ด่วนที่สุด

ที่ กบ ๐๐๒๓.๖/ว ๑๓๒

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดกระบี่ ศาลากลางจังหวัดกระบี่
๙/๑๐ ถนนอุตรกิจ กบ ๘๑๐๐๐

๒ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง โครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ กิจกรรมที่ ๒ การจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองกระบี่ และท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

อ้างถึง หนังสือจังหวัดกระบี่ ด่วนที่สุด ที่ กบ ๐๐๒๓.๖/ว ๔๑๔๘ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อผู้เข้าอบรมฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบฝึกปฏิบัติงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง จังหวัดกระบี่ได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายอาสาสมัครบริบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง ๗๐ ชั่วโมง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ แห่งละ ๒ คน เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ในระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ (ภาคทฤษฎี) ณ โรงแรมบุญสยาม อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ และวันที่ ๒ - ๔ กันยายน ๒๕๖๗ (ภาคปฏิบัติ) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินโครงการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามวัตถุประสงค์ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวบรวมแบบฝึกปฏิบัติงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจากผู้เข้ารับการอบรมฯ ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ทราบโดยเอกสาร ภายในวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๗ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป สำหรับอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ทราบและดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายสาโรจน์ ไชยมาตร)
ท้องถิ่นจังหวัดกระบี่

แบบฝึกปฏิบัติงาน อสบ.
กลุ่มงานบริการสาธารณะท้องถิ่นและประสานงานท้องถิ่นอำเภอ
โทร. ๐-๗๕๖๑-๑๘๙๙

รายชื่อผู้เข้าอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดกระบี่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง
ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมเจ้าฟ้า โรงแรมบุญสยาม อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

ลำดับที่	อปท.	ชื่อ - สกุล	หมายเลขโทรศัพท์
๑	ทม.กระบี่	นางศรีไพร ดัชฤยาวัตร	๐๖๕-๖๕๑๔๐๒๔
๒	ทต.กระบี่น้อย	นางรัชฎาภรณ์ ผลสด	๐๖๑-๓๔๑๖๔๖๐
๓		นางปานใจ ชูรักษ์	๐๘๑-๖๗๗๒๐๖๙
๔	อบต.เขาคราม	นางเพ็ญศรี ไฉนวงศ์	๐๙๓-๖๕๒๘๕๒๙
๕		นางละเอียด มาสรักษา	๐๙๓-๕๒๓๒๖๙๗
๖	อบต.เขาทอง	นางสาวอลิษา หยังกุล	๐๘๑-๔๙๔๒๖๓๘
๗		นางสาวปาริชาต แสงแจ่ม	๐๖๒-๖๑๙๔๘๖๐
๘	อบต.คลองประสงค์	นางปุณรวิภา บุตรน้อย	๐๙๒-๓๒๐๔๒๑๙
๙		นางสุดา อันบุตร	-
๑๐	อบต.ทับปริก	นางลัดดา เกิดสุข	๐๘๔-๔๔๑๐๘๒๕
๑๑		นางจิตรา นวลวิจิตร	๐๙๓-๗๖๔๗๔๙๘
๑๒		นางจรินทร์ คงผอม	๐๘๒-๘๐๑๕๘๖๒
๑๓	อบต.ทับปริก	นางนิภาพร เกิดสุข	
๑๔		นางอมรรัตน์ หนูเชื้อ	๐๖๔-๙๙๖๙๓๙๙
๑๕	อบต.ไสไทย	นางสาวพึงใจ กิ่งเล็ก	๐๙๓-๗๒๔๒๗๐๐
๑๖		นางกนกขวัญ กุลมาตย์	๐๘๒-๔๒๘๑๑๔๗
๑๗		นางศิริขวัญ กุลมาตย์	๐๙๕-๕๓๒๕๐๘๓
๑๘		นางวิลัยวรรณ์ หาหาญจน์	๐๘๙-๙๗๐๙๓๙๘
๑๙		นางตรีทิพย์ กิ่งเล็ก	๐๘๙-๕๙๓๗๕๔๕
๒๐		นางสาวสุภาณี สาระวารี	๐๙๗-๙๕๐๓๘๔๑
๒๑		นางเกษร สันขวา	๐๘๑-๐๘๑๐๔๐๔
๒๒		นางวารุณี เนื้อสมัน	๐๙๖-๒๗๙๔๐๗๕
๒๓		นางสาวเพ็ญพักตร์ วงศ์วรรณ	๐๖๔-๙๕๔๒๙๖๘
๒๔		นางมาลี อาจหาญ	๐๙๒-๓๒๕๖๓๑๓
๒๕		นางสีดา บ่อหนา	๐๘๒-๒๙๘๘๖๐๘
๒๖	อบต.หนองทะเล	นางจันทรา บุตรสำ	๐๖๔-๙๖๗๑๔๖๕
๒๗		นางสาวกุหลาบ สามัญบุตร	๐๘๐-๗๓๙๘๔๒๐
๒๘		นางจันทิรา นพรัตน์	๐๙๕-๔๑๗๑๘๑๙
๒๙		นางบัณจณา มงคลศรีพันเลิศ	๐๘๙-๕๙๐๖๗๓๘
๓๐	อบต.อ่าวนาง	นางสาวยินดี รักเรี่ยม	๐๖๒-๗๑๓๖๒๑๗
๓๑		นายมัวอำหมาด สายนุ้ย	๐๘๑-๐๙๐๙๘๕๑
๓๒	ทต.แหลมสัก	นางสาวแสงดาว บุตรแขก	๐๙๔-๐๙๔๔๕๑๓
๓๓		นางสาวกาญจนา นายาว	๐๖๔-๙๖๔๓๕๔๑
๓๔	ทต.อ่าวลึกใต้	นางสาวธนกาญจน์ วรโสภา	๐๙๔-๕๙๘๔๙๕๖
๓๕		นางสุธาทิพย์ บัวพันธุ์	๐๘๙-๙๐๘๒๐๕๖

รายชื่อผู้เข้าอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดกระบี่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง
ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมเจ้าฟ้า โรงแรมบุญสยาม อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

ลำดับที่	อปท.	ชื่อ - สกุล	หมายเลขโทรศัพท์
๓๖	อบต.เขาใหญ่	นางสาวสุภาพร นันทรักษ์	๐๘๙-๐๘๗๒๗๑๐
๓๗	อบต.เขาใหญ่	นางโสพิด จิตรแม่น	๐๖๓-๐๗๙๓๓๗๑
๓๘	อบต.คลองยา	นางสาวนภัคสรณ์ ช่วยคง	๐๘๐-๗๑๗๓๒๓๑
๓๙		นางสาวสุดารัตน์ เทพสุวรรณ	๐๘๐-๐๐๔๗๓๙๘
๔๐	อบต.คลองหิน	นางส้าหร้อ อาจผล	๐๖๒-๑๒๗๖๔๐๑
๔๑		นางเฉลา ถวายเชื้อ	๐๘๕-๖๕๕๓๓๔๕
๔๒	อบต.นาเหนือ	นางอุบล แสงนิล	๐๖๓-๐๗๙๐๒๒๓
๔๓		นางรัตนา ทิพรัตน์	๐๘๐-๗๕๑๗๓๐๔
๔๔	อบต.บ้านกลาง	นางดาริน หาสุด	๐๘๑-๑๘๗๔๐๕๙
๔๕		นางศิริธร บุตรดัน	๐๘๔-๘๔๗๐๑๓๘
๔๖	อบต.แหลมสัก	นางสาวสายรุ้ง เพ็ชรพวง	๐๖๓-๒๖๐๓๘๙๔
๔๗		นางสาวอารี แซ่เอี่ยว	๐๙๘-๗๓๑๖๙๔๗
๔๘	อบต.อ่าวลึกใต้	นางวิลัย ทองศรีเกตุ	๐๘๔-๐๔๘๙๑๑๖
๔๙		นางมุกข์ดา เกสร	๐๘๐-๖๙๒๗๙๓๒
๕๐	อบต.อ่าวลึกน้อย	นางกนกวรรณ วงศ์นา	-
๕๑		น.ส.ปนัดดา บุตรหลำ	-
๕๒	อบต.อ่าวลึกเหนือ	นางสาวจารุวรรณ ชุมพันธ์	๐๘๑-๐๘๕๙๖๔๗
๕๓		นางเครือวัลย์ จันทร์สุวรรณ	๐๙๘-๕๔๐๓๒๘๖
๕๔	ทต.ปลายพระยา	นางวรีพร จันทร์อุ่น	๐๘๑-๐๘๕๓๐๗๗
๕๕		นางกนกวรรณ ชูดอนตรอ	๐๙๓-๖๓๒๓๖๗๙
๕๖	อบต.เขาเขน	นางรัตนาภรณ์ วุฒิปรีชาสิทธิ์	๐๖๑-๓๓๗๕๕๒๙
๕๗		นางสงวนศรี คงทิพย์	๐๘๔-๘๓๙๒๐๓๖
๕๘	อบต.เขาต่อ	นางนิตยา แสวงการ	๐๙๓-๖๒๙๘๖๙๔
๕๙	อบต.เขาต่อ	นางสาวศิริภา พ่วงทอง	๐๖๕-๓๙๖๖๔๙๙
๖๐	อบต.คีรีวง	นางสาวจริยา เพ็งจันทร์	๐๘๗-๒๗๒๓๐๒๕
๖๑		นางอัญชลี อ่อนเกตุพล	๐๘๒-๒๔๐๒๔๒๑
๖๒	อบต.เขาดิน	นางปรีดา ศรีวิเชียร	๐๘๘-๖๓๙๐๑๙๓
๖๓	อบต.เขาพนม	นางเยาวรัตน์ มากน้อย	๐๖๒-๒๑๙๗๘๒๕
๖๔		นางจิรภา คงสุข	๐๘๕-๔๗๗๘๙๖๑
๖๕	อบต.โคกหาร	นางวรรทนา ชนะกุล	๐๘๗-๘๙๓๓๖๘๐
๖๖		นางลำยอง อาญา	๐๙๒-๘๒๗๕๓๐๒
๖๗	อบต.สินปุน	นางสาวสุพรรณี โกศล	๐๘๒-๘๕๔๑๒๙๙
๖๘		นางจิราภร บุญทอง	๐๙๓-๖๒๘๘๑๕๓
๖๙	ทต.เหนือคลอง	นางสาวสาวิตรี เกตุรักษ์	๐๘๑-๓๙๖๔๕๒๒
๗๐		นางสาวสุฑาทิพย์ เจียวก๊ก	๐๘๑-๗๒๘๖๒๙๔

รายชื่อผู้เข้าอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดกระบี่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง
ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมเจ้าฟ้า โรงแรมบุญสยาม อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

ลำดับที่	อปท.	ชื่อ - สกุล	หมายเลขโทรศัพท์
๗๑	อบต.คลองขนาน	นายสมปอง หลานสัน	๐๙๖-๗๖๗๕๕๗๘
๗๒		นางสุวรรณี คลองรั้ว	๐๖๑-๑๘๐๕๕๙๒
๗๓	อบต.คลองเขม้า	นางสุภาพร พ่อค้า	๐๙๒-๙๕๙๐๒๖๕
๗๔		นางสมจิตร ผิวดี	๐๘๗-๘๘๘๐๖๕๗
๗๕	อบต.โคกยาง	นางสาวนิภาพร แก้วสีสด	๐๙๘-๓๑๓๖๑๕๒
๗๖		นางอรวรรณ ทองทิพย์	๐๙๕-๒๕๗๙๔๙๓
๗๗	อบต.ปกาสัย	นางโสนิตยา ผลบุญ	๐๘๗-๐๔๒๘๗๗๕
๗๘		นางบุปผา ข้อตั้น	๐๘๔-๔๔๗๒๖๓๕
๗๙	อบต.ห้วยยูง	นางสาวจารุณี ก่อแก้ว	๐๙๘-๙๔๓๑๓๑๙
๘๐		นางสาวกชพร ณ สวาสดิ์	๐๖๒-๓๑๔๙๓๗๖
๘๑	อบตเหนือคลอง	นางจันทิรา แส้กาเดีย	๐๙๒-๖๐๘๑๙๔๔
๘๒	ทต.ลำทับ	นางวรรดี แก้วหนู	๐๘๕-๗๙๓๕๘๖๖
๘๓		นางยุภา ณ วิเศษ	๐๖๑-๕๔๗๗๓๖๕
๘๔		นางวรวลัญช์ แสนสุข	๐๙๘-๗๒๓๘๑๔๕
๘๕	อบต.ดินแดง	นางสุภาพร หนูคง	๐๙๖-๒๕๘๒๑๔๕
๘๖		นางสาวขวัญตา ตรีชัย	๐๙๘-๐๗๑๐๐๒๕
๘๗	อบต.ดินอุดม	นางกรกนก สีเพ็ชร	๐๖๕-๖๕๙๐๘๒๖
๘๘		นางสาวจุฑาภรณ์ สองเมืองสุข	๐๖๕-๐๓๗๙๐๔๗
๘๙	อบต.ทุ่งไทรทอง	นางสาวอาทิตยา แก้วมั่น	๐๘๐-๘๙๑๕๐๖๑
๙๐		นางสารภี รักเครือ	๐๙๘-๗๒๐๕๙๖๕
๙๑	อบต.ลำทับ	นางสาวอุดมศรี หมุนเมฆ	๐๙๓-๗๕๒๓๒๙๗
๙๒		นางปรีดา สงชู	๐๘๔-๑๕๑๗๐๒๓
๙๓	ทต.คลองพนพัฒนา	นางสาวดวงฤดี ศักดาพลเดช	๐๘๒-๒๘๙๘๔๗๑
๙๔		นางธิดา ผลเงาะ	๐๘๐-๗๑๗๙๗๒๓
๙๕	ทต.คลองพน	นางพูนศรี โรจนรัตนาพงศ์	-
๙๖	ทต.ห้วยน้ำขาว	นางสาวสุภารัตน์ หลานน้อย	๐๘๗-๐๘๐๕๗๕๐
๙๗	ทต.ทรายขาว	นางสาววรรณกนก ญาติพิทักษ์	๐๘๐-๖๙๐๘๖๕๓
๙๘		น.ส.จุฑามาศ หมั่นมา	๐๖๑-๕๒๐๗๗๙๖
๙๙	ทต.คลองท่อมใต้	น.ส.จิดาภา ทรัพย์เกิด	๐๖๒-๑๒๘๖๕๔๙
๑๐๐		นางสายชล แสงต่าย	๐๙๓-๗๗๔๕๕๘๐
๑๐๑		นางปิญชาน์ มากผล	๐๙๓-๖๕๓๒๕๘๙
๑๐๒	อบต.คลองท่อมใต้	นายธนวัฒน์ บุตรเส็ม	๐๙๒-๘๕๗๕๘๗๐
๑๐๓		นางสาวสุธาภรณ์ เรืองชู	๐๘๙-๔๖๙๒๓๓๗

รายชื่อผู้เข้าอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดกระบี่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง
ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมเจ้าฟ้า โรงแรมบุญสยาม อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

ลำดับที่	อปท.	ชื่อ - สกุล	หมายเลขโทรศัพท์
๑๐๔	อบต.คลองท่อมเหนือ	นางสาวสนธยา ฤทธิมาก	๐๘๖-๔๘๔๐๔๕๗
๑๐๕		นางสาวทิฆัมพร นับทอง	๐๙๒-๑๒๓๒๓๒๑
๑๐๖		นางลัดลาวัลย์ ดีเหลือ	๐๘๗-๓๘๗๔๒๗๓
๑๐๗		นางสาวประทุมทิพย์ เพ็ชรดำ	๐๘๘-๐๓๒๖๖๓๒
๑๐๘	อบต.พรุดินนา	นางสาวธัญพร ศรีนุ่นวิเชียร	๐๙๒-๘๒๗๒๓๙๖
๑๐๙		นางสาวศุภาวรรณ ชุ่มแก้ว	๐๙๘-๕๐๗๘๗๒๒
๑๑๐	อบต.เพหลา	นางยวง ถ่องแท้	๐๙๕-๒๗๒๒๑๔๔
๑๑๑		นางฉวีวรรณ ใจแก้ว	๐๘๘-๓๘๒๒๙๖๘
๑๑๒	ทต.ศาลาด่าน	นางสาวธัญกมล สามเมือง	๐๙๓-๗๕๙๓๒๐๐
๑๑๓		นางสาวสุดารัตน์ เส็นหลำ	๐๙๙-๗๘๓๒๗๙๓
๑๑๔	ทต.เกาะลันตาใหญ่	นางสาววาสนา พุทธสุข	๐๘๕-๕๒๙๓๕๔๘
๑๑๕	อบต.เกาะกลาง	นางสาวศิริวรรณ คงเมือง	๐๙๖-๑๑๕๘๙๑๖
๑๑๖	อบต.เกาะลันตาน้อย	นางสาวสุนิดา หมั่นเพียร	๐๘๒-๒๘๐๙๙๓๙
๑๑๗		นางวิชุดา สุขจันทร์	๐๘๙-๒๙๒๒๖๔๔
๑๑๘	อบต.คลองยาง	นางสาวสุมลทา หวังสพ	๐๖๑-๒๕๑๒๘๑๖
๑๑๙		นางสาวอัญชลี ไทรงาม	๐๙๓-๕๔๐๕๘๙๑

กรมอนามัย
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

คำชี้แจงการฝึกปฏิบัติภาคสนาม
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

****

เมื่อสิ้นสุดการอบรมภาคทฤษฎี ให้ผู้เข้ารับการอบรมปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงภายใต้การนิเทศของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในพื้นที่รับผิดชอบ

2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกปฏิบัติภาคสนาม ณ หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเอง เป็นระยะเวลา 3 วัน ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 16.30 น. (วันละ 7 ชั่วโมง 30 นาที) ไม่นับช่วงพักกลางวัน รวมเวลาฝึกปฏิบัติทั้งสิ้น 22 ชั่วโมง 30 นาที

ขอบเขตของการฝึกปฏิบัติ (20 คะแนน) มีดังนี้

1. ประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง **จำนวน 1 ราย (5 คะแนน)**

2. ประเมินสิ่งแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ **จำนวน 1 ครัวเรือน (5 คะแนน)**

3. เก็บประสบการณ์ตามแบบฝึกประสบการณ์ภาคสนาม ดังรายละเอียดต่อไปนี้ **(5 คะแนน)**

3.1 ฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ดังนี้ (ปฏิบัติอย่างน้อย 4 รายการ กรณีไม่ครบ 4 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 4 คน)

- การจัดท่าและการพลิกตะแคงตัว
- การเคลื่อนย้ายบนเตียงหรือที่นอน
- การเคลื่อนย้ายจากเตียงหรือที่นอนไปรถเข็นนั่งหรือที่นั่ง
- การออกกำลังกายทั่วไป การฝึกนั่ง-ยืน-เดิน
- การออกกำลังกายผู้ป่วยข้อเสื่อม
- การฝึกการหายใจที่ถูกวิธี

3.2 ฝึกปฏิบัติการดูแลแผลและช่องทางเปิดเข้าสู่ร่างกาย ดังนี้ (ปฏิบัติอย่างน้อย 2 รายการ กรณีไม่ครบ 2 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 2 คน)

- การดูแลผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อป้องกันแผลกดทับ
- การดูแลแผลกดทับ
- การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะคอ (Tracheostomy tube)
- การดูแลผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ (Retained Foley's catheter)

3.3 การดูแลอาหารเฉพาะโรค (ปฏิบัติอย่างน้อย 2 รายการ กรณีไม่ครบ 2 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 2 คน)

- การดูแลสายให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูกหรือหน้าท้อง
- การให้อาหารทางสายยาง
- การให้คำแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต ฯลฯ

4. บันทึกสิ่งที่ผู้เข้าอบรมได้ปฏิบัติในแบบฟอร์มที่แนบมาด้วย โดยให้ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เซ็นรับรองการปฏิบัติ **(5 คะแนน)**

5. เมื่อดำเนินการเสร็จแล้ว ให้ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ณ หน่วยฝึกปฏิบัติงาน รวบรวมรายงานและส่งรายงานการฝึกปฏิบัติมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้)

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมรายชื่อผู้ผ่านการฝึกอบรม มายังศูนย์อนามัย

7. ศูนย์อนามัยตรวจสอบรายชื่อผู้ผ่านการอบรม และส่งมายังสำนักอนามัยผู้สูงอายุ

คำชี้แจงสำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในพื้นที่ที่นิเทศการฝึกปฏิบัติ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนิเทศดูแลและให้คำแนะนำ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (CC) ที่เข้าอบรมในหลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง ผู้เข้าอบรมฯ ผ่านการอบรมภาคทฤษฎีจำนวน 28 ชั่วโมงแล้ว และต้องฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมอีก 22 ชั่วโมง เพื่อให้ครบตามหลักสูตร ดังนั้น ขอให้ CM ได้มอบหมายให้ CC ได้ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และกรุณาเซ็นชื่อกำกับกิจกรรมที่ CC ได้ปฏิบัติจริง ในแบบฟอร์มการฝึกปฏิบัติที่แนบมาด้วย ทั้งนี้ ท่านอาจสอบถามความรู้ นิเทศทักษะการปฏิบัติ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสม

หากมีข้อสงสัยในการขั้นตอนการฝึกปฏิบัติ สามารถติดต่อสอบถาม ศูนย์อนามัยเขตในพื้นที่ของท่าน

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติภาคสนาม
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

****

ชื่อ-สกุลผู้อบรม..... หน่วยงานต้นสังกัด.....

ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

บันทึกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ วันที่ 1

วันที่ .....เวลา .....น. ถึง.....น.

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง.....

ที่อยู่ .....อำเภอ.....จังหวัด .....

<u>กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ</u>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง .....

CM ผู้นิเทศการฝึกปฏิบัติ

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติภาคสนาม
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

****

ชื่อ-สกุลผู้อบรม..... หน่วยงานต้นสังกัด.....

ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

บันทึกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ วันที่ 1

วันที่ .....เวลา .....น. ถึง.....น.

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง.....

ที่อยู่ .....อำเภอ.....จังหวัด .....

<u>กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ</u>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง .....

CM ผู้นิเทศการฝึกปฏิบัติ

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติภาคสนาม
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

****

ชื่อ-สกุลผู้อบรม..... หน่วยงานต้นสังกัด.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

บันทึกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ วันที่ 1

วันที่ ..... เวลา ..... น. ถึง ..... น.

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง.....

ที่อยู่ ..... อำเภอ..... จังหวัด .....

<u>กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ</u>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง .....

CM ผู้นิเทศการฝึกปฏิบัติ

แบบประเมินการฝึกปฏิบัติภาคสนาม
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

****

ชื่อ-สกุลผู้อบรม..... หน่วยงานต้นสังกัด.....

ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับลักษณะบ้านที่ประเมิน

การประเมินผล: หากตอบ "ไม่ใช่" ในข้อใด แสดงว่ามีความเสี่ยงสำหรับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในด้านนั้น ควรแนะนำให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีความเหมาะสม

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ .....**อายุ** .....

ที่อยู่ .....

ข้อ	บริเวณ	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1	พื้นบ้าน พื้นห้องน้ำ พื้นครัว และบริเวณรอบบ้าน แห้งและไม่ลื่น ไม่มีตะไคร่น้ำ			
2	ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน และจัดสิ่งของเป็นระเบียบ			
3	มีราวจับในบริเวณบ้าน เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน บันได ทางเดิน เฉลียง/ชานบ้าน บริเวณรอบบ้าน			
4	แสงสว่างในบ้านเพียงพอ มองเห็นได้ชัดเจน หรือสามารถอ่านหนังสือได้			
5	เตียงนอน/ฟูก มีความยาวพอดีกับสรีระของผู้สูงอายุ มีความสูงพอดี กับข้อพับเข่า/ไม่สูงเกินไป			
6	ส้วมที่บ้านเป็นส้วมนั่งราบหรือส้วมชักโครก			

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง .....

CM ผู้นิเทศการฝึกปฏิบัติ

แบบฝึกประสบการณ์การฝึกปฏิบัติภาคสนาม
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

****

ชื่อ-สกุลผู้อบรม..... หน่วยงานต้นสังกัด.....

ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

รายงานการฝึกปฏิบัติ

รายการที่ฝึกปฏิบัติ	วันที่ปฏิบัติ	ชื่อผู้สูงอายุ/ผู้พึ่งพิง
1. การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (ปฏิบัติอย่างน้อย 4 รายการ กรณีไม่ครบ 4 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 4 คน)		
1.1) การจัดท่าและการพลิกตะแคงตัว		
1.2) การเคลื่อนย้ายบนเตียงหรือที่นอน		
1.3) การเคลื่อนย้ายจากเตียงหรือที่นอนไปรถเข็นนั่งหรือที่นั่ง		
1.4) การออกกำลังกายทั่วไป การฝึกนั่ง-ยืน-เดิน		
1.5) การออกกำลังกายผู้ป่วยข้อเสื่อม		
1.6) การฝึกการหายใจที่ถูกวิธี		
2. การดูแลแผลและช่องทางเปิดเข้าสู่ร่างกาย (ปฏิบัติอย่างน้อย 2 รายการ กรณีไม่ครบ 2 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 2 คน)		
2.1) การดูแลผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อป้องกันแผลกดทับ		
2.2) การดูแลแผลกดทับ		
2.3) การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะคอ		
2.4) การดูแลผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้		
3. การดูแลอาหารเฉพาะโรค (ปฏิบัติอย่างน้อย 2 รายการ กรณีไม่ครบ 2 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 2 คน)		
3.1) การดูแลสายให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูกหรือหน้าท้อง		
3.2) การให้อาหารทางสายยาง		
3.3) การให้คำแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต ฯลฯ		
4. ประสบการณ์อื่นที่ได้ปฏิบัติ (โปรดระบุ)		

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง .....

CM ผู้นิเทศการฝึกปฏิบัติ

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเมินครั้งที่.....**วันเดือนปีที่ประเมิน**.....

คำชี้แจง : Care Manager และ/หรือทีมสหวิชาชีพกับผู้เกี่ยวข้อง ประเมินและบันทึกผลตามข้อมูลที่แท้จริงในช่อง ☐ หรือระบุข้อความใน..... โดยหากไม่มีหัวข้อที่จำเป็นต้องให้บริการให้เว้นคำตอบไว้ โดยพิจารณาความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยการประเมิน สังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบสภาพแวดล้อมที่บ้าน

ส่วนที่ 1 การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุ (นาย/นาง/นางสาว).....**อายุ**.....ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด.....**เลขบัตรประชาชน**.....

บ้านเลขที่.....**หมู่ที่**.....**ตำบล**.....**อำเภอ**.....**จังหวัด**.....

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ตอบแบบประเมิน	☐ ผู้สูงอายุ	☐ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	☐ ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล
1.2 ผู้สูงอายุ	☐ มีผู้ดูแล	☐ ไม่มีผู้ดูแล (ข้ามไปข้อ 1.4 กรณีไม่มีผู้ดูแล)	
1.3 ระยะเวลาที่มีผู้ดูแล	.....ปี.....เดือน.....วัน		
1.4 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ	☐ ประถมศึกษาปีที่.....	☐ มัธยมศึกษาปีที่.....หรือ ปวช.	
	☐ อนุปริญญาหรือ ปวส.	☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	☐ อื่นๆ.....
1.5 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล	☐ ประถมศึกษาปีที่.....	☐ มัธยมศึกษาปีที่.....หรือ ปวช.	
	☐ อนุปริญญาหรือ ปวส.	☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	☐ อื่นๆ.....
1.6 ผู้สูงอายุ	☐ ไม่มีรายได้	☐ มีรายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน	
1.7 ผู้ดูแล	☐ ไม่มีรายได้	☐ มีรายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน	

2. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมที่ 1 : รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า

☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

กิจกรรมที่ 2 : ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในขั้นตอนต่างๆ

☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถทำเองได้ (รวมทั้ง กรณีที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้เอง ถ้าผู้ช่วยเหลือเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้แล้ว)

กิจกรรมที่ 3 : การลุกขึ้นนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น

☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้

☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

☐ 3 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถลุกขึ้นนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ได้ด้วยตนเอง

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 1)

กิจกรรมที่ 4 : การใช้ห้องน้ำ

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในการใช้ห้องน้ำไม่ได้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุใช้ห้องน้ำเองได้บ้าง (อย่างน้อย คือ การทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถใช้ห้องน้ำเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอด - ใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

กิจกรรมที่ 5 : การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถใช้รถเข็นช่วยเหลือตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถเดิน หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐ 3 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

กิจกรรมที่ 6 : การสวมใส่เสื้อผ้า

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องมีคนสวมใส่เสื้อผ้าให้ ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

กิจกรรมที่ 7 : การขึ้นลงบันได 1 ขั้น

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้เลย
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการคนช่วยในการขึ้นลงบันได
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถขึ้นลงบันไดได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

กิจกรรมที่ 8 : การอาบน้ำ

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องมีคนช่วย หรืออาบน้ำให้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถอาบน้ำเองได้

กิจกรรมที่ 9 : การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นอุจจาระไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นอุจจาระไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถกลั้นอุจจาระได้เป็นปกติ

กิจกรรมที่ 10 : การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถกลั้นปัสสาวะได้เป็นปกติ

คะแนนรวมข้อ 2.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 2)

3. ด้านสุขภาพกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ

ด้านที่ 1 ความคิดความจำ

ให้ทำการทดสอบด้านความคิดความจำ (Mini-Cog) (ควรมีญาติ/ผู้ดูแลร่วมทดสอบด้วย)

1) Three Word Registration ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า "ให้ตั้งใจฟังดีๆ เดี๋ยวจะบอกคำ3 คำ เมื่อฟังจบแล้ว ให้พูดตามและจำไว้ เดี๋ยวจะกลับมาถามซ้ำ (ยังไม่คิดคะแนน) <หลานสาว สวรรค์ ภูเขา>

2) Clock Drawing (2 คะแนน) ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกา โดยใส่ตัวเลขและเข็มนาฬิกาที่เวลา 11.10 น.

☐ ทำได้ (2 คะแนน) ☐ ทำไม่ได้ (0 คะแนน)

3) Three Word Recall (3 คะแนน) ให้ผู้สูงอายุบอกคำ 3 คำที่ให้จำเมื่อสักครู่ว่ามีอะไรบ้าง

☐ จำไม่ได้/ตอบไม่ได้ (0 คะแนน) ☐ ตอบได้ 1 คำ (1 คะแนน)

☐ ตอบได้ 2 คำ (2 คะแนน) ☐ ตอบได้ครบทั้ง 3 คำ (3 คะแนน)

รวมคะแนน (เต็ม 5 คะแนน) ได้ 4 – 5 คะแนน : ปกติ

ได้ ≤ 3 คะแนน : มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย

1) TUGT: ให้ผู้สูงอายุเดินไปด้วยระยะทาง 3 เมตร แล้วเดินอ้อมกลับตัวเพื่อเดินกลับด้วยระยะทาง 3 เมตรความเร็วปกติ

☐ ใช้ระยะเวลา < 12 วินาที : ปกติ

☐ ใช้ระยะเวลา ≥ 12 วินาที : มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

2) คำถาม : ผู้สูงอายุมีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้งหรือไม่

☐ มีประวัติหกล้ม : มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

☐ ไม่มีประวัติหกล้ม : ปกติ

ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร

1) คำถาม : ผู้สูงอายุมีน้ำหนักของท่านลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก)

☐ มี : มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

☐ ไม่มี : ปกติ

2) คำถาม : ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารลดลงหรือไม่

☐ มี : มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

☐ ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 4 การมองเห็น

1) คำถาม : ผู้สูงอายุมีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับดวงตาของท่าน เช่น การมองระยะไกล การอ่านหนังสือ หรือไม่

☐ มี : มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาวะทางตา

☐ ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 5 การได้ยิน

1) Finger rub test : ผู้ทดสอบถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ หน้าหูของผู้สูงอายุเบาๆ (ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว) ทีละข้าง ทั้งซ้ายและขวา

☐ ได้ยินข้างเดียว หรือไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง : มีความเสี่ยงต่อปัญหาการได้ยิน

☐ ได้ยินทั้ง 2 ข้าง : ปกติ

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 3)

ด้านที่ 6 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1) คำถาม : ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมถึงวันนี้ ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เซ็ง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย
   - ☐ มี : เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า
   - ☐ ไม่มี : ปกติ

2) คำถาม : ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมถึงวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม
   - ☐ มี : เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า
   - ☐ ไม่มี : ปกติ

3) คำถาม : 1 เดือนที่ผ่านมารวมถึงวันนี้ ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่ยากมีชีวิตอยู่หรือไม่
   - ☐ มี : เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
   - ☐ ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 7 การกลั้นปัสสาวะ

1) คำถาม : มีปัสสาวะเล็ด หรือปัสสาวะราด จนทำให้เกิดปัญหาในชีวิตประจำวันหรือไม่
   - ☐ มี: มีความเสี่ยงต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
   - ☐ ไม่มี: ปกติ

ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1) คำถาม : ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของท่าน ในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ลดลงหรือไม่ (กินอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ลุกจากที่นอนหรือเตียง เข้าห้องน้ำ เคลื่อนที่ไปมาในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้า ขึ้นลงบันได 1 ชั้น อาบน้ำ กลั้นอุจจาระ)
   - ☐ ลดลง : มีความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิง
   - ☐ ไม่ลดลง : ปกติ

ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก

1) คำถาม : มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่
   - ☐ มี : มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก
   - ☐ ไม่มี : ปกติ

2) คำถาม : มีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่
   - ☐ มี : มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก
   - ☐ ไม่มี : ปกติ

4. ภาวะกลืนลำบาก

4.1 ผู้สูงอายุใช้ฟันปลอมที่ไม่อยู่ในสภาพดี/ฟันแท้ใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่	☐ มี (1 คะแนน)	☐ ไม่มี (0 คะแนน)
4.2 ผู้สูงอายุต้องกินอาหารทางสายจมูกหรือหน้าท้อง	☐ มี (1 คะแนน)	☐ ไม่มี (0 คะแนน)
4.3 ผู้สูงอายุกินอาหารต่อมื้อได้น้อยและมีลักษณะผอมแห้งแรงน้อย	☐ มี (1 คะแนน)	☐ ไม่มี (0 คะแนน)
4.4 ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร หรือกินอาหารซ้ำ ๆ แต่ไม่ถูกหลักโภชนาการ	☐ มี (1 คะแนน)	☐ ไม่มี (0 คะแนน)
4.5 ผู้สูงอายุมีน้ำลายไหล	☐ มี (1 คะแนน)	☐ ไม่มี (0 คะแนน)
4.6 ผู้สูงอายุพูดไม่ชัด	☐ มี (1 คะแนน)	☐ ไม่มี (0 คะแนน)

คะแนนรวมข้อ 4.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 4)

5. ด้านสังคม

5.1 การอยู่อาศัย หรือผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

☐ 0 คะแนน คือ ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

☐ 1 คะแนน คือ อยู่คนเดียว หรือไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

5.2 ลักษณะที่อยู่อาศัย

☐ 0 คะแนน คือ มั่นคงแข็งแรง หรือไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ

☐ 1 คะแนน คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือมีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ

5.3 ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

☐ 0 คะแนน คือ เพียงพอ

☐ 1 คะแนน คือ ไม่เพียงพอ

5.4 ผู้สูงอายุอาอยู่อาศัยในบ้านหลังเดียว หรือบริเวณเดียวกับบุตรหลาน หรือไม่

☐ 0 คะแนน คือ ใช่

☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.5 ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ใช่หรือไม่

☐ 0 คะแนน คือ ใช่

☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.6 ผู้สูงอายุเคยถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกเอารัดเอาเปรียบ ใช่หรือไม่

☐ 0 คะแนน คือ ไม่ใช่

☐ 1 คะแนน คือ ใช่

5.7 ผู้สูงอายุเคยเข้าร่วมอบรม ศึกษา เรียนรู้ จากหน่วยงาน องค์กร หรือชมรมผู้สูงอายุ ใช่หรือไม่

☐ 0 คะแนน คือ ใช่

☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.8 ผู้สูงอายุเคยรับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ ใช่หรือไม่

☐ 0 คะแนน คือ ใช่

☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.9 ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่นับถือ ใช่หรือไม่

☐ 0 คะแนน คือ ใช่

☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.10 ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ใช่หรือไม่

☐ 0 คะแนน คือ ใช่

☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

คะแนนรวมข้อ 5.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 5)

การแปลผลส่วนที่ 1 เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการมีภาวะพึ่งพิง

การประเมิน	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง
1. ข้อมูลทั่วไป			
2. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	☐ 12 – 20	☐ 5 – 11	☐ 0 – 4
3. ด้านสุขภาพ ด้านที่ 1 ความคิดความจำ ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง ด้านที่ 4 การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง ด้านที่ 5 การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง ด้านที่ 6 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง (ซึมเศร้า / ฆ่าตัวตาย) ด้านที่ 7 การกลั้นปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง			
4. ภาวะกลืนลำบาก	☐ 0	☐ 1 – 6	
5. ด้านสังคม	☐ 0	☐ 1 – 10	

ส่วนที่ 2 การประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นในการดูแลระยะยาว

1. ความต้องการในการดูแลทางการแพทย์

โรคเบาหวาน	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
โรคความดันโลหิตสูง	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
โรคหัวใจขาดเลือด	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
โรคหลอดเลือดสมอง	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
โรคมะเร็ง	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
โรคข้อเข่าเสื่อม	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
วัณโรค	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
อื่นๆ.....	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้

2.การดูแล

2.1 การตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์และ/หรือพยาบาลเกี่ยวกับ

☐ ปัญหาหกล้ม ☐ ปัญหานอนไม่หลับ ☐ ปัญหาสุขภาพช่องปาก

☐ ปัญหาสุขภาพจิต ☐ ปัญหากลั้นปัสสาวะ/อุจจาระ ☐ อื่นๆ.....

โดย ☐ การเยี่ยมบ้าน ปีละ.....ครั้ง

☐ การออกหน่วยบริการสุขภาพชุมชน ปีละ.....ครั้ง

☐ การไป รพ.ชุมชน/ จังหวัด.....

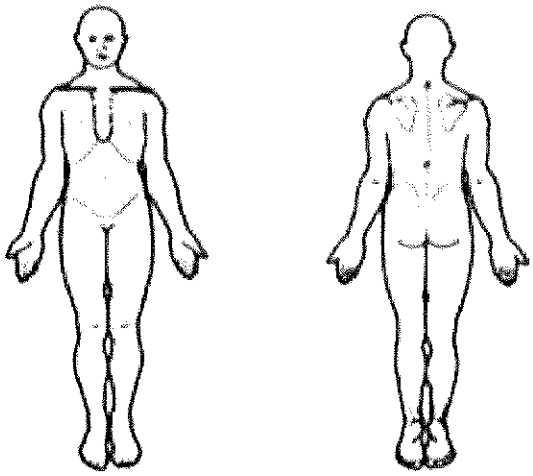
☐ การไป รพ.เฉพาะทาง.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 6)

2.2 การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย

☐ แว่นสายตาช่วยการมองเห็น ☐ เครื่องช่วยฟัง
☐ เก้าอี้นั่งขับถ่าย ☐ หม้อรองขับถ่าย
☐ ราวเกาะยืน/เดิน ☐ ไม้เท้า.....ขา สำหรับการเดินทางราบ หรือเดินขึ้นลงบันได
☐ วอร์คเกอร์/ เครื่องช่วยเดินที่มีล้อ ☐ ล้อเข็นด้วยมือ/ไฟฟ้า ☐ อื่นๆ.....

2.3 การสัญลักษณ์ 1) ระบุความเจ็บปวดด้วยเครื่องหมาย ○ หรือ ✓
2) ระบุความบกพร่องด้วยเครื่องหมาย ✕ ที่ตำแหน่งกล้ามเนื้อ ข้อต่อ อวัยวะ



2.4 การส่งปรึกษาสหวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

☐ นักกายภาพบำบัด รพ.....
เรื่อง ☐ การมีกิจกรรมทางกาย ☐ การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด
☐ การใช้หัตถการทางกายภาพบำบัด ☐ อื่นๆ.....

☐ นักกิจกรรมบำบัด รพ.....
เรื่อง ☐ การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ☐ การพัฒนาทักษะทำงาน/การศึกษา
☐ การพัฒนาทักษะการใช้เวลาว่าง ☐ การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม/ช่วยเหลือผู้อื่น
☐ อื่นๆ.....

☐ นักแก้ไขการพูด รพ.....
เรื่อง ☐ การฝึกพูดและสื่อสาร ☐ การฝึกกลืน
☐ อื่นๆ.....

2.5 ความต้องการในการดูแลทางการแพทย์อื่นๆ ได้แก่

☐ .....
☐ .....
☐ .....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 7)

3. ความต้องการในการดูแลทางสังคม

3.1 ผู้สูงอายุต้องการ

☐ ผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ ☐ ผู้ดูแลพบแพทย์ ☐ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเรื่อง.....
☐ การจัดหาและเตรียมอาหาร ☐ การรับประทานอาหาร ☐ การอาบน้ำ/สระผม
☐ การสวมใส่เสื้อผ้า/แต่งกาย ☐ อื่นๆ.....

รูปแบบการบริการ**ในบ้าน** คือ มีผู้ดูแลฝึก และช่วยเหลือในด้าน

☐ การขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย
☐ การเทปัสสาวะ ☐ การเทอุจจาระ ☐ การบริการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย
☐ การนอนหลับ ☐ การทำความสะอาดบ้าน ☐ การซักผ้า/รีดผ้า
☐ การใช้โทรศัพท์ ☐ การจับจ่ายซื้อของใช้ส่วนตัว ☐ การรับประทานยา
☐ เป็นเพื่อนคุย/ เพื่อนให้กำลังใจ ☐ ทำงานศิลปะ/ ดนตรี ☐ การออกกำลังกาย/ นันทนาการ
☐ การบริการอาหาร ☐ เตียง/หมอนรองป้องกันแผลกดทับ ☐ อื่นๆ.....

รูปแบบการบริการ**ในชุมชน/ เครือข่าย** ด้าน

☐ การบริการรถรับส่งระยะไกล ☐ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ☐ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
☐ การไปศาสนสถาน ☐ การไปตลาด ☐ การเดินทางไปธนาคาร/ ตู้ ATM
☐ การอบรมเพื่อฝึกอาชีพ ☐ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ☐ การส่งเสริมการศึกษา (โรงเรียนผู้สูงอายุ)
☐ การส่งเสริมพัฒนาตนเอง ☐ กิจกรรมนันทนาการ/ กีฬา ☐ การได้รับการช่วยเหลือจาก อสม./ อผส.
☐ การรับเบี้ยยังชีพ/ เบี้ยผู้พิการ ☐ การบริการฝากดูแลกลางวัน ☐ การบริการฝากดูแลชั่วคราว
☐ การสนับสนุนด้านจิตใจ ☐ อื่นๆ.....

3.2 การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยโดย

☐ ส่งปรึกษาเพื่อประเมินปรับสภาพบ้าน เช่น สถาปนิก วิศวกร นายช่าง สหวิชาชีพ ฯลฯ
☐ การปรับสภาพห้องน้ำ/ห้องนอน/ห้องครัว/พื้นที่ภายในบ้าน
☐ การปรับทางเข้าบ้าน ☐ การปรับความสูงของบันได ☐ การเพิ่มความกว้างของประตู
☐ การเพิ่มความสูงของเตียง/โต๊ะ ☐ การเพิ่มราวจับ/ราวเกาะยืน ☐ การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยกิจวัตรประจำวัน
☐ อื่นๆ.....

3.3 การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว

☐ ผู้ดูแลไม่มีรายได้และต้องการประกอบอาชีพที่บ้าน ☐ ผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอและต้องการประกอบอาชีพที่บ้าน
☐ ผู้ดูแลต้องการประกอบอาชีพยอกบ้านโดยมีผู้ดูแลคนใหม่แทน
☐ ผู้ดูแลต้องการฝึกประกอบอาชีพ (ใน/นอกบ้าน) ☐ ผู้สูงอายุต้องการฝึกประกอบอาชีพ (ใน/นอกบ้าน)
☐ ผู้ดูแลประกอบอาชีพไม่ได้ แต่ต้องการเงินสงเคราะห์ ☐ ผู้สูงอายุประกอบอาชีพไม่ได้ แต่ต้องการเงินสงเคราะห์
☐ อื่นๆ.....

3.4 ความต้องการอื่นๆ ได้แก่.....

นัดหมายเพื่อประเมินซ้ำ ☐ 6 เดือน ☐ 9 เดือน ☐ 12 เดือน ระบุวัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....