



คำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

ที่ ๔๙๔/๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดำเนินการต่อสัญญาอาสาสมัครบริบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและช่วยเหลือองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายกำหนด นั้น

บัดนี้ บุคคลดังกล่าวได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด(หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย) องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก จึงแต่งตั้งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประกอบด้วย

๑. นางสาวสำเนียง วิเศษไวยหาร

๒. นางสาวสายไหม ศรีกุล

มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปฏิบัติตามบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่และปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ระเบียบ กฎหมายกำหนด

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายสมชัย หกพันนา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

|       |       |
|-------|-------|
| ..... | พิมพ์ |
| ..... | ร่าง  |
| ..... | ทำน   |
| ..... | ตรวจ  |



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ รอ ๘๗๒๐๑/ *รคค*

วันที่ *๙* เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๗

เรื่อง รายงานผลการฝึกอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

### เรื่องเดิม

ตามแบบบันทึกขออนุมัติเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง และคำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก ที่ ๔๐๖/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๗ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เรื่องให้พนักงานส่วนตำบลเดินทางไปราชการ โดยอนุญาตให้ นางสาวสำเนียง วิเศษไวยาร และนางสาวสายไหม ศรีกุล ตำแหน่ง อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เดินทางไปราชการเพื่อเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ซึ่งมีกำหนดการ ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมสระสีม ๑ (ชั้น ๑) ณ โรงแรมเพชรรัชต์การ์เด็นท์ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ข้าพเจ้าได้เข้ารับการฝึกอบรม/สัมมนาหลักสูตรดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานสรุปผลการฝึกอบรมให้ทราบ ดังนี้

### ๑.วัตถุประสงค์ของการจัดอบรม

เพื่อฝึกอบรมให้ความรู้ให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นโดยเฉพาะงานผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีทักษะในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่หรือมีภาวะพึ่งพิงในหมู่บ้านหรือชุมชน

### ๒. ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

๒.๑ ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจในการบริหารงานและปฏิบัติงานตามประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ถูกต้อง ชัดเจน

๒.๒ ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ในกระบวนการการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยการบริหารจัดการระดับท้องถิ่น ในการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)

๒.๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบริหารจัดการและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปเนื้อหาสาระที่ได้รับจากการฝึกอบรม ดังนี้

กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรผู้จัดการการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด  
ที่ รอ ๘๗๒๐๑/ ร.ค.พ วันที่ ๒๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติการเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

### เรื่องเดิม

ด้วยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง จังหวัดร้อยเอ็ดได้จัดอบรม กิจกรรมที่ ๑ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้แก่บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข นั้น

### ข้อเท็จจริง

เพื่อเพิ่มศักยภาพและประสบการณ์ของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่มีภาวะพึ่งพิงและเป็นไปตามระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง จึงอนุมัติให้ นางสาวสำเนียง วิเศษโวหาร และ นางสาวสายไหม ศรีกุล เข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง วันที่ ๓ ในวันที่ ๒๘ สิงหาคม - ๓ กันยายน ๒๕๖๗ ณ โรงแรมเพชรรัชต์การ์เด็นท์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติการเข้าร่วมอบรมดังกล่าว

(นางสาวรัตนา พรหมชาติ)

นักวิชาการสาธารณสุข

ความคิดเห็นของหัวหน้าสำนักงานปลัด

(นายเดชศิลป์ ปุ่นประโคน)

หัวหน้าสำนักงานปลัด

ความคิดเห็นของรองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

(นางสาวกัลยา อุบขณาย)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

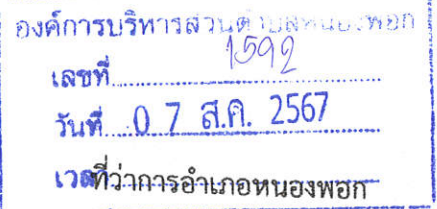
คำสั่งการของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

.....  
อ.สมชัย หทพันนา

(นายสมชัย หทพันนา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก





ที่ รอ ๐๐๒๓.๒๔/ว ๑๕๕

๓ สิงหาคม ๒๕๖๗

นารกตงค์การเรีการส่วนตำบลหนองพอก

# ด่วนที่สุด

ที่ รอ ๐๐๒๓.๖/ว ๖๒๓๖



ศาลากลางจังหวัดร้อยเอ็ด

ถนนเทวาภิบาล รอ. ๔๕๐๐๐

๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง โครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จังหวัดร้อยเอ็ด กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ  
หลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ และนายกเทศมนตรีเมืองร้อยเอ็ด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จังหวัดร้อยเอ็ด กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรม  
เชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมงจำนวน ๑ ชุด  
๒. แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน ๑ ชุด

จังหวัดร้อยเอ็ดได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า กรมส่งเสริมการปกครอง  
ท้องถิ่นได้รับการอนุมัติจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ แผนงานบูรณาการเตรียม  
ความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย งบดำเนินงาน กิจกรรมพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น โครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วน  
ท้องถิ่น ค่าใช้จ่ายในการสัมมนาและฝึกอบรม ค่าใช้จ่ายพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนเงิน ๒๔๗,๗๖๐,๓๐๐ บาท (สองร้อยสี่สิบเจ็ดล้านเจ็ดแสนหกหมื่นสาม  
ร้อยบาทถ้วน) ซึ่งมีกิจกรรมการดำเนินงาน จำนวน ๒ กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ ๑ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ  
หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager) ให้แก่บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้รับผิดชอบ  
งานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัคร  
บริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ทั้งนี้ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ดำเนินการ  
กิจกรรมที่ ๒ : การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง  
ให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นและผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ชั้นกลาง ๗๐ ชั่วโมง  
เพื่อให้การดำเนินโครงการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้อำเภอดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาคัดเลือกอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของ  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ชั้นกลาง ๗๐ ชั่วโมง แห่งละ ๒ คน  
เข้าร่วมโครงการตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด

๒. ให้อำเภอรวบรวมรายชื่อผู้เข้ารับการฝึกอบรมและแจ้งรายชื่อส่งให้จังหวัดทางไปรษณีย์  
อิเล็กทรอนิกส์ roiet๒๐๑๕๕@gmail.com โดยรุ่น ๑ และรุ่น ๒ จัดส่งภายในวันพฤหัสบดีที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๗  
รุ่น ๓ และรุ่น ๔ จัดส่งภายในวันอังคารที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗

๓. กรณีแจ้งรายชื่อผู้เข้ารับการอบรมแล้ว แต่ปรากฏว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบติดภารกิจไม่สามารถ  
เข้ารับการอบรมได้ ให้พิจารณาส่งเจ้าหน้าที่คนอื่นเข้ารับการอบรมแทนในรุ่นนั้น และแจ้งให้จังหวัดทราบ  
ภายใน ๓ วันก่อนเข้ารับการฝึกอบรม

/ ๔. หากบุคลากร ...

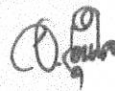


๔. หากบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดประสงค์จะเข้าพักก่อนหรือหลังการเข้าร่วมโครงการฯ กรุณาติดต่อโรงแรมเพชรรัชต์การ์เด็นท์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โทรศัพท์ ๐๔๓ ๕๑๙ ๐๐๐ โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จากต้นสังกัด

ทั้งนี้ จังหวัดรับผิดชอบค่าอาหาร ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าที่พักระหว่างการอบรมฯ สำหรับค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะ และค่าที่พักก่อนและหลังการอบรมให้เบิกจ่ายจากต้นสังกัดและสามารถดาวน์โหลดสิ่งที่ส่งมาด้วยและตอบรับเข้าร่วมการอบรมดังกล่าวได้ที่ QR Code

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายอินศร อุ่นใจ)

ท้องถิ่นจังหวัดร้อยเอ็ด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

## สิ่งที่ส่งมาด้วย

๑. รายละเอียดแผนโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จังหวัดร้อยเอ็ด กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง



(QR Code รายละเอียดแผนโครงการฯ)

๒. แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จังหวัดร้อยเอ็ด กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง



รุ่นที่ 1



รุ่นที่ 2



รุ่นที่ 3



รุ่นที่ 4

(QR Code สำหรับตอบรับเข้าร่วมการอบรม)



แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จังหวัดร้อยเอ็ด  
กิจกรรมที่ ๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง  
ณ โรงแรมเพชรรัชต์การ์เด็นท์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

○ รุ่นที่ ๑ วันที่ ๒๖ สิงหาคม - ๑ กันยายน ๒๕๖๗ ○ รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒๖ สิงหาคม - ๑ กันยายน ๒๕๖๗  
✓ รุ่นที่ ๓ วันที่ ๒๘ สิงหาคม - ๓ กันยายน ๒๕๖๗ ○ รุ่นที่ ๔ วันที่ ๒๘ สิงหาคม - ๓ กันยายน ๒๕๖๗

รายชื่อผู้รับการอบรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนท.หนองพอก อำเภอ หนองพอก  
๑. ชื่อ - สกุล นางสาวลำไย หินชะโงก หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๓-๔๕๓๗๓๐๕  
๒. ชื่อ - สกุล นางสาวสายไหม ศรีกุล หมายเลขโทรศัพท์ .....

การเข้าร่วมโครงการฯ

- ☒ ยินดีเข้าร่วมโครงการฯ  
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมได้เนื่องจากติดภารกิจ

ประเภทอาหาร

- ☒ อาหารทั่วไป  
☐ อาหารมังสวิรัต  
☐ อื่นๆ.....

การเข้าพักค้างคืน

- ☒ เข้าพัก  
☐ ไม่เข้าพัก

ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต  
(นายสมชัย หาดพันนา)  
นายก อบต.หนองพอก

หมายเหตุ :

- โปรดส่งแบบตอบรับกลับมา ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail : roiet๒๐๑๕@gmail.com หรือสแกน QR Code ที่ปรากฏตามท้ายหนังสือ โดยรุ่น ๑ และรุ่น ๒ จัดส่งภายในวันพฤหัสบดีที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๗ รุ่น ๓ และรุ่น ๔ จัดส่งภายในวันอังคารที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗
- ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ ผู้ประสานงาน นางสาวเตือนใจ ไสระเวช โทร. ๐๙๒ ๗๗๖ ๘๖๖๕



รุ่นที่ 1



รุ่นที่ 2



รุ่นที่ 3



รุ่นที่ 4

(QR Code สำหรับตอบรับเข้าร่วมการอบรม)

| ตารางกิจกรรม On-site วันที่ 3 ของระยะเวลาวันที่ ๒ สิงหาคม - 3 กันยายน 2567 |                  |                            |                       |                   |                    |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| วัน                                                                        | 08.00 - 08.30 น. | 08.30 - 12.00 น.           | 12.00 - 13.00 น.      | การรับประทานอาหาร | 13.00 - 15.00 น.   |
| วันที่ 1<br>28 ส.ค. 2567                                                   | ลงทะเบียน        | การรับประทานอาหาร          | รับประทานอาหารกลางวัน | การรับประทานอาหาร | การดูแลสภาพแวดล้อม |
| วันที่ 2<br>29 ส.ค. 2567                                                   | ลงทะเบียน        | การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ | รับประทานอาหารกลางวัน | การรับประทานอาหาร | การดูแลสภาพแวดล้อม |
| วันที่ 3<br>30 ส.ค. 2567                                                   | ลงทะเบียน        | การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ | รับประทานอาหารกลางวัน | การรับประทานอาหาร | การดูแลสภาพแวดล้อม |
| วันที่ 4<br>31 ส.ค. 2567                                                   | ลงทะเบียน        | การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ | รับประทานอาหารกลางวัน | การรับประทานอาหาร | การดูแลสภาพแวดล้อม |

โครงการพัฒนาทักษะการจัดการของผู้ดูแลงานที่มีภาวะ "ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จังหวัดชัยภูมิ" การจัดการครั้งที่ ๒ การจัดการครั้งที่ ๒

| วัน                     | 08.00 - 08.30 น. | 08.30 - 12.00 น.                                   | 12.00 - 13.00 น.      | 13.00 - 16.30 น.                                   |
|-------------------------|------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------|
| วันที่ 5<br>1 ก.ค. 2567 | ลงทะเบียน        | การฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จังหวัดชัยภูมิ | รับประทานอาหารกลางวัน | การฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จังหวัดชัยภูมิ |
| วันที่ 6<br>2 ก.ค. 2567 | ลงทะเบียน        | การฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จังหวัดชัยภูมิ | รับประทานอาหารกลางวัน | การฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จังหวัดชัยภูมิ |
| วันที่ 7<br>3 ก.ค. 2567 | ลงทะเบียน        | การฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จังหวัดชัยภูมิ | รับประทานอาหารกลางวัน | การฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จังหวัดชัยภูมิ |





## 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 ครอบครัว (5 คะแนน)

3. เก็บประสบการณ์ตามแบบฝึกประสบการณ์ภาคสนาม ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (5 คะแนน)

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

- การจัดท่าและการพลิกตะแคงตัว
- การออกกำลังกายทั่วไป การฝึกนั่ง-ยืน-เดิน
- การเคลื่อนย้ายบนเตียงหรือที่นอน
- การออกกำลังกายผู้ป่วยข้อเสื่อม
- การเคลื่อนย้ายจากเตียงหรือที่นอนไป
- การฝึกการหายใจที่ถูกต้อง
- รถเข็นนั่งหรือที่นั่ง

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 ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนิเทศดูแล และให้คำแนะนำ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (CC) ที่เข้าอบรมในหลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง ผู้เข้าอบรมฯ ผ่านการอบรมภาคทฤษฎีจำนวน 28 ชั่วโมงแล้ว และต้องฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมอีก 22 ชั่วโมง เพื่อให้ครบตามหลักสูตร ดังนั้น ขอให้ CM ได้มอบหมายให้ CC ได้ปฏิบัติตามการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และกรุณาเซ็นชื่อกำกับ กิจกรรมที่ CC ได้ปฏิบัติจริง ในแบบฟอร์มการฝึกปฏิบัติที่แนบมาด้วย ทั้งนี้ ท่านอาจสอบถามความรู้ นิเทศ ทักษะการปฏิบัติ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสม

หากมีข้อสงสัยในการขั้นตอนการฝึกปฏิบัติ สามารถติดต่อสอบถาม ศูนย์อนามัยเขตในพื้นที่ของท่าน

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติภาคสนาม  
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

\*\*\*\*\*

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

บันทึกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ วันที่ 1

วันที่.....เวลา.....น. ถึง.....น.

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง.....

ที่อยู่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง.....

CM ศูนย์เทศบาลฝึกปฏิบัติ



แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติภาคสนาม  
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

\*\*\*\*\*

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

บันทึกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ วันที่ 1

วันที่.....เวลา.....น. ถึง.....น.

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง.....

ที่อยู่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง.....

CM ศูนย์เทศบาลฝึกปฏิบัติ

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติภาคสนาม  
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

\*\*\*\*\*

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

บันทึกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ วันที่ 1

วันที่.....เวลา.....น. ถึง.....น.

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง.....

ที่อยู่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง.....

CM ศูนย์เทศบาลฝึกปฏิบัติ

แบบประเมินการฝึกปฏิบัติภาคสนาม  
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม 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/พูก มีความยาวพอดีกับสรีระของผู้สูงอายุ มีความสูงพอดีกับข้อพับเข่า/ไม่สูงเกินไป |     |        |          |
| 6   | ส้วมที่บ้านเป็นส้วมนั่งราบหรือส้วมชักโครก                                               |     |        |          |

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง .....

CM ผู้นิเทศการฝึกปฏิบัติ

**แบบฝึกประสบการณ์การฝึกปฏิบัติภาคสนาม**  
**การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง**

\*\*\*\*\*

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

**รายงานการฝึกปฏิบัติ**

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

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง.....

CM ผู้นิเทศการฝึกปฏิบัติ



## แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเมินครั้งที่.....วันเดือนปีที่ประเมิน.....

คำชี้แจง : Care Manager และ/หรือทีมสหวิชาชีพกับผู้เกี่ยวข้อง ประเมินและบันทึกผลตามข้อมูลที่แท้จริงในช่อง ☐ หรือระบุข้อความใน..... โดยหากไม่มีหัวข้อที่จำเป็นต้องให้บริการให้เว้นคำตอบไว้ โดยพิจารณาความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ด้วยการประเมิน 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           | <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ           | <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลผู้สูงอายุ                             | <input type="checkbox"/> ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล |
| 1.2 ผู้สูงอายุ                 | <input type="checkbox"/> มีผู้ดูแล            | <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแล (ข้ามไปข้อ 1.4 กรณีไม่มีผู้ดูแล) |                                                   |
| 1.3 ระยะเวลาที่มีผู้ดูแล       | .....ปี.....เดือน.....วัน                     |                                                                        |                                                   |
| 1.4 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่..... | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่.....หรือ ปวช.                 |                                                   |
|                                | <input type="checkbox"/> อนุปริญญาหรือ ปวส.   | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือสูงกว่า                          | <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....               |
| 1.5 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล    | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่..... | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่.....หรือ ปวช.                 |                                                   |
|                                | <input type="checkbox"/> อนุปริญญาหรือ ปวส.   | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือสูงกว่า                          | <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....               |
| 1.6 ผู้สูงอายุ                 | <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้          | <input type="checkbox"/> มีรายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน                |                                                   |
| 1.7 ผู้ดูแล                    | <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้          | <input type="checkbox"/> มีรายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน                |                                                   |

### 2. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมที่ 1 : รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถดื่อกอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถดื่อกอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถดื่อกอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

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

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในขั้นตอนต่างๆ
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถทำได้ (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 รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

กิจกรรมที่ 7 : การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- ☐ 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 : การกลั่นกรองอาหารในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นกรองอาหารไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นกรองอาหารไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถกลั่นกรองอาหารได้เป็นปกติ

กิจกรรมที่ 10 : การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นปัสสาวะไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถกลั่นปัสสาวะได้เป็นปกติ

คะแนนรวมข้อ 2.....

## แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 2)

### 3. ด้านสุขภาพกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ

#### ด้านที่ 1 ความคิดความจำ

ให้ทำการทดสอบด้านความคิดความจำ (Mini-Cog) (ควรมีญาติ/ผู้ดูแลร่วมทดสอบด้วย)

- 1) Three Word Registration ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้ตั้งใจฟังดีๆ เดี่ยวจะบอกคำ 3 คำ เมื่อฟังจบแล้ว ให้พูดตามและจำไว้ เดี่ยวจะกลับมาถามซ้ำ (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  $\leq 3$  คะแนน : มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

#### ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย

- 1) TUGT: ให้ผู้สูงอายุเดินไปด้วยระยะทาง 3 เมตร แล้วเดินอ้อมกลับตัวเพื่อเดินกลับด้วยระยะทาง 3 เมตรความเร็วปกติ  
☐ ใช้ระยะเวลา < 12 วินาที : ปกติ  
☐ ใช้ระยะเวลา  $\geq 12$  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 การมองเห็นระยะไกล การอ่านหนังสือ หรือไม่  
☐ มี : มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางตา  
☐ 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 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย
- ☐ มี : เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า
- ☐ ไม่มี : ปกติ
- 2) คำถาม : ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม
- ☐ มี : เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า
- ☐ ไม่มี : ปกติ
- 3) คำถาม : 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่
- ☐ มี : เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- ☐ ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 7 การกลืนปัสสาวะ

- 1) คำถาม : มีปัสสาวะเล็ด หรือปัสสาวะรด จนทำให้เกิดปัญหาในชีวิตประจำวันหรือไม่
- ☐ มี : มีความเสี่ยงต่อภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่
- ☐ ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- 1) คำถาม : ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของท่าน ในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ลดลงหรือไม่ (กินอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ลูกจากที่นอนหรือเตียง 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 | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |
| 4.2 ผู้สูงอายุต้องกินอาหารทางสายจมูกหรือหน้าท้อง                       | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |
| 4.3 ผู้สูงอายุกินอาหารต่อมือน้อยและมีลักษณะผอมแห้งแรงน้อย              | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |
| 4.4 ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร หรือกินอาหารช้า ๆ แต่ไม่ถูกหลักโภชนาการ       | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |
| 4.5 ผู้สูงอายุมีน้ำลายไหล                                              | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |
| 4.6 ผู้สูงอายุพูดไม่ชัด                                                | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> 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 หรือไม่มั่นคงแต่ไม่ผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ  
☐ 1 คะแนน คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือมีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ

5.3 ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

- ☐ 0 คะแนน คือ เพียงพอ  
☐ 1 คะแนน คือ ไม่เพียงพอ

5.4 ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในบ้านหลังเดียว 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                       |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>1. ข้อมูลทั่วไป</b>                                   |                                  |                                                        |                                |
| <b>2. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน</b> | <input type="checkbox"/> 12 – 20 | <input type="checkbox"/> 5 – 11                        | <input type="checkbox"/> 0 – 4 |
| <b>3. ด้านสุขภาพ</b>                                     |                                  |                                                        |                                |
| ด้านที่ 1 ความคิดความจำ                                  | <input type="checkbox"/> ปกติ    | <input type="checkbox"/> เสี่ยง                        |                                |
| ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย                           | <input type="checkbox"/> ปกติ    | <input type="checkbox"/> เสี่ยง                        |                                |
| ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร                                 | <input type="checkbox"/> ปกติ    | <input type="checkbox"/> เสี่ยง                        |                                |
| ด้านที่ 4 การมองเห็น                                     | <input type="checkbox"/> ปกติ    | <input type="checkbox"/> เสี่ยง                        |                                |
| ด้านที่ 5 การได้ยิน                                      | <input type="checkbox"/> ปกติ    | <input type="checkbox"/> เสี่ยง                        |                                |
| ด้านที่ 6 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย       | <input type="checkbox"/> ปกติ    | <input type="checkbox"/> เสี่ยง (ซึมเศร้า / ฆ่าตัวตาย) |                                |
| ด้านที่ 7 การกลืนปัสสาวะ                                 | <input type="checkbox"/> ปกติ    | <input type="checkbox"/> เสี่ยง                        |                                |
| ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน                      | <input type="checkbox"/> ปกติ    | <input type="checkbox"/> เสี่ยง                        |                                |
| ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก                                  | <input type="checkbox"/> ปกติ    | <input type="checkbox"/> เสี่ยง                        |                                |
| <b>4. ภาวะกลืนลำบาก</b>                                  | <input type="checkbox"/> 0       | <input type="checkbox"/> 1 – 6                         |                                |
| <b>5. ด้านสังคม</b>                                      | <input type="checkbox"/> 0       | <input type="checkbox"/> 1 – 10                        |                                |

ส่วนที่ 2 การประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นในการดูแลระยะยาว

### 1. ความต้องการในการดูแลทางการแพทย์

|                    |                                |                                    |                                       |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| โรคเบาหวาน         | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ | <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้ |
| โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ | <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้ |
| โรคหัวใจขาดเลือด   | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ | <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้ |
| โรคหลอดเลือดสมอง   | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ | <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้ |
| โรคเมะเร็ง         | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ | <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้ |
| โรคข้อเข่าเสื่อม   | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ | <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้ |
| วัณโรค             | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ | <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้ |
| อื่นๆ.....         | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ | <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้ |

### 2. การดูแล

#### 2.1 การตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์และ/หรือพยาบาลเกี่ยวกับ

|                                         |                                                   |                                             |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ปัญหาหกล้ม     | <input type="checkbox"/> ปัญหาอนไม่หลับ           | <input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพช่องปาก |
| <input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพจิต | <input type="checkbox"/> ปัญหากลืนปัสสาวะ/อุจจาระ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....         |

โดย ☐ การเยี่ยมบ้าน ปีละ..... ครั้ง

☐ การออกหน่วยบริการสุขภาพชุมชน ปีละ..... ครั้ง

☐ การไป รพ.ชุมชน/ จังหวัด.....

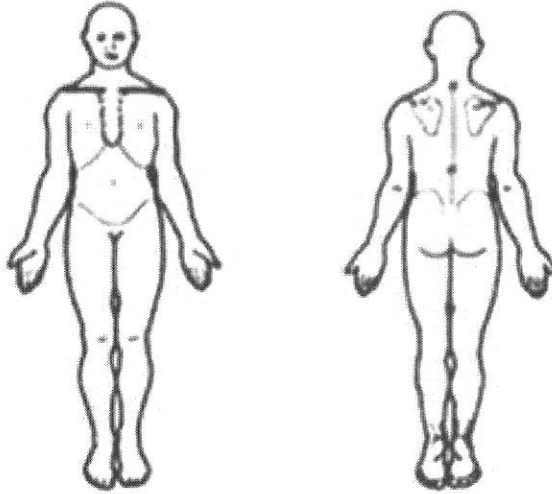
☐ การไป รพ.เฉพาะทาง.....

## แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 6)

### 2.2 การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย

- |                                                              |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> แว่นสายตาช่วยการมองเห็น             | <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง                                           |
| <input type="checkbox"/> เก้าอี้นั่งขับถ่าย                  | <input type="checkbox"/> หม้อรองขับถ่าย                                           |
| <input type="checkbox"/> ราวเกาะยืน/เดิน                     | <input type="checkbox"/> ไม่เท่า.....ขา สำหรับการเดินทางราบ หรือเดินขึ้นลงบันได   |
| <input type="checkbox"/> วอร์คเกอร์/ เครื่องช่วยเดินที่มีล้อ | <input type="checkbox"/> ล้อเข็นด้วยมือ/ไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |

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



### 2.4 การส่งปรึกษาวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ☐ 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

- |                                                     |                                            |                                                           |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ | <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลพบแพทย์    | <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเรื่อง..... |
| <input type="checkbox"/> การจัดหาและเตรียมอาหาร     | <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร | <input type="checkbox"/> การอาบน้ำ/สระผม                  |
| <input type="checkbox"/> การสวมใส่เสื้อผ้า/แต่งกาย  | <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....        |                                                           |

รูปแบบการบริการในบ้าน คือ มีผู้ดูแลฝึก และช่วยเหลือในด้าน

- |                                                                                      |                                                      |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> การขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย |                                                      |                                                                |
| <input type="checkbox"/> การเทปัสสาวะ                                                | <input type="checkbox"/> การเทอุจจาระ                | <input type="checkbox"/> การบริการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย |
| <input type="checkbox"/> การนอนหลับ                                                  | <input type="checkbox"/> การทำความสะอาดบ้าน          | <input type="checkbox"/> การซักผ้า/รีดผ้า                      |
| <input type="checkbox"/> การใช้โทรศัพท์                                              | <input type="checkbox"/> การจ่ายซื้อของใช้ส่วนตัว    | <input type="checkbox"/> การรับประทานยา                        |
| <input type="checkbox"/> เป็นเพื่อนคุย/ เพื่อนให้กำลังใจ                             | <input type="checkbox"/> ทำงานศิลปะ/ ดนตรี           | <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย/ นันทนาการ             |
| <input type="checkbox"/> การบริการอาหาร                                              | <input type="checkbox"/> เติง/หมอนรองป้องกันแผลกดทับ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                            |

รูปแบบการบริการในชุมชน/ เครือข่าย ด้าน

- |                                                           |                                                    |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> การบริการรถรับส่งระยะไกล         | <input type="checkbox"/> การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ | <input type="checkbox"/> การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน                |
| <input type="checkbox"/> การไปศาสนสถาน                    | <input type="checkbox"/> การไปตลาด                 | <input type="checkbox"/> การเดินทางไปธนาคาร/ ตู้ ATM              |
| <input type="checkbox"/> การอบรมเพื่อฝึกอาชีพ             | <input type="checkbox"/> การได้รับข้อมูลข่าวสาร    | <input type="checkbox"/> การส่งเสริมการศึกษา (โรงเรียนผู้สูงอายุ) |
| <input type="checkbox"/> การส่งเสริมพัฒนาตนเอง            | <input type="checkbox"/> กิจกรรมนันทนาการ/ กีฬา    | <input type="checkbox"/> การได้รับการช่วยเหลือจาก อสม./ อพส.      |
| <input type="checkbox"/> การรับเบี้ยยังชีพ/ เบี้ยผู้พิการ | <input type="checkbox"/> การบริการฝากดูแลกลางวัน   | <input type="checkbox"/> การบริการฝากดูแลชั่วคราว                 |
| <input type="checkbox"/> การสนับสนุนด้านจิตใจ             | <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                |                                                                   |

#### 3.2 การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยโดย

- |                                                                                                      |                                                    |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ส่งปรึกษาเพื่อประเมินปรับสภาพบ้าน เช่น สถาปนิก วิศวกร นายช่าง สหวิชาชีพ ฯลฯ |                                                    |                                                               |
| <input type="checkbox"/> การปรับสภาพห้องน้ำ/ห้องนอน/ห้องครัว/พื้นที่ภายในบ้าน                        |                                                    |                                                               |
| <input type="checkbox"/> การปรับทางเข้าบ้าน                                                          | <input type="checkbox"/> การปรับความสูงของบันได    | <input type="checkbox"/> การเพิ่มความกว้างของประตู            |
| <input type="checkbox"/> การเพิ่มความสูงของเตียง/โต๊ะ                                                | <input type="checkbox"/> การเพิ่มราวจับ/ราวเกาะยืน | <input type="checkbox"/> การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยกิจวัตรประจำวัน |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                                                                  |                                                    |                                                               |

#### 3.3 การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว

- |                                                                               |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลไม่มีรายได้และต้องการประกอบอาชีพที่บ้าน       | <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอและต้องการประกอบอาชีพที่บ้าน |
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลต้องการประกอบอาชีพยกบ้านโดยมีผู้ดูแลคนใหม่แทน |                                                                                |
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลต้องการฝึกประกอบอาชีพ (ใน/นอกบ้าน)            | <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุต้องการฝึกประกอบอาชีพ (ใน/นอกบ้าน)          |
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลประกอบอาชีพไม่ได้ แต่ต้องการเงินสงเคราะห์     | <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุประกอบอาชีพไม่ได้ แต่ต้องการเงินสงเคราะห์   |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                                           |                                                                                |

#### 3.4 ความต้องการอื่นๆ ได้แก่.....

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

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

|                                                                                          |       |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| วัสดุคอมพิวเตอร์                                                                         | จำนวน | 5,000 บาท     |
| - เพื่อจ่ายเป็นค่าวัสดุและอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ต่างๆ เช่น หมึกพิมพ์ เป็นต้น                 |       |               |
| งบเงินอุดหนุน                                                                            | รวม   | 1,704,000 บาท |
| เงินอุดหนุน                                                                              | รวม   | 1,704,000 บาท |
| เงินอุดหนุนส่วนราชการ                                                                    |       |               |
| 1) อุดหนุนอาหารกลางวันให้กับโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) | จำนวน | 1,704,000 บาท |
| 1) โรงเรียนบ้านปลาโค่ จัดสรรให้เด็กเล็กอนุบาลและ ป.1 - ป.6 ตั้งไว้ 571,200 บาท           |       |               |
| 2) โรงเรียนบ้านโคกนาคำ จัดสรรให้เด็กเล็กอนุบาลและ ป.1 - ป.6 ตั้งไว้ 571,200 บาท          |       |               |
| 3) โรงเรียนศรีสวัสดิ์ จัดสรรให้เด็กเล็กอนุบาลและ ป.1 - ป.6 ตั้งไว้ 561,600 บาท           |       |               |

#### แผนงานสาธารณสุข

|                                                                                                               |       |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|
| งานบริหารทั่วไปเกี่ยวกับสาธารณสุข                                                                             | รวม   | 688,240 บาท |
| งบบุคลากร                                                                                                     | รวม   | 222,240 บาท |
| เงินเดือน (ฝ่ายประจำ)                                                                                         | รวม   | 222,240 บาท |
| เงินเดือนข้าราชการ หรือพนักงานส่วนท้องถิ่น                                                                    | จำนวน | 222,240 บาท |
| - ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 ตำแหน่ง                                                                  |       |             |
| งบดำเนินงาน                                                                                                   | รวม   | 246,000 บาท |
| ค่าตอบแทน                                                                                                     | รวม   | 156,000 บาท |
| ค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติราชการอันเป็นประโยชน์แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น                                           |       |             |
| ค่าป่วยการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น                                                                             | จำนวน | 120,000 บาท |
| - เพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลาที่เสียไปให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน 2 ราย |       |             |
| ค่าเช่าบ้าน                                                                                                   | จำนวน | 36,000 บาท  |
| - เพื่อจ่ายเป็นเงินค่าเช่าบ้านให้แก่ พนักงานส่วนตำบลที่มีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบฯ                              |       |             |





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

ที่ รอ ๘๓๒๐๑/ ๕๕๖

วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

เรื่อง ขอรายงานผลการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

### เรื่องเดิม

ตามที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก ได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม นั้น

### ข้อเท็จจริง

บัดนี้ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก ได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยมีอาสาสมัครบริบาล จำนวน ๒ คน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ ๔ ราย/คน ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ อาสาสมัครบริบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑๖ คน

### ข้อพิจารณา/ข้อเสนอ

เห็นควรพิจารณารายงานผลการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดใช้ดุลพินิจพิจารณา

ลงชื่อ

(นางสาวรัตนา พรหมชาติ)

นักวิชาการสาธารณสุข

ความเห็น หัวหน้าสำนักปลัด

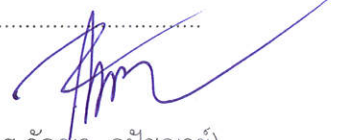
ลงชื่อ

(นายเดชศิลป์ ปุ่นประโคน)

หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็น รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก  
รับทราบแผนดำเนินงาน

ลงชื่อ



(ดร.กัลยา อูบัชฌาย์)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

คำสั่งนายก องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก

นางเจ.ดาเนิน กอ.๒๐ ๒

ลงชื่อ



(นายสมชัย หกพันนา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก