มีกี่องค์ประกอบและมีองค์ประกอบใดบ้าง

2. เครื่องมือที่มีคุณภาพในการประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ มีองค์ประกอบใดบ้าง

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ

2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

ขอบเขตของงานวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบผสมผสานวิธีแบบการสำรวจเป็นลำดับ (Sequential Exploratory Mixed methods) และการพัฒนาเครื่องมือ (Instrument Development) มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาองค์ประกอบและความหมายของสมรรถนะหลักของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะในการศึกษาระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ร่วมกับใช้วิธีการพัฒนาเครื่องมือของ DeVellis (2012) ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ประชากร

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ คือ ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับชาติ ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับจังหวัด ผู้จัดการการดูแลระยะยาว นักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการดูแลและพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ประธานชมรมผู้สูงอายุและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ผ่านการอบรมโดยหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (70 ชั่วโมง) ในเขตสุขภาพที่ 1 (เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน) จำนวน 985 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

3. กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ คือ ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับชาติ ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับจังหวัด ผู้จัดการการดูแลระยะยาว นักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการดูแลและพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ประธานชมรมผู้สูงอายุและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถระบุชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล และระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ผ่านการอบรมโดยหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (70 ชั่วโมง) ตามข้อกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก โดยผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) แล้วสุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มย่อยตามสัดส่วน (Proportional Allocation) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้การจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากรายชื่อในแต่ละจังหวัด กรณีที่ตัวแปรมีจำนวนมากและมีการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ในการวิจัย คือ 10 เท่าของจำนวนตัวแปร (Pett, Lackey, & Sullivan, 2003; บุญใจ ศรีสถิตนรากูล, 2547)

4. ระยะเวลาในการศึกษา เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ผู้จัดการการดูแลระยะยาว หมายถึง ผู้ที่หน้าที่จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย ประสานและติดตามให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็นด้านสาธารณสุขและสังคม ที่ผ่านการอบรมโดยหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (70 ชั่วโมง)

3. สมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว หมายถึง ความสามารถของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในการประยุกต์ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะอื่นๆ เช่น ความรู้สึก แรงจูงใจและความต้องการเพื่อปฏิบัติงานที่รับผิดชอบให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. ระบบสุขภาพอำเภอ หมายถึง ระบบการทำงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่นประชาชน และภาคส่วนอื่นๆในพื้นที่ บูรณาการภาคีผ่านกระบวนการชื่นชมและจัดการความรู้แบบอิงบริบทของพื้นที่ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างเสริมการพึ่งพาตนเอง

5. เครื่องมือประเมินสมรรถนะ หมายถึง แบบสอบถามประเมินด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้ประเมินความสามารถของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ปฏิบัติงานการดูและระยะยาวภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยผ่านกระบวนการสร้างและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา หนังสือ บทความ งานวิจัย รายงานของหน่วยงานต่างๆ และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างกรอบความคิดการวิจัยที่ชี้นำประเด็นสำคัญในการศึกษา ซึ่งได้ข้อสรุปตามประเด็นต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ
    1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
    1.2 สถานการณ์ของผู้สูงอายุ: ระดับโลก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และประเทศไทย
    1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ: ร่างกาย จิตใจและสังคม
    1.4 การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ
2. ระบบการดูแลระยะยาว
    2.1 ความสำคัญของการดูแลระยะยาว
    2.2 พัฒนาการของการดูแลระยะยาวของประเทศไทย
        2.2.1 ก่อนการพัฒนาการทำงานในระบบสุขภาพชุมชนด้วยแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ พ.ศ. 2554-2556
        2.2.2 หลังการพัฒนาการทำงานในระบบสุขภาพชุมชนด้วยแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ พ.ศ. 2557-ปัจจุบัน
    2.3 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. กองทุนการดูแลระยะยาว
    3.1 ความหมาย
    3.2 บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
    3.3 ชุดบริการทางสุขภาพและสังคม
4. ผู้จัดการการดูแลระยะยาว
    4.1 ความหมาย
    4.2 การพัฒนาผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในต่างประเทศและประเทศไทย
    4.3 แผนการเรียนหลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว

5. สมรรถนะ
    5.1 ความหมาย
    5.2 ประเภทของสมรรถนะ
    5.3 สมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในต่างประเทศ
    5.4 หลักสูตรการอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว
6. การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสมรรถนะ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคล หรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทินตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (World Health Organization, 2009) และมีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546, 2546) แต่เนื่องจากบริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมของแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน ทำให้องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์อายุที่เริ่มต้นมาตรฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” (รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณนพเก้า, 2556) โดยทั่วไปเกณฑ์อายุเริ่มต้นที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุ ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่อ้างอิงหรือตกลงไว้ที่เกณฑ์อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เช่น ประเทศฝรั่งเศสและเกาหลีใต้ นิยามผู้สูงอายุไว้ที่ 65 ปี ประเทศญี่ปุ่น นิยามผู้สูงอายุที่ 65 ปี (OECD, 2012) ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ รวมถึง ประเทศไทยกำหนดและตกลงไว้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (Cowgill, 1986) สำหรับบางประเทศเช่น กลุ่มประเทศในภูมิภาคแอฟริกาถูกเสนอให้ใช้ที่เกณฑ์อายุของบุคคล ตั้งแต่ 50 ปี หรือ 55 ปีขึ้นไป เนื่องจากยังมีอายุไม่ยืนยาวเท่ากับภูมิภาคอื่นๆ (World Health Organization, n.d.)

สำหรับการศึกษานี้ นิยามความหมายของผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลหรือกลุ่มประชากรทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุตามปีปฏิทิน ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

2. สถานการณ์ของผู้สูงอายุ: ระดับโลก ทวีป เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทย และเขตสุขภาพที่ 1

ในปี พ.ศ. 2564 ประชากรโลกมี 7,875 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1,082 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั้งโลกได้เข้าเกณฑ์ “สังคมสูงวัย” (United Nations, 2019)

ในแต่ละทวีป จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีระดับแตกต่างกัน ทวีปยุโรปมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงสุด (ร้อยละ 26.1) ในขณะที่ทวีปแอฟริกามีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่ำสุด (ร้อยละ 5.6) และทวีปเอเชียร้อยละ 13.4 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ในปี พ.ศ. 2564 เอเชียตะวันออกเฉียงใต้หรืออาเซียน มีประชากรรวมทั้งหมด 671 ล้านคน โดยรวมแล้วอาเซียนมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ประมาณ 76 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด ประเทศอาเซียนที่เข้าเกณฑ์เป็นสังคมสูงวัยแล้วมี 7 ประเทศ คือ สิงคโปร์ (ร้อยละ 21.9) ไทย (ร้อยละ 18.8) เวียดนาม (ร้อยละ 12.8) มาเลเซีย (ร้อยละ 11.3) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10.4) เมียนมา (ร้อยละ 10.3)และบรูไน (ร้อยละ 10.1) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ผลการสำรวจของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 12.0 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 18.0 และเพิ่มขึ้นเป็น 12.5 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 12.5 ในปี พ.ศ. 2564 ทำให้ประเทศไทยถูกจัดให้เป็นสังคมสูงอายุ และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 20.5 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 31.4 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

เมื่อพิจารณาสถิติผู้สูงอายุของแต่ละจังหวัดในประเทศไทย ปี 2565 พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามจังหวัด 10 ลำดับแรกของประเทศไทย พ.ศ. 2565 ได้แก่ ลำปาง (ร้อยละ 26.62) แพร่ (ร้อยละ 26.22) ลำพูน (ร้อยละ 26.12) สิงห์บุรี (ร้อยละ 26.06) ชัยนาท (ร้อยละ 24.93) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 24.70) พะเยา (ร้อยละ 24.66) อ่างทอง (ร้อยละ 24.16) อุตรดิตถ์ (ร้อยละ 23.89) และสุโขทัย (ร้อยละ 22.95) ทั้งนี้ประเทศไทยได้มีการแบ่งพื้นที่เขตสุขภาพตามระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 13 เขตสุขภาพ จากข้อมูล ข้างต้นพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ ลำปาง แพร่ ลำพูนและพะเยา (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565)

3. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ: ร่างกาย จิตใจและสังคม

เมื่อก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างและหน้าที่ของระบบทั้งหมดในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ เช่น ด้านพันธุกรรม ด้านโภชนาการ การพักผ่อนนอนหลับ การใช้พลังงานหรือการออกกำลังกายและสิ่งแวดล้อมต่างๆ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายส่วนมากไปในทางเสื่อมหรือถดถอยเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบประสาท กระดูก และกล้ามเนื้อ เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น มีกระผม

บางเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสี ขาว หลังโกง เคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลง กำลังน้อยลง กระดูกที่ผุกร่อน และกล้ามเนื้อที่ลีบเล็กลง ระบบการไหลเวียนของโลหิต เช่น ผนังเส้นเลือดแดง ในหูแข็งตัว ทำให้ได้ยินเสียงไม่ชัดเจนหรือการเปล่งเสียงของผู้สูงอายุจะไม่มีพลัง เนื่องจากกระดูกอ่อนบริเวณกล่องเสียงแข็งตัวและขาดความยืดหยุ่น ระบบการหายใจและระบบทางเดินอาหาร เช่น การบด เคี้ยวลำบากขึ้น เพราะเหงือกร่น รากฟันโผล่พ้นขอบเหงือก ทำให้ฟันผุและเสียวฟันได้ง่าย (สุทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มักเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เพราะเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาการทำงาน เช่น การออกจากงาน การสูญเสียอำนาจหรือบทบาทหน้าที่จะก่อให้เกิดความเครียดหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และเมื่ออายุมากขึ้นพฤติกรรมต่างๆ ก็เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากเพราะขาดความมั่นใจในการปรับตัว การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ขี้ระแวง วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง ลังเล หวาดระแวง กลัวลูกหลานทอดทิ้ง รวมถึงสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง (สุทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ทำให้ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลงส่งผลต่อสัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ห่างเหินจากสังคมมากขึ้น (มาสสุรีย์ ศรีพรหมมา และคณะ, 2558) อีกทั้งการเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัวกลายเป็นผู้อาศัยหรือเป็นสมาชิกของครอบครัว (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นไปได้ยากลำบาก ก็ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้ามีสังคมหรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น (สุทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554)

4. การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุนั้น แตกต่างกันออกไปตามสภาพร่างกาย เศรษฐกิจ กลุ่มอายุ ความสามารถในการดำรงชีวิต ความต้องการความช่วยเหลือ และศักยภาพของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การแบ่งตามสภาพร่างกาย เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุลักษณะนี้ คือ การแบ่งตามลักษณะสุขภาพร่างกายและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก (ติดสังคมหรือพึ่งตนเองได้) หมายถึง ผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดีแม้มีโรคประจำตัวแต่ก็สามารถควบคุมได้ เดินไปเดินมาคล่อง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน รับประทานอาหาร ขับถ่าย อาบน้ำ แต่งตัว และทำกิจกรรมในโอกาสต่างๆ ได้ด้วยตนเองหรืออาจเรียกได้ว่าสามารถช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น สังคม และชุมชนได้

2. ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง (ติดบ้านหรือพึ่งตนเองได้บ้าง) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย มีอาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังอาจพิการทุพพลภาพบางส่วน เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ปวดข้อ ปวดเข่า แต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมในโอกาส ต่างๆ ได้ด้วยตนเองในบางครั้ง เช่น รับประทานอาหาร ขับถ่าย อาบน้ำ และแต่งตัว เป็นต้น โดยอาจจะต้องอาศัยความช่วยเหลือและดูแลจากสมาชิกในครอบครัว บุตรหลาน ญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่นบ้าง

3. ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (ติดเตียงหรือพึ่งตนเองไม่ได้) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย มีอาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว พิการ ทุพพลภาพ เดินไปมาไม่ได้ และไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมในโอกาสต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น รับประทานอาหาร ขับถ่าย อาบน้ำ และแต่งตัว เป็นต้น ต้องอาศัยความช่วยเหลือและดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากสมาชิกในครอบครัว บุตรหลาน ญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่น

4.2 การแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข) การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน เพื่อนำมาใช้ในการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว ภายใต้บริบทการแบ่งเขตสุขภาพของระบบสุขภาพอำเภอ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอลตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอลอยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน

3. ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน

4.3การแบ่งตามสภาพทางเศรษฐกิจหรือการประกอบอาชีพ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545)

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรงและยังประกอบอาชีพอยู่ ซึ่งอาจเป็นอาชีพเดิมหรืออาชีพใหม่ที่เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรง แต่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องการพักผ่อนหรืออาจมอบหมายให้บุคคลอื่นทำแทน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในกลุ่มนี้บางคนอาจช่วยทำงานบ้าน เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระให้แก่บุตรหลาน

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือถ้าพิจารณาตามสภาพทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องรายได้และรายจ่ายของผู้สูงอายุ อาจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

3.1 กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอสำหรับใช้จ่าย และเหลือเก็บ

3.2 กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ

3.3 กลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และต้องเป็นหนี้สิน

4.4 การแบ่งตามกลุ่มอายุ หากใช้เกณฑ์การสูงอายุที่ 60 ปีขึ้นไป การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุแบ่งได้ 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้สูงอายุระยะต้น มีอายุ 60-74 ปี 2) กลุ่มผู้สูงอายุระยะกลาง มีอายุ 75-84 ปีและ 3) ผู้สูงอายุระยะท้าย มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป (Schrier, 1990)

4.5 การแบ่งตามความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน สามารถแบ่งออกได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ (พัชราวรรณ ศรีศิลปนันทน์, 2550)

1. กลุ่มปลอดภัย เป็นกลุ่มที่สามารถอยู่ได้ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ ไม่ว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือไม่ก็ตาม สำหรับผู้ที่ทุพพลภาพหรือต้องพึ่งพาจะมีครอบครัวและชุมชนคอยดูแลจึงไม่จำเป็นต้อง ย้ายเข้าสู่สถานบริการ

2) กลุ่มพ่ายแพ้ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพไม่ว่าจะมีเหตุด้านสังคม หรือสุขภาพ ได้แก่ ขาดแคลนผู้ดูแล ครอบครัวหรือชุมชนไม่สามารถรับภาระหรือมีสถานะทางสุขภาพแย่เกินกว่าผู้ดูแลจะจัดการได้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าหากได้รับการสงเคราะห์จากสถานบริการ

3) กลุ่มเสี่ยง เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มปลอดภัยจำนวนหนึ่งที่มีโอกาสที่จะกลายเป็นกลุ่มพ่ายแพ้ในอนาคต โดยผู้สูงอายุที่ได้จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงนี้มีลักษณะที่แตกต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่

3.1ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีฐานะยากจน

3.2 กลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

3.3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

4.6 การแบ่งตามลักษณะความต้องการความช่วยเหลือ อาจจำแนกเป็น 3 กลุ่ม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548) ได้แก่

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีรายได้เพียงพอต่อการพึ่งพาตนเอง ไม่ยากจน กิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ต้องเน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง เพิ่มช่องทางในการทำงานตามความสมัคร

ใจโดยการขยายอายุของการทำงานส่งเสริมอาชีพภายหลังเกษียณอายุราชการ เปิดโอกาสให้มีการถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาแก่คนรุ่นหลัง รวมทั้งการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มที่ประสบปัญหาให้กลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ

2. กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ แต่ไม่มีบทบาทในการพัฒนาสังคมส่วนรวมต้องเน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสร้างหลักประกันรายได้อย่างต่อเนื่องตามความสมัครใจ เช่น การส่งเสริมอาชีพที่หลากหลาย ตามความต้องการและเหมาะสมกับวัยการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้จ่ายที่เหมาะสมและการบริหารจัดการเงิน ออมอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

3. กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคการเกษตรและมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ยากจน ขาดคนเลี้ยงดู หรือประสบปัญหาต่างๆ เช่น พิการ ทุพพลภาพ ถูกทำร้าย เป็นต้น ถือเป็นกลุ่มที่ต้องการได้รับการดูแลจากครอบครัวสังคมต้องมีการเข้าไปช่วยเหลือกลุ่มเหล่านี้โดยตรงด้วยการจัดสวัสดิการด้านต่างๆ ให้ทั่วถึง เช่น ระบบการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพและสังคมอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่บริการขั้นพื้นฐานในชุมชนบริการรักษา ผู้ป่วยเรื้อรังจนถึงบริการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพรวดเร็ว ควบคู่ไปกับการดูแลผ่านครอบครัว เช่น การใช้มาตรการทางภาษี การให้เงินอุดหนุนทางการเงิน ฯลฯ รวมทั้งการดูแลผ่านชุมชน เช่น การจัดสวัสดิการ ชุมชนและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อประกอบอาชีพ เป็นต้น

เนื่องจากการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ แบ่งได้หลากหลายประเภท แต่เนื่องจากการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ผู้วิจัยจึงใช้การแบ่งประเภทผู้สูงอายุของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559ข) ซึ่งประยุกต์โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งประเภทผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล คือ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ซึ่งกระบวนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอลเพื่อแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุนั้น กระทำโดยอนุคณะกรรมการการดูแลระยะยาวที่จัดตั้งโดยองค์การบริหารประจำตำบล และหน่วยบริการประจำในพื้นที่ร่วมกันสำรวจและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อแยกเฉพาะผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเป้าหมายในระยะแรกของระบบการดูแลยะยาว ซึ่งจัดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแล จัดทำเป็นฐานข้อมูล และแผนการดูแลเฉพาะราย พร้อมส่งข้อมูลดังกล่าวให้กรมอนามัย กระทรวงสาธารสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อตรวจสอบและประมวลผลข้อมูล ประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณลงมาให้กองทุนหลักประกันสุขภาพใน

ระดับท้องถิ่นและหน่วยบริการประจำในพื้นที่ เพื่อจัดบริการการดูแลแก่ผู้สูงอายุตามระบบการดูแลระยะยาวต่อไป

ระบบการดูแลระยะยาว

1. ความหมาย

จากการทบทวนความหมายของระบบการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยได้รวบรวม วิเคราะห์และนำเสนอดังนี้

ตาราง 1 แสดงขอบเขต สถานที่ให้บริการและผู้ให้บริการตามความหมายของการดูแลระยะยาวในต่างประเทศและประเทศไทย

การดูแลระยะยาว	ขอบเขต	สถานที่ให้บริการ	ผู้ให้บริการ
The American Institute of Medicine (1986)	บริการทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องอันเนื่องมาจากความพิการทางกายหรือทางจิต	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
Norton (2000)	การดูแลสำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีความพิการที่ไม่เหมาะให้การดูแลในโรงพยาบาล และส่วนมากเป็นการดูแลโดยไม่ได้รับค่าใช้จ่าย	ภายนอกโรงพยาบาล	ไม่ระบุ
World Health Organization (2000)	ระบบสุขภาพและบริการสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้ที่ต้องการการดูแล	ไม่ระบุ	1. ผู้ดูแลนอกระบบ เช่น เพื่อน ครอบครัว เพื่อนบ้าน 2. ผู้ดูแลในระบบ เช่น บุคลากรในสายวิชาชีพและผู้ช่วย 3. ผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร

ตาราง 1 (ต่อ)

การดูแลระยะยาว	ขอบเขต	สถานที่ให้บริการ	ผู้ให้บริการ
National Institute of Health (2017)	บริการทางสุขภาพและสังคมที่จัดให้เพื่อตอบสนองความจำเป็นสุขภาพของบุคคลเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตและดำเนินการกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัย	หลากหลายที่ เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุ 24 ชั่วโมง สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะในเวลากลางวัน ฯลฯ	พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม เป็นต้น
กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551)	การดูแลสำหรับบุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรม และบริการในสถานบริการหรือในชุมชนหลายระดับ	1. ในสถานบริการ เช่น สถานดูแลกลางวัน 2. ในชุมชน เช่น บริการสุขภาพที่บ้านการดูแลที่พักชั่ว คราว การดูแลระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง	ไม่ระบุ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559ข)	การจัดบริการสาธารณสุข และสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน	ไม่ระบุ	1. ผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น บุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม 2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ เช่น ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน

จากความหมายของการดูแลระยะยาวข้างต้น ผู้วิจัยสรุปว่าเป็นการจัดบริการสาธารณสุขและสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเป็นผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือทุพพลภาพ และเมื่อวิเคราะห์กลุ่มผู้สูงอายุตามความหมายดังกล่าว โดยใช้การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุตามศักยภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข) ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเป็นผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือทุพพลภาพนั้น จัดอยู่ในผู้สูงอายุประเภทที่เรียกว่า กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (ภาวะพึ่งพิง) ซึ่งจัดเป็นผู้สูงอายุเป้าหมายแรกในระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยที่ต้องได้รับการดูแล ดังนั้น ความหมายของระบบการดูแลระยะยาวที่ผู้วิจัย

ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นการจัดบริการสาธารณสุขและสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (ภาวะพึ่งพิง)

2. ความสำคัญของระบบการดูแลระยะยาว

ผลสำรวจการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ยังช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ร้อยละ79 และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเรียกว่า กลุ่มติดบ้าน (ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง) และกลุ่มติดเตียง (ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการดูแลระยะยาว) ร้อยละ 21.0 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข) ผลสำรวจภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุของไทย ในปี พ.ศ. 2553 พบร้อยละ 11.5 และในปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 25.3 (Haseen, Adhikari, & Soonthorndhada, 2010; Sihapark, Kuhirunyaratn, & Chen, 2014) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงในด้านกายภาพและด้านความคิด เกิดกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)(ศกุนตลา อนุเรือง, 2560) นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ทำให้ปัจจัยการผลิตด้านแรงงานลดลง รัฐบาลจึงจำต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลขึ้น เพื่อดูแลและปฐมพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ (Insight Health System, 2001; อัญชิษฐฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560)

จากเหตุดังกล่าว ส่งผลให้การจัดบริการการดูแลระยะยาวเข้ามามีความสำคัญ เนื่องจากเป็นระบบที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการการดูแลที่ต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

3. พัฒนาการของระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย

3.1 ก่อนการพัฒนาการทำงานในระบบสุขภาพชุมชนด้วยแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ พศ. 2554- 2556

จากการที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ขึ้นภายหลังหลังมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 การทำวิจัยเกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาวสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อหาแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวทั้งในชุมชนและในสถาบัน (วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ, ประจวบเหมาะ วรเวศม์, สุวรรณระดา ศิริวรรณ, ศิริบุญ บุศริน บางแก้ว, และชเนตตี มิลินทางกูร, 2559)) ร่วมกับมีการนำแนวคิดรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังมาใช้ในบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2554 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ซึ่งมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับชุมชนและจัดการตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตและจัดการกับโรคเรื้อรัง ต่อมามีพื้นที่หลายแห่งที่พัฒนาและดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชนด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการบริการ

ของประชาชนในพื้นที่ ผ่านการขับเคลื่อนโดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2552 และสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยทั้งสองสมัชชาต่างเสนอเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ทั้งนี้มติของสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาตินั้น คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้นำไปผลักดันขับเคลื่อนโดยมีการตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งอนุกรรมการชุดนี้ได้จัดทำแผนผลักดันและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเป็นแผนสามปี (พ.ศ. 2554-2556)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 มีการประกาศนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) หมายถึง ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วม คือ สุขภาพของประชาชนในอำเภอ (เดชา แซ่หลี, ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, ชาลีมาศ ตันสุเทพวีรวงศ์, และทัศนีย์ ญาณะ, 2557; นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และวุฒิชัย จริยา, 2558) ขอบเขตงานกว้างกว่าบริการปฐมภูมิมีการรวมบริการด่านแรกของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อและบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของทุกหน่วยงานในพื้นที่ (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และวุฒิชัย จริยา, 2558) ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคม จัดบริการต่างๆ ที่จำเป็นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อในพื้นที่ โดยกลุ่มผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรของระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีเป้าหมายสูงสุดในการดำเนินการ คือ การทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ดูแลตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง เน้นการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่การป้องกันดูแลและรักษาจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเจ็บป่วย

ในปี พ.ศ. 2556 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 ขึ้น ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 มีการประกาศใช้นโยบายระบบบริการสุขภาพอำเภอของประเทศไทยอย่างเป็นทางการ โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของกระทรวง (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และวุฒิชัย จริยา, 2558) ซึ่งองค์ประกอบของการนำนโยบายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอไปปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่อำเภอสุขภาวะประกอบด้วย 1) การจัดให้มีบริการที่จำเป็นในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อในพื้นที่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การส่งต่อและ

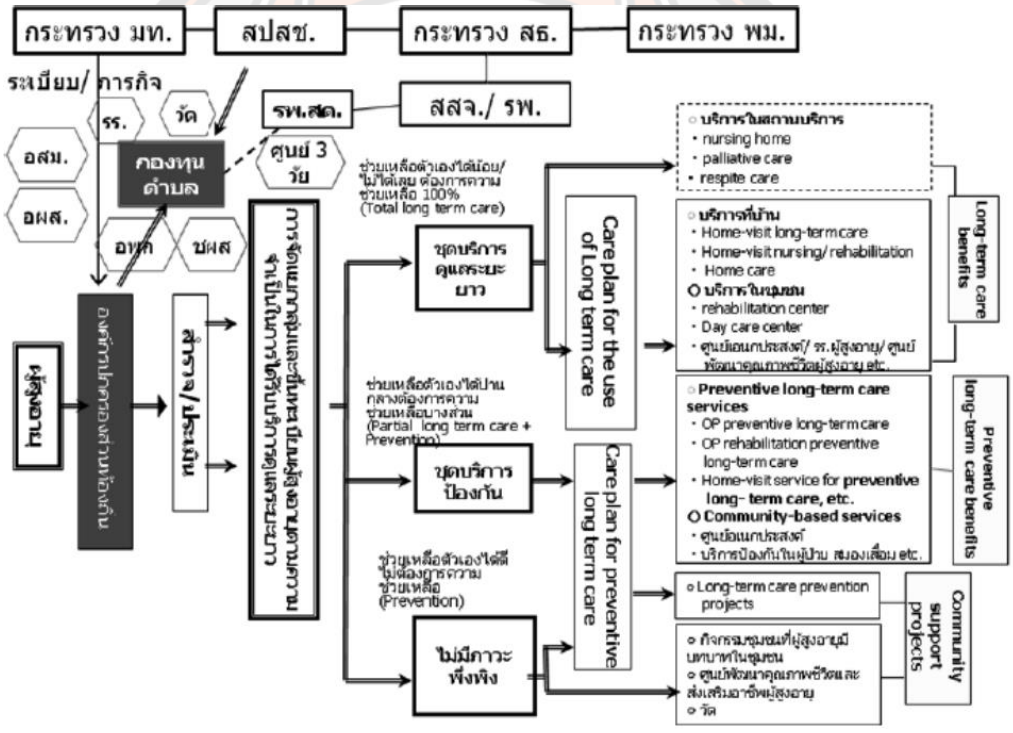
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่ 2) การทำงานร่วมกัน ของทีมสุขภาพระดับอำเภอ ทั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ การแบ่งปันทรัพยากร การพัฒนากำลังคนในพื้นที่ 3) สถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ประกอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผน ติดตามเพื่อให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีและ 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนมุ่งให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเอง (Lawn et al., 2008)

3.2 หลังการพัฒนาการทำงานในระบบสุขภาพชุมชนด้วยแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ พศ. 2557 – ปัจจุบัน

ปี พ.ศ. 2557 มีการดำเนินงานนำร่องในพื้นที่โดยมีรูปแบบการจัดการสองรูปแบบหลัก คือ รูปแบบอาศัยกลไกระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 6 พื้นที่ และรูปแบบอาศัยกลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุนประกันสุขภาพตำบล จำนวน 5 พื้นที่ เพื่อตอบปัญหาที่ยังไม่ชัดเจนจากการดำเนินที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2556 เช่น การบริหารจัดการงบประมาณ การบริหารระบบในพื้นที่ รายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ มาตรฐานการดูแล และมาตรฐานกำลังคนที่จะใช้ และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนบูรณาการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัย ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2557–2566 ซึ่งเน้นการพัฒนาตามระบบสุขภาพชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยส่งเสริมให้ชุมชน/ท้องถิ่นมีระบบการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ รูปแบบการให้บริการเน้นการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการคัดกรองและการประเมินสุขภาพ ผู้สูงอายุเพื่อการส่งต่อและดูแลอย่างบูรณาการเชื่อมโยงจากสถานพยาบาลสู่ชุมชนหรือท้องถิ่น เน้นบริการถึงบ้านทั้งด้านสุขภาพและสังคม พัฒนาอาสาสมัครในชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้จัดการการดูแลระยะยาว (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยนโยบายการดูแลระยะยาวถูกกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปลายปี พ.ศ. 2557 ร่วมกับมีนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ในปี พ.ศ. 2559 มีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะจำนวน 600 ล้านบาท สำหรับการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวภายใต้งบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่ อปท.ประมาณ 1,000 แห่ง รวมกรุงเทพมหานคร ในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) จำนวน 100,000 คน ซึ่งนับเป็นจุดตั้งต้นของนโยบายและระบบการดูแลระยะยาวของไทยที่อาศัยชุมชนเป็นฐานในการร่วมกันดูแลตามนโยบายของระบบสุขภาพอำเภอ หลักการจัดบริการการดูแลระยะยาวตามระบบสุขภาพอำเภอ อาศัยการพัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีในชุมชน โดยให้องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหลักในการบริหารจัดการและบูรณาการบริการต่างๆ ที่จะลงไปสู่ชุมชน โดยมีกองทุนสำหรับสนับสนุนการดำเนินกิจการทางสุขภาพในชุมชน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กองทุนสุขภาพตำบล) ซึ่งเป็นกองทุนที่เกิดจากการสบทบร่วมระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

และองค์การบริหารส่วนตำบล มีการจัดการฐานข้อมูลที่เป็นระบบของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลและอาศัยในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีให้สามารถเข้าถึงบริการต่างๆครอบคลุมตามความจำเป็นด้านบริการสุขภาพและสังคมสำหรับการดูแลระยะยาว อีกทั้งมีการบูรณาการความร่วมมือผ่านทรัพยากรบุคคลในชุมชนเช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อาสาสมัครดูแลผู้พิการ (อผก.) และเครือข่ายความร่วมมือต่างๆในชุมชน เช่น ระบบสนับสนุนต่างๆ จากสถานพยาบาล (รพ.สต.และโรงพยาบาล) หน่วยงานสนับสนุนในระดับจังหวัดและส่วนกลาง ร่วมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระการดูแล (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ, 2561) ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการดำเนินการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข

ภายใต้สังคมผู้สูงอายุ การจัดบริการการดูแลระยะยาวดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน สมาชิกในชุมชน โดยการบูรณาการทั้งด้านการแพทย์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมและการบริการทางสังคมที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตด้วยการประสานงานผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาล ที่จำเป็นต้องออกแบบร่วมกันให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้มีนักวิชาการกล่าวว่าเป้าหมายของการดูแลระยะยาวมีความซับซ้อนมากกว่าการดูแลแบบเฉียบพลัน โดยมุ่งฟื้นฟูความสามารถทางกายและส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีการปรับตัวทางสังคมได้ เพื่อการดำรงชีวิตที่เหมาะสม (N, 2001) ผลลัพธ์ของการจัดบริการระยะยาวคือ ตอบสนองความจำเป็นของผู้รับบริการสามารถดำรงหน้าที่ในชีวิตประจำวันทั้งสุขภาพและสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Forder & Caiels, 2011) รวมทั้งต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เพื่อให้แต่ละบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาว สามารถปฏิบัติงานประสานและให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ประสบความสำเร็จตามที่วางไว้

4. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากกรอบแนวคิดการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวข้างต้น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559ก) สะท้อนว่าการดำเนินงานการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายๆ ภาคส่วน จึงมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

4.1 กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานส่วนกลางอื่นๆ เช่น มีบทบาทหน้าที่โดยสรุปคือ จัดทำกรอบแนวทางประกาศ ระเบียบ กำหนดพื้นที่เป้าหมาย พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาว สนับสนุนด้านข้อมูลวิชาการองค์ความรู้และเครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในระบบการดูแลระยะยาว กำหนดเกณฑ์และชุดบริการทางสุขภาพและสังคม รวมทั้งติดตามและประเมินผลการศึกษาและพัฒนาขยายผลร่วมกันโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณจากกองทุนการดูแลระยะยาว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วมในระบบการดูแลระยะยาวผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในอัตราค่าบริการ 5,000 บาท/หัว/ปี และหน่วยบริการประจำในพื้นที่ในอัตรา 100,000 บาท/แห่งและค่าบริการเพิ่มเติมตามจำนวนกลุ่มเป้าหมาย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ก)

4.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพรายเขตและเขตบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่โดยสรุป คือ ประชุมชี้แจงความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานการบริหารแก่พื้นที่ที่สมัครเข้าร่วม บริหารจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานเช่น การฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้จัดการการดูแลระยะยาว และประสานงานระหว่าง

คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเสนอรายชื่อหน่วยบริการประจำเพื่อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณจากกองทุนการดูแลระยะยาวตามอัตราที่กำหนดไว้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ก)

4.3 หน่วยบริการประจำ (เช่น รพศ./รพท. และรพ.ชุมชน) เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนการจัดบริการดูแลสุขภาพและสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอัตรา 100,000 บาท/แห่ง และสามารถเบิกค่าบริการเพิ่มเติมได้ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการตามชุดบริการทางสุขภาพและสังคม บทบาทหน้าที่โดยสรุปของหน่วยบริการประจำคือ จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับอำเภอ สนับสนุนงบประมาณและข้อมูลด้านวิชาการแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินกิจกรรมเชิงรุกและเสนอโครงการการดูแลในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามชุดบริการทางสุขภาพและสังคม และแสวงหาความร่วมมือจากทรัพยากรบุคคลและเครือข่ายความร่วมมือต่างๆในชุมชน เพื่อพัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนให้มีความเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลและบูรณาการระหว่างบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ก)

4.4 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ หน่วยบริการที่เชื่อมระหว่างชุมชนกับระบบบริการสาธารณสุข โดยร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้การบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บทบาทหน้าที่โดยสรุปคือ จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบล ดำเนินกิจกรรมเชิงรุกและจัดทำโครงการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดบริการทางสุขภาพและสังคมเพื่อของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่บริหารโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนข้อมูลทางวิชาการแก่องค์การบริหารส่วนตำบลและภาคประชาชน ประสานงานกับผู้จัดการการดูแลระยะยาว ควบคุมกำกับการดำเนินงานและร่วมเป็นพี่เลี้ยงแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แสวงหาและประสานความร่วมมือจากโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงสมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน เพื่อร่วมจัดบริการและสนับสนุนงบประมาณร่วมกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ก)

4.5 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่โดยสรุป คือ ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขและสังคม และสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยตรง ได้แก่ สวัสดิการเบี้ยยังชีพ ปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน สนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับ

บริการ สนับสนุนกายอุปกรณ์ พัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ทั้ง ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล สนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ เช่น จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ จัดตั้งคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเพื่อพิจารณาการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายและโครงการการจัดบริการทางสาธารณสุขและสังคม และร่วมกำกับติดตามผลการดำเนินงานกับเครือข่ายความร่วมมือต่างๆในชุมชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ก)

4.6 บุคลากร

นอกเหนือจากบุคลากรที่มีอยู่แล้วในระบบ เช่น บุคลากรสหวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้พิการ ระบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้พัฒนาบุคลากรขึ้นใหม่เพื่อมาร่วมดำเนินการในระบบ คือ

4.6.1 ผู้จัดการการดูแลระยะยาว มีบทบาทและหน้าที่ โดยสรุปคือ ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายทั้งเชิงรับและเชิงรุก ประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาเฉพาะราย ประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง บริหารจัดการและกำกับติดตามการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้เป็นไปตามแผนการดูแลเฉพาะราย

4.6.2 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ บทบาทและหน้าที่โดยสรุป คือ ดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลเฉพาะราย ซึ่งมีผู้จัดการการดูแลระยะยาว กำกับติดตามผลการดำเนินงาน เช่น ดูแลกิจวัตรประจำวัน สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ส่งเสริมสุขภาพ จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉินตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง และทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายเดือนต่อผู้จัดการการดูแลระยะยาว

จากข้อมูลบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและบุคลากรต่างๆในระบบการดูแลระยะยาว มีความเชื่อมโยงตั้งแต่การวางนโยบาย การกำกับติดตาม และการจัดสรรงบประมาณที่เป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานกลาง การประเมิน รวบรวมและยืนยันจำนวน แผนการดูแลเฉพาะรายและโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเครือข่ายและบุคลากรทั้งในและนอกระบบสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

กองทุนการดูแลระยะยาว

กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. ความหมาย

กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ค่าบริการการดูแลระยะยาวที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้ในการดำเนินการสนับสนุนการจัดบริการดูแลด้านสาธารณสุขและสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมภายใต้ชื่อกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและหน่วยบริการประจำ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข)

รายละเอียดการบริหารจัดการงบประมาณในกองทุนการดูแลระยะยาวจากเพื่อให้หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการดำเนินงานเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นั้น สามารถศึกษาได้จากประเด็นบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องและแผนภาพ 2

โดยการดูแลระยะยาวของประเทศไทย เน้นบริการการดูแลในชุมชนและที่บ้าน เพราะการดูแลโดยสถาบันหรือสถานสงเคราะห์คนชรา/เอกชนยังไม่เป็นที่นิยม และผู้สูงอายุของไทยชอบอยู่บ้านหรืออยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับลูกหลาน (Aung et al., 2022; Glinskaya et al., 2021) โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบโครงการการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับผู้สูงวัย และทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเป็นองค์กรหลักที่รับผิดชอบในการจัดการระบบ โดยได้รับการสนับสนุนจากระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอของประเทศ (Kitreerawutiwong et al., 2017) ทำให้เกิดเป็นรูปแบบการดูแลระยะยาวที่เรียกว่า การดูแลระยะยาวที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community Based Long Term Care) ซึ่งมีผู้จัดการการดูแลระยะยาว ทำหน้าที่ประเมินผู้สูงอายุโดยใช้ดัชนี Barthel ของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADLs) เพื่อแบ่งประเภทของผู้สูงอายุตามความสามารถทางหน้าที่และทางกายภาพ เป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มติดสังคม มีผลการประเมิน ADL มากกว่า 11 คะแนนขึ้นไป 2. กลุ่มติดบ้าน มีผลการประเมิน ADL 5–11 คะแนน และ 3. กลุ่มติดเตียง มีผลการประเมิน ADL 0–4 คะแนน เพราะแต่ละกลุ่มจะมีความต้องการการดูแลแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีอาจไม่ต้องการความช่วยเหลือใด ๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ในขณะที่ผู้ป่วยที่ติดบ้านหรือติดเตียงอาจต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในกิจวัตรประจำวัน

2. บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการงบประมาณในกองทุนการดูแลระยะยาว มีดังนี้

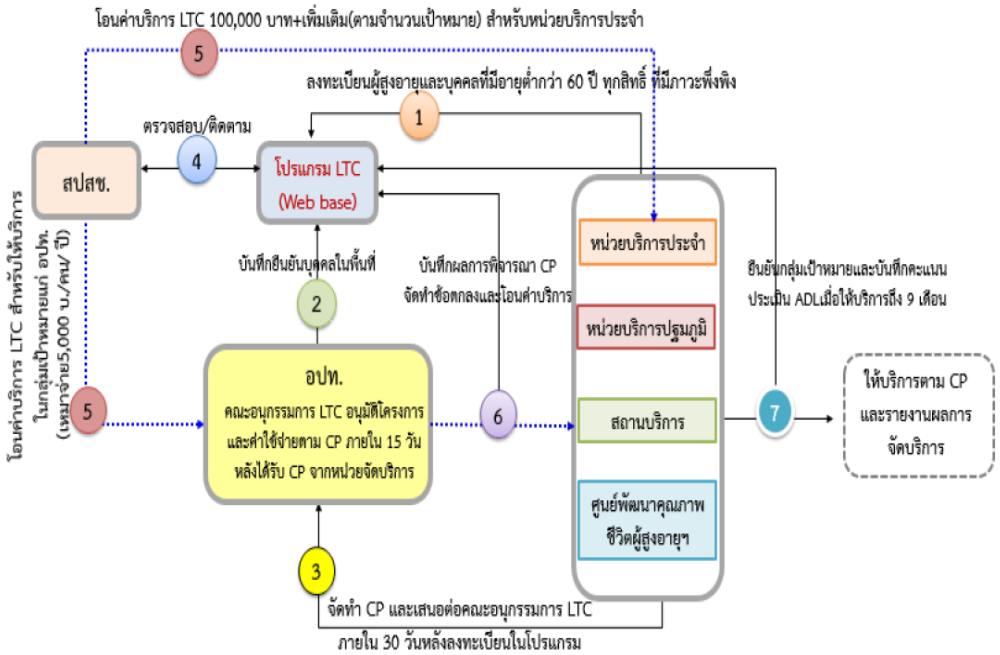
2.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหนังสือแสดงความจำนงขอเข้าร่วมดำเนินการในการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพรายเขต เพื่อรวบรวมให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป หลังจากนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำการจัดตั้งคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเพื่อพิจารณาจัดหา กำหนดอัตราการชดเชยค่าบริการ พิจารณาแผนการดูแลเฉพาะรายและโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่จัดโดยหน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/สถานบริการ) ที่เข้าร่วมในโปรแกรมการดูแลระยะยาว เพื่อของบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และร่วมยืนยันผลการดูแลเมื่อครบกำหนดที่ระยะเวลา 9 เดือน และ 1 ปี ร่วมกับหน่วยจัดบริการเพื่อขอรับสนับสนุนต่อจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

2.2 คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย 2) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่หรือผู้แทน 4) สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน 5) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในพื้นที่ 6) ผู้จัดการการดูแลระยะยาว 7) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและ 8) ปลัดองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข)

2.3 หน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการประจำ /หน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/ สถานบริการ) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมสำรวจและประเมินผู้สูงอายุทุกสิทธิ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังได้ผลการประเมินให้หน่วยจัดบริการลงทะเบียนในโปรแกรมการดูแลระยะยาวเพื่อส่งข้อมูลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพรายเขตตรวจสอบ ข้อมูลและส่งต่อยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างนั้นคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นพิจารณาเพื่อยืนยันโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและแผนการดูแต่ละรายพร้อมค่าบริการ 5,000 บาท/หัว/ปี ตามชุดบริการทางสุขภาพและสังคมในโปรแกรมการดูแลระยะยาวเพื่อขอรับประมาณในกองทุนการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อครบกำหนดที่ระยะเวลา 9 เดือนและ 1 ปีหลังมีการดูแล หน่วยจัดบริการจะทำการบันทึกและรายงานผลการดูแลตามแผนการดูแลเฉพาะรายลงในโปรแกรมการดูแลระยะยาวร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

2.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลในโปรแกรมการดูแลระยะยาวที่ผ่านเงื่อนไขและจัดสรรงบประมาณค่าบริการการดูแลระยะยาวในกองทุนการดูแลระยะยาวไปยัง 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่ดำเนินงานและ

บริหารจัดการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี และ 2) หน่วยบริการประจำ 100,000 บาท/แห่ง



ภาพ 2 แสดงขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการจากงบประมาณในกองทุนการดูแลระยะยาว

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562

3. ชุดบริการทางสุขภาพและสังคม

ชุดบริการทางสุขภาพและสังคม เป็นชุดบริการที่ใช้สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีการจัดบริการออกเป็น 2 ด้าน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข) ดังนี้

3.1 บริการด้านสาธารณสุข เช่น

3.1.1 บริการการตรวจคัดกรองและการประเมินความต้องการดูแล

3.1.2 บริการดูแลที่บ้านและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3) บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด บริการด้านการพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.2 บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้านและอื่นๆ

ภายหลังที่มีการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน ผลการวิจัยโดยนักวิชาการ พบข้อจำกัดด้าน

การเบิกจ่ายงบประมาณและบุคลากรขาดความมั่นใจในระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณในกองทุนการดูแลระยะยาว ไม่มีแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชนในเรื่องระบบการดูแลระยะยาว อีกทั้งขาดกลไกการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพการทำงานของผู้จัดการการดูแลระยะยาว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) และข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561) พบว่าในปีงบประมาณ 2559-2560 จำนวนผู้สูงอายุ 168,683 คน จัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายจำนวน 136,954 คน คิดเป็นร้อยละ 81.2 และการอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว เป้าหมายในปีงบประมาณ 2561 คือ 4,550 คน ผลการดำเนินงาน คือ 4,520 คน คิดเป็นร้อยละ 99.3 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ซึ่งอาจส่งผลต่อการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายที่เกี่ยวโยงไปยังการขออนุมัติงบประมาณค่าบริการที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ดังนั้นหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเร่งพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว เพื่อให้การดำเนินตามนโยบายแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในอนาคต

ผู้จัดการการดูแลระยะยาว

1. ความหมาย

จากการศึกษาเอกสารทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้จัดการการดูแลระยะยาว พบมีการใช้คำเรียกได้หลากหลาย เช่น ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข) ผู้จัดการการดูแลระยะยาว (Care Manager) (Case Management Society of America, 2010; Matsuda & Yamamoto, 2001; Pioneer network, 2011; The Canadian Home Care Association, 2005) โดยมีความหมายดังนี้ (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงความหมายของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในต่างประเทศและประเทศไทย

ชื่อผู้แต่ง/ปี	ความหมาย
Matsuda and Yamamoto (2001)	บุคคลที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการวางแผนการดูแลเฉพาะรายและบริการทั้งหมดสำหรับลูกค้าแต่ละราย
Pioneer Network (2011)	บุคคลที่ทำหน้าที่ประเมินความต้องการบริการเพื่อจัดการบริการที่จำเป็น ประสานงานและติดตามให้เป็นไปตามแผนการดูแลเฉพาะราย
The Canadian Home Care Association (2005)	บุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ช่วยในการระบุบริการและตัวเลือกที่เหมาะสม ตลอดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการให้กับลูกค้าและระบบ
Case Management Society in UK (2008)	บุคคลที่รับผิดชอบกระบวนการประเมินความร่วมมือ การวางแผน ประสาน ประเมินผลและการสนับสนุนทางเลือกและบริการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมของแต่ละบุคคลและครอบครัวผ่านทางการสื่อสารและทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อคุณภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่คุ้มค่า
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559ข)	ผู้ที่ทำหน้าที่ค้นหา ประเมิน ประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะรายให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดูแล รวมทั้งกำกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

เนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวนั้นต้องสอดรับกับความเป็นเอกลักษณ์ตามบริบทและวัฒนธรรมของประชาชนแต่ละประเทศ ส่งผลให้มีความหมายและบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่จะมาปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยสรุปความหมายของผู้จัดการการดูแลระยะยาว และเพื่อนำมาใช้ในการวิจัยที่เกี่ยวของกับบริบทของระบบการดูแลระยะยาวของไทย คือ ผู้ที่หน้าที่จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย ประสานและติดตามให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็นด้านสาธารณสุขและสังคม

2. การพัฒนาผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในต่างประเทศและประเทศไทย

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของแต่ละประเทศมีเป้าหมายเดียวกัน คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและมีชีวิตยืนยาวที่สุด แต่อาจแตกต่างกันในประเด็นวิธีการ งบประมาณและบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุเป้าหมาย รวมไปถึงกำลังคนที่นำมาใช้ในระบบการดูแลระยะยาว โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเทศ ดังนี้

2.1 ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นถือเป็นประเทศที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในเรื่องระบบการดูแลระยะยาวจนกลายเป็นต้นแบบของระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้กับหลายๆประเทศปัจจุบันปรับมาใช้เป็นระบบกองทุนประกันการดูแลระยะยาวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เพื่อปรับให้ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีระบบสวัสดิการที่ใช้ระบบจ่ายสมทบเข้ากองทุนประกันการดูแลระยะยาวแบบบังคับให้ร่วมจ่ายระหว่างผู้ที่มีรายได้ทุกคน รัฐบาลกลาง (ภาษีระดับชาติ สมทบร้อยละ 25.0) ท้องถิ่น (ภาษีท้องถิ่น สมทบร้อยละ 25.0) จ่ายเมื่อใช้บริการ (ร้อยละ 10.0 และค่าอาหาร) และเงินสมทบประกัน (ร้อยละ 50.0) (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) นับเป็นการขยับความรับผิดชอบการดูแลจากครอบครัวสู่รัฐบาลมากขึ้น โดยที่ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบในการจ่ายเงินสมทบและบริการ รวมทั้งการขยายอำนาจการจัดการสู่องค์กรท้องถิ่นในการจัดบริการทางสังคมมากขึ้น

ผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นที่ได้รับการประกันจะได้รับการดูแลและสนับสนุนจากสังคมโดยส่วนรวม (Campbell & Ikegami, 2000) มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและให้บริการดูแลระยะยาวที่มีคุณภาพ จัดระบบบริการที่ผู้รับบริการสามารถเลือกได้ ให้บริการด้านการสงเคราะห์สุขภาพ และการแพทย์ที่จำเป็นอย่างครอบคลุม ส่งเสริมหน่วยงานองค์กรเอกชนต่างๆ ร่วมให้บริการ สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่กำหนดชัดเจน คิดจากอายุและความพิการ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) เช่น การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและการบริการในสถานบริการ และการส่งเสริมวัฒนธรรมการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัว (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

จากการปรับมาใช้เป็นระบบกองทุนประกันการดูแลระยะยาวดังกล่าว ทำให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพขึ้นมาใหม่ เรียกว่า ผู้จัดการการดูแลระยะยาว (Thurkettle & Noji, 2003) ซึ่งต้องมีคุณสมบัติพื้นฐานคือ เป็นผู้ดูแลที่เข้าร่วมอบรม 45 ชั่วโมง ผ่านการทดสอบระดับจังหวัดและลงทะเบียนกับจังหวัดหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่ประเมิน จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย และติดตามการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยต้องรับการฝึกอบรมทุก 5 ปี เพื่อต่ออายุใบอนุญาต คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมคือ เป็นนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล พยาบาล

สาธารณสุข แพทย์ นักบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ ทันตแพทย์ ทันตแพทย์สุขศาสตร์ ฯลฯ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ปี (Houde, Gautam, & Kai, 2007)

2.2 สิงคโปร์

ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์เริ่มขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544 โดยรัฐบาลเป็นผู้ให้บริการหลักทั้งในด้านสุขภาพและสังคม เช่น บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืนและบริการสนับสนุนในชุมชน โดยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาล ชุมชน และครอบครัว มีการช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะเครียดในผู้ดูแลและมุ่งเน้นความร่วมมือจากหน่วยงาน องค์กรการกุศลและองค์กรทางศาสนาหรือองค์กรอาสาสมัคร รัฐบาลให้การอุดหนุนงบประมาณในการดำเนินการ การบริการเป็นระบบการจ่ายร่วม ผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่าย คือ ผู้สูงอายุ ครอบครัวชุมชนและรัฐบาล โดยกำหนดความรับผิดชอบในการดูแลหลัก คือ ครอบครัวและมีระบบให้การช่วยเหลือสำหรับผู้ที่ไม่มีครอบครัว (Mehta, 2002)

ต่อมาจำนวนผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้น รัฐบาลจึงได้ปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาวใหม่ โดยเสนอกรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังขึ้นใหม่และเปลี่ยนระบบการให้บริการ จากเดิมเป็นระบบการให้การดูแลภายใต้การจัดการ (Managed Care System) ซึ่งไม่เหมาะกับบริบททางสังคมของประเทศในแถบเอเชีย เป็นการให้การดูแลแบบผสมผสาน (Integrated Care) ภายใต้ระบบใหม่ที่เรียกว่า Regional Health Services (RHS) ที่เน้นการดูแลเชิงป้องกันและประคับประคองทั้งการบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยมีโรงพยาบาลที่มีการดูแลระยะเฉียบพลันเป็นศูนย์กลางที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ให้บริการสาธารณสุขอื่นๆ ได้แก่ แพทย์ทั่วไป นักคลินิกวิทยา โรงพยาบาลชุมชน สถานบริบาลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลที่บ้าน ผ่านการร่วมมือที่เป็นทางการและมีแผนการดูแลแบบผสมผสาน การจัดการการเงินมีหลายระดับหลายรูปแบบ ทั้งเงินอุดหนุนจากรัฐบาลซึ่งมีสัดส่วนสูงที่สุดตามด้วยเงินออมและการประกัน ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 รัฐบาลได้ขยายกรอบเงินอุดหนุนให้การดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลระยะยาว เพื่อให้ครอบคลุมครัวเรือนที่มีรายได้น้อยจนถึงปานกลางทุกครัวเรือน ส่งผลให้ประมาณสองในสามของครัวเรือนทั่วประเทศมีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนเมื่อต้องการใช้บริการการดูแล และยังมีระบบประกันภาวะทุพพลภาพรุนแรง Elder Shield ที่ให้การคุ้มครองทางการเงินแก่ประชาชนที่ต้องการการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพขั้นรุนแรงจะได้รับเงินสด เดือนละ 300 หรือ 400 สิงคโปร์ดอลล่าร์เพื่อสบทบเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบในการดูแลเอง นอกจากนั้นยังสามารถจ่ายเงินซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมได้หากต้องการได้รับเงินเพิ่มขึ้นหรือระยะเวลาคุ้มครองที่ยาวนานขึ้น (วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ และคณะ, 2559)

การเข้ารับบริการการดูแล ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถติดต่อผ่านหน่วยงานที่ประสานการส่งตัวผู้รับการดูแลไปยังระบบต่างๆ และเป็นหน่วยงานที่ได้รับเงินอุดหนุนผ่านกระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า Agency for Integrated Care หรือ AIC ระบบนี้เรียกว่า Singapore Program for Integrated Care for the Elderly (SPICE) ซึ่งเป็นระบบการบริการการดูแลในศูนย์ชนิดหนึ่งที่ได้มีการให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาว จัดบริการดูแลต่างๆ ทั้งทางด้านโภชนาการ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟู และบริการส่วนบุคคลภายใต้ความร่วมมือของแพทย์และโรงพยาบาลชุมชน จุดเด่นของ SPICE คือ การชะลอเวลาของผู้สูงอายุที่จะส่งไปยังบ้านพักคนชรา ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในบ้าน/ชุมชนที่คุ้นชินได้นานเท่าที่เป็นไปได้ (วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ และคณะ, 2559)

2.3 สหรัฐอเมริกา

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ระบบการดูแลระยะยาวมีรัฐบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านการให้ทุนในการจัดหาบริการดูแลชุมชนและครัวเรือนของรัฐ โดยผ่านโปรแกรมเมดิเคดและโปรแกรมเมดิแคร์ที่มีรัฐบาลเป็นผู้กำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์และข้อบังคับเพื่อให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของแต่ท้องถิ่นในการดูแล รัฐบาลจึงให้แต่ละรัฐกำหนดนโยบายสุขภาพและสังคม รวมทั้งออกแบบระบบการดูแลในชุมชนและในครัวเรือนของตนเอง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) ปัจจุบันสหรัฐอเมริกา ไม่มีระบบการประกันดูแลระยะยาวเหมือนในญี่ปุ่น แต่ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญในการจัดสถานบริบาล บ้านพักคนชราและการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเหล่านั้นเป็นหลัก งบประมาณที่นำมาใช้ในการจัดการสำหรับการดูแลระยะยาว คือ 1) การประกันความเสี่ยงด้วยตนเองผ่านการออมเงินไว้ใช้จ่ายในยามฉุกเฉิน 2) การประกันการดูแลระยะยาวของเอกชน 3) โปรแกรมเมดิเคดและ 4) โปรแกรมเมดิแคร์ (วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ และคณะ, 2559)

บริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การบริการดูแลที่บ้าน เป็นบริการช่วยครอบครัวหรือผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ 2) บ้านพักผู้สูงอายุ ที่ให้บริการเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน รวมไปถึงการให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 3) สถานบริบาลผู้สูงอายุ เป็นการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลและ 4) สถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน โดยระบบการให้บริการการดูแลระยะยาวของสหรัฐอเมริกา สรุปเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การจัดการรายกรณีแบบ All-Inclusive 2) ระบบการให้บริการการดูแลแบบ Guided 3) การจัดการดูแลแบบ Strengths model และ 4) แนวทางการจัดการบริการการดูแลของ Kaiser, Evercare และ Pfzier

โดยรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบ Guided เป็นรูปแบบการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งพบว่าการบริการรูปแบบนี้ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุและลดการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขได้จริง (Carrier, 2015 อ้างถึงใน วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ และคณะ,

2559) โดยภายใต้การจัดบริการการดูแลแบบ Guided มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านหลักสูตรการอบรมเพิ่มเติมของการดูแลแบบ Guided และอยู่ในหน่วยเวชปฏิบัติปฐมภูมิเป็นผู้ดูแลหลัก 1 คน เรียกว่า พยาบาลดูแลแบบไกด์ (Guided care nurse: GNC) ทำงานร่วมกับแพทย์ปฐมภูมิเพื่อดูแลผู้ป่วย 50-60 คนที่ต้องการการดูแลระยะยาวและมีความเสี่ยงสูงที่จะใช้บริการสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการดูแลดังนี้ (Wolff et al., 2009 อ้างถึงใน วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ และคณะ, 2559) 1) ประเมินผู้ป่วยที่บ้าน 2) กำหนดแผนการดูแลเฉพาะราย 3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการจัดการตนเอง 4) ประเมินดูแลสถานภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 5) ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 6) ประสานการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้านกับผู้ให้บริการการดูแล 7) อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนและ 8) ให้ความรู้และความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวผ่าน The Guided Care Program for Families and Friends (GCPFF)

2.4 อังกฤษ

ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศอังกฤษสามารถแบ่งบริการออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การให้บริการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านและชุมชน ประกอบด้วย การดูแลและการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน การให้บริการทางการพยาบาลในชุมชน การให้บริการดูแลระหว่างวันที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ การให้บริการดูแลมือและเท้า และการทำกายภาพบำบัดและ 2) การให้บริการในสถานพยาบาล ได้แก่ บ้านพักผู้สูงอายุ สถานบริบาลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีสถานดูแลระยะสุดท้ายเพื่อช่วยดูแลอาการเจ็บป่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากเท่าที่จะมากได้ และรัฐบาลอังกฤษได้ลงทุนพัฒนาที่อยู่อาศัยที่ให้การดูแลเป็นพิเศษ (ENEPRI, 2010 อ้างถึงใน วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ และคณะ, 2559)

การเข้ารับบริการการดูแลระยะยาวในอังกฤษ มีทั้งรูปแบบที่ประชาชนซื้อบริการโดยตรงจาก ผู้ให้บริการโดยแบกภาระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด และการได้รับบริการจากผู้ให้บริการโดยรัฐบาลใช้แหล่งเงินทุนจากภาษีอากรเป็นค่าใช้จ่าย มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันชัดเจนระหว่างการบริการสุขภาพโดย National Health Services โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบเพื่อให้สิทธิในการรับบริการกับทุกคนภายใต้ระบบการพยาบาลต่อเนื่องและการบริการการดูแลทางสังคมแบบคัดเลือก ซึ่งครอบคลุมบริการที่ไม่ใช่สุขภาพได้แก่ การดูแลที่บ้านและบริการช่วยเหลืองานบ้าน (เช่น การซื้อของ การเตรียมอาหาร) การช่วยเหลือกิจกรรมส่วนบุคคล (เช่น การแต่งตัว อาบน้ำ) การพยาบาล การบริการอาหาร บริการบำบัดประเภทต่างๆ รวมไปถึงการดูแลในสถาบันทั้งที่เป็นบ้านพัก คนชราและสถานบริบาลผู้สูงอายุ

ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอังกฤษ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การบริการดูแลที่บ้าน เป็นบริการช่วยครอบครัวหรือผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ 2) บ้านพักผู้สูงอายุ เป็นบริการเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันรวมไปถึงการให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 3) สถานบริบาลผู้สูงอายุ เป็นการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลและ 4) สถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน (CDC, 2016 อ้างถึงใน วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ และคณะ, 2559)

ระบบการให้บริการการดูแลระยะยาวในอังกฤษใช้ระบบเดียวกับใช้ในสหรัฐอเมริกา โดยมีเพิ่มเติมได้แก่ 1) Kaiser's Triangle 2) Evercare 3) Unique Care 4) NPDT Collaborative 5) Expert Patient Program 6) Pursuing Perfection และ 7) PARR Tool Developed by King's Fund เป็นการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่เรียกว่า Evercare ดำเนินการโดย United Healthcare ที่เป็นบริษัทประกันสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงภายใต้รูปแบบนี้ พยาบาลปฐมภูมิขั้นสูง (Advanced Primary Nurse) จะทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินความต้องการ ประสานการจัดบริการการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการ เพื่อรักษาสถานะทางสุขภาพ ลดจำนวนผู้เข้ารับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และช่วยลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย (วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ และคณะ, 2559)

2.5 ประเทศไทย

ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยนั้นใช้โครงสร้างการบริหารจัดการดูแล (Care Management) ซึ่งหมายถึง การจัดการดูแลเป็นชุดกิจกรรมที่มุ่งปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยและลดความจำเป็นในการให้บริการทางการแพทย์ โดยการเพิ่มการประสานการดูแล ลดความซ้ำซ้อนและช่วยผู้ป่วยและผู้ช่วยดูแลในการจัดการสภาวะสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพและควบคุมค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (Llanos, Rothstein, & Dyer, 2007) ในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นระยะแรกของการดำเนินการตามนโยบายระบบการดูแลระยะยาวที่อาศัยชุมชนเป็นฐานตามนโยบายของระบบสุขภาพอำเภอที่อาศัยการบูรณาการทรัพยากรในพื้นที่ร่วมกันดูแล โดยให้องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหลักในการบริหารจัดการและบูรณาการบริการต่างๆ ที่จะลงไปสู่ชุมชนได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) และพัฒนาบุคลากรที่เรียกว่า ผู้จัดการการดูแลระยะยาว เพื่อทำหน้าที่ค้นหา ประเมิน ประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะรายให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดูแล รวมทั้งกำกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการประเมินความต้องการจากหน่วยจัดบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ทำหน้าที่วางแผนการดูเฉพาะราย และมีคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นทำหน้าที่ประเมินแผนการดูแลเฉพาะรายและโครงการบริการการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุเป้าหมายได้รับบริการตามชุดบริการด้านสาธารณสุขและสังคม โดยมีอัตราค่าบริการ 5,000 บาท/หัว/ปี

จากข้อมูลการดูแลระยะยาวในต่างประเทศและประเทศไทย พบว่า ระบบการดูแลระยะยาวในแต่ละประเทศจะมีหลักและแนวทางในการดำเนินงานที่ต้องปรับให้เหมาะสมตามบริบทของสถานการณ์ และวัฒนธรรมการดำรงชีวิตของประชาชนในประเทศ เช่น สิงคโปร์ ความรับผิดชอบหลักเป็นของครอบครัว รัฐให้การช่วยเหลือในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ญี่ปุ่น ขยับความรับผิดชอบจากครอบครัวสู่รัฐมากขึ้น โดยใช้ระบบร่วมสมทบจ่ายเพื่อเข้ากองทุนประกันระหว่างผู้สูงอายุ ระหว่างรัฐบาลกลาง ท้องถิ่น และการจ่ายเมื่อใช้บริการ ส่วนอังกฤษและสหรัฐอเมริกาใช้เงินจากระบบภาษี ซึ่งมาจากรายได้ของรัฐโดยทั่วไปและจัดบริการให้สำหรับรายที่จำเป็นหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่านั้น ประเทศไทย ใช้ระบบการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน และบูรณาการทรัพยากรร่วมกัน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณค่าบริการในอัตรา 5,000 บาท/หัว/คน

ทั้งนี้ระบบการดูแลระยะยาว ต้องการบุคคลที่มีความสามารถในการบริหารจัดการการคิดหามาตรการช่วยเหลือด้วยการนำทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนมาปรับใช้ การประสานงานความร่วมมือต่างๆ จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและรับผิดชอบในการไกล่เกลี่ยทางการแพทย์และร่วมมือกับผู้ให้บริการอื่น ๆ ทั้งสหสาขาวิชาชีพและหลายๆ หน่วยงานร่วมดูแล ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลระยะยาวร่วมกันภายในชุมชน(Hirakawa, 2016) จึงทำให้หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย จำเป็นต้องมีบุคคลที่ทำหน้าที่ประสานงานการดูแลระหว่างสหสาขาวิชาชีพและหลายๆหน่วยงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุเป้าหมายเข้าถึงและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุเป้าหมายและครอบครัว ในญี่ปุ่นและสิงคโปร์ เรียกว่าผู้จัดการการดูแลระยะยาว อังกฤษและสหรัฐอเมริกา เรียกว่าพยาบาลดูแลแบบไกด์ ประเทศไทย เรียกว่าผู้จัดการการดูแลระยะยาว

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวช่วยลดผลกระทบด้านความเครียดของสมาชิกภายในครอบครัวได้ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตจากการที่มีการวางแผนการดูแลเฉพาะรายไว้ล่วงหน้าในผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย (Detering et al., 2010)) และสามารถลดต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลให้น้อยลงโดยที่ผู้สูงอายุยังสามารถได้รับการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Wideman, 2012) รวมทั้งส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ช่วยเหลือดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องที่บ้าน เช่น ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อผู้จัดการดูแลระยะยาว (Kuroda et al, 2007) และส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย (Carayon et al., 2015)

ทั้งนี้ ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่จะมาทำหน้าที่ในระบบการดูแลระยะยาวนั้น จำเป็นต้องมีการกำหนดคุณสมบัติ และผ่านการอบรม เช่น ในประเทศญี่ปุ่น ต้องเข้าอบรม 45 ชั่วโมง ผ่านการทดสอบระดับจังหวัดและลงทะเบียนกับจังหวัดหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยต้องได้รับการฝึกอบรมใหม่ทุกๆ 5 ปีเพื่อต่ออายุใบอนุญาต กำหนดคุณสมบัติสำหรับผู้ที่จะเข้ารับการอบรม คือ เป็นผู้ประกอบอาชีพ ดังนี้ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล พยาบาลสาธารณสุข แพทย์ นักบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ ทันตแพทย์ หรือทันตแพทย์สุขศาสตร์และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ปี (Houde et al., 2007) ประเทศสหรัฐอเมริกา รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบ Guided กำหนดให้พยาบาลดูแลแบบไกด์ ต้องผ่านหลักสูตรการอบรมเพิ่มเติมของการดูแลแบบ Guided และต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยเวชปฏิบัติปฐมภูมิ (Carrier, 2015 อ้างถึงใน วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ และคณะ, 2559) ส่วนประเทศไทยมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ดังนี้ 1) จบปริญญาตรี มีองค์ความรู้และประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้สูงอายุหรือเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด พยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หรือบุคลากรสาธารณสุขของท้องหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ 2) หากไม่ใช่บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้นและ 3) ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวที่ออกแบบโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข) ปัจุบันมีผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบการดูแลระยะยาว จำนวน 7,468 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

4.3 แผนการเรียนหลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว

หลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) มีเนื้อหาภาคทฤษฎีและฝึกสถานการณ์จำนวน 63 ชั่วโมง และฝึกปฏิบัติจริงจำนวน 7 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 70 ชั่วโมง รายละเอียดดังนี้

ตาราง 3 แสดงแผนการเรียนหลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว จำแนกเป็นจำนวนชั่วโมงทฤษฎีและปฏิบัติ

แผนการเรียน	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	รวม
1. สังคมผู้สูงอายุกับประเด็นปัญหา	2	0	2
2. หลักการพื้นฐานการบริหารจัดการพยาบาลดูแล (Care management)	2	0	2
3. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Care management)	2	0	2
4. ทรัพยากรสังคมสำหรับการบริหารจัดการ Care management และการใช้ให้เป็นประโยชน	2	0	2
5. เรียนรู้เทคนิคการสัมภาษณ์ในระบบ Care management	4	0	4
6. การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้สถานการณ์	2	0	2
7. งานการรับรู้เหตุการณ์ (Intake Work)	1	0	1
8. ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมิน	2	0	2
9. การประเมินสภาวะตามบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disabilities and Health; ICF)	4	0	4
10.ฝึกปฏิบัติจากกรณีตัวอย่าง	1	0	1
11.ความเข้าใจประเด็นปัญหาการดำรงชีวิตกับขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือ	14	0	14
12.การฝึกปฏิบัติจากกรณีตัวอย่างในประเด็น	0	7	7
13.สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้	1	0	1
14.บทบาทและจริยธรรมของผู้จัดการการดูแลระยะยาว	1	0	1
15.การศึกษาดูงานและปฏิบัติงานจริงในสถานบริการและชุมชน	0	7	7
16.การวัดผลและการประเมินผลการศึกษา	4	0	4
รวม	**56**	**14**	**70**

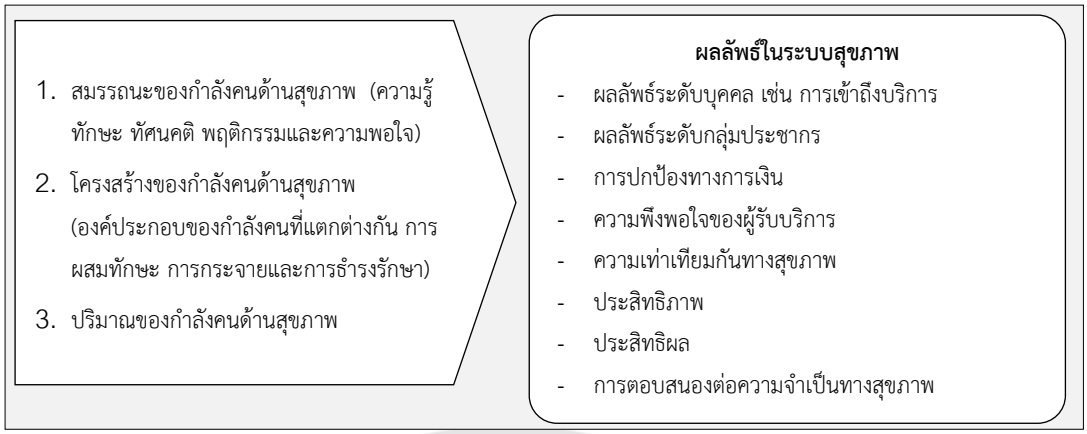
ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558

หลักสูตรการอบรมเน้นให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องการดูแลเพื่อนำไปปฏิบัติงานได้ตามบทบาทและหน้าที่ที่กำหนดไว้ คือ วิเคราะห์อุปสรรคการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลผู้เป็นเป้าหมาย แนะนำบุคคลผู้เป็นเป้าหมายใช้ทรัพยากรทางสังคมที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ วิเคราะห์ทรัพยากรทางสังคม สุขภาพ ขอความช่วยเหลือ ประสานงานเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล ความเสมอภาพ ความเป็นกลางในการช่วยเหลือ จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย เตรียมงานตามแผนดูแลเฉพาะรายและเริ่มปฏิบัติ (Implementation) กำกับการดูแล

(Monitoring) ประเมิน (Evaluation) และทบทวน (Revising) แผนการดูแลเฉพาะราย เป็นพี่เลี้ยงและจัดการมอบหมายแผนการดูแลเฉพาะรายให้ผู้ช่วยหลือเดูแลผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข)

จากสภาพแวดล้อมและตลาดการแข่งขันที่เพิ่มขึ้น ทำให้หน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพและวิชาชีพด้านสุขภาพจำนวนมากเริ่มพิจารณาใช้แนวทางการศึกษาที่เน้นสมรรถนะ (Competency-Based Education) เพื่อใช้วางแผนกำลังคนและตำแหน่งงาน (Calhoun, Davidson, Sinioris, Vincent, & Griffith, 2002)โดยออกแบบหลักสูตรตามแนวคิดและกำหนดเกณฑ์ความสามารถที่ผู้เรียนพึงปฏิบัติได้ โดยไม่ได้มุ่งเน้นความรู้หรือเนื้อหาวิชาเพราะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา แต่มุ่งพัฒนาในด้านทักษะความสามารถ เจตคติและค่านิยมที่มีประโยชน์ต่อชีวิตประจำวันและอนาคตของผู้เรียนในอนาคต (Tongkeo, 2008; เพ็ญศิริ โฉมกาย, สมศรี สิงห์ลพ, และปริญญา ทองสอน, 2562) การศึกษาของ Lucia & Lepsinger (1999) สะท้อนว่าประโยชน์ของการศึกษาและการฝึกอบรมที่เน้นความสามารถ คือ 1) การสรรหา 2) การศึกษาการฝึกอบรมและการพัฒนา 3) การประเมินผลการปฏิบัติงานและ 4) การสืบทอดตำแหน่ง เพราะระบบการศึกษาที่เน้นความสามารถมีประโยชน์อย่างยิ่งในด้าน 1) ทำให้เป้าประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาและการฝึกอบรมชัดเจนขึ้น 2) ช่วยระบุช่องว่างของหลักสูตรการฝึกอบรมและการพัฒนา 3) ช่วยจับคู่องค์ประกอบที่สอดคล้องกับความคาดหวังของตลาดแรงงาน 4) อำนวยการระหว่างผู้ฝึกสอนและครูพี่เลี้ยงเกี่ยวกับประสบการณ์การฝึกอบรมและ 5) ช่วยขับเคลื่อนสำหรับการวิพากษ์และการประเมินผลของเป้าหมายตลอดการพัฒนาสู่เส้นทางของมืออาชีพอย่างต่อเนื่อง (Bernstein, 2001)

ทั้งนี้การทำงานด้านการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุเป็นศาสตร์ที่มีความความแตกต่างเป็นเอกลักษณ์ซึ่งแตกต่างจากการการดูแลสุขภาพแบบเฉียบพลันหรือผู้ป่วยนอก จึงจำเป็นต้องใช้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านดังกล่าวที่แท้จริง โดยสิ่งที่สามารถสะท้อนความเชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะยาว คือ สมรรถนะ ((Mary & Robyn, 2009) จากกรอบแนวคิดของ Tudor Car et al. (2018) พบว่า สมรรถนะของกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลลัพธ์ในระบบบริการสุขภาพ ในขณะที่โครงสร้างของกำลังคนด้านสุขภาพมีความแตกต่าง เช่น องค์ประกอบของกำลังคน การผสมทักษะระหว่างวิชาชีพและการกระจายและการธำรงรักษา (ภาพ 3) และผลการจิจัยของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) พบว่า ผู้ที่เข้ารับการอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.0 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ พยาบาล นักกายภาพบำบัดหรือนักวิชาการสาธารณสุข และร้อยละ 5.0 ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น นักสังคมสงเคราะห์หรือเจ้าหน้าที่ด้านอื่นของท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ



ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดของการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ในระบบบริการสุขภาพ

ที่มา: ประยุกต์จาก Tudor Car et al., 2018

จากข้อมูลข้างต้น ทำให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ซึ่งนับเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ได้รับการผลิตมาปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวของไทยที่ประกอบไปด้วยกำลังคนที่มีความหลากหลายทางวิชาชีพ ย่อมต้องมีสมรรถนะที่กำหนดเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ เพราะความรู้และทักษะที่ได้จากการอบรมเป็นเพียงพื้นฐานที่จะก่อให้เกิดสมรรถนะในอนาคต หากบุคคลสามารถไปปฏิบัติจนประสบความสำเร็จในงานได้ จึงจะนับว่ามีสมรรถนะเกิดขึ้น (McClelland, 1973) โดยต้องใช้มือเครื่องมือประเมินเพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาบุคลากรในระบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้นมาตามแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดต่อไป

สมรรถนะ

1. ความหมาย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายของสมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะที่มีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถผลิตผลงานที่มีประสิทธิภาพหรือผลงานที่ดีเยี่ยมได้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2539)

สมรรถนะ หมายถึง บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ (McClelland, 1973)

สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะที่ทุกคนมีและใช้อย่างเหมาะสมเพื่อผลักดันให้ผลการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมาย ซึ่ง คุณลักษณะเหล่านี้ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ บุคลิกภาพ แรงจูงใจทางสังคม ลักษณะนิสัยส่วนบุคคล ตลอดจน รูปแบบความคิดและวิธีคิด ความรู้สึกและการกระทำ (Dubois & Rothwell, 2004)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสมรรถนะ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการประยุกต์ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะอื่นๆ เช่น ความรู้สึก แรงจูงใจ และความต้องการเพื่อปฏิบัติงานที่รับผิดชอบให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ประเภทของสมรรถนะ

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2548) ได้แบ่งประเภทของออกเป็น 2 ประเภทไว้ ดังนี้

2.1 สมรรถนะองค์การ หมายถึง สมรรถนะหรือขีดความสามารถโดยรวมขององค์การ เกิดจากการรวมความสามารถบุคคลและความสามารถขององค์การ ผสมผสานทั้งทักษะและเทคโนโลยีทั้งมวลขององค์การเข้าไว้ด้วยกัน เป็นแนวทางให้องค์การสามารถนำไปสู่การสร้างหรือการมีโอกาสในความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคต ชื่อสมรรถนะองค์การที่กำหนดขึ้นเป็นรากฐานสำคัญที่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ (ผลผลิต+บริการ) ขององค์การได้

2.2 สมรรถนะหลักของบุคคล หมายถึง สมรรถนะหรือขีดความสามารถที่เป็นคุณสมบัติของบุคลากรทุกคนในองค์การเดียวกันต้องมีร่วมกัน เพื่อให้บรรลุความสำเร็จขององค์การ นอกจากสมรรถนะหลักที่ทุกคนต้องมีเหมือนกันแล้ว บุคลากรทุกคนยังต้องมีสมรรถนะในงานหรือสมรรถนะที่เกี่ยวกับงาน (Functional Competency) ซึ่งเป็นสมรรถนะหรือขีดความสามารถของบุคคลที่ปฏิบัติงานในแต่ละด้านเพื่อให้การปฏิบัติงานสำเร็จและได้ผลผลิตตามที่องค์การต้องการ สมรรถนะหลักของบุคคลแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.21 มรรถนะร่วมกลุ่มงาน เป็นคุณลักษณะหรือขีดความสามารถร่วมของบุคลากรทุกตำแหน่งในกลุ่มงานหรือในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันที่ต้องมี

2.22 สมรรถนะเฉพาะตำแหน่งงาน เป็นคุณลักษณะหรือขีดความสามารถเฉพาะของแต่ละตำแหน่งในกลุ่มงานนั้นๆ

ทั้งนี้ การกำหนดประเภทของสมรรถนะของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนเป็นสมรรถนะทั่วไปของข้าราชการ ซึ่งแตกต่างกับบริบทการทำงานในระบบการดูแลระยะยาวที่ต้องดูแลทางสุขภาพและสังคมร่วมกัน เช่น การพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะรายแบบสหวิทยาการ การบูรณาการระหว่างการดูแลแบบไม่เป็นทางการกับการดูแลที่เป็นทางการร่วมกับสภาพแวดล้อมต่างๆเข้าด้วยกัน รวมทั้งการมีผู้ปฏิบัติงานที่ไม่มีใบอนุญาตและต้องทำภาระงานด้านการพยาบาล จึงทำให้การกำหนดสมรรถนะหลักที่จำเพาะของสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลด้านระยะยาวมีความจำเป็น (Mary & Robyn, 2009)

3. สมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในต่างประเทศ

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในต่างประเทศ พบว่า หากผู้จัดการการดูแลระยะยาว ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสมรรถนะที่กำหนดคือ 1) ภาวะผู้นำและการแก้ไขปัญหา 2) การประสานงาน 3) การทำงานเป็นทีม 4) ความเป็นมืออาชีพ 5) การวางแผนงานและ 6) การจัดการ หากปฏิบัติงานในสถานบริการ สมรรถนะที่กำหนดเพิ่มคือ ด้านความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในการรักษา และหากปฏิบัติงานในชุมชน สมรรถนะที่กำหนดเพิ่มคือ ด้านค่านิยมและทัศนคติ และด้านความสามารถทางวัฒนธรรม โดยมีรายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว

สถานที่ปฏิบัติงาน	สมรรถนะที่ควรมี	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง/ปี
1. ในสถานพยาบาล	1) การสื่อสารและการจัดการความสัมพันธ์ 2) ความเป็นมืออาชีพ 3) ความเป็นผู้นำ 4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม 5) ทักษะและความรู้ทางธุรกิจ	Common competencies for all healthcare managers: The Healthcare Leadership Alliance model. (Stefl, 2008))
	1) ความเชี่ยวชาญด้านการจัดการ 2) ผู้สื่อสารความหมาย 3) ผู้ประสานงาน 4) ผู้นำ 5) ผู้จัดการ 6) การสนับสนุน 7) ความเป็นมืออาชีพ	Canadian Core Competency Profile for Case Management Providers. (National Case Management Network, 2012)
	1) การวางแผนและการลำดับความสำคัญ 2) การสื่อสาร 3) การสร้างทีม 4) ภาวะผู้นำ 5) การแก้ไขปัญหา 6) การประเมินประสิทธิภาพ	Core competencies for primary health care management. (Santric Milicevic et al., 2009)
	1) ความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามวิชาชีพ 2) การสื่อสาร (ด้วยวาจา) 3) ทักษะการเป็นผู้นำและแก้ปัญหาความขัดแย้ง 4) การสร้างทีม	Leadership objective C Competencies Required of Nurse Managers. Canadian Nurse Association. (Jeans & Rowat, 2005)

ตาราง 4 (ต่อ)

สถานที่ปฏิบัติงาน	สมรรถนะที่ควรมี	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง/ปี
	1) การปฏิบัติในการสะท้อนความเป็นผู้นำ 2) ความหลากหลาย 3) ความเป็นผู้นำ / การจัดการทรัพยากรมนุษย์ 4) การบริหารความสัมพันธ์ 5) การปรับปรุงประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา	Through the Eyes of Nurse Managers in Long-Term Care: Identifying Perceived Competencies and Skills. (Dever, 2018)
2. ในชุมชน	1) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ: การสร้างทีม การสื่อสาร อำนาจและการเจรจาต่อรอง ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการ ทิศทางการบริหารจัดการและการออกแบบ 2) ความสามารถในการบริหารจัดการ: ความร่วมมือ ความสามารถทางวัฒนธรรม	Leadership and Management Skills for Long-Term Care. (Sullivan-Marx & Gray-Miceli, 2008)
	นักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานด้านการดูแลระยะยาว คือ 1) ผลกระทบทางสังคมและอารมณ์ของความเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจหรือความพิการ 2) การรักษาและการเสริมสร้างการทำงานทางร่างกายและสังคม 3) ส่งเสริมเงื่อนไขที่จำเป็นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการให้บริการดูแลสุขภาพในระยะยาว 4) ป้องกันความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจและความพิการที่เพิ่มขึ้น การส่งเสริมและการรักษาสุขภาพกายและสุขภาพจิต	Examining Competencies for the Long-Term Care Workforce: A Status report and Next Steps. (Mary & Robyn, 2009)
	1) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ: การสร้างทีม การสื่อสาร อำนาจและการเจรจาต่อรอง ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการ ทิศทางการบริหารจัดการและการออกแบบ 2) ความสามารถในการบริหารจัดการ: ความร่วมมือ 3) ความสามารถทางวัฒนธรรม	Leadership and Management Skills for Long-Term Care. (Sullivan-Marx & Gray-Miceli, 2008)
	1) ค่านิยมและทัศนคติ 2) ความร่วมมือ: การทำงานร่วมกันและการสนับสนุน 3) เป็นผู้นำ จัดระบบ จัดการ และปรับปรุงการดูแล 4) ความรู้และทักษะในการให้การดูแล	Workforce Competency Framework: Enhanced Health in Care Homes. (Thompson et al., 2018)

ตาราง 4 (ต่อ)

สถานที่ปฏิบัติงาน	สมรรถนะที่ควรมี	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง/ปี
	6) การปฏิบัติในการสะท้อนความเป็นผู้นำ 7) ความหลากหลาย 8) ความเป็นผู้นำ / การจัดการทรัพยากรมนุษย์ 9) การบริหารความสัมพันธ์ 10) การปรับปรุงประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา	Through the Eyes of Nurse Managers in Long-Term Care: Identifying Perceived Competencies and Skills. (Dever, 2018)
3. ในสถานดูแลผู้สูงอายุ	1) ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในการรักษา 2) การสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์ 3) ภาวะผู้นำ 4) 4) หลักการของอาชีพ 5) การจัดการธุรกิจ	Required Competencies for Nurse Managers in Geriatric Care. (Merav & Ronit, 2016)

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้จัดการการดูแลระยะยาวเหมือนกัน แต่หากที่ปฏิบัติในบริบทหน่วยงานที่แตกต่างกันหรือดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกัน ส่งผลให้สมรรถนะในการทำงานแตกต่างกัน ทั้งนี้การกำหนดสมรรถนะที่เหมาะสมต่อบทบาทและหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ของประเทศไทยที่ต้องปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอ จึงควรต้องมีการค้นหาและกำหนดสมรรถนะที่เหมาะสม เพื่อสามารถนำผลไปวิเคราะห์และวางแผนพัฒนากำลังคนในที่สอดรับต่อไป

4. หลักสูตรการอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว

สมรรถนะมีความจำเป็นในการที่จะผลิตกำลังคนให้ตอบสนองต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ซับซ้อน (Mary & Robyn, 2009) ดังนั้นในการพัฒนาหลักสูตรการอบรมที่ใช้สมรรถนะเป็นฐาน (Competency Base Training) ซึ่งหมายถึง การจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับ Competency model ของหน่วยงานหรือองค์กรเพื่อลด Competency gap และพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถในระดับที่หน่วยงานคาดหวัง (สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ, 2550)

จากข้อมูลการอบรม Certified Health Care Manager™ Program ของโรงเรียน RUTGERS ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้เกิดความสำเร็จแก่ผู้จัดการการดูแลระยะยาวสุขภาพและผู้นำ รวมถึงองค์กรที่ให้บริการโดยโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 3 ส่วน รวม 30 แผนการสอน (Module) ตามตาราง 5 (RUTGERS School of Management and Labor Relations, 2019)

ตาราง 5 แสดงการอบรม Certified Health Care Manager™ Program ของ RUTGERS School of Management and Labor Relations ในประเทศสหรัฐอเมริกา

ส่วนที่	รายละเอียดแผนการสอน	ระยะเวลา (ชั่วโมง)
1. ภูมิทัศน์การดูแลสุขภาพ	1) ระบบการดูแลสุขภาพของสหรัฐอเมริกาองค์กรและผู้มีส่วนได้เสีย	3
	2) สุขภาพของประชากร	3
	3) ค่านิยม; ความคิดริเริ่มด้านการดูแลสุขภาพ	3
	4) กฎหมายตราสัญลักษณ์ (เช่น Aca, HiTECH) และนโยบาย	3
	5) การคุ้มครองผู้บริโภค	3
	6) การกำกับดูแลภายในอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพ	3
	7) การดูแลสุขภาพข้ามวัฒนธรรมและความสามารถทางวัฒนธรรม	3
	8) คุณภาพการดูแลและพลวัตของระบบ	3
	9) การตลาดด้านการดูแลสุขภาพ: การบูรณาการนโยบายและเทคโนโลยี	3
	10) ระบบการดูแลสุขภาพเปรียบเทียบของประเทศอื่น	3
	11) คุณภาพการดูแลและพลวัตของระบบ	3
	12) การตลาดด้านการดูแลสุขภาพ: การบูรณาการนโยบายและเทคโนโลยี	3
	13) ระบบการดูแลสุขภาพเปรียบเทียบของประเทศอื่น	3
	14) คุณภาพการดูแลและพลวัตของระบบ	3
	15) การตลาดด้านการดูแลสุขภาพ: การบูรณาการนโยบายและเทคโนโลยี	3
	16) ระบบการดูแลสุขภาพเปรียบเทียบของประเทศอื่น	3
2. ความเป็นผู้นำและการจัดการความสัมพันธ์	1) รูปแบบความเป็นผู้นำ	-
	1.1) ลักษณะต่างๆที่นำไปสู่ความสำเร็จ	
	1.2) กลยุทธ์และการดำเนินการ	
	2) การเรียนรู้บทบาทการจัดการ	-
	2.1) ผู้นำทีมที่มีประสิทธิภาพสูง	

ตาราง 5 (ต่อ)

ส่วนที่	รายละเอียดแผนการสอน	ระยะเวลา (ชั่วโมง)
	3) การจัดการความสัมพันธ์และความฉลาดทางอารมณ์	-
	4) การทำงานร่วมกันแบบมืออาชีพ	-
	5) การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นบวกและสร้างแรงบันดาลใจ	-
	5.1) การวางแผนการให้คำปรึกษาและการพัฒนาความสามารถพิเศษ	
	6) การจัดการประสิทธิภาพและความรับผิดชอบ	-
	6.1) การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนปรับปรุง	
	7) การตัดสินใจการจัดการความขัดแย้งและการเจรจาต่อรอง	-
	8) การสื่อสารเพื่อผลลัพธ์	-
	9) การจัดการการเปลี่ยนแปลง	-
	10) ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม	
3. ไหวพริบทางธุรกิจ	1) พันธมิตรและความสัมพันธ์ระหว่างบริษัท	-
	2) การจัดการห่วงโซ่อุปทาน	-
	3) การตลาดและการประชาสัมพันธ์	-
	4) การจัดการทรัพยากรมนุษย์และแรงงานสัมพันธ์	-
	5) การบริหารความเสี่ยง	-
	6) คุณภาพและความน่าเชื่อถือ	-
	7) เทคนิคและเครื่องมือในการปรับปรุงกระบวนการ	-
	8) การตัดสินใจทางการเงิน	-
	9) การใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	-
	10) การจัดการโครงการ	-

เมื่อวิเคราะห์การจัดอบรมที่ใช้หลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ตามคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) มีเนื้อหาภาคทฤษฎีและฝึกสถานการณ์ จำนวน 63 ชั่วโมง และฝึกปฏิบัติจริง จำนวน 7 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 70 ชั่วโมง พบว่า เนื้อหามีความเกี่ยวข้องกับความรู้ และทักษะ มีการประเมินหลังการอบรมซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้ ดังนั้นการกำหนดสมรรถนะและสร้างเครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะการดูแลระยะยาวของผู้จัดการการดูแลระยะยาว จึงเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไป เนื่องจากเป็นช่องทางหนึ่งในการผลิตกำลังคนให้มีคุณภาพรองรับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นในอนาคต โดยเนื้อหาของการอบรมและรูปแบบวิธีการประเมินผล ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงเนื้อหาและวิธีการประเมินผลตามคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เนื้อหา/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (ชั่วโมง)		รูปแบบวิธีการประเมินผล
	บรรยาย	ปฏิบัติ	
แผนการสอนที่ 1 สังคมผู้สูงอายุกับประเด็นปัญหา **วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงการสร้างประชากรผู้สูงอายุสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ และตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. บอกถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบัน 2. อธิบายถึงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยไทยได้ 3. อธิบายเกี่ยวกับสถานะสุขภาพผู้สูงอายุและเหตุผลความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุได้ **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย และถามถามคำถามกลุ่มใหญ่	ทฤษฎี 2	 0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ
แผนการสอนที่ 2 หลักการพื้นฐานการบริหารจัดการพยาบาลดูแล (Care management) **วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในนิยามโครงสร้างและหลักการพื้นฐานของ Care management หลักการเคารพสิทธิมนุษยชนการยกระดับคุณภาพชีวิต และการควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost control) **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. บอกถึงนิยาม และ อธิบายถึงโครงสร้างของ Care management ได้ 2. อธิบายหลักการพื้นฐานของ Care management หลักการเคารพสิทธิมนุษยชน การยกระดับคุณภาพชีวิตและการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย และถามถามคำถามกลุ่มใหญ่	ทฤษฎี 2	 0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ

ตาราง 6 (ต่อ)

เนื้อหา/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (ชั่วโมง)		รูปแบบวิธีการประเมินผล
	บรรยาย	ปฏิบัติ	
แผนการสอนที่ 3 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Care management) **วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในองค์ประกอบและขั้นตอนการการปฏิบัติงานตามกระบวนการ Care management 7 ขั้นตอน และวิธีเกี่ยวกับ Reflection ซึ่งมีความสำคัญและมีความจำเป็นในการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. อธิบายถึงขั้นตอนการปฏิบัติงานตามกระบวนการ Care management 7 ขั้นตอนการ 2. อธิบายถึงวิธีคิดเกี่ยวกับ Reflection ได้ **รูปแบบการ:** การบรรยาย และถามถามคำถามกลุ่มใหญ่	ทฤษฎี 2	 0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ
แผนการสอนที่ 4 ทรัพยากรสังคมสำหรับการบริหารจัดการ (Care management) และการใช้ให้เป็นประโยชน์ **วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในบริการพยาบาลดูแลกับการใช้ทรัพยากรการจำแนกประเภทของทรัพยากรวิธีนำทรัพยากรต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสมกับความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. บอกบริการพยาบาลดูแลกับการใช้ทรัพยากรได้ 2. อธิบายถึงการจำแนกประเภทของทรัพยากร และวิธีนำทรัพยากรต่างๆมาใช้อย่างเหมาะสมกับความต้องการด้านร่างการ ด้านจิตใจ และด้านสังคมได้ **รูปแบบการสอน:** การบรรยาย ถามตอบคำถามกลุ่มใหญ่ และการฝึกทำแบบทดสอบเกี่ยวกับทรัพยากร	ทฤษฎี 2	 0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ

ตาราง 6 (ต่อ)

เนื้อหา/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (ชั่วโมง)		รูปแบบวิธีการประเมินผล
	บรรยาย	ปฏิบัติ	
แผนการสอนที่ 5 เรียนรู้เทคนิคการสัมภาษณ์ในระบบ (Care management) **วัตถุประสงค์ทั่วไป :** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการรับฟังและวิธีการถ่ายทอดที่ช่วยยกระดับทักษะการสื่อสารเทคนิคการใช้อากัปกิริยาการทำความเข้าใจ การแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertion) และการแสดงออกอย่างเหมาะสมในรูปของสิทธิมนุษยชน **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. อธิบายถึงการรับฟังและวิธีการถ่ายทอดที่ช่วยยกระดับทักษะการสื่อสารได้ 2. อธิบายเทคนิคการใช้อากัปกิริยาการทำความเข้าใจ การแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertion) ได้ 3. อธิบายถึงการแสดงออกอย่างเหมาะสมในรูปของสิทธิมนุษยชนได้ **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย และถามถามคำถามกลุ่มใหญ่	ทฤษฎี 4	 0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ
แผนการสอนที่ 6 การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้สถานการณ์ **วัตถุประสงค์ทั่วไป :** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการที่เราจะค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือได้อย่าง การ Screening ลักษณะพิเศษของผู้รับการช่วยเหลือ และระดับความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ Care management **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. อธิบายถึงการที่เราจะค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือได้ 2. อธิบายการ Screening ลักษณะพิเศษของผู้รับการช่วยเหลือได้ 3. อธิบายถึงระดับความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ Care management **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย และถามถามคำถามกลุ่มใหญ่	ทฤษฎี 2	 0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ

ตาราง 6 (ต่อ)

เนื้อหา/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (ชั่วโมง)		รูปแบบวิธีการประเมินผล
	บรรยาย	ปฏิบัติ	
แผนการสอนที่ 7 งานการรับรู้เหตุการณ์ (Intake Work) **วัตถุประสงค์ทั่วไป :** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการรับการยื่นเรื่อง รวบรวมข้อมูล การรับรู้เรื่องราว (Intake Work) ในความเป็นจริง เทคนิคการสัมภาษณ์และการจดบันทึก **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. อธิบายถึงการรับ การยื่นเรื่อง และการรวบรวมข้อมูลได้ 2. อธิบายถึงการรับรู้เรื่องราว (Intake Work) ในความเป็นจริงได้ 3. บอกถึงเทคนิคการสัมภาษณ์และการจดบันทึก **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย ถามตอบคำถามกลุ่มใหญ่ ฝึกปฏิบัติจดบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง และฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์และจดบันทึก	ทฤษฎี 1	0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ
แผนการสอนที่ 8 ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมิน **วัตถุประสงค์ทั่วไป :** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในความหมายและจุดมุ่งหมายของการประเมิน Care manager พิจารณาผ่านการประเมินและข้อควรระวังในการประเมิน **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. บอกความหมายและจุดมุ่งหมายของการประเมินได้ 2. อธิบายสิ่งที่ Care manager พิจารณาผ่านการประเมินได้ 3 บอกถึงข้อควรระวังในการประเมินได้ **รูปแบบการสอน:** การบรรยาย ฝึกปฏิบัติจดบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง ฝึกปฏิบัติเทคนิคการสัมภาษณ์และจดบันทึก และถามตอบ	ทฤษฎี 2	0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบรายบุคคลและรายกลุ่ม

ตาราง 6 (ต่อ)

เนื้อหา/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (ชั่วโมง)		รูปแบบวิธีการประเมินผล
	บรรยาย	ปฏิบัติ	
แผนการสอนที่ 9 การประเมินสภาวะตามบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disabilities and Health: ICF) **วัตถุประสงค์การเรียนรู้ :** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจ ในประวัติความเป็นมาคีย์เวิร์ดเพื่อความ เข้าใจ ICF การเปรียบเทียบ ICD กับ ICF แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในหลายๆ ด้าน : การทำงาน (functioning) ปฏิกิริยาซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยโครงสร้าง ICF **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. บอกประวัติความเป็นมาได้ และอธิบายคีย์เวิร์ดเพื่อความเข้าใจ ICF ได้ 2. อธิบายเปรียบเทียบ ICD กับ ICF ได้ 3. บอกแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในหลายๆ ด้าน: การทำงาน (functioning) ได้ 4. อธิบายปฏิกิริยาซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยโครงสร้าง ICF ได้ **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย การอภิปราย การฝึกปฏิบัติรายบุคคลและรายกลุ่ม และถามตอบรายบุคคล และรายกลุ่ม	ทฤษฎี 4	 0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบรายบุคคลและรายกลุ่ม
แผนการสอนที่ 10 การแบ่งประเภทผู้สูงอายุเพื่อการดูแล (Typology for Aged with Illustration: TAI) **วัตถุประสงค์ทั่วไป :** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ TAI คืออะไร, ทำงานอย่างไร, ทำไมถึงใช้ TAI เป็นเครื่องมือในการจำแนกผู้สูงอายุตาม TAI **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. อธิบายถึงเครื่องมือ TAI คืออะไรได้ 2. อธิบายถึงการทำงานของเครื่องมือ TAI ได้ 3. อธิยายถึงเหตุผลทำไมถึงใช้ TAI เป็นเครื่องมือในการจำแนกผู้สูงอายุได้ **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย การอภิปราย การแสดงบทบาทสมมติ และถามตอบ คำถามกลุ่มใหญ่	ทฤษฎี 14	 0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ

ตาราง 6 (ต่อ)

เนื้อหา/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (ชั่วโมง)		รูปแบบวิธีการประเมินผล
	บรรยาย	ปฏิบัติ	
แผนการสอนที่ 11 ฝึกปฏิบัติจากกรณีตัวอย่าง **วัตถุประสงค์ทั่วไป :** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการรับเรื่อง รับข้อมูลทางโทรศัพท์การจับประเด็นวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความรู้สึกของผู้สูงอายุ เป้าหมาย ผู้เกี่ยวข้อง และการให้ได้มาซึ่งข้อเท็จจริงสำหรับการนัดหมายไปเยือนที่บ้านเพื่อติดตามข้อมูลและข้อเท็จจริงในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมายและครอบครัว **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. บอกถึงการจับใจความจากการรับข้อมูลทางโทรศัพท์ได้ และอธิบายถึงเทคนิคการรับโทรศัพท์และการเป็นผู้ฟังที่ดีได้ 2. อธิบายถึงขั้นตอนการรับโทรศัพท์ถึงการเยือนดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เทคนิคการสัมภาษณ์ได้ 3. อธิบายถึงการวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้สึก ของผู้สูงอายุเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้องได้ **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ บทบาทสมมติ และถามตอบคำถามกลุ่มใหญ่	ทฤษฎี 1	 0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ
แผนการสอนที่ 12 ความเข้าใจประเด็นปัญหาการดำรงชีวิตกับขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือ **วัตถุประสงค์ทั่วไป :** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการรับเรื่อง รับข้อมูลทางโทรศัพท์ การจับประเด็นวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความรู้สึกของผู้สูงอายุเป้าหมาย ผู้เกี่ยวข้อง และการให้ได้มาซึ่งข้อเท็จจริงสำหรับการนัดหมายไปเยือนที่บ้านเพื่อติดตามข้อมูลและข้อเท็จจริงในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมายและครอบครัว **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. บอกถึงการจับใจความจากการรับข้อมูลทางโทรศัพท์ได้ และอธิบายถึงเทคนิคการรับโทรศัพท์และการเป็นผู้ฟังที่ดีได้ 2. อธิบายถึงขั้นตอนการรับโทรศัพท์ถึงการเยือนดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เทคนิคการสัมภาษณ์ได้ 3. อธิบายถึงการวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้สึกของผู้สูงอายุเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้องได้ **รูปแบบการสอน :**การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ บทบาทสมมติ และถามตอบคำถามกลุ่มใหญ่	ทฤษฎี 14	 0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ

ตาราง 6 (ต่อ)

เนื้อหา/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (ชั่วโมง)		รูปแบบวิธีการประเมินผล
	บรรยาย	ปฏิบัติ	
แผนการสอนที่ 13 การฝึกปฏิบัติจากกรณีตัวอย่างในประเด็น **วัตถุประสงค์ทั่วไป :** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ประเด็นปัญหา การดำรงชีวิตเป้าหมายการดำรงชีวิตเนื้อหาการช่วยเหลือและการบันทึกเพื่อจัดทำแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมายและครอบครัวได้ตามความต้องการ และมีความเหมาะสม คุ้มค่าคุ้มทุน **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. อธิบายถึงปัญหาการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป้าหมายและครอบครัว 2. อธิบายถึงเป้าหมายการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป้าหมายได้ 3. อธิบายวิเคราะห์เนื้อหาสาระการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเป้าหมายได้ 4. สามารถจดบันทึกข้อมูลการดำรงชีวิต เป้าหมายการดำรงชีวิต และเนื้อหาในการดูแลได้ **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย การฝึกปฏิบัติบทบาทสมมติ และถามตอบคำถามกลุ่มใหญ่	ทฤษฎี 7	0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ
แผนการสอนที่ 14 สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ / กฎหมายที่ควรรู้ **วัตถุประสงค์ทั่วไป :**เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุตามกฎหมาย **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. บอกถึงสิทธิของผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้ 2. บอกถึงประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฉบับที่ 6 เรื่องการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ. 2553 ได้ 3. บอกถึงกฎหมายแรงงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้ **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย และถามตอบคำถามกลุ่มใหญ่	ทฤษฎี 1	0	- สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม - ประเมินจากการถามตอบ

ตาราง 6 (ต่อ)

เนื้อหา/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (ชั่วโมง)		รูปแบบวิธีการประเมินผล
	บรรยาย	ปฏิบัติ	
แผนการสอนที่ 15 เรื่องบทบาทและจริยธรรมของ Care Manager **วัตถุประสงค์ทั่วไป :** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในบทบาทของผู้สูงอายุ และจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ **วัตถุประสงค์เฉพาะ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเมื่อเสร็จสิ้นการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูง อายุมีความตระหนักมีทัศนคติ คุณธรรม จริยธรรม ที่ดี ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุและสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ **รูปแบบการสอน :** การบรรยาย และฝึกปฏิบัติ	ทฤษฎี 1	0	- ทดสอบความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติ - สังเกตุการมีส่วนร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมของผู้เข้าอบรม - ความสนใจและการแสดงความคิดเห็น - ซักถามและตอบคำถาม
แผนการสอนที่ 16 การศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติงานจริงในสถานบริการและชุมชน **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพ **รูปแบบการสอน :** การฝึกปฏิบัติจริงในสถานประกอบการและชุมชน	0	ปฏิบัติ 7 - ในสถานบริการ 3.5 ชั่วโมง - ในชุมชน 3.5 ชั่วโมง)	- ฝึกปฏิบัติงานจริงตามขั้นตอน Care Management 7 องค์ประกอบ

ตาราง 6 (ต่อ)

เนื้อหา/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (ชั่วโมง)		รูปแบบวิธีการประเมินผล
	บรรยาย	ปฏิบัติ	
แผนการสอนที่ 17 การวัดผลและประเมินผลการศึกษา	ทฤษฎี		- ผ่านการทดสอบและปฏิบัติภาคทฤษฎี ≥ 80% - ผ่านการทดสอบและปฏิบัติภาคปฏิบัติ ≥ 80% - ผ่านการทดสอบและประเมินผลการปฏิบัติ≥80% - ผ่านการทดสอบและประเมินผลด้านคุณธรรมและจริยธรรม 100%
วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อประเมิน/วัดระดับความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ คุณธรรม จริยธรรม และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ	4	0	
วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อประเมิน /วัดระดับความรู้ ความเข้าใจ คุณธรรมจริยธรรมและการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ Care Manager ที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ			
รูปแบบการสอน : การทำแบบทดสอบ			

ที่มา: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558

จากข้อมูลในตาราง 5 เนื้อหาการอบรม Certified Health Care Manager™ Program ของโรงเรียน RUTGERS ในประเทศสหรัฐอเมริกาและตาราง 6 แสดงวิธีการประเมินผลตามคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเนื้อหาในการอบรม Care Manager ตามหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังรายละเอียดตาราง 7

ตาราง 7 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบเนื้อหาในการอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว

หลักสูตรการอบรม Certified Health Care Manager™ Program	หลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข	การวิเคราะห์
ส่วนที่ 1 ภูมิทัศน์การดูแลสุขภาพ 1) ระบบการดูแลสุขภาพของสหรัฐอเมริกาและผู้มีส่วนได้เสีย 2) สุขภาพของประชากร 3) ค่านิยม; ความคิดริเริ่มด้านการดูแลสุขภาพ 4) นโยบายและกฎหมายตราสัญลักษณ์ 5) การคุ้มครองผู้บริโภค 6) การกำกับดูแลภายในอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพ 7) การดูแลสุขภาพข้ามวัฒนธรรมและความสามารถทางวัฒนธรรม 8) คุณภาพการดูแลและพลวัตของระบบ 9) การตลาดด้านการดูแลสุขภาพ: การบูรณาการนโยบายและเทคโนโลยี 10)ระบบการดูแลสุขภาพ	1) สถานการณ์ผู้สูงอายุกับประเด็นปัญหา 2) หลักการพื้นฐานการบริหารจัดการการพยาบาลดูแล 3) ขั้นตอนการปฏิบัติงาน 4) ทรัพยากรสังคมสำหรับการบริหารจัดการ Care Management และการใช้ให้เป็นประโยชน์ 5) เรียนรู้เทคนิคการสัมภาษณ์ในระบบ Care Management 6) การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้สถานการณ์ 7) การรับรู้เหตุการณ์ Intake work 8) ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมิน 9) การประเมินสภาพตาม International Classification of Functioning ,Disabilities and Health (ICF) 10)Typology of aged with Illustration (TAI) ฝึกปฏิบัติจากกรณีตัวอย่าง	**ความคล้าย** 1) เนื้อหาทั้ง 2 หลักสูตร เน้นการสร้างความรู้และการปฏิบัติแก่ผู้จัดการการดูแลระยะยาว 2) มีเนื้อที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพและการดูแล สิทธิผู้ป่วย **ความต่าง** เนื้อหาหลักสูตรการอบรม Certified Health Care Manager™ Program มีการแบ่งเนื้อหาเป็น 3 ส่วนตามสมรรถนะ และเนื้อหาย่อยๆในแต่ละส่วนชัดเจน แต่หลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข เน้นการให้ความรู้และการปฏิบัติเพื่อให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาว นำไปใช้งานและขาดประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำ การจัดความสัมพันธ์ และไหวพริบทางธุรกิจและวัฒนธรรม

ตาราง 7 (ต่อ)

หลักสูตรการอบรม Certified Health Care Manager™ Program	หลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข	การวิเคราะห์
ส่วนที่ 2 ความเป็นผู้นำและการจัดการความสัมพันธ์ 1) รูปแบบความเป็นผู้นำ 2) การเรียนรู้บทบาทการจัดการ 3) การจัดการความสัมพันธ์และความฉลาดทางอารมณ์ 4) การทำงานร่วมกันแบบมืออาชีพ 5) การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นบวกและสร้างแรงบันดาลใจ 6) การจัดการประสิทธิภาพและความรับผิดชอบ 7) การตัดสินใจการจัดการความขัดแย้งและการเจรจาต่อรอง 8) การสื่อสารเพื่อผลลัพธ์ 9) การจัดการการเปลี่ยนแปลง 10) ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม **ส่วนที่ 3 ไหวพริบทางธุรกิจ** 1) พันธมิตรและความสัมพันธ์ระหว่างบริษัท 2) การจัดการห่วงโซ่อุปทาน 3) การตลาดและการประชาสัมพันธ์ 4) การจัดการทรัพยากรมนุษย์และแรงงานสัมพันธ์ 5) การบริหารความเสี่ยง 6) คุณภาพและความน่าเชื่อถือ 7) เทคนิคและเครื่องมือในการปรับปรุงกระบวนการ 8) การตัดสินใจทางการเงิน 9) การใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล 10) การจัดการโครงการ	11) ความเข้าใจประเด็นปัญหาการดำรงชีวิตกับขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือ 12) การฝึกปฏิบัติจากกรณีตัวอย่างในประเด็น 13) สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ 14) บทบาทและจริยธรรมของ Care Manager 15) การศึกษาดูงานและปฏิบัติงานจริงในสถานบริการและชุมชน 16) การวัดผลและการประเมินผลการศึกษา	

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า เนื้อหาที่ใช้ในการอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาวของต่างประเทศนั้นมีการเพิ่มเติมในประเด็น ภาวะผู้นำ การจัดความสัมพันธ์และไหวพริบทางธุรกิจและวัฒนธรรม ซึ่งพบว่าในบริบทการทำงานของผู้จัดการการดูแลระยะยาวระยาวของไทยเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบสุขภาพอำเภอนั้น ต้องมีการประสานงานกับองค์กร หน่วยงานหรือเครือข่ายด้านสุขภาพต่างๆ และการบริหารงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบกองทุนการดูแลระยะยาว รวมทั้งความเข้าใจในบริบทวัฒนธรรมของชุมชนเพื่อนำไปสู่การร่วมดูแลผู้สูงอายุเป้าหมายแต่ละรายให้ได้รับการดูแลอย่างที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะ

1. การสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะ

เครื่องมือในการวิจัยมีความสำคัญมากสำหรับการนำไปใช้ในการเก็บรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความตรง กระชับสามารถจำแนกผลที่ต้องการได้อย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือของ DeVellis (2012) ดังนี้

1.1 ขั้นตอนที่ 1 การให้นิยามและองค์ประกอบของสิ่งที่ต้องการวัด (Clarify the Construct) ประกอบด้วยการให้ความหมาย กำหนดนิยามของสิ่งที่ต้องการวัดให้ชัดเจน นำมาใช้เป็นนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อให้สามารถวัดได้ในทางปฏิบัติ (DeVellis, 2012) ภายหลังจากทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นักวิจัยสามารถกำหนดคำนิยามของทฤษฎีและระบุลักษณะของสิ่งที่ต้องการวัด

1.2 ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและสร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool) ภายหลังได้ความหมาย ขอบเขตและองค์ประกอบที่ชัดเจน ผู้วิจัยสามารถนำมาสร้างเป็นข้อคำถาม ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น การปรับปรุงจากงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ การเขียนขึ้นใหม่โดยการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Streiner & Norman, 2003) โดยข้อคำถามที่ได้ต้องอยู่ในประเด็นของเนื้อหาที่ต้องการศึกษาและต้องครอบคลุมทุกคำตอบ ลักษณะของข้อคำถามสั้นกระชับ ใช้ภาษาชัดเจน มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องไม่นอกประเด็น และหลีกเลี่ยงการสร้างข้อคำถามที่มีหลายคำตอบหรือถามนำหรือการถามที่ก่อเกิดความเอนเอียงหรือความเสื่อมเสีย

1.3 ขั้นตอนที่ 3 กำหนดรูปแบบในการวัด (Determine the Format of Measurement) ให้ผู้วิจัยพิจารณาจากนิยามคำจำกัดความเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกรูปแบบการวัด ซึ่งรูปแบบการวัดที่พบมากที่สุดคือแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) นิยมใช้กับแบบสอบถามที่วัดเจตคติหรือความเชื่อ ประกอบด้วยคำถามหลายข้อที่ระบุสิ่งที่ต้องการวัดเป็นคะแนน แต่ละคำถามผู้ตอบสามารถประเมินค่าได้ด้วยตัวเอง รูปแบบของระดับความคิดเห็นในแต่ละระดับสามารถจำแนกได้ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่งไป เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

อย่างยิ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของการวัดที่ผู้วิจัยต้องการเพื่อเป็นการบอกขนาดความเข้มข้นของความคิดเห็น เพราะการกำหนดตัวเลือกที่น้อยเกินไปทำให้ความแม่นยำและความเชื่อมั่นต่ำ

1.4 ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ (Have the Initial Item Pool Reviewed by Experts) ในขั้นตอนนี้เป็นการพิจารณาเลือกผู้ที่จะตรวจทานเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยต้องพิจารณาความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคลกับหัวข้อที่ต้องการศึกษา เพราะผู้เชี่ยวชาญจะช่วยให้นักวิจัยสามารถสร้างเครื่องมือวิจัยที่สามารถวัดตัวแปรที่มีความตรงกับเนื้อหามากขึ้น (Waltz & Lenz, 2010)โดยการตรวจสอบความตรวจแบบเผชิญหน้า (Face Validity) หมายถึง คุณสมบัติของเครื่องมือที่ตรวจสอบเพื่อดูแบบผิวเผินว่าเครื่องมือนั้นสามารถวัดได้จริงหรือไม่ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้ได้ค่าที่ต่างกัน (Polit & Beck, 2008)

1.5 ขั้นตอนที่ 5 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Consider Inclusion of Validation Items) ความตรงเชิงเนื้อหา หมายถึง คุณสมบัติของเครื่องมือที่ต้องวัดได้ตรงและครอบคลุมกับขอบเขตเนื้อหาที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของตัวแปรที่ต้องการวัดครบถ้วน การสร้างเครื่องมือให้มีความตรงเชิงเนื้อหาภายหลังจากสร้างเครื่องมือเสร็จ ใช้การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) หมายถึง สัดส่วนของคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันว่าข้อคำถามนั้นมีความเกี่ยวข้องกันมากหรือเกี่ยวข้องพอสมควรกับสิ่งที่ต้องการวัด แบ่งออกเป็นค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Content Validity Index for Items: I-CVI) และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index for Scales: S-CVI) (Polit & Beck, 2006)

1.6 ขั้นตอนที่ 6 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer Item to A Development Sample) การนำเครื่องมือไปทดสอบเบื้องต้นเพื่อทดสอบความเข้าใจความหมายของข้อคำถาม วิธีการตอบคำถาม การเรียงลำดับของข้อคำถาม โดยจะนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างของการทำวิจัยจริงที่สุด

1.7 ขั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์ข้อคำถาม (Evaluate the Items) โดยคำนวณหาดัชนีความเชื่อมั่นของเครื่องมือในครั้งแรกภายหลังจากนำไปทดลองใช้ นำมาคำนวณหาดัชนีความเชื่อมั่น (Cronbach’s Alpha) ทั้งรายด้านและภาพรวม และพิจารณาค่า Item-total Correlation ซึ่งเป็นค่าอำนาจจำแนกของแต่ละข้อ หากคำตอบของข้อคำถามให้ข้อมูลแต่ละข้อ เป็น 0 กับ 1 ค่า Item-total Correlation คือค่า Point Bi-serial Correlation และเป็นการหาค่าอำนาจจำแนก แต่หากข้อมูลเป็นมาตรวัดระดับแบบแบบลิเคิร์ต ค่า Item-total Correlation คือ ค่าของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับซึ่งสะท้อนถึงความสอดคล้องหรือความคงที่ของแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ

1.8 ขั้นตอนที่ 8 นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (Perform a Field Test) การนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จากนั้นทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างและ

ความเชื่อมั่นของข้อคำถามเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวิจัย โดยมีประเด็นสำคัญ คือ การทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมกับจำนวนข้อคำถามซึ่งควรมีมากพอที่จะอธิบายประชากร (DeVellis, 2012) โดยมีการทดสอบ ดังนี้

1.8.1 การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ความตรงตามโครงสร้างเป็นคุณสมบัติของเครื่องมือรวบรวมข้อมูลหรือแบบวัดที่สะท้อนว่าเครื่องมือนั้นสามารถวัดได้ตรงตามทฤษฎีหรือแนวคิดนั้นๆ คำว่าโครงสร้างมีความหมายเชิงนามธรรมที่ใช้อธิบายตัวแปรที่ศึกษาและเขียนไว้ในรูปแบบของข้อสันนิษฐานหรือสมมติฐานที่สามารถอธิบายและค้นหาข้อเท็จจริงมาสนับสนุนได้ ปัญหาสำคัญของการพิจารณาความตรงตามโครงสร้าง คือการกำหนดโครงสร้างซึ่งจะต้องมีกรอบแนวคิดทฤษฎีและข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุน ต้องละเอียดชัดเจนและสามารถวัดได้ ดังนั้นเมื่อสร้างเครื่องมือหรือแบบวัดขึ้นโดยให้มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีตามโครงสร้างที่กำหนด เครื่องมือหรือแบบวัดนั้นจะมีความตรงตามโครงสร้าง

1.8.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อคำถาม (Reliability) เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของเครื่องมือเพื่อสะท้อนว่าเครื่องมือนั้นให้ผลการวัดที่มีความคงที่ในการวัดเพียงใด ถ้าเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผลการวัดที่มีความแน่นอนคงที่มากไม่ว่าจะนำไปวัดกี่ครั้งก็ตามเครื่องมือนั้นก็มีความเชื่อมั่นสูง (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

1.9 ขั้นตอนที่ 9 ปรับปรุงแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ (Optimize the Scale) แบบประเมินที่จะนำไปใช้ควรประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วิธีการใช้เครื่องมือ ชุดข้อคำถามและวิธีการคิดคะแนนและการประเมินผล (Waltz & Lenz, 2010) โดยองค์ประกอบวิธีการใช้เครื่องมือประกอบด้วย การอธิบายสิ่งที่ต้องการวัด ใครเป็นผู้วัด ใครเป็นผู้ตอบและใครเป็นผู้ใช้ผลการประเมิน องค์ประกอบชุดข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถาม รูปแบบการวัดที่มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และคุณลักษณะที่เหมาะสมกับการวัด และองค์ประกอบการแปลผลค่าคะแนนการวัดเป็นการแปลผลค่าคะแนนการวัดเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้เครื่องมือสามารถนำเครื่องมือไปใช้ได้อย่างเข้าใจ

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะ

เครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ พบว่านิยมใช้เป็นแบบสอบถามที่เป็นการประเมินตนเอง โดยในแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุการทำงานและข้อมูลที่สัมพันธ์กับการทำงาน ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะ เช่น หลักการของวิชาชีพและการจัดการธุรกิจ (Merav & Ronit, 2016) ภาวะผู้นำ การสื่อสาร การสร้างทีม การวางแผนและการลำดับความสำคัญ การประเมินประสิทธิภาพและการแก้ไขปัญหา (Santric Milicevic et al., 2009) กำหนดตัวเลือกในการตอบเป็นแบบมาตราส่วน 4 หรือ 5 ตัวเลือก

(Merav & Ronit, 2016) ทั้งนี้ คุณภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะ จากการทบทวน พบว่ามีการนำไปทดลองในกลุ่มที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 20- 45 คน (Merav & Ronit, 2016) เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง สถิติที่ถูกนำมาใช้ในการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือประเมินสมรรถนะ เช่น ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่า IQC และค่า CVI หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ได้ไปใช้จริงในกลุ่มที่ศึกษา โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Factor Analysis (Slåtten, Hatlevik, & Fagerström, 2014) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะสำหรับนำไปใช้พัฒนาที่สามารถสะท้อนได้ด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงและตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรง

การตรวจสอบความเที่ยงตรง หมายถึง ความถูกต้องแม่นยำตรงตามวัตถุประสงค์และเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้เครื่องมือสามารถวัดสิ่งที่ต้องการได้ถูกต้องตามต้องการอย่างแท้จริง แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

2.2.1 ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) คือ ความสามารถของเครื่องมือที่สามารถวัดเนื้อหาที่แท้จริงได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทำได้ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจ จำนวนของผู้เชี่ยวชาญขึ้นอยู่กับลักษณะประเด็นหรือเรื่องในการวิจัย (พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร, 2551; ไพศาล หวังพานิช, 2550; วินิจ เทือกทอง, 2555) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาสามารถทำได้หลายวิธี เช่น

1) ความเที่ยงตรงเฉพาะหน้า (Face Validity) เป็นความเที่ยงตรงที่ใช้การตัดสินใจด้วยอัตวิสัย (Subjective) โดยใช้ผู้ประเมินจำนวนหนึ่งเป็นผู้ประมาณว่าแบบสอบถามนั้นสามารถวัดได้ด้วยเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่ง ซึ่งผู้ประเมินควรมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง เช่น กำหนดคุณสมบัติของผู้ประเมินหรือจำนวนผู้ประเมิน เพื่อสะท้อนความน่าเชื่อถือของสิ่งที่ปรากฏว่าวัดได้

2) ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence; IOC) นิยมใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนขึ้นไป นำผลการคำนวณค่าเฉลี่ยที่ได้มาแปลผล หากข้อคำถามนั้นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.50–1.00 คะแนน หมายความว่าข้อคำถามนั้นตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด แต่หากคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าที่กำหนดข้อคำถามนั้นให้พิจารณาปรับปรุงแก้ไขหรือตัดทิ้ง

3) ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบ่งเป็น ดัชนีความตรงรายข้อ (Item Content Validity: I-CVI) และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ/รายด้าน (Scale- Content Validity Index: S –CVI)

4) อัตราส่วนความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Ratio: CVR)

2. ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) คือ ความสามารถของเครื่องมือที่สามารถวัดความสอดคล้องของข้อคำถามกับลักษณะหรือพฤติกรรมเป้าหมายที่จะวัด การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543) สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การตรวจสอบโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 คนขึ้นไป โดย 1) ใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) และนำค่าที่คำนวณได้มาแปลความหมาย หากข้อคำถามนั้นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.50–1.00 คะแนน หมายความว่าข้อคำถามนั้นตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด แต่หากคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าที่กำหนดข้อคำถามนั้นให้พิจารณาปรับปรุงแก้ไขหรือตัดทิ้ง 2) กรณีแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ตัวเลือก ภายหลังผู้เชี่ยวชาญประเมิน ให้นำค่าคะแนนมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อคำถามใดมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไปและค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่เกิน 1.00 ถือว่าข้อคำถามนั้นตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด แต่หากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานน้อยกว่าหรือไม่เป็นไปตามที่กำหนดให้พิจารณาปรับปรุงแก้ไขหรือตัดทิ้ง และ3) การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factors Analysis) เป็นวิธีที่จะทำให้ได้ข้อคำถามที่ตรวจตามโครงสร้างจริงและนับเป็นวิธีที่น่าเชื่อถือ (พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร, 2551; ไพศาล หวังพานิช, 2550)

3. ความเที่ยงตรงตามสภาพจริง (Concurrent Validity) คือ ความสามารถของเครื่องมือที่สามารถให้ผลการวัดได้ตรงหรือสอดคล้องกับสภาพที่แท้จริงของผู้ตอบแบบสอบถาม (พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร, 2551; ไพศาล หวังพานิช, 2550)

4. ความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ (Predictive Validity) คือ ความสามารถของเครื่องมือให้ผลการทำนายในอนาคตถึงความสามารถหรือคุณลักษณะของผู้ตอบได้ตรงกับความเป็นจริง (พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร, 2551; ไพศาล หวังพานิช, 2550)

2.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น

การตรวจสอบความเชื่อมั่น หมายถึง คุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถให้ผลการวัดที่คงที่แน่นอนไม่เปลี่ยนแปลง (Consistency) แม้มีการวัดซ้ำจะให้ค่าเท่ากันหรือใกล้เคียงกันทุกครั้ง วิธีการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เช่น

2.2.1 วิธีการทดสอบซ้ำ (Test – Retest Method) วิธีการคือ นำเครื่องมือชุดเดียวไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน 2 ครั้ง โดยครั้งแรกและครั้งหลังห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ วิธีการในการหาค่าสถิติของการทดสอบซ้ำจะใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Product Moment)

2.2.2 วิธีการทดสอบคู่ขนาน (Parallel Form Method) เป็นการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้เครื่องมือที่วัดคุณลักษณะเดียวกัน 2 ชุด ไปสอบกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน คุณลักษณะเดียวกัน

2.2.3 วิธีการแบ่งครึ่ง (Spit - Half Method) วิธีนี้ใช้เครื่องมือเพียงชุดเดียว ทดสอบครั้งเดียวแต่แบ่งครึ่งของข้อคำถามในเครื่องมือออกเป็น 2 ส่วน ซึ่งอาจจะใช้วิธีการแบ่งโดยแบ่งเป็นข้อคำถามข้อคู่กับข้อคี่

2.2.4 วิธีของคูเดอร์–ริชาร์ดสัน (Kuder–Richardson Method) หรือเรียกว่าแบบ KR_{20} และ KR_{21} วิธีการในการหาความเชื่อมั่นวิธีนี้ใช้กับลักษณะของข้อสอบแบบตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยจะใช้เครื่องมือวิจัย 1 ชุด สอบกับกลุ่มตัวอย่างเพียงอย่างเดียว

2.2.5 วิธีครอนบาค (Cronbach Alpha) เป็นการหาความเชื่อมั่นโดยครอน-บาคอัลฟาใช้กับการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าหรือแบบสัมภาษณ์หรือลักษณะของข้อสอบแบบอัตนัย

จากข้อมูลข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยนำมาวางแผนกระบวนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือให้มีคุณภาพเหมาะสมในการนำไปประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อผลที่ได้สามารถนำไปวางแผนพัฒนาบุคลากรในระบบการดูแลระยะยาวของไทยอย่างแท้จริง ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรง แบ่งเป็น

1.1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย 1) ความเที่ยงตรงเฉพาะหน้าโดยกำหนดจำนวนและคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาในเบื้องต้นของข้อมูลกับสิ่งที่ต้องการวัดในแบบสอบถาม เช่น ความถูกผิดของคำ การจัดหมวดหมู่ในแต่ละมิติ การเรียงลำดับข้อคำถาม การใช้ภาษาและความชัดเจน และความหมายซ้ำซ้อนของข้อคำถาม และ 2) การใช้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหาทั้งดัชนีความตรงรายข้อและดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ/รายด้าน

1.2 ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเพราะเป็นวิธีที่น่าเชื่อถือและให้ข้อคำถามตรงตามโครงสร้างจริง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยใช้วิธีครอนบาค เนื่องจากเครื่องมือประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาเป็นข้อคำถามพร้อมตัวเลือกในการตอบที่เป็นมาตรวัด 5 ระดับ ซึ่งข้อมูลโดยละเอียดผู้วิจัยจะแสดงไว้ในบทที่ 3 ต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในประเด็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในต่างประเทศ แต่ในส่วนของประเทศไทยจะเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของวิชาชีพด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2559 ทำให้พบการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของวิชาชีพในระบบการดูแลระยะยาวน้อย ประเด็นนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการวิจัย เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพและผลการวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยได้เห็นรูปแบบการศึกษาที่เกี่ยวกับสมรรถนะและองค์ประกอบของสมรรถนะ การพัฒนาเครื่องมือที่ผ่านมาเพื่อนำไปใช้ในการสร้างคำถามในการศึกษาเชิงคุณภาพและการวางแผนพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมในการศึกษาเชิงปริมาณ ให้มีความรัดกุมบนพื้นฐานการวิจัยที่เหมาะสม รายละเอียดดังนี้

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Kao et al. (2022) ศึกษาเรื่อง การทดสอบทางจิตวิทยาของแบบวัดที่วัดสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นใหม่สำหรับพยาบาลในคลินิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบแบบวัดสมรรถนะทางจิตวิทยาสำหรับพยาบาลคลินิก โดยมี 3 ขั้นตอน 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดความตรงตามเนื้อหาของมาตรวัดที่พัฒนาขึ้น และ 3) นำแบบวัดที่พัฒนาขึ้นไปเก็บข้อมูลใน พยาบาล 500 คนที่ปฏิบัติที่ศูนย์การแพทย์ทางตอนใต้ของไต้หวัน วิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจและเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของโครงสร้างและความน่าเชื่อถือได้ของความสอดคล้องภายใน ผลลัพธ์ พบว่า ดัชนีความตรงของเนื้อหา= 0.87 จากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน สองในสาม (63.29%) ร้อยละของความแปรปรวนอธิบายได้ ร้อยละ 63.29 โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน 1) ทักษะการดูแลขั้นพื้นฐาน (9 รายการ) 2) การอุทิศตนเพื่อการทำงาน (5 รายการ) และ 3) การพิจารณาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและจริยธรรม (4 รายการ) การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยันอันดับสองระบุว่าข้อมูลเหมาะสมกับแบบจำลองเป็นอย่างดี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสำหรับแต่ละปัจจัยทั้ง 3 ตัวมีค่าเท่ากับ 0.84-0.91 แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นนี้ มีทั้งหมด 18 รายการเป็นเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ประเมินได้และอาจใช้เครื่องมือนี้เพื่อสำรวจความสามารถของพยาบาลและติดตามผลเป็นประจำ

Morgan, Libby, WeaverCai (2019) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแบบสำรวจความยืดหยุ่นในการเตือนล่วงหน้าสำหรับองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ (Development of an early warning resilience survey for healthcare organizations) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อออกแบบและตรวจสอบความถูกต้องของชุดการวัดของพนักงานที่มีความสามารถในการปรับตัวในระดับต่ำภายในองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงสิงหาคม 2016 จากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 33,622 คนใน 123 แห่ง หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ด้วย Factor Analysis เพื่อวิเคราะห์ความยืดหยุ่นของ

บุคลากรทางการแพทย์ ทดสอบความสอดคล้องภายในและความถูกต้องของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา ผลการวิจัย พบว่า แบบสำรวจความยืดหยุ่นในการเตือนล่วงหน้าสำหรับองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 8 รายการ และความยืดหยุ่นสามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนการมีส่วนร่วมได้ ร้อยละ 38 ซึ่งสามารถวัดความยืดหยุ่นได้อย่างแม่นยำเพื่อระบุความเสี่ยงจากภาวะหมดไฟและสามารถทำนายผลลัพธ์อื่นๆของพนักงานได้ เช่น การมีส่วนร่วม

Merav & Ronit (2016) ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้จัดการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุจากมุมมองของพยาบาลประจำการ (Required Competencies for Nurse Managers in Geriatric Care: The Viewpoint of Staff Nurses) วัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลประจำการเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้จัดการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลประจำการที่ทำงานในหน่วยงานการดูแลผู้สูงอายุในประเทศอิสราเอล จำนวน 177 คนใช้การวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือคือ แบบสอบถามสเกล 4 ตัวเลือกที่พัฒนามาจาก Chase (1994) ทั้งหมด 5 ด้าน คือ 1) ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการรักษา 2) การสื่อสารและความสัมพันธ์ 3) ความเป็นผู้นำ 4) หลักการของวิชาชีพ 5) การจัดการธุรกิจ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบในกลุ่มที่ใกล้เคียง แต่ต่างสถานที่ทำงาน 20 คนผลการวิจัย พบว่ามุมมองของพยาบาลประจำการเกี่ยวกับบทบาทของผู้จัดการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าสมรรถนะที่เห็นว่ามีความสำคัญมากที่สุด คือ ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม (ความรู้ และความสามารถ mean = 3.5, SD=0.4) แต่สมรรถนะที่เห็นว่ามีความสำคัญน้อยที่สุด คือ ด้านการจัดการธุรกิจ (ความรู้ mean = 3.2, SD=0.5 และความสามารถ mean = 2.9, SD=0.6)

Sousa & Alves (2015) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน (Nursing Competencies for Palliative Care in Home Care) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อระบุสมรรถนะของพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้วิธีเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ ผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพของการดูแลที่บ้านของกรมอนามัยของ Distrito Federal (SESDF) จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วย 3=ปานกลาง 4=เห็นด้วย และ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีคำถามปลายเปิดเพื่อให้สามารถเพิ่มเติมสมรรถนะที่คิดว่าเกี่ยวข้องกับฉันทามติและไม่ได้รวมอยู่ในแบบสอบถามที่เสนอ ผลการวิจัย พบสมรรถนะทั้งหมด 43 ข้อ แบ่งเป็นสมรรถนะทั่วไป 18 ข้อและสมรรถนะเฉพาะ 25 ข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค 0.7

Slåtten et al. (2014) ศึกษาเรื่อง การตรวจสอบเครื่องมือประเมินสมรรถนะหลักของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Validation of a New Instrument

for Self-Assessment of Nurses' Core Competencies in Palliative Care) วัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบและตรวจสอบเครื่องมือประเมินสมรรถนะหลักของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง (NCPC) ที่พัฒนาขึ้นใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลคลินิกและผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีสาขาการดูแลแบบประคับประคองที่วิทยาลัยมหาวิทยาลัยสองแห่งในนอร์เวย์ จำนวน 122 คนที่สำเร็จการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีสาขาการดูแลแบบประคับประคองที่วิทยาลัยมหาวิทยาลัยสองแห่งในนอร์เวย์ เครื่องมือและการตรวจสอบคือ แบบสอบถามที่พัฒนามาจาก NCPC ผลการวิจัย แบบสอบถามประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม 5 สมรรถนะหลัก คือ 1) ความรู้ในการจัดการอาการ : การจัดการกับความเจ็บปวด คลื่นไส้ ความวิตกกังวล/กระสับกระส่ายอ่อนเพลียและแห้งกร้านของปาก 2) การใช้ระบบอย่างเป็นระบบของระบบประเมินอาการอาการของโรคเอดมันตัน (ESAS): การใช้ ESAS ในการจัดการกับความเจ็บปวด คลื่นไส้ ความวิตกกังวล/กระสับกระส่ายอ่อนเพลีย ปากแห้งและคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อมีข่าวร้าย 3) ทักษะการทำงานเป็นทีม: การทำงานร่วมกันในการจัดการกับความเจ็บปวดคลื่นไส้ความวิตกกังวล/กระสับกระส่ายอ่อนเพลียและแห้งกร้าน การทำงานร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาเดียวกันหรือสหสาขาในบริการ 4) ทักษะมนุษยสัมพันธ์: ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับผู้ป่วย ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับญาติวัยหนุ่มสาว และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับญาติผู้ใหญ่และ 5) ทักษะการดูแลระยะสุดท้าย: ปรัชญาการดูแลแบบประคับประคอง ความเป็นมนุษย์และการใช้ชีวิตอย่างสะดวกสบายและมีศักดิ์ศรีจนกระทั่งตาย มีมาตรวัด 5 ตัวเลือก (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วยบ้าง 3=เห็นด้วยบ้าง 4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5=ไม่เกี่ยวข้อง) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Factor Analysis

จากข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ พบมีการศึกษาที่เกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านโดยมีใช้แบบสอบถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วย 3=ปานกลาง 4=เห็นด้วย และ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และคำถามปลายเปิดเพื่อให้สามารถเพิ่มเติมสมรรถนะที่คิดว่าเกี่ยวข้องกับฉันทามติ ในการทำ Modifield Delphi Technique เพื่อนำไปสู่เครื่องมือในการประเมินสมรรถนะ (Sousa & Alves, 2015) หรือการปรับจากแบบประเมินสมรรถนะที่เป็นมาตฐานมาใช้ (Merav & Ronit, 2016) และการนำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย หรือการสร้างขึ้นใหม่ โดยสำรวจความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการวิเคราะห์มีทั้งการใช้สถิติ Factor Analysis (Slåtten et al., 2014) และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Merav & Ronit, 2016)

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

จำรัส ประสิว และวิสุทธิ์ สุกรินทร์ (2561) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 สร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะฯ โดยศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี ทั้งหมด 576 คน ระยะที่ 2 การใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จำนวน 30 คน และระยะที่ 3 การ ประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะฯในคณะกรรมการกองทุนฯและกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง 1 ตำบล จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามตัวชี้วัดสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขมี 3 องค์ประกอบหลัก 12 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ มี 3 องค์ประกอบย่อย 2) การบริหารจัดการมี 4 องค์ประกอบย่อย และ 3) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ มี 5 องค์ประกอบย่อย แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และประเมินความพึงพอใจ ระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึงมิถุนายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันลำดับสอง การทดสอบ t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) ตัวชี้วัดสมรรถนะของผู้จัดการระบบระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก และ 12 องค์ประกอบย่อยจำนวน 86 ตัวชี้วัด มีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ในระดับมากทุกตัวชี้วัด ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตัวชี้วัดสมรรถนะของผู้จัดการระบบระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า Chi-square เท่ากับ 50.56 ค่าความมีนัยสำคัญ (p-value) เท่ากับ 0.062 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index) เท่ากับ 0.986 และค่าวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (Adjusted Goodness of Fit Index) เท่ากับ 0.961 2) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขก่อน และหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) การประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะฯที่มีองค์ประกอบหลักคือ การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ การบริหารจัดการและการวางแผนกลยุทธ์ สามารถทำให้จัดระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean=4.50)

สุธาสินี ช่วยใจดี และคณะ (2561) ศึกษาเรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful selection) จำนวน 18 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้บริหารการพยาบาล 2) พยาบาลวิชาชีพ 3) อาจารย์ พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 4) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ไว้ทั้งเรื่องคุณวุฒิและประสบการณ์การทำงาน การศึกษาในครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยปรับมากจาก แนวคิดของสมาคมวิทยาลัยพยาบาลของอเมริกันและสถาบันการพยาบาลผู้สูงอายุจอห์น เอฮาร์ตฟอร์ด (American Association of Colleges of Nursing and the John A. Harford Institute for Geriatric Nursing, 2000) ร่วมกับของรุ่งฟ้า อธิราษฎร์ไพศาล และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2553) และแบบสอบถามที่ได้พัฒนาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ คุณภาพของเครื่องมือ คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อคำถามในรอบที่ 2 และ 3 มีค่าแตกต่างกันไม่เกิน 1.50 ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมี 7 ด้าน (55 ข้อ) โดย 1) ด้านการยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุ (7 ข้อย่อย) 2) ด้านการปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุ (20 ข้อย่อย) 3) ด้านการสื่อสาร (4 ข้อย่อย) 4) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม (5 ข้อย่อย) 5) ด้านภาวะผู้นำและการ บริหารจัดการองค์กร (9 ข้อย่อย) 6) ด้านการจัดการการเงิน (5 ข้อย่อย) และ 7) ด้านการศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ (5 ข้อย่อย)

กุลวีณ์ วุฒิกร (2559) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษารูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาระดับและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบัน 3) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้จากการนำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถมาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคลเพื่อลด “ช่องว่าง” ลง จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency Dictionary การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Method) คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 เป็นการศึกษาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตอนที่ 2 เป็นการศึกษาระดับและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบัน และศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถาม และตอนที่ 3 เป็นการประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 6 คน เพื่อทำการตรวจประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า 1) รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

สมรรถนะ 3 ประการ คือ 1.1) สมรรถนะหลักของผู้ดูแล; จิตบริการ ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม ความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ ความมุ่งสัมฤทธิ์ของงานด้วยความเที่ยงธรรม การติดต่อสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และความคิดสร้างสรรค์ 1.2) สมรรถนะหน้าที่; ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่างๆ ความรับผิดชอบในงานและความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง 1.3) สมรรถนะการจัดการ; การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ภาวะผู้นำ ความสามารถในการจัดการ 2) สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก 3) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะได้จากการนำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถมาจัดทำแผนพัฒนามาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคล เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency Dictionary ด้วยหัวข้อที่ต้องพัฒนา 1) สมรรถนะหน้าที่ (เทคนิควิธีในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง เทคนิคในการบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ ภารกิจและความรับผิดชอบในงานการดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยให้แก่ผู้สูงวัย การควบคุมอารมณ์และการพัฒนาบุคลิกภาพแก่อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ) 2) สมรรถนะการจัดการ (เทคนิควิธีการมีภาวะผู้นำและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในเหตุการณ์ฉุกเฉิน เทคนิคการบริหารจัดการในงาน ด้านการดูแลผู้สูงอายุ) และ 3) สมรรถนะหลัก (การสร้างทีมงานและการคิดสร้างสรรค์ในงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ทางด้านวิชาการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เทคนิคการทำงานมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานด้วยความเที่ยงธรรมและเทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้สูงอายุ)

รุ่งฟ้า อธิราษฎร์ไพศาล และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2553) ศึกษาเรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 24 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้กำหนดนโยบายด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 4 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสาขาผู้สูงอายุ 11 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 7 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้ป่วยสูงอายุ 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เก็บข้อมูล 3 รอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำแนกเป็น 8 ด้าน คือ 1) กลุ่มคุณลักษณะการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ 2) กลุ่มการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ 3) กลุ่มการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ 4) กลุ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ 5) กลุ่มการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ 6) กลุ่มการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุ 7) กลุ่มการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ และ 8) กลุ่มการ

ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน คือ อยู่ในระดับมากที่สุดและมาก

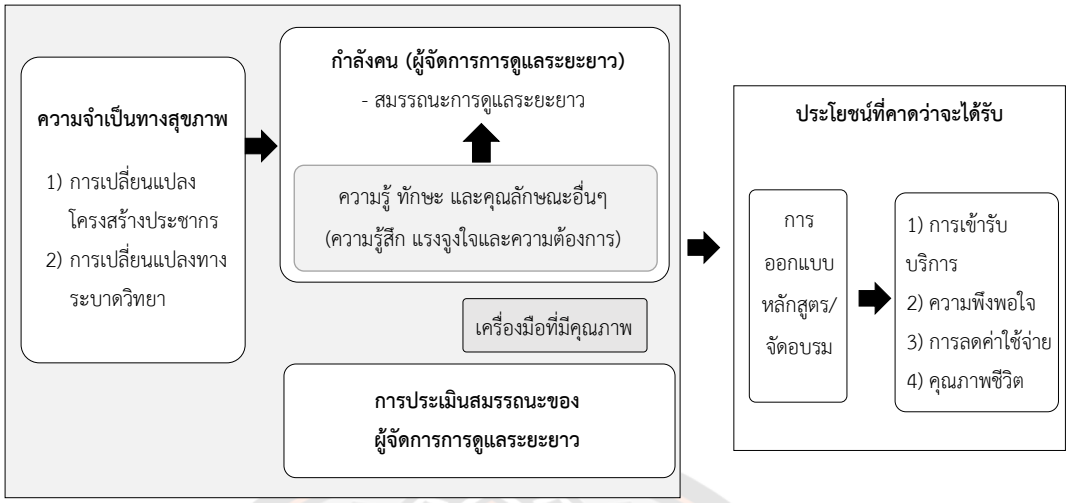
การวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือเพื่อการประเมินสมรรถนะ นับเป็นหนึ่งวิธีการที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาที่ก่อให้เกิดประสิทธิผลที่เหมาะสมในการทำงานในแต่องค์กร จากการทบทวนงานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของวิชาชีพต่างๆในการดูแลระยะยาว พบว่านิยมใช้แบบสอบถามที่เป็นแบบการประเมินตนเองมี 4 และ 5 ตัวเลือก (Merav & Ronit, 2016; Slåtten et al., 2014) โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือการประเมินสมรรถนะ คือ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นทั้งงานวิจัยที่ได้จากในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาซึ่งแนวคิด ทฤษฎี และองค์ประกอบของสมรรถนะที่ใกล้เคียงกับงานวิจัย เช่น การดัดแปลงมาจากแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน (Merav & Ronit, 2016; Santric Milicevic et al., 2009; สุธาสินี ช่วยใจดี และคณะ, 2561) หรือการสร้างขึ้นใหม่โดยใช้การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้การความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญต่างๆผ่านกระบวนการการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม การทำเดลฟาย (กุลวีณ์ วุฒิกร, 2559; รุ่งฟ้า อธิราษฎร์ไพศาล และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2553) เพื่อให้ได้ร่างแบบสอบถามที่มีความเหมาะสมและใกล้เคียงกับประเด็นที่ศึกษามากที่สุด นำร่างแบบสอบถาม จะประกอบไปด้วยข้อคำถาม 2 คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุการทำงาน และข้อมูลที่สัมพันธ์กับการทำงาน ส่วนที่ 2 จะเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ เช่น ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในการรักษา ความสามารถการสื่อสารและความสัมพันธ์ของมนุษย์ ความเป็นผู้นำและหลักการของวิชาชีพและการจัดการธุรกิจ (Merav & Ronit, 2016) ภาวะผู้นำ การสื่อสาร การสร้างทีม การวางแผนและการลำดับความสำคัญ การประเมินประสิทธิภาพและการแก้ไขปัญหา (Santric Milicevic et al., 2009) ด้านการยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการองค์กร ด้านการจัดการการเงิน ด้านการศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ (สุธาสินี ช่วยใจดี และคณะ, 2561) โดยมีตัวเลือกในการตอบเป็นแบบมาตราส่วน 4 และ 5 ตัวเลือก (Merav & Ronit, 2016) ไปทดลองในกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20- 45 คน (Merav & Ronit, 2016) เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง สถิติที่ถูกนำมาใช้ในการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือประเมินสมรรถนะ เช่น ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่า IQC และค่า CVI หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ได้ไปใช้จริงในกลุ่มที่ศึกษา โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Factor Analysis (Slåtten et al., 2014)

ดังนั้น จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการวิจัยในครั้งนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใหม่ เพราะจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบเป็นการประเมินในพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเพียงการวิจัยเดียวที่ศึกษาสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ปฏิบัติงานในชุมชน แต่จากการทบทวนพบว่าเป็นการศึกษาในพื้นที่จังหวัดเดียวเท่านั้น ทำให้สมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ศึกษาอาจไม่เพียงพอที่จะสะท้อนสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย คือ ชุดความคิดหรือหลักการ ที่ทำให้มองเห็นภาพรวมของการทำวิจัย ผู้วิจัยนำประเด็นที่ต้องการทำวิจัยและตัวแปรมาเชื่อมโยงกัน เขียนในรูปของการบรรยายและสร้างแผนภาพ ที่สอดคล้องกับคำถามการวิจัย (Lovitts, 2005) โดยการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อนำมาประเมินและวางแผนพัฒนากำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบสุขภาพอำเภอ

การวิจัยนี้ ใช้แนวคิดของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอที่ดูแลประชาชนในพื้นที่ร่วมกับทุกหน่วยงาน และแนวคิดสมรรถนะซึ่งหมายถึงความสามารถของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในการประยุกต์ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะอื่นๆ เช่น ความรู้สึก แรงจูงใจและความต้องการเพื่อปฏิบัติงานที่รับผิดชอบให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวคิดของปฏิบัตินิยม เริ่มจากการค้นหาความหมายของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอจากบริบทของระบบสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ดังนั้นการทำความเข้าใจสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานจึงเริ่มต้นด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ จากนั้นนำมาพัฒนาเครื่องมือตามขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือและทำการทดสอบด้วยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ของการศึกษาในครั้งนี้คือ เครื่องมือในการประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอ โดยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ สามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการออกแบบหลักสูตรหรือการจัดอบรมการพัฒนาผู้จัดการการดูแลระยะยาว ให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมตามความจำเป็นในการปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยาวในระบบสุขภาพอำเภอช่วยลดต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลให้น้อยลงโดยที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังสามารถได้รับบริการการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพตามกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่องการพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ และเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามกระบวนทัศน์วิจัยแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) เป็นการวิจัยแบบผสมที่มุ่งการแก้ปัญหา เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติและเกิดการปฏิบัติในโลกจริง โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบบ Exploratory Sequential Mixed Methods ตามแนวคิดของ Creswell (2014) การวิจัยเป็นแบบเรียงลำดับ (Sequential) เริ่มจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและตามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการเชื่อมต่อข้อมูลด้วยวิธีการแบบติดต่อข้อมูล (Connect Data) ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนแล้วนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาใช้ในการเก็บเชิงปริมาณต่อ ซึ่งในการศึกษาเชิงปริมาณนั้นนำขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือของ DeVellis (2012) มาดำเนินการตามขั้นตอน การศึกษาจึงเป็นไปตามลำดับโดยมีสัญลักษณ์ของวิธีการศึกษา คือ qual --> QUAN (Creswell & Plano Clark, 2007) โดยวิธีการดำเนินงานวิจัยนำเสนอ โดยมี ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. พื้นที่ที่ศึกษา
3. ขั้นตอนการดำเนินงาน
   - 3.1 การดำเนินการศึกษาระยะที่ 1
   - 3.2 การดำเนินการศึกษาระยะที่ 2
4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัย

วิธีการ Exploratory Sequential Mixed Methods เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสานที่นิยมใช้ในการวิจัยที่เป็นปรากฏการณ์ใหม่ยังไม่สามารถกำหนดตัวแปรที่ชัดเจนได้ เพราะการที่ระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ ทรัพยากรการทำงานในพื้นที่และการอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อนิยามความหมายของสมมรถนะของกำลังคนที่แตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาเชิงคุณภาพจึงมีความจำเป็นในระยะแรก แล้วจึงนำผลดังกล่าวมาดำเนินการสร้างเครื่องมือประเมิน ซึ่งพบว่ายังไม่มีเครื่องมือวัดสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ปฏิบัติงานในระบบ

สุขภาพอำเภอ โดยผู้วิจัยแบ่งการดำเนินงานวิจัยเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เริ่มต้นด้วยการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้สำหรับการค้นหาตัวแปรใหม่ที่เกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ หลังจากนั้นนำตัวแปรที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 เชื่อมต่อ ใช้ในการศึกษาระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้วิธีการสร้างเครื่องมือของ DeVellis (2012) มาดำเนินการร่วมตามแนวคิดของการดำเนินการดังตาราง 8

พื้นที่ที่ศึกษา

พื้นที่ที่ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดไว้คือ เขตสุขภาพที่ 1 (เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน) เนื่องจากประเทศไทยได้มีการแบ่งพื้นที่เขตสุขภาพตามระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 13 เขตสุขภาพเมื่อพิจารณาสถิติผู้สูงอายุของแต่ละจังหวัดในประเทศไทย ปี 2565 พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามจังหวัด 10 ลำดับแรกของประเทศไทย พ.ศ. 2565 ได้แก่ ลำปาง (ร้อยละ 26.62) แพร่ (ร้อยละ 26.22) ลำพูน (ร้อยละ 26.12) สิงห์บุรี (ร้อยละ 26.06) ชัยนาท (ร้อยละ 24.93) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 24.70) พะเยา (ร้อยละ 24.66) อ่างทอง (ร้อยละ 24.16) อุตรดิตถ์ (ร้อยละ 23.89) และสุโขทัย (ร้อยละ 22.95) จากข้อมูลข้างต้นพบว่า จังหวัดที่มีผู้สูงอายุในลำดับที่ 1-3 อยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ ลำปาง แพร่ และลำพูน (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565)

ตาราง 8 แสดงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการดำเนินการและผลผลิตของการวิจัย

วัตถุประสงค์การศึกษา	วิธีการเก็บข้อมูล	ขั้นตอนการดำเนินการ	ผลผลิต
1. เพื่อค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ	เชิงคุณภาพ (ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ)	1. การให้นิยามและองค์ประกอบของสิ่งที่ต้องการวัด (Clarify the Construct)	ความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

ตาราง 8 (ต่อ)

วัตถุประสงค์การศึกษา	วิธีการเก็บข้อมูล	ขั้นตอนการดำเนินการ	ผลผลิต
2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ	เชิงปริมาณ (ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ)	2. ออกแบบและสร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool)	
		3. กำหนดรูปแบบในการวัด (Determine the Format of Measurement)	
		4. ตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ (Have the Initial Item Pool Reviewed by Experts)	
		5. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Consider Inclusion of Validation Items)	- แบบสอบถามฉบับร่างที่ 1
		6. นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer Item to A Development Sample)	
		7. วิเคราะห์ข้อคำถาม (Evaluate the Items)	- แบบสอบถามฉบับร่างที่ 2
		8. นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (Perform a Field Test)	
		9. ปรับปรุงแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ (Optimize the Scale)	- แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. การศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 1 การให้นิยามและองค์ประกอบของสิ่งที่ต้องการวัด (Clarify the Construct) เพื่อค้นหานิยามความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอเป็นหลัก ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะ พบว่า การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์กลุ่ม ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในขั้นตอนการค้นหาความหมาย

การสนทนากลุ่มนั้นถูกนำมาใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพที่มีจุดมุ่งหมายหลากหลาย เช่น การค้นหาประเด็นของเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ยังไม่มีความรู้ชัดเจนมาก่อน (Exploratory) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึก ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกัน (Homogenous Group) เพื่อลดอาการประหม่า เกร็งและทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความมั่นใจในการตอบคำถามมากขึ้น เพราะไม่มีความแตกต่างภายในกลุ่มที่สนทนา ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึก จัดเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนทนาเชิงวิชาชีพที่มีการสนทนาเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure Conversation) ใช้ในกรณีที่ต้องการทำความเข้าใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ (ชาย โพธิสิตา, 2556) โดยทั้ง 2 วิธีการมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 นิยามความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว

การศึกษาระยะนี้มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง คือ ประชากร ผู้ให้ข้อมูลหลัก เครื่องมือและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ (Truth Worthiness) การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาเชิงคุณภาพ ครอบคลุมทุกกลุ่ม ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน นักวิชาการและตัวแทนประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับชาติ ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับจังหวัด ผู้จัดการการดูแลระยะยาว คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และนักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการดูแลและพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ

1.1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยมีการกำหนดผู้ให้ข้อมูลหลักที่เหมาะสมและสะท้อนถึงความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ตรงที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษา เพื่อเป็นการประกันคุณภาพของข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญที่เหมาะสม โดยอาศัยความรู้ประสบการณ์ทั้งทางวิชาการและวิชาชีพที่จะสามารถสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความเชี่ยวชาญดังกล่าวดังตาราง 9

1.1.3 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นในรายละเอียดจากอาจารย์ที่ปรึกษา โดยผู้วิจัยแสดงตัวอย่างของข้อคำถามในแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักตามตาราง 10

1.1.4 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้วิธีการคัดเลือกตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Purposive Sampling) โดยมีการวางแผน กำหนดคุณสมบัติ และจำนวนของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อเป็นตัวแทนที่ดี โดยปราศจากความลำเอียง (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2560) ซึ่งได้จากการพิจารณาร่วมระหว่างผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษาและความเห็นจากบุคคลสำคัญในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พิจารณาจากเอกสารและระยะเวลาที่สะท้อนถึงความเชี่ยวชาญที่มาจากความรู้ ประสบการณ์ทั้งทางวิชาการและวิชาชีพ โดยผู้วิจัยแสดงรายละเอียดในตาราง 9

ตาราง 9 แสดงผู้ให้ข้อมูลหลัก คุณสมบัติและจำนวนในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	คุณสมบัติ	จำนวน (คน)
1. ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับชาติ	1. ปฏิบัติงานด้านนโยบาย เช่น กำกับ ควบคุม ติดตามการทำงานตามนโยบายผู้สูงอายุในระดับชาติ ที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือ สปสช. 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2
2. ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับจังหวัด	1. ปฏิบัติงานด้านนโยบาย เช่น กำกับ ควบคุม ติดตามการทำงานตามนโยบายผู้สูงอายุที่ สปสช. เขต 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	2

ตาราง 9 (ต่อ)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	คุณสมบัติ	จำนวน (คน)
3. ประธานชมรมผู้สูงอายุ	1. เป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประธานชมรมผู้สูงอายุ 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	4
4. คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	1. เป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในพื้นที่ ได้แก่ 1) นายกเทศมนตรี 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (รัฐบาล) 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 4) ปลัดองค์กรปกครองท้องถิ่น 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	8 (ตำแหน่งละ 2 คน)
5. ผู้จัดการการดูแลระยะยาว	1. เป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว ตามคู่มือแนวทางการฝึกอบรม หลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2. ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้จัดการการดูแลระยะยาวอย่างน้อย 2 ปี	12
6. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ	1. เป็นผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70/420 ชั่วโมง กรมอนามัย 2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี	4
7. นักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยว กับการดูแลและพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ	เป็นผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระยะยาว หรือกำลังคนในการดูแลระยะยาว โดยมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการรับรองทั้งระดับชาติและนานาชาติ ในรอบ 5 ปี	2

ตาราง 10 แสดงกลุ่มที่ จำนวน วิธีการเก็บข้อมูลและตัวอย่างข้อคำถามในแต่ละกลุ่มที่ผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มที่	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน (คน)	ตัวอย่างข้อคำถาม
1	การสัมภาษณ์เชิงลึก	1. ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับชาติ 2. ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับจังหวัด 3. นักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการดูแลและพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ 4. ผู้จัดการการดูแลระยะยาว	2 2 2 2	1. ท่านคิดว่าเนื้อหาการอบรมเพียงพอทำให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอที่เข้าร่วมเกิดองค์ความรู้ในการทำงานจริงหรือไม่ อย่างไร 2. ท่านคิดว่าผู้ที่จะเป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอของไทยต้องเพิ่มเติมความรู้หรือทักษะด้านใดอีก เพราะเหตุใด 3. ท่านคิดว่าขอบข่ายหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในปัจจุบันมีอะไรบ้างและเพียงพอหรือไม่ อย่างไร สำหรับปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอของไทย 4. ท่านคิดว่าควรเพิ่มทักษะใดบ้าง เพื่อให้ทำงานได้ดียิ่งขึ้น 5. ท่านได้รับทราบ/เข้าร่วมอบรม หลักสูตรการอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว หรือไม่ เนื้อหาการอบรมมีอะไรบ้าง

ตาราง 10 (ต่อ)

กลุ่มที่	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน (คน)	ตัวอย่างข้อคำถาม
2	การสนทนากลุ่ม	**กลุ่มย่อยที่ 1** ผู้จัดการการดูแลระยะยาว	10	1. ท่านคิดว่าขอบข่ายหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในปัจจุบันมีอะไรบ้างและเพียงพอหรือไม่ อย่างไรสำหรับปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอของไทย 2. ท่านคิดว่าผู้ที่จะเป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอของไทยต้องเพิ่มเติมความรู้หรือทักษะด้านใดอีก เพราะเหตุใด 3. ท่านคิดว่าแรงจูงใจที่ทำให้คนมาปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว คืออะไร 4. ท่านคิดว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวมีแรงจูงใจดังกล่าว 5. ท่านคิดว่าบุคคลที่ทำหน้าที่ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีคุณลักษณะที่จำเป็นอื่นๆ อะไรบ้าง เพราะเหตุใด 6. ท่านคิดว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวมีคุณลักษณะที่จำเป็นดังกล่าวเกิดขึ้น
		กลุ่มย่อยที่ 2 คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	8	
		กลุ่มย่อยที่ 3 1. ประธานชมรมผู้สูงอายุ 2. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ	4 4	

1.1.5 การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลการวิจัย ในระยะที่ 1 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อเท็จจริงที่ได้ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับนักวิจัย ผ่านการพูดคุย โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure Interview) ตามขั้นตอนดังนี้

1) ร่างแนวคำถาม พร้อมปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2) คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและความเห็นจากบุคคลสำคัญในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3) ติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้รับการพิจารณา ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และโทรศัพท์ หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยนเรศวร

4) นัดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูล

4.1) สถานที่ เป็นที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก และมีความปลอดภัยทั้งผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย ได้แก่ ที่บ้าน ที่ทำงานและศาลาประชาคมในพื้นที่ของผู้ให้ข้อมูล

4.2) การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1.30-2.00 ชม. ต่อคน เพื่อไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเหนื่อยล้าหรือเบื่อหน่ายเกินไป (ภาคผนวก ก) ภายหลังผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกเสร็จสิ้น จึงทำการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มต่อไป

4.3) การสนทนากลุ่ม แยกเป็น 3 กลุ่มย่อยตามบทบาทหน้าที่ ได้แก่ กลุ่มย่อยที่ 1 (ผู้จัดการการดูแลระยะยาว) กลุ่มย่อยที่ 2 (คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น) และกลุ่มย่อยที่ 3 (ประธานชมรมผู้สูงอายุและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1.30-2.00 ชม. ต่อกลุ่มย่อย และไม่มีการบันทึกวิดีโอในขณะทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูล อันจะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง (ภาคผนวก ก) ในการสนทนากลุ่มมีผู้ช่วยนักวิจัยที่ผู้วิจัยได้อบรมโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและรายละเอียดต่างๆของข้อคำถาม วิธีการเก็บข้อมูลก่อนลงเก็บข้อมูลจริง เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนด

5) ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้โดยถอดเทปโดยแปลแบบคำต่อคำ ปราศจากการบิดเบือนข้อมูลที่ได้ ตรวจสอบคำผิดอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

6) การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness)

6.1) ตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) ในการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ นำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ที่สะท้อนกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

6.2) การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าจากหลายแหล่งข้อมูล (Triangulation) ดังนี้

6.2.1) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการวิธีการวิจัย (Method triangulation) โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลในหลากหลายวิธี คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

6.2.2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้ให้ข้อมูล (Person triangulation) โดยได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่ครอบคลุม (Various Key Informants) (Creswell, 2015)

6.3 การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing) โดยการตรวจสอบข้อมูลจากตีความการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อค้นพบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

7) การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1) การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่มาจากผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการ Thematic Analysis ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน (Braun & Clarke, 2008) ดังนี้

7.1.1) การทำความคุ้นเคยกับข้อมูล (Familiarizing Data) ผู้วิจัยทำความคุ้นเคยข้อมูลโดยทำการอ่านข้อมูลที่ได้รับได้รับจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด เพื่อให้สามารถค้นหาความหมายและประเด็นหลักของข้อมูล

7.1.2) การเริ่มต้นสร้างรหัส (Generating Initial Data) ผู้วิจัยสร้างรหัสข้อมูลตามแผนที่วางไว้ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อรวบรวมข้อความที่มีประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกัน

7.1.3) การค้นหาแก่นหลัก (Searching for Themes) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์เป็นชุดรูปแบบที่มีรหัสย่อย เพื่อแยกข้อมูลเป็นองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย เพื่อเป็นการลดทอนข้อมูล

7.1.4) การตรวจสอบแก่นหลัก (Reviewing Themes) ผู้วิจัยปรับแต่งประเด็นที่มีโดยบางชุดรูปแบบอาจมีการยุบรวมกับชุดรูปแบบอื่น หรือบางชุดรูปแบบอาจมีการแตกเป็นองค์ประกอบอื่น ๆ เพิ่มขึ้น โดยใช้การตรวจสอบ 2 ระดับ ดังนี้

1) การตรวจสอบที่ระดับของข้อมูลที่เข้ารหัส (Reviewing at The Level of the Coded Data) โดยผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดใหม่อีกครั้งเพื่อดูความสอดคล้อง

กับองค์ประกอบหลักอีกครั้ง หากพบว่าไม่สอดคล้องอาจพิจารณาตัดทิ้งหรืออาจใช้การจัดเรียงข้อมูลใหม่

2) ตรวจสอบที่ระดับของชุดรูปแบบ (Reviewing at The Level of the Themes) ผู้วิจัยพิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูลกับองค์ประกอบหลักแต่ละองค์ประกอบเพื่อสะท้อนความหมายโดยรวมของข้อมูล หากไม่สามารถสะท้อนความสัมพันธ์ได้ ผู้วิจัยต้องกลับไปวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนการค้นหาแก่นหลัก และการตรวจสอบแก่นหลักอีกครั้ง

7.1.5) การให้คำจำกัดความและตั้งชื่อ (Defining and Naming Themes) ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบหลักที่กระชับและสะท้อนองค์ประกอบที่ต้องการสื่อและเขียนแผนภาพการเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ

7.1.6) การเขียนรายงาน (Producing the Report) ผู้วิจัยนำเสนอผลที่รัดกุม เป็นเหตุเป็นผลตามข้อมูลที่มีโดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูล

ผลผลิตที่ผู้วิจัยได้รับเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในระยะนี้ คือ ความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการสร้างเครื่องมือของ DeVellis (2012) (ภาคผนวก ข)

2. การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ

เมื่อผู้วิจัยได้ความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะหลักของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จากการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 เรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้นั้นเข้าสู่กระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้วิธีการสร้างเครื่องมือของ DeVellis (2012) ในขั้นตอนการดำเนินการที่ 2-9 มาดำเนินการร่วม (ตาราง 8) ดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและสร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นข้อคำถามที่สอดคล้องและครอบคลุมนิยาม และวัตถุประสงค์ในการวิจัย พร้อมตัวเลือกและตรวจสอบจากความถูกผิดของคำ จัดหมวดหมู่ในแต่ละมิติ และการเรียงลำดับข้อคำถามออกแบบเป็นแบบสอบถาม เพื่อนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้น

2.2 ขั้นตอนที่ 3 กำหนดรูปแบบในการวัด (Determine the Format of Measurement)

ผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวเลือกของแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวกับสมรรถนะหลักของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในระบบสุขภาพอำเภอ ที่ได้ในระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นมาตราประมาณค่า ซึ่งการกำหนดตัวเลือกที่น้อยเกินไปทำให้ความแม่นยำและความเชื่อมั่นต่ำ

ควรใช้จำนวนตัวเลือกควรไม่น้อยกว่า 5 ตัวเลือก (Krosnick, 1999) เนื่องจากเป็นตัวเลือกที่มีความเหมาะสม (น้ำผึ้ง มีศิล, 2559) สอดคล้องกับ Dixon (2001) ที่ระบุว่าตัวเลือก 5-7 มีความเหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูล (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2560) การกำหนดค่าคะแนนการประเมินสมรรถนะและความหมาย ตามตาราง 11-12 เพื่อนำไปเป็นเกณฑ์ในการให้ความหมายที่จำเพาะตามสมรรถนะ แต่ละด้านจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ดังนี้

ตาราง 11 แสดงค่าคะแนนและความหมายของสมรรถนะที่ประเมิน

ค่าคะแนน	ความหมายของสมรรถนะด้านการบริหารงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	ความหมายของสมรรถนะด้านการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ
1	มีประสบการณ์และทักษะน้อย (Novice)	ไม่เคยเลย
2	มีประสบการณ์และทักษะ (Advance Beginner)	นานๆ ครั้ง
3	มีความชำนาญ (Competent)	ปานกลาง
4	มีความชำนาญสูง (Proficient)	บ่อยครั้ง
5	มีความเชี่ยวชาญ (Expert)	เป็นประจำ

2.3 ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ (Have the Initial Item Pool Reviewed by Experts)

นำข้อคำถามพร้อมตัวเลือกที่ผ่านการตรวจสอบจากความถูกผิดของคำ การจัดหมวดหมู่ในแต่ละมิติ และการเรียงลำดับข้อคำถาม เพื่อตรวจสอบเบื้องต้นในประเด็น การใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ความชัดเจนไม่เยิ่นเย้อ ข้อคำถามที่มีความหมายซ้ำซ้อน โดยใช้การตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า (Face Validity) กำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญไว้ 7 คน (Lynn, 1986) (ภาคผนวก ค) และผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษากำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นการประกันคุณภาพความตรงเชิงของเครื่องมือ รายละเอียดดังนี้

2.3.1 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

1) ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ เป็นผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ หรือ การพัฒนากำลังคนในการดูแลระยะยาว โดยมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการรับรองทั้งระดับชาติและนานาชาติ จำนวน 3 เรื่องในรอบ 5 ปี หรือมีประสบการณ์ในการสอนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ หรือ การพัฒนากำลังคนในการดูแลระยะยาว อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 2 คน

2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย เป็นผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ โดยมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการรับรองทั้งระดับชาติและนานาชาติ จำนวน 3 เรื่องในรอบ 5 ปี หรือสำเร็จการศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และมีประสบการณ์ในการสอนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหรือการพัฒนากำลังคนในการดูแลระยะยาว อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 2 คน

3) ผู้ปฏิบัติงานในระดับชาติ เป็นผู้ปฏิบัติงาน เช่น กำกับ ติดตาม ควบคุมการทำงานที่เกี่ยวข้องด้านนโยบายผู้สูงอายุหรือการพัฒนากำลังคนที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และมีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 1 คน

4) ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด เป็นผู้ปฏิบัติงาน เช่น กำกับ ติดตาม ควบคุมการทำงานที่เกี่ยวข้องด้านนโยบายผู้สูงอายุ หรือการพัฒนากำลังคนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพรายเขตและมีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์และโทรศัพท์ พร้อมส่งสำเนาแบบสอบถามและเอกสารโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณา เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาแบบเผชิญหน้า (Face Validity)

2.3.2 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือ คือ ประเด็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ในการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ ภายหลังนำมาวิเคราะห์โดยใช้ Thematic Analysis พร้อมจัดเป็นหมวดหมู่และเรียงลำดับในแต่ละมิติ

2.3.3 สถิติในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ เนื่องจากผู้วิจัยใช้การการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามแบบเผชิญหน้า ดังนั้นข้อมูลที่ได้คือ ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับข้อความในแต่ละข้อคำถามว่ามีความสอดคล้องตรงตามนิยามหรือสิ่งที่การวัดหรือไม่ หากผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าตรงแสดงว่า แบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทางด้านความเที่ยงตรงแบบเผชิญหน้า หรือปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะหากมีข้อแสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในขั้นตอนต่อไป

2.4 ขั้นตอนที่ 5 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Consider Inclusion of Validation Items)

ผู้วิจัยนำแบบแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญจากขั้นตอนที่ 4 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดังนี้

2.4.1 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ซึ่งผ่านการพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกไว้ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือว่าเนื้อหามีความตรงและครอบคลุมตามแนวคิดหรือตัวแปรที่ต้องการวัดอย่างครบถ้วน (DeVellis, 2012) และจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ 7 คน (Lynn, 1986) (ภาคผนวก ค) ซึ่งเป็นคนละรายชื่อกับผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาแบบเผชิญหน้า (Face Validity) รายละเอียด ดังนี้

1) ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ เป็นผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหรือการพัฒนากำลังคนในการดูแลระยะยาว โดยมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการรับรองทั้งระดับชาติและนานาชาติ จำนวน 3 เรื่องในรอบ 5 ปี หรือมีประสบการณ์ในการสอนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ หรือการพัฒนากำลังคนในการดูแลระยะยาว อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 2 คน

2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย เป็นผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ โดยมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการรับรองทั้งระดับชาติและนานาชาติ จำนวน 3 เรื่องในรอบ 5 ปี หรือสำเร็จการศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและมีประสบการณ์ในการสอนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหรือ การพัฒนากำลังคนในการดูแลระยะยาว อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 2 คน

3) ผู้ปฏิบัติงานในระดับชาติ เป็นผู้ปฏิบัติงาน เช่น กำกับ ติดตาม ควบคุมการทำงานที่เกี่ยวข้องด้านนโยบายผู้สูงอายุหรือการพัฒนากำลังคนที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและมีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 1 คน

4) ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด เป็นผู้ปฏิบัติงาน เช่น กำกับ ติดตาม ควบคุมการทำงานที่เกี่ยวข้องด้านนโยบายผู้สูงอายุ หรือการพัฒนากำลังคนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพรายเขตและมีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์และโทรศัพท์ พร้อมส่งสำเนาแบบสอบถามและเอกสารโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณา เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

2.4.2 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ จากขั้นตอนที่ 4 ประกอบไปด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ กำหนดตัวเลือกในการให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ตัวเลือก (Polit & Beck, 2004) คือ

1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง (not relevant)

2 หมายถึง ค่อนข้างไม่สอดคล้อง (somewhat relevant)

3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง (quite relevant)

4 หมายถึง สอดคล้องมาก (highly relevant)

และผู้วิจัยเพิ่มเติมข้อเสนอเสนอแนะในส่วนท้ายของแต่ละข้อคำถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถเขียนเพิ่มเติมได้ (ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญเลือกตอบเป็น 2 หรือ 3)

2.4.3 สถิติในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ในการตรวจสอบว่าแบบสอบถามนั้นสามารถวัดตัวแปรที่ผู้วิจัยต้องการวัด/ประเมินได้ตรงหรือไม่ โดยมีรายละเอียดภายหลังได้รับเอกสารคืนจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

1) นำข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้ตัวเลือก 3 และ 4 มาคำนวณค่าดัชนีความตรงรายข้อ (Item Content Validity: I-CVI) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ คือ

$$I\text{-}CVI = N_C / N$$

เมื่อ

N_C แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถามระดับ 3 หรือ 4 และ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดที่ประเมินแบบสอบถาม

2) ตัดข้อคำถามที่ให้ผลการวิเคราะห์ I-CVI ต่ำกว่าเกณฑ์ คือ น้อยกว่า 0.78 เนื่องจากผู้วิจัยใช้จำนวนผู้เชี่ยวชาญ 7 คน (Lynn, 1986)

3) นำผลของข้อคำถามที่เหลือมาคำนวณความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ/รายด้าน (Scale- Content Validity Index: S –CVI) (Polit & Beck, 2006) โดยในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ค่า S-CVI/Ave เนื่องจากเป็นวิธีที่คำนวณจากค่าเฉลี่ยจากค่า I-CVI ของทุกข้อคำถาม ทำให้ได้ค่าที่เหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดของดัชนีความตรงเชิงเนื้อหามากที่สุด (Polit & Beck, 2006) ค่าที่เหมาะสม คือ 0.9 ขึ้นไป (Waltz, Strickland, & Lenz, 2005) สูตรคำนวณ ดังนี้

$$S\text{-}CVI = \varepsilon(I\text{-}CVI)/p$$ เมื่อ

p แทนจำนวนข้อคำถาม

4) ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง ปรับปรุงจนไม่มีการแก้ไข หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 เพื่อทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในการวิจัย

2.5 ขั้นตอนที่ 6 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer Item to A Development Sample)

2.5.1 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอที่มีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 30 คน ในอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากอำเภอจอมทองมีการดำเนินการตามระบบการดูแลระยะยาวครบทุกกระบวนการ และในอำเภอพาน จังหวัดเชียงรายเนื่องจากเป็นพื้นที่มีการบริหารกองทุนการดูแลระยะยาวที่เป็นต้นแบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้จากข้อมูลอำเภอที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุ 10 อันดับแรกของประเทศไทยโดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2560) พบเทศบาลตำบลจอมทอง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในลำดับที่ 6 มีจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 29.10 เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด และเทศบาลตำบลเมืองพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย อยู่ในลำดับที่ 1 มีจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 30.37 เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด

2.5.2 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือ คือ แบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 มีประเด็นข้อคำถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน 6 ข้อ ดังนี้ เพศ อายุ ตำแหน่งงานปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้จัดการการดูและระยะยาว และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 สมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอที่มีการจัดหมวดหมู่และเรียงลำดับในแต่ละมิติ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านการบริหารงาน จำนวน 12 ข้อ
2. ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 16 ข้อ
3. ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ จำนวน 13 ข้อ
4. ด้านการการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ จำนวน 8 ข้อ

พร้อมตัวเลือกในการตอบที่เป็นมาตรวัด 5 ระดับ โดยให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 ตามลำดับ ดังนี้

1 (Novice) = มีประสบการณ์และทักษะน้อย

2 (Advance beginner) = มีประสบการณ์และทักษะ

3 (Competent) = มีความชำนาญ

4 (Proficient) = มีความชำนาญสูง

5 (Expert) = มีความเชี่ยวชาญ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 ที่ได้จากระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

2.6 ขั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์ข้อคำถาม (Evaluate the Items)

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อคำถามที่ได้จากขั้นตอนที่ 6 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer Item to A Development Sample) เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

ตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา (Cronbach's Alpha Co-efficiency) กำหนดค่าที่คำนวณได้ต้อง ≥ 0.7 ขึ้นไป จึงนับได้ว่าเครื่องมือใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม (Nunnally and Bernstein, 1994)

วิเคราะห์ข้อคำถาม (Item Analysis) พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อภายในสเกลย่อยเดียวกัน (Inter-Item Correlation: r) โดยค่า r ควรมีค่าไม่น้อยกว่า +0.2 (Streiner, Norman, & Cairney, 2015) แต่หากพบว่าข้อคำถามมีค่าลบต้องพิจารณาปรับปรุงหรือตัดออก และพิจารณาความสัมพันธ์ของข้อคำถามรายข้อเทียบกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item-total correlation: r) โดย r ที่คำนวณได้ในแต่ละข้อคำถามต้องไม่น้อยกว่า +0.20 แต่หากพบว่ามีค่าน้อยกว่าที่กำหนด ให้พิจารณาตัดข้อคำถามดังกล่าวออก (Streiner & Norman, 2003; บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549)

ผลวิเคราะห์อำนาจจำแนกรายข้อและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาร์ครายด้านของข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อจำแนกตามองค์ประกอบหลักแต่ละด้าน ดังตาราง 12 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดชื่อองค์ประกอบหลักพร้อมอักษรย่อ ดังนี้

1. ด้านการบริหารงาน (Management: MA)
2. สมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caring: CA)
3. สมรรถนะด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Inter-sectoral Collaboration: CO)
4. สมรรถนะด้านการการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ (Resilience: RE)

ตาราง 12 แสดงจำนวนตัวแปร อำนาจจำแนกรายข้อและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า- ครอนบาร์ครายด้าน

ข้อคำถามรายด้าน	ตัวแปร (ข้อ)	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาร์ค
MA1: การค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	8	0.858	0.869
MA2: สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานด้านการดูแล ผู้สูงอายุ		0.856	
MA3: จัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		0.882	
MA4: ประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย		0.829	
MA5: วางแผนการใช้งบประมาณเพื่อการดูแล		0.831	
MA8: ส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็น		0.851	
MA10: เลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง		0.856	
MA12: นำเทคโนโลยี เช่น วิธีการดูแลแบบใหม่ การใช้ไลน์หรือระบบออนไลน์ในการสื่อสาร		0.854	
CA2: อธิบายลักษณะการดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้	10	0.957	0.959
CA4: สามารถใช้เครื่องมือประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความ ต้องการได้		0.953	
CA6: รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงแต่ละราย		0.955	
CA7: เชื่อมโยงเหตุและผลของปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลลงในแผนการดูแลผู้สูงอายุได้		0.952	
CA9: ปรับปรุงแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ การดูแล		0.954	
CA10: จัดทำข้อตกลงด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับผู้สูงอายุและครอบครัว		0.951	
CA11: ให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นได้		0.958	
CA12: กำกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่วางไว้		0.952	
CA15: นำเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง		0.954	
CA16: คิดค้นนวัตกรรมใหม่ ในการดูแลดูแลผู้สูงอายุ		0.960	

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อคำถามรายด้าน	ตัวแปร (ข้อ)	ค่าอำนาจจำแนก	สัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาร์ค
CO1: ถ่ายทอดข้อมูลผู้สูงอายุและแผนการดูแลได้อย่างชัดเจนแก่ท้องถิ่น		0.947	
CO2: รับฟังข้อมูลผู้สูงอายุจากทุกภาคส่วน		0.947	
CO3: สื่อสารด้วยข้อความเชิงบวก เพื่อรักษาความสัมพันธ์ทุกภาคส่วน	8	0.945	0.951
CO5: ลงปฏิบัติการดูแลร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาลและ ทีมวิชาชีพ		0.951	
CO7: เสริมพลังการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นในการดูแล		0.942	
CO8: ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพภาคประชาชน และทีมท้องถิ่นเพื่อแก้ไขปัญหาการดูแล		0.942	
CO9: จัดการกับความขัดแย้งด้วยการหาข้อตกลงในการทำงาน ร่วมกัน		0.940	
CO11: พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลร่วมกับทีม CM ในอำเภอและภาคีเครือข่ายผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ		0.937	
RE2: แสดงความรู้สึกและท่าทางที่เหมาะสมเมื่อไม่เห็นด้วยหรือไม่พึงพอใจในบางเหตุการณ์		0.879	
RE3: แลกเปลี่ยนแนวคิดที่ใช้ในการทำงานกับทีมงานหรือผู้รับบริการได้		0.867	
RE4: ออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเองจากการทำงานได้		0.836	
RE5: พัฒนาตนเองโดยค้นหาความรู้เพิ่มเติมและไปอบรมพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ	7	0.861	0.870
RE6: สร้างกระบวนการปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับและไว้ใจ		0.853	
RE7: สร้างแรงจูงใจที่ดีให้กับตนเองในการทำงาน		0.831	
RE8: สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการทำงานได้		0.879	

ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามตามผลการวิเคราะห์ที่ได้ จัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลภาคสนามซึ่งเป็นขั้นตอนต่อไปในการพัฒนาเครื่องมือนี้

2.7 ขั้นตอนที่ 8 นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (Perform a Field Test)

ในการนำเครื่องมือไปใช้ในภาคสนาม ผู้วิจัยกำหนดรายละเอียดต่างๆ ทั้งประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลเพื่อให้เกิดความถูกต้องและน่าเชื่อถือของผลที่ได้ ดังนี้

2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ผ่านการอบรมโดยหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (70 ชั่วโมง) ในเขตสุขภาพที่ 1 (เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน) จำนวน 1,636 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ที่ผ่านการอบรมโดยหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (70 ชั่วโมง) โดยมีผู้วิจัยมีข้อกำหนด ดังนี้

2.1) เกณฑ์การคัดเข้าผู้ให้ข้อมูลหลัก (Inclusion Criteria)

2.1.1) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้การรับรองและอาศัยในพื้นที่วิจัยตามที่กำหนด

2.1.2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

2.1.3) สมัครใจและยินยอมให้ข้อมูล

2.2) เกณฑ์การคัดออกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Exclusion Criteria)

2.2.1) มีปัญหาสุขภาพระหว่างดำเนินการวิจัยจนทำให้ไม่สามารถร่วมการวิจัยต่อได้

3) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดไว้ คือ 10 เท่าของจำนวนตัวแปร (Pett et al., 2003; บุญใจ ศรีสถิตนรากูล, 2547) เนื่องจากเป็นการวิจัยที่ต้องใช้ สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) จึงทำให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องรองรับต่อสถิติดังกล่าวด้วย (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2560)

n = จำนวนข้อคำถาม x 10

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

n = 33 x 10

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) = 330

Comrey & Lee (1992) เสนอแนวทางสำหรับการให้คะแนนขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ: 100=แย่, 200=พอใช้, 300=ดี, 500=ดีมาก และ 1,000 ขึ้นไป=ดีมาก จากข้อมูลการกำหนดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวและเพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือมีการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดอัตราส่วนของกรณีต่อตัวแปรตัวบ่งชี้เป็น 15:1

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มเติม = 15*33 = 495

รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 495 คน

4) การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่าง คือ การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) จำแนกประชากรออกเป็นแต่ละจังหวัด (เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงรายและแม่ฮ่องสอน) ตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วสุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มย่อยตามสัดส่วน (Proportional Allocation) ดังนี้

$n_i = Ni/(N/n)$

เมื่อ

n_i = ขนาดตัวอย่างของแต่ละชั้นการศึกษา

n = ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมด

N_i = จำนวนประชากรของแต่ละชั้นการศึกษา

N = จำนวนประชากรรวมทั้งหมด

และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ใช้การจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากรายชื่อในแต่ละจังหวัด เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างและให้ได้จำนวนตามสัดส่วนที่ต้องการ ดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงจำนวนผู้จัดการการดูแลระยะยาวในแต่จังหวัด และจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามสัดส่วน

พื้นที่	ผู้จัดการการดูแลระยะยาวในแต่จังหวัด (คน)		สัดส่วนการคำนวนในแต่ละจังหวัด (คน)
	ทั้งหมด	เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด*	
เชียงใหม่	350	300	109
ลำพูน	119	119	43
ลำปาง	250	234	85
แพร่	146	131	47
น่าน	175	75	27
พะเยา	153	147	53
เชียงราย	365	300	109
แม่ฮ่องสอน	78	62	22
รวมทั้งหมด	1,636	1,368	495

หมายเหตุ *ผู้วิจัยประสานกับผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด

5) เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 (ภาคผนวก ง) โดยมีประเด็นข้อคำถามแยกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน 6 ข้อ ดังนี้ เพศ อายุ ตำแหน่งงานปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้จัดการการดูและระยะยาวและระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 สมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีการจัดหมวดหมู่และเรียงลำดับในแต่ละมิติ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านการบริหารงาน จำนวน 7 ข้อ
2. ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ
3. ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ จำนวน 8 ข้อ
4. ด้านการการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ จำนวน 7 ข้อ

พร้อมตัวเลือกในการตอบที่เป็นมาตรวัด 5 ระดับ โดยให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 ตามลำดับ ดังนี้

1 (Novice) = มีประสบการณ์และทักษะน้อย

2 (Advance beginner) = มีประสบการณ์และทักษะ

3 (Competent) = มีความชำนาญ

4 (Proficient) = มีความชำนาญสูง

5 (Expert) = มีความเชี่ยวชาญ

6) การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 โดยผู้วิจัยมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

6.1) ขั้นเตรียมการ

6.1.1) ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

6.1.2) ประสานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่สำนักงานสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอข้อมูลและรายชื่อผู้จัดการการดูแลระยะยาว

6.1.3) สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตามกระบวนการสุ่มตัวอย่างที่กำหนดตามเกณฑ์การคัดเข้าและประสานกลุ่มเป้าหมายเพื่อนัดหมายวัน เวลาในการเข้าเก็บข้อมูล

6.2) ขั้นดำเนินการ

6.2.1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามที่กำหนดไว้

6.2.2) ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการในการวิจัยครั้งนี้ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายถึงประโยชน์ และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ การถอนตัวออกจากการโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาระหว่างดำเนินการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และการตอบคำถามโดยไม่ปิดบังข้อเท็จจริง และการปกปิดข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลในภาพรวมและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

6.2.3) ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเพื่อแสดงความประสงค์ในการเข้าร่วมการวิจัย

6.3) ขั้นสรุป ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

7) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผล

7.1) การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา (Cronbach's Alpha Co-efficiency) กำหนดค่าที่คำนวณได้ต้อง ≥ 0.7 ขึ้นไป จึงนับได้ว่าเครื่องมือใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม (Nunnally & Bernstein, 1994)

7.2) วิเคราะห์ข้อคำถาม (Item Analysis) พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อภายในสเกลย่อยเดียวกัน (Inter-Item Correlation: r) โดยค่า r ควรมีค่าไม่น้อยกว่า +0.2 (Streiner et al., 2015) แต่หากพบว่าข้อคำถามมีค่าลบต้องพิจารณาปรับปรุงหรือตัดออก และพิจารณาความสัมพันธ์ของข้อคำถามรายข้อเทียบกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item-total correlation: r) โดย r ที่คำนวณได้ในแต่ละข้อคำถามต้องไม่น้อยกว่า +0.20 แต่หากพบว่ามีค่าน้อยกว่าที่กำหนด ให้พิจารณาตัดข้อคำถามดังกล่าวออก (Streiner & Norman, 2003; บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) หรือหากมีความสอดคล้องกับเนื้อหาให้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์จนได้เป็นแบบสอบถามฉบับจริง

7.3) การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) เป็นเกณฑ์สำคัญที่นำมาใช้ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ วัดในสิ่งที่ต้องการจะวัด (DeVon et al., 2007; Haynes, Richard, & Kubany, 1995) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ Factor Analysis ซึ่งเป็นการตรวจสอบว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นวัดได้ครอบคลุมความหมายและขอบเขต

(นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2560; สุวิมล ติรกานันท์, 2551) ทำให้ตัวแปรลดจำนวนให้เหลือน้อยลง โดยจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555; สุวิมล ติรกานันท์, 2551) ซึ่งแบ่งเป็น 2 โมเดล คือ

7.3.1) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบ คือ 1) ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ซึ่งมีมาตรการวัดระดับอัตราส่วน (Ratio Scale) แต่หากเป็นมาตรการวัดระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) และมาตรการวัดระดับเรียงอันดับ (Ordinal Scales) ผู้วิจัยแปลงเป็น Dummy Variable ที่มีค่าเป็น 0 และ 1 เท่านั้นและ 2) ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูง ($r \geq +0.30$ ขึ้นไป) โดยขั้นตอนในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ มีดังต่อไปนี้

1) ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจตามหลักการวิเคราะห์ของ Joreskog & Sorbom (1996) ดังนี้

1.1) ค่าสถิติ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling adequacy: KMO โดยค่า KMO จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 และค่าที่สะท้อนว่าข้อมูลนั้นมีความเหมาะสม คือ KMO = 0.8 ขึ้นไป

การแปลค่า KMO

0.90 ขึ้นไป	หมายถึง	ข้อมูลมีความเหมาะสมระดับมากที่สุด
0.80 - 0.89	หมายถึง	ข้อมูลมีความเหมาะสมระดับมาก
0.70 - 0.79	หมายถึง	ข้อมูลมีความเหมาะสมระดับปานกลาง
0.60 - 0.69	หมายถึง	ข้อมูลมีความเหมาะสมระดับน้อย
0.50 - 0.59	หมายถึง	ข้อมูลมีความเหมาะสมระดับน้อยมาก
< 0.50	หมายถึง	ข้อมูลไม่เหมาะสมและไม่สามารถยอมรับได้

1.2) ค่า Bartlett's Test of Sphericity โดยพิจารณาจากค่า Chi-square ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555)

2) การสกัดปัจจัย ใช้วิธีการ Principle Component Analysis (PCA) เพื่อทำให้ได้จำนวนองค์ประกอบที่น้อยที่สุดที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรได้มากที่สุด การพิจารณาจำนวนขององค์ประกอบทั้งหมดจากค่า Eigen Value ที่มากกว่า 1 และร้อยละของความแปรปรวนสะสม 60 ขึ้นไป (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) การพิจารณาว่าแต่ละปัจจัยอยู่ในองค์ประกอบใด จะพิจารณาจากค่าน้ำหนักตัวแปร (Factor loading) ซึ่งเป็นค่าแสดงปริมาณความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัวกับองค์ประกอบ จะมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 หากพบ

ค่า Factor Loading ของตัวแปรใดที่มีค่าสูงสุดอยู่ในองค์ประกอบใด ก็จัดอยู่ในองค์ประกอบนั้นโดยไม่ต้องพิจารณาเครื่องหมายร่วมด้วย

3) การหมุนแกนปัจจัย เพื่อช่วยให้ค่า Factor Loading มีค่าที่เหมาะสมและง่ายขึ้นในการจัดว่าอยู่ในองค์ประกอบใด โดยผู้วิจัยใช้แบบการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) โดยใช้วิธีการหมุนแบบวาริแมกซ์ (Varimax)

4) การพิจารณาจำนวนปัจจัย (องค์ประกอบ) ปัจจัยที่สกัดได้พิจารณาจาก Eigen value > 1 ประกอบด้วยตัวแปรไม่น้อยกว่า 3 ตัวแปร และมีค่าน้ำหนักปัจจัยที่มากกว่า 0.3 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555) ผู้วิจัยพิจารณา Eigen value ว่ามีจำนวนปัจจัยกี่ปัจจัย โดยจะเป็นผลรวมกำลังสองของน้ำหนักตัวแปรแต่ละตัวแปรในปัจจัยนั้น ๆ ตามวิธีของ Guttman and Kaiser พิจารณา Eigen value ในตาราง Rotated Component Matrix ที่มากกว่า 1 โดยมีเกณฑ์การตัดข้อคำถาม ดังนี้

4.1) น้ำหนักปัจจัย (Factor Loading) ต่ำกว่า 0.3 ซึ่งน้อยกว่าค่าที่ยอมรับได้ (Kerlinger, 1986)

4.2) ตัวแปรในองค์ประกอบต้องมี 3 ตัวแปรขึ้นไป

4.3) ตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันมีความหมายสอดคล้องกัน (สุภมาศ อังสุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณา, และรัชนีกูล ภิญโญภานุวัฒน์, 2554)

5) ตั้งชื่อแต่ละองค์ประกอบใหม่ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับโครงสร้างขององค์ประกอบใหม่ที่ได้จากการวิเคราะห์

7.3.2) นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนข้างต้น มาตรวจสอบความสมบูรณ์ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) เพื่อทำให้ผลการวิเคราะห์ที่ได้มีความสมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น ข้อตกลงเบื้องต้น คือ 1. ข้อมูลควรมีลักษณะการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distributions) 2. ข้อมูลมีความเป็นเอกพันธ์ของการกระจาย (Homoscedasticity) 3. ข้อมูลมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง (Linear Relationships) และ 4. ความคลาดเคลื่อน (Error Terms) ต้องไม่สัมพันธ์กับตัวแปรแฝงใด ๆ ในโมเดล (อรรถไกร พันธุ์ภักดี, 2559) ขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1) การประมาณค่าพารามิเตอร์ของโมเดล เพื่อหาค่าพารามิเตอร์ ที่ทำให้เมทริกซ์ความแปรปรวน ที่คำนวณจากกลุ่มตัวอย่าง เทียบกับเมทริกซ์ความแปรปรวนความแปรปรวนร่วมที่สร้างขึ้นจากพารามิเตอร์ที่ประมาณค่าได้จากโมเดล โดยใช้วิธีการ Maximum Likelihood (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

2) การตรวจสอบความตรงของโมเดล เพื่อประเมินผลความกลมกลืนระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดล โดยมีค่าดัชนีความความสอดคล้องตามตาราง 14

(Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008; Hu & Bentler, 1999; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; สุภมาศ อังสุโชติ และคณะ, 2554) รายละเอียดดังนี้

ตาราง 14 แสดงค่าที่เหมาะสมและดัชนีความความสอดคล้องเพื่อการตรวจสอบความตรงของโมเดล

ดัชนีความความสอดคล้อง	ค่าที่เหมาะสม
ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์	ไม่เกิน 2
Goodness of Fit Index: GFI	≥ 0.90
Adjusted goodness of fit index: AGFI	≥ 0.90
Comparative Fit Index: CFI	≥ 0.90
Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA	< 0.05
Standardized Root Mean Square Residual: SRMR	< 0.05

ที่มา: Cole, 1987

2.3 การปรับโมเดล เมื่อผู้วิจัยพบว่าโมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวทาง ในการปรับโมเดล ให้พิจารณาจากค่าของตัวแปรสังเกตในรูปคะแนนมาตรฐานควรมีค่าไม่เกิน ± 2.00 โดยต้องเหตุผลที่เหมาะสมและเป็นไปตามทฤษฎีที่วางไว้ (สุวิมล ติรกานันท์, 2551)

2.4 การตีความผลการวิเคราะห์ ผู้วิจัยรายงานตามค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ และความแปรปรวนที่องค์ประกอบสามารถอธิบายได้ ซึ่งไม่ควรน้อยกว่าร้อยละ 50 (Hair, Black, Bain, nderson, & Tatham, 2006)

2.8 ขั้นตอนที่ 9 ปรับปรุงแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ (Optimize the scale)

นำผลการวิเคราะห์ที่ได้จากนำการนำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (Perform a Field Test) มาปรับปรุงแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อจัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วิธีการใช้เครื่องมือ ชุดข้อคำถามและวิธีการคิดคะแนนและการประเมินผล (Waltz & Lenz, 2010) โดยองค์ประกอบวิธีการใช้เครื่องมือประกอบด้วย การอธิบายสิ่งที่ต้องการวัด ใครเป็นผู้วัด ใครเป็นผู้ตอบและใครเป็นผู้ใช้ผลการประเมิน องค์ประกอบชุดข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถาม รูปแบบการวัดที่มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และคุณลักษณะที่เหมาะสมกับการวัด และองค์ประกอบการแปลผลค่าคะแนนการวัดเป็นการแปลผลค่าคะแนนการวัดเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้เครื่องมือสามารถนำเครื่องมือไปใช้ได้อย่างเข้าใจ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงร่างที่ผ่านการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นที่เรียบร้อย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งได้รับการอนุมัติให้เป็นประเภทเร่งด่วนเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2019 เลขที่ IRB 0763/62 โดยการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคำนึงและยึดหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ 3 ข้อ (นิมิตร มรกต, 2560) คือ

1. หลักเคารพต่อบุคคล (Respect for persons) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลให้ข้อมูลครบถ้วน ไม่ปิดปัง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถพิจารณาก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงข้อมูลต่างๆ ของการวิจัย (Information Sheet) ที่มีการนำเสนอข้อมูลให้เข้าใจได้ กระชับ โดยมีการแปลงคำหรือภาษาที่ยากต่อการเข้าใจให้ง่ายขึ้น อีกทั้งผู้วิจัยจัดทำเอกสารเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนลงนามให้ความยินเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) เพื่อสะท้อนว่าผู้วิจัยไม่ได้มีการบังคับ หรือหลอกลวง หรือกดดัน ให้เข้าร่วมวิจัยดังกล่าว

2. หลักคุณประโยชน์ โดยผู้วิจัยทำการวิจัยที่คำนึงถึงการสร้างผลประโยชน์สูงสุดที่พึงมีแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย เช่น การเสียเวลา ความเสี่ยงในการเดินทาง ความไม่สบายใจ โดยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยต่อ และหากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการสอบถามหรือมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ ซึ่งผู้วิจัยแสดงรายละเอียดต่างๆ ไว้ในเอกสารชี้แจงข้อมูลต่างๆของการวิจัย (Information Sheet)

3. หลักยุติธรรม ผู้วิจัยได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย และการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดความไม่เท่าเทียมและความไม่เที่ยงธรรมในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยแสดงรายละเอียดต่างๆ ไว้ในเอกสารชี้แจงข้อมูลต่างๆ ของการวิจัย (Information Sheet)

เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองอนุมัติให้ทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ต่อไปจึงเป็นขั้นตอนการลงเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยในพื้นที่ โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้น จะมีการปกปิดชื่อและลักษณะส่วนบุคคลที่นำไปสู่การรู้จักผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายและเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ โดยต้องใช้รหัสในเข้าถึงข้อมูลและมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบ สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยนั้น ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลเป็นเพียงภาพรวมที่ไม่สะท้อนถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูลจากที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ไว้ รวมทั้งข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 3 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว และเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ โดยผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงผสมผสานในรูปแบบที่เรียกว่า Exploratory Sequential Mixed Methods ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในการวิจัยที่เป็นปรากฏการณ์ใหม่ยังไม่สามารกำหนดตัวแปรที่ชัดเจนได้ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาตัวแปรใหม่ที่เกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ หลังจากนั้นนำตัวแปรที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 เชื่อมต่อในการศึกษาระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้วิธีการสร้างเครื่องมือของ DeVellis (2012) มาดำเนินการร่วม ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยเป็นหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ: ผลการค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ
2. ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ: ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ: ผลการค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ

ขั้นตอนที่ 1 การให้นิยามและองค์ประกอบของสิ่งที่ต้องการวัด (Clarify the Construct) เพื่อค้นหานิยามความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอเป็นหลัก ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตนเองในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับชาติ ผู้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับจังหวัด นักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการดูแลและพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุและผู้จัดการการดูแลระยะยาว ระหว่างที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก ได้ขออนุญาตกลุ่มผู้ให้ข้อมูลบันทึกเสียง เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูล ภายหลังได้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ถอดข้อมูลบันทึกเสียงแบบคำต่อคำและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ ผู้ให้ข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึกจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัวจากผู้ให้ข้อมูล 8 คน จากนั้นผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่ม ใน 3 กลุ่มย่อยประกอบด้วย กลุ่มย่อยที่ 1 คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาว กลุ่มย่อยที่ 2 คือ คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และกลุ่ม

ย่อยที่ 3 คือ ประธานชมรมผู้สูงอายุและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีผู้ช่วยวิจัยจดบันทึก จำนวน 1 คน ระหว่างที่ผู้วิจัยสนทนากลุ่มในแต่ละกลุ่มย่อย ได้ขออนุญาตบันทึกเสียง เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูล จนข้อมูลมีความอิ่มตัวจากผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ทั้งสิ้น 26 คน จากนั้นผู้วิจัยได้ถอดข้อมูลบันทึกเสียงแบบคำต่อคำและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการ Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2008)

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ ผู้วิจัยนำเสนอผลเป็น 2 ประเด็น คือ 1) ความหมายของสมรรถนะการดูแลระยะยะยะยาว หมายถึง ทักษะและความสามารถของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในการบริหารงาน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ และการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติเพื่อจัดการด้านการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 2) ความหมายของสมรรถนะของแต่ละองค์ประกอบ (ประเด็นหลักและประเด็นรอง) โดยองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอประกอบด้วย 5 ด้าน 20 องค์ประกอบย่อย ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการทำงานของผู้จัดการการดูแลระยะยาวของประเทศไทย ดังแสดงในตาราง 15 และภาคผนวก ข

ตาราง 15 แสดงความหมายและองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบรองของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

องค์ประกอบ (หลักและย่อย)	ความหมาย
1. การบริหารงาน (Management)	ความสามารถในการค้นหาและจัดทำฐานข้อมูลแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแล สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่ ประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณ วางแผนการใช้งบประมาณและทำระบบการควบคุมใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายให้เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สืบค้น วิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบ (หลักและย่อย)	ความหมาย
1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ (Seeking a Budget Resources)	ความสามารถในการค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแล สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน และจัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณ และสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่
1.2 การบริหารงบประมาณ (Financial Management)	ความสามารถในการประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย วางแผนและเสนอการใช้งบประมาณ และจัดทำระบบการควบคุมงบประมาณการดูแลให้เหมาะสม
1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล (Human development)	ความสามารถในการส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี (Data and Technology)	ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์และ เลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นำเสนอข้อมูลที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caring)	การอธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว การออกแบบการดูแล การกำกับ ติดตามการดูแลให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ การประเมินผลเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับปัญหากับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้มี ADL คงที่หรือดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและการมีความคิดสร้างสรรค์เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบ (หลักและย่อย)	ความหมาย
2.1 ความรู้และการประเมินผู้สูงอายุ (Knowledge and Evaluation of Older Person)	ความสามารถในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงและลักษณะการดูแลของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ทักษะการใช้เครื่องมือประเมินผู้สูงอายุ ความต้องการและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้
2.2 การออกแบบแผนการดูแล (Individual Care Plan)	ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลเชื่อมโยงข้อมูลและความเป็นอยู่เพื่อนำเสนอ ปรับปรุงแผนการดูแลและจัดทำข้อตกลงด้านการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย
2.3 การกำกับติดตามการดูแล (Monitoring)	ความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น กำกับและติดตามการดูแลให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้
2.4 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Evaluation)	ความสามารถในการประเมินผลลัพธ์เทียบกับเป้าหมายการดูแล และนำเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Inter-sectoral Collaboration)	การใช้ทักษะการสื่อสารและการรับฟัง การรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน การสร้างความความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกันผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน การแก้ไขปัญหา และการลดข้อขัดแย้งในการทำงานร่วมกัน

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบ (หลักและย่อย)	ความหมาย
3.1 การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (Communication with Other Sectors to Maintain Mutually Engagement)	ความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูลผู้สูงอายุและแผนการดูแลได้อย่างชัดเจน รับฟังข้อมูลผู้สูงอายุจากทุกภาคส่วน และสื่อสารด้วยข้อความเชิงบวก เพื่อรักษาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วน เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม.บุคลากรสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นต้น
3.2 การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน (Dealing with Personal Security Issues)	ความสามารถในการปรับปรุงวิธีการทำงาน โดยคำนึงความปลอดภัยของผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ประสานงานการดูแล และเสริมพลังการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ
3.3 การแก้ไขปัญหา (Problem Solving)	ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลพิจารณาปัญหาในการแก้ไขโดยคำนึงถึงความสำคัญความเร่งด่วนในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ และประสานความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการดูแล
3.4 การจัดการข้อขัดแย้ง (Conflict Management)	ความสามารถในการใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ จัดการกับความขัดแย้ง ประสานความขัดแย้งและจัดทำข้อตกลงการทำงานร่วมกันเพื่อลดข้อแย้งระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และหรืออาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อผลลัพธ์เชิงบวกต่อทุกฝ่าย
3.5 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน (Developing Supportive Peer Relations Through Supervision)	ให้คำแนะนำ ส่งต่อข้อมูลการดูแล พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลและแสวงหาข้อเสนอแนะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบ (หลักและย่อย)	ความหมาย
3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน (Relationship with Local Organization, Community, and Population)	ถ่ายทอดระเบียบและข้อบังคับการปฏิบัติและสนับสนุนระบบการทำงานที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชนและประชาชน
4. การพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ (Quality Improvement for Caring the Older Person)	การใช้ทักษะการวิเคราะห์และความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ
4.1 ทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical Skill)	ความสามารถในการแยก แตกประเด็น เรียงลำดับปัญหาในการดูแล ระบุขั้นตอนในการดูแล สามารถเชื่อมโยง อธิบายและสะท้อนทางเลือกต่างๆ ในพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ
4.2 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล (Creativity)	การริเริ่ม สร้างสรรค์ นำเสนอแนวคิดใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ
5. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ (Resilience)	ความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ และการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยใช้หลักเหตุและผล
5.1 เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล (Understand Thing Happen with a Reason)	ความสามารถในการแก้ปัญหาการทำงานและแสดงความรู้สึกและท่าทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์
5.2 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ (Adaptability)	ความสามารถในการแลกเปลี่ยนแนวคิดที่ใช้ในการทำงานกับทีมงานหรือผู้รับบริการได้ จัดการตนเองเมื่อต้องอยู่ภายใต้สภาวะกดดันและออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเองจากการทำงานได้

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบ (หลักและย่อย)	ความหมาย
5.3 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Coping)	พัฒนาความรู้และทักษะการทำงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ สร้างแรงจูงในการทำงาน และปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับและไว้ใจ
5.4 การรู้จักอารมณ์และควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Recognition and Regulation of Own Emotion)	การจัดการและยึดมั่นในค่านิยมส่วนตัว การใช้จุดแข็งให้เกิดประโยชน์ที่ดีในการทำงาน

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ: ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

หลังจากผู้วิจัยได้สรุปความหมายของสมรรถนะการดูแลระยะยาว ความหมายขององค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ (ตาราง 15) ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามตามขั้นตอนของการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและสร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool)

1.1 ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามตามนิยาม ความหมายและองค์ประกอบที่ได้ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุปัจจุบัน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติในตำแหน่งผู้จัดการการดูแลระยะยาวและระดับการศึกษา

ด้านสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการบริหารงาน ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ด้านการพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ และด้านการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ โดยผู้วิจัยกำหนดรูปแบบในการวัดเพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

ซึ่งสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวทั้ง 5 ด้านมีตัวเลือกตอบ 5 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = มีประสบการณ์และทักษะน้อย (Novice)

2 = มีประสบการณ์และทักษะ (Advance Beginner)

3 = มีความชำนาญ (Competent)

4 = มีความชำนาญสูง (Proficient)

5 = มีความเชี่ยวชาญ (Expert)

2. ขั้นตอนที่ 3 สร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool)

ผู้วิจัยสร้างข้อคำถาม ให้สอดคล้อง คลอบคลุมตามนิยามขององค์ประกอบ (องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบรอง) ที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 ข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีทั้งหมด 109 ข้อ ผ่านการพิจารณาความเหมาะสมของอาจารย์ที่ปรึกษา ตัดออก 3 ข้อ เหลือข้อคำถาม 106 ข้อ (ตาราง 16)

3. ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบข้อคำถามเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญ (Have the Initial Item Pool Reviewed by Experts)

จากนั้นผู้วิจัยได้นำส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน (ภาคผนวก ค) เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนเหลือข้อคำถาม 73 ข้อ (ตาราง 16)

ตาราง 16 แสดงจำนวนข้อคำถามในแต่ขั้นตอนจำแนกตามตามองค์ประกอบหลักองค์ประกอบย่อยและความหมายของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	ความหมาย	ผู้วิจัยสร้าง	จำนวนข้อคำถามที่ผ่านการพิจารณาจาก	
				อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้เชี่ยวชาญ
1.การบริหาร	1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ	ความสามารถในการค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแล สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน และจัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณ และสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่	5	5	3
	1.2 การบริหารงบประมาณ	ความสามารถในการประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย วางแผนและเสนอการใช้งบประมาณ และจัดทำระบบการควบคุมงบประมาณการดูแลให้เหมาะสม	5	5	4
	1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล	ความสามารถในการส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	6	6	3
	1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี	ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นำเสนอข้อมูลที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	6	6	5

ตาราง 16 (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	ความหมาย	ผู้วิจัยสร้าง	จำนวนข้อคำถามที่ผ่านการพิจารณาจาก	
				อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้เชี่ยวชาญ
2. การดูแลผู้สูงอายุ	2.1 ความรู้และการประเมินผู้สูงอายุ	ความสามารถในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงและลักษณะการดูแลของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ทักษะการใช้เครื่องมือประเมินผู้สูงอายุ ความต้องการและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้	5	5	5
	2.2 การออกแบบแผนการดูแล	ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลและความเป็นอยู่เพื่อนำเสนอ ปรับปรุงแผนการดูแลและจัดทำข้อตกลงด้านการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย	6	6	5
	2.3 การกำกับ ติดตามการดูแล	ความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น กำกับและติดตามการดูแลให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้	5	5	3
	2.4 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	ความสามารถในการประเมินผลลัพธ์เทียบกับเป้าหมายการดูแล และนำเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	5	5	2
	2.5 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล	ความสามารถในการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆในการดูแลดูแลผู้สูงอายุทดแทนวิธีการที่ใช้อยู่เดิมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ	-	-	3

ตาราง 16 (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	ความหมาย	ผู้วิจัยสร้าง	จำนวนข้อคำถามที่ผ่านการพิจารณาจาก	
				อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้เชี่ยวชาญ
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	3.1 การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	ความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูลผู้สูงอายุและแผนการดูแลได้อย่างชัดเจน รับฟังข้อมูลผู้สูงอายุจากทุกภาคส่วน และสื่อสารด้วยข้อความเชิงบวก เพื่อรักษาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วน เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม.บุคลากรสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นต้น	6	5	3
	3.2 การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน	ความสามารถในการปรับปรุงวิธีการทำงานโดยคำนึงความปลอดภัยของผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ประสานงานการดูแล และเสริมพลังการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ	6	6	6
	3.3 การแก้ไขปัญหา	ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูล พิจารณาปัญหาในการแก้ไขโดยคำนึงถึงความสำคัญ ความเร่งด่วนในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ และประสานความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการดูแล	6	6	5
	3.4 การจัดการข้อขัดแย้ง	ความสามารถในการใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ จัดการกับความขัดแย้ง ประสานความขัดแย้งและจัดทำข้อตกลงการทำงานร่วมกันเพื่อลดข้อแย้งระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อผลลัพธ์เชิงบวกต่อทุกฝ่าย	6	6	6

ตาราง 16 (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	ความหมาย	ผู้วิจัยสร้าง	จำนวนข้อคำถามที่ผ่านการพิจารณาจาก	
				อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้เชี่ยวชาญ
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (ต่อ)	3.5 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน	ให้คำแนะนำ ส่งต่อข้อมูลการดูแล พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลและแสวงหาข้อเสนอแนะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	6	6	4
	3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน	ถ่ายทอดระเบียบและข้อบังคับการปฏิบัติและสนับสนุนระบบการทำงานที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชนและประชาชน	5	5	4
4. การพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ	4.1 ทักษะการคิดวิเคราะห์	ความสามารถในการแยก แตกประเด็น เรียงลำดับปัญหาในการดูแล ระบุขั้นตอนในการดูแล สามารถเชื่อมโยง อธิบาย และสะท้อนทางเลือกต่างๆในพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ	6	6	นำไปรวมในด้านที่ 2 ข้อที่ 2.5
	4.2 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล	การริเริ่ม สร้างสรรค์ นำเสนอแนวคิดใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ	5	5	
5. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	5.1 เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล	ความสามารถในการแก้ปัญหาการทำงานและแสดงความรู้สึกและท่าทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์	5	4	3
	5.2 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์	ความสามารถในการแลกเปลี่ยนแนวคิดที่ใช้ในการทำงานกับทีมงานหรือผู้รับบริการได้ จัดการตนเองเมื่อต้องอยู่ภายใต้สภาวะกดดันและออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเอง จากการทำงานได้	6	6	5

ตาราง 16 (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	ความหมาย	ผู้วิจัยสร้าง	จำนวนข้อคำถามที่ผ่านการพิจารณาจาก	
				อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้เชี่ยวชาญ
	5.3 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	พัฒนาความรู้และทักษะการทำงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ สร้างแรงจูงในการทำงาน และปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับและไว้ใจ	5	4	4
	5.4 การรู้จักอารมณ์และควบ คุมอารมณ์ของตนเอง	การจัดการและยึดมั่นในค่านิยมส่วนตัว การใช้จุดแข็งให้เกิดประโยชน์ที่ดีในการทำงาน	4	4	-
รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด			**109**	**106**	**73**

4. ขั้นตอนที่ 5 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Consider Inclusion of Validation Items)

ภายหลังนำข้อคำถามที่ได้ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย จำนวน 2 คน ผู้ปฏิบัติงานในระดับชาติ จำนวน 1 คน และผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดเป็นผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน (ภาคผนวก ค) และให้ข้อเสนอแนะ โดยมีรูปแบบของตัวเลือกในการพิจารณาความตรงของข้อคำถาม ดังนี้

1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง

2 หมายถึง สอดคล้องน้อย

3 หมายถึง สอดคล้องค่อนข้างมาก

4 หมายถึง สอดคล้องมาก

จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงรายข้อ I-CVI จากตัวเลือกที่ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้ ภายหลังคำนวณ พบค่า I-CVI ระหว่าง 0.86-1.00 พบมีข้อคำถามทั้งสิ้น 49 ข้อ ผู้วิจัยคงข้อคำถามเหล่านี้ไว้เนื่องจากค่าดัชนีความตรงรายข้อของข้อคำถามเหล่านั้นเหมาะสม ส่วนข้อคำถามอีก

24 ข้อพบว่ามีค่า I-CVI ≤ 0.78 ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามนั้นทิ้ง เนื่องจากผู้วิจัยใช้จำนวนผู้เชี่ยวชาญ 7 คน (Lynn, 1986) ดังตาราง 17

ตาราง 17 แสดงจำนวนข้อคำถามจำแนกตามการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	ข้อคำถามจากขั้นที่ 4	จำนวนคำถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (ข้อ)				ค่า I-CVI หลังตัดข้อคำถาม
		มีค่า ICV-I=1.00	มีค่า ICV-I=0.86	มีค่า I-CVI ≤ 0.78	สามารถนำไปสร้างแบบสอบถามต่อ	
1. การบริหารงาน (Management)						
1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ	3	3	0	0	3	1
1.2 การบริหารงบประมาณ	4	3	1	0	4	0.97
1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล	3	0	1	2	1	0.86
1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี	5	3	1	1	4	0.97
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caring of the Older Person)						
2.1 ความรู้และการประเมินผู้สูงอายุ	5	5	0	0	5	1.00
2.2 การออกแบบแผนการดูแล	5	5	0	0	5	1.00
2.3 การกำกับ ติดตามการดูแล	3	3	0	0	3	1.00
2.4 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	2	1	1	0	2	0.93
2.5 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล	3	1	0	2	1	1.00
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Inter-sectoral Collaboration)						
3.1 การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	4	3	0	1	3	1.00
3.2 การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน	5	0	4	1	4	0.86
3.3 การแก้ไขปัญหา	5	1	0	4	1	1.00
3.4 การจัดการข้อขัดแย้ง	6	1	0	5	1	1.00
3.5 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน	4	3	0	1	3	1.00
3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน	4	1	0	3	1	1

ตาราง 17 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	ข้อคำถามจากขั้นที่ 4	จำนวนคำถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (ข้อ)				ค่า I-CVI หลังตัดข้อคำถาม
		มีค่า ICV-I=1.00	มีค่า ICV-I=0.86	มีค่า I-CVI ≤ 0.78	สามารถนำไปสร้างแบบสอบถามต่อ	
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ (Resilience)						
4.1 เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล	3	2	0	1	2	1.00
4.2 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์	5	2	0	3	2	1.00
4.3 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	4	3	1	0	4	0.97
รวมทั้งหมด	**73**	**40 (40.00)**	**9 (7.74)**	**24**	**49 (47.74)**	

นำข้อคำถามทั้ง 49 ข้อมาคำนวณความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ/รายด้าน (Scale-Content Validity Index: S –CVI) (Polit & Beck, 2006) โดยผู้วิจัยใช้ค่า S-CVI/Ave เนื่องจากเป็นวิธีที่คำนวณจากค่าเฉลี่ยจากค่า I-CVI ของทุกข้อคำถามทำให้ได้ค่าที่เหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดของดัชนีความตรงเชิงเนื้อหามากที่สุด อ โดยค่าที่เหมาะสม คือ 0.9 ขึ้นไป (Waltz et al., 2005) ในการวิจัยครั้งนี้ ค่า S-CVI/Ave = 0.95 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่มีความเห็นตรงกัน (Scale-Level CVI/Universal Agreement: S-CVI/UA) ควรมีค่ามากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) ซึ่งการวิจัยนี้ได้ค่า S-CVI/UA = 0.81

จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีก 1 ครั้งจนไม่มีการแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงจัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปของการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่วางไว้

5. ขั้นตอนที่ 6 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer Item to A Development Sample)

นำเครื่องมือ (แบบสอบถามฉบับร่างที่ 1) ไปทดลองใช้กับผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

6. ขั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์ข้อคำถาม (Evaluate the Items)

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อคำถามที่ได้จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (ขั้นตอนที่ 6) เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

ตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา (Cronbach's Alpha Co-efficiency) มีค่าเท่ากับ 0.985 ส่วนรายด้านมีค่าระหว่าง 0.927-0.988 และค่า Item-total correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.316-0.937 ซึ่งพบว่า องค์ประกอบที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงที่สุด คือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเท่ากับ 0.988 รองลงมา คือ การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ มีค่าเท่ากับ 0.987 สำหรับองค์ประกอบที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำที่สุด คือ การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ มีค่าเท่ากับ 0.927 จำแนกโดยรายละเอียด ดังตาราง 18

ตาราง 18 แสดงค่าความเชื่อมั่นรายด้านและภาพรวม จากการทดลองใช้เครื่องมือ (n=30)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงค่า Item-total Correlation
1. การบริหารงาน	12		
1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ	3		
1.2 การบริหารงบประมาณ	4	0.939	0.302-0.854
1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล	1		
1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี	4		
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	16		
2.1 ความรู้และการประเมินผู้สูงอายุ	5		
2.2 การออกแบบแผนการดูแล	5	0.988	0.833-0.959
2.3 การกำกับ ติดตามการดูแล	3		
2.4 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	2		
2.5 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล	1		
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	13		
3.1 การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	3		
3.2 การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน	4		
3.3 การแก้ไขปัญหา	1	0.987	0.855-0.966
3.4 การจัดการข้อขัดแย้ง	1		
3.5 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน	3		
3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน	1		

ตาราง 18 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงค่า Item-total Correlation
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	8	0.927	0.499-0.865
4.1 เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล	2		
4.2 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์	2		
4.3 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	4		
รวมทั้งหมด	**49**	**0.985**	**0.316-0.937**

จำนวนข้อคำถาม 49 ข้อ ในแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 ซึ่งผ่านการตรวจสอบ Corrected item-Total correlation แต่เมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นรายด้านและรายข้อ พบว่ามีค่าสูงกว่า 0.95 ซึ่ง (Nunnally, 1978) แนะนำว่าควรใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือที่ ≥ 0.90-0.95 สำหรับการวิจัยประยุกต์ ผู้วิจัยจึงทำการตัดข้อคำถามที่มีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.95 และทำการวิเคราะห์อีกครั้ง

ภายหลังวิเคราะห์พบ จำนวนข้อคำถามที่ถูกตัดออกทั้งหมด 16 ข้อ เหลือข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.954 ซึ่งนับได้ว่าเครื่องมือใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม (Nunnally & Bernstein, 1994) ส่วนรายด้านมีค่าระหว่าง 0.886-0.942 และค่า Item-total correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.362-0.792 ซึ่งพบว่า องค์ประกอบที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงที่สุด คือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caring of the Older Person) เท่ากับ 0.942 รองลงมา คือ การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Inter-sectoral Collaboration) เท่ากับ 0.938 สำหรับองค์ประกอบที่มีที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำที่สุด คือ การบริหารงาน (Management) เท่ากับ 0.886 จากนั้นจึงจัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 เพื่อนำไปสู่การนำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (ขั้นตอนที่ 8) ดังตาราง 19

ตาราง 19 แสดงเปรียบเทียบค่าความเชื่อมั่นก่อนและหลังตัดข้อคำถาม (n=30)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	จำนวนข้อคำถาม	จำนวนข้อคำถามที่ตัดออก	ผลการวิเคราะห์ก่อนตัดข้อคำถาม		จำนวนข้อคำถามที่เหลือ	ผลการวิเคราะห์หลังตัดข้อคำถาม	
			ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงของค่า Item-total Correlation		ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงของค่า Item-total Correlation
1. การบริหารงาน	**12**	**4**			**8**		
1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ	3	0			3		
1.2 การบริหารงบประมาณ	4	2	**0.939**	**0.302-0.854**	2	**0.890**	**0.352-0.881**
1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล	1	0			1		
1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี	4	2			2		
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	**16**	**6**			**10**		
2.1 ความรู้และการประเมินผู้สูงอายุ	5	3			2		
2.2 การออกแบบแผนการดูแล	5	1	**0.988**	**0.833-0.959**	4	**0.942**	**0.691-0.871**
2.3 การกำกับ ติดตามการดูแล	3	1			2		
2.4 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	2	1			1		
2.5 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล	1	0			1		
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	**13**	**5**			**8**		
3.1 การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	3	0			3		

ตาราง 19 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	จำนวนข้อคำถาม	จำนวนข้อคำถามที่ตัดออก	ผลการวิเคราะห์ก่อนตัดข้อคำถาม		จำนวนข้อคำถามที่เหลือ	ผลการวิเคราะห์หลังตัดข้อคำถาม	
			ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงของค่า Item-total Correlation		ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงของค่า Item-total Correlation
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (ต่อ)							
3.2 การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน	4	2			2		
3.3 การแก้ไขปัญหา	1	0	0.987	0.855-0.966	1	0.938	0.737-0.846
3.4 การจัดการข้อขัดแย้ง	1	0			1		
3.5 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน	3	2			1		
3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน	1	0			1		
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	**8**	**1**			**7**		
4.1 เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล	2	1	0.927	0.499-0.865	1	0.886	0.415-0.856
4.2 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์	2	0			2		
4.3 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	4	0			4		
รวมทั้งหมด	**49**	**16**	**0.985**	**0.316-0.937**	**33**	**0.954**	**0.362-0.792**

7. ขั้นตอนที่ 8 นำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (Perform a Field Test)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 (เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน) ซึ่งต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาว โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2565) จำนวน 1,636 คน แต่จากการประสานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัด พบจำนวนผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 1,368 คน จากนั้นผู้วิจัยคำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง และสุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนของแต่ละจังหวัด ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 330 คน โดยที่ Comrey & Lee (1992) ได้เสนอแนวทางสำหรับการให้คะแนนขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ ดังนี้ 100=แย่, 200=พอใช้, 300=ดี, 500=ดีมาก และ 1,000 ขึ้นไป=ดีมาก จากข้อมูลการกำหนดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวและเพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือมีการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดอัตราส่วนของกรณีต่อตัวแปรตัวบ่งชี้เป็น 15:1 คำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 495 คน ดังแสดงในตาราง 20

ตาราง 20 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1

รายชื่อจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1	จำนวนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในแต่จังหวัด (คน)		สัดส่วนการคำนวณ (คน)	จำนวนแบบสอบถามที่เก็บได้จริง
	ทั้งหมด	ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด		
เชียงใหม่	350	300	109	78
ลำพูน	119	119	43	30
ลำปาง	250	234	85	67
แพร่	146	131	47	40
น่าน	175	75	27	24
พะเยา	153	147	53	30
เชียงราย	365	300	109	94
แม่ฮ่องสอน	78	62	22	15
รวมทั้งหมด	**1,636**	**1,368**	**495**	**378**

ผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความเชื่อมั่นของข้อคำถาม (Reliability) และส่วนที่ 3 การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

อัตราการได้รับแบบสอบถามคืน คิดเป็นร้อยละ [(378/495)*100] = 76.36 ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.21 เป็นเพศหญิง ช่วงอายุสูงที่สุด คือ 43-52 ปี จำนวน 162 คน ร้อยละ 42.8 ($\bar{x}$= 42.12, SD.= 8.803 min= 23 ปี, max=60 ปี) ตำแหน่งงานปัจจุบัน ร้อยละ 46.03 เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงสุด คือ ≤ 10 ปี ร้อยละ 36.77 ($\bar{x}$= 14.96, SD.= 8.884 min= 6 เดือน, max=45 ปี) ระยะเวลาการปฏิบัติงานสูงสุดในตำแหน่งผู้จัดการการดูแลระยะยาว คือ 2.01-4.00 ปี ร้อยละ 36.51 ($\bar{x}$= 3.73, SD.= 1.783 min= 6 เดือน, max= 9 ปี) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ร้อยละ 87.34 ดังตาราง 21

ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	9.79
หญิง	341	90.21
ช่วงอายุ (ปี) ($\bar{x}$= 42.12, SD.= 8.803 min= 23 เดือน, max=60 ปี)		
21-30 ปี	26	6.88
31-40 ปี	127	33.60
41-50 ปี	158	41.80
51-60 ปี	67	17.72
ตำแหน่งงานปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	174	46.03
พยาบาลวิชาชีพ	134	35.45
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	16	4.23
นักวิชาการสาธารณสุข	14	3.70
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	10	2.65
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	10	2.65

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งงานปัจจุบัน (ต่อ)		
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	7	1.85
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	5	1.32
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	5	1.32
เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน	2	0.53
แพทย์แผนไทยชำนาญการ	1	0.26
ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี) ($\bar{x}$= 14.96, SD.= 8.884 min= 6 เดือน, max=45 ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	139	36.77
11-20 ปี	134	35.45
21-30 ปี	84	22.22
31-40 ปี	20	5.29
41-50 ปี	1	0.26
ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้จัดการการดูแลระยะยาว ($\bar{x}$= 3.73, SD.= 1.783 min= 6 เดือน, max= 9 ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี	102	26.98
2.01-4.00 ปี	138	36.51
4.01-6.00 ปี	123	32.54
6.01-8.00 ปี	13	3.44
8.01-10.00 ปี	2	0.53
ระดับการศึกษา		
ปริญญาโท (n=54)		
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	13	24.07
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)	6	11.11
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)	1	1.85
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช)	7	12.96
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	16	29.63
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)	1	1.85
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม)	1	1.85

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (ต่อ)		
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โภชนศาสตร์)	1	1.85
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ)	2	3.70
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)	1	1.85
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาพัฒนาสังคม)	2	3.70
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (การจัดการทั่วไป)	3	5.56
ปริญญาตรี (n=385)		
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	332	86.23
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	39	10.13
วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)	2	0.52
วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา)	8	2.08
วิทยาศาสตรบัณฑิต (ส่งเสริมสุขภาพ)	2	0.52
วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาขาการพยาบาล)	1	0.26
การแพทแผนไทยประยุกตบัณฑิต	1	0.26
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (n=62)		
ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	3	4.84
ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)	39	62.90
ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว	7	11.29
ประกาศนียบัตรเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	7	11.29
ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	5	8.06
ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ	1	1.61

ส่วนที่ 2 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.936 รายด้านอยู่ระหว่าง 0.893-0.960 ค่า Item-total Correlation รายด้านอยู่ระหว่าง 0.315-0.887 ซึ่งองค์ประกอบที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงที่สุด คือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.960 รองลงมา คือ การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ เท่ากับ 0.940 และองค์ประกอบที่มีความเชื่อมั่นต่ำที่สุด คือ การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ เท่ากับ 0.893 ดังแสดงในตาราง 22

ตาราง 22 แสดงค่าความเชื่อมั่นรายด้านและทั้งฉบับของแบบสอบถามภายหลังนำเครื่องมือไปใช้ภาคสนาม (แบบสอบถามฉบับร่างที่ 2) (n=378)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงของค่า Item-total Correlation
1. ด้านการบริหารงาน	**8**		
1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ	3		
1.2 การบริหารงบประมาณ	2	**0.932**	**0.390-0.887**
1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล	1		
1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี	2		
2. ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	**10**		
2.1 ความรู้และการประเมินผู้สูงอายุ	2		
2.2 การออกแบบแผนการดูแล	4		
2.3 การกำกับ ติดตามการดูแล	2	**0.960**	**0.767-0.869**
2.4 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	1		
2.5 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล	1		
3. ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	**8**		
3.1 การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	3		
3.2 การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน	2		
3.3 การแก้ไขปัญหา	1	**0.940**	**0.315-0.873**
3.4 การแก้ไขข้อขัดแย้ง	1		
3.5 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน	1		

ตาราง 22 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงของค่า Item-total Correlation
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	**7**		
4.1 เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล	1		
4.2 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์	2	**0.893**	**0.507-0.813**
4.3 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	4		
รวมทั้งหมดทั้งฉบับ	**33**	**0.936**	**0.379-0.646**

นำข้อมูล (n=378) เข้าตรวจสอบ Corrected item-Total correlation ผลการศึกษาไม่พบข้อคำถามที่มีค่าต่ำกว่า 0.30 แต่พบข้อคำถามที่มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านมากกว่า 0.95 จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ข้อที่ 2,5,6 ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามดังกล่าวออก เหลือข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อและทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับใหม่ = 0.930 รายด้านอยู่ระหว่าง 0.893-0.940 ค่า Item-total Correlation รายด้านอยู่ระหว่าง 0.377-0.710 องค์ประกอบที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงที่สุด คือ การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ เท่ากับ 0.940 รองลงมา คือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.936 และองค์ประกอบที่มีความเชื่อมั่นต่ำสุด คือ การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ เท่ากับ 0.893 แสดงผลดังตาราง 23

ตาราง 23 แสดงค่าความเชื่อมั่นรายด้านและทั้งฉบับของแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 ภายหลังตัดข้อคำถาม (n=378)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงของค่า Item-total Correlation
1. การบริหารงาน	8		
1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ	3		
1.2 การบริหารงบประมาณ	2	0.932	0.390-0.887
1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล	1		
1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี	2		

ตาราง 23 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงของค่า Item-total Correlation
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	7		
2.1 ความรู้และการประเมินผู้สูงอายุ	1		
2.2 การออกแบบแผนการดูแล	2	0.939	0.720-0.853
2.3 การกำกับ ติดตามการดูแล	2		
2.4 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	1		
2.5 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล	1		
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	8		
3.1 การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	3		
3.2 การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน	2	0.940	0.315-0.873
3.3 การแก้ไขปัญหา	1		
3.4 การแก้ไขข้อขัดแย้ง	1		
3.5 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน	1		
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	7		
4.1 เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล	1		
4.2 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์	2	0.893	0.507-0.813
4.3 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	4		
รวมทั้งหมดทั้งฉบับ	**30**	**0.930**	**0.377-0.710**

ส่วนที่ 3 การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity)

แบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งตัวแปร/ข้อคำถามที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรมีจำนวนไม่น้อยกว่า 30 ตัวแปร (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจซ้ำทั้งหมด 2 ครั้งจึงได้ค่าคงที่ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA)

1.1 ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของข้อมูลจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 1

1.1.1 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (r) ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูง ($r \geq +0.30$ ขึ้นไป) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555; สุวิมล ติรกานันท์, 2551) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบพบข้อคำถามที่มีค่า r น้อยกว่า 0.30 จำนวน 3 ข้อ จึงทำการตัดข้อคำถามดังกล่าว ได้แก่ องค์ประกอบที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ข้อที่ 1 (r= 0.161) องค์ประกอบที่ 3 การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ข้อที่ 1 (r=0.152) และองค์ประกอบที่ 4 การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ ได้แก่ ข้อที่ 1 (r=0.248)

1.1.2 ค่า Bartlett’s Test of Sphericity พิจารณาจากค่า Chi-square ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555) โดยค่า Bartlett's Test of Sphericity ของข้อมูลนี้ คือ <0.001 (X^2= 11611.958, Degree of freedom = 435)

1.1.3 ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ตามหลักการของการวิเคราะห์ (Joreskog & Sorbom, 1996) คือ ค่าสถิติ KMO= 0.8 ขึ้นไป จึงจะสะท้อนว่าข้อมูลนั้นมีความเหมาะสม โดยค่า KMO ของแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 = 0.906

1.1.4 ผลการวิเคราะห์การสกัดปัจจัยโดยใช้วิธีการ Principle Component Analysis (PCA) เพื่อให้ได้จำนวนองค์ประกอบที่น้อยสุดที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรได้มากที่สุด ผู้วิจัยกำหนดค่า Eigen Value > 1 (DeVon et al., 2007; Velicer & Jackson, 1990) หมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) แบบวาริแมกซ์ (Varimax) พบว่าในตาราง Rotated Component Matrix มี 4 องค์ประกอบ มีค่าระหว่าง 2.447-10.217 องค์ประกอบที่ 1 สามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้มากที่สุด ร้อยละ 34.056 รองลงมา คือ องค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 16.437 และองค์ประกอบที่ 4 สามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้น้อยที่สุด ร้อยละ 8.157 โดยทุกองค์ประกอบสามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้ ร้อยละ 72.131 ดังแสดงในตาราง 24

ตาราง 24 แสดงค่า Eigen Value จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 1

องค์ประกอบ	Eigen Value	ร้อยละความแปรผันของข้อมูล	ร้อยละความแปรผันของข้อมูลสะสม
1	10.217	34.056	34.056
2	4.931	16.437	50.492
3	4.044	13.482	63.974
4	2.447	8.157	72.131

หลังจากสกัดองค์ประกอบ ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามตามเกณฑ์ ดังนี้

1. น้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ต่ำกว่า 0.3 ซึ่งต่ำกว่าค่าที่ยอมรับได้ (Accepted standard) (Kerlinger, 1986) ซึ่งพบว่า ไม่มีข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ต่ำกว่า 0.3

2. ตัวแปรในองค์ประกอบต้องมี 3 ตัวแปรขึ้นไป พบว่า ทุกองค์ประกอบมีข้อคำถามมากกว่า 3 ข้อขึ้นไป จึงไม่มีการตัดข้อคำถามจากเกณฑ์ในข้อนี้

3. ตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันมีความหมายสอดคล้องกัน (สุภมาศ อังสุโชติ และคณะ, 2554)) พบว่า ไม่มีข้อคำถามที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันที่มีความหมายไม่สอดคล้องกัน จึงไม่มีการตัดข้อคำถามจากเกณฑ์ในข้อนี้

1.2 ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 2

ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (r) ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูง ($r \geq +0.30$ ขึ้นไป) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555; สุวิมล ติรกานันท์, 2551) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบพบข้อคำถามที่มีค่า r น้อยกว่า 0.30 จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ด้านที่ 2 ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ข้อที่ 3 (r= 0.186) ด้านที่ 3 ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ข้อที่ 2 (r= 0.129) และด้านที่ 4 ด้านการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ ได้แก่ ข้อที่ 2 (r=0.146) จึงตัดข้อคำถามดังกล่าว

ค่า Bartlett's Test of Sphericity พิจารณาจากค่า Chi-square ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555)โดยค่า Bartlett's Test of Sphericity ของข้อมูลนี้ คือ <0.001 (χ^2= 10382.560, Degree of freedom = 351)

ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ตามหลักการของการวิเคราะห์ (Joreskog & Sorbom, 1996) คือ ค่าสถิติ KMO= 0.8 ขึ้นไป จึงจะสะท้อนว่าข้อมูลนั้นมีความเหมาะสม โดยค่า KMO ของแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 = 0.890

ผลการวิเคราะห์การสกัดปัจจัยโดยใช้วิธีการ Principle Component Analysis (PCA) เพื่อให้ได้จำนวนองค์ประกอบที่น้อยสุดที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรได้มากที่สุด ผู้วิจัยกำหนดค่า Eigen Value > 1 (DeVon et al., 2007; Velicer & Jackson, 1990) แกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) ใช้วิธีการหมุนแบบวาริแมกซ์ (Varimax) พบว่าในตาราง Rotated Component Matrix มีจำนวน 4 องค์ประกอบ มีค่าระหว่าง 2.440-9.329 องค์ประกอบที่ 1 สามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้มากที่สุด ร้อยละ 34.217 รองลงมา คือ องค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 16.803 และองค์ประกอบที่ 4 สามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้น้อยสุด ร้อยละ 9.305 โดยทุกองค์ประกอบสามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้ ร้อยละ 73.284 ดังแสดงในตาราง 25

ตาราง 25 แสดงค่า Eigen Value จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ครั้งที่ 2

องค์ประกอบ	Eigen Value	ร้อยละความแปรผันของข้อมูล	ร้อยละความแปรผันของข้อมูลสะสม
1	9.239	34.217	34.217
2	4.537	16.803	51.020
3	3.572	13.229	64.249
4	2.440	9.035	73.284

หลังจากการสกัดองค์ประกอบ ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามตามเกณฑ์การตัดข้อคำถาม ดังนี้

1. น้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ต่ำกว่า 0.3 ซึ่งต่ำกว่าค่าที่ยอมรับได้ (Accepted standard) (Kerlinger, 1986) ซึ่งพบว่า ไม่มีข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ต่ำกว่า 0.3

2. ตัวแปรในองค์ประกอบต้องมี 3 ตัวแปรขึ้นไป พบว่า ทุกองค์ประกอบมีข้อคำถามมากกว่า 3 ข้อขึ้นไป จึงไม่มีการตัดข้อคำถามจากเกณฑ์ในข้อนี้

3. ตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันมีความหมายสอดคล้องกัน (สุภมาศ อังสุโชติ และคณะ, 2554) พบว่า ไม่มีข้อคำถามที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันที่มีความหมายไม่สอดคล้องกัน จึงไม่มีการตัดข้อคำถามจากเกณฑ์ในข้อนี้

สรุปผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจำนวน 2 ครั้ง พบว่ามีข้อคำถามที่ถูกตัดออก จำนวน 6 ข้อ เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาทั้งหมด เหลือข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ดังตาราง 26

ตาราง 26 แสดงสรุปจำนวนข้อคำถามที่ตัดจากเกณฑ์การพิจารณาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจก่อนนำไปการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

เกณฑ์การพิจารณาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ	จำนวนข้อคำถามที่ตัด (ข้อ)	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (r)	3 (CA1, CO1, RE1)	3 (CA3, CO2, RE2)
Bartlett's Test of Sphericity	✓	✓
KMO	✓	✓
ผลการวิเคราะห์การสกัดปัจจัยโดยใช้วิธีการ PCA		
- น้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ต่ำกว่า 0.3	✓	✓
- ตัวแปรในองค์ประกอบต้องมี 3 ตัวแปรขึ้นไป	✓	✓
- ตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันมีความหมายสอดคล้องกัน	✓	✓

ภายหลังวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า องค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบไม่แตกต่างไปจากก่อนวิเคราะห์ ความหมายและข้อคำถามยังคงสื่อสารความหมายได้ชัดเจน ผู้วิจัยจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก โดยผู้วิจัยได้กำหนดชื่อองค์ประกอบหลักของสมรรถนะพร้อมอักษรย่อ ดังนี้

1. ด้านการบริหารงาน (Management; MA)
2. ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caring; CA)
3. ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Inter-sectoral Collaboration; CO)
4. ด้านการการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ (Resilience; RE)

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารงาน (Management)

องค์ประกอบหลักด้านการบริหารงาน ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ได้แก่ การค้นหาแหล่งงบประมาณ การบริหารงบประมาณ การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล และการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ น้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.591-0.885 องค์ประกอบนี้มีค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบเท่ากับ 9.239 คิดเป็นร้อยละ 34.217 ของความแปรปรวนทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.932 ดังแสดงในตาราง 27

ตาราง 27 แสดงจำนวนข้อคำถามและน้ำหนักองค์ประกอบที่ 1 การบริหารงาน

ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารงาน	
1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ	
MA1. ค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากภาครัฐบาล เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่	0.783
MA2. สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่	0.857
MA3. จัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณ และสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่	0.867
1.2 การบริหารงบประมาณ	
MA4. ประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย	0.885
MA5. วางแผนการใช้งบประมาณเพื่อการดูแล	0.591
1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล	
MA6. ส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0.830
1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี	
MA7. เลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0.818
MA8. นำเทคโนโลยี เช่น วิธีการดูแลแบบใหม่ การใช้ไลน์กลุ่มหรือผ่านระบบออนไลน์ในการสื่อสาร มาใช้ในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0.787
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalues) = 9.239	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 34.217	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.932	

องค์ประกอบที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์ประกอบหลักด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ได้แก่ การออกแบบแผนการดูแล การกำกับติดตามการดูแลและการแก้ไขข้อขัดแย้ง การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ น้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.695-0.924 องค์ประกอบนี้มีค่าความแปรปรวนรวมของ

องค์ประกอบเท่ากับ 4.537 คิดเป็นร้อยละ 16.803 ของความแปรปรวนทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.930 ดังแสดงในตาราง 28

ตาราง 28 แสดงจำนวนข้อคำถามและน้ำหนักองค์ประกอบที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	
2.1 การออกแบบแผนการดูแล	
CA4: เชื่อมโยงเหตุและผลของปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลลงในแผนการดูแลผู้สูงอายุได้	0.795
2.2 การกำกับติดตามการดูแลและการแก้ไขข้อขัดแย้ง	
CA7: ให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุ	0.868
CA8: กำกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่วางไว้	0.887
CO7: แก้ไขความขัดแย้งด้วยการหาข้อตกลงในการทำงานร่วมกัน	0.695
2.3 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	
CA9: นำเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	0.924
2.4 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล	
CA10: คิดค้นนวัตกรรมใหม่ ในการดูแลดูแลผู้สูงอายุ	0.911
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalues) = 4.537	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 16.803	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.930	

องค์ประกอบที่ 3 การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ

องค์ประกอบหลักด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ได้แก่ การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การเสริมพลังการทำงานแก่ทีม การประสานงานกับทีม และการสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ น้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.836-0.901 องค์ประกอบนี้มีค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบเท่ากับ 3.572 คิดเป็นร้อยละ 13.229 ของความแปรปรวนทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.944 ดังแสดงในตาราง 29

ตาราง 29 แสดงจำนวนข้อคำถามและน้ำหนักองค์ประกอบที่ 3 การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ

ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	
3.1 การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	
CO3: สื่อสารด้วยข้อความเชิงบวก เพื่อรักษาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วน	0.873
3.2 การเสริมพลังการทำงานแก่ทีม	
CO4: ลงปฏิบัติการดูแลร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาลและและทีมสหวิชาชีพ	0.885
CO5: เสริมพลังการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นในการดูแล	0.901
3.3 การประสานงานกับทีม	
CO6: ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นเพื่อแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ	0.836
3.4 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน	
CO8: พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลร่วมกับทีม CM ในอำเภอและภาคีเครือข่ายผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ	0.884
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalues) = 3.572	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 13.229	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.944	

องค์ประกอบที่ 4 การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ

องค์ประกอบหลักด้านการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ และการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ น้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.789-0.852 องค์ประกอบนี้มีค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบเท่ากับ 2.440 คิดเป็นร้อยละ 9.035 ของความแปรปรวนทั้งหมด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.912 ดังแสดงในตาราง 30

ตาราง 30 แสดงจำนวนข้อคำถามและน้ำหนักองค์ประกอบที่ 4 การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ

ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ 4 ด้านการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	
4.1 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์	
RE4: ออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเองจากการทำงานได้	0.819
4.2 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	
RE5: พัฒนาตนเองโดยค้นหาความรู้เพิ่มเติมและไปอบรมพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ	0.789
RE6: สร้างกระบวนการปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับและไว้ใจ	0.802
RE7: สร้างแรงจูงใจที่ดีให้กับตนเองในการทำงาน	0.808
RE8: สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำงานได้	0.852
ค่าความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (Eigenvalues) = 2.440	
ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) = 9.035	
ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.912	

ภายหลังการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ผู้วิจัยพิจารณาผลการสกัดองค์ประกอบ (Factor Extraction) ค่าไอเกน (Eigen value) อยู่ระหว่าง 2.440-9.239 องค์ประกอบที่ 1 การบริหารงาน สามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้มากที่สุด ร้อยละ 34.217 รองลงมา คือ องค์ประกอบที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 16.803 และองค์ประกอบที่ 4 การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ สามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้น้อยสุด คือ ร้อยละ 9.035 โดย

ทุกองค์ประกอบของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ สามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้ ร้อยละ 73.284 ดังแสดงในตาราง 31

ตาราง 31 แสดงค่าไอเกน ร้อยละความผันแปรของข้อมูลและข้อมูลสะสม จากการสกัดองค์ประกอบ

องค์ประกอบหลัก	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรผันของข้อมูล	ร้อยละความแปรผันของข้อมูลสะสม
1. ด้านการบริหารงาน	9.239	34.217	34.217
2. ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.537	16.803	51.020
3. ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	3.572	13.229	64.249
4. ด้านการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	2.440	9.035	73.284

สรุปผลการวิเคราะห์การสกัดปัจจัยด้วยวิธี Principle Component Analysis (PCA) ผู้วิจัยได้ดำเนินการซ้ำ 2 ครั้ง จึงได้ค่าคงที่ และตัดคำถามที่ไป 6 ข้อจากทั้งหมด 30 ข้อ เหลือข้อคำถามที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน จำนวน 24 ข้อ

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

2.1 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity)

ผู้วิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ มาวิเคราะห์เพื่อยืนยันว่าโมเดลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์และอยู่ภายใต้องค์ประกอบเดียวกันโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่วิเคราะห์ข้อมูลโมเดลลิสเรลจากผลการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

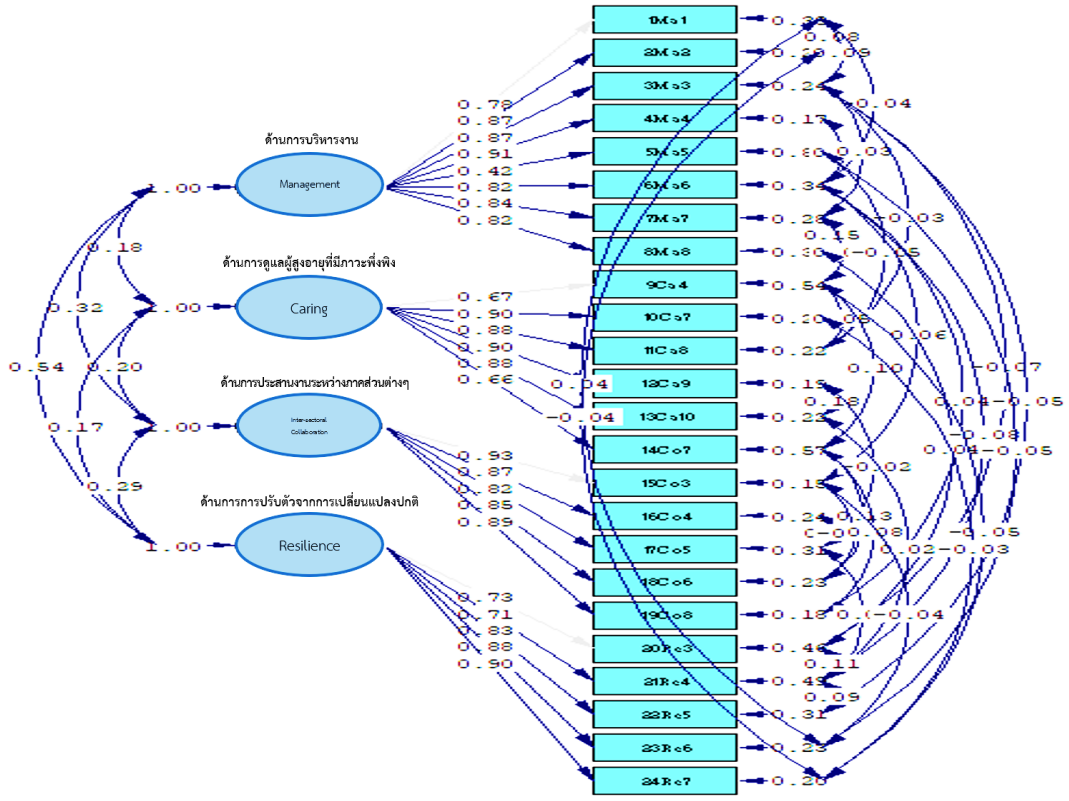
2.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่งของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ ก่อนปรับโมเดล พบว่า โมเดลน้ำหนักองค์ประกอบ มีค่า 0.40-0.98 ดัชนีการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืน ดังนี้ ,χ^2/df = 4.12, and p-value < 0.001, GFI = 0.81, AGFI = 0.78, CFI = 0.95, RMSEA = 0.091, SRMR = 0.20 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับโมเดล จำนวน 39 ครั้ง ผลวิเคราะห์ พบโมเดลน้ำหนักองค์ประกอบ มีค่า 0.42-0.93 ดัชนีการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืน ดังนี้ χ^2/df = 1.05, p-value < 0.273 GFI

= 0.95, AGFI = 0.93, CFI = 1.00, RMSEA = 0.012, and SRMR = 0.041 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกข้อ ดังตาราง 32 และภาพ 5

ตาราง 32 แสดงค่าดัชนีความความสอดคล้องของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่งของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

ที่	ค่าดัชนี	เกณฑ์ยอมรับ	ก่อนปรับโมเดล	หลังปรับโมเดล
1	ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์	ไม่เกิน 2	4.12	1.05
2	Goodness of Fit Index: GFI	≥ 0.90	0.81	0.95
3	Adjusted goodness of fit index: AGFI	≥ 0.90	0.78	0.93
4	Comparative Fit Index: CFI	≥ 0.90	0.95	1.00
5	Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA	< 0.05	0.091	0.012
6	Standardized Root Mean Square Residual: SRMR	< 0.05	0.20	0.041

ที่มา: Cole, 1987

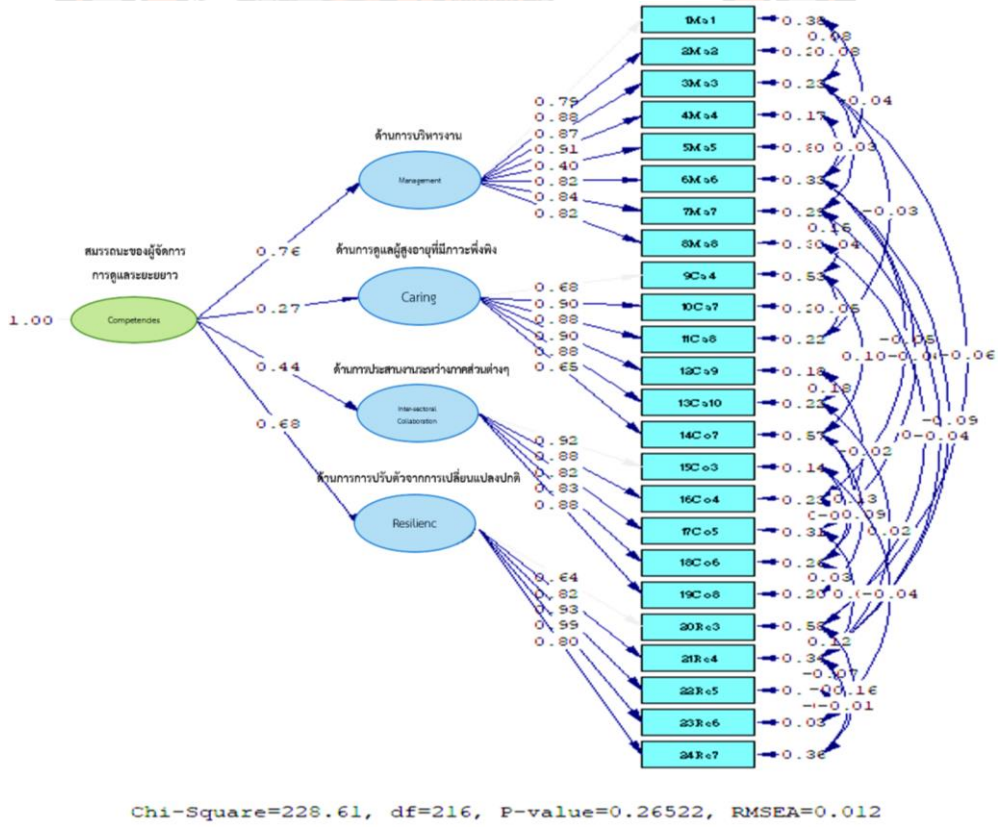


ภาพ 5 แสดงองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่งของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ ก่อนปรับโมเดล พบว่า โมเดลน้ำหนักองค์ประกอบ มีค่า 0.40-0.98 ดัชนีการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืน ดังนี้ ,χ^2/df = 3.49, and p-value < 0.001, GFI = 0.84, AGFI = 0.81, CFI = 0.96, RMSEA = 0.081, SRMR = 0.059 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับโมเดล จำนวน 32 ครั้ง ผลการวิเคราะห์ พบว่า โมเดลน้ำหนักองค์ประกอบ มีค่า 0.40-0.99 ดัชนีการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืน ดังนี้ χ^2/df = 1.06, p-value = 0.265 GFI = 0.95, AGFI = 0.93, CFI = 1.00, RMSEA = 0.012, and SRMR = 0.047 ซึ่งพบว่าผ่านตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกข้อ ดังตาราง 33 และภาพ 6

ตาราง 33 แสดงค่าดัชนีความความสอดคล้องของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

ที่	ค่าดัชนี	เกณฑ์ยอมรับ	ก่อนปรับโมเดล	หลังปรับโมเดล
1	ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์	ไม่เกิน 2	3.49	1.06
2	Goodness of Fit Index: GFI	≥ 0.90	0.84	0.95
3	Adjusted goodness of fit index: AGFI	≥ 0.90	0.81	0.93
4	Comparative Fit Index: CFI	≥ 0.90	0.96	1.00
5	Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA	< 0.05	0.081	0.012
6	Standardized Root Mean Square Residual: SRMR	< 0.05	0.059	0.047



ภาพ 6 แสดงองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

หลังวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ ได้ค่าที่เหมาะสมผ่านตามเกณฑ์ดัชนีความความสอดคล้อง ผู้วิจัยจึงได้ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินที่ได้โดยการตรวจสอบความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา ผลวิเคราะห์ พบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับสมบูรณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.917 รายด้านมีค่าระหว่าง 0.912-0.944 ค่า Item-total Correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.385-0.706 องค์ประกอบที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงสุด คือ การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ เท่ากับ 0.944 รองลงมา คือ การบริหารงาน เท่ากับ 0.932 และองค์ประกอบที่มีความเชื่อมั่นน้อยสุด คือ การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ เท่ากับ 0.912 ดังตาราง 34

ตาราง 34 แสดงความเชื่อมั่นรายด้านและรวมทั้งฉบับของแบบสอบถามภายหลังวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ค่าความเชื่อมั่น	ช่วงของค่า Item-total Correlation
1. การบริหารงาน	8		
1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ	3		
1.2 การบริหารงบประมาณ	2	0.932	0.390-0.887
1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล	1		
1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี	2		
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	6		
2.1 การออกแบบแผนการดูแล	1		
2.2 การกำกับติดตามการดูแลและการแก้ไขข้อขัดแย้ง	3	0.930	0.648-0. 899
2.3 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	1		
2.4 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล	1		
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	5		
3.1 การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	1		
3.2 การเสริมพลังการทำงานแก่ทีม	2	0.944	0.811-0.875
3.3 การประสานงานกับทีม	1		
3.4 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน	1		
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	5		
4.1 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์	1	0.912	0.733-0.831
4.2 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	4		
รวมทั้งหมดทั้งฉบับ	**24**	**0.917**	**0.385-0.706**

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปความหมายขององค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย จำนวนข้อคำถามและรายละเอียดต่างๆ ดังแสดงในตาราง 35 และภาคผนวก จ

ตาราง 35 แสดงสรุปความหมายขององค์ประกอบหลักและย่อย จำนวนข้อคำถามและรายละเอียดต่างๆ ของแบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

สมรรถนะการดูแลระยะยาว หมายถึง ทักษะและความสามารถของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในการบริหารงาน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ และการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติเพื่อจัดการด้านการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

องค์ประกอบหลักและความหมาย	องค์ประกอบย่อยและความหมาย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ข้อคำถาม
1. การบริหารงาน (Management) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและจัดทำฐานข้อมูลแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแล สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่ ประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณ วางแผนการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายให้เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง **จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ** **ค่าความเชื่อมั่น คือ 0.932** **ช่วงของค่า Item-total Correlation คือ 0.390-0.887**	**1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ (Seeking a Budget Resources)** หมายถึง ความสามารถในการค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแล สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน และจัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณ และสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่	3	**MA1.** ค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากภาครัฐบาล เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่ **MA2.** สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ **MA3.** จัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่
	1.2 การบริหารงบประมาณ (Financial Management) หมายถึง ความสามารถในการประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย วางแผนการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลให้เหมาะสม	2	**MA4.** ประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย **MA5.** วางแผนการใช้งบประมาณเพื่อการดูแล

ตาราง 35 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและความหมาย	องค์ประกอบย่อยและความหมาย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ข้อคำถาม
	1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล (Human development) หมายถึง ความสามารถในการส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1	**MA6.** ส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
	1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี (Data and Technology) หมายถึง ความสามารถในการเลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นำเสนอข้อมูลที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2	**MA7.** เลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง **MA8.** นำเทคโนโลยี เช่น วิธีการดูแลแบบใหม่ การใช้ไลน์กลุ่มหรือผ่านระบบออนไลน์ในการสื่อสาร มาใช้ในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caring for the Older Person) หมายถึง ความสามารถในการออกแบบแผนการดูแล การกำกับ ติดตามการดูแลให้เป็นไปตาม	**2.1 การออกแบบแผนการดูแล (Individual Care Plan)** หมายถึง ความสามารถในการเชื่อมโยงเหตุและผลของปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลลงในแผนการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย	1	**CA1:** เชื่อมโยงเหตุและผลของปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลลงในแผนการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายได้

ตาราง 35 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและความหมาย	องค์ประกอบย่อยและความหมาย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ข้อคำถาม
แผนที่วางไว้ การจัดการข้อขัดแย้งด้วยการหาข้อตกลงการทำงานร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และหรือนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุเพื่อผลลัพธ์เชิงบวกต่อทุกฝ่าย การประเมินผลเพื่อให้ผลการดูแลแบบองค์รวมของผู้สูงอายุแต่ละรายมี ADL คงที่หรือดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและการมีความคิดสร้างสรรค์เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ **จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ** **ค่าความเชื่อมั่น คือ 0.930** **ช่วงของค่า Item-total Correlation คือ 0.648-0. 899**	**2.2 การกำกับติดตามการดูแลและการแก้ไขข้อขัดแย้ง** (Monitoring and Conflict Solving) หมายถึง ความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลแก่ผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุ กำกับและติดตามการดูแลให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ และสามารถจัดการความขัดแย้งด้วยการหาข้อตกลงการทำงานร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และหรือนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุเพื่อผลลัพธ์เชิงบวกต่อทุกฝ่าย	3	**CA2:** ให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุ
			CA3: กำกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่วางไว้
			CA4: แก้ไขขัดแย้งด้วยการหาข้อตกลงในการทำงานร่วมกัน
	2.3 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Evaluation) หมายถึง ความสามารถในการเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	1	**CA5:** นำเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
	2.4 ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล (Creativity) หมายถึง การริเริ่ม สร้างสรรค์ นำเสนอแนวคิดใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย	1	**CA6:** คิดค้นนวัตกรรมใหม่ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย

ตาราง 35 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและความหมาย	องค์ประกอบย่อยและความหมาย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ข้อคำถาม
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Inter-sectoral Collaboration) หมายถึง การใช้ทักษะการสื่อสารเชิงบวกและการเสริมพลังการทำงานแก่ทีม การสร้างความความสัมพันธ์ที่สนับสนุนระบบการดูแลร่วมกันและการแก้ไขปัญหาในการทำงานร่วมกันร่วมกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่น **จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ** **ค่าความเชื่อมั่น คือ 0.944** **ช่วงของค่า Item-total Correlation คือ 0.811-0.875**	**3.1 การสื่อสารระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (Communication with Other Sectors)** หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารด้วยข้อความเชิงบวก เพื่อรักษาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วน เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม.บุคลากรสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นต้น	1	**CO1:** สื่อสารด้วยข้อความเชิงบวกเพื่อรักษาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วน
	3.2 การเสริมพลังการทำงานแก่ทีม (Team Empowerment at Work) หมายถึง ความสามารถในการร่วมปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นและและทีมสหวิชาชีพและเสริมพลังการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุแก่ทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่น	2	**CO2:** ลงปฏิบัติการดูแลร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาลและและทีมสหวิชาชีพ
			CO3: เสริมพลังการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นในการดูแล
	3.3 การประสานงานกับทีม (Coordination with the Team) หมายถึง ความสามารถในการประสานความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่น	1	**CO4:** ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นเพื่อแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ
	3.4 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน (Developing Supportive Peer Relations through Supervision) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับทีมผู้จัดการการดูแลระยะยาวในอำเภอและภาคีเครือข่ายผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ	1	**CO5:** พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลร่วมกับทีมผู้จัดการการดูแลระยะยาวในอำเภอและภาคีเครือข่ายผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ

ตาราง 35 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและความหมาย	องค์ประกอบย่อยและความหมาย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ข้อคำถาม
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ (Resilience) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ และการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยใช้หลักเหตุและผล **จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ** **ค่าความเชื่อมั่น คือ 0.912** **ช่วงของค่า Item-total Correlation คือ 0.733-0.831**	**4.1 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ (Adaptability)** หมายถึง ความสามารถในการออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเองจากการทำงานได้	1	**RE1**: ออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเองจากการทำงาน ได้
	4.2 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Coping) หมายถึง พัฒนาความรู้และทักษะการทำงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ สร้างแรงจูงในการทำงาน และปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับและไว้ใจ	4	**RE2:** พัฒนาตนเองโดยค้นหาความรู้เพิ่มเติมและไปอบรมพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ
			RE3: สร้างกระบวนการปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับและไว้ใจ
			RE4: สร้างแรงจูงใจที่ดีให้กับตนเองในการทำงาน
			RE5: สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำงานได้

8. ปรับปรุงแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ (Optimize the scale)

แบบประเมินฉบับสมบูรณ์ที่สร้างขึ้นประกอบด้วยคำชี้แจงในการใช้เครื่องมือ ลักษณะทั่วไปของแบบประเมิน รายละเอียดของแบบประเมิน (ภาคผนวก ช) ชุดข้อคำถามและวิธีการคิดคะแนนและการประเมินผล (Waltz & Lenz, 2010) โดยองค์ประกอบวิธีการใช้เครื่องมือประกอบด้วย การอธิบายสิ่งที่ต้องการวัด ใครเป็นผู้วัด ใครเป็นผู้ตอบและใครเป็นผู้ใช้ผลการประเมิน องค์ประกอบชุดข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถาม รูปแบบการวัดที่มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และคุณลักษณะที่เหมาะสมกับการวัด และองค์ประกอบการแปลผลค่าคะแนนการวัดเป็นการแปลผลค่าคะแนนการวัดเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้เครื่องมือสามารถนำเครื่องมือแบบประเมินสมรรถนะสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอไปใช้ได้อย่างเข้าใจ

8.1 ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของแบบประเมิน

จำแนกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อคำถามมีลักษณะเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมายถูกลงในช่องสี่เหลี่ยม จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 2 ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ ข้อคำถามมีลักษณะให้ทำเครื่องหมายถูกลงในช่องสี่เหลี่ยมตามความคิดเห็นของผู้ตอบต่อระดับการแสดงสมรรถนะที่มีระดับการแสดงสมรรถนะ แบ่งเป็น 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 ดังนี้ 1= มีประสบการณ์และทักษะน้อย 2= มีประสบการณ์และทักษะ 3= มีความชำนาญ 4= มีความชำนาญสูง 5= มีความเชี่ยวชาญ รวมจำนวน 24 ข้อ โดยข้อคำถามทั้งหมดได้รับการประเมินคุณภาพของแบบประเมินให้มีความตรงและความเชื่อมั่น ซึ่งมีรายละเอียดที่แสดงในแต่ละส่วนต่อไป

8.2 ส่วนที่ 2 รายละเอียดของแบบประเมิน

เมื่อผู้วิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ ตามกระบวนการพัฒนาเครื่องมือโดยสมบูรณ์ พบมีสมรรถนะทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบริหารงาน (Management; MA) 8 ข้อคำถาม 2) ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caring; CA) 6 ข้อคำถาม 3) ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Inter-sectoral Collaboration; CO) 5 ข้อคำถาม และ 4) ด้านการการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ (Resilience; RE) 5 ข้อคำถาม รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 24 ข้อ ดังตาราง 36

ตาราง 36 แสดงจำนวนข้อคำถามจำแนกตามแต่ละองค์ประกอบของสมรรถนะ

องค์ประกอบหลัก	ลำดับคำถาม	ข้อคำถาม
1. ด้านการบริหารงาน (Management)	ข้อที่ 1	**MA1.** ค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากภาครัฐบาล เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่
จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ	ข้อที่ 2	**MA2.** สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
ระดับการแสดงสมรรถนะ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้	ข้อที่ 3	**MA3.** จัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณ และสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่
1= มีประสบการณ์และทักษะน้อย	ข้อที่ 4	**MA4.** ประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย
2= มีประสบการณ์และทักษะ	ข้อที่ 5	**MA5.** วางแผนการใช้งบประมาณเพื่อการดูแล
3= มีความชำนาญ	ข้อที่ 6	**MA6.** ส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4= มีความชำนาญสูง	ข้อที่ 7	**MA7.** เลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5= มีความเชี่ยวชาญ	ข้อที่ 8	**MA8.** นำเทคโนโลยี เช่น วิธีการดูแลแบบใหม่ การใช้ไลน์กลุ่มหรือผ่านระบบออนไลน์ในการสื่อสาร มาใช้ในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caring for the Older Person)	ข้อที่ 9	**CA1:** เชื่อมโยงเหตุและผลของปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลลงในแผนการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายได้
	ข้อที่ 10	**CA2:** ให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุ
จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ		
ระดับการแสดงสมรรถนะ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้	ข้อที่ 11	**CA3:** กำกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่วางไว้
1= มีประสบการณ์และทักษะน้อย	ข้อที่ 12	**CA4:** แก้ไขขัดแย้งด้วยการหาข้อตกลงในการทำงานร่วมกัน
2= มีประสบการณ์และทักษะ	ข้อที่ 13	**CA5:** นำเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3= มีความชำนาญ		
4= มีความชำนาญสูง	ข้อที่ 14	**CA6:** คิดค้นนวัตกรรมใหม่ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย
5= มีความเชี่ยวชาญ		

ตาราง 36 (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก	ลำดับคำถาม	ข้อคำถาม
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Inter-sectoral Collaboration) **จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ** ระดับการแสดงสมรรถนะ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1= มีประสบการณ์และทักษะน้อย 2= มีประสบการณ์และทักษะ 3= มีความชำนาญ 4= มีความชำนาญสูง 5= มีความเชี่ยวชาญ	ข้อที่ 15	**CO1:** สื่อสารด้วยข้อความเชิงบวก เพื่อรักษาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วน
	ข้อที่ 16	**CO2:** ลงปฏิบัติการดูแลร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาลและและทีมสหวิชาชีพ
	ข้อที่ 17	**CO3:** เสริมพลังการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นในการดูแล
	ข้อที่ 18	**CO4:** ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นเพื่อแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ
	ข้อที่ 19	**CO5:** พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลร่วมกับทีมผู้จัดการการดูแลระยะยาวในอำเภอและภาคีเครือข่ายผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ (Resilience) **จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ** ระดับการแสดงสมรรถนะ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1= มีประสบการณ์และทักษะน้อย 2= มีประสบการณ์และทักษะ 3= มีความชำนาญ 4= มีความชำนาญสูง 5= มีความเชี่ยวชาญ	ข้อที่ 20	**RE1**: ออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเองจากการทำงานได้
	ข้อที่ 21	**RE2:** พัฒนาตนเองโดยค้นหาความรู้เพิ่ม เติมและไปอบรมพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ
	ข้อที่ 22	**RE3:** สร้างกระบวนการปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับและไว้ใจ
	ข้อที่ 23	**RE4:** สร้างแรงจูงใจที่ดีให้กับตนเองในการทำงาน
	ข้อที่ 24	**RE5:** สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำงานได้

8.3 ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการจัดการข้อมูล

ภายหลังผู้วิจัยได้ทำการป้อนข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาจัดการข้อมูลแบ่งเป็น 3 ลำดับ ดังนี้ 1) ตรวจสอบข้อมูล 2) ประมวลผลข้อมูล และ 3) แปลงค่าคะแนนเป็นคะแนนเต็ม 100 ดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากการตอบของกลุ่มตัวอย่างทั้งรายองค์ประกอบและทั้งฉบับ พบองค์ประกอบที่มีจำนวนข้อคำถามมากที่สุด คือ ด้านการบริหารงาน มีจำนวน 8 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด=8 และคะแนนมากสุด=40 พิสัย=32 และองค์ประกอบที่มีจำนวนข้อคำถามน้อยที่สุด คือ ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ มีจำนวน 5 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด=5 และคะแนนมากสุด=25 พิสัย=20 และด้านการปรับตัวจากกการเปลี่ยนแปลงปกติ มีจำนวน 5 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด=5 และคะแนนมากสุด=25 พิสัย=20 ดังตาราง 37

ตาราง 37 แสดงผลการตรวจสอบข้อมูลของแบบสอบถาม

องค์ประกอบหลัก	ข้อคำถาม (ข้อ)	คะแนนที่เป็นไปได้		พิสัย
		ต่ำสุด	สูงสุด	
1. การบริหารงาน	8	8	40	32
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	6	6	30	24
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	5	5	25	20
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	5	5	25	20
รวมทั้งหมดทั้งฉบับ	**24**	**24**	**120**	**96**

2) ประมวลผลข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (n=378) พบว่า ด้านการบริหารงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด= 29.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=4.52 รองลงมาคือ ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนเฉลี่ย= 21.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=3.45 และด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด=18.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=2.85 ดังตาราง 38

ตาราง 38 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด จำแนกตามองค์ประกอบหลัก (n=378)

องค์ประกอบหลัก	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน	ค่าคะแนน	
				ต่ำสุด	สูงสุด
1. การบริหารงาน	29.18	4.52	30	8	40
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	21.11	3.45	22	6	29
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	18.08	2.85	19	5	25
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	18.51	3.04	19	5	25
รวมทั้งหมดทั้งฉบับ	86.88	9.42	88	39	118

3. แปลงค่าคะแนนเป็นคะแนนเต็ม 100

ผู้วิจัยได้ใช้สูตรของ McDowell (2006) เพื่อให้สะดวกขึ้นในทางปฏิบัติในการเปรียบเทียบรายด้านและภาพรวม โดยค่าคะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสมรรถนะที่สูง (Chen et al., 2012) ดังนี้

$$\text{การแปรค่าคะแนน} = \frac{(\text{คะแนนเฉลี่ย} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้รายด้าน})}{\text{พิสัยของช่วงคะแนนรายด้าน}} \times 100$$

ภายหลังผู้วิจัยวิเคราะห์ พบว่า ด้านการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ มีคะแนนการแปลงค่าคะแนนสูงสุด ร้อยละ 67.55 รองลงมา คือ ด้านการบริหารงาน มีคะแนนการแปลงค่าคะแนน ร้อยละ 66.19 และด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ มีคะแนนการแปลงค่าคะแนนน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 65.40 ดังตาราง 39

ตาราง 39 แสดงผลการแปลงค่าคะแนนรายองค์ประกอบหลัก (n=378)

องค์ประกอบหลัก	จำนวนคำถาม	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนเฉลี่ย	พิสัย	การแปลงค่าคะแนน
1. การบริหารงาน	8	8	29.18	32.00	66.19
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	6	6	21.11	23	65.70
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	5	5	18.08	20	65.40
4. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	5	5	18.51	20	67.55
รวมทั้งหมดทั้งฉบับ	**24**	**24**	86.88	**79**	79.59

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ และเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยเนื้อหาในบทนี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอ ดังนี้

1. สรุปผลวิจัย
2. อภิปรายผล
3. จุดแข็งและข้อจำกัดของการวิจัย
4. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ: ผลการค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ

การวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้การสนทนากลุ่มด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยจดบันทึก จำนวน 1 คนระหว่างที่ผู้วิจัยสนทนากลุ่มในแต่ละกลุ่มย่อยของผู้ให้ข้อมูล กรณีที่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติม ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนเอกสารและปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนเพิ่มประเด็นการสัมภาษณ์สำหรับผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป ให้ได้ข้อมูลและรายละเอียดที่ครอบคลุมครบถ้วนตามประเด็น จนข้อมูลมีความอิ่มตัว ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 34 คน ผลการศึกษาในระยะการศึกษาเชิงคุณภาพ พบองค์ประกอบหลักของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 5 ด้าน องค์ประกอบย่อย จำนวน 20 องค์ประกอบย่อยพร้อมความหมายของแต่ละองค์ประกอบที่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย ดังนี้

1. การบริหารงาน (Management) หมายถึง “ความสามารถในการค้นหาและจัดทำฐานข้อมูลแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแล สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่ ประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณ วางแผนการใช้งบประมาณและทำระบบการควบคุมใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายให้เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สืบค้น วิเคราะห์

และเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) การค้นหาแหล่งงบประมาณ (Seeking a Budget Resources) หมายถึง “ความสามารถในการค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแล สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน และจัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณ และสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่” 2) การบริหารงบประมาณ (Financial Management) หมายถึง “ความสามารถในการประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย วางแผนและเสนอการใช้งบประมาณ และจัดทำระบบการควบคุมงบประมาณการดูแลให้เหมาะสม” 3) การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล (Human development) หมายถึง “ความสามารถในการส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” และ 4) การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี (Data and Technology) หมายถึง “ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์และ เลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นำเสนอข้อมูลที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”

2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caring) หมายถึง “การอธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุและความสามารถในการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว การออกแบบการดูแล การกำกับ ติดตามการดูแลให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ การประเมินผลเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับปัญหากับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้มี ADL คงที่หรือดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและการมีความคิดสร้างสรรค์เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ” ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ความรู้และการประเมินผู้สูงอายุ (Knowledge and Evaluation of Older Person) หมายถึง “ความสามารถในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงและลักษณะการดูแลของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ทักษะการใช้เครื่องมือประเมินผู้สูงอายุ ความต้องการและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้” 2) การออกแบบแผนการดูแล (Individual Care Plan) หมายถึง “ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลเชื่อมโยงข้อมูลและความเป็นอยู่เพื่อนำเสนอ ปรับปรุงแผนการดูแลและจัดทำข้อตกลงด้านการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย” 3) การกำกับติดตามการดูแล (Monitoring) หมายถึง “ความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลแก่ผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุ กำกับและติดตามการดูแลให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้” 4) การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Evaluation) หมายถึง “ความสามารถในการประเมินผลลัพธ์เทียบกับเป้าหมายการดูแล และนำเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Inter-sectoral Collaboration) หมายถึง “การใช้ทักษะการสื่อสารและการรับฟัง การรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน การสร้างความความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกันผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน การแก้ไขปัญหาและการลดข้อขัดแย้งในการทำงานร่วมกัน” ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (Communication with Other Sectors to Maintain Mutually Engagement) หมายถึง “ความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูลผู้สูงอายุและแผนการดูแลได้อย่างชัดเจน รับฟังข้อมูลผู้สูงอายุจากทุกภาคส่วน และสื่อสารด้วยข้อความเชิงบวกเพื่อรักษาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วน เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม.บุคลากรสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นต้น” 2) การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน (Dealing with Personal Security Issues) หมายถึง “ความสามารถในการปรับปรุงวิธีการทำงานโดยคำนึงความปลอดภัยของผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ประสานงานการดูแล และเสริมพลังการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ” 3) การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) หมายถึง “ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูล พิจารณาปัญหาในการแก้ไขโดยคำนึงถึงความสำคัญ ความเร่งด่วนในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ และประสานความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการดูแล” 4) การจัดการข้อขัดแย้ง (Conflict Management) หมายถึง “ความสามารถในการใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจจัดการกับความขัดแย้ง ประสานความขัดแย้งและจัดทำข้อตกลงการทำงานร่วมกันเพื่อลดข้อแย้งระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และหรือนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุเพื่อผลลัพธ์เชิงบวกต่อทุกฝ่าย” 5) การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน (Developing Supportive Peer Relations Through Supervision) หมายถึง “ให้คำแนะนำส่งต่อข้อมูลการดูแล พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลและแสวงหาข้อเสนอแนะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” และ 6) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน (Relationship with Local Organization, Community, and Population) หมายถึง “ถ่ายทอดระเบียบและข้อบังคับการปฏิบัติและสนับสนุนระบบการทำงานที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน”

4. การพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ (Quality Improvement for Caring the Older Person) หมายถึง “การใช้ทักษะการวิเคราะห์และความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ” ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical Skill) หมายถึง “ความสามารถในการแยก แตกประเด็น เรียงลำดับปัญหาในการดูแล ระบุขั้นตอนในการดูแล สามารถเชื่อมโยง อธิบายและสะท้อนทางเลือกต่างๆ ในพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ”

2) ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล (Creativity) หมายถึง “การริเริ่ม สร้างสรรค์นำเสนอแนวคิดใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ”

5. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ (Resilience) หมายถึง “ความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ และการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยใช้หลักเหตุและผล ” ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล (Understand Thing Happen with a Reason) หมายถึง “ความสามารถในการแก้ปัญหาการทำงานและแสดงความรู้สึกและท่าทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์” 2) ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ (Adaptability) หมายถึง “ความสามารถในการแลกเปลี่ยนแนวคิดที่ใช้ในการทำงานกับทีมงานหรือผู้รับบริการได้ จัดการตนเองเมื่อต้องอยู่ภายใต้สภาวะกดดันและออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเองจากการทำงานได้” 3) การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Coping) หมายถึง “พัฒนาความรู้และทักษะการทำงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ สร้างแรงจูงในการทำงาน และปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับและไว้ใจ” และ 4) การรู้จักอารมณ์และควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Recognition and Regulation of Own Emotion) หมายถึง “การจัดการและยึดมั่นในค่านิยมส่วนตัว การใช้จุดแข็งให้เกิดประโยชน์ที่ดีในการทำงาน”

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ: ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจาก 5 องค์ประกอบหลัก สร้างเป็นข้อคำถาม จำนวน 109 ข้อ กำหนดรูปแบบในการวัด เป็นตัวเลือกตอบ 5 ระดับ ผ่านการพิจารณาความซ้ำซ้อนจากอาจารย์ที่ปรึกษาตัดข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เหลือ 106 ข้อ ส่งตรวจสอบความตรงแบบเผชิญหน้า ตรวจสอบตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน ตัดคำถาม 33 ข้อ และนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ให้ปรับองค์ประกอบหลักที่ 4 การพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นองค์ประกอบย่อยขององค์ประกอบหลักที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุ ทำให้องค์ประกอบที่ 2 จากเดิมมี 4 องค์ประกอบย่อย ปรับเป็น 5 องค์ประกอบย่อย และจำนวนข้อคำถามภายหลังปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เหลือ 73 ข้อ จากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน พิจารณาตัดข้อคำถามไป 24 ข้อ เหลือ 49 ข้อ (แบบสอบถามฉบับร่างที่ 1) คำนวณค่า S-CVI/Ave = 0.95 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่มีความเห็นตรงกัน (Scale-Level CVI/Universal Agreement: S-CVI/UA) = 0.81

นำเครื่องมือ (แบบสอบถามฉบับร่างที่ 1) ที่พัฒนาได้ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ปฏิบัติงานในอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน ภายหลังเก็บข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal

Consistency Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา (Cronbach's Alpha Co-efficiency) = 0.960 รายด้านมีค่าระหว่าง 0.869-0.959 ค่า Item-total correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.829-0.960 พบองค์ประกอบที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงที่สุด คือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.959 รองลงมา คือ การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ เท่ากับ 0.951 สำหรับองค์ประกอบที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำสุด คือ การบริหารงาน เท่ากับ 0.869 เหลือข้อคำถาม 33 ข้อ พัฒนาเป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 ไปใช้ภาคสนาม ในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 (เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ คือ 330 คน จากนั้นจึงกำหนดอัตราส่วนของกรณีต่อตัวแปรตัวบ่งชี้เพิ่มเป็น 15:1 เพื่อให้สอดคล้องตาม Comrey & Lee (1992) ที่ได้เสนอแนวทางสำหรับการให้คะแนนขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ: 100=แย่, 200=พอใช้, 300=ดี, 500=ดีมาก และ 1,000 ขึ้นไป=ดีมาก และเพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ หรือมีการสูญหายของข้อมูล รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวนได้ทั้งสิ้น 495 คน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 378 ฉบับ คำนวณอัตราการได้รับแบบสอบถามคืน คือ ร้อยละ [(378/495)*100] = 76.36

จากนั้นนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 ไปทดสอบความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.930 มีข้อคำถาม 30 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ดังนี้

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ใช้การสกัดปัจจัยโดยวิธีการ Principle Component Analysis กำหนดค่า Eigen Value > 1 (DeVon et al., 2007; Velicer & Jackson, 1990) หมุนแกนแบบมุมฉาก ใช้วิธีการหมุนแบบวาริแมกซ์ จำนวน 2 ครั้ง พบมีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ มีค่าระหว่าง 2.440-9.329 องค์ประกอบที่ 1 สามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้มากที่สุด ร้อยละ 34.217 รองลงมา คือ องค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 16.803 และองค์ประกอบที่ 4 สามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้น้อยสุด ร้อยละ 9.305 โดยทุกองค์ประกอบสามารถอธิบายความผันแปรของข้อมูลได้ ร้อยละ 73.284 โดยมีข้อคำถามที่ถูกตัดออก จำนวน 6 ข้อ เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ทำให้เหลือข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้ผลการทดสอบ คือ โมเดลน้ำหนักองค์ประกอบมีค่า 0.40-0.99 ดัชนีการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืน ดังนี้ χ2/df = 1.06, p-value = 0.265 GFI = 0.95, AGFI = 0.93, CFI = 1.00, RMSEA = 0.012, and SRMR = 0.047 ผ่านตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกข้อ แสดงว่าโมเดลตามสมมุติฐานที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจัก

จากนั้นนำไปทดสอบความสอดคล้องภายใน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค= 0.917 ค่า Item-total Correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.385-0.709 องค์ประกอบที่ 1 การบริหารงาน มีค่าความเชื่อมั่น = 0.932 มีข้อคำถาม 8 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าความเชื่อมั่น = 0.930 มีข้อคำถาม 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.944 มีข้อคำถาม 5 ข้อ และองค์ประกอบที่ 4 การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.912 มีข้อคำถาม 5 ข้อ พัฒนาเป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ที่มีจำนวนข้อคำถาม 24 ข้อ

อภิปรายผล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทำการค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อกำหนดองค์ประกอบสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ทรงคุณวุฒิและการสนทนากลุ่ม สอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี ที่ใช้รูปแบบการสร้างรูปแบบสมรรถนะผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อกำหนดองค์ประกอบสมรรถนะของผู้จัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงระดับตำบล จังหวัดสระบุรี ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มาเรียบเรียงแล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากนั้นสรุปและสร้างเป็นองค์ประกอบตัวชี้วัดสมรรถนะของผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี (จำรัส ประสิวและวิสุทธิ์ สุกรินทร์, 2561) และสอดคล้องกับการพัฒนาแบบวัดประสิทธิภาพสำหรับพยาบาลในสถานดูแลระยะยาวในชุมชนประเทศไต้หวันโดยใช้การสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ พยาบาลและผู้จัดการการดูแลระยะยาว (Li, Huang, Kuo, & Hung, 2015)

จากนั้นนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้งแบบแบบเผชิญหน้าเพื่อพิจารณาการใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ความชัดเจนไม่เยิ่นเย้อ ข้อคำถามที่มีความหมายซ้ำซ้อนจากผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 7 คน จากนั้นนำไปตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อเป็นการประกันคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือว่าเนื้อหามีความตรงและครอบคลุมตามแนวคิดหรือตัวแปรที่ต้องการวัดอย่างครบถ้วน (DeVellis, 2012) จากผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม (Lynn, 1986) เพื่อพิจารณาคะแนนความสอดคล้องระหว่างนิยามศัพท์กับข้อคำถามที่สร้างขึ้น เพราะตัวแปรสมรรถนะเป็นหนึ่งในตัวแปรที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง การใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญ (มณีรัศมิ์ พัฒนสมบัติสุข, 2564) ค่าตรง

เชิงเนื้อหารายข้อได้ค่า (I-CVI) = 0.86-1.00 ความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ/รายด้าน (S-CVI/Ave) = 0.95 ซึ่งมีความเหมาะสม (Waltz et al., 2005) และค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านมีความเห็นตรงกัน (S-CVI/UA) = 0.81 เหมาะสมตาม (Polit & Beck, 2006)

จากนั้นนำเครื่องมือดังที่มีตัวเลือกในการตอบแบบ Likert Scale 5 ระดับ (Krosnick, 1999) สอดคล้องกับ Dixon (2001) ที่ระบุว่าตัวเลือก 5-7 มีความเหมาะสม ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูล (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2560) เพราะระดับที่น้อยกว่านั้นจะมีช่องว่างกว้างเกินไปที่อาจทำให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ไม่ต้องกับสิ่งที่ต้องการ (Losby & Wetmore, 2012; Stewart, Hays, & Ware, 1988) สอดคล้องกับการประเมินสมรรถนะการจัดการของผู้จัดการบริการสาธารณสุขมูลฐาน การประเมินสมรรถนะการจัดการสำหรับผู้จัดการสถานพยาบาลปฐมภูมิในประเทศติมอร์-เลสเต และความสามารถหลักของผู้จัดการด้านการดูแลสุขภาพ (Alipio Gusmão Lopes, 2020; AwadAllah & Salem, 2021; Wysocka, 2017) ไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา (Cronbach's Alpha Co-efficiency) ทั้งฉบับ = 0.960 และ Item-total correlation มีค่าอยู่ระหว่าง 0.829-0.960 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา (Cronbach's Alpha Co-efficiency) ทั้งฉบับ = 0.930 ค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.7 ขึ้นไป (Streiner & Norman, 2003) ซึ่งนับได้ว่าเครื่องมือใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม (Nunnally & Bernstein, 1994) และค่า Item-total Correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.377-0.710 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า 0.3 ขึ้นไป (DeVellis, 2012)

การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ Factor Analysis เพื่อตรวจสอบว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นวัดได้ครอบคลุมความหมายและขอบเขต (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2560) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) เพื่อลดจำนวนตัวแปรให้น้อยลง โดยจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงให้อยู่ภายในกลุ่มเดียวกัน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) เพื่อยืนยันผลความกลมกลืนระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 378 คน ซึ่งไม่น้อยกว่า 10 เท่าของจำนวนตัวแปร (Pett et al., 2003; บุญใจ ศรีสถิตนรากูล, 2547) และเป็นไปตาม Comrey & Lee (1992) ที่เสนอแนวทางสำหรับการให้คะแนนขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ: 100=แย่, 200=พอใช้, 300=ดี, 500=ดีมาก และ 1,000 ขึ้นไป=ดีมาก เนื่องจากเป็นการวิจัยที่ต้องใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) จึงทำให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องรองรับต่อสถิติดังกล่าวด้วย (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2560) สอดคล้องกับการพัฒนาแบบวัดประสิทธิภาพสำหรับพยาบาลในสถานดูแลระยะยาวในชุมชนประเทศไต้หวัน การพัฒนากรอบ

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และการทดสอบทางจิตวิทยาของแบบวัดที่วัดสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นใหม่สำหรับพยาบาลในคลินิก (Kao et al., 2022; Li et al., 2015; วิยะดา รัตนสุวรรณ และปะราลี โอภาสนันท์, 2017) ที่ใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ภายหลังการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่าทั้ง 4 องค์ประกอบ ดำเนินการหมุนแกนทั้งหมด 2 ครั้งจึงได้ผลตามเกณฑ์ที่วางไว้ โดยมีข้อคำถามที่ถูกตัดออกไป 6 ข้อจาก 30 ข้อ เหลือ 24 ข้อ ภายหลังวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า องค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบไม่แตกต่างไปจากก่อนวิเคราะห์ ความหมายและข้อคำถามยังคงสื่อสารความหมายได้ชัดเจน ผู้วิจัยจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ทั้งนี้พบว่าทุกองค์ประกอบสามารถอธิบายแปรปรวนของข้อมูลได้ ร้อยละ 73.284 โดยค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) และแต่ละองค์ประกอบมีจำนวนข้อคำถามไม่น้อยกว่า 3 ข้อ สอดคล้องกับ (Hair et al., 2006)

ค่า KMO = 0.890 สะท้อนว่าข้อมูลทั้ง 24 ข้อคำถามนั้นมีความเหมาะสม ตามหลักการวิเคราะห์ Joreskog & Sorbom (1996) นอกจากนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค= 0.917 รายด้านอยู่ระหว่าง 0.912-0.944 ค่า Item-total Correlation อยู่ระหว่าง 0.385-0.706 ซึ่งนำไปสู่ความสามารถ LTC ที่เชื่อถือได้ ค่าอัลฟ่าของครอนบาคสอดคล้องกับ Nunnally (1978) ที่แนะนำว่าควรใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือที่ ≥ 0.9-0.95 สำหรับการวิจัยประยุกต์ และ George และ Mallery (2003) ที่ระบุว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ≥ 0.9 นั้นยอดเยี่ยม

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยันอันดับที่สอง เพื่อยืนยันว่าภายใต้องค์ประกอบเดียวกันมีองค์ประกอบใดบ้างที่ส่งผลต่อสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอในเขตสุขภาพที่ 1 ของแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น พบว่า องค์ประกอบย่อย 4 องค์ประกอบของโมเดลที่มีพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนี้ χ^2/df = 1.06, GFI = 0.95, AGFI = 0.93, CFI = 1.00, RMSEA = 0.012, and SRMR = 0.047 ผลการวิเคราะห์ พบว่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ (24 ข้อคำถาม) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.917 รายด้านมีค่าระหว่าง 0.912-0.944 ค่า Item-total Correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.385-0.706 ซึ่งพบว่า องค์ประกอบที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงสุด คือ การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ มีค่าเท่ากับ 0.944 รองลงมา คือ การบริหารงาน มีค่าเท่ากับ 0.932 และองค์ประกอบที่มีความเชื่อมั่นน้อยที่สุด คือ การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ มีค่าเท่ากับ 0.912

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้น ทำให้ได้เครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ มีสมรรถนะทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้

องค์ประกอบด้านที่ 1 การบริหารงาน มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ 4 องค์ประกอบย่อย มีค่าอัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.932 และค่า Item-total Correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.390-0.887 ครอบคลุมทั้งการระดมทรัพยากร การจัดการการเงิน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี สอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่มีการดูแลระยะยาวและระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย บทบาทของผู้จัดการการดูแลระยะยาว คือการประเมินการทำงานของผู้สูงอายุทุกคนในตำบล โดยใช้ Barthel Index of Activities of Daily Living (ADLs) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องให้การดูแล และส่งไปยังท้องถิ่น สำหรับการสนับสนุนทางการเงิน ซึ่งจัดโดย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นที่การจัดการข้อมูล เทคโนโลยีและการเงิน ก่อนดำเนินการสำรวจ ADLs ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม จากนั้นจึงจัดให้มีการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลรายบุคคลภายใต้การดูแลของผู้จัดการการดูผู้สูงอายุ (Suriyanrattakorn, 2021) ซึ่งเกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การจัดการข้อมูลเป็นสิ่งที่ความสำคัญ สอดคล้องกับสมรรถนะด้านไหวพริบทางธุรกิจของหลักสูตรการอบรม RUTGERS School of Management and Labor Relations (2019) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้เกิดความสำเร็จทำงานแก่ผู้จัดการการดูแลระยะยาวสุขภาพ

นอกจากนี้ องค์ประกอบย่อยของการระดมทรัพยากร ยังสะท้อนถึงระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยภายใต้ระบบการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นบริการพื้นฐานที่นำเสนอผ่านแนวคิดของระบบสุขภาพอำเภอ หากชุมชนในชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด การมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกภาคส่วน รวมทั้งประชากร ผู้นำชุมชน หน่วยงานปกครองท้องถิ่นและภาคประชาชนอื่น ๆ ในเขตสุข Kitreerawutiwong ภาพอำเภอนั้นจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kitreerawutiwong, KeeratisirojMekrungrongwong (2020); Kitreerawutiwong, Mekrungrengwong, WongwonsinPhetphum (2018) และTuangratananon et al. (2021) ทั้งนี้ ความสามารถของผู้จัดการในการบริหารจัดการจะสนับสนุนองค์กรและระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ (Cappelli, 2008) เพราะทักษะการบริหารที่มีประสิทธิภาพจะนำมาซึ่งความสำเร็จด้านคุณภาพการดูแลด้านผู้สูงอายุและงบประมาณให้ดียิ่งขึ้น (Jeon, Merlyn, & Chenowet, 2010) อีกทั้งการบริหารการเงินในระบบสุขภาพภายใต้ความกดดันอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมและลดค่าใช้จ่าย สามารถเพิ่มคุณภาพของบุคลากรที่มีประสิทธิภาพในงานทำงานมากขึ้นได้ (Safarani, Ravaghi, Raeissi, & Maleki, 2018) การบริหารทรัพยากรบุคคล ได้แก่ การวางแผนงาน การบริหารผลการปฏิบัติงาน (Garman & Strong, 2006) สอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี

ความสามารถที่จำเป็นสำหรับผู้จัดการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ: มุมมองของพยาบาลประจำการ เครื่องมือประเมินสมรรถนะผู้บริหารด้านการดูแลสุขภาพ 2020 การจัดการการสื่อสารและความสัมพันธ์ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี (American Psychological Association, 2020; Ben Natan & Har Noy, 2016; Garman & Strong, 2006; จำรัส ประสิว และวิสุทธิ์ สุกรินทร์, 2561; สุธาสินี ช่วยใจดี และคณะ, 2561)

องค์ประกอบด้านที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ 4 องค์ประกอบย่อย มีค่าอัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.930 และค่า Item-total Correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.648-0.899 ครอบคลุมทั้งการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การติดตามและการจัดการความขัดแย้ง การประเมินผลและความคิดสร้างสรรค์เพื่อการดูแล โดยทั้งหมดนี้เป็นด้วยความสามารถของผู้จัดการการดูแลระยะยาวตั้งแต่การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ควบคุมดูแลติดตามและประเมินเพื่อปรับปรุงแผนการดูแลรายบุคคลให้ครอบคลุมความต้องการและการดูแลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว (Itoh et al., 2018) และยังสามารถอธิบายได้ด้วยการพัฒนาการดูแลในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในลักษณะที่สร้างสรรค์ เนื่องจากวิธีการที่กำหนดไว้อาจใช้ไม่ได้ผลในการจัดการกับสถานการณ์บางอย่าง เช่น การใช้แอพลิเคชั่นต่างๆ ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลให้เหมาะสมและมีความทันสมัยมากขึ้น (จำรัส ประสิว และวิสุทธิ์ สุกรินทร์, 2561; สุธาสินี ช่วยใจดี และคณะ, 2561) โดยความคิดสร้างสรรค์ของผู้จัดการการดูแลระยะยาว จะต้องสร้างบริการใหม่ ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ (Mulgan, Caulier-Grice, & Pulford, 2010)ซึ่งระบุว่านวัตกรรมทางสังคม คือแนวคิดใหม่ (ผลิตภัณฑ์ บริการ และแบบจำลอง) ที่ตอบสนองความต้องการทางสังคมพร้อมกัน (มีประสิทธิภาพมากกว่าทางเลือกอื่น) และสร้างความสัมพันธ์หรือความร่วมมือกับสังคมใหม่ รวมทั้งการที่มีประสบการณ์ในกำกับดูแลการให้ความสำคัญกับสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาและความขัดแย้ง (Ben Natan & Har Noy, 2016) การจัดการความขัดแย้งเป็นสิ่งที่ต้องใช้ในการทำงานของ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวภายใต้การทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนของระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อนำมาใช้เจรจาต่อรองกรณีเกิดความขัดแย้งในการทำงาน สอดคล้องกับการตัดสินใจการจัดการความขัดแย้งและการเจรจาต่อรอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยของความเป็นผู้นำและการจัดการความสัมพันธ์ของหลักสูตรการอบรม RUTGERS School of Management and Labor Relations (2019) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้เกิดความสำเร็จทำงานแก่ผู้จัดการการดูแลระยะยาวสุขภาพ สอดคล้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการการดูแลขั้นสูงและความก้าวหน้าของระดับความต้องการการดูแลของในผู้รับการดูแลระยะยาว สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสระบุรี และ สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้จัดการพยาบาลใน

การดูแลผู้สูงอายุ: มุมมองของพยาบาลประจำการ (Ben Natan & Har Noy, 2016; Itoh et al., 2018; จำรัส ประสิว & วิสุทธิ์ สุกรินทร์, 2561; สุธาสินี ช่วยใจดี และคณะ, 2561)

องค์ประกอบด้านที่ 3 การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ 4 องค์ประกอบย่อย มีค่าอัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.944 และค่า Item-total Correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.811-0.875 องค์ประกอบนี้เป็นครอบคลุมการสื่อสารกับภาคส่วนอื่น ๆ การเสริมพลังทีม การประสานงานกับทีมและสร้างความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วน ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนจำเป็นต้องทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ รวมถึงองค์กรท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Suriyanrattakorn, 2021) ซึ่งกระบวนการดังกล่าว สอดคล้องกับกรอบการบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (World Health Organization, 2016) ที่แสดงให้เห็นว่าความร่วมมือระหว่างภาคส่วนเป็นหนึ่งในกลยุทธ์หลักในการบรรลุผลสำเร็จด้านสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นแนวคิดที่รับเอามุมมองของบุคคล ครอบครัวและชุมชนมาใช้โดยมองว่าพวกเขาเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากระบบสุขภาพที่เชื่อถือได้ ซึ่งตอบสนองความต้องการและความชอบอย่างเป็นองค์รวมและมีมนุษยธรรม อีกทั้งความสามารถด้านการสื่อสารและการทำงานรวมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันผ่านความร่วมมือของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลถือเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (Case Management Society of America, 2010; Dijkman et al., 2022; The American College of Healthcare Executives, 2020; Yu, Chang, & Hu, 2022) โดยเฉพาะการประสานงานกับ อปท. ที่เป็นกลไกหลักในการดูแลระยะยาวของประเทศไทยเพื่อให้การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านอื่นของผู้สูงอายุ(ฑิณกร โนรี และนงลักษณ์ พะไกยะ, 2564) สอดคล้องกับการพัฒนาแบบวัดประสิทธิภาพสำหรับพยาบาลในสถานดูแลระยะยาวในชุมชนประเทศไต้หวันโดยใช้การสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ พยาบาลและผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่พบว่า สมรรถนะของพยาบาลในไต้หวัน ประกอบด้วย การดูแล การสื่อสาร/การประสานงาน การทำงานเป็นทีมและการสอน (Li et al., 2015)

องค์ประกอบด้านที่ 4 การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ (Resilience) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ 2 องค์ประกอบย่อย มีค่าอัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.912 และค่า Item-total Correlation รายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.733-0.831 ครอบคลุมความสามารถในการปรับตัวและการเผชิญปัญหา แมคเคนนา และคณะ (McKenna et al., 2022) ระบุว่าความยืดหยุ่นเป็นแนวคิดที่สำคัญสำหรับการอธิบายกลยุทธ์การป้องกันและ หมายถึงความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับความต้องการทางร่างกายและจิตใจในสถานการณ์ที่ยากลำบาก ผู้จัดการการดูแลระยะยาวทำงานในภาคส่วนต่างๆ เผชิญกับความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพิ่งเผชิญกับโรคระบาดโควิด-19 ทั้งหมดนี้สามารถนำไปสู่ประสบการณ์เชิงลบ การค้นพบของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang & Kim (2022) ซึ่งพบว่าการรับมือกับ

สถานการณ์ที่ยากลำบากโดยใช้ทรัพยากรภายในและการสนับสนุนจากภายนอกเป็นลักษณะเฉพาะที่เผยให้เห็นการปรับตัวของเจ้าหน้าที่ดูแลพยาบาลในสถานดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มองโลกในแง่ดีและมีอารมณ์ขันเพื่อให้เกิดการปรับตัวมากขึ้นในการทำงาน (Cameron & Brownie, 2010) อีกทั้งการปรับตัวนั้นจะเกิดขึ้นเมื่อมีโอกาสได้รับการเสริมทักษะ ความรู้และประสบการณ์ทางคลินิก (Cameron & Brownie, 2010) เพราะการรักษาสมดุลของความรู้สึกในการทำงานของการดูแลผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสถานการณ์และอารมณ์ที่ขัดแย้งกัน อีกทั้งจำเป็นต้องจัดการอารมณ์ของตนเองและของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (Benadé, Du Plessis, & Koen, 2017; Morgan et al., 2019) ให้สามารถรักษาสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cameron & Brownie, 2010) พยาบาลที่ให้การดูแลในระยะยาวที่มีการปรับตัวที่ดีมีแนวโน้มที่จะให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงขึ้น (Williams et al., 2016) นอกจากนี้ สถานดูแลผู้สูงอายุและหัวหน้าของสถานดูแลผู้สูงอายุในนอร์เวย์ยังใช้นวัตกรรมใหม่ๆ หลายอย่างเพื่อให้มั่นใจถึงประสิทธิภาพการทำงานที่สะท้อนการปรับตัว/ยืดหยุ่นในช่วง 6-9 เดือนแรกของการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในราวเดือนมีนาคม 2020 (Lyng, Ree, Wibe, & Wiig, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับ (Cooper, Brown, Rees, & Leslie, 2020)] ที่ระบุว่าการปรับตัวเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเหนื่อยหน่ายและภาระทางจิตใจของพยาบาล และยังช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต ดังนั้นความสามารถของผู้จัดการการดูผู้สูงอายุในการทำหน้าที่ในช่วงวิกฤตดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็น

จุดแข็งและข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องตามวิธีการวิจัยแบบผสมผสานเชิงสำรวจ รูปแบบย่อยแบบการพัฒนาเครื่องมือ ที่สอดคล้องกับบริบทการดูแลระยะยาวในชุมชนในระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 1 อย่างไรก็ตามในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจาก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งระดับชาติ ระดับภาค ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ครอบคลุม ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติและนักวิชาการ ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการประเมินในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ดำเนินการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้มีความตรงและความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ทั้งนี้เครื่องมือนี้เป็นการพัฒนาครั้งแรก การนำเครื่องมือนี้ไปใช้ประเมินสมรรถนะการดูแลระยะยาวของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในพื้นที่อื่น จะเป็นการยืนยันคุณภาพของเครื่องมือต่อไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

เครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ มีคุณภาพที่ดีสามารถนำไปประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว เพื่อค้นหาประเด็นของสมรรถนะ และนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน เพื่อพัฒนาหลักสูตรอบรมสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลระยะยาวของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ

2.2 ศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลระยะยาวของผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพอื่น

บรรณานุกรม

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, *14*(3), 385-399.

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560.* สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2562, จาก http://www.dop.go.th/th/know/1/125

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2565). *ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560*. สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2566, จาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1767

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ข้อมูลการจัดทำ* care plan *และข้อมูล* care manager *ระดับเขตสุขภาพ.* สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2562, จาก http://dashboard.anamai.moph.go.th/ltc

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ข้อมูล* care manager & caregiver. สืบค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2565, จาก http://ltc.anamai.moph.go.th/reportprovincenum

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 12). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กุลวีณ์ วุฒิกร. (2559). *รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ* (ปริญญานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

จำรัส ประสิว, & วิสุทธิ์ สุกรินทร์. (2561). การพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *27*(5), 845-855.

ชาย โพธิสิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง.

ฑิณกร โนรี, และนงลักษณ์ พะไกยะ (บก.). (2564). *การดูแลระยะยาวเพื่อภาวะพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) และมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

เดชา แซ่หลี, ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, ชาลีมาศ ตันสุเทพวีรวงศ์, และทัศนีย์ ญาณะ. (2557). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ฉบับประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *โมเดลลิสเรล สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

น้ำผึ้ง มีศิล. (2559). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย : การหลีกเลี่ยงมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้อง. *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 9*(1), 1256-1267.

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2560). *การวิจัยทางสาธารณสุข: จากกลักการสู่การปฏิบัติ.* พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, และวุฒิชัย จริยา. (2558). การนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติ ภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 33*(3), 6-15.

นิมิตร มรกต. (2560). *เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตร Ethical principles for research involving humans (human subject protection).* กรุงเทพฯ: มูลนิธิส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูล. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักซ์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักซ์.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (2546). *ราชกิจจานุเบกษา, 120*(130), 1-14.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พัชราวรรณ ศรีศิลปนันทน์. (2550). ทำไมต้องดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ. ใน สุปราณี ตาโลดม, นนทลี วีรชัย, และวรางคนา เวชวิธี (บก.). ใน *มหกรรมการ ประชุมวิชาการ คืนรอยยิ้มที่สดใสให้ผู้สูงวัย ในโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาส มหามงคล เฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550* (น. 51-60). นนทบุรี: กรมอนามัย กองทันตสาธารณสุข.

พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร. (2551). เครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 9*(16), 30-39.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เพ็ญศิริ โฉมกาย, สมศรี สิงห์ลพ, และปริญญา ทองสอน. (2562). การพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะด้านคุณลักษณะของบัณฑิตนักปฏิบัติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 21*(2), 189-200.

ไพศาล หวังพานิช. (2550). *ลักษณะของเครื่องมือที่ดี. ในสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา "การวัดและและการประเมินทางการศึกษา" (เอกสารประกอบการบรรยาย).* กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

มณีรัศมิ์ พัฒนสมบัติสุข. (2564). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8*(2),329-343.

มาสสุรีย์ ศรีพรหมมา, ธนพล โล่สุวรรณ, ปาณิสรา สลากรธนวัฒน, พิริยา เลิศมงคลนาม, สุวรรณา บุญมา, และวันทนี เม่นแมน. (2558). *การจัดสวัสดิการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัย.* สืบค้นเมื่อ 9 พฤษภาคม 2562, จาก http://tpso2.m-society.go.th

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525.* กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์ พลับลิเคชั่นส์.

รุ่งฟ้า อธิราษฎร์ไพศาล, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2553). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, *26*(1). doi:https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/4771

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2545). *สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และบทบาทของสุขศึกษาในการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.

วินิจ เทือกทอง. (2555). การวัดความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา. *วารสารครุปริทัศน์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนสุนันทา*, *7*(1), 16-20.

วิยะดา รัตนสุวรรณ, และปะราลี โอภาสนันท์. (2017). การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *10*(4), 123-

143.

วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ, ประจวบเหมาะ วรเวศม์, สุวรรณระดา ศิริวรรณ, ศิริบุญ บุศริน บางแก้ว, และชเนตตี มิลินทางกูร. (2559). *รายงานฉบับสมบูรณ์: โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยางในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.* กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศกุนตลา อนุเรือง. (2560). ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ: สถานการณ์ ประเด็นท้าทาย และการจัดการดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *29*(2), 1-10.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: : ทีคิวพี จำกัด.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพ, ศาลวิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และบวรศม ลีระพันธ์. (2561). *รายงานฉบับสมบูรณ์: โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549* กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2548). *สมรรถนะของข้าราชการพลเรือนไทย.* กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 4 การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุมป้องกัน ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง.* กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559ก). *กรอบแนวคิดการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่.* สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2560, จาก www.nhso.go.th/FrontEnd/index.aspx

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559ข). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *ขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ* ltc *ปีงบประมาณ 2562.* สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จาก https://www.nhso.go.th/frontend/pagecontentdetail.aspx?CatID=MTE2Mw==

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร*

care manager *กระทรวงสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.

สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. (2550). *การจัดการทรัพยากรมนุษย์ด้วย*: Competency Based HRM. กรุงเทพฯ :สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. .

สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1).* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

สุธาสินี ช่วยใจดี, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารเกื้อการุณย์, 23*(2), 183-198.

สุภมาศ อังสุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณา, และรัชนีกูล ภิญโญภานุวัฒน์. (2554). *สถิติการวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม lisrel* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

สุวิมล ติรกานันท์. (2551). *การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่ การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: : ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรถไกร พันธุ์ภักดี. (2559). การเปรียบเทียบผลการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดทุนทางสังคมระหว่างการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจกับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. *วารสารบริหารธุรกิจเศรษฐศาสตร์และการสื่อสาร*, *11*(2), 46-61.

อัญชิษฐฐา ศิริคำเพ็ง, และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, *17*(3), 235-243.

Alipio Gusmão Lopes, N., K., Siripornpibul, T. & Briggs, D. (2020). An assessment of management competencies for primary health care managers in timor-leste. *International journal of health planning and management, wiley blackwell, 35*(2), 520-531.

American Association of Colleges of Nursing and the John A. Harford Institute for Geriatric Nursing. (2000). *Older adult: Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines for geriatric nursing care*. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing and the John A. Harford Institute for Geriatric Nursing.

American Psychological Association. (2020). *Building your resilience*. Retrived July 15, 2020, from https://www.apa.org/topics/resilience

Aung, T. N. N., Moolphate, S., Koyanagi, Y., Angkurawaranon, C., Supakankunti, S., Yuasa, M., & Aung, M. N. (2022). Determinants of health-related quality of life among community-dwelling thai older adults in chiang mai, northern thailand. *Risk Management and Healthcare Policy*, 1761-1774.

AwadAllah, M. B., & Salem, G. M. (2021). Managerial competencies of primary health care managers. *Egyptian Journal of Occupational Medicine, 45*(1), 35-46. doi:10.21608/ejom.2021.143333

Ben Natan, M., & Har Noy, R. (2016). Required competencies for nurse managers in geriatric care: The viewpoint of staff nurses. *International Journal of Caring Sciences,* 9(3), 985.

Benadé, P., Du Plessis, E., & Koen, M. P. (2017). Exploring resilience in nurses caring for older persons. *Health sa Gesondheid, 22*, 138-149.

Bernstein, P. J. (2001). The proposed global business credential: Do financial planners need it. *The Planner, Jul/Aug* 2001, 9-12.

Braun, V., & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.

Calhoun, J. G., Davidson, P. L., Sinioris, M. E., Vincent, E. T., & Griffith, J. R. (2002). Toward an understanding of competency identification and assessment in health care management. *Quality Management in Healthcare, 11*(1), 14-38.

Cameron, F., & Brownie, S. (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian Journal on Ageing, 29*(2), 66-71. doi:https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00416.x

Campbell, J. C., & Ikegami, N. (2000). Long-term care insurance comes to japan: A major departure for japan, this new program aims to be a comprehensive solution to the problem of caring for frail older people. *Health affairs, 19*(3), 26-39.

Cappelli, P. (2008). Talent management for the twenty-first century. *Harvard Business Review* 86(3), 74-81.

Carayon, P., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Kianfar, S., Alyousef, B., Salek, D., . . . Tomcavage, J. (2015). Perceived impact of care managers' work on patient and clinician outcomes. *European Journal for Person Centered Healthcare, 3*(2), 158-167. doi:10.5750/ejpch.v3i2.903

Case Management Society of America. (2010). *Standards of practice for case management*. Arkansas: Little Rock.

Chang, S. O., & Kim, E. Y. (2022). The resilience of nursing staffs in nursing homes: Concept development applying a hybrid model. *BMC Nursing, 2*1(1), 1-12.

Chase, L. K. (1994). Nurse manager competencies *Journal of Nursing Administration, 24*(4), 56-64.

Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course infactor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *Int J Ment Health Nurs, 29*(4), 553-575.

Cowgill, D. O. (1986). *Aging around the world*. Belmont, CA: Wadsworth.

Creswell, J. W. (2014). *Research design. Qualitataive, quantiative and mixed methods approaches* (4th ed.). Lincoln: Sage Publications.

Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. SumsungHup: Singapore.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *Bmj,* 340.

DeVellis, R. F. (2012). Scale development: Theory and applications. New York: Sage.

Dever, K. H. (2018). Through the eyes of nurse managers in long-term care: Identifying perceived competencies and skills. *Journal of Gerontological Nursing, 44*(5), 32-38.

DeVon, H. A., Block, M. E., Moyle‐Wright, P., Ernst, D. M., Hayden, S. J., Lazzara, D. J., . . . Kostas‐Polston, E. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing scholarship, 39*(2), 155-164.

Dijkman, B. L., Hirjaba, M., Wang, W., Palovaara, M., Annen, M., Varik, M., . . . Paans, W. (2022). Developing a competence framework for gerontological nursing in china: A two-phase research design including a needs analysis and verification study. *BMC Nursing, 21*(1), 285. doi:10.1186/s12912-022-01074-y

Dixon, J. K. (2001). Factor analysis. In B.H. Munro (Ed.), *Statistical methodes for health care research* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Dubois, D. D., & Rothwell, J. W. (2004). *Competency – based human resource management.* California: Davies – Black Publishing,.

Forder, J. E., & Caiels, J. (2011). Measuring the outcomes of long-term care. *Soc Sci Med, 73*(12), 1766-1774.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, A. Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet,* 376(9756), 1923-1958.

Garman, A. N., & Strong, J. (2006). Communication and relationship management. *Journal of Healthcare Management*, *51*(2), 8-10.

Glinskaya, E. E., Wanniarachchi, T., & Jinadhi, T. (2021). *Labor markets and social policy in a rapidly transforming : Caring for thailand's aging population*. *English*. Washington, DC: World Bank Group Publishing.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New York: Pearson.

Hair, J. F., Black, W. C., Bain, B. J., nderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education International.

Harada, S. (2011). Difficulties of home palliative care and related factors by the care manager of long-term care insurance. *Japan Health Medicine Association, 20(*1), 31-37.

Haseen, F., Adhikari, R., & Soonthorndhada, K. (2010). Self-assessed health among thai elderly. *BMC Geriatrics, 10*(1), 30. doi:10.1186/1471-2318-10-30

Haynes, S. N., Richard, D., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological assessment, 7*(3), 238.

Hirakawa, Y. (2016). Care manager as a medical information source for elderly people. *Medical Research Archives,* 4, 5.

Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. Electronic *Journal of Business Research Methods,*

6(1), 53-60.

Houde, S. C., Gautam, R., & Kai, I. (2007). Long-term care insurance in japan: Implications for us long-term care policy. *Journal of Gerontological Nursing, 33*(1), 7-13.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55.

Insight Health System. (2001). *The world enters the century of the elderly.* Retrieved Febuary 5, 2018, from https://www.hfocus.org/content/2015/04/9734

Itoh, S., Hikichi, H., Murayama, H., Ishimaru, M., Ogata, Y., & Yasunaga, H. (2018). Association between advanced care management and progression of care needs level in long-term care recipients: Retrospective cohort study. *JMIR Aging,* 1(2), e11117. doi:10.2196/11117

Jeans, M. E., & Rowat, K. M. (2005). *Leadership objective c competencies required of nurse managers. Canadian nurse association. Ottawa, ontario, canada* Retrieved December 5, 2018, from https://cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-fr/competencies_required_nurse_managers_e.pdf

Jeon, Y., Merlyn, T., & Chenowet, H. L. (2010). Leadership and management in the aged care sector: A narrative synthesis. *Aust J Ageing, 29*(2), 54-60. doi:https:// doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010. 00426.x

Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1996). *Lisrel 8 user's reference guide*. Chicago, IL: Scientific Software International.

Kak, N., Burkhalter, B., & Cooper, M.-A. (2001). Measuring the competence of healthcare providers. *Operations Research Issue Paper, 2*(1), 1-28.

Kao, C.-C., ChaoHAO, H.-L., Liu, Y.-H., Pan, I.-J., Yang, L.-H., & Chen, W.-I. (2022). Psychometric testing of the newly developed competence scale for clinical nurses. *Journal of Nursing Research, 30*(2), e198. doi:10.1097/jnr.0000000000000472

Kerlinger, F. N. (1986). *Foundations of behavioral research.* (3rd ed.). New York: Holt, Rinehart and Winston.

Kitreerawutiwong, N., Jordan, S., & Hughes, D. (2017). Facility type and primary care performance in sub-district health promotion hospitals in northern thailand.

PLOS ONE, 12(3), e0174055. doi:10.1371/journal.pone.0174055

Kitreerawutiwong, N., Keeratisiroj, O., & Mekrungrongwong, S. (2020). Predictive factors for the sense of community belonging among older adults in lower northern thailand. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 14*(4).

Kitreerawutiwong, N., Mekrungrengwong, S., Wongwonsin, A., & Phetphum, C. (2018). Assessing the implementation of the family care team in the district health system of health region 2, thailand. *Family Medicine and Community Health, 6*(1), 39-50.

Krosnick, J. A. (1999). Survey research. *Annual review of psychology, 50*(537-567).

Kuroda, A., Tanaka, K., Kobayashi, R., Ito, T., Ushiki, A., & Nakamura, K. (2007). Effect of care manager support on health-related quality of life of caregivers of impaired elderly: One-year longitudinal study. *Industrial health, 45*(3), 402-408.

Langins, M. B., L. (2015). Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/ integrated health services. Retrieved Febuary 27, 2019, from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf

Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. (2008). Alma-ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet, 372*(9642), 917-927.

Li, I.-C., Huang, H.-C., Kuo, H.-T., & Hung, C.-M. (2015). Development of a performance scale for nurses in community-based long-term care facilities in taiwan. *Journal of Nursing Research,* 23(1), 6-14.

Llanos, K., Rothstein, J., & Dyer, M. (2007). *Physician pay-for-performance in medicaid: A guide for states*. New Jerry: Center for Health Care Strategies.

Losby, J., & Wetmore, A. (2012). *Cdc coffee break: Using likert scale in evaluation survey work.* Retrieved December 15, 2022, from http://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/docs/cb_february_14_2012.pdf

Lucia, A. D., & Lepsinger, R. (1999). *The art and science of competency models pinpointing critical success factors in organizations.* San Francisco: Jossey Bass/Pfeiffer.

Lyng, H. B., Ree, E., Wibe, T., & Wiig, S. (2021). Healthcare leaders' use of innovative

solutions to ensure resilience in healthcare during the covid-19 pandemic: A qualitative study in norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research,* 21(1), 878. doi:10.1186/s12913-021-06923-1

Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research,* 35(6), 382-385.

Mary, F. H., & Robyn, I. (2009). *Defining core competencies for the professional long-term care workforce: A status report and next steps.* Retrieved September 1, 2018, from https://aspe.Hhs.gov/pdf-report/examining-competencies-long-term-care-workforce-status-report-and-next-steps

Matsuda, S., & Yamamoto, M. (2001). Long-term care insurance and integrated care for the aged in japan. *International Journal of Integrated Care, 1.* doi:10.5334/ijic.39

McClelland, D. (1973). Testing for competency rather than for intelligence. *American Psychologist, 28*(1), 1-14.

McKenna, O., Fakolade, A., Cardwell, K., Langlois, N., Jiang, K., & Pilutti, L. A. (2022). Towards conceptual convergence: A systematic review of psychological resilience in family caregivers of persons living with chronic neurological conditions. *Health Expectations, 25*(1), 4-37. doi:https://doi.org/10.1111/hex.13374

Mehta, K. K. (2002). National policies on ageing and long-term care in singapore: A case of cautious wisdom? In (eds. Ageing and long-term care: National policies in the asia-pacific. In D. R. Phillips, & A. C. M. Chan (Eds.), (pp. 150-180). Singapore: Bestprint Printing.

Merav, B. N., & Ronit, H. N. (2016). Required competencies for nurse managers in geriatric care: The viewpoint of staff nurses. *International Journal of Caring Sciences, 9*(3), 985.

Milena, M., Milicevic, S., Vesna, M., Bjegovic, M., Zorica, J., Terzic, S., & Vladimir, V. (2011). Competencies gap of management teams in primary health care, . *European Journal of Public Health, 21*(2), 247-253.

Morgan, K. H., Libby, N. E., Weaver, A. K., & Cai, C. (2019). Development of an early warning resilience survey for healthcare organizations. *Heliyon, 5*(10), e02670.

doi:https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02670

Mulgan, G., Caulier-Grice, J., & Pulford, L. (2010). *Study on social innovation', paper prepared by the social innovation exchange and the young foundation for the bureau of european policy advisors.* London: Young Foundation.

N, M. (2001). Long term care: Definition, demand, cost, and financing. In: Mccall n, ed. Who will pay for long term care?, (1 edition insights from the partnership programs. Chicago: Health administration press. Insights from the partnership programs. Chicago: Health administration press.

National Case Management Network. (2012). *Canadian core competency profile for case management providers*. Canada: National Case Management Network.

National Institute of Health. (2017). What is long-term care. Retrieved September 12, 2018, from https://www.nia.nih.gov/health/what-long-term-care

Norton, E. C. (2000). Handbook of health economics. In A. J. Culyer, & J. P. Newhouse (Eds.), *Long-term care* (pp. 955-994). Amsterdam: Elsevier.

Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York McGraw-Hill.

Okuyama, A., Martowirono, K., & Bijnen, B. (2011). Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: A systematic review. *BMJ Quality & Safety, 20*(11), 991-1000. doi:10.1136/bmjqs-2011-000148

Pett, M. A., Lackey, N. R., & Sullivan, J. J. (2003). *Making sence of factor analysis: The thousands of oaks*. California: Sage Publication.

Pioneer network. (2011). *Definitions of common terms used in long-term care and culture change.* Retrieved August 1, 2018, from https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yWw8ZvF1_dYJ:https://www.pioneernetwork.net/wpcontent/uploads/2016/10/Definitions-of-Common-Terms-Used-in-Long-Term-Care-and-CultureChange.pdf+&cd=&hl=th&ct=clnk&gl=th

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing &*

Health, 29(5), 489-497.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research. Generating and assesing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadephia: Lippincott Williams and Wilkins.

RUTGERS School of Management and Labor Relations. (2019). *Certified health care manager™ program.* Retrieved March 8, 2018, from https:// smlr.rutgers.edu/course/certified-health-care-manager%E2%84%A 2-chm-program

Safarani, S., Ravaghi, H., Raeissi, P., & Maleki, M. (2018). Financial challenges of teaching hospitals and providing solutions. *J Educ Health Promot, 7,* 155. doi:10.4103/jehp.jehp_95_18

Santric Milicevic, Bjegović-Mikanović, & Brooks. (2009). Core competencies for primary health care management. Retrieved September 20, 2018, from https://www.researchgate.net/publication/268134016_Core_competencies_for_primary_health_care_management

Schrier, R. W. (1990). *Geriatric medicine*. Philadelphia: W.B. Suanders Company.

Sihapark, S., Kuhirunyaratn, P., & Chen, H. (2014). Severe disability among elderly community dwellers in rural thailand: Prevalence and associated factors. *Ageing International, 39(*3), 210-220.

Slåtten, K., Hatlevik, O., & Fagerström, L. (2014). Validation of a new instrument for self-assessment of nurses' core competencies in palliative care. *Nursing Research and Practice, 2014*, *6*15498. doi:10.1155/2014/615498

Sousa, J. M., & Alves, E. D. (2015). Nursing competencies for palliative care in home care. *Acta Paulista de Enfermagem, 28*(3), 264-269.

Stefl, M. (2008). Common competencies for all healthcare managers: The healthcare leadership alliance model. *Journal of Healthcare Management. 53*(6), 360-374.

Stewart, A., Hays, R., & Ware, J. (1988). Communication: The mos short-form general health survey: Reliability and validity in a patient population. *Medical Care, 26*(7), 724-735.

Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.

Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A*

practical guide to their development and use (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.

Sullivan-Marx, E. M., & Gray-Miceli, D. (2008). *Leadership and management skills for long-term care.* New York: Springer Publishing Company.

Suriyanrattakorn, S. C., C L. (2021). Long-term care (ltc) policy in thailand on the homebound and bedridden elderly happiness. *Health Policy OPEN, 2*(1-7). doi:https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100026

The American College of Healthcare Executives. (2020). *Ache healthcare executive 2020 competencies assessment tool.* Retrived May 10, 2021, from www.ache.org/-/media/ache/career-resource-center/competencies_booklet.pdf

The American Institute of Medicine. (1986). *Improving the quality of nursing homes*. Washington, DC: National Academy Press.

The Canadian Home Care Association. (2005). *Definitions of case managers.* Retrieved August 12 , 2018, from http://health.canada.ca/publications/health-system-systeme-sante/2005-case-management-gestion-cas/alt/2005-case-management-gestion-cas-eng.pdf

Thompson, J., Tiplady, S., McNall, A., Murray, J., Cook, G., Hodgson, P., & Bainbridge, L. (2018). A workforce competency framework for enhanced health. *Nursing and Residential Care, 20*(4), 153-157.

Thurkettle, M. A., & Noji, A. (2003). Shifting the healthcare paradigm: The case manager's opportunity and responsibility. *Professional Case Management, 8*(4), 160-165.

Tongkeo, T. (2008). Competency: Principles and practices. Retrieved June 17, 2008 from http://www.dusithost.dusit.ac.th-ei/tuan/file21122005046.doc

Tsutsui, T., & Higahisno, S. (2010). The role of care managers under the long-term care insurance system, and related policy issues. *Management and Information, 22*(3), 85-94.

Tuangratananon, T., Julchoo, S., Phaiyarom, M., Panichkriangkrai, W., Pudpong, N., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2021). Healthcare providers' perspectives on integrating ncds into primary healthcare in thailand: A mixed method study. *Health Research Policy and Systems, 19*(1), 139.

doi:10.1186/s12961-021-00791-1

Tudor Car, L., Kyaw, B. M., & Atun, R. (2018). The role of elearning in health management and leadership capacity building in health system: A systematic review. *Human Resources for Health, 16*, *1-9.*

United Nations. (*2019).* World population prospects *2019*. Retrieved May 10, 2020, form http://population.un.org/wpp/

Velicer, W. F., & Jackson, D. N. (1990). Component analysis versus common factor analysis-some further observations. *Multivariate Behavioral Research, 25*(1), 97-114.

Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2005). *Measurement in nursing and health research* (3rd ed). New York: Springer Publishing Company.

Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2010). *Measurement in nursing and health research* (4th ed.). New York: Springer Publishing Company.

Wideman, M. (2012). Geriatric care management: Role, need, and benefits. *Home Healthcare Now, 30*(9), 553-559.

Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Ghandehari, O. O., Malloy, D. C., Hunter, P. V., & Martin, R. R. (2016). Resilience and organisational empowerment among long-term care nurses: Effects on patient care and absenteeism. *Journal of Nursing Management, 24*(3), 300-308. doi:https://doi.org/10.1111/jonm.12311

World Health Organization. (2000). *Home-based long-term care, report of a who study groups*. Geneva: World Health Organization,.

World Health Organization. (2009). *Definition of an older or elderly person: Proposed working definition of an older person in africa for the mds project.* Retrieved July 15, 2015, from http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder /en/index.html

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services (ipchs)* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (n.d.). *Definition of an older or elderly person: Proposed working definition of an older person in africa for the mds project.* Retrieved December 5, 2018, from http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdef nolder/en/index.html

Wysocka, M. (2017). Key competences of a health care manager. *Journal of Intercultural Management*, *9*(4), 165-184.

Yoshie, S., Takahashi, M., Saito, T., & Kai, I. (2004). What kind of family makes a case difficult? Public health nurses' views on home care for the frail elderly *Japanese Journal of Public Health*, *51*(7), 522-529.

Yu, Y.-C., Chang, Y.-J., & Hu, F.-W. (2022). Establishment of role and core competencies of geriatric case managers in taiwan. *Hu Li Za Zhi, 69*(1), 51-62.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสอบถามระยะที่ 1

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง
การศึกษาระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ชุดที่ 1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับนโยบาย ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และนักวิชาการที่มีผลงานเกี่ยวกับการดูแลและพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ..... (กำหนดเป็นรหัส IDA1 = In-depth Academics คนที่ 1)
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ตำแหน่งงาน .....
4. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน .....
5. อายุจริง ..... ปี
6. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานทั้งหมด ..... ปี
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องด้านนโยบายผู้สูงอายุ ..... ปี

ประเด็นคำถามหลัก:

1. ความหมายของสมรรถนะ คืออะไร
2. ความหมายของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว คืออะไร แตกต่างหรือไม่อย่างไรกับสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ
3. ท่านคิดว่าเนื้อหาการอบรมเพียงพอให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอที่เข้าร่วมเกิดองค์ความรู้ในการทำงานจริงหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านคิดว่าผู้ที่จะเป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอของไทยต้องเพิ่มเติมความรู้หรือทักษะด้านใดอีก เพราะเหตุใด
5. ท่านคิดว่าขอบข่ายหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในปัจจุบันมีอะไรบ้างและเพียงพอหรือไม่ อย่างไรสำหรับปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอของไทย
6. ท่านคิดว่าควรเพิ่มทักษะใดบ้าง เพื่อให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวทำงานได้ดียิ่งขึ้น

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

การศึกษาระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ชุดที่ 2 กลุ่มผู้จัดการการดูแลระยะยาวในพื้นที่

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ..... (กำหนดเป็นรหัส IDC1 = In-depth Care Manager คนที่ 1)
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ตำแหน่งงาน .....
4. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน .....
5. อายุจริง ..... ปี
6. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานทั้งหมด ..... ปี
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องด้านการเป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว ..... ปี

ประเด็นคำถามหลัก:

1. ความหมายของสมรรถนะ คืออะไร
2. ความหมายของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว คืออะไร แตกต่างหรือไม่อย่างไรกับสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ
3. ท่านคิดว่าขอบข่ายหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในปัจจุบันมีอะไรบ้างและเพียงพอหรือไม่ อย่างไรสำหรับปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอของไทย
4. ท่านคิดว่าผู้ที่จะเป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอของไทยต้องเพิ่มเติมความรู้หรือทักษะด้านใดอีก เพราะเหตุใด
5. ท่านคิดว่าแรงจูงใจที่ทำให้คนมาปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว คืออะไร
6. ท่านคิดว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวมีแรงจูงใจดังกล่าว
7. ท่านคิดว่าบุคคลที่ทำหน้าที่ผู้จัดการการดูแลระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีคุณลักษณะที่จำเป็นอื่น ๆอะไรบ้าง เพราะเหตุใด
8. ท่านคิดว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวมีคุณลักษณะที่จำเป็นดังกล่าวเกิดขึ้น

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง
การศึกษาระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม

ชุดที่ 3 ผู้จัดการการดูแลระยะยาวในพื้นที่ คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ประธานชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ตำแหน่งงาน .....
3. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน .....
4. อายุจริง ..... ปี
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานทั้งหมด ..... ปี
6. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลระยะยาว ..... ปี

ประเด็นคำถามหลัก:

1. ความหมายของสมรรถนะ คืออะไร
2. ความหมายของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว คืออะไร แตกต่างหรือไม่อย่างไรกับสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ
3. ท่านคิดว่าขอบข่ายหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในปัจจุบันมีอะไรบ้างและเพียงพอหรือไม่ อย่างไรสำหรับปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอของไทย
4. ท่านคิดว่าผู้ที่จะเป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอของไทยต้องเพิ่มเติมความรู้หรือทักษะด้านใดอีก เพราะเหตุใด
5. ท่านคิดว่าแรงจูงใจที่ทำให้คนมาปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว คืออะไร
6. ท่านคิดว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวมีแรงจูงใจดังกล่าว
7. ท่านคิดว่าบุคคลที่ทำหน้าที่ผู้จัดการการดูแลระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีคุณลักษณะที่จำเป็นอื่น ๆอะไรบ้าง เพราะเหตุใด
8. ท่านคิดว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวมีคุณลักษณะที่จำเป็นดังกล่าวเกิดขึ้น
9. ประเด็นเพิ่มเติมด้านสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอของไทย

ภาคผนวก ข ผลการศึกษาระยะที่ 1

ความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

สมรรถนะการดูแลระยะยาว หมายถึง ทักษะและความสามารถของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในการบริหารงาน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ การพัฒนาคุรภาพการดูแลผู้สูงอายุและการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติเพื่อจัดการด้านการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ Theme	ความหมายย่อย Subtheme	ข้อความสนับสนุน Quotation
1. การบริหารงาน (Management) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและจัดทำฐานข้อมูลแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแล สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่ ประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณ วางแผนการใช้งบประมาณและทำระบบการควบคุมใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายให้เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สืบค้น วิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.1 การค้นหาแหล่งงบประมาณ (Seeking a Budget Resources) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแล สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน และจัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณ และสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่	“สมรรถนะที่จะรู้ว่ามีแหล่งงบประมาณตรงไหน ทรัพยากรอะไรที่จำเป็นมาช่วยเสริมให้กับครอบครัวนี้ได้ เพื่อให้เขาได้รับการดูแลที่ดีและเหมาะสม” (IDA_001)
	1.2 การบริหารงบประมาณ (Financial Management) หมายถึง ความสามารถในการประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย วางแผนและเสนอการใช้งบประมาณ และจัดทำระบบ การควบคุมงบประมาณการดูแลให้เหมาะสม	“เพราะเราต้องเอาเงินมาเป็นตัวตั้ง 5,000 ต่อราย แล้วต้องมาถัวให้ได้ เพราะว่าคนไข้ 10 ราย สมมุติมีหนัก 3 ราย 3 รายนี้ก็ต้องดูแลพิเศษมากกว่าคนที่เบา เพราะฉะนั้นเงินก้อนของแต่ละคน 5,000 บาทมันไม่ได้ใช้ว่าคนนี้ 5,000 ห้าพันไม่ใช่ มันก็นับหัวว่าคนเบาจะใช้น้อยหน่อย ไอ้คนหนักใช้เยอะหน่อย แต่ใช้วิธีถัวเฉลี่ยตรงนี้ให้มันลงตัวที่สุด เพื่อที่จะให้เขาได้รับการดูแลตาม care plan ที่เราวางไว้ และตามอาการหนักเบาของแต่ละคนมากที่สุดค่ะ” (FG2)

องค์ประกอบ Theme	ความหมายย่อย Subtheme	ข้อความสนับสนุน Quotation
	1.3 การพัฒนากำลังคนเพื่อการดูแล (Human development) หมายถึง ความสามารถในการส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1.4 การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี (Data and Technology) หมายถึง ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์และ เลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นำเสนอข้อมูลที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	“ต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพราะว่าบุคลากรที่นี้ที่มองเห็นอย่างเช่น อสม. หรือ CG เขาจะเป็นคนที่มาช่วยเหลืองานในชุมชนในระบบ Long-term care เราต้องพัฒนาให้เขามีความรู้ความสามารถในขอบข่ายที่ อสม.หรือ CG จะทำได้โดยที่เราต้องไปกำกับดูแลเพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย ไม่ใช่พัฒนาศักยภาพแล้วก็ปล่อยเขาไปเลย” (IDA_002) พี่ก็จะมี LINE กลุ่มกับน้อง ถ้าน้องไปเยี่ยม case อะไรก็จะให้น้องส่งไลน์มาให้พี่ดูด้วย แล้วก็มีความต้องการอะไรเพิ่มก่อนจะกลับทุก Case นี่ให้น้องถามเลยว่าคนไข้หรือญาติมีความต้องการอะไรเพิ่มไหม อยากให้ทำอะไรไหม น้องก็จะเขียนมา เขียนมาเสร็จเราก็ง่ายเลย แล้วก็มาดูรูปภาพคนไข้นี่เป็นยังไงดีขึ้นไหม หรือว่าไม่ดี เราก็จะดูจากรูปได้เลยว่าคนไข้ case นี้ลุกนั่งได้แล้วหรอ เป็นยังไง ยังไง แล้วเราก็เบิกยาเบิกอะไรตามที่เขาอยากได้ ที่นี่ก็จะเบิกให้เลย พอเบิกเสร็จแล้ว พี่จะฝากยาไปให้คนนั้นคนนี้เลยที่ขอมาเนี่ยใน LINE พี่ให้น้องจัดการให้เลย เอาไปให้เลย แล้วก็ถ่ายรูปส่งมา” (IDC_002)

องค์ประกอบ Theme	ความหมายย่อย Subtheme	ข้อความสนับสนุน Quotation
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caring) หมายถึง การอธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว การออกแบบการดูแล การกำกับ ติดตามการดูแลให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ การประเมินผลเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับปัญหากับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้มี ADL คงที่หรือดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและการมีความคิดสร้างสรรค์เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ	2.1 ความรู้และการประเมินผู้สูงอายุ (Knowledge and Evaluation of Older Person) หมายถึง ความสามารถในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงและลักษณะการดูแลของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ทักษะการใช้เครื่องมือประเมินผู้สูงอายุ ความต้องการและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้	“ถ้าเป็นเชิงวิชาการก็คือจะเป็นอัพเดทเรื่องความรู้เรื่องโรคทางด้านผู้สูงอายุที่มีการปรับเปลี่ยนความรู้วิชาการใหม่ๆ หรือว่าโรคภัยใหม่ๆ มัน update นะ โรคสำหรับผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนสูงอายุ ที่บ้านหรือว่าในหน่วยงานราชการที่เขาต้องมาติดต่อ โรงพยาบาล รพ.สต. อะไรแบบนี้ มีการปรับเปลี่ยนยังไง” (IDC_001)
	2.2 การออกแบบแผนการดูแล (Individual Care Plan) หมายถึง ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลและความเป็นอยู่เพื่อนำเสนอ ปรับปรุงแผนการดูแลและจัดทำข้อตกลงด้านการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย	“พอเคสที่ 2 พี่ก็รายงาน case ว่าเป็นแบบนี้ๆ อยากได้อะไรเพิ่มไหม ญาติก็จะบอกว่าต้องการอะไรๆ ก็จะมี คือ ความต้องการที่เราเอาไปเขียนใน care plan บางตัวลบออกเลยที่เราไปทำ care plan มา ญาติผู้ป่วยต้องการแบบนี้ใช่ไหมค่ะ ญาติต้องการแบบนี้ไหมหรือว่าต้องการอะไรเพิ่มไหม ญาติก็จะเล่าให้ฟังว่าเป็นอย่างนี้ เสร็จกายภาพก็บอก คนที่เป็นลักษณะแบบนี้เขาจะเดินแบบนี้ล่ะ ไม่เป็นไรเดี๋ยวเอานักกายภาพลงมาทำให้ที่บ้านเลยไม่ต้องรอ” (FG1)
	2.3 การกำกับติดตามการดูแล (Monitoring) หมายถึง ความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมครบริบาลท้องถิ่น กำกับและติดตามการดูแลให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้	“เมื่อมีปัญหากับเคสพี่จะปรึกษา....จะได้วางแผนว่าจะเอาอย่างไรต่อ case ไหน....เขาก็จะบอก เหมือนเวลาที่เราทำอะไรไป....เขารับทราบเขาก็จะบอกว่าอันนี้ได้ ไม่ได้ อันนี้ไม่เป็นไรแบบนี้ เขาจะช่วยเราในการตัดสินใจด้วย เพราะทุก case จะมี care plan ที่.....เขาวางไว้แล้ว” (FG3)

องค์ประกอบ Theme	ความหมายย่อย Subtheme	ข้อความสนับสนุน Quotation
		“พอเรา Assign ให้ CG ลงไปดูแลผู้ป่วยแล้ว ในกรณีที่เจอ Case ที่มีปัญหา เขาจะต้องเรียกเราล่ะ เราจะลงไปดูเพิ่มให้นะคะ แต่ว่าถ้าใน case ใดที่มันไม่มีปัญหาหรือว่า Case ไหนที่เขาสามารถ control ได้ อย่างเช่น เคส ADL 11 กลุ่ม 3 เขาสามารถดูเองได้ เขาก็จะรายงานผลกลับมาให้เราค่ะ” (IDC _002)
	2.4 การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Evaluation) หมายถึง ความสามารถในการประเมินผลลัพธ์เทียบกับเป้าหมายการดูแล และนำเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	“เรามีหน้าที่นำเสนอในส่วนของการทำงาน การ set ระบบความก้าวหน้า เป็นอย่างไร มีปัญหาตรงไหน แบบนี้เป็นต้น เพื่อเราจะต้องหาทางมาช่วยเหลือ ปัญหาในการทำงาน ความสำเร็จในการทำงาน ขนาดไหนอย่างไร เราสามารถดูแลคนที่กำลังป่วยขณะนี้ให้เขามีค่าตัวชี้วัดเท่าเดิมหรือลดลงกว่าเดิม” (FG3)
3. การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Inter-sectoral Collaboration) หมายถึง การใช้ทักษะการสื่อสารและการรับฟัง การรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน การสร้างความความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกันผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน การแก้ไขปัญหา และการลดข้อขัดแย้งในการทำงานร่วมกัน	3.1 การสื่อสารและการรับฟังระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (Communication with Other Sectors to Maintain Mutually Engagement) หมายถึง ความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูลผู้สูงอายุและแผนการดูแลได้อย่างชัดเจน รับฟังข้อมูลผู้สูงอายุจากทุกภาคส่วน และสื่อสารด้วยข้อความเชิงบวก เพื่อรักษาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วน เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม.บุคลากรสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นต้น	“เราสามารถจัดการโดยการเราใช้ภาคีเครือข่ายเข้าไปช่วย อย่างเช่นว่าตอนนี้ไม่มีรถไปส่งโรงพยาบาล ขอ MMR จาก อปท. ไปส่ง เขาต้องการ ดูไม่ไหวแล้ว เหนื่อย ส่ง caregiver ลงไป เขาขออะไรลงไปช่วยดู เขาไม่มีเงิน เราก็จะดูแลในชุดสิทธิประโยชน์ ประสาน พม. เรื่องค่าตอบแทน อะไรพวกนี้ ที่เขาจะได้รับ อย่างต้องแพมเพิสก็ติดต่อขอมูลนิธิพระแสงแก้ว อันนี้คือการแก้ปัญหาโดยเอาเครือข่ายในพื้นที่เข้าไปช่วย” (IDC _001)

องค์ประกอบ Theme	ความหมายย่อย Subtheme	ข้อความสนับสนุน Quotation
	3.2 การจัดการให้ทุกกลุ่มที่ทำงานร่วมกับรู้สึกมีความปลอดภัยในการทำงาน (Dealing with Personal Security Issues) หมายถึง ความสามารถในการปรับปรุงวิธีการทำงาน โดยคำนึงความปลอดภัยของผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ประสานงานการดูแล และเสริมพลังการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ	“แล้วก็เราจะมีตั้งไลน์กลุ่มเป็นที่ปรึกษาเขา ในกรณีที่เกิดมีปัญหาอย่างเช่น คนนี้เริ่มมีปัญหาสุขภาพหรืออะไร เราก็ต้องดูแลความปลอดภัยของ care giver ด้วยนะ เวลาเขาลงไปดูแลคนไข้แล้วเกิดปัญหา เช่น ความไม่ปลอดภัยหรืออะไรต่างๆ เราจะให้เขาถอย หรือไม่งั้นต้องมีคนไปด้วย เพื่อที่จะ support เขาในระดับหนึ่งเพราะ care giver มีความสุข เขาก็จะได้ส่งต่อความสุขไปให้คนไข้ด้วย” (FG2)
	3.3 การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูล พิจารณาปัญหาในการแก้ไขโดยคำนึงถึงความสำคัญ ความเร่งด่วนในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ และประสานความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการดูแล	“ช่วงนั้นก็มี Covid เข้ามา ก็เลยเป็นช่วงที่เว้นช่วงว่าง ตรงนั้นเราก็หยุดเยี่ยมไป แต่ก็ใช้การโทรประสานกับญาติกับผู้ดูแล แล้วก็ตอนนี้ก็เริ่มใหม่ แล้วก็มีการประชุมอนุกรรมการศูนย์สุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อปรับวิธีการเยี่ยมให้เหมาะสม” (FG2)
	3.4 การจัดการข้อขัดแย้ง (Conflict Management) หมายถึง ความสามารถในการใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ จัดการกับความขัดแย้ง ประสานความขัดแย้งและจัดทำข้อตกลงการทำงานร่วมกันเพื่อลดข้อแย้งระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อผลลัพธ์เชิงบวกต่อทุกฝ่าย	“บางครั้งพี่ต้องทำหน้าที่ในการไกล่เกลี่ยการทะเลาะกันระหว่าง CG โดยใช้ลักษณะการไกล่เกลี่ยที่เป็นกลางรับฟังทั้งสองฝ่ายเลยทำให้แก้ปัญหาได้ เพราะสมัยก่อนคนของเทศบาลทำหน้าที่แบ่งผู้ป่วยให้กับ CG แต่พอมีปัญหาพี่เลยเข้ามาช่วยในการแก้ไขปัญหาตรงนี้” (IDC_002) “พอมีปัญหา เราโทรหา... เขาก็จะแนะนำตลอด หลังๆมาพี่ก็พอเข้าใจ เพราะเขาบอกว่าถ้าคนติดเตียงจริง ๆ เขาจะลุกไป

องค์ประกอบ Theme	ความหมายย่อย Subtheme	ข้อความสนับสนุน Quotation
	3.5 การสร้างความสัมพันธ์ที่มีการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน (Developing Supportive Peer Relations Through Supervision) หมายถึง ให้คำแนะนำ ส่งต่อข้อมูลการดูแล พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลและแสวงหาข้อเสนอแนะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ไหนไม่ได้เลย ตอนแรกก็คิดว่าติดเตียงนี่ยังลุกขึ้นนั่งได้ ตั้งแต่นั้นมาก็รู้ว่านั่นไม่ใช่ติดเตียงนั่นเขาเรียกติดบ้าน ติดเตียงก็คืออาจจะนอนติดเตียงลืมตาได้ ป้า.....นี่คือติดบ้านเพราะแกลุกได้อยู่ เวลาที่เราพยุงเขาไปไหนมาไหนได้อยู่ นั่นคือ ติดบ้าน” (FG3)
	3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชนและประชาชน (Relationship with Local Organization, Community, and Population) หมายถึง ถ่ายทอดระเบียบและข้อบังคับการปฏิบัติและสนับสนุนระบบการทำงานที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น ชุมชนและประชาชน	“บางพื้นที่เขาเป็นระบบทีม ทุกส่วนเขาทำงาน ทั้ง อบท. ศูนย์เด็กเล็ก วัด โรงเรียน ทุกที่เขาแบบคนหนึ่งทำงานคนอื่นเขาก็มาช่วย เป็นระบบที่เอื้อกัน ทีมชาวบ้าน ชุมชน ก็เอื้อกัน มีประชุม อสม. ไม่เคยจะขาดแม้แต่สักคน สักหมู่ ถ้าพูดง่ายๆ คือเขาไปในทิศทางเดียวกัน มีวิสัยทัศน์เดียวกัน มันก็ไปด้วยกัน และทีมงานเครือข่ายไม่ว่าพ่อหลวงกลุ่มผู้สูงอายุอะไรต่างๆ เขาก็จะไปด้วยกัน และก็จะมีผู้เกษียรเข้ามาในเรื่องของสูงอายุมีบทบาทในโรงเรียนผู้สูงอายุเขามาช่วยกัน” (FG)
4. การพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ (Quality Improvement for Caring the Older Person) หมายถึง การใช้ทักษะการวิเคราะห์และความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ	4.1 ทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical Skill) หมายถึง ความสามารถในการแยก แตกประเด็น เรียงลำดับปัญหาในการดูแล ระบุขั้นตอนในการดูแล สามารถเชื่อมโยง อธิบายและสะท้อนทางเลือกต่างๆในพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ ความคิดสร้างสรรค์ด้านการพัฒนาเพื่อการดูแล (Creativity) หมายถึง การริเริ่มสร้างสรรค์ นำเสนอ	“ต้องวิเคราะห์บทบาทและภาระกิจขององค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพราะว่าเป็นคอนเซปง่ายๆคือ รู้เขา รู้เรา คือรู้ว่าเราต้องทำอะไรและต้องรู้ว่าเขาต้องทำอะไร อย่างเช่น อปท. เอาทำอะไรอย่างนี้ก็จะได้ไปร่วมมือเพื่อที่จะทำงานร่วมกัน ประสานความร่วมมือกันเราต้องวิเคราะห์ ไม่ใช่ก้มหน้าก้มตาทำแต่บทบาทตนเองเพียงอย่างเดียว เพราะว่าจะต้องดึงเอา Resource กับหน่วยงานในพื้นที่เอามาสนับสนุนการดูแลด้วย” (IDA_005)

องค์ประกอบ Theme	ความหมายย่อย Subtheme	ข้อความสนับสนุน Quotation
	4.2 แนวคิดใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้สูงอายุ	“อย่างที่เคยลงพื้นที่ไปเห็น เช่นที่พยาบาลร่วมมือกับแพทย์แผนไทยที่ รพ.สต.เขาจะไปเอาไม้ค้ำยันที่ไม่ได้ใช้แล้วก็มาตัดเป็นเครื่องมือออกกำลังกายหัวเข่าโดยติดลูกกลิ้ง ซึ่งได้รับรางวัลนวัตกรรมในชุมชนในระดับจังหวัด เขาเห็นคนไข้เข่าติดเยอะ ส่งสารลุกจากเตียงไม่ได้ เขาก็คิดนวัตกรรมขึ้นมา” (IDA_003)
5. การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ (Resilience) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ และการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยใช้หลักเหตุและผล	5.1 เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล (Understand Thing Happen with a Reason) หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาการทำงานและแสดงความรู้สึกและท่าทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์	“CM มันเป็นแค่ตัวชื่อเพิ่มขึ้นมาก็แค่นั้นเอง เราทำในนามของเราที่เป็นคุณหมออนามัยนั่นแหละ ทีมหมอครอบครัวนั่นแหละ ตรงนี้มันก็คือหน้าที่หลักเราอยู่แล้ว การดูแลคน ครอบครัว ชุมชน ในทุกมิติ พี่มองว่ามันคือหน้าที่ เพียงแต่ว่าคำว่า CM ก็คือมันมากับคำว่า CG กองทุน long term care แค่นั้นเอง มันเหมือนว่าไปเพื่อเพิ่มกระบวนการการใช้เงินมาดูแลผู้ป่วยในพื้นที่เฉพาะกลุ่ม long term care ตรงนี้ ถามว่าถ้ามันไม่มีเหล่านี้ บทบาทหลักของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เราทำกันอยู่แล้ว ทำอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าเราเอาวิชาความรู้เรื่องของ CM มาช่วยในการจัดการได้ดีขึ้น คลอบคลุมมากขึ้น” (IDC_002)
	5.2 ความสามารถในการปรับตัวกับเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ (Adaptability) หมายถึง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนแนวคิดที่ใช้ในการทำงานกับทีมงานหรือผู้รับบริการได้ จัดการตนเองเมื่อต้องอยู่ภายใต้สภาวะกดดันและออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเองจากการทำงานได้	“ช่วงแรก คือ เรายังจับอะไรไม่ได้ แต่พอมีสติถามว่าเราทำอันนี้ตอบโจทย์ตัวชี้วัดเราไหม เรามีตัวชี้วัด KPI ขึ้นมาอยู่ 1 2 3 3 ตัวนี้ คือ 1. ก็คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่เนี้ยได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ 90 ซึ่งเราทำอยู่แล้วของโรงเรียนผู้สูงอายุ 2. ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 90 ซึ่งเหมือนกัน อันนี้เรามาลงระบบเราก็ได้ผลงานด้วย และอันที่ 3. ก็คือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ADL ดีขึ้น ร้อยละ 30 ขึ้นไป อย่างเช่นติดเตียงกลายมาเป็นติดบ้านก็ดีขึ้น ก็เป็นตัวชี้วัดของ

องค์ประกอบ Theme	ความหมายย่อย Subtheme	ข้อความสนับสนุน Quotation
		เราตอบโจทย์นะ เราไปเยี่ยมเราไม่ได้ไปปล่อยเวลาผ่าน เราไปเสร็จแล้วไปช่วยเขาด้วย เราเก็บข้อมูลมาบันทึกของเราด้วย เราได้ win win ทุกอย่างทุกด้าน win กับคนไข้ด้วย win เราด้วย มันก็เลยทำให้เรารู้สึกสบายใจในการทำงานมากขึ้น บางทีก็มีนอกเวลาโทรมาคุยแล้วไม่ได้รู้สึกว่ามันเป็นภาระอีกแล้ว ถึงแม้เราจะอยู่นอกพื้นที่" (FG2)
	5.3 การรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Coping) หมายถึงพัฒนาความรู้และทักษะการทำงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ สร้างแรงจูงในการทำงาน และปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับและไว้ใจ	"มันหยุดไม่ได้พี่ พวกนี้เดี๋ยวนี้มันต้องแบบ คือมันมีเทรนใหม่มาตลอดเนาะ เราต้องแบบพัฒนาตัวเองอยู่ตลอด care Manager ต้องไม่หยุดที่แบบอบรม 420 ชั่วโมงมาแล้ว เป็น care Manager คือหยุด ไม่ใช่ ต้องหาอีกว่า อย่างบางทีเนี่ย การไปอบรมประเมิน AMT นี้เราได้อยู่ละ ตัว MMSE เนี่ยบางทีการตัดคะแนนอ่ะ เขาไม่ได้สอนลึกขนาดนั้นว่า อันนี้ไม่ได้เรียนหนังสือนะต้องมา เรียนหนังสือจบ ป.4 นะ ต้องมาตัดคะแนนเท่านี้ หรือว่าเรียนจบชั้นมากกว่า ป.4 เอาคะแนนเท่านี้ ไม่ได้ลึกขนาดนั้น พวกนี้เราก็ต้องหาเองเพิ่ม" (FG1)
	5.4 การรู้จักอารมณ์และควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Recognition and Regulation of Own Emotion) หมายถึงการจัดการและยึดมั่นในค่านิยมส่วนตัว การใช้จุดแข็งให้เกิดประโยชน์ที่ดีในการทำงาน	"มันเป็นความรู้สึกของคนที่ทำงานไปแล้ว สิ่งที่เราได้กลับก็คือความสุข เหมือนที่เราเจอคนไข้ที่ไม่มีจะกิน เราได้ให้เขา เรายิ่งมีความสุข และด้วยความที่เราอายุเยอะด้วย เราอยู่มานานรู้จักคนในชุมชน คนในชุมชนส่วนใหญ่ก็จะเป็นรุ่นน้อง รุ่นพี่ รุ่นอะไรอะไรอย่างเงี้ย มันก็คือเหมือนเป็นญาติเป็นอะไรกันอยู่ด้วย ก็เป็นญาติกัน" (FG1)

ภาคผนวก ค รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ Face Validity

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน
1	รศ ดร ยุวดี รอดจากภัย	คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์	สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา
3	รศ.ดร.สังวรณ์ งัดกระโทก	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา ม.สุโขทัยธรรมาธิราช
4	รศ.ดร. นารีรัตน์ จิตรมนตรี	ข้าราชการบำนาญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5	นางบุศรินทร์ เกิดมณี	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ
6	คุณอุไรวรรณ ชัยมินทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
7	นางสุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ Content Validity

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน
1	รศ. ดร.เดชา ทำดี	อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2	ผศ.ดร.ดาว เวียงคำ	อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ ม. พะเยา
3	รศ.ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน	อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4	ผศ.ดร.ปะราลี โอภาสนันท์	คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
5	นางรัชนี บุญเรืองศรี	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
6	นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ. เชียงใหม่
7	นางมนัสชกรณ์ พิชัยจุมพล	รักษาการ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ. พะเยา

ภาคผนวก ง แบบสอบถามระยะที่ 2

แบบสอบถาม

การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 6 หน้า จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อมาใช้ในการพัฒนาเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพสำหรับการประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอต่อไป

ข้อมูลนี้จะถือเป็นความลับโดยจะนำเสนอในภาพรวมและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใด ๆ แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม ฉะนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากทุกท่านตอบแบบสอบถามชุดนี้ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงที่สามารถตอบได้ โดยให้เว้นช่องที่ระบุไว้ว่า “สำหรับผู้ศึกษา”ในแต่ละข้อคำถาม

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 สมรรถนะการดูแลระยะยาวของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

2.1 ด้านการบริหารงาน	จำนวน 7 ข้อ
2.2 ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน 10 ข้อ
2.3 ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	จำนวน 8 ข้อ
2.4 ด้านการการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ	จำนวน 7 ข้อ

ระดับการแสดงสมรรถนะของข้อคำถามในส่วนที่ 2 ของแบบประเมิน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยให้ค่า คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 ตามลำดับดังนี้ 1 (Novice) = มีประสบการณ์และทักษะน้อย 2 (Advance beginner) = มีประสบการณ์และทักษะ 3 (Competent) = มีความชำนาญ 4 (Proficient) = มีความชำนาญสูง 5 (Expert) = มีความเชี่ยวชาญ

ผู้ศึกษา ขอขอบคุณทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

นางสุเนตรา สมกำลัง
นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แบบสอบถาม

การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว

ในระบบสุขภาพอำเภอ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูล หรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคล	สำหรับผู้ศึกษา
1. เพศ ❒ 1. ชาย ❒ 2. หญิง	
2. อายุปัจจุบัน.....ปี (เต็ม)	
3. ตำแหน่งงาน.....	
4. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน	
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้จัดการการดูแลระยะยาว.....ปี.....เดือน	
6. ระดับการศึกษา ❒ 1. ปริญญาตรี หลักสูตร..... สาขา ..... ❒ 2. ปริญญาโท หลักสูตร..... สาขา ..... ❒ 3. ปริญญาเอก หลักสูตร..... สาขา	

ส่วนที่ 2 สมรรถนะการดูแลระยะยาวของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

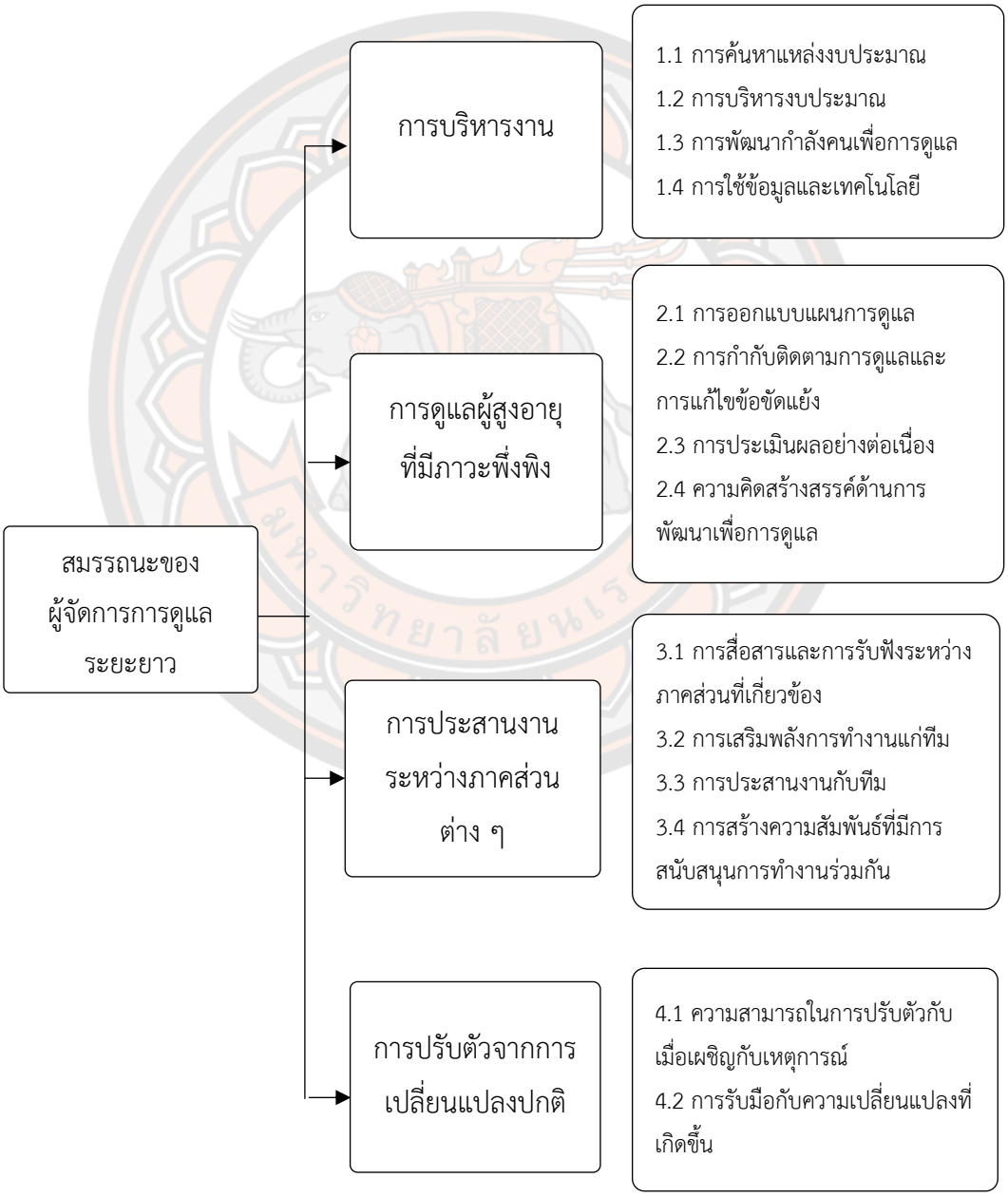
ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ					สำหรับผู้ศึกษา
	5 มีความเชี่ยวชาญ	4 มีความชำนาญสูง	3 มีความชำนาญ	2 มีประสบการณ์และทักษะ	1 มีประสบการณ์และทักษะน้อย	
ด้านการบริหารงาน						
1. ค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากภาครัฐบาล เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่						
2. สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่						
3. จัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่						
4. ประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย						
5. วางแผนการใช้งบประมาณเพื่อการดูแล						
6. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
7. เลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
8. นำเทคโนโลยี เช่น วิธีการดูแลแบบใหม่ การใช้ไลน์กลุ่มหรือผ่านระบบออนไลน์ในการสื่อสาร มาใช้ในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
1. อธิบายลักษณะการดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้						
2. สามารถใช้เครื่องมือประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความต้องการได้ เช่น แบบประเมินการทำกิจวัตประจำวัน แบบประเมินการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินความจำ เป็นต้น						

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ					สำหรับผู้ศึกษา
	5 มีความเชี่ยวชาญ	4 มีความชำนาญสูง	3 มีความชำนาญ	2 มีประสบการณ์และทักษะ	1 มีประสบการณ์และทักษะน้อย	
3. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย						
4. เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลของปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลลงในแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้						
5. ปรับปรุงแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย						
6. จัดทำข้อตกลงด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับผู้สูงอายุและครอบครัว						
7. ให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุ						
8. กำกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่วางไว้						
9. นำเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง						
10. คิดค้นนวัตกรรมใหม่ ในการดูแลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทดแทนวิธีการที่ใช้อยู่เดิมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ						
ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ						
1. ถ่ายทอดข้อมูลผู้สูงอายุและแผนการดูแลได้อย่างชัดเจนให้แก่ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนของกลุ่มประชาชนในชุมชน อสม. ภาคสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในหน่วยบริการสาธารณสุขของเทศบาลได้						
2. รับฟังข้อมูลผู้สูงอายุจากทุกภาคส่วน เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม.บุคลากรสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นต้น						
3. สื่อสารด้วยข้อความเชิงบวก เพื่อรักษาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วน เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรสุขภาพในการทำงานร่วมกัน						

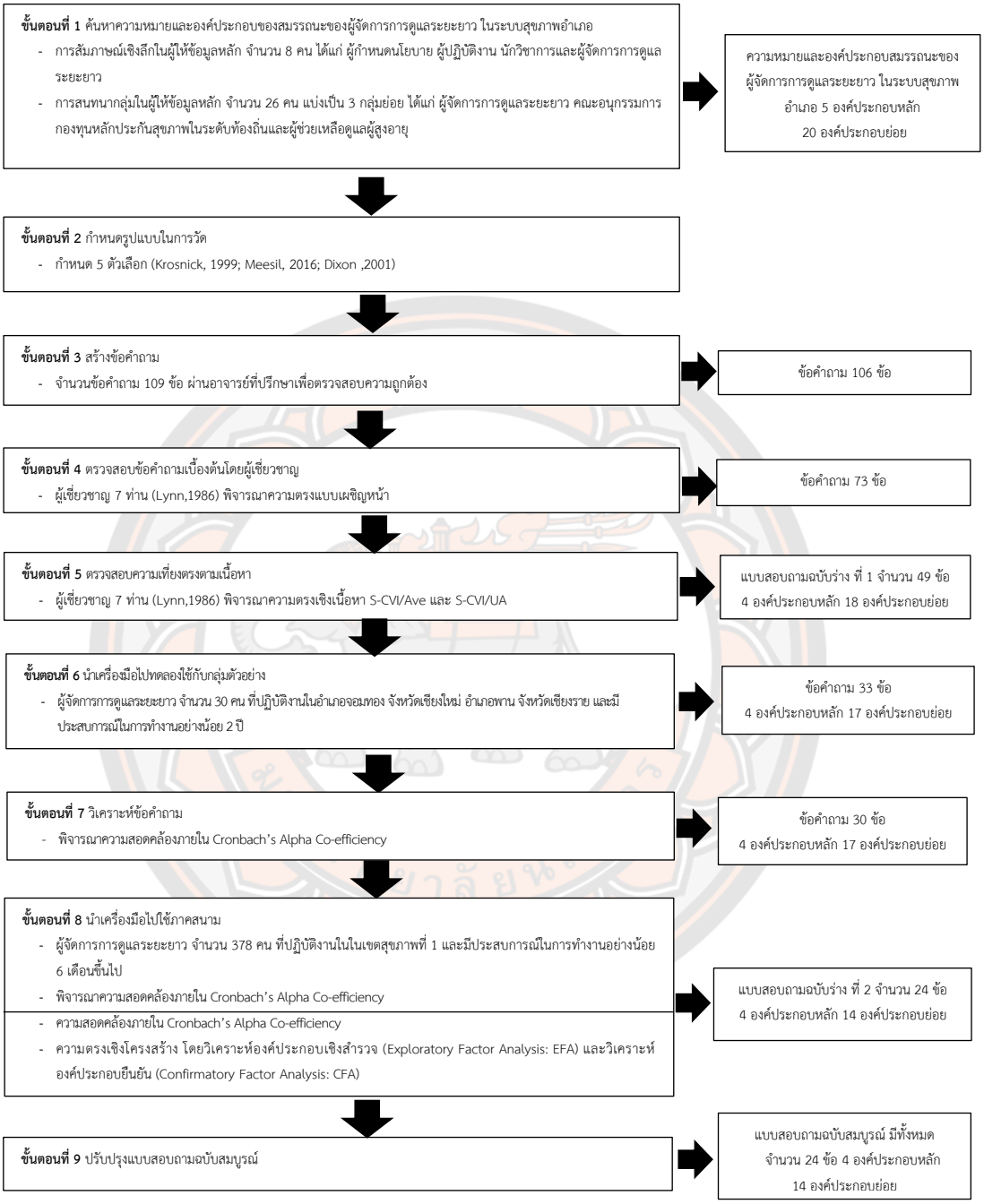
ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ					สำหรับผู้ศึกษา
	5 มีความเชี่ยวชาญ	4 มีความชำนาญสูง	3 มีความชำนาญ	2 มีประสบการณ์และทักษะ	1 มีประสบการณ์และทักษะน้อย	
4. ลงปฏิบัติการดูแลร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาลและและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีความต้องการการดูแล						
5. เสริมพลังการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ						
6. ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุ						
7. จัดการกับความขัดแย้งด้วยการหาข้อตกลงในการทำงานร่วมกัน ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และหรือนักบริบาลการดูแลผู้สูงอายุเพื่อผลลัพธ์เชิงบวกต่อทุกฝ่าย						
8. พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลร่วมกับทีมผู้จัดการการดูแลระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอและภาคีเครือข่ายผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ						
ด้านการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ						
1. แสดงความรู้สึกและท่าทางที่เหมาะสมเมื่อไม่เห็นด้วยหรือไม่พึงพอใจในบางเหตุการณ์						
2. แลกเปลี่ยนแนวคิดที่ใช้ในการทำงานกับทีมงานหรือผู้รับบริการได้						
3. ออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเอง จากการทำงานได้						
4. พัฒนาตนเองโดยค้นหาความรู้เพิ่มเติมด้านผู้สูงอายุและไปอบรมพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ						
5. สร้างกระบวนการปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับและไว้ใจ						
6. สร้างแรงจูงใจที่ดีให้กับตนเองในการทำงาน 7. สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำงานได้						

ภาคผนวก จ สรุปองค์ประกอบย่อยหลังผ่านการตรวจสอบองค์ประกอบเชิงยืนยัน ฉบับจริง

องค์ประกอบย่อยสมรรถนะการดูแลระยะยาว
ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ
ภายหลังผ่านการตรวจสอบองค์ประกอบเชิงยืนยัน ฉบับจริง



ภาคผนวก ฉ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ภาคผนวก ช แบบประเมินสมรรถนะสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ ฉบับสมบูรณ์

ตัวอย่าง แบบสอบถาม
เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับการประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

2. แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 หน้า ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 2 สมรรถนะการดูแลระยะยาวของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ แบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 24 ข้อ

3. ระดับการแสดงสมรรถนะของข้อคำถามในส่วนที่ 2 ของแบบประเมิน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 ดังนี้ 1 (Novice) = มีประสบการณ์และทักษะน้อย 2 (Advance beginner) = มีประสบการณ์และทักษะ 3 (Competent) = มีความชำนาญ 4 (Proficient) = มีความชำนาญสูง 5 (Expert) = มีความเชี่ยวชาญ

4. ขอให้ท่านกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง โดยเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ตัวอย่าง แบบสอบถาม
เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลระยะยาว
ในระบบสุขภาพอำเภอ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ขอให้ท่านกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง โดยเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. เพศ
   ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุปัจจุบัน.....ปี (เต็ม)
3. ตำแหน่งงาน.....
4. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้จัดการการดูแลระยะยาว.....ปี.....เดือน
6. ระดับการศึกษา
   ☐ 6.1 ปริญญาตรี หลักสูตร..... สาขา .....
   ☐ 6.2 ปริญญาโท หลักสูตร..... สาขา .....
   ☐ 6.3 ปริญญาเอก หลักสูตร..... สาขา .....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลระยะยาว ในระบบสุขภาพอำเภอ

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ				
	มีความเชี่ยวชาญ	มีความชำนาญสูง	มีความชำนาญ	มีประสบการณ์และทักษะ	มีประสบการณ์และทักษะน้อย
ด้านการบริหารงาน					
1. ค้นหาแหล่งงบประมาณและสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากภาครัฐบาล เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่					
2. สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่					
3. จัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งงบประมาณ และสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาครัฐบาล เอกชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่					
4. ประเมินความจำเป็นในการใช้งบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย					
5. วางแผนการใช้งบประมาณเพื่อการดูแล					
6. ส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
7. เลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
8. นำเทคโนโลยี เช่น วิธีการดูแลแบบใหม่ การใช้ไลน์กลุ่มหรือผ่านระบบออนไลน์ในการสื่อสาร มาใช้ในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
9. เชื่อมโยงเหตุและผลของปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลลงในแผนการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายได้					
10. ให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลและนักบริบาลการดูแล					

ข้อความ	ระดับของสมรรถนะ				
	มีความเชี่ยวชาญ	มีความชำนาญสูง	มีความชำนาญ	มีประสบการณ์และทักษะ	มีประสบการณ์และทักษะน้อย
ผู้สูงอายุ					
11. กำกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่วางไว้					
12. แก้ไขขัดแย้งด้วยการหาข้อตกลงในการทำงานร่วมกัน					
13. นำเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง					
14. คิดค้นนวัตกรรมใหม่ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย					
ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ					
15. สื่อสารด้วยข้อความเชิงบวก เพื่อรักษาความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วน					
16. ลงปฏิบัติการดูแลร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาลและและทีมสหวิชาชีพ					
17. เสริมพลังการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นในการดูแล					
18. ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ภาคประชาชนและทีมท้องถิ่นเพื่อแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ					
19. พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลร่วมกับทีมผู้จัดการการดูแลระยะยาวในอำเภอและภาคีเครือข่ายผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ					
ด้านการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงปกติ					
20. ออกแบบวิธีการผ่อนคลายตนเองจากการทำงานได้					
21. อพัฒนาตนเองโดยค้นหาความรู้เพิ่มเติม และไปอบรมพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ					
22. สร้างกระบวนการปฏิบัติงานจนได้รับการยอมรับ และไว้ใจ					
23. สร้างแรงจูงใจที่ดีให้กับตนเองในการทำงาน					
24. สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำงานได้					